



## Aanbiedingsformulier kwaliteitsstandaarden

Het aanbiedingsformulier kunt u digitaal aanleveren via [Register@zinl.nl](mailto:Register@zinl.nl).

De organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars bieden de informatiestandaard aan. Door vermelding van deze organisaties bij criterium 2 of bij het overgangscriterium geven deze organisaties aan dat het Aanbiedingsformulier juist en volledig is ingevuld.

### Algemene informatie kwaliteitsstandaard

	<b>Naam kwaliteitsstandaard</b>
1	Wat is de naam van de kwaliteitsstandaard?   Zorgstandaard Chronische Pijn
	<b>Naam aanspreekpunt</b>
2	Wie is het aanspreekpunt (welke partij) voor de kwaliteitsstandaard? 
	<b>Organisatie</b>
	Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem
	<b>E-mailadres</b> <span style="float: right;"><b>Telefoonnummer</b></span>
	info@pijnpatientennaar1stem.nl
3	Op welke zorgvraag/aandoening(en) heeft de kwaliteitsstandaard betrekking?   Chronische Pijn
	<b>Datum</b>
4	Op welke datum staat een revisie van de kwaliteitsstandaard ingepland?   01-09-2024
5	Welke partijen zijn betrokken bij het ontwikkelen en/of onderhouden van deze kwaliteitsstandaard?   zie bijlage 5
6	Welke documenten zijn aangeleverd bij de aanbidding van de kwaliteitsstandaard?   De Zorgstandaard Chronische Pijn   De Patiëntenversie   De eerste Kwaliteitsindicator; de implementatie-agenda   Een overzicht van mede-aanbiedende organisaties   De brief van mede-aanbieder Zorgverzekeraars Nederland   De brief van mede-aanbieder Pijnpatiënten naar één stem
7	De kwaliteitsstandaard is een: > Deze informatie kunt u vinden in het Toetsingskader
	<input type="checkbox"/> richtlijn <input checked="" type="checkbox"/> zorgstandaard <input type="checkbox"/> zorgmodule <input type="checkbox"/> anders, namelijk..
	<b>Toelichting</b>

## Korte beschrijving kwaliteitsