

Behandelkader Aanhoudende pijn

Inhoud

1. Algemene inleiding behandelkader	3
1.1 Doel en functie behandelkader	3
1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader	3
1.3 Datum en geldigheidsduur van het behandelkader	3
2. Patiënten doelgroep	5
2.1 Omschrijving doelgroep	5
2.2 Omschrijving subgroepen	5
2.3 Patiënten perspectief en behandeldoelen	7
3. Behandelaanbod	9
3.1 Behandelopties	9
3.2 Diagnostische en behandelproces	9
3.3 Beschikbare disciplines	10
4. Indicatoren	12
5. Kwaliteitscriteria	13
5.1 Deskundigheid van teamleden bij IMSR	13
5.2 Faciliteiten	14
5.3 Netwerk	15
6. Referenties	16

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 patiënten doelgroep.

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 patiënten doelgroep 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, waar en op welk niveau).

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

Voor het ontwikkelen van het behandelkader Aanhoudende pijn is in 2024 een commissie ingesteld.

De commissie bestond uit de volgende personen:

- Drs M. Van Beugen, revalidatiearts Heliomare
- Drs W. Beuving, revalidatiearts Reade Amsterdam
- Drs J.M.A. Karstenberg-Kramer, revalidatiearts Treant
- Drs J.L. Swaan, revalidatiearts Rijndam Revalidatie Rotterdam

De commissie werkte van 19 sept 2024 tot 12 september 2025 aan de totstandkoming van het concept behandelkader. Het concept behandelkader is voor commentaar voorgelegd aan alle VRA-leden, de Commissie Kwaliteit, de Beroepsbelangencommissie (BBC), Revalidatie Nederland, het VRA-bestuur en de patiëntenvereniging(en) Pijnpatiënten naar 1 Stem en de Landelijke Pijn Organisatie (LPO). Na verwerking van het commentaar door de commissie is het behandelkader met verzoek om autorisatie voorgelegd aan het bestuur. Het bestuur heeft de Commissie Kwaliteit om advies gevraagd. Het concept behandelkader is voor autorisatie voorgelegd aan de leden tijdens de ALV van 6 november 2025. Na autorisatie is het behandelkader gepubliceerd op de website van de VRA.

Wat betreft de terminologie:

Er is door de werkgroep pijnrevalidatie een voorstel ingediend bij het VRA bestuur om de term aanhoudende pijn te gaan gebruiken. Dit voorstel is geaccordeerd. Dit is de term die we hanteren in dit behandelkader. De term 'chronisch' gebruiken we wanneer het citaten uit externe bronnen betreft. Overal waar 'revalidatiearts' geldt dat dit ook een zorgverlener kan zijn die vanuit taakherschikking zelfstandig bevoegd is tot het openen van dbc's en eindverantwoordelijkheid draagt in de IMSR-behandeling van patiënten met aanhoudende pijn.

1.3 Datum en geldigheidsduur van het behandelkader

Het behandelkader is op 6 november 2025 geautoriseerd door de leden van de VRA. De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader.

Uiterlijk 2030 bepaalt het bestuur van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland 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. Patiënten doelgroep

2.1 Omschrijving doelgroep

2.1.1 De doelgroep is patiënten met aanhoudende pijn in het houding- en bewegingsapparaat. Chronische musculoskeletale pijn wordt gedefinieerd als pijn waargenomen in musculoskeletale structuren die langer duurt dan drie maanden (of recidiveert) en gekenmerkt wordt door significante beperkingen in het functioneren en emotionele distress (Treede, 2019). Voor verwijzing naar een revalidatiearts als regulier medisch specialist is dit voldoende omschrijving. Als een verwijzer het pijnprobleem niet kan behandelen binnen de eigen setting kan een consult bij een revalidatiearts zinvol zijn voor advies. De doelgroep voor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) is aanzienlijk kleiner. De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland van de VRA (WPN) omschrijft IMSR pijnrevalidatie als volgt: 'Medisch-specialistische pijnrevalidatie is een interdisciplinaire behandeling voor patiënten met aanhoudende pijn van het houdings- en bewegingsapparaat onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts door een multidisciplinair team dat samenwerkt bij de diagnostiek en behandeling vanuit een gedeelde biopsychosociale visie en gedeelde doelstellingen.

2.1.2 Recente en te verwachten ontwikkelingen

Het duidingstraject pijnrevalidatie door het Zorginstituut was in 2022 positief afgesloten, maar op dit moment (september 2025) is er weer onzekerheid met betrekking tot vergoeding van IMSR voor patiënten met aanhoudende pijn. We verwachten op demografische gronden een toename van het aantal patiënten met aanhoudende pijn dat in aanmerking kan komen voor IMSR. Ook kunnen de adviezen uit de Leidraad chronische pijn die naar verwachting in 2025 zal verschijnen leiden tot een breder gedragen biopsychosociale visie op aanhoudende pijn met meer verwijzingen naar de revalidatiearts tot gevolg. Anderzijds kan een toegenomen deskundigheid van de eerstelijns ertoe leiden dat er minder verwijzingen komen. De lange wachttijden in de GGZ en de beperkte vergoeding van eerstelijns behandeling zijn bronnen van zorg maar horen onze indicatiestelling niet te beïnvloeden. Door hybride behandelingen kan de fysieke behandelinzet afnemen. Voorbeelden van blended care zijn onder meer online educatie, thuisoefeningen via een portaal, beeldbelconsulten, gebruik van apps. Duurzaamheid vraagt aandacht van alle zorgprofessionals. Voor dit behandelkader denken we hierbij behalve aan blended care (minder reisbewegingen) ook aan gebruik van minder papier (bv folders). Een goede indicatiestelling voor IMSR bij aanhoudende pijn helpt om onnodige zorg te voorkomen: de meest duurzame zorg is de zorg die niet gegeven is.

2.2 Omschrijving subgroepen

2.2.1 Voor dit behandelkader gebruiken we de WPN-niveaus zoals ook omschreven in het vorige behandelkader uit 2020. Dit ondanks de bekende inter-observer variatie en ondanks de weinig scherpe afgrenzing tussen de verschillende niveaus. Helaas is er tot op heden geen beter instrument voorhanden.

WPN-niveaus

1. Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek.
2. Patiënten met pijn en matige beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek.

3. Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, psychosociale problematiek die matige tot ernstige invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.
4. Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie (ernstige tot zeer ernstige impact), psychosociale problematiek die in zeer ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.

De doelgroep voor IMSR bestaat uitsluitend uit patiënten vallend onder de WPN-niveaus 3 en 4. Bij patiënten met op de voorgrond staande psychiatrische stoornissen is betrokkenheid van de GGZ noodzakelijk.

2.2.2 In- en exclusiecriteria voor IMSR bij aanhoudende pijn (overgenomen uit document transparante indicatiestelling zoals geaccordeerd door de ALV van 10 september 2025)

Proces van indicatiestelling IMSR:

- Na de aanmelding wordt beoordeeld of er een indicatie is voor IMSR conform de VRA Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling;
- Het functioneren van de patiënt wordt in kaart gebracht door middel van de ICF. Daarbij worden tenminste de functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie, persoonlijke en externe factoren beschreven. De hulpvraag van de patiënt en de functionele prognose worden meegenomen in relatie met bovenstaande analyse;
- Tijdens de intake wordt beoordeeld of er adequate inspanningen zijn gepleegd in de eerstelijns. Indien dit niet het geval is wordt de patiënt terugverwezen naar de eerstelijns. Hierbij wordt aangesloten op de richtlijnen voor behandeling in de eerstelijns van KNGF, FMS en NHG. Daartoe wordt tijdens de anamnese door de revalidatiearts in elk geval in kaart gebracht:
 - Welke zorgverleners betrokken zijn of zijn geweest;
 - Of er al enige vorm van pijneducatie is gegeven (waarbij het afhangt van het regionale netwerk wie deze educatie geeft), én
 - Of de behandeling in de eerstelijns zich heeft gericht op het uitbreiden van activiteiten en participatie.
- Het mandaat voor de indicatiestelling voor IMSR-behandeling bij aanhoudende pijn ligt bij de revalidatiearts. Bij de indicatiestelling wordt diagnostiek en advies van de psycholoog (met ervaring met aanhoudende pijn) en tenminste één andere pijnbehandelaar (fysiotherapeut/ ergotherapeut) meegewogen;
- De keuze voor de behandelmethodiek hangt af van de belangrijkste onderhoudende factor als aangrijpingspunt;
- Indien bij het consult van de revalidatiearts via 'samen beslissen' een ander besluit genomen wordt dan het advies van de teamleden betrokken bij diagnostiek, worden de redenen vastgelegd in het dossier;
- Revalidatieartsen leveren van iedere patiënt die zij behandelen data voor de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) en Stichting Revalidatie Impact (SRI) aan. Dit betreft in ieder geval de minimale dataset NDP en de generieke uitkomstmaten plus de diagnosegebonden uitkomstmaten voor chronische pijn van SRI. Revalidatieartsen nemen actief deel aan de analyse en benchmarking van deze data, om zo behandelresultaten te kunnen vergelijken en eventuele ongewenste praktijkvariatie terug te dringen;
- De revalidatiearts van het behandelteam draagt er zorg voor dat richtlijnen, behandelkaders en andere landelijke veldnormen die ontwikkeld zijn op het gebied van diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en evaluatie van zorg zijn geïmplementeerd.

Inclusiecriteria:

- Aanhoudende pijn in het houding- en bewegingsapparaat;
- Classificatie door revalidatiearts als WPN 3 of 4;
- De behandeling in de eerstelijns is adequaat doorlopen (zie proces) en niet effectief gebleken óf in uitzonderlijke gevallen kan inclusie plaatsvinden als de problematiek zodanig is dat behandeling in de eerstelijns naar verwachting geen resultaat zal hebben;
- Relevante diagnostiek door andere specialismen is afgerond, zowel naar mening van de patiënt als van de revalidatiearts;
- Overige medische interventies zullen naar verwachting niet leiden tot verbetering in klachten of functioneren;
- Patiënt is bereid en in staat tot het volgen van IMSR gericht op het verbeteren van functioneren (activiteiten en participatie).

Exclusiecriteria:

- Pijnvermindering zonder functionele verbetering is het enige doel van de patiënt;
- Patiënt is fysiek en/of mentaal onvoldoende belastbaar om de behandeling te kunnen volgen;
- Patiënt gebruikt verdovende middelen of medicatie in een dosering die het bereiken van de doelstellingen in de weg staat en is niet bereid of in staat om dit in het kader van de behandeling af te bouwen;
- Er zijn externe belemmerende factoren die het bereiken van de doelstellingen belemmeren.

2.2.3 Klinische behandeling

In het algemeen worden patiënten met aanhoudende pijn poliklinisch behandeld. In het kader van matched care of diagnostiek kan echter een klinische behandeling wenselijk zijn. Op grond van concentratie en specialisatie vindt klinische pijnrevalidatie op slechts enkele plekken plaats (2025: vier revalidatiecentra). Binnen het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland is een Zorgpad klinische pijnrevalidatie uitgewerkt. Dit document zal in definitieve vorm worden voorgelegd aan de WPN en daarmee aan de VRA.

2.3 Patiënten perspectief en behandeldoelen

2.3.1 Patiënten met aanhoudende pijn zijn vaak ontevreden over de behandeling die ze hebben gekregen (Rapport Pijngeneeskunde Erasmus MC en Pijnpatiënten naar 1 stem 2015). Ze ervaren een 'flipperkast' aan niet-effectieve verwijzingen en behandelingen. Regionale samenwerking tussen behandelaren in de eerste, tweede en derde lijn is onontbeerlijk om patiënten adequaat te verwijzen naar de voor hen op dat moment meest geschikte behandeling. We gaan daarbij uit van 'matched care': eerste lijn waar mogelijk; directe opschaling naar een hoger echelon waar nodig, zonder eerst behandelingen in een lager echelon te doorlopen, als de inschatting is dat ze niet-effectief zullen zijn. Voor dit behandelkader is advies gevraagd aan twee patiëntenorganisaties: 'Pijnpatiënten naar een stem' en de Landelijke Pijn organisatie (LPO). De eerste is ook vertegenwoordigd in de Pijn Alliantie in Nederland (PA!N). Onder verantwoordelijkheid van de PA!N is in 2017 een Zorgstandaard Chronische pijn ontwikkeld die wordt opgevolgd door de Leidraad Chronische Pijn.

2.3.2 Behandeldoelen

De doelstellingen bij IMSR kunnen geformuleerd worden op alle domeinen van de ICF, met name op het gebied van activiteiten, participatie en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De doelen

zijn gepersonaliseerd en waardegericht, passend bij value based health care (VBHC). Pijnreductie treedt vaak op, maar is niet het primaire doel van IMSR. Daarnaast krijgt de patiënt inzicht in zijn instandhoudende biopsychosociale factoren. De NDP 3.0 gaat rekening houden met bovenstaande om doelen meetbaar te kunnen evalueren.

3. Behandelaanbod

3.1 Behandelopties

De doelgroep betreft een brede groep patiënten met aanhoudende pijn. Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek kan zorg binnen de MSR of interdisciplinaire MSR geïndiceerd zijn voor de patiënt om zijn doelen te bereiken. Hierbij wordt uitgegaan van matched care (Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling (I)MSR - VRA): de revalidatiearts biedt of adviseert de meest effectieve en 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 het WPN-niveau en de beschikbare zorgketen in de regio. 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 behandelaren van zijn behandelteam.

3.2 Diagnostische en behandelproces, conform de Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling (Interdisciplinaire) Medisch Specialistische Revalidatie

Triage

De revalidatiearts maakt op basis van de verwijsvraag (eventueel aangevuld met overleg met de verwijzer) of casuïstiekbespreking (zoals op een MDO) een inschatting of betrokkenheid van de revalidatiearts geïndiceerd is en op welke termijn (spoed vs. niet spoed).

Diagnostiek

Met behulp van de ICF wordt onderzocht welke stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten, problemen in participatie en bijdragende persoons- en omgevingsfactoren aanwezig en/of te verwachten zijn. De revalidatiearts voert de diagnostiek uit, al dan niet met behulp van aanvullend onderzoek, eventueel samen met het interdisciplinaire revalidatieteam (assessment met team).

Specifiek voor aanhoudende pijn:

- Een biopsychosociale analyse met de belangrijkste onderhoudende factoren waar de patiënt zich in kan vinden
- Bepalen van het WPN-niveau

Prognostiek

De revalidatiearts bepaalt de functionele prognose op basis van kennis op het gebied van:

- de stoornissen in functies
- de beperkingen in activiteiten en de problemen ten aanzien van maatschappelijke participatie
- het natuurlijk beloop (bij kinderen tevens van de normale ontwikkeling)
- de mogelijkheden van medische, para- en perimedische interventies
- het te verwachten effect van de toe te passen behandelingen
- en de samenhang daartussen

Specifiek voor aanhoudende pijn:

- Wat zijn aangrijpingspunten voor behandeling?
- Wat zijn de verandermogelijkheden van de patiënt?
- Wat is de meest doelmatige behandelsetting?

Behandeladvies

Op basis van diagnostiek en de functionele prognose stelt de revalidatiearts, aan de hand van de verschillende domeinen van ICF, de revalidatiediagnose en beoordeelt de samenhang en complexiteit op de verschillende ICF-domeinen. Samen met de patiënt en eventueel diens naasten wordt, aan de hand van de revalidatiediagnose, een behandeladvies opgesteld. Naar aanleiding van

de beoordeling kan de revalidatiearts een indicatie stellen voor een (poli)klinische behandeling binnen de MSR of adviseren tot een behandeling buiten de MSR. 'Geen behandeling' kan daarbij ook een mogelijkheid zijn.

Specifiek voor aanhoudende pijn:

- Concrete adviezen voor zelfmanagement en leefstijl (zoals medicatiegebruik, dag- en weekstructuur, slaap, bewegen)
- Indien IMSR wordt geadviseerd: uitgebreide uitleg over inhoud en vorm hiervan, 'verwachtingenmanagement'
- Globale pijneducatie, met behulp van ondersteunend materiaal (online folder, website, app.).

Behandeling binnen of buiten de IMSR

- Het uitvoeren van het revalidatiebehandelplan, waarin besluiten genomen worden met behulp van 'samen beslissen'. Expliciete overeenstemming over doel en vorm van de behandeling is onderdeel van de indicatiestelling.
- Er wordt gekozen voor (zo veel mogelijk) evidence-based methodiek, die door het hele team toegepast wordt.
- 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 (bijvoorbeeld bij somatische comorbiditeit)
- WPN-niveau 3 poliklinische IMSR
- WPN-niveau 4 poliklinische of klinische IMSR

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

In de behandel fase kunnen afhankelijk van de doelen van de patiënt en de mogelijkheden van het behandelteam verschillende therapievormen worden ingezet (bijv. individuele of groepsbehandeling, eHealth, apps).

Nazorgfase

IMSR pijn beoogt het zelfstandig kunnen generaliseren en vasthouden door de patiënt van het bereikte resultaat. Daarom worden langdurige nacontroles beperkt. Nazorg in de vorm van het borgen van het bereikte effect is van meerwaarde, met als afsluiting een goede overdracht naar huisarts / verwijzer. Klinimetrie in de follow-up zonder patiëntcontact valt niet onder nazorg.

3.3 Beschikbare disciplines

Bij patiënten op WPN-3 en WPN-4 niveau is altijd de revalidatiearts betrokken en tenminste een andere discipline. Disciplines zijn op indicatie betrokken, zij hoeven niet alle bij de behandeling van een patiënt betrokken te zijn.

Interdisciplinaire behandeling

De begeleiding die afkomstig is uit verschillende disciplines vormt een samenhangend geheel en wordt zowel inhoudelijk als procedureel afgestemd met de patiënt en relevante naasten.

Kenmerkend aan de interdisciplinaire behandeling is daarmee dat meerdere disciplines onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts vanuit een gedeelde probleemanalyse vanuit

dezelfde behandelvisie samenwerken aan gedeelde doelstellingen¹. Uiteraard wordt daarbij gewerkt vanuit een biopsychosociale visie, maar de gedeelde visie gaat verder dan dat. Afspraken worden in het team gemaakt over de behandelinzet, de focus van de specifieke in te zetten aanpak en wie daarin wat oppakt. Deze afspraken zijn dynamisch en vereisen een voortdurende afstemming binnen het team. Daarom is het van belang dat, naast de frequente formeel ingeregelde momenten voor afstemming (gemiddeld 1 teambespreking per 4-5 weken met tenminste de revalidatiearts en de kerndisciplines), er ook wekelijks gelegenheid is voor tussentijdse afstemming. De teamleden, inclusief de revalidatiearts, zijn voldoende op dezelfde locatie aanwezig voor laagdrempelige mogelijkheid tot overleg.

WPN-1 niveau

Monodisciplinaire behandeling eerstelijns.

WPN-2 niveau

Mono- of multidisciplinaire behandeling eerstelijns.

WPN-3 niveau

Poliklinische IMSR: revalidatiearts en tenminste een paramedische discipline en een psycholoog. Andere disciplines zijn op indicatie betrokken, zij hoeven niet alle bij de behandeling van een patiënt betrokken te zijn.

WPN-4 niveau

Poliklinische of klinische IMSR: naast paramedische disciplines een GZ-psycholoog en een lichaamsgerichte therapeut. Bij klinische behandeling ook verpleegkundige of groepsbegeleiders.

¹ IASP: Interdisciplinary treatment is a multimodal treatment provided by a multidisciplinary team collaborating in assessment and treatment using a shared biopsychosocial model and goals.

