



Behandelkader Chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat

Inhoudsopgave

- 1. Algemene inleiding behandelkader**
 - 1.1 Doel en functie behandelkader
 - 1.2 Werkwijze ontwikkeling behandelkader
 - 1.3 Datering en geldigheidsduur behandelkader
- 2. Visie Pijnrevalidatie**
- 3. Patiëntendoelgroep**
 - 3.1 Omschrijving patiëntendoelgroep
 - 3.2 Epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen
 - 3.3 Omschrijving revalidatiedoelgroep
 - 3.3.1 Omschrijving voor doelgroep voor algemene MSR (aMSR)
 - 3.3.2 Omschrijving voor doelgroep voor interdisciplinaire MSR (iMSR)
 - 3.4. Omschrijving doelgroepen
 - 3.5 Patiëntenperspectief en behandeldoelen
- 4. Behandel aanbod**
 - 4.1 Regievoering van de revalidatiearts bij algemene Medisch Specialistische Revalidatie en stepped en matched care
 - 4.2 Diagnostische en behandelproces
 - 4.3 Beschikbare disciplines
 - 4.4 Behandelduur en frequentie
- 5. Indicatoren**
- 6. Kwaliteitscriteria**
 - 6.1 Deskundigheid van teamleden bij iMSR
 - 6.2 Faciliteiten
 - 6.3 Netwerk
 - 6.4 Klinimetrie
- 7. Referenties**
- 8. Bijlagen**
 - 8.1 NDP, samenvatting

1. Algemene inleiding behandelkader

1.1 Doel en functie behandelkader

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

- het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt dan wel kan worden verwacht;
- het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken teneinde praktijkvariatie inzichtelijk te maken;
- het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, wanneer, waar en op welk niveau).

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

Voor het ontwikkelen van het behandelkader Chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat is begin 2018 een commissie samengesteld. De commissie bestond uit de volgende personen:

- Drs. M. van Beugen, revalidatiearts, revalidatiecentrum Heliomare
- Dr. A.M. Boonstra, revalidatiearts, Revalidatie Friesland
- Drs. J.L.Swaan, revalidatiearts, Rijndam Revalidatie

De commissie werkte in 2018 en 2019 aan de totstandkoming van het concept behandelkader en het concept is op 26 september 2019 door de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) geaccordeerd. Als ervaringsdeskundige is gevraagd voorzitter van de patiëntenvereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem om advies te geven vanuit de belangen van de patiënten. Het concept behandelkader is vervolgens voor commentaar voorgelegd aan de commissie kwaliteit van de VRA. Het advies van de commissie kwaliteit is aan het bestuur voorgelegd. De werkgroep heeft n.a.v. de reactie van het bestuur het concept aangepast dd 28 september 2020.

1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader

Het behandelkader is op [datum] geautoriseerd door de VRA na positief advies in de Algemene ledenvergadering van De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader.

Uiterlijk 3 jaar na autorisatie bepaalt het bestuur van de WPN of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

2. Visie pijnrevalidatie

De Position Paper van de VRA geeft als visie: 'Revalidatiegeneeskunde beoogt het verbeteren van functies en vaardigheden, het optimaliseren van zelfredzaamheid, eigen regie en participatie van patiënten met beperkingen. Ondersteund met kennis vanuit wetenschappelijk onderzoek, het toepassen van innovaties en het aangaan van zorgnetwerken draagt de revalidatiegeneeskunde actief bij aan het verbeteren van de zorg voor de revalidatie patiënt waarbij eigen regie en participatie centraal staan.' Als definitie van Medisch Specialistische Revalidatie staat in dezelfde Position Paper: Revalidatiegeneeskunde is het geneeskundig specialisme dat zich specifiek bezighoudt met functionele diagnostiek, prognostiek en behandeling van patiënten met complexe problemen van motoriek en/of cognitie ten gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening. Het doel voor de patiënt is optimale zelfredzaamheid, eigen regievoering en maatschappelijke participatie. Revalidatiegeneeskunde wordt uitgevoerd door een revalidatiearts met of zonder revalidatieteam.

In de Position Paper chronische pijn is bovenstaande vertaald naar de pijnrevalidatie. De volgende definitie wordt hierin gegeven van een pijnrevalidatieprogramma: een interdisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. Dit behandelkader is een verdere uitwerking van de Position Paper Chronische Pijn.

Bij de revalidatiegeneeskundige diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijn wordt uitgegaan van een biopsychosociale visie: naast biomedische aspecten zijn ook psychologische en sociale factoren bepalend voor de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Ook internationaal en discipline overstijgend wordt de biopsychosociale visie ondersteund zoals blijkt uit de definitie van pijn volgens de International Association for the Study of Pain (IASP): "Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging"¹. Een multidimensionele analyse is noodzakelijk om aangrijpingspunten voor behandeling te identificeren. Van de onderhoudende biomedische, psychologische en sociale factoren wordt bepaald in hoeverre deze te beïnvloeden zijn met behandeling en of door beïnvloeding van deze factoren de patiënt een positief effect mag verwachten in functioneren. Voorbeelden van mogelijk veranderbare factoren zijn fysieke belastbaarheid, leefstijl, cognities, emoties, gedrag, verwachtingen en coping in relatie met de omgeving. Bij kortdurende pijn gaat het vooral om biologische factoren. Bij langdurige pijn en bij de beperkingen die dan kunnen ontstaan in de dagelijks en maatschappelijke activiteiten, hebben psychische en/of sociale factoren een toenemende invloed op pijnbeleving en (ervaren niveau van) functioneren. Welke onderhoudende biomedische, psychologische en sociale factoren eventueel aanwezig zijn en de ernst ervan, bepaalt welke behandelsetting het meest doelmatig is, bijvoorbeeld eerstelijns of interdisciplinaire revalidatiebehandeling (matched care).

De NHG-standaard 'pijn' beschrijft chronische pijn als een persisterend, multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren in verschillende mate en wisselende onderlinge samenhang bijdragen aan de pijnbeleving, pijngedrag, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren en ervaren verminderde kwaliteit van leven. In de regel wordt pijn langer dan 3 maanden als chronisch beschouwd (Verbunt et al., 2019; handboek pijnrevalidatie hfdst 3). Door de WHO is sinds 25.05.2019 chronische primaire pijn erkend als een op zichzelf staande aandoening met een eigen ICD-11 code².

¹<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>: An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage

² Treede, Rolf-Detlef et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the *International Classification of Diseases (ICD-11)* PAIN: January 2019 - Volume 160 - Issue 1 - p 19-27 doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384

3. Patiëntendoelgroep

3.1. Omschrijving patiëntengroep

Patiënten³ met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat⁴. De doelgroep bestaat uit patiënten van 18 jaar of ouder. Voor de revalidatiegeneeskunde behandeling van kinderen en jongeren verwijzen we naar het behandelkader kinderrevalidatie, waarbij voor jongeren en kinderen met chronische pijn het behandelkader Chronische Pijn ook richting gevend is in hun behandeling. De pijn kan een specifieke oorzaak hebben of aspecifiek zijn.

3.2. Epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen

De prevalentie van chronische pijn binnen de algehele Nederlandse populatie werd in 2009 geschat op 18% (Bekkering et al., 2011). Dat betekent dat ruim 3 miljoen Nederlanders te kampen hebben met chronische pijn. Van deze groep heeft het merendeel klachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Deze patiëntengroep rapporteert een slechtere kwaliteit van leven in vergelijking met andere patiëntengroepen met chronische aandoeningen. Juist patiënten met chronische pijn die veel beperkingen ervaren doen veelvuldig een beroep op de gezondheidszorg. Dit leidt tot hoge directe en indirecte kosten voor zowel de gezondheidszorg als de maatschappij in het algemeen. Uit onderzoek blijkt dat interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) bij patiënten met chronische pijn een effectieve methode is om het niveau van functioneren van deze patiënten te verhogen en ervaren beperkingen te verminderen (oa Häuser et al.2009, Hasssett & Williams, 2011, Kamper et al, 2015, Volker et al., 2017). Een revalidatiebehandeling gericht op verbeteren van functioneren is veelal de meest aangewezen behandeling, aangezien er voor de overgrote meerderheid van patiënten met chronische pijn geen andere effectieve oplossing gericht op pijnreductie bestaat. Een belangrijke ontwikkeling is de nadruk op netwerkgeneeskunde en op 'de juiste zorg op de juiste plek'. MSR maakt steeds meer deel uit van zorgketens waarin wordt samengewerkt met andere aanbieders.

3.3 Omschrijving revalidatiedoelgroep en algemene en interdisciplinaire Medische Specialistische Revalidatie

De doelgroep betreft patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat.

Algemene MSR (aMSR) betreft onderzoek en behandeling van patiënten door de revalidatiearts. De revalidatiearts is hoofdbehandelaar, consulent (advies aan collega-specialist) of medebehandelaar. Interdisciplinaire MSR (iMSR) betreft de behandeling van patiënten door de revalidatiearts en één of meer behandelaars van zijn multidisciplinair samengesteld behandelteam. De behandeling kenmerkt zich door interdisciplinaire samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van de revalidatiearts (nota indicatiestelling VRA en Position Paper Revalidatiegeneeskunde 2015).

3.3.1 Omschrijving voor doelgroep voor algemene MSR (aMSR)

Inclusiecriteria:

Patiënt behoort tot de doelgroep zoals beschreven in punt 3.1.

Er zijn geen **exclusiecriteria**, over elke patiënt met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat kan door een huisarts of medisch specialist advies worden gevraagd.

³ de term 'patiënt' of bewoording 'hij'/'zijn' betreft zowel de vrouwelijke als mannelijke vorm

⁴ In het vervolg wordt met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat ten behoeve van de leesbaarheid aangeduid met chronische pijn zonder verdere toevoeging.

3.3.2 Omschrijving voor doelgroep voor interdisciplinaire MSR (iMSR)

Inclusiecriteria:

Patiënt behoort tot de doelgroep zoals beschreven in punt 3.1 en is in staat om actief deel te nemen aan een revalidatiebehandeling met als doel verbetering in activiteiten en participatie zoals geformuleerd bij 3.5.

Er is geen indicatie (meer) voor een andere behandeling die op een meer (kosten-) effectieve wijze de oorzaak van de pijn kan wegnemen en/of de kwaliteit van leven kan verbeteren. Een uitzondering hierop is een behandeling parallel aan de pijnrevalidatie indien deze combinatie behandeling meerwaarde heeft. Voorbeelden hiervan zijn een combinatie met pijnanaesthesiologische, psychiatrische of psychologische interventie. Voorwaarde hierbij is een eensluitende behandelvisie en onderlinge afstemming en tevens 'dezelfde taal spreken' naar de patiënten wat betreft bijvoorbeeld pijneducatie en verwachtingen van de behandelingen.

Exclusiecriteria:

- de patiënt is onvoldoende fysiek belastbaar om een actieve behandeling te kunnen volgen.
- psychiatrische symptomen zijn niet voldoende onder controle, zodat zelfs met ondersteuning van psychiatrische medebehandeling, een werkzame behandelrelatie binnen een revalidatiegeneeskundige setting niet mogelijk is.
- er is een aanzienlijk risico op psychische decompensatie door een revalidatiebehandeling.
- er zijn taal- of communicatieproblemen die het volgen van een revalidatieprogramma niet effectief mogelijk maken.
- patiënt is niet in staat tot gedragsverandering en/of acceptatie van de gevolgen van de pijnproblematiek door persoonlijkheidsproblematiek, stemmingsproblemen, sociale omstandigheden, systeemproblematiek, belemmerende bezwaarprocedures, fors medicatiegebruik of anderszins.

Klinische behandeling:

In het algemeen worden patiënten met chronische pijn poliklinisch behandeld. In het kader van stepped en matched care kan echter een klinische behandeling wenselijk zijn. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt klinische revalidatie effectief als behandeling bij patiënten met chronische pijn, echter de evidence is matig (Scascighini et al., 2008; Mangels et al., 2009). Er zijn tot nu toe geen op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde criteria bij welke patiënten klinische behandeling is te prefereren boven poliklinische behandeling.

De op expertmening gebaseerde criteria zijn:

- een zodanig laag belastbaarheidsniveau van patiënt dat een poliklinische behandeling tot (verdere) overbelasting zal leiden of niet mogelijk is, en/of
- een grote reisafstand gecombineerd met een zodanig laag belastbaarheidsniveau dat een poliklinische behandeling tot (verdere) overbelasting zal leiden, en/of
- zodanige biopsychosociale problematiek dat een intensief therapeutisch klimaat nodig is om goede observatie/ diagnostiek van de problematiek mogelijk te maken, en/of
- een intensief (24-uurs) therapeutisch klimaat is essentieel voor de patiënt om zijn gedrag te kunnen veranderen, en/of
- het is belangrijk om de patiënt tijdelijk afstand te laten nemen van zijn systeem⁵ om verandering van gedrag en/of cognities en/of acceptatieproces bij de patiënt mogelijk te maken. Vanzelfsprekend is de verwachting dat de patiënt na de opname kan terugkeren naar de thuissituatie waarbij hij het geleerde zal kunnen generaliseren naar de thuissituatie.

Exclusiecriteria voor klinische behandeling zijn:

- de groepsinteractie met klinische medepatiënten kan een negatief effect hebben op de psychische situatie van patiënt.
- de patiënt heeft zodanige psychische problematiek met daaruit voortkomende gedragsproblemen, waardoor mederevalidanten in hun behandeling worden belemmerd.

3.4 Omschrijving subgroepen

De doelgroep kan onderverdeeld worden in 4 subgroepen. Deze subgroepen worden aangeduid met WPN-niveaus.

⁵ Het systeem betreft direct betrokkene(n) rondom de patiënt als ouder(s), partner, kinderen

WPN-niveau 1:	Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, met geen of minimale psychosociale problematiek
WPN-niveau 2:	Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek
WPN-niveau 3:	Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, psychosociale problematiek die matige tot ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.
WPN-niveau 4:	Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, psychosociale problematiek die in zeer ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.

Een meetinstrument of set van meetinstrumenten om goed de verschillende WPN niveaus van elkaar te onderscheiden, is nog niet aanwezig (Verbunt et al., 2019, handboek pijnrevalidatie, hfd. 6 en 7) . De revalidatiearts schat het WPN niveau in op klinische gronden, al of niet gecombineerd met vragenlijsten en/of na een medebeoordeling door andere teamleden zoals psycholoog.

3.5 Patiëntenperspectief en behandeldoelen

De Zorgstandaard Chronische Pijn d.d. 2017 stelt dat de behandeling van patiënten met chronische pijn het meest doeltreffend is als de behandeling voortvloeit uit een nauwe samenwerking en een onderlinge afstemming tussen professionals uit verschillende disciplines in samenspraak met de patiënt. Integrale zorg richt zich op het hele gezondheidsdomein van de patiënt. Naast aandacht voor pijn worden ook klachten als angst, depressie, beperkingen in het dagelijks leven en beperkte sociale steun onderkend.

De Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) is een onderdeel van de netwerkzorg in een regio.

De behandeldoelen bij iMSR hangen af van de hulpvraag, de doelen die binnen de iMSR haalbaar zijn, persoonlijke factoren, externe factoren en de complexiteit van de pijnproblematiek. Behandeldoelen worden in overleg met de patiënt door revalidatiearts en/of betrokken disciplines zo SMART⁶ mogelijk geformuleerd en periodiek geëvalueerd. Doelen van de patiënt zijn altijd gericht op activiteiten en participatie, ingedeeld volgens het ICF-model⁷.

Het verbeteren van functiestoornissen kan een aangrijpingspunt zijn voor de behandeling om de doelen te bereiken. Hieronder staan ook externe factoren genoemd die strikt genomen geen doel op zichzelf zijn. Zoals deze factoren zijn geformuleerd, kunnen ze wel een ingang voor behandeling bieden om de doelen te bereiken.

Belangrijke doelen in algemeen zijn het verbeteren van zelfredzaamheid, weer zelf regie krijgen op zijn/haar leven en het optimaliseren van de participatie, conform de visie van de VRA zoals geformuleerd in de Position Paper getiteld 'actief naar zelfredzaamheid en eigen regie'. Mogelijke doelen die onderliggend hieraan zijn, zijn oa.:

- Functies/anatomische eigenschappen:
 - Conditie verbeteren
 - Spierkracht, coördinatie en stabiliteit verbeteren
 - Houding optimaliseren
 - Lichaamsbewustzijn verbeteren
 - Fysieke ontspanning realiseren
 - Verbeteren van de slaap
 - Verminderen van pijn (indien mogelijk)
 - Emoties:
 - Stemming verbeteren
 - (Bewegings)angst en/of angst voor pijn verminderen

⁶ SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden

⁷ ICF: Classification of Functioning, Disability and Health, <https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf>

- Cognitie (in de zin van gedachtes en/of opvattingen):
 - Self efficacy verbeteren
 - Verminderen belemmerende cognities, waaronder het verminderen van catastrofale gedachtes en bewegingsangst
- Cognitie (in de zin van aan cognitieve functies gerelateerde aspecten):
 - Omgaan met cognitieve klachten
- Seksueel functioneren
- Activiteiten:
 - Mobiliteit en andere motorische vaardigheden verbeteren:
 - lopen
 - fietsen
 - zitten
 - staan
 - tillen en dragen
 - bukken
 - traplopen
 - autorijden
 - Huishoudelijke activiteiten verbeteren
 - Zelfverzorging optimaliseren:
 - wassen en verzorgen
 - zich aan- en uitkleden
- Externe factoren:
 - onderhoudend⁸ gedrag of emoties bij leden van het systeem verminderen
 - afhankelijkheid van hulpmiddelen en voorzieningen zoveel mogelijk beperken

Doelen op gebied van participatie kunnen zijn:

- Dagbesteding verbeteren:
 - Arbeid: betaald / onbetaald
 - Hobby's
 - Sport
 - Gebruik maken van OV of ander vervoer om op een plaats van bestemming te komen.
- Relatie met anderen verbeteren:
 - Rol als partner, ouder of andere gezinsrol
 - Relatie met vrienden/kennissen
 - Seksualiteit/intimiteit

In de onderzoeksfase en/of aan begin behandelingsfase zal de patiënt worden gevraagd naar zijn specifieke hulpvragen. Met deze hulpvragen als basis zullen de teamleden en patiënt binnen de behandeling komen tot haalbare doelen. Evaluatie van de doelen vindt regelmatig plaats op grond waarvan bijstelling (naar boven of naar beneden) aan de orde kan zijn.

4. Behandelaanbod

4.1 Regievoering van de revalidatiearts

Bij een indicatie voor behandeling in de eerstelijns kan de revalidatiearts besluiten al of niet regievoerder te zijn. Onder de revalidatiearts als regievoerder wordt verstaan dat hij samen met de patiënt bepaalt welke stappen er genomen worden in diagnostiek en behandelinterventies en het overzicht hierover bewaart. Interdisciplinaire MSR betreft behandeling door de revalidatiearts en één of meer behandelaars van zijn behandelteam.

De doelgroep betreft een brede groep patiënten met chronische pijn. Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek kan zorg binnen de algemene MSR of interdisciplinaire MSR geïndiceerd zijn voor de patiënt om zijn doelen te bereiken. Hierbij wordt uitgegaan van het stepped care principe (Position Paper VRA) en matched care: de revalidatiearts biedt of adviseert de meest effectieve en

⁸ Onderhoudend gedrag of emoties wat betreft onderhoudend voor het niet of moeilijk bereiken van de doelen door patiënt.

doelmatige vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard, complexiteit en ernst van de problematiek en daaruit verwachte beloop (prognose). Bij de indicatiestelling houdt de revalidatiearts rekening met de beschikbare zorgketen in de regio (eerstelijns, anderhalvelijnspraktijken, ZBC en GGZ).

