

**Contactpersoon**mw. K.A. Ganpat
T +31 (0)6 220 762 43**Onze referentie**

2022046968

verslag

Online bijeenkomst Klachten vanuit Lage Rug

17 november 2022,
19:30-21:30 uur

Aanwezig

Organisatie	Afgevaardigde
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Bas Vreugdenhil
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	Nynke Swart
Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV)	Mark Havinga
Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	Chang Ho Wessels
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)	Lars Elzinga
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	Willem Oerlemans
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	Brigitte Brouwer
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	Marij Smits
Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF)	Gijs Lemmers
Vereniging Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM)	Mariska Mooren
Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' (NVVR)	Leen Voogt
Pijnpatiënten naar één stem	Hans van Dongen
Pijnpatiënten naar één stem	Ilona Thomassen
V&VN pijnverpleegkundigen	Kim Wabeke
VU, expert	Maurits van Tulder
Opsteller richtlijn, anesthesioloog, gastspreker	Maarten Mensink
Voorzitter leidraad chronische pijn, anesthesioloog, gastspreker	André Wolff
Voorzitter 'Commissie haalbaarheid en implementatie leidraad chronische pijn, anesthesioloog, gastspreker	Leon Timmerman
ZIN, coördinator Zinnige Zorg	Iris Groeneveld
ZIN, medisch expert	Marieke Visser
ZIN, medisch expert	Harald Miedema
ZIN, project management ondersteuner	Kavita Ganpat
ZIN, ondersteuner werkvorm	Nimue Smit
ZIN, projectleider	Marianne Horn

1 Opening

De beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland heeft zich bij dit traject gesloten. Kim Wabeke vertegenwoordigt namens hen de Pijnverpleegkundigen en Manon Immerzeel de Verpleegkundig Specialisten.

De VRA heeft een nieuwe vertegenwoordiger: Chang Ho Wessel. Hij heeft eerder deelgenomen aan de gesprekken over de herziening van de ketenzorgrichtlijn.

De afgevaardigden van de NVAB, de NVvN en de NHG zijn verhinderd.

We hopen dat de opbrengst van deze bijeenkomst helpt bij het zetten van de volgende stappen.

Zorginstituut Nederland

Onze referentie
2022046968

2 Toelichting NVA over generieke richtlijn gepast opioïdengebruik

(Maarten Mensink spreker, Lars Elzinga voorzitter)

Maarten Mensink is namens de NVA betrokken geweest bij het opstellen van de generieke richtlijnmodule gepast opioïdengebruik.

De richtlijn is zo generiek mogelijk en gaat niet uit van een specifieke diagnose of behandeling met de bedoeling dat deze richtlijn in bestaande richtlijnen ingebouwd kan worden en we in Nederland een uniform opiatenbeleid krijgen. De doelgroep beperkt zich tot volwassen operatieve patiënten en patiënten met acute pijn. Pediatrische en complex chronische pijnzorg zijn uitgesloten.

Deze richtlijn richt zich met nadruk op de voorschrijvers van de 2^e lijn en 3^e lijn. De belangrijkste stakeholders hebben meegewerkt aan de ontwikkeling van de richtlijn en deze geautoriseerd.

De belangrijkste aanbevelingen:

Ziekenhuis-breed moet een goede organisatiestructuur komen voor een opioïdenprogramma.

Voorbeeld: het standaardiseren van de manier van voorschrijven.

De aanbevelingen zouden ingebouwd moeten worden in de Ziekenhuis Informatie Systemen zodat er geen variatie meer is in hoe deze recepten voorgeschreven worden.

Educatie van voorschrijvers en voorlichting aan patiënten is expliciet benoemd in de richtlijn omdat het belang daarvan groot is en dit geborgd moet worden.

Het concept verstandige keuzes komt aan de orde in de richtlijn en een voorbeeld afbouwschema is opgenomen.

Een implementatieplan voor alle aanbevelingen is als appendix bijgevoegd.

Er zijn artikelen over deze richtlijn geschreven en het is onderwerp geweest van podcasts.

Het is de bedoeling dat wanneer het in de richtlijnen van de verschillende beroepsverenigingen gaat over opioïdengebruik verwezen wordt naar deze module of deze module geïntegreerd wordt in de richtlijn. Deze aanpassing is betrekkelijk weinig werk en zo kom je tot een uniforme manier van borging en voorschrijven.

Discussie

Hoe past deze richtlijn in dit traject?

Chronische pijn sluit niet uit dat je daarbij acute pijn hebt en de zorgverleners van dit platform hebben wel vaak te maken met deze indicaties. De keuze perioperatieve pijn en acute pijn is gemaakt om de richtlijnmodule behapbaar en éénduidig te houden. Het afbouwschema is ook binnen een andere setting toe te passen. Zie ook de website van het Instituut voor verantwoord medicijngebruik (IVM).

Ter bevordering van de implementatie kunnen de leden van deze groep de richtlijn bij hun bestuur en wetenschappelijk verenigingen onder de aandacht brengen. Ook zijn 'implementatietools' in de vorm van lessen voor huisartsen en medisch specialisten en

aanvullende informatie als bijlage opgenomen.

Zorginstituut Nederland

3 De ontwikkeling van de leidraad chronische pijn, stand van zaken

André Wolff spreker, Maurits van Tulder voorzitter, dia's separaat bijgevoegd.

