



Handreiking

Onderzoek ‘Inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij de implementatie van de Conceptleidraad Chronische Pijn’

Deze handreiking is ontwikkeld door onderzoekers werkzaam bij het Amsterdam UMC, locatie VUmc - afdeling Public & Occupational Health, in opdracht van Zorginstituut Nederland

Pauline Mens MSc.
Dr. Nina Zipfel
Dr. Trees Juurlink
Prof. dr. Han Anema
Versie: 30-10-2024

Inhoudsopgave

Aanleiding	3
Totstandkoming handreiking	4
Belangrijke thema's bij de verdere implementatie van de Conceptleidraad chronische pijn...	5
1. Belemmeringen in het systeem	6
Chronische pijn in de maatschappij	6
Patiëntenpopulatie.....	7
Biopsychosociaal model	7
Aanbevelingen thema 1 Belemmeringen in het systeem	8
2. Netwerkgang.....	9
Opzetten van het netwerk.....	9
Communicatie binnen het netwerk.....	10
Verbinden tussen eerste en tweede lijn	11
Nationaal platform	12
Financiering en verantwoordelijkheid.....	12
Capaciteit	13
Stepped en matched care.....	14
Aanbevelingen thema 2 Netwerkgang	15
3. Coördinatie van de zorg	16
Zorgcoördinator	16
Huisarts is de spin in het web	17
Aanbevelingen thema 3 Coördinatie van zorg	19
4. Scholing zorgprofessional	20
Gezamenlijke scholing.....	20
Scholing eerste lijn	21
Aanbevelingen thema 4 Scholing zorgprofessional.....	22
5. De Conceptleidraad in de praktijk	23
Aandacht voor verschillende belangen	23
Gemeenschappelijk doel	23
Aanbevelingen thema 5 De Conceptleidraad in de praktijk.....	24
Dankwoord.....	25
Referenties	25
Bijlage aanbevelingen implementatiestrategieën en overeenstemming met Disseminatie- en implementatieplan Conceptleidraad	26

Aanleiding

Het zorgpad voor mensen met chronische pijn is vaak lang en ondoelmatig. Dit komt niet alleen door de complexiteit van de aandoening, maar ook door de huidige organisatie van de pijnzorg. In verschillende projecten is daarom aandacht besteed aan betere organisatie van pijnzorg en samenwerking tussen verschillende partijen om de zorg voor patiënten met chronische pijn sneller, effectiever en doelmatiger te maken. Ter ondersteuning hiervan zijn concrete handvatten uitgewerkt in de *Conceptleidraad organisatie en werkwijze van zorg voor mensen met chronische pijn*, een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen.

De initiatiefnemers van de Conceptleidraad hadden al inzicht in de factoren die zowel bevorderend als belemmerend werken. Echter, het blijft van belang om nader onderzoek te doen naar waarom bepaalde factoren als belemmerend worden ervaren en hoe bevorderende factoren optimaal kunnen worden ingezet om de implementatie van de Conceptleidraad verder te ondersteunen om tot passende implementatiestrategieën te komen.

De reeds geïdentificeerde knelpunten van zorg bij chronische pijn waren een gebrek aan adequate samenwerking binnen de zorgketen. Aanbevolen werd om vooral op regionaal niveau de samenwerking in de zorgketen invulling te geven. Voor een duurzame implementatie van de Conceptleidraad, evenals voor het bevorderen van samenwerking, is het belangrijk om de determinanten voor succesvolle implementatie in kaart te brengen. Dit helpt bij het formuleren van de juiste strategieën. Binnen het huidige project hebben we ons daarom specifiek gericht op de knelpunten en kansen rondom (multidisciplinaire) samenwerking en organisatie van netwerkzorg binnen de zorgketen voor mensen met chronische pijn in afstemming met de opdrachtgevers.

Totstandkoming handreiking

De handreiking is ontwikkeld door onderzoekers van het Amsterdam UMC en gebaseerd op interviews (n=11) en een focusgroepgesprek (n=4) met diverse betrokkenen, werkzaam binnen de zorg rondom chronische pijn en/of implementatie van netwerkzorg.

Aan het begin van het project zijn de reeds bekende belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij de implementatie van de conceptleidraad chronische pijn geanalyseerd met behulp van het CFIR framework (1). Deze analyse vormde de basis voor de topiclijst die werd gebruikt tijdens de interviews en focusgroep discussie met diverse zorgprofessionals betrokken rondom de zorg van patiënten met chronische pijn en deskundigen op het gebied van netwerkzorg. De gesprekken richtten zich vooral op het bevorderen van constructieve samenwerking binnen netwerkzorg en/of rondom de zorg voor patiënten met chronische pijn. De informatie uit zowel de eerdere analyse van de belemmerende en bevorderende factoren aan de hand van het CFIR framework, als de data uit de verschillende interviews en focusgroep discussie zijn geanalyseerd in het programma MAXQDA (versie 2022). Op basis hiervan is een codeboek ontwikkeld, waarmee thema's zijn geïdentificeerd die hieronder nader worden toegelicht. Met deze thema's geven we antwoord op de onderzoeksvragen:

Wat is de status van de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij de implementatie van de leidraad chronische pijn?

Hoe kunnen deze factoren beïnvloed worden door een passende implementatiestrategie?

In onderstaande resultaten geven we aanbevelingen voor de verdere implementatie van de *Conceptleidraad organisatie en werkwijze van zorg voor mensen met chronische pijn*. Deze aanbevelingen komen voort uit suggesties van de geïnterviewden en implementatiestrategieën op basis van de ERIC tool aan de hand van de geïdentificeerde belemmerende en bevorderende factoren (2). Het is hierbij van belang te melden dat we niet hebben gewerkt aan daadwerkelijke implementatie in de praktijk. Daarnaast zijn de inzichten gebaseerd op de ervaringen en perspectieven van de participanten binnen dit onderzoek. Mogelijk zijn er andere inzichten die buiten de reikwijdte van dit onderzoek vallen.

Belangrijke thema's bij de verdere implementatie van de Conceptleidraad chronische pijn

Uit analyse van de belemmerende en bevorderende factoren, aangevuld met inzichten uit de interviews en focusgroep discussie, zijn verschillende belangrijke thema's naar voren gekomen die van belang zijn bij het opzetten/versterken van **netwerkzorg** en **samenwerking** rondom patiënten met chronische pijn. Deze thema's bieden handvatten voor de verdere implementatie en verbetering van de zorg voor patiënten met chronische pijn. De vijf geïdentificeerde thema's zijn:

- Belemmeringen in het systeem
- Netwerkzorg
- Coördinatie van zorg
- Scholing zorgprofessional
- De Conceptleidraad in de praktijk

1. Belemmeringen in het systeem

Chronische pijn in de maatschappij

Uit de interviews komt naar voren dat chronische pijn een **significant sociaal probleem** is dat verder reikt dan de individuele patiënt en een grote **impact heeft op de kwaliteit van leven** van een patiënt met chronische pijn. Omdat chronische pijn vaak onzichtbaar is en niet direct levensbedreigend, **blijft de ernst van chronische pijn onderbelicht** terwijl meer dan **drie miljoen mensen met chronische pijnklachten** te maken hebben. Participanten geven aan dat het van essentieel belang is dat er **meer maatschappelijke aandacht en erkenning komt voor chronische pijn**. Een orthopedisch chirurg vertelt:

“Ja, campagnes over chronische pijn en dan ga je in een talkshow zitten [...] Maak het gewoon duidelijk dat dat [chronische pijn] een groot probleem is. Net als mensen, staat alles vol van de kanker, kankerevents en terecht ook hoor. Maar eigenlijk is dat niet het grootste probleem waar we het mee te maken hebben, om het even heel cru te zeggen. En de awareness van mensen dat pijn een groot probleem is. Dat dat echt een ziekte is. Dat dat echt een aandoening is waar je enorm veel kwaliteit van leven door inboet. Veel meer nog dan andere aandoeningen. En het feit is dat je daar steun voor moet hebben en dat de tijd dringt. Dus blijf niet eindeloos mee rondhangen. Dat soort dingen. Dat zou veel meer in de maatschappij moeten laten landen, die ideeën. Daar denk ik is het gewoon een hele belangrijke kern van het probleem. Dat moet toch een beetje vanuit de overheid komen.” - Orthopedisch chirurg

Volgens de participanten kan meer maatschappelijke erkenning worden bereikt door **educatieve campagnes** in te zetten via bijvoorbeeld **televisie en sociale media**. Eerdere initiatieven in andere landen laten zien dat dit effectief kan zijn in het **informereren van het publiek over de complexiteit van chronische pijn en de juiste aanpak van pijnklachten**, volgens participanten. Dit kan bijdragen aan niet alleen meer maatschappelijke erkenning en steun voor mensen met chronische pijn, maar ook aan het vergroten van kennis en het **creëren van realistische verwachtingen voor de patiënt**.

De participanten benadrukken dat voorlichting duidelijk moet maken dat chronische pijn **zowel medische als psychische oorzaken** kan hebben. Patiënten hopen op een medische behandeling die hen volledig van de pijn verlost, terwijl dit in de praktijk vaak niet haalbaar is. Educatieve campagnes kunnen bijdragen aan een beter begrip van deze realiteit. Een huisarts vertelt:

“Ik stoor me aan advertenties van zorgverzekeraars van pijn in de rug bij ons kunt u meteen naar de [...] Dus weet je, mensen horen overal om ons heen dat verhaal van pijn weefselschade is, het moet gefikst worden. Dat is best heel moeilijk om daartegen in te roeien als hulpverlener. ”

Patiëntenpopulatie

Uit de interviews blijkt dat de **patiëntenpopulatie met chronische pijn zeer divers** is. Een aandachtspunt is de uitdaging door culturele verschillen in de patiëntenpopulatie. In gebieden met veel patiënten van niet-westerse afkomst ervaren participanten barrières door taalproblemen en culturele verschillen in hoe pijn wordt ervaren en verwachtingen ten aanzien van behandeling. Door een diverse patiëntenpopulatie is er geen one size fits all aanpak mogelijk en is maatwerk enorm relevant en belangrijk. Een revalidatiearts geeft aan:

“We zijn er laatst achter gekomen dat de piramide van Maslow helemaal niet van toepassing is op allochtone patiënten. Dus dat wij ons altijd in onze pijnbehandelingen richten op zelfredzaamheid, autonomie, dat soort dingen. Dat staat in de piramide van Pinto, zo heet de piramide voor niet-westerse culturen, dan staat dat helemaal niet bovenaan. Eer staat bovenaan, een goede naam, dat soort dingen.”

Biopsychosociaal model

Participanten geven aan dat chronische pijn complex is met zowel medische als psychische oorzaken. Het **biopsychosociaal model** biedt hierin een waardevol kader, waarbij naast de **lichamelijke aspecten** ook de **psychologische en sociale dimensies** van pijn worden meegenomen. Een anesthesioloog vertelt: *“Ideaal zou zijn: een mooie website met daarop een behandelprotocol gebaseerd op het biopsychosociaal model, kijkend de patiënt met een holistische, echt kijken naar de mens als geheel.”*

Een participant, een psycholoog, benadrukt ook het belang van een holistische benadering van de patiënt, waarbij niet alleen de fysieke behandeling centraal staat, maar ook aandacht wordt besteed aan de **leefstijl** van de chronische pijnpatiënt. Een voorbeeld van een biopsychosociaal initiatief binnen een ziekenhuis is een **educatieve pijn cursus**, georganiseerd door de anesthesioloog in samenwerking met de psycholoog, waarin chronische pijn patiënten leren beter om te gaan met hun pijn.

Aanbevelingen thema 1 Belemmeringen in het systeem

Participanten geven aan dat chronische pijn een maatschappelijk probleem is waarbij de maatschappij en patiënten geïnformeerd zouden moeten worden over chronische pijn, verwachtingen en leven met pijn. Daarnaast wordt aangegeven dat de patiëntenpopulatie zeer divers is en er meer aandacht zou moeten zijn voor cultuursensitieve zorg en een holistische benadering.

Aanbevelingen

1. Publiekscampagne over chronische pijn in de maatschappij: Lanceer een grootschalige publiekscampagne gericht op het informeren over de impact van chronische pijn, verwachtingen rondom behandeling, en de mogelijkheden om een goed leven te leiden ondanks pijn (*ERIC-strategie "use mass media"*).
2. Patiëntenvoorlichting - verwachttingsmanagement en leven met pijn: Ontwikkel educatieprogramma's voor patiënten die voorbereidt op actieve deelname aan het zorgproces en bijdraagt aan het krijgen van een realistisch beeld van de situatie (*ERIC-strategie: "Prepare patients to be active participants"*).
3. Aandacht voor cultuursensitieve zorg: Besteed aandacht aan culturele verschillen in de ervaring van pijn en verwachtingen van behandeling, en pas de zorg hierop aan (*ERIC-strategie "Promote adaptability"*).
4. Handelen aan de hand van het biopsychosociaal model: Zorg voor een holistische benadering waarbij zowel fysieke, psychologische als sociale aspecten van chronische pijn worden meegenomen in de behandeling (*ERIC-strategie "Promote adaptability"*).