4.2 Diagnostische en behandelproces

(Pré)-aanmeldingsfase

- Het verzamelen van informatie over patiënt

Onderzoeksfase

- Er vindt revalidatiegeneeskundig onderzoek door de revalidatiearts⁹ plaats met het opstellen van een voorlopige revalidatiediagnose en revalidatieplan. Tevens wordt het WPN-niveau bepaald.
- Om een goed beeld te kunnen krijgen van de biopsychosociale factoren die van belang zijn bij de patiënt kan de revalidatiearts één of meerdere leden van zijn revalidatieteam¹⁰ inschakelen in de diagnostische fase.
- Het aan de patiënt uitleg geven over de mogelijkheden van MSR, mondeling en schriftelijk / digitaal.

Behandelfase

- Het uitvoeren van het revalidatiebehandelplan, waarin beslissingen genomen worden met behulp van shared decision making
- Behandeling vindt plaats in overeenstemming met het WPN-niveau waarbij opgemerkt dat een hoog WPN-niveau niet per se gelijk staat met uitgebreid behandeltraject. De doelstellingen en de mogelijkheden van de patiënt spelen hierin een belangrijke rol.

Veelal zal de behandeling plaatsvinden volgens onderstaande:

- WPN-niveau 1 regievoering door huisarts (eerstelijns)
- WPN-niveau 2 regievoering huisarts (eerstelijns) of regievoering door revalidatiearts (vb bij somatisch co-morbiditeit.¹¹)
- WPN-niveau 3 interdisciplinaire MSR (poliklinische revalidatiebehandeling)
- WPN-niveau 4 interdisciplinaire MSR (poliklinische of klinische revalidatiebehandeling)

Bij WPN 1 en 2 niveau kan de huisarts een revalidatiearts consulteren (aMSR) maar is dit vaak niet noodzakelijk.

Afhankelijk van de hulpvraag kan bij een WPN-niveau 3 of 4 toch gekozen worden voor een behandeling in de eerste lijn, als dat beter aansluit bij de wensen en doelen van patiënt.

In de behandelfase kunnen afhankelijk van de doelen van de patiënt en de mogelijkheden van het behandelteam verschillende therapievormen worden ingezet (bijv. individuele of groepsbehandeling, e-revalidatie, apps).

Ontslagfase

- De ontslagfase begint als de opgestelde revalidatiedoelen zijn behaald, of (b)lijken niet haalbaar te zijn, en/of de doelen worden elders (eerstelijns of tweedelijns) met minder kosten en/of sneller behaald.
- Het voorbereiden patiënt (en systeem) op periode na afronding revalidatie.
- Doorverwijzing naar vervolgbehandeling (indien geïndiceerd)

⁹ Waar in het vervolg revalidatiearts staat, kan ook a(n)ios, physician assistent of verpleegkundig specialist worden gelezen; bij de taakherschikking dient dit gedocumenteerd te zijn volgens de richtlijn van de VRA.

¹⁰ Een revalidatieteam bestaat uit professionals die gezamenlijk revalidatiegeneeskundige zorg (diagnostiek en behandeling) bieden.

¹¹ Een goede afgrenzing wanneer regievoering door huisarts of door revalidatiearts is niet voorhanden. In de praktijk zal deze liggen bij meer complexe somatische problematiek en/of complexe gevolgen voor de patiënt.

Nazorgfase

- Alle patiënten die een I MSR traject hebben doorlopen (dus de WPN 3 en 4) worden maximaal 6 maanden vervolgd. Daarna volgt overdracht naar verwijzend specialist, huisarts of evt andere partners in de zorgketen
 - Doel van de nazorg is bewaken of het geleerde binnen de IMSR, beklijft in de praktijk. Bij terugval in ineffectief pijngedrag wordt beoordeeld of er een opfris behandeling nodig is of een verwijzing in de zorgketen.

In elke fase is de patiënt en eventueel diens systeem betrokken in de mogelijke keuzes en wordt relevante en op de individuele patiënt toegesneden informatie gegeven.

4.3 Beschikbare disciplines

Ondergenoemde disciplines zijn in de zorgketen of het behandelteam aanwezig. Bij patiënten op WPN 3 en 4 niveau is altijd de revalidatiearts betrokken. De andere disciplines zijn op indicatie betrokken zij hoeven niet allen bij de behandeling van een patiënt betrokken te zijn.

WPN-1 niveau

Bij monodisciplinaire behandeling eerstelijns: fysiotherapeut, oefentherapeut

WPN-2 niveau

Bij mono- of multidisciplinaire behandeling eerstelijns: fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werk, psycholoog (bijv. POH-GGZ).

WPN-3 niveau

Bij interdisciplinaire poliklinische MSR (iMSR): revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werk en psycholoog.