Onze referentie
2022046968

De leidraad gaat over de organisatie van de zorg voor patiënten met chronische pijn. Zeker 50% van de mensen met chronische pijn heeft lage rugklachten.

De leidraad heeft 3 modules. Zie bijgevoegde dia's.

De termen escalatie en de-escalatie (module 3) zijn gewijzigd in opschalen en afschalen.

Er is helaas weinig evidence voor effect van het anders organiseren van zorg. Consensus is daarom een belangrijke basis voor deze leidraad. Proefimplementaties zijn nodig om bewijs te genereren. De eerste stap zijn de theoretische praktijktoetsen (pilots).

De gewenste patient journey is uitgewerkt (dia). Een belangrijk verschil met de huidige situatie zit in het regionaal overleg en de regionale communicatie. Daar moeten heldere criteria voor worden geformuleerd. De theoretische pilots die in het voorjaar starten zullen daar informatie voor leveren. De verwijscriteria zijn belangrijk.

Om onder andere de afspraken van de ketenzorgrichtlijn te concretiseren worden 2 pilots over rugpijn uitgewerkt.

De grootste ervaren barrière voor het realiseren van verandering van organisatie van zorg is de financiering. ParkinsonNet heeft recent een betaaltitel gekregen, dat is mogelijk een goed voorbeeld. Voor het creëren van een multidisciplinaire betaaltitel is een zorgpad nodig. Op grond daarvan kun je een budget impact analyse uitvoeren, vervolgens kun je naar een betaaltitel toegroeien.

Veel van de problemen die we nu tegenkomen hebben te maken met kennis en de juiste benadering van deze patiënten. Zolang je bij het vaststellen van de diagnose uit blijft gaan van orgaanproblematiek (ICD 10) die niet strookt met de diagnose chronische pijn (ICD 11), los je de problemen niet op. In de loop van de tijd zullen specifieke diagnoses komen die een rol kunnen spelen in diagnostiek en behandeling van Klachten bij Lage rug. Deze diagnoses hoeven niet altijd somatisch te zijn.

Het adresseren van chronische pijnproblematiek is begonnen in de zorgstandaard, vanaf 2016 is dit omarmd met/door de health deal chronische pijn. Dit heeft geleid tot 5 regionale-experimenten die alle vijf vanwege gebrek aan financiën niet goed gelukt zijn. De ontwikkeling van de leidraad is toen door de NVA en VRA in gang gezet.

De Task force chronische pijn (i.o) is toen in het leven geroepen. Het implementatieplan van de taskforce is gericht op capaciteit en draagvlak creëren, zodat met name daar financiën voor zullen komen

Wie gaat straks mandaat krijgen, wie verantwoordelijkheden en hoe gaan we dat coördineren? Dat is een belangrijk aspect van deze implementatie. Kunnen we de handen ineenslaan?

4 Het implementatieplan van de leidraad chronische pijn, stand van zaken

Leon Timmerman spreker, Maurits van Tulder voorzitter, dia's separaat bijgevoegd.

Tijdens het opstellen van de leidraad is een werkgroep haalbaarheid en implementatie gestart. Wat moet er veranderen op landelijk niveau, regionaal niveau en op lokaal niveau bij verschillende partijen om de implementatie te doen slagen? Wat kan op korte termijn, middellange termijn en lange termijn gedaan worden? Zie bijgevoegde presentatie.

Zorginstituut Nederland

Onze referentie
2022046968

Het is essentieel dat een organisatie de implementatie van deze leidraad monitort, stimuleert et cetera. Welke organisatie dat gaat doen is nog niet duidelijk. Dit zou bijvoorbeeld PA!N kunnen zijn (Pijn Alliantie in Nederland), de taskforce chronische pijn zou eveneens een rol kunnen spelen.

Veel kleine verbetermogelijkheden zijn lokaal mogelijk, werk daarvoor aan een netwerk. De verbinding met andere zorgverleners die vanuit het biopsychosociaal model zorg kunnen verlenen is van groot belang.

De regionale pilots zijn anders dan de theoretische pilots van de leidraad. Regionaal zouden initiatieven moeten starten die gefinancierd worden vanuit subsidies, bijvoorbeeld van ZonMw. Er kunnen dan zorgpaden ontwikkeld worden die in de praktijk geëvalueerd kunnen worden. Op dit moment hebben de initiatieven een problemen met de financiering. Dit zou moeten veranderen om netwerkzorg voor elkaar te krijgen.

Discussie over de leidraad en het implementatieplan

Opgemerkt wordt dat het Zorginstituut geen lid is van de taskforce chronische pijn. ZIN is niet inhoudelijk verantwoordelijk voor wat gebeurt, dat zijn de partijen. ZIN faciliteert het proces. Medewerkers van ZN zijn betrokken bij de taskforce (beperkt), dit is belangrijk omdat er veel financieringsissues zijn waarover nagedacht moet worden.

Wat gebeurt er om domein overstijgend naar de zorg te kijken? Deze verbindingen tussen de 'pilaren' van de maatschappij, die niet altijd goed met elkaar communiceren zijn belangrijk. Het moet aandacht krijgen hoe deze verbindingen gelegd moeten gaan worden.

Het moet efficiënt zijn, goedkoop, zo laagdrempelig mogelijk en in de 1^e lijn. Het probleem is dat we niet weten of dat juist in de eerste lijn zo is. Bijvoorbeeld, voor elke euro die je aan revalidatie uitgeeft, krijgt de maatschappij er 4 voor terug. Het is een maatschappelijk breed probleem. Maar kijken ZIN en VWS er ook op die manier naar?

Preventie in de 1^e lijn zou meer aandacht kunnen krijgen.

De wachtlijsten voor de chronische pijn zijn langer dan gewenst dat mag ook aandacht krijgen.

Matched care bevordert dat de juiste zorg op de juiste plek komt. Denken vanuit ICD 10 betekent dat patiënten, maar ook zorgverleners op zoek gaan naar oorzaken die niet altijd te behandelen zijn. Efficiëntie moet op een andere manier worden behaald. Door educatie en kennis op de juiste plek te krijgen kan een goedkope manier zijn om te zorgen dat anders gaan denken en anders gaan verwijzen.

Samenwerken is belangrijk. Op 8 december is een congres door PA!N georganiseerd. Het gaat dan vooral over samenwerken. Het is voor deze groep een zeer relevant congres.

Het is belangrijk dat patiënten minder snel verwezen worden naar de 2^e lijn. Het is daarom van belang de 1^{ste} lijn te versterken. Implementeren van richtlijnen en scholing van de 1^{ste} lijn is daarom heel belangrijk. De uitvoering van pijn-educatie voor patiënten wordt als

moeilijk ervaren. Hoe doe je dat nou goed? Aangegeven wordt dat het jammer is dat er vanavond geen afgevaardigde van de NHG aanwezig is.

Zorginstituut Nederland

Praktische tips van Bas Vreugdenhil (ZN): Als je een netwerk wil opzetten in de regio kun je kijken bij de marktleider in de regio wat de regels zijn voor het aanvragen van Regionale Ondersteunings Structuur gelden (ROS-gelden). Bij VGZ en CZ is het bijvoorbeeld zo dat als je een netwerk-governance wil opzetten, dat je daar subsidie voor kunt aanvragen. Zorg dan dat tijdig iemand van de Zorgverzekering aanhaakt, zodat wanneer gevraagd wordt om een structurele betaaltitel al meegedacht is over uitkomstmaten en declaratiegegevens.

Onze referentie
2022046968

De implementatie kost veel tijd en energie en ook veel geld. We hebben geen middelen om dat te stimuleren en structureel aan te pakken. Het kan alleen via projecten. We missen een 'collecte busfonds' om hier meer body aan te geven.

Het samenwerkingsverband pijnpatiënten naar één stem en PA!N werken samen aan de oprichting van een pijnfonds¹. Ook de taskforce denkt na over de implementatie en de financiering daarvan en probeert daar ideeën voor uit te werken. Om gezamenlijk body te kunnen geven aan initiatieven die tot financiering leiden.

5 De vorderingen van de verbeterafspraken

Welke stappen kunnen we zetten om met de verbeterafspraken aan de slag te gaan?

Deelsessie 1

Er is veel winst te behalen door patiënten goede informatie te geven.

Verwijzen naar thuisarts.nl. Daar is ook informatie te vinden over opiaten gebruik.

Goede afspraken maken over doorverwijzen. Suggestie: maak een mooie beslisboom voor je eigen regio in Zorgdomein.

De huisarts moet ondersteund worden.

Belang van een publiekscampagne.

Deelsessie 2

Financiering is een belangrijke randvoorwaarden.

Stepped care is niet altijd van toepassing.

Verbeteren van communicatie en de mogelijke oplosrichtingen daarvoor.

Educatie voor laagopgeleide en laaggeletterde patiënten.

Inzetten van psychomotore therapeuten om mensen te laten ervaren dat bewegen wel kan.

Zorgen dat iedereen in het netwerk dezelfde terminologie gebruikt en dat eenduidig gesproken wordt.

Afstemmen van de richtlijnen (gebeurt nu al via de FMS).

De leidraad verder afmaken en implementeren.

Deelsessie 3

Belang van een publiekscampagne.

Educatie

Biopsychosociaal onderwijs voor fysiotherapeuten, maar eigenlijk voor alle behandelaars.

Zoek aansluiting met de Hoge School Utrecht, daar wordt gewerkt aan een nieuwe module voor fysiotherapeuten voor het behandelen van patiënten vanuit het biopsychosociale model.

Zorgvuldige diagnostiek is belangrijk.

Definieer met welke groep patiënten je aan de slag gaat, chronische pijn of lage rug.

¹ [PIJNFONDS-a4.pdf \(pijnpatientennaar1stem.nl\)](#)

Chronische pijn vanuit de rug is een groep die onze aandacht behoeft, dit is de grootste probleemgroep. Misschien de fysiotherapeut een andere rol geven. Bijvoorbeeld ook een rol bij de diagnostiek.

In de 2^e lijn moet gekeken worden naar hoe de klachten in elkaar zitten. Wat is de somatische component en wat de biopsychosociale? Dan kun je veel beter een behandelingstraject uitzetten. Een soort portal voor goede analyse ter ondersteuning van de huisarts.

Goede triage. Ontzorg de huisarts.

Zorginstituut Nederland

Onze referentie
2022046968

Deelsessie 4

Een soort vangnet/ filter voor patiënten. Vanwege lange wachtlijsten worden patiënten soms doorverwezen naar een specialist waar de patiënt eigenlijk niet hoort. Dat heeft veel invloed. Wachtlijsten leiden soms tot ongewenst sensibiliseren.

Implementatie van de richtlijnen en de leidraad.

Sluit je aan bij een netwerk en kijk hoe je dat samenwerkingsverband verder in kunt vullen.

De financieringsdrempels op alle fronten.

De financiering van ICT-leveranciers voor het opnemen van uitkomsten van indicatoren levert problemen op. Mogelijk kunnen de ziekenhuizen daar een rol in spelen.

Discussie n.a.v. de deelsessies

Andre: de leidraad had al klaar moeten zijn, door verschillende redenen is vertraging opgetreden. We gaan in het voorjaar de pilots doen. In de zomer van 2023 zal deze aangeboden worden.

Marieke: dat moment kunnen we misschien benutten om het aan te bieden aan de politiek en te combineren met de publiekscampagne. Kunnen wij iets betekenen op de onderdelen publiekscampagne, criteria voor verwijzing, educatie van zorgverleners, implementatietools?

Ilona: Juicht het toe wanneer mensen vanuit deze groep daaraan mee gaan doen. Die verbinding maakt het makkelijker om daar een grote campagne van te maken.

Brigitte: kunnen we subsidie krijgen van VWS?

Marieke: Marianne en ik denken dat wanneer deze groep, samen met andere groepen die hetzelfde doel hebben een verzoek doen dat meer impact heeft.

Marianne: Wij zijn hier met veel mensen en met verschillende groepen. In verbinding met elkaar een aanvraag doen voor bijvoorbeeld is voor een publiekscampagne maakt een aanvraag sterker. Het moment daarvoor is nu heel goed. Er worden veel richtlijnen gepubliceerd. De zorg is in transitie naar passende zorg, daar is veel belangstelling voor. De betaaltitel die net ontwikkeld is voor ParkinsonNet. Dat zijn allemaal belangrijke ontwikkelingen. We moeten eens gaan kijken wat we gezamenlijk kunnen doen.

Marieke: Laten we toesturen naar het momentum a.s. zomer. Actiepunten: psycho-educatie van de patiënten, maar ook de educatie van de zorgverleners, ontzorgen van de huisarts zodat deze op een goede manier kan verwijzen. Het tot stand brengen van goede pilots waarbij de zorgverzekeraar dit proces faciliteert. Nu al in gesprek gaan over de implementatie van de leidraad. Laat het weten wanneer jij of je beroepsvereniging een onderwerp op wil pakken, er ligt natuurlijk ook al van alles.

Maurits: het gaat om momentum en om strategie. Het momentum is nu goed, maar je moet dit gezamenlijk doen, met beroepsgroepen, patiënten en zorgverzekeraars. Consensus is belangrijk, je moet het samen doen anders gaat het niet werken.

Ilona: Het klimaat bij VWS moet nu ook goed zijn. De minister spreekt publiekelijk over samenwerken en het belang van netwerken. Dat is het geluid waarop wij moeten inhaken.

Marc: Moeten we het niet eerst afbakenen? Een deel van de mensen die onder de leidraad valt heeft chronische lage rugklachten.

Lars: Die afbakening moeten we handhaven. Dit wordt in de leidraad ondervangen door 2 pilots over lage rug.

Bas: Wanneer zorgverleners een project hebben om deze ketenzorg goed van de grond te laten komen denkt hij graag mee over welke zorgverzekeraar je daarvoor moet benaderen en welke voorwaarden nodig zijn om er een goed projectvoorstel van te maken. Neem gerust contact op².

Marieke: wij zorgen voor een verslag van deze bijeenkomst en zullen een aantal acties formuleren. Graag jullie reacties daarop. Wij horen graag welke bijdrage eenieder uit eigen geleiding daarop denkt te kunnen leveren.

Marianne: Wij faciliteren dit proces en doen dat graag. Welke vervolgstappen willen jullie zetten? Laat ons vooral weten wat we kunnen doen.

Marianne sluit om 21:40 uur de bijeenkomst en dankt allen voor de aanwezigheid en de vruchtbare discussie. In het bijzonder worden de sprekers bedankt.

Zorginstituut Nederland

Onze referentie
2022046968

² B.Vreugdenhil@vgz.nl

CONCEPTFASE

De organisatie van de zorg voor
patiënten met chronische pijn

In Nederland

André P. Wolff

Anaesthesioloog-Pijnspecialist

Hoogleraar Anesthesiologie i.h.b. Pijngeneeskunde

Medisch Hoofd UMCG Pijn Centrum

Voorzitter Multidisciplinaire Leidraad Chronische Pijn

Multidisciplinaire Leidraad chronische pijn

Inhoud

- **Module 1. Organisatie van de chronische pijnzorg**
 - verwijspatronen binnen het zorglandschap;
 - een optimale samenwerking
 - taken en verantwoordelijkheden van professionals voor wat betreft deze verwijspatronen en samenwerking?
- **Module 2: Versterking eerste lijn**
 - Potentiële invulling zorgprofessional met expertise in pijngeneeskunde en/of pijnzorg
- **Module 3. (De-)escalatiecriteria**

Module 3. (De-)escalatiecriteria

Bied de meest effectieve, minst belastende, goedkopere en kortste vorm van behandeling aan die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Pas zo veel mogelijk de principes van 'samen beslissen' toe.

Overweeg in samenspraak met de patiënt escalatie bij één of meer van deze factoren:

- aanvullende onderzoek, advies en/of expertise nodig (inclusief *second* en *third opinion* of diagnose niet gevonden)
- complexiteit van de patiënt te hoog (teveel beïnvloedende factoren);
- ingezette therapie niet effectief en geen alternatieve mogelijkheden binnen huidige echelon
- geen aansluiting bij de hulpvraag of behoefte van de patiënt

Overweeg in samenspraak met de patiënt de-escalatie indien er sprake is van één of meer van deze factoren:

- er is een effectieve, minder belastende, goedkopere en korte vorm van behandeling mogelijk in een lagere lijn
- ingezette therapie niet effectief en geen alternatief binnen competenties

Taken die de coördinator in tweedelijns- of derdelijns instelling zou kunnen oppakken

- patiënten met chronische pijn adequaat triëren naar de juiste zorgprofessional of multidisciplinaire polikliniek (indien deze triage niet al heeft plaatsgevonden);
- contacten met het multi/interdisciplinaire pijnteam (intern samenwerkingsverband) en de multidisciplinaire polikliniek initiëren en onderhouden;
- waar nodig binnen de instelling zorg dragen voor een MDO.
- Open staan voor vragen van collega's uit de eerste-, tweede en derde lijn en waar nodig zorgprofessionals uit andere of zelfde lijnen in verbinding brengen met zorgprofessionals uit het pijnteam voor multidisciplinair overleg.
- het initiëren en onderhouden van een regionale (of lokale) samenwerkingsverband (zie ook paragraaf 4.5).
- structureel overleg organiseren met een representatieve op landelijk niveau opererende patiëntenorganisatie op het gebied van chronische

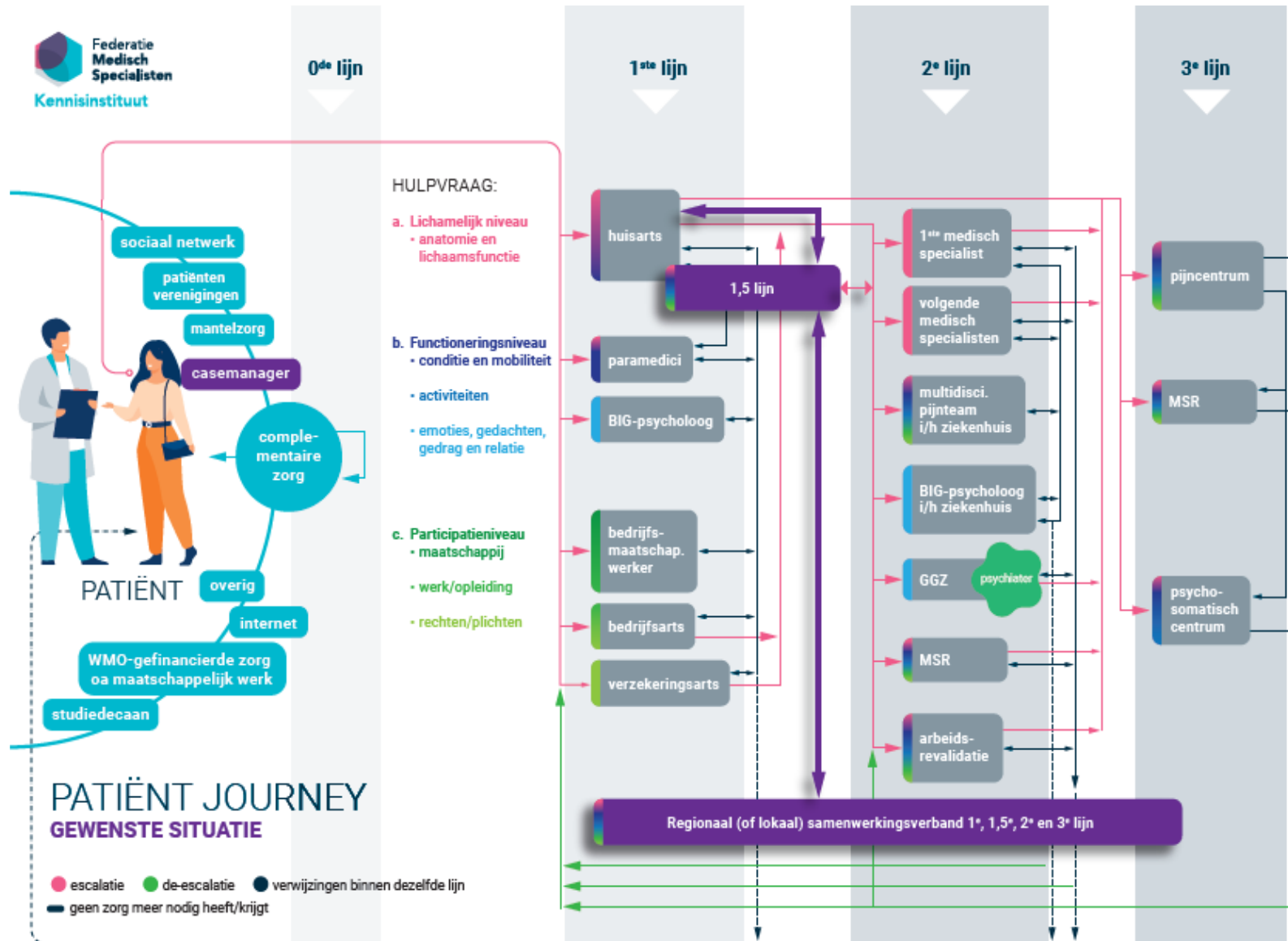
Onderdelen samenwerking e/o netwerk(vorming) – zorgstandaard en leidraad chronische pijnzorg