2. Netwerkgzorg

Opzetten van het netwerk

Uit de interviews zijn verschillende bevorderende en belemmerende factoren geïdentificeerd met betrekking tot het opbouwen van een netwerk voor chronische pijnzorg. Volgens de participanten is het inzichtelijk maken van een **sociale kaart** binnen de regio cruciaal voor samenwerking en netwerkvorming. Een sociale kaart maakt duidelijk welke zorgverleners beschikbaar zijn en wat **elkaars expertise** is, waardoor zorgprofessionals beter weten naar wie ze kunnen doorverwijzen en wie betrokken moet worden bij de behandeling van een specifieke patiënt. Een huisarts geeft aan: *“Ik vind het zelf wel heel fijn, als huisarts, als ik gewoon weet naar wie ik iemand verwijs. Ik heb er een paar in de regio die ik een beetje goed ken en dan kijk ik ook wel een beetje of dit een match of is dat een match? En ik denk dat dat niet per se hoeft, maar dat het wel helpend is en dat dat mensen ook wel wat meer kan motiveren om ergens naartoe te gaan.”* Een sociale kaart kan snel worden gevormd door in te spelen op al **bestaande netwerken**. Omdat veel zorgprofessionals al samenwerken, kan het verbinden van bestaande netwerken de ontwikkeling van een sociale kaart verder versterken:

“Er zijn natuurlijk al een heleboel netwerken. Dus ik denk ook dat je vooral gebruik moet maken van bestaande netwerken. Want mensen werken al samen. Huisartsen en fysiotherapeuten kennen elkaar vaak al en die kennen vaak ook al de neuroloog of de neurochirurg of de orthopeed. Dus ik weet niet wat daar nodig is eigenlijk, dat moet ze vooral zelf aangeven denk ik, maar je moet het organiseren en ik kan me voorstellen: organiseer een keer in de twee weken een lunch en biedt ze een lekkere lunch aan.” - Implementatie onderzoeker

Het kennen en **vertrouwen** binnen een netwerk wordt als essentieel beschouwd. Hoewel het benutten van bestaande netwerken kan helpen bij de kennismaking, adviseren participanten om het **netwerk niet te groot** te maken om wederzijds vertrouwen te stimuleren. Een anesthesioloog vertelt: *“Volgens mij hebben we nu iets van 40, 45 leden. En dat maakt ook dat het goed te hanteren is, dat je elkaar ook goed kent. Voor mij als behandelaar en verwijzer is het heel fijn dat ik weet naar wie ik iemand toe stuur. En dat ik ook iemand kan bedenken die, waarvan ik weet, die past bij die persoon. Als een netwerk nog veel groter gaat worden, dan wordt het gewoon ook weer lastig om iedereen te kennen.”*

Communicatie binnen het netwerk

Participanten zijn het erover eens dat **goede multidisciplinaire communicatie** binnen het netwerk essentieel is. Een huisarts benadrukt dat dit betekent dat zorgprofessionals niet via de patiënt moeten communiceren, maar elkaar direct op de hoogte moeten houden, Dit bevordert een efficiëntere samenwerking en voorkomt miscommunicatie:

“Maar ik denk vooral dat je goed communiceert. Het liefst niet via de patiënt, maar ook met een brief of ook met een verwijzing waarin je duidelijk dingen zet. Dat is gewoon heel belangrijk, want mensen horen vaak maar de helft. Mensen vertellen me altijd dat de fysio gemasseerd heeft en als ik dan vraag, moet je ook oefeningen doen? Ja, ik moest ook oefeningen doen. Maar dat is niet wat ze zeggen, dan moet je dat vragen. Dus ja, ik denk als het gaat over netwerkzorg, dat communicatie en dat je elkaar als collega behandelaar op de hoogte houdt, dat dat wel heel belangrijk is.”

De meningen over het organiseren van een **multidisciplinair overleg (MDO)** zijn verdeeld. Sommige participanten benadrukken het belang van een wekelijks MDO tussen de eerste en tweede lijn, omdat dit de **verbinding tussen deze lijnen versterkt** en inzicht geeft in de sociale kaart. Andere participanten daarentegen geven aan dat zij geen MDO's organiseren of aanbevelen, omdat dit **te veel tijd kost en vaak patiënten betreft die zij niet kennen**.

De participanten ondersteunen het gebruik van **bestaande digitale oplossingen**, zoals de "Siilo-app" ter bevordering van de samenwerking binnen een netwerk. Siilo is een beveiligde messaging app om zorgprofessionals beter te laten samenwerken. Door middel van Siilo kunnen zorgprofessionals groepen aanmaken en **laagdrempelig contact** opnemen met elkaar voor een patiënt. *“En we zitten ook via een Siilo-app, dat is een beveiligde geneeskundige app. [...] korte lijntjes van als er nog vragen zijn, of dingen nog onduidelijk, of toch nog een keer iets willen, dan kan dat gecommuniceerd worden. Dus dat is een belangrijk netwerk.”*- Orthopedisch chirurg

Verbinden tussen eerste en tweede lijn

Het gebrek aan samenwerking tussen de eerste en tweede lijn wordt door een deel als een knelpunt beschouwd. Uit de interviews blijkt een duidelijke behoefte aan **verbinding tussen eerste en tweede lijn**. Een psycholoog legt uit: *“Ja, nou kijk wat wel wenselijk is, is natuurlijk dat we bij de specialisten, bij de huisartsen bekend zijn. [...] Dat vind ik heel belangrijk. Ik vind het belangrijk dat ik wel weet welke fysiotherapeuten in pijn gespecialiseerd zijn. En andersom vinden zij dat natuurlijk ook weer heel belangrijk welke psychologen dat zijn. Overleg met de specialist is wel wat ik dan zoek per patiënt als dat nodig is.”*

Patiënten kunnen vastlopen in de eerste lijn, omdat het soms onduidelijk is naar welk specialisme er moet worden doorverwezen. Soms is een doorverwijzing naar de tweede lijn zelfs niet nodig en is een andere oplossing binnen de eerste lijn passender. Positief is echter dat er lokale initiatieven zijn die ‘**anderhalve lijnszorg**’ worden genoemd om de verbinding tussen de eerste en tweede lijn te versterken.

“[...] Het is een beetje een initiatief hier lokaal, [...] dat specialisten advies geven in de eerstelijnszorg [...] aan de huisarts die daar dan mee verder kan. Het wordt hier dan anderhalvelijnszorg genoemd. En daar hebben we netwerken in. Allereerst, wat wij doen, is dat we de mensen met chronische lage-rugklachten ... Het wordt natuurlijk al een beetje getrieerd, hè, mensen die doorverwezen worden.” - Orthopedisch chirurg

Een groot probleem is het **ontbreken van juridische en financiële kaders** voor anderhalvelijnszorg. Anderhalvelijnszorg zijn zorgprofessionals uit de tweede lijn die advies geven over verwijzen binnen de eerste lijn. Deze aanpak bevordert de samenwerking tussen de lijnen en biedt patiënten meer gerichte en effectieve zorg. Participanten geven aan dat er **geen duidelijke indicatie is voor anderhalvelijnszorg** en daarom vallen deze patiënten juridisch gezien tussen wal en schip. Zorgprofessionals kunnen deze uren namelijk niet schrijven. Dit leidt tot verwarring over verantwoordelijkheden en belemmert de implementatie van anderhalvelijnszorg, ondanks de voordelen die deze vorm van zorg zou kunnen bieden. Een participant legt uit: *“Dat we ook vast blijven lopen op de betaaltitel. Dat er zeker als je in de eerste lijn interdisciplinair wil gaan werken, MDO’s of consultaties, blijkt dat de financieringsstructuren vaak lastig zijn. En ik ben bang dat we daar op vast gaan lopen binnen die regionale netwerkontwikkeling.”* -Revalidatie arts

Nationaal platform

Naast de behoefte aan meer bewustwording over chronische pijn binnen de maatschappij, komt uit de interviews naar voren dat er **behoefte is aan nationale regie en structuur** in de netwerkzorg voor chronische pijn. De afwezigheid van een centraal georganiseerd platform of financieringssysteem, zoals die bestaan voor andere chronische aandoeningen zoals diabetes of kanker, wordt als groot gemis ervaren. **Initiatieven voor chronische pijn netwerken** zijn nu lokaal zonder nationale regie, en daarom **gefragmenteerd**. De participanten benadrukken dat fragmentatie zorgt voor het **bemoeilijken van een multidisciplinaire aanpak** en samenwerking, en voor het mislopen van **financiële mogelijkheden**.

Een nationaal of zelfs Europees platform kan niet alleen de bewustwording vergroten, maar ook zorgen voor een meer gestroomlijnde en effectieve samenwerking tussen zorgprofessionals.

“Ik denk dat, want je mist nou regie en je mist de financiële mogelijkheden daarvoor. Want een van de grootste frustraties zeg maar die ik al heel lang heb, is dat er op het gebied van chronische pijn geen organisatie is. Je hebt een diabetesfonds, je hebt een hartstichting, je hebt een kankerfonds, Wilhelminafonds, je hebt reumafonds, je hebt een heleboel ziektebeelden die goed georganiseerd zijn en waar ook dus middelen beschikbaar zijn om allerlei initiatieven te doen. Dat is niet op het gebied van chronische pijn en dat frustrereert enorm omdat chronische pijn een veel groter maatschappelijk probleem is dan veel van de andere aandoeningen waar wel een fonds voor is.” - Implementatie onderzoeker

Financiering en verantwoordelijkheid

Uit ervaringen van de participanten blijkt dat **financiering vaak kortdurend** is, waardoor het moeilijk is om een lokaal of regionaal netwerk op te zetten. Een participant geeft aan:

“De zorgverzekeraar was enthousiast, dus we kregen een vergoeding om een aantal patiënten op die manier te mogen zien en behandelen. Alles volgens de nieuwste richtlijn, bio, sociale diagnostiek en behandeling, pijneducatie. Alles gericht op zelfmanagement en verbetering van coping. [...] Maar uiteindelijk is daar toch de stekker uitgetrokken omdat de zorgverzekeraar, er waren nieuwe poppetjes op de plekken waar we voorheen goed overleg hadden. En naar onze beleving waren die ondanks de goede resultaten niet zo geïnteresseerd in anderhalve lijn zorg. En die hebben de stekker eruit gehaald. Wat echt heel jammer is.” - Huisarts

Een ander voorbeeld hiervan wordt gegeven door een huisarts, waarbij een eenmalige subsidie werd toegekend om de eerstelijnszorg te versterken. Hoewel deze middelen bijdroegen aan het opzetten van een netwerk voor patiënten met chronische pijn, bleek het een uitdaging om dit netwerk op de lange termijn duurzaam te onderhouden. De huisarts gaf aan dat het netwerk uit elkaar viel nadat de projectleider stopte en dat er **gebrek is aan structurele financiering en continue ondersteuning** om een duurzaam netwerk te starten.

Capaciteit

Uit de interviews blijkt dat veel netwerken en bijeenkomsten ter bevordering van samenwerking/netwerkzorg worden georganiseerd **buiten de reguliere werktijden** van zorgprofessionals. Dit vergroot de werkdruk, aangezien zorgprofessionals deze extra inspanningen in hun eigen tijd moeten leveren wat betrokkenheid en **continuïteit** van dergelijke initiatieven kan bemoeilijken. Een oefentherapeut vertelt:

“Ja, ze merken ook van hé, ik doe mijn werk, ik krijg ervoor a) te weinig betaald; en b) ze verwachten ook nog eens dat ik buiten werktijd naar allerlei overleggen ga, scholingen, vergaderingen. Ik ben zoals deze week, ik heb dan nu de afspraak met jou en ik heb dan maandag een vergadering gehad. Ik heb morgenavond nog een intercollegiaal overleg. Ik heb zaterdag een symposium. Ik moet ook nog ergens patiënten zien en de praktijk draaiende houden.”

Daarnaast levert samenwerking binnen het netwerk **geen direct meetbare resultaten** op, wat het moeilijk maakt om deze inspanningen te rechtvaardigen naast de andere taken van zorgprofessionals. Dit gebrek aan concrete verbeterde patiëntuitkomsten maakt het lastig om de betrokkenheid binnen een netwerk op lange termijn te behouden. De **intrinsieke motivatie** van zorgprofessionals binnen een netwerk is cruciaal.

Stepped en matched care

Uit de interviews blijkt dat er binnen de zorg voor chronische pijn verschillende opvattingen zijn over de toepassing van **stepped en matched care**. Hoewel het concept van stepped care is ingebed in de standaardzorg, zijn er zorgen over de praktische uitvoering en de effectiviteit hiervan. Daarbij wordt benadrukt dat de patiëntenpopulatie zeer divers is met verschillende zorgbehoeften.

Bij stepped care doorloopt een patiënt stapsgewijs verschillende niveaus van zorg, te beginnen bij zelfmanagement en monodisciplinaire zorg, gevolgd door multidisciplinaire zorg in de eerste lijn, en uiteindelijk gespecialiseerde multidisciplinaire zorg in het ziekenhuis. Participanten hebben **kritiek op de vaste structuur van dit concept**. Patiënten doorlopen soms onnodige stappen voordat ze de juiste zorg ontvangen. Een revalidatiearts vertelt:

“Ik zie een cliënt en die is zo complex en die heeft een aantal stappen nog niet gehad.” Maar hij is al zo complex dat ik denk, ja hij heeft meteen stap 4 nodig. Dan moet ik hem stap 4 kunnen geven zonder dat ik stap 2 en 3 nog eens moet aanbieden. Het is dramatisch, ik heb het meegemaakt in de praktijk.” Daarnaast wordt bijvoorbeeld een psycholoog pas in latere stappen betrokken, terwijl vroege betrokkenheid cruciaal kan zijn binnen het biopsychosociaal model.

Matched care wordt daarentegen door verschillende participanten beschouwd als een effectievere aanpak. Binnen dit concept wordt de zorg afgestemd op **de specifieke behoeften van de patiënt op het juiste moment**. Een oefentherapeut geeft aan: *“Stepped care ben ik iets minder enthousiast over dan matched care. Want bij stepped care ga je dus inderdaad heel erg uit van bepaalde stapjes die eerst gezet moeten worden voordat je verder kan. Terwijl je dan soms kan zien dat deze patiënt deze stap niet nodig heeft of die is eigenlijk al voorbij het stadium dat deze stap effect kan hebben, die moet meteen door. Dus ik ben meer van de matched care.”*

Matched care kan effectief worden toegepast wanneer zorgprofessionals nauw met elkaar samenwerken, bijvoorbeeld via een **carrouselpoli** waar multidisciplinair overleg plaatsvindt. Tijdens een carrouselpoli ziet een patiënt verschillende zorgprofessionals die samen kijken naar de juiste behandeling. Een anesthesioloog en physician assistant vertellen:

“En we hebben dus een carrouselpoli draaien hier voor de bekkenpijn. Dus waarbij we mensen zien, samen met de psycholoog en de bekkenfysiotherapeut, eigenlijk de problematiek goed in kaart brengen en dan eigenlijk de mensen zoveel mogelijk juist in de eerste lijn weer terugzetten met het juiste plan. En dat we dat dus ook echt weer in het netwerk weer terugzetten bij de fysiotherapeuten en andere behandelaren die we kennen en waar we ook terugkoppeling krijgen [...] En carrousel poli, maar ook de regionale onderdeel. Dat is heel specifiek kijken naar matched care, dat doen we dus ook met de MDO, maar ook carrousel poli: heel duidelijk kijken waar de patiënten terecht kunnen.”

Aanbevelingen thema 2 Netwerkzorg

De participanten uitten een behoefte aan verbeterde samenwerking tussen de eerste en tweede lijn en met zorgprofessionals in de regio. Verschillende suggesties zijn hiervoor geopperd, echter is het afhankelijk van de betrokkenen en organisatie van de zorg in de regio hoe dit het beste vorm te geven. Daarnaast is er behoefte aan één overkoepelend orgaan dat sturing geeft. Ook is er behoefte aan capaciteit in de vorm van tijd en middelen om netwerkzorg vorm te geven.

Aanbevelingen

1. Gebruik bestaande netwerken: Maak gebruik van lokale netwerken om een sociale kaart op te stellen en fragmentatie tegen te gaan. Breng per regio in kaart wat precies de behoefte is voor het opzetten van een netwerk. (*ERIC-strategie: "Conduct local needs assessment" en "Capture and share local knowledge"*).
2. Digitale communicatie: Implementeer digitale tools. Zoals de Siilo-app, voor laagdrempelige communicatie tussen zorgprofessionals (*ERIC-strategie: "Promote adaptability"*).
3. Anderhalvelijnszorg organiseren: Regel juridische en financiële structuren voor anderhalvelijnszorg om samenwerking te faciliteren (*ERIC-strategie: "Develop disincentives"*).
4. Structurele en duurzame aansturing: Zorg voor een duurzaam en overkoepelend orgaan dat sturing geeft aan netwerkzorg (*ERIC-strategie: "Fund and contract for clinical innovation"*).
5. Capaciteit en middelen: Creëer voldoende capaciteit, zowel in tijd als middelen, voor zorgprofessionals om effectief in netwerken samen te werken (*ERIC-strategie: "Fund and contract for clinical innovation"*).

3. Coördinatie van de zorg

Zorgcoördinator

Uit de interviews blijkt dat er een breed gedragen behoefte is aan **zorgcoördinatoren**, maar ook dat het complex is deze rol te vervullen. De zorgcoördinator moet fungeren als het **centrale aanspreekpunt** voor zowel de patiënt als de verschillende zorgprofessionals, waarbij hij/zij verantwoordelijk is voor het coördineren van de zorg en ervoor zorgt dat de patiënt op het juiste moment bij de juiste specialist terechtkomt. Een orthopedisch chirurg legt uit:

“Die zorgcoördinatoren vond ik heel belangrijk. Hoe kan je in de tweede lijn dingen beter regelen, maar ook tussen de lijnen dingen beter regelen? Dus bij de eerste lijn is de belangrijkste interventie eigenlijk om mee te helpen in de diagnostiek en de begeleiding. En dan heb je tussen de lijnen iemand hangen [...] dus voor de tweede lijn om te zorgen dat die patiënt dan ook bij het juiste plekje op het juiste moment terechtkomt. [...] En dan krijg je ook veel meer coördinatie.”

Participanten geven aan dat de zorgcoördinator een belangrijke rol speelt in het verbeteren van de **samenwerking en communicatie tussen de eerste en tweede lijn**. Dit voorkomt dat patiënten “blijven zweven” tussen de zorgniveaus en zorgt ervoor dat ze de juiste zorg op het juiste moment ontvangen. Een zorgcoördinator kan helpen om de continuïteit van zorg te waarborgen en het traject voor de patiënt duidelijker en efficiënter te maken. Daarnaast wordt benadrukt dat de zorgcoördinator niet alleen kennis moet hebben van de beschikbare behandelingen, maar ook op de hoogte is van de **beschikbare opties van zorg in hun regio** om juiste verwijzingen te stimuleren. *“Dan zou je inderdaad een zorgmanager of een casemanager moeten hebben voor mensen met chronische pijn. Om te voorkomen dat al die mensen als flipperkastballen overal naartoe gaan. Maar ik zie dat de huisarts nog niet doen. Die zijn al behoorlijk overbelast. Dus ja, dan zou eerder een, wat mij betreft een soort van verpleegkundig specialist of een nurse practitioner of een anderszins goed opgeleid iemand die ook zicht heeft op de zorgpaden en goede contacten heeft met de losse behandelaren, dat op zich neemt.” -Huisarts*

Huisarts is de spin in het web

In de interviews werd benadrukt dat huisartsen een cruciale rol spelen bij de behandeling van chronische pijn en vaak fungeren als ‘spin in het web’. Zij zijn het **eerste aanspreekpunt** voor patiënten en moeten daarom **goed geïnformeerd zijn over beschikbare behandelingen en netwerken**. Een aantal participanten gaf daarom aan dat de rol van zorgcoördinator **binnen de huisartsenpraktijk** dient te vallen. Een huisarts geeft aan: “[...] *Zelf geloof ik heel erg in een netwerkcoördinator, namelijk iemand die echt het onderhoud van het netwerk doet en al die klusjes. [...] En ik denk dat de zorgcoördinator, dat die rol eigenlijk bij de inhoudelijke hulpverleners hoort te liggen. En dat kan de huisarts zijn van de patiënt en dat kan ook eventueel de fysiotherapeut zijn of de ergotherapeut of degene die het meeste het contact heeft met de patiënt of iemand van de pijnpoli.*”

Er is echter zorg over **de toenemende wisselingen en te hoge werkdruk** onder huisartsen, waardoor hun kennis over individuele patiënten kan verminderen. Het is essentieel dat huisartsen niet alleen betrokken blijven bij de zorg van deze patiënten, maar ook **actief samenwerken met lokale netwerken** om onnodige doorverwijzingen en verkeerde behandelingen te voorkomen. Een anesthesioloog vertelt:

“Het begint natuurlijk vaak bij de huisarts. De huisarts ziet deze patiënten als eerste. [...] Ze [chronische pijn patiënten] komen wel veel en ze vragen veel aandacht. En als je ze niks kunt bieden, dan ga je ze uiteindelijk toch maar morfine geven. Of je stuurt ze dan inderdaad maar naar een fysiotherapeut. Dus die huisartsen zijn wel heel belangrijk. En ik merk bij de huisartsen dat er steeds meer waarnemend huisartsen zijn. Veel wisselingen. Dus ik maak me wel zorgen over, kennen de huisartsen hun patiënten nog wel voldoende? Dat is één. Hebben ze wel voldoende tijd? En het is dus essentieel dat die huisarts ook onderdeel is van dat lokale netwerk. Dat een huisarts ook weet van, weet je, er zijn dus mensen in mijn omgeving die iets kunnen met deze patiënten. Want nu krijgen wij dus heel veel vervelende verwijzingen, althans onnodige verwijzingen moet ik zeggen, van mensen die al te lang met chronische pijn lopen, die soms inderdaad al verkeerd behandeld zijn, te lang verkeerd behandeld zijn, en soms inderdaad met morfine al bij ons komen. En dan denk ik van ja, dat is zo'n gemiste kans en daar begint het wel. Dus ik maak me er echt wel een beetje zorgen over hoe dit met huisartsenzorg moet gaan.”

Uit de interviews blijkt de triage niet altijd goed te gaan, en is er zorg over de rol van de huisarts. De huisarts kan daarbij ondersteund worden, bijvoorbeeld door praktijkondersteuners of physician assistants (PA), om de coördinatie van zorg efficiënt te laten verlopen. Hoewel huisartsen graag hun centrale rol behouden, is er vaak niet genoeg tijd en middelen om deze verantwoordelijkheid volledig te dragen. Daarom zijn goede netwerkondersteuning en consultatiemogelijkheden met andere zorgprofessionals essentieel.

“Ja, ik denk dat er dan, zoals de huisartsenorganisaties, die regelen natuurlijk ook heel veel dingen zoals die POH GGZ en praktijkmanagers en daar wordt al een hoop vanuit geregeld. Dus ik denk dat die ook prima regionaal de inzet van die PA's zou kunnen regelen. Niet elke huisartsenpraktijk hoeft een fulltime PA te hebben op dit gebied denk ik, maar ik noem maar wat, als er elke week een dagdeel een PA in een praktijk is, dan ga je dat mooi verdelen, zodat elke praktijk daar z'n nut van kan halen. ” - Oefentherapeut

Aanbevelingen thema 3 Coördinatie van zorg

Er wordt een behoefte geuit aan een coördinator die dient als een centraal aanspreekpunt met overzicht van de regionale sociale kaart en kan bijdragen aan de verbetering in de samenwerking en communicatie tussen de eerste en tweede lijn. De huisarts speelt een cruciale rol in de behandeling van patiënten met chronische pijn, er zijn echter zorgen over deze rol vanwege toenemende werkdruk en gebrek aan capaciteit.

Aanbevelingen

- Zorgcoördinator als centraal aanspreekpunt: Benoem een zorgcoördinator als centraal aanspreekpunt met overzicht en ter bevordering van samenwerking en communicatie tussen de eerste en tweede lijn (*ERIC-strategie: "Create new clinical teams"*).
- Huisart is de spin in het web: Bewaak en ondersteun de rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt (*ERIC-strategie: "Revise professional roles"*).

4. Scholing zorgprofessional

Gezamenlijke scholing

Scholing wordt door de participanten gezien als een essentieel middel om niet alleen de chronische pijnzorg te verbeteren, maar ook de samenwerking en communicatie tussen zorgprofessionals te versterken. Er zijn verschillende initiatieven gestart om **gezamenlijke scholingen** te organiseren waarbij huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, revalidatieartsen, anesthesiologen en orthopeden en andere zorgprofessionals worden uitgenodigd. Deze scholingen hebben als doel een **uniforme taal en aanpak** te bevorderen, zodat **alle zorgprofessionals dezelfde visie uitdragen** naar de patiënt toe. Een huisarts vertelt: *“Terwijl het wel belangrijk is, [...] ze [zorg professionals] allemaal met één taal laten spreken. Dus allemaal één overkoepelende visie op chronische pijn. En dat is ook heel belangrijk naar de patiënt toe, want als de één dit zegt en de ander dat, dan krijg je juist die flipperkast.”*

Regelmatige symposia, congressen en netwerkvondens spelen een centrale rol in het versterken van de samenwerking. Deze bijeenkomsten bieden een waardevol platform om kennis en ervaringen te delen, en om knelpunten in de samenwerking te bespreken. Hoewel het netwerk zelf niet te groot moet worden om vertrouwen en persoonlijke verbindingen te bevorderen, zijn deze bijeenkomsten cruciaal voor het leren van elkaar en het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de bestaande netwerken. Het doel is niet per se om het netwerk te vergroten, maar om de uitwisseling van expertise en goede praktijken te faciliteren. *“Daar zijn we echt mee begonnen, gezamenlijke scholingen. Dus ook als je de huisartsen uitnodigt, neem vooral jullie netwerkspelers mee. Dus de fysiotherapeuten, POH's. Vanuit je eigen praktijk, vanuit je eigen regio, neem die vooral mee. Om gewoon samen ook in op te trekken. Dus dat hebben we heel erg gestimuleerd [...] Dus dat je juist dat? hele netwerk daar bij elkaar hebt.”* - Anesthesioloog.

Participanten benadrukken het belang van **accreditatiepunten**, zowel om de professionalisering te waarborgen, maar ook om de deelname aan bijeenkomsten te bevorderen. Het aanbieden van accreditatiepunten fungeert als een belangrijke stimulans voor zorgprofessionals om actief deel te nemen aan dergelijke bijeenkomsten, terwijl het tegelijkertijd bijdraagt aan het bevorderen van continue professionele ontwikkeling en het versterken van de expertise binnen de zorgverlening. Een revalidatiearts benadrukt: *“Ervaring leert dat als je scholing opzet in de regio, bijvoorbeeld voor huisartsen. Dan kun je blij zijn als je er 10 of 15 krijgt. Dus het zal meer allerlei initiatieven moeten zijn. Ik denk meer dat ik nu al gedaan heb met zo'n congres met huisartsen en specialisten uit de ziekenhuizen. Ik heb toen 60 huisartsen gesproken. Dat is een makkelijk iets. Dus daar zou je gebruik van kunnen maken. Ik denk dat je naar een soort invitational conference moet toewerken. Maar dan moet je wel op tijd ook accreditatiepunten regelen.”*

Scholing eerste lijn

De participanten benadrukken daarnaast dat scholing specifiek gericht op het **herkennen van chronische pijn, pijneducatie en gespreksvaardigheden** voor de **eerste lijn** cruciaal is. Pijneducatie houdt in dat patiënten inzicht krijgen in hoe het mogelijk is pijn te ervaren zonder dat er een duidelijke lichamelijke verklaring voor is. Vooral **huisartsen**, die vaak als eerste worden geconfronteerd met deze patiënten, moeten toegerust zijn om chronische pijn tijdig te herkennen en passende uitleg te geven. Zoals een orthopedisch chirurg aangeeft: *“De kennis van de huisarts is natuurlijk punt 1. Als je iets niet kent, dan herken je het niet. Dus als je niet weet wat chronische pijn is en hoe dat precies in elkaar zit, dan herken je dat ook niet bij een patiënt.”*

Volgens de participanten is pijneducatie zeer **effectief binnen een team**. zelfs binnen de beperkte 10 minuten die een huisarts per consult heeft, kan pijneducatie al veel opleveren, vooral op het gebied van het **versterken van het vertrouwen van de patiënt**. Een huisarts vertelt over pijneducatie:

“Wat ik zelf heel erg belangrijk vind en waar we heel veel tijd en energie in steken, is pijneducatie. Dus uitleg hoe het kan dat je pijn hebt zonder dat daar een duidelijke lichamelijke verklaring voor is. En waarbij de patiënt ook niet het idee heeft van hé, ik word hier afgescheept met het is psychisch of het zit tussen de oren of het is ingebeeld, want dat vinden mensen heel erg akelig, snap ik. [...] pijneducatie, dat is iets wat heel krachtig werkt in een team, maar wat je ook monodisciplinair heel goed al kunt doen. En huisartsen die dan wel eens klagen van ja, maar we hebben maar 10 minuten per patiënt. Nou, pijneducatie is prima te doen in 10 minuten. Dus als je een beetje weet hoe dat moet en als je daar enige scholing in hebt, dan is er denk ik alleen al van adequate goede pijneducatie kun je heel veel winst mee behalen.”

Participanten noemen diverse initiatieven voor het ontwikkelen van **educatief materiaal** voor de eerstelijnszorg, zoals SEP-scholing en het opstellen van farmacotherapeutisch (FTO)-materiaal voor huisartsen en apothekers. Dit materiaal bestaat uit afspraken over opiaten en pijneducatie. Ze benadrukken echter dat deze trajecten langdurig zijn en dat er geen directe resultaten zijn, waardoor een lange adem vereist is voor succesvolle implementatie. *“We hebben een FTO-materiaal ontwikkeld voor huisartsen, apotheker, FTO-overleg, farmacotherapeutische overleg is dat, waarin je afspraak maakt en het gaat over opiaten dan, maar daarin ook een stukje pijneducatie. Dus we hebben wel dingen ingezet op scholing bij ons in de regio en je merkt dat dat wel ook wel een beetje zijn vruchten begint af te werpen, maar dat is echt wel iets van heel erg van de lange adem, want ja, de maatschappelijke kijk op pijn en de maatschappelijke druk ook, he, van dat dingen gefikst moeten zijn, dat niks lang mag duren, dat dingen snel over moeten zijn en dat, die is wel enorm. En daar roei je toch een beetje tegen in voor deze categorie patiënten.”* - Huisarts

Aanbevelingen thema 4 Scholing zorgprofessional

Participanten benadrukken het belang van scholing voor zorgprofessionals over pijneducatie aan patiënten, ter bevordering van gespreksvaardigheden en multidisciplinaire samenwerking en om de eerstelijnszorg te versterken.

Aanbevelingen

- Het houden van onderwijsbijeenkomsten: Organiseer educatie voor zorgprofessionals dat focust op een uniforme taal naar de patiënt en het bevorderen van een multidisciplinaire samenwerking (*ERIC-strategie: “Develop educational materials”, “Conduct educational meetings” en “Create a learning collaborative”*).
- Eerstelijnszorg versterken: Versterk de eerstelijnszorg door educatie te richten op het snel herkennen van risicofactoren van chronische pijn en sneller betrekken van het psychosociaal domein (*ERIC- strategie: “Develop educational materials” en “Conduct educational meetings”*).

5. De Conceptleidraad in de praktijk

Aandacht voor verschillende belangen

Volgens de participanten wordt de implementatie van uitgebreide richtlijnen bemoeilijkt door de **lengte en complexiteit van de Conceptleidraad**. Het is essentieel om de Conceptleidraad toegankelijker te maken door samenvattingen en praktische handleidingen te ontwikkelen. *“Ik heb geen overzicht, maar dat is er wel van een paar projecten die we vanuit dat verband hebben gestimuleerd, maar ook daar ontbreekt de regie, dus dat maakt het ook lastig, maar wat ik het meest lastige vind als ik denk aan de implementatie van die leidraad, is dat je hebt die regie ook daar weer nodig want die leidraad is heel uitgebreid, dus die gaan heel weinig mensen lezen en er staan een heleboel zinnige dingen in. Ik heb net weer even gekeken, ik kwam geloof ik tot bladzijde 36. Dan heb je een lange lijst van knelpunten.”* - Implementatie onderzoeker

Gemeenschappelijk doel

Om de implementatie te bevorderen, is het cruciaal dat zorgprofessionals bereid zijn over hun eigen belangen heen te stappen en de **focus te leggen op het gemeenschappelijk doel**: het verbeteren van de zorg voor patiënten. Bewustwording over de voordelen van samenwerking binnen een netwerk en het **creëren van een breed draagvlak** onder alle betrokken partijen, bijvoorbeeld via een netwerkbijeenkomsten, zijn hierbij essentieel. Een revalidatiearts vertelt: *“We gaan wel door, maar al was het dan maar om elkaar beter te leren kennen, dat je weet van elkaar wat de mogelijkheden zijn. Maar de belangen, noem het inkomen, noem het macht, zijn wel erg groot. Ik ben bang dat mensen niet, zoals ik al zei, over die schaduw heen kunnen stappen.”* -Revalidatiearts

Aanbevelingen thema 5 De Conceptleidraad in de praktijk

De implementatie van de Conceptleidraad wordt bemoeilijkt door de lengte en complexiteit, waardoor praktische handleidingen nodig zijn om het toegankelijker te maken. Daarnaast benadrukken participanten dat het cruciaal is om eigen belangen opzij te zetten, een breed draagvlak te creëren, en te focussen op het gemeenschappelijk doel: betere zorg voor patiënten.

Aanbevelingen

- Handleiding Conceptleidraad: Ontwikkel een samenvatting en een praktische handleiding om de Conceptleidraad toegankelijk te maken (*ERIC-strategie: “Develop an implementation glossary”*).
- Gezamenlijk doel: Formuleer en focus op een gezamenlijk doel bij de implementatie van de Conceptleidraad (*ERIC-strategie: “Promote network weaving”*).
- Breed draagvlak creëren: Creëer een breed draagvlak en stimuleer bewustwording en samenwerking binnen een netwerk, bijvoorbeeld via netwerkbijeenkomsten (*ERIC-strategie: “Promote network weaving” en “Build coalition”*).

Dankwoord

Bij het opstellen van deze handreiking willen we graag onze dank uitspreken aan alle betrokkenen. In het bijzonder willen we de deelnemers hartelijk danken voor hun waardevolle bijdrage. Daarnaast een woord van dank aan Marianne Horn van Zorginstituut Nederland, Leon Timmermans en André Wolff voor hun inzet bij het werven van deelnemers en betrokkenheid tijdens de totstandkoming van deze handreiking.

Referenties

1. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci.* 2022;17(1):75. doi:10.1186/s13012-022-01245-0.
2. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci.* 2015;10:21. doi:10.1186/s13012-015-0209-1.

Bijlage aanbevelingen implementatiestrategieën en overeenstemming met Disseminatie- en implementatieplan Conceptleidraad

Aanbevelingen thema 1 Belemmeringen in het systeem

1. Publiekscampagne over chronische pijn in de maatschappij: Lanceer een grootschalige publiekscampagne gericht op het informeren over de impact van chronische pijn, verwachtingen rondom behandeling, en de mogelijkheden om een goed leven te leiden ondanks pijn (*ERIC-strategie “use mass media”*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: “Maximale aandacht generen op sociale media”.
2. Patiëntenvoorlichting - verwachtingsmanagement en leven met pijn: Ontwikkel educatieprogramma's voor patiënten die voorbereid op actieve deelname aan het zorgproces en bijdraagt aan het krijgen van een realistisch beeld van de situatie (*ERIC-strategie: “Prepare patients to be active participants”*).
3. Aandacht voor cultuursensitieve zorg: Besteed aandacht aan culturele verschillen in de ervaring van pijn en verwachtingen van behandeling, en pas de zorg hierop aan (*ERIC-strategie “Promote adaptability”*).
4. Handelen aan de hand van het biopsychosociaal model: Zorg voor een holistische benadering waarbij zowel fysieke, psychologische als sociale aspecten van chronische pijn worden meegenomen in de behandeling. (*ERIC-strategie “Promote adaptability”*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: “Beoordeel patiënten met chronische pijn volgens biopsychosociaal model en maak op grond hiervan een behandelplan”.

Aanbevelingen thema 2 Netwerkgang

1. Gebruik bestaande netwerken: Maak gebruik van lokale netwerken om een sociale kaart op te stellen en fragmentatie tegen te gaan. Breng per regio in kaart wat precies de behoefte is voor het opzetten van een netwerk. (*ERIC-strategie: "Conduct local needs assessment" en "Capture and share local knowledge"*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: "Inventariseer reeds bestaande netwerken".
2. Digitale communicatie: Implementeer digitale tools, zoals de Siilo-app, voor laagdrempelige communicatie tussen zorgprofessionals (*ERIC-strategie: "Promote adaptability"*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: "Maak laagdrempelige communicatie mogelijk tussen zorgverleners o.a. via digitale mogelijkheden zoals Siilo-app".
3. Anderhalvelijnszorg organiseren: Regel juridische en financiële structuren voor anderhalvelijnszorg om samenwerking te faciliteren (*ERIC-strategie: "Develop disincentives"*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: "Regio netwerken vormen die verschillende 'lijnen' met elkaar verbinden".
4. Structurele en duurzame aansturing: Zorg voor een duurzaam en overkoepelend orgaan dat sturing geeft aan netwerkgang (*ERIC-strategie: "Fund and contract for clinical innovation"*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: "Initieer een landelijk platform dat als taak heeft om multidisciplinaire samenwerking te bevorderen".
5. Capaciteit en middelen: Creëer voldoende capaciteit, zowel in tijd als middelen, voor zorgprofessionals om effectief in netwerken samen te werken (*ERIC-strategie: "Fund and contract for clinical innovation"*).

Aanbevelingen thema 3 Coördinatie van zorg

1. Zorgcoördinator als centraal aanspreekpunt: Benoem een zorgcoördinator als centraal aanspreekpunt met overzicht en ter bevordering van samenwerking en communicatie tussen de eerste en tweede lijn (*ERIC-strategie: "Create new clinical teams"*).
2. Huisarts is de spin in het web: Bewaak en ondersteun de rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt (*ERIC-strategie: "Revise professional roles"*).

Aanbevelingen thema 4 Scholing zorgprofessional

1. Het houden van onderwijsbijeenkomsten: Organiseer educatie voor zorgprofessionals dat focust op een uniforme taal naar de patiënt en het bevorderen van een multidisciplinaire samenwerking (*ERIC-strategie: “Develop educational materials”, “Conduct educational meetings” en “Create a learning collaborative”*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: Vooral gezamenlijk scholingsmomenten zijn een belangrijke basis voor samenwerking. “Kennis van elkaar, elkaars praktijkuitvoering en het verkleinen van kennisverschillen bevorderen de samenwerking”.
2. Eerstelijnszorg versterken: Versterk de eerstelijnszorg door educatie te richten op het snel herkennen van risicofactoren van chronische pijn en sneller betrekken van het psychosociaal domein (*ERIC- strategie: “Develop educational materials” en “Conduct educational meetings”*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: “Versterk de eerste lijn met specifieke kennis over biopsychosociale diagnostiek en behandeling van chronische pijn”.

Aanbevelingen thema 5 De Conceptleidraad in de praktijk

1. Handleiding Conceptleidraad: Ontwikkel een samenvatting en een praktische handleiding om de Conceptleidraad toegankelijk te maken (*ERIC-strategie: “Develop an implementation glossary”*).
2. Gezamenlijk doel: Formuleer en focus op een gezamenlijk doel bij de implementatie van de Conceptleidraad (*ERIC-strategie: “Promote network weaving”*).
3. Breed draagvlak creëren: Creëer een breed draagvlak en stimuleer bewustwording en samenwerking binnen een netwerk, bijvoorbeeld via netwerkbijeenkomsten (*ERIC-strategie: “Promote network weaving” en “Build coalition”*). Komt overeen met geïdentificeerde implementatiestrategie uit het Disseminatie- en implementatie plan Conceptleidraad Organisatie en werkwijze voor patiënten met chronische pijn: “Aandacht voor de leidraad tijdens landelijke en regionale scholingsmomenten”.

Tabel 1. Aanbevelingen implementatiestrategieën in overeenstemming met Disseminatie- en implementatieplan Conceptleidraad

Aanbeveling implementatiestrategie Handreiking	Disseminatie- en implementatieplan Conceptleidraad
Thema 1 Belemmeringen in het systeem	
Publiekscampagne over chronische pijn in de maatschappij	“Maximale aandacht genereren op sociale media.”
Patiëntenvoorlichting - verwachtingsmanagement en leven met pijn	
Aandacht voor cultuursensitieve zorg	
Handelen aan de hand van het biopsychosociaal model	“Beoordeel patiënten met chronische pijn volgens biopsychosociaal model en maak op grond hiervan een behandelplan.”
Thema 2 Netwerkgzorg	
Gebruik bestaande netwerken	“Inventariseer reeds bestaande netwerken.”
Digitale communicatie: Implementeer digitale tools, zoals de Siilo-app	“Maak laagdrempelige communicatie mogelijk tussen zorgverleners o.a. via digitale mogelijkheden zoals Siilo-app.”
Anderhalvelijnszorg organiseren	“Regio netwerken vormen die verschillende ‘lijnen’ met elkaar verbinden.”
Capaciteit en middelen: Creëer voldoende capaciteit voor zorgprofessionals om effectief in netwerken samen te werken	
Thema 3 Coördinatie van zorg	
Zorgcoördinator als centraal aanspreekpunt	
Huisart is de spin in het web: Bewaak en ondersteun de rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt	
Thema 4 Scholing zorgprofessional	
Het houden van onderwijsbijeenkomsten: Organiseer educatie voor zorgprofessionals dat focust op een uniforme taal naar de patiënt en het bevorderen van een multidisciplinaire samenwerking	“Vooraf gezamenlijk scholingsmomenten zijn een belangrijke basis voor samenwerking. Kennis van elkaar, elkaars praktijkuitvoering en het verkleinen van kennisverschillen bevorderen de samenwerking.”
Eerstelijnszorg versterken: Versterk de eerstelijnszorg door educatie te richten op het snel herkennen van risicofactoren van chronische pijn en sneller betrekken van het psychosociaal domein	“Versterk de eerste lijn met specifieke kennis over biopsychosociale diagnostiek en behandeling van chronische pijn.”
Thema 5 De Conceptleidraad in de praktijk	
Handleiding Conceptleidraad: Ontwikkel een samenvatting en een praktische handleiding om de Conceptleidraad toegankelijk te maken	
Gezamenlijk doel: Formuleer en focus op een gezamenlijk doel bij de implementatie van de Conceptleidraad	