WPN-4 niveau

Bij interdisciplinaire poliklinische of klinische MSR (iMSR): revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werk en psycholoog. Tevens een psychosomatisch fysiotherapeut, oefentherapeut, haptotherapeut of psychomotorische therapeut of vergelijkbare discipline. Bij klinische behandeling verpleegkundige of groepsbegeleiders.

Naast bovengenoemde disciplines kan ervoor gekozen worden om andere disciplines in de behandeling te betrekken zoals bewegingsagoog of muziektherapeut.

4.4 Behandelduur, behandelvorm en behandelfrequentie

Deze worden door de revalidatiearts per individuele patiënt bepaald. Behandelduur, -vorm en -frequentie zijn met name afhankelijk van hulpvragen en (SMART) doelen van de patiënt, belastbaarheid van de patiënt, persoonlijke en externe factoren. Streven is de teambehandeling af te ronden in 120 dagen (dit is exclusief indicatiestelling en onderzoeksfase).

5 Indicatoren

De Pain Disability Index is gekozen door de landelijke VRA-werkgroep indicatoren als landelijke prestatie-indicator voor geleverde zorg aan patiënten met chronische pijn. Deze wordt afgenomen minimaal voor en aan einde van een behandeltraject in kader van iMSR.

In 2012 is door de 4 Ontwikkel- en Innovatiecentra PijnRevalidatie (OPR)¹²s in samenwerking met vakgroep revalidatie MUMC en de WPN de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) samengesteld,

¹² OPR: Ontwikkel- en Innovatiecentra Pijn Revalidatie: Het Roessingh te Enschede, Centrum voor Revalidatie te Groningen, Adelante te Hoensbroek en Rijndam te Rotterdam

die uitgaande van de IMMPACT criteria (Turk et al., 2003) geschikte klinimetrie bevat, waarbij gekozen is voor meetinstrumenten die enerzijds maximale relevante informatie opleveren, en anderzijds praktisch goed toepasbaar zijn in zowel een poliklinische als een klinische setting. In 2018 is een nieuwe versie van de NDP ontwikkeld (zie bijlage 1), vanuit de ervaringen met de eerste NDP set. De NDP hoeft alleen afgenomen te worden bij patiënten die iMSR krijgen, maar kan ook afgenomen worden in aMSR bij intake of later in het traject voor diagnostische doeleinden. Geadviseerd wordt om de NDP bij alle patiënten af te nemen als procesindicator. Zie ook 6.4.

In de zorgstandaard wordt aangegeven dat het belangrijk is om de (keten)zorg op basis van vooraf geformuleerde kwaliteitsindicatoren continu beoordelen en te verbeteren. Onderwerpen als de samenhang tussen de verschillende zorgonderdelen, de continuïteit van zorg, de betrokkenheid van patiënten bij hun zorgproces, (medicatie)veiligheid, doelmatigheid van (de organisatie van) de geboden zorg en deskundigheid van zorgprofessionals zouden continu getoetst moeten kunnen worden. Voor chronische pijnzorg zijn echter nog geen kwaliteitsindicatoren beschikbaar.

6 Kwaliteitscriteria

6.1 Deskundigheid van teamleden bij iMSR

Revalidatieteamleden:

- a. Deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering
 - De teamleden hebben een training gevolgd gericht op interdisciplinair werken binnen een evidence based aanpak die gebruikt wordt in de behandeling, zoals bijvoorbeeld:
 - Cognitieve gedragstherapie (CGT);
 - Acceptance and Commitment Therapy (ACT);
 - Exposure;
 - Graded activity.
 - Binnen de organisatie wordt zorggedragen voor verspreiding van relevante kennis onder alle teamleden werkzaam met patiënten met chronische pijn.
 - Er vinden minimaal 1 x per 3 maanden besprekingen plaats gericht op deskundigheidsbevordering, o.a. in de vorm van intervisie¹³ of inhoudelijke bijeenkomsten rond een bepaald thema, met als doel het op peil houden van de beroepsdeskundigheid en/of verbeteren van het functioneren van de beroepsbeoefenaar.
 - Deskundigheid wordt onderhouden via cursussen/congressen, relevante na- en bijscholing
 - Op basis van de uitkomsten van klinimetrie en procesgegevens (zoals aantal drop outs, wachttijden) evalueert het revalidatieteam minimaal eens per jaar het eigen zorgprogramma en past dit zo nodig aan.
 - Binnen de organisatie waarin pijnrevalidatie wordt geboden is minimaal één medewerker van elke discipline lid van een (landelijke) werkgroep van zijn discipline, indien aanwezig, die o.a. deskundigheidsbevordering tot doel heeft. Uitzondering hierbij is een ziekenhuissetting waar de revalidatiearts alleen regievoerder is voor behandeling in de eerstelijns.
- b. Samenstelling
 - Omdat pijnrevalidatie binnen de MSR is bedoeld voor patiënten met complexe problematiek is ervaring van het behandelteam met de behandeling van patiënten met complexe pijnproblematiek van groot belang. Een leidraad om dit te waarborgen is: 70% van de teamleden (incl. de revalidatiearts) heeft minimaal twee jaar ervaring met de behandeling van patiënten met chronische pijn, en een therapeut houdt zich tenminste 8 uur per week (0,2 fte) bezig met de behandeling van patiënten met chronische pijn. Bovenstaande is gebaseerd op expert opinion. Zo lang er geen wetenschappelijk onderbouwd kwaliteitssysteem beschikbaar is, is expert opinion het hoogst haalbare. Met dit als uitgangspunt kan een instelling zelf beoordelen of het behandelteam hieraan voldoet of dat de ervaring van het behandelteam hieraan gelijkwaardig is.