4. Indicatoren

In 2022 werd door de werkgroep Generieke PROMs (patient-reported outcome measures) van het programma Uitkomstgerichte Zorg een kernset van generieke, niet-ziekte specifieke PROs en PROMs ontwikkeld voor gebruik bij alle patiënten in de medisch specialistische zorg². Binnen de Pijnrevalidatie wordt al langer gewerkt met afname van klinimetrie. In 2004 is door de 4 Ontwikkel- en Innovatiecentra PijnRevalidatie³ (OPR)'s in samenwerking met vakgroep revalidatiegeneeskunde van de Universiteit Maastricht en de WPN de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) samengesteld, die uitgaande van de IMMPACT criteria (Turk et al., 2003) geschikte klinimetrie bevat. Hierbij is gekozen 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 (de NDP 2.0) ontwikkeld en inmiddels is NDP 3.0 in ontwikkeling, gekoppeld aan de vragenlijsten die ook via de PROMS worden afgenomen, om dubbelingen voor de patiënt te voorkomen. Klinimetrie binnen IMSR ter evaluatie van zorg met als doel ondersteuning van continue kwaliteitsverbetering bestaat minimaal uit de verkorte dataset van NDP. Per patiënt vindt minstens een meting voor en na de behandeling plaats. Het is daarnaast sterk aan te bevelen ook in de follow-up periode na IMSR de patiënt te vragen om een vragenlijst in te vullen (na drie maanden en na 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. Voor de NDP is afgesproken dat deze alleen afgenomen hoeft te worden bij patiënten die IMSR krijgen, maar kan ook afgenomen worden in MSR bij intake of later in het traject voor diagnostische doeleinden. Geadviseerd wordt om de NDP bij alle patiënten af te nemen als procesindicator. Naast de NDP kan op indicatie zowel in MSR als IMSR klinimetrie worden afgenomen voor diagnostiek of evaluatie.

De Pain Disability Index (PDI) is gekozen door de landelijke VRA-werkgroep 'indicatoren' en Revalidatie Nederland (RN) als landelijke prestatie-indicator voor geleverde zorg aan patiënten met aanhoudende pijn. Deze wordt afgenomen minimaal voor en aan het einde van een behandeltraject in het kader van IMSR.

Voor chronische pijnzorg zijn nog geen kwaliteitsindicatoren beschikbaar.

² <https://www.revalidatie.nl/ntr/generieke-uitkomsten-meten-met-promis/>

³ Roessingh te Enschede, Centrum voor Revalidatie te Groningen, Adelante te Hoensbroek en Rijndam te Rotterdam

5. Kwaliteitscriteria

5.1 Deskundigheid van teamleden bij IMSR

Revalidatieteamleden:

Alle teamleden committeren zich aan de richtlijn chronische pijnrevalidatie, alsmede aan andere geldende beroepsrichtlijnen en standaarden.

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:
 - Acceptance and Commitment Therapy (ACT);
 - Exposure in vivo;
 - Graded activity;
 - Andere vormen van cognitieve gedragstherapie (CGT);
- Binnen de organisatie wordt zorggedragen voor verspreiding van relevante kennis onder alle teamleden werkzaam met patiënten met aanhoudende pijn.
- Er vinden minimaal 1 x per 3 maanden besprekingen plaats gericht op deskundigheidsbevordering, o.a. in de vorm van intervisie 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 patiënten met aanhoudende pijn worden gezien is minimaal één medewerker van elke discipline lid van een (landelijke) werkgroep van de betreffende discipline, indien aanwezig, die o.a. deskundigheidsbevordering tot doel heeft. Uitzondering hierbij is een setting waar de revalidatiearts alleen regievoerder is voor behandeling in de eerstelijns.

B. Samenstelling

- Omdat pijnrevalidatie binnen de IMSR (WPN-3 en WPN-4) 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 aanhoudende pijn en een therapeut houdt zich tenminste 8 uur per week (0,2 fte) bezig met de behandeling van patiënten met aanhoudende 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

- De revalidatiearts heeft kennis van de meest gebruikelijke medicatie die binnen de patiëntengroep met aanhoudende pijn toegepast wordt. Dat wil zeggen kunnen adviseren bij op- en afbouw van medicatie en zo nodig doorverwijzen bij complexe problematiek m.b.t. medicatie. De revalidatiearts heeft kennis van de verwijsmogelijkheden binnen de keten m.b.t. medicatie (pijnspecialist, verslavingsarts).

