

BEHANDELKADER PIJNREVALIDATIE Revalidatiegeneeskundige behandeling van patiënten met pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat.		
1.	Versie 26-9-2012	Algemene inleiding Chronische pijn is een actueel onderwerp in de gezondheidszorg, bij zorgverzekeraars, beleidsmakers en politiek. In november 2011 presenteerde de Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg een rapport over chronische pijn. Prof. Rob Smeets, WPN-lid, was een van de werkgroepleden. In het rapport worden aanbevelingen gedaan zoals het verbeteren van de zorg rondom chronische pijn en het besteden van aandacht aan beleving en gedrag. Van zorgverleners wordt toenemend transparantie verwacht over effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen, zoals blijkt uit het project Inzicht in Revalidatie van RN en VRA. Dit geactualiseerde Behandelkader Pijnrevalidatie is in overeenstemming met deze ontwikkelingen.
1.1.	Aanleiding en doel	In 1997 is een werkgroep pijnrevalidatie van de toenmalige Vereniging van Revalidatie Instellingen Nederland (VRIN, de voorloper van het huidige Revalidatie Nederland) opgericht met als taakopdracht: “komen tot kwaliteitscriteria waaraan centra dienen te voldoen voor het aanbieden van pijnrevalidatie”. De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) werd in 2003 bij de ontwikkeling van deze kwaliteitscriteria betrokken, wat uiteindelijk leidde tot een classificatiesysteem, de ‘WPN-niveaus’ genoemd. In 2004 werd dit classificatiesysteem door de VRA geaccordeerd als kwaliteitsprofielen. De WPN-niveaus zijn gebaseerd op de 4 PROL-niveaus. De PROL-niveaus zijn in de jaren tachtig van de vorige eeuw beschreven door het Provinciaal Revalidatie Overleg Limburg. Deze PROL-classificatie ging uit van de mate van complexiteit van een revalidatiegeneeskundig-gerelateerd gezondheidsprobleem en beschreef welke complexiteit behandeld kon worden op welk deskundigheidsniveau van zorg: in het algemeen ziekenhuis zonder poliklinisch revalidatieteam, in het algemeen ziekenhuis met een algemeen revalidatieteam, in een revalidatiecentrum met gespecialiseerd revalidatieteam, in een (klinisch) revalidatiecentrum met bovenregionale functie. Sinds 1999 ontwikkelt Revalidatie Nederland behandelkaders. Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep. Op basis van een behandelkader kunnen de behandelprogramma's, die op lokaal niveau worden ontwikkeld, worden getoetst en geborgd. Het behandelkader is bedoeld om publiek verantwoording af te kunnen leggen over het leveren van de zorg ten aanzien van een specifieke patiëntendoelgroep. De functies van een behandelkader: - Accreditatie van behandelprogramma's door deze te toetsen en te borgen aan de hand van een set minimale eisen (het behandelkader) - Transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet kan worden