Revalidatiearts, aanvullend

¹³ Intervisie is een gestructureerd overleg van een kleine groep hiërarchisch gelijkwaardige professionals waarin vragen over het eigen functioneren centraal staan met als doel de patiëntenzorg i.h.a.te verbeteren

- De revalidatiearts heeft kennis van de meest gebruikelijke medicatie die binnen de patiëntengroep met chronische pijnklachten toegepast wordt

Voor revalidatieartsen die alleen patiënten met WPN-1 of -2 niveau zien, zijn er geen aanvullende eisen voor deskundigheid.

Voor (netwerk/vakgroep van) revalidatieartsen die patiënten met WPN-3 en -4 niveau behandelen:

- Minimaal één van de revalidatieartsen van het revalidatiegeneeskundig netwerk¹⁴ is lid van de WPN. Deze revalidatiearts draagt actief kennis vanuit de landelijke vergaderingen over aan collega's.
- Minimaal twee jaar ervaring als revalidatiearts met patiënten met chronische pijn. Indien de ervaring minder dan twee jaar is, is er structureel een intervisiemoment met een andere revalidatiearts met minimaal vijf jaar ervaring in de pijnrevalidatie.

Artsen in opleiding tot revalidatiearts (aios), artsen niet in opleiding (stafartsen of anios) en andere professionals als physician assistant (PA), verpleegkundig specialist (VS), of vergelijkbare functies kunnen een deel van de taken van de revalidatiearts overnemen, waarbij zij hun eigen verantwoordelijkheid hebben conform de competenties passend bij hun opleidingsniveau (aios), kennis en ervaring (anios) of taakherschikking (PA en VS).

Psycholoog, aanvullend

- Voor een psycholoog die behandeling verzorgt in de MSR op het gebied van pijnrevalidatie geldt minimaal een GZ-opleiding. (Indien bij een vacature er geen geschikte psycholoog met GZ opleiding is die de vacature kan invullen, kan als tijdelijke oplossing gekozen worden voor een psycholoog zonder GZ-opleiding die supervisie ontvangt van een GZ-psycholoog)
- De psycholoog is op de hoogte van de mogelijkheden van eerstelijnspsychologenpraktijken en GGZ-instelling(en) in het adherentiegebied.

6.2 Faciliteiten

Bouwkundige voorzieningen:

- Bij klinische revalidatie:
 - Concentratie van pijnpatiënten op één klinische afdeling (voor passend therapeutisch klimaat).

Consulenten

Als revalidatiezorg wordt geboden aan patiënten op WPN-4 niveau is een psychiater beschikbaar voor consultatie. Bij ziekenhuislocaties kan dit de psychiater zijn van het betreffende ziekenhuis. Bij een revalidatiecentrum of zelfstandige behandelkliniek kan dit een consulent psychiater zijn of een psychiater in dienst van de instelling.

6.3 Netwerk

- WPN 2, 3 en 4:
 - Adequate consultatiemogelijkheden van psychiater, neuroloog, anesthesioloog-pijnspecialist, orthopeed, seksuoloog, diëtist, arbeidsconsulent.
 - Minstens één revalidatiearts van de instelling neemt deel aan een interspecialistisch pijnteam in de vorm van een multidisciplinaire bespreking (MDO) binnen het adhaerentiegebied van de instelling.

6.4 Klinimetrie

Klinimetrie binnen iMSR ter evaluatie van zorg met als doel ondersteuning van continue kwaliteitsverbetering bestaat minimaal uit de verkorte dataset van NDP vanuit WPN, zie bijlage 1. Per patiënt vindt minstens een meting voor en na de behandeling plaats. Het is daarnaast aan te bevelen ook in de follow-up periode na iMSR de patiënt te vragen om een vragenlijst in te vullen (drie

¹⁴ Onder een revalidatiegeneeskundig netwerk wordt verstaan: Eén of meerdere instellingen waar vanuit gezamenlijk revalidatiegeneeskundig beleid en/of één revalidatiegeneeskundige medische staf revalidatiegeneeskundige zorg wordt verleend. Bron: visitatiereglement VRA

maanden en eventueel één jaar na behandeling) om het beloop na behandeling inzichtelijk te maken. Uitkomsten/uitkomstmaten worden op teamniveau en instellingsniveau minimaal jaarlijks geaggregeerd en daarna besproken in het team. Naast de NDP kan op indicatie zowel in aMSR als iMSR klinimetrie worden afgenomen voor diagnostiek of evaluatie.

7 Referenties

- Bekkering GE1, Bala MM, Reid K, Kellen E, Harker J, Riemsma R, Huygen FJ, Kleijnen J.. Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. *Neth J Med*. 2011 Mar;69(3):141-53.
- Hassett AL, Williams DA Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011 Apr;25(2):299-309
- Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum*. 2009 Feb 15;61(2):216-24
- IASP: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015 Feb 18;350:h444.
- Mangels M, Schwarz S, Worringer U, Holme M, Rief W. Evaluation of a behavioral-medical inpatient rehabilitation treatment including booster sessions: a randomized controlled study. *Clin J Pain* 2009; 25:356–364
- NHG standaard pijn: <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/pijn#idp6896>
- Position paper chronische pijn: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/article/position-paper-chronische-pijn-gelanceerd>
- Position paper revalidatiegeneeskunde: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/position-paper>
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)*. 2008 May; 47(5): 670-678
- Treede, Rolf-Detlef et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the *International Classification of Diseases (ICD-11)* PAIN: January 2019 - Volume 160 - Issue 1 - p 19-27 doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384
- Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2003 Dec;106(3):337-45
- Verbunt JA et. al. (2019). Handboek pijnrevalidatie. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum
- Volker G, van Vree F, Wolterbeek R, van Gestel M, Smeets R, Köke A, Vlieland TV. Long-Term Outcomes of Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Musculoskeletal Pain. *Musculoskeletal Care*. 2017 Mar;15(1):59-68. Zorgstandaard Chronische Pijn – versie 03-2017
- VRA:
 - o Consensus taakherschikking: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/consensusdocument-taakherschikking> - versie 04-2016
 - o Nota indicatiestelling revalidatiegeneeskunde – versie 04-2016: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/indicatiestelling-medisch-specialistische-revalidatie>
 - o Position Paper VRA – versie 2015
 - o Position Paper pijnrevalidatie – versie 2017
- Zorgstandaard Chronische Pijn, versie mrt 2017: <https://pijnalliantieinnederland.nl/voor-professionals/zorgstandaard-chronische-pijn2/>

8 Bijlagen

Bijlage 1.

Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP)

In 2007 is de eerste versie van De Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) verschenen. Op basis van evaluaties en veranderde inzichten is deze NDP in 2017 aangepast door een werkgroep van de WPN. De NDP-versie 2.0 is onderverdeeld in 4 delen:

1. Anamnestiche vragenlijst pijn; een korte en uitgebreide versie
2. Set screenende vragenlijsten
3. Set uitkomstmetingen
4. Set mediators

Deel 1 bestaat uit een algemene anamnestiche vragenlijst pijn (AVP). Van deze algemene vragenlijst bestaat een korte en een uitgebreide versie. De verkorte versie dient altijd voorafgaand aan het eerste consult afgenomen te worden. De verkorte anamnestiche vragenlijst bevat patiënt- en klachtkenmerken die van belang zijn voor het beschrijven van de doelgroep (case-mix variabelen). Daarnaast bestaat er een uitgebreide AVP, die de uitvoering van het eerste consult bij de revalidatiearts kan ondersteunen c.q. richting kan geven. Het gebruik van de uitgebreide versie is vrijwillig.

Deel 2 bestaat uit screenende en diagnostische vragenlijsten, die patiënt zelf kan invullen, en die inzicht geven in belangrijke pijn- en beperkingen-beïnvloedende factoren. De set bestaat uit de Pijn Catastrofen Schaal (PCS), de Hospital Anxiety en Depressie Schaal (HADS) en de Neuropathie-vragenlijst DN4. Dit deel is verplicht. DE PCS en HADS zijn tevens uitkomstmaten.

Deel 3 bestaat uit de volgende uitkomstmaten/metingen en is verplicht om te gebruiken:

Ernst van pijn; gemiddelde pijn en ergste pijn/week	11 puntenschaal
Ernst Vermoeidheid; gemiddelde vermoeidheid/week	11 puntenschaal
Ernst cognitieve problematiek, gemiddelde problemen/week	11 puntenschaal
Beperkingen dagelijks participeren	Pain Disability index
Arbeid	Algemene vraag
Werkvermogen	11 puntenschaal
Kwaliteit van leven; fysiek en mentaal functioneren	SF12
Psychologische stress	HADS
Slaapproblematiek	Algemene vraag
Catastrofen	PCS
Hulpvraag	COPM/PSK
Ervaren effect	Global perceived effect
Tevredenheid effect	Global perceived effect
Nadelige effecten	Algemene vraag

Deel 4 bestaat uit een set meetinstrumenten om werkingsmechanismen van behandeling (mediatoren) te kunnen bestuderen. Deze set is optioneel en zal binnen de WPN op projectmatige basis opgepakt worden, met en door centra die hieraan vrijwillig willen deelnemen.