- 1 **Het netwerk/de netwerkorganisatie heeft vastgelegd wie welke functie bekleedt en welke afspraken er zijn gemaakt over aanwezigheid en beschikbaarheid van personen op die functies**
 - de regiebehandelaar
 - de centrale zorgverlener
 - de regio(ketenzorg)coördinator
- 2 **Het netwerk/de netwerkorganisatie werkt structureel in een regionaal triagesysteem samen met andere zorgaanbieders uit de 1^e, 2^e en 3^e lijn**

Daarbij wordt gezamenlijke patiëntenzorg geboden volgens het stepped care principe
- 3 **Het netwerk/de netwerkorganisatie participeert in een structureel (laagdrempelig en ziektespecifiek) multidisciplinair overleg (MDO)**

Het is gericht op advies over diagnostiek, behandeling en verwijzing van patiënten
Daarbij waarborgt men onafhankelijkheid m.b.t de uitvoering van de behandeling
- 4 **Het netwerk/de netwerkorganisatie hanteert structureel (bij alle patiënten met chronische pijn) ten minste één instrument voor uitkomstmetingen op het gebied van pijn en/of op het gebied van het functioneren (van ICHOMS-lijst of beroepsorganisatie)**
- 5 **Het netwerk/de netwerkorganisatie participeert aantoonbaar in structurele kennisuitwisseling op het terrein van chronische pijn**
- 6 **Het netwerk/de netwerkorganisatie heeft structureel overleg met representatieve op landelijk niveau opererende patiëntenorganisaties op het gebied van chronische pijn**

Leidraad chronische pijn: op zoek naar concrete criteria



Zorgpaden

concreter beschrijven

Verwijscriteria

Opschaal- en afschaalcriteria

5 theoretische barrière en facilitatie analyses, “pilots”

Rug 2

Bekkenpijn 1

Algemeen 1

Patienten 1

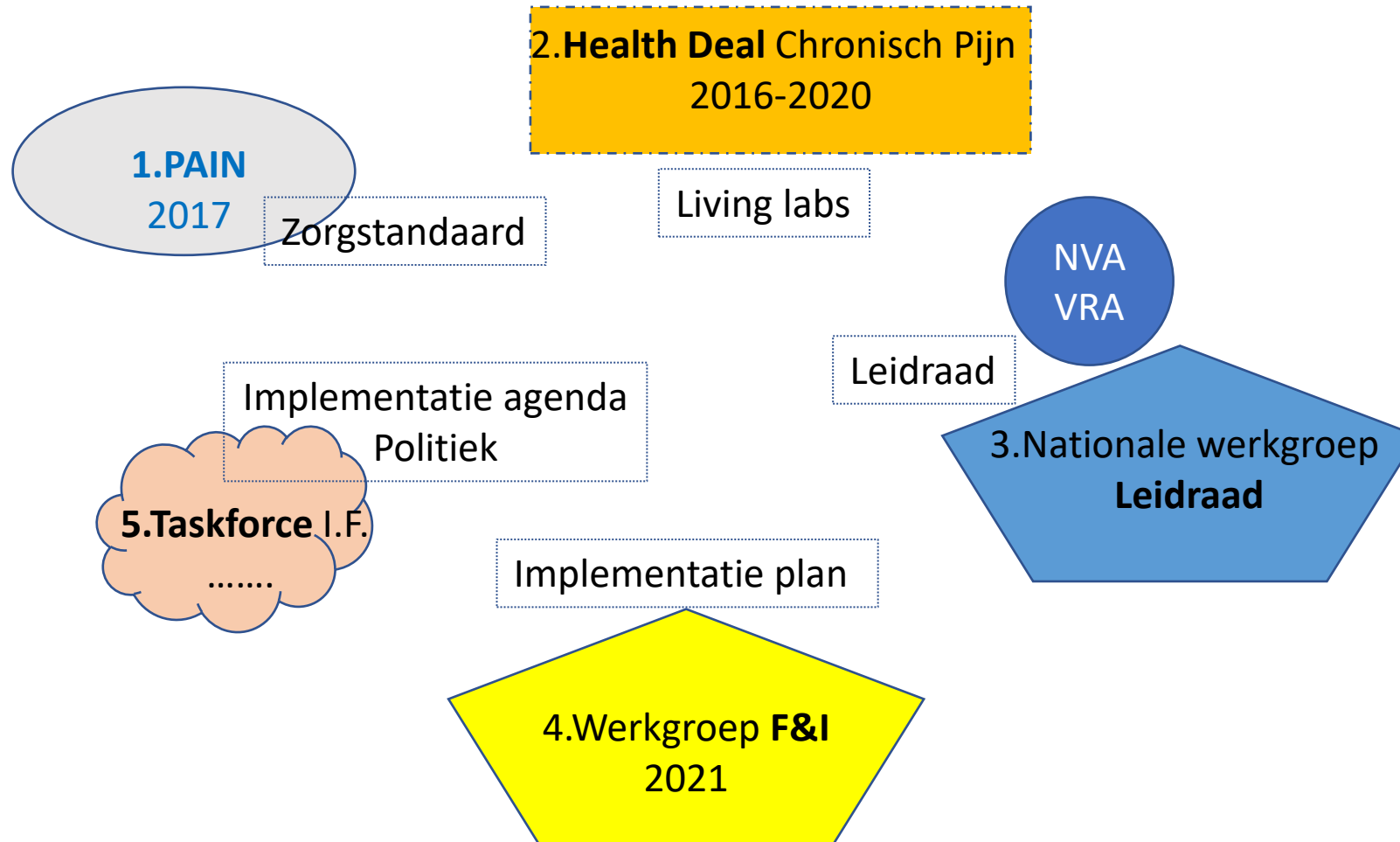
Financiële aspecten

- Zorgkosten mogen niet stijgen
- Verschillende betaalkaders
- ‘Pilots’/focusgroepen – beschrijving zorgpad/netwerk
- Proefimplementatie – BIA – betaaltitel?
 - Multidisciplinair
 - Netwerk
 - Zorgpad

Bespreekpunten i.r.t. lage rugpijn

- ICD 10 leidt tot onjuiste inzichten en behandeling; ICD11 doet meer recht aan pijnprobleem
- Waarom méér verwezen? Omdat verklaring pijn op basis van traditionele poging tot diagnosticeren niet werkt (te 'organisch')
- Van traditionele beschrijving "specifiek" naar "nieuwe inzichten"
- Chronische lage rugpijn is vaak chronische probleem met multifactoriele oorsprong: jeugd, overprikkeling, verwachtingen, prestatiedruk, minder goed vangnet; jeugdzorg, sGGZ en WMO

Verantwoordelijkheid, mandaat, coördinatie?



Mijn prioriteiten mbt verbeteringsignalement

1. Het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug van de 'Multidisciplinaire leidraad' in de praktijk **implementeren** (Een Hoofdstuk of sectie wordt aan de hand van een zorgpad opgenomen in leidraad)
2. Een **controle van de diagnosecodes en de bekostiging** is een onderdeel daarvan. Deze koppel ik graag ook aan de Leidraad. Via het zorgpad Leidraad kan deze nom **betaaltitel** te realiseren. Deze lijkt noodzakelijk om veelgehoorde financiële barrières weg te nemen
3. **Bewustwording van burgers en patiënten** over lage rugklachten stimuleren.