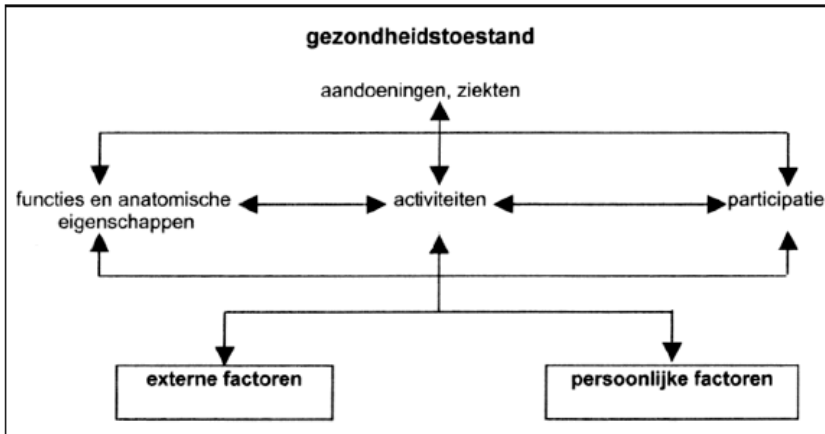
		verwacht - Vergelijking van het behandelaanbod tussen instellingen onderling - Een behandelkader biedt ook een handvat om de specialistische revalidatie te omschrijven - Een hulpmiddel bij afstemming binnen een netwerk over onderlinge verwijzing van een specifieke patientendoelgroep - Behandelkaders zijn een middel om de revalidatiegeneeskunde te profileren
1.2.	Werkwijze ontwikkeling behandelkader	De in 2003 ontwikkelde kwaliteitsprofielen zijn de voorlopers van de huidige behandelkaders. Omdat er geen behandelkader pijnrevalidatie bestond, heeft de WPN in 2011 besloten deze te ontwikkelen. Een commissie bestaande uit de leden A.M.Boonstra, A.de Fretes, H.Osamulia en L.Swaan hebben het concept behandelkader opgesteld. In overleg met de werkgroep functionele klachten van de kinderrevalidatiesectie is het behandelkader beperkt tot de doelgroep van volwassen patiënten (18 jaar en ouder). De werkgroep functionele klachten zal in de komende jaren nog een addendum toevoegen aan dit behandelkader of aan het behandelkader kinderrevalidatie. Na discussie binnen de WPN is de uiteindelijke tekst tot stand gekomen. De inhoud van het behandelkader is afgestemd met de voorzitter van de patiëntenvereniging 'Pijn Hoop', mw P.Roetering . Bij de ontwikkeling van dit behandelkader is o.a. gebruik gemaakt van: - VRA behandelkader handleiding 2005 - Kwaliteitsprofielen WPN 2003 - VRA behandelkaders cognitieve revalidatie, beroerte en dwarslaesie - Resultaten van het consensusproject pijnrevalidatie Nederland; NTPP 2004, 23 (20): 13-18 Het behandelkader is in september 2012 vastgesteld in de WPN en in april 2013 door de leden van de VRA .
1.3.	Visie	Bij de revalidatiegeneeskundige diagnostiek en behandeling van mensen met pijnproblematiek wordt uitgegaan van het biopsychosociale model: het biopsychosociale model noemt drie factoren die van invloed zijn op de pijnklachten en (ervaren) beperkingen, namelijk biologische (lichamelijke), psychische (mentale) en sociale (omgevings)factoren. Bij kortdurende pijn gaat het vooral om biologische factoren. Bij langdurige pijn en bij de beperkingen die dan kunnen ontstaan in de dagelijks activiteiten, hebben psychische en/of sociale factoren invloed op pijnbeleving en (ervaren niveau van) functioneren.
1.4.	De WPN niveaus zoals ontwikkeld in 2003	Ook in de WPN classificatie van 2003 werd uitgegaan van het biopsychosociale model, zie 1.3. Tot op heden zijn er geen objectieve criteria, die een indeling in een niveau zonder meer mogelijk maken. De in 2003 ontwikkelde WPN niveaus kenden de volgende indeling:

		<table><tr><td>WPN niveau</td><td>omschrijving</td></tr><tr><td>geldend voor alle niveaus</td><td>Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.</td></tr><tr><td>1</td><td>Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.</td></tr><tr><td>2</td><td>Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.</td></tr><tr><td>3</td><td>Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.</td></tr><tr><td>4</td><td>Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.</td></tr></table> In de praktijk bleek het onderscheid tussen de niveaus 1 en 2 onduidelijk omdat de toevoeging ‘overbelasting en/of ergonomie speelt mee in de pijnproblematiek’ op niveau 2 verwarrend werkte als gekeken werd naar verschillen in inclusie criteria en doelen voor de behandeling tussen beide niveaus. Ook voldeden de beschrijving van inclusiecriteria en doelen niet meer aan de huidige inzichten. Daarom is gezocht naar een andere beschrijving. Omdat velen nu bekend zijn met de 4 niveaus en weet hebben van de grote lijn, is ook in de nieuwe indeling uitgegaan van 4 niveaus en is de grove indeling wel / geen onderhoudende psychosociale problematiek behouden.	WPN niveau	omschrijving	geldend voor alle niveaus	Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.	1	Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.	2	Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.	3	Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.	4	Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.
WPN niveau	omschrijving													
geldend voor alle niveaus	Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.													
1	Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.													
2	Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.													
3	Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.													
4	Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.													
1.5.	Implementatie	Tijdens de kwaliteitsvisitatie van de VRA en de toetsing van het kwaliteitssysteem van de organisatie wordt nagegaan in hoeverre de behandelprogramma’s voldoen aan het behandelkader pijnrevalidatie. Het behandelkader is ter informatie verstuurd naar de patiëntenverenigingen FES, Wervelkolom, Pijn Hoop. Zorgverzekeraars kunnen desgewenst kennis nemen van het behandelkader via de website van de VRA.												
1.6.	Algemene gegevens	- Datering: april 2013												
2.		Doelgroep en behandeldoelen												
2.1.		Omschrijving doelgroep												
2.1.1.	Omschrijving doelgroep	Patiënten¹ met pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Er is geen indicatie (meer) voor een andere medische (anders dan de eventuele revalidatiegeneeskundige) behandeling die op een meer (kosten-) effectieve wijze												