Alle revalidatieartsen die patiënten met aanhoudende pijn zien kunnen een inschatting maken van de complexiteit van het pijnprobleem. Voor revalidatieartsen die géén patiënten in de IMSR behandelen (WPN-1 en WPN-2) zijn er geen aanvullende eisen. Voor (netwerk/vakgroep van) revalidatieartsen die patiënten met WPN-3 en -4 niveau behandelen:

- Minimaal één van de revalidatieartsen van het revalidatiegeneeskundig netwerk 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 aanhoudende pijn. Indien de ervaring minder dan twee jaar is, kan de beginnend revalidatiearts terugvallen op een meer ervaren revalidatiearts binnen de instelling.

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 beroepsgroep.

Psycholoog, aanvullend

- Voor een psycholoog die behandeling verzorgt in de IMSR op WPN-4 niveau geldt dat deze minimaal een GZ-opleiding hebben afgerond. 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. Voor WPN-3 niveau is een GZ-opleiding aan te raden maar ervaring in de pijnrevalidatie kan ook op een andere manier verkregen zijn.
- De psycholoog is op de hoogte van de mogelijkheden van eerstelijnspsychologenpraktijken en GGZ-instelling(en) in het adherentiegebied.

5.2 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.

5.3 Netwerk

Het streven is om in overeenstemming met het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en de Leidraad samenwerkingsafspraken te maken met relevante netwerkpartners in de regio.

WPN 2, 3 en 4:

- Voor WPN 2 bestaat geen indicatie voor IMSR, alleen consultatie revalidatiearts en eventueel regievoering over behandelaars in de eerstelijns.
- Consultatiemogelijkheden van psychiater, neuroloog, reumatoloog, anesthesioloog-pijnspecialist, verslavingsarts, orthopeed, seksuoloog, diëtist, arbeidsconsulent in het netwerk.
- Aanbeveling: behalve de revalidatiearts ook de (GZ-)psycholoog laten aansluiten bij (reguliere) overlegmomenten met een consulent psychiater.
- Aanbeveling: minstens één revalidatiearts van de instelling neemt deel aan een (indien bestaand en afhankelijk van de regionale mogelijkheden) interspecialistisch pijnteam in de vorm van een multidisciplinaire bespreking (MDO) binnen het adherentiegebied van de instelling.

6. Referenties

Treede 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 160(1):p 19-27, January 2019. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384

Patiënttevredenheid bij chronische pijn. J.S. Voerman, L. Chomrikh, F.P.J.M. Huygen Afdeling Anesthesiologie, Centrum voor Pijn geneeskunde, Erasmus MC en Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem. <https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2022/10/150127-Rapportage-Patienttevredenheid-bij-chronische-pijn-def.pdf>

Richtlijn chronische pijnrevalidatie 2024
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_pijnrevalidatie/startpagina_richtlijn_chronische_pijnrevalidatie_2024.html

Breugelmans L, Smeets RJEM, Köke AJA, Winkens, B, Oosterwijk RFA, Beckers LWME. Outpatient interdisciplinary multimodal pain treatment programme for patients with chronic musculoskeletal pain: A longitudinal cohort study. Disability and Rehabilitation.
DOI: 10.1080/09638288.2024.2364822

Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling (I)MSR. VRA, 2024

Handboek pijnrevalidatie onder redactie van Verbunt et al, BSL 2019

WPN documenten <https://www.revalidatie.nl/werkgroepen/werkgroep-pijnrevalidatie-nederland-wpn/>

ZiN rapport <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2022/10/09/standpunt-interdisciplinaire-medisch-specialistische-revalidatie-imsr>

Turk, Dennis C., et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 106.3 (2003): 337-345.

Richtlijnen KNGF <https://www.kennisplatformfysiotherapie.nl/richtlijnen/>

Richtlijnen FMS <https://richtlijndatabase.nl/>

Richtlijnen Nederlands Huisartsen Genootschap <https://richtlijnen.nhg.org/>