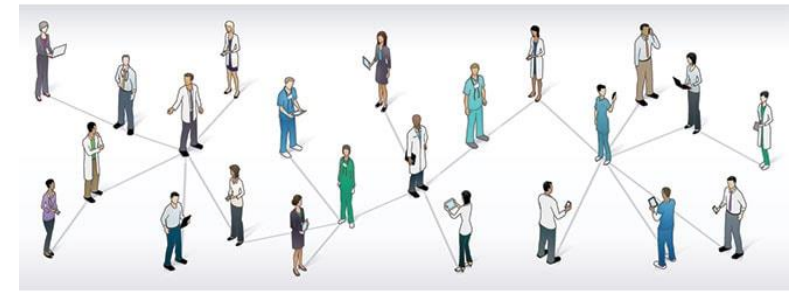
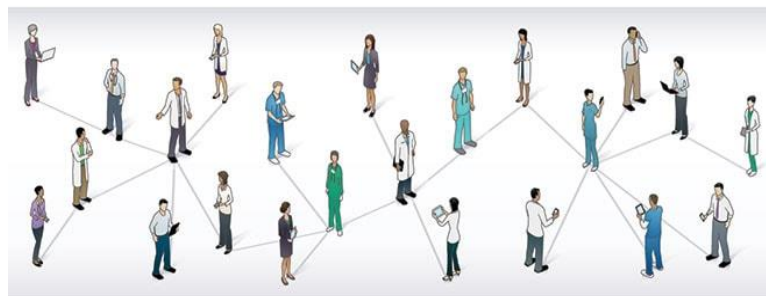
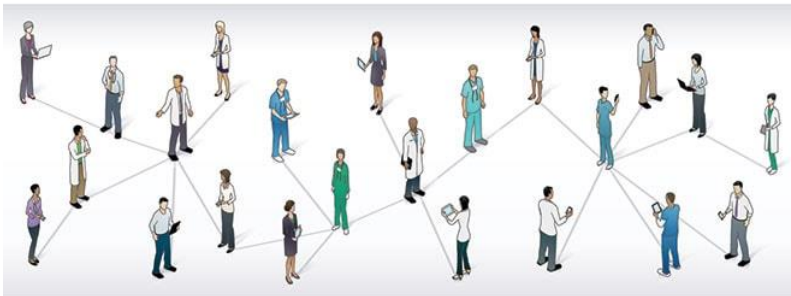
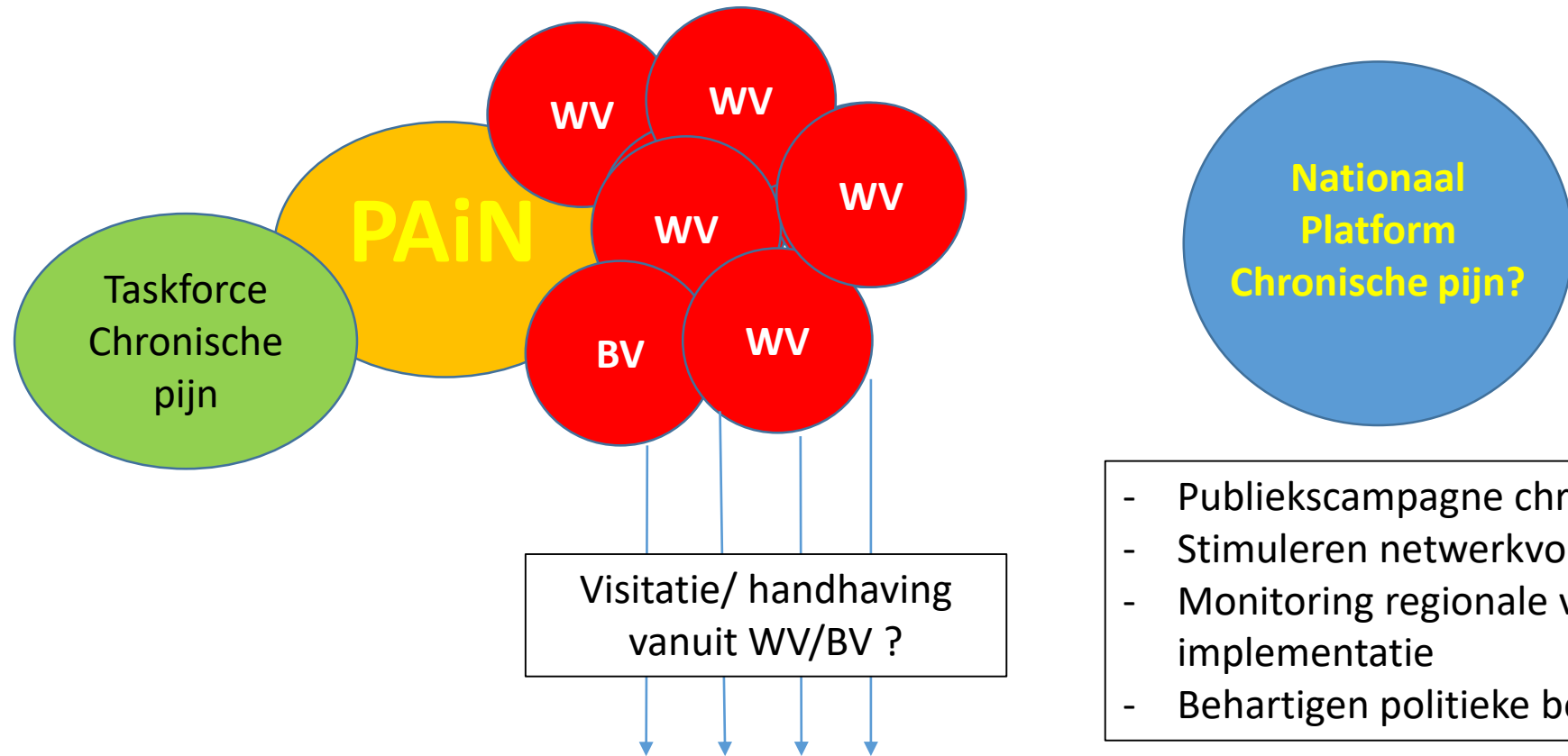
Leidraad organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met chronische pijn

Concept Implementatieplan

Leon Timmerman



Landelijk



Regionaal



- Netwerkzorg
- Maak laagdrempelige communicatie mogelijk
 - Teleconsultatie
- Versterk de eerste lijn met kennis over biopsychosociale diagnostiek en triage.
 - Educatie
 - Teleconsultatie
 - Fysieke beoordeling door zorgverlener met expertise chronische pijnzorg
- Ontwikkel zorgpaden met criteria voor op- en afschaling zorg
- Initieer regionaal onderwijs
- Meetinstrumenten / wetenschappelijk onderzoek

Lokaal



- *Enkele voorbeelden van aanbevelingen uit het implementatieplan-*
- *Ga verbindingen aan*
- *Trieer verwijzingen voorafgaand aan beoordeling patiënt*
- *Verwijs niet zonder voorafgaand overleg binnen 2^{de} lijn*
- *Organiseer in 2^{de} lijn op frequente basis multidisciplinaire besprekingen*

Implementatie

- Stap 1: Implementatie van impactvolle stappen die geen/weinig knelpunten hebben.
- Stap 2: Implementatie van impactvolle stappen waarvoor duidelijke knelpunten bestaan.
- Stap 3: Implementatie van complexe interventies waarvoor duidelijke knelpunten bestaan en eerst in pilots verder onderzocht moeten worden.