¹ de term 'patiënt' betreft zowel de vrouwelijke als mannelijke vorm

		de oorzaak van de pijnproblematiek kan wegnemen, de pijnklachten kan reduceren dan wel de kwaliteit van leven kan verbeteren. Andere medische (inclusief psychiatrische) en/of psychologische behandelingen gericht op de pijnproblematiek kunnen gelijktijdig met een revalidatiebehandeling plaatsvinden, indien de combinatie meerwaarde heeft. Een voorwaarde hierbij is een eensluidende behandelvisie. De doelgroep bestaat uit patiënten van 18 jaar of ouder. De pijnklachten kunnen zowel specifiek als aspecifiek zijn, en zowel de subacute of chronische fase betreffen. Conform de NHG standaarden wordt pijn langer dan 3 maanden als chronisch beschouwd. Zoals bij elke revalidatiebehandeling is het een voorwaarde dat de patiënt akkoord gaat met de behandeling conform de WGBO . Bij patiënten met pijnklachten is motivatie en bereidheid / mogelijkheid tot (gedrags)verandering belangrijk. Doelstellingen worden geformuleerd op niveau van activiteiten en participatie.
	contra-indicatie voor behandeling	- 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 onmogelijk maken Relatieve contra-indicatie (geen contra-indicatie als niet van toepassing voor doelstelling en behandelmethode) patiënt is niet in staat tot gedragsverandering en/of acceptatie van de gevolgen van de pijnproblematiek door persoonlijkheidsproblematiek, stemmingsproblemen, sociale omstandigheden, systeemproblematiek, bezwaarprocedures of anderszins.

2.2.		Doelstellingen, hulpvraag, definitie pijnrevalidatiebehandeling				
2.2.1.	Doelstellingen	In 2004 zijn als mogelijke doelstellingen binnen de pijnrevalidatie vastgesteld (Köke AJA, et al., Resultaten van het consensusproject Pijnrevalidatie Nederland, NTPP 2004; 23: 13-18): Overzicht doelstellingen pijnrevalidatie Het verbeteren van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van een patiënt door het zelfstandig leren omgaan met pijn en de gevolgen voor het dagelijks leven <table><tr><td> cluster 1 activiteitsniveau optimaliseren In balans brengen fysieke belasting-belastbaarheid Structuur aanbrengen in activiteiten – rust verhouding Sociale activiteiten en participatie in balans brengen </td><td> cluster 2 anders leren denken en voelen Inzicht vergroten in : - pijn en onderhoudende factoren - de functie van pijn - de gevolgen van pijn op eigen functioneren Het veranderen van disfunctionele gedachten en verwachtingen over pijn en gevolgen Het verbeteren van gevoel van controle over pijn en functioneren Het lichaamsbewustzijn vergroten Het verbeteren van stemming Het vergroten van zelfvertrouwen in eigen kunnen </td><td> cluster 3 anders doen Uitvoeren 'rol' binnen maatschappij, bijv. werk Uitvoeren 'rol' binnen eigen gezin Kunnen ontspannen Probleemoplossende vaardigheden vergroten Het vergroten van assertiviteit Het verbeteren van sociale vaardigheden Kunnen omgaan met terugval Accepteren en hanteren van eigen (on)mogelijkheden Kunnen omgaan met aanbod aan medische hulp Adequaat gebruik (pijn)medicatie Het vergroten van zelfvertrouwen in eigen kunnen </td><td> cluster 4 stoomissen in functioneren Verbeteren fysieke stoomissen op gebied van kracht, mobiliteit, coördinatie, en uithoudingsvermogen Verbeteren slaapstoomissen Verminderen pijn Reguleren stemmingsstoomissen mbv medicatie </td></tr></table>	cluster 1 activiteitsniveau optimaliseren In balans brengen fysieke belasting-belastbaarheid Structuur aanbrengen in activiteiten – rust verhouding Sociale activiteiten en participatie in balans brengen	cluster 2 anders leren denken en voelen Inzicht vergroten in : - pijn en onderhoudende factoren - de functie van pijn - de gevolgen van pijn op eigen functioneren Het veranderen van disfunctionele gedachten en verwachtingen over pijn en gevolgen Het verbeteren van gevoel van controle over pijn en functioneren Het lichaamsbewustzijn vergroten Het verbeteren van stemming Het vergroten van zelfvertrouwen in eigen kunnen	cluster 3 anders doen Uitvoeren 'rol' binnen maatschappij, bijv. werk Uitvoeren 'rol' binnen eigen gezin Kunnen ontspannen Probleemoplossende vaardigheden vergroten Het vergroten van assertiviteit Het verbeteren van sociale vaardigheden Kunnen omgaan met terugval Accepteren en hanteren van eigen (on)mogelijkheden Kunnen omgaan met aanbod aan medische hulp Adequaat gebruik (pijn)medicatie Het vergroten van zelfvertrouwen in eigen kunnen	cluster 4 stoomissen in functioneren Verbeteren fysieke stoomissen op gebied van kracht, mobiliteit, coördinatie, en uithoudingsvermogen Verbeteren slaapstoomissen Verminderen pijn Reguleren stemmingsstoomissen mbv medicatie
cluster 1 activiteitsniveau optimaliseren In balans brengen fysieke belasting-belastbaarheid Structuur aanbrengen in activiteiten – rust verhouding Sociale activiteiten en participatie in balans brengen	cluster 2 anders leren denken en voelen Inzicht vergroten in : - pijn en onderhoudende factoren - de functie van pijn - de gevolgen van pijn op eigen functioneren Het veranderen van disfunctionele gedachten en verwachtingen over pijn en gevolgen Het verbeteren van gevoel van controle over pijn en functioneren Het lichaamsbewustzijn vergroten Het verbeteren van stemming Het vergroten van zelfvertrouwen in eigen kunnen	cluster 3 anders doen Uitvoeren 'rol' binnen maatschappij, bijv. werk Uitvoeren 'rol' binnen eigen gezin Kunnen ontspannen Probleemoplossende vaardigheden vergroten Het vergroten van assertiviteit Het verbeteren van sociale vaardigheden Kunnen omgaan met terugval Accepteren en hanteren van eigen (on)mogelijkheden Kunnen omgaan met aanbod aan medische hulp Adequaat gebruik (pijn)medicatie Het vergroten van zelfvertrouwen in eigen kunnen	cluster 4 stoomissen in functioneren Verbeteren fysieke stoomissen op gebied van kracht, mobiliteit, coördinatie, en uithoudingsvermogen Verbeteren slaapstoomissen Verminderen pijn Reguleren stemmingsstoomissen mbv medicatie			

		Doelstellingen zijn ingebed in het ICF model:  <pre> graph TD GS[gezondheidstoestand] --> AZ[aandoeningen, ziekten] GS --> FE[functies en anatomische eigenschappen] GS --> A[activiteiten] GS --> P[participatie] FE <--> A A <--> P FE --> EF[externe factoren] A --> EF P --> EF EF --> FE EF --> A EF --> P EF --> PF[persoonlijke factoren] PF --> A PF --> P PF --> FE PF --> A PF --> P </pre>
2.2.2.	hulpvraag	De spontane hulpvraag is meestal pijnvermindering. De hulpvragen die binnen de pijnrevalidatie beantwoord kunnen worden liggen veelal op het gebied van niveau van activiteiten en participatie en verbeteren van psychisch welbevinden en kwaliteit van leven.
2.2.3.	Definitie pijnrevalidatie-programma	In 2004 is in het bij 2.2.1. geciteerde consensustraject de volgende definitie vastgesteld: “een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire 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 verantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren”. De WPN niveaus betreffen een breder spectrum van pijnrevalidatie dan boven geciteerde definitie, omdat het enerzijds ook de advisering en begeleiding door de revalidatiearts kan betreffen, zonder dat dit binnen het eigen behandelteam vorm hoeft te krijgen, en anderzijds de WPN niveaus niet alleen betrekking hebben op de behandeling van patiënten met chronische pijn, maar ook van patiënten met subacute pijn.
2.3.		WPN-niveaus
2.3.1.	WPN-niveaus, subgroepen en algemene eisen aan het behandelteam.	De revalidatiearts bepaalt het WPN niveau van de individuele patiënt, eventueel met hulp van de deskundigheid van psycholoog en/of andere revalidatieteamleden. <i>Subgroepen:</i> De doelgroep die voor pijnrevalidatiebehandeling in aanmerking komt, is onder te verdelen in 4 niveaus. De niveaus gaan uit van de problematiek van de patiënt en niet van welke behandeling geadviseerd wordt. Mono- en multidisciplinaire behandeling kan bij een deel van de patiënten

		pijnreductie bewerkstelligen, onafhankelijk van het WPN niveau. Bij een deel van de patiënten kan dit een primair doel zijn; dit zullen veelal patiënten op WPN niveau 1 of 2 betreffen. Hoewel pijnreductie zeker kan optreden als gevolg van de revalidatie is het veelal eerder een secundair effect dan een doel bij aanvang. Behandelingen kunnen gericht zijn op verbeteren van functiestoornissen teneinde doelen op activiteiten- of participatieniveau te behalen. <i>Eisen te stellen aan de behandelteamleden geldend voor de niveaus 2, 3 en 4:</i> Het behandelteam werkt interdisciplinair² en heeft regelmatig overleg met elkaar betreffende de behandeling van de patiënten. Alle behandelteamleden hebben kennis en vaardigheden betreffende de behandeling van de doelgroep. De revalidatiearts dient op de hoogte te zijn van de behandelmogelijkheden op elk niveau van patiënten binnen zijn adherentiegebied. Is behandeling op bepaald niveau, veelal niveau 4, niet binnen het eigen adherentiegebied beschikbaar, dan dient hij op de hoogte te zijn van bovenregionale mogelijkheden voor deze patiëntengroep. De revalidatiearts is op de hoogte van de werking en bijwerkingen, indicaties en contra-indicaties van pijnmedicatie Binnen de organisatie of het revalidatienetwerk waarin pijnrevalidatie wordt geboden, dient minimaal 1 medewerker van elke discipline per team lid te zijn van een werkgroep van zijn discipline die o.a. deskundigheidsbevordering tot doel heeft, voor zover een dergelijke werkgroep bestaat. In het netwerk is minimaal één revalidatiearts lid van de WPN en de Dutch Pain Society (DPS). Arts in opleiding tot revalidatiearts (aios), en andere professionals als physician assistant, gespecialiseerde verpleegkundigen of vergelijkbare functies kunnen een deel van de taken van de revalidatiearts overnemen, en dienen supervisie te krijgen van een revalidatiearts die voldoet aan boven gestelde eisen. De teamleden houden hun deskundigheid op peil door binnen de eigen organisatie en revalidatienetwerk, regionaal en landelijk kennis aan elkaar over te dragen en op de hoogte te blijven van relevante wetenschappelijke ontwikkelingen. Teamleden zijn proactief in het delen van kennis.									
2.3.2.	WPN niveaus ; Beschrijving niveaus, voorzover niet benoemd bij 2.3.1.	<table><tr><th>Niveau 1</th><td></td></tr><tr><td>omschrijving</td><td>Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek</td></tr><tr><td>Mogelijke behandeldoelen</td><td> - verbeteren van activiteitsniveau - voorkomen beperking van activiteiten of participatieproblemen </td></tr><tr><td>discipline die minimaal</td><td> - revalidatiearts </td></tr></table>	Niveau 1		omschrijving	Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek	Mogelijke behandeldoelen	- verbeteren van activiteitsniveau - voorkomen beperking van activiteiten of participatieproblemen	discipline die minimaal	- revalidatiearts	
Niveau 1											
omschrijving	Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek										
Mogelijke behandeldoelen	- verbeteren van activiteitsniveau - voorkomen beperking van activiteiten of participatieproblemen										
discipline die minimaal	- revalidatiearts										

² Definitie van interdisciplinair werken: werkwijze waarbij alle aspecten van de zorgvraag van de patiënt in samenhang worden gediagnosticeerd en behandeld (RN externe toetsing).

De begeleiding die afkomstig is uit verschillende disciplines vormt een samenhangend geheel en wordt zowel inhoudelijk als procedureel afgestemd rondom de patiënt (Kenniscentrum zorgcommunicatie). Bij interdisciplinariteit wordt de identiteit gedeeltelijk opgegeven en vindt een zekere mate van integratie plaats.

		beschikbaar is	
		Specifieke eisen	De revalidatiearts is op de hoogte van in chronische pijnproblematiek deskundige en bekwame 1^{ste} lijns fysiotherapeuten en ergotherapeuten van het adherentiegebied. De revalidatiearts is op de hoogte van mogelijkheden van (mede)behandeling van minimaal pijnanesthesioloog, orthopeed, reumatoloog en neuroloog en van een eventueel functionerend pijnteam binnen het adherentiegebied
		Niveau 2	
		omschrijving	Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek
		Mogelijke behandeldoelen	- verbeteren van activiteitsniveau - verbeteren van participatie
		disciplines die minimaal beschikbaar zijn	- revalidatiearts - fysiotherapeut - ergotherapeut - maatschappelijk werker
		Specifieke eisen	Naast wat geldt voor niveau 1: De fysiotherapeut is op de hoogte van in chronische pijnproblematiek gespecialiseerde fysiofitness praktijken en sportvoorzieningen in het adherentiegebied. Ergotherapeut en/of maatschappelijk werker hebben specifieke kennis betreffende arbeid gerelateerde onderwerpen, o.a. wetgeving omtrent dit item, dan wel is het inzetten van een arbeidsconsulent mogelijk. Als faciliteiten zijn minimaal een ruime oefenruimte en fitnessapparatuur (minimaal een hometrainer en loopband) aanwezig. Binnen de instelling of in de zorgketen is het geven van een sportadvies aan de patiënt mogelijk.
		Niveau 3	
		omschrijving	Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, psychosociale problematiek die matige tot ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.
		Mogelijke behandeldoelen	- verbeteren van activiteitsniveau - verbeteren van participatie - verbeteren psychisch welbevinden
		disciplines die minimaal beschikbaar zijn	- revalidatiearts - fysiotherapeut - ergotherapeut - maatschappelijk werker - psycholoog
		Specifieke eisen	Naast wat geldt voor niveau 2: De psycholoog heeft een minimaal GZ-opleiding. De eis van

			een GZ-opleiding kan genuanceerd worden bij het aanwezig zijn van een ervaring van minimaal 5 jaar binnen de pijnrevalidatie waardoor de psycholoog het vereiste deskundigheids- en bekwaamheidsniveau heeft verkregen. De psycholoog is op de hoogte van de mogelijkheden van 1^{ste} lijns psychologenpraktijken en GGZ-instelling(en) in het adherentie-gebied. 70% van de teamleden (incl. de revalidatiearts) heeft minimaal 2 jaar ervaring met patiënten met pijnproblematiek. Teamleden met minder dan 2 jaar ervaring hebben structureel (minimaal 1 x per maand) een intervisiemoment met een ander teamlid met minimaal 5 jaar ervaring (van dezelfde of een andere discipline). De teamleden hebben minimaal 2 keer per jaar met het gehele team of in subgroepen een intervisie bijeenkomst. Binnen de instelling of in de zorgketen is een consult (advies en/of behandeling) van een seksuoloog mogelijk.
		Niveau 4	
		omschrijving	Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, psychosociale problematiek die in zeer ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren.
		Mogelijke behandeldoelen	- verbetering van activiteitsniveau - verbeteren van participatie - verbeteren psychisch welbevinden
		disciplines die minimaal beschikbaar zijn	- revalidatiearts - fysiotherapeut - ergotherapeut - maatschappelijk werker - psycholoog - psychomotore therapeut, psychosomatisch fysiotherapeut en/of haptonoom - verpleegkundige (bij klinische revalidatie)
		Klinische revalidatie	Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt klinische revalidatie effectief als behandeling van patiënten met chronische pijnproblematiek. Echter, 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 - een grote reisafstand gecombineerd met een zodanig laag belastbaarheidsniveau dat een poliklinische behandeling tot (verdere) overbelasting zal leiden - complexe psychische problematiek waarbij een intensief

		therapeutisch klimaat nodig is om ▪ goede observatie / diagnostiek van de problematiek te kunnen realiseren - het patiënt mogelijk te maken om zijn/haar gedrag te veranderen complexe sociale problematiek waarbij het belangrijk is om de patiënt tijdelijk afstand te laten nemen van zijn systeem (de term 'systeem' betreft direct betrokkene(n) rondom de patiënt als ouder(s), partner, kinderen), om verandering van gedrag en/of cognities en/of acceptatieproces bij patiënt mogelijk te maken contra-indicaties voor klinische behandeling zijn: - de groepsinteractie kan een negatief effect hebben op de psychische situatie van patiënt - de patiënt heeft zodanige psychische problematiek dat er een zodanige negatieve invloed op de mederevalidanten kan ontstaan dat de mederevalidanten in hun behandeling worden belemmerd.
		Specifieke eisen Naast wat geldt voor niveau 3: - er is een consulent psychiater beschikbaar - Bij klinische revalidatie een eigen afdeling of duidelijk apart deel van een algemene afdeling voor de patiënten met pijnproblematiek.
2.4.		Epidemiologische gegevens
	Epidemiologische gegevens	Uit een prevalentiestudie (Picavet HSJ & Schouten JSAG. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study. Pain 2003;102;167-178) blijkt dat ongeveer driekwart van de Nederlandse bevolking ouder dan 25 jaar, pijn in het houdings- en bewegingsapparaat rapporteerde binnen een periode van 12 maanden. Ongeveer 45% daarvan rapporteerde pijn die langer duurde dan 3 maanden. Bij ongeveer 30% van de respondenten die pijn rapporteerde, leidde de pijn tot beperkingen in het dagelijks leven. Meest genoemd werd de pijn in de (lage) rug, schouder en nek. Conclusie is dat pijn in het bewegingsapparaat veel voorkomt en vaak ook serieuze gevolgen heeft voor het functioneren. Uit andere studies (o.a. Bekkering GE, Bala MM. Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. The Netherlands Journal of Medicine 2011. 69;141-53) blijkt dat de prevalentie van matige tot ernstige pijn onder de bevolking 18% bedraagt, Daarvan vindt ong. 80% zichzelf onvoldoende of inadequaet behandeld.
3.		Indicatoren en meetmethodes
		Het vaststellen van goede indicatoren, hoe belangrijk ook om de revalidatiegeneeskundige zorg transparant te maken, wordt bemoeilijkt door het vrijwel afwezig zijn van adequate normen voor wat goede zorg is.

		Op moment van vaststelling van dit behandelkader loopt een traject om de set prestatie indicatoren voor de revalidatiegeneeskundige zorg vast te stellen. Een of meerdere prestatie indicatoren zullen gericht zijn op het meten van kwaliteit van zorg bij chronische pijnpatiënten. Buiten deze nog vast te stellen prestatie indicatoren om zijn er door vanuit de WPN geen specifieke indicatoren voor de pijnrevalidatie vastgesteld. Aanbevolen wordt het gebruik van de volgende meetmethodes: - de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP): deze bevat o.a. een numerieke pijnschaal, de subschalen van de RAND-36: fysiek functioneren, rolbeperking fysiek, mentaal functioneren en vitaliteit, subschaal interferentie van de multidimensionale pijnvragenlijst (MPI), Pain Disability Index (PDI), vraag werkvermogen (uit Work Ability Index) en COPM of Patiënt Specifiek Klachten lijst (PSK), en na de behandeling tevens ervaren herstel en eventuele nadelige gevolgen. - Indien de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie niet wordt gebruikt: Pain Disability Index (dit is 1 van de prestatie indicatoren revalidatie) - CQ index of een andere vorm van tevredenheidsmeting Meetmomenten: NDP of PDI: voor en einde van behandeling en 3 maanden na afsluiten behandeling. CQ index of een andere vorm van tevredenheidsmeting: 1 x per 2 jaar minimaal. De lokale data die hieruit naar voren komen worden jaarlijks geëvalueerd en naar aanleiding van de uitkomsten wordt een verbeterplan gemaakt.
--	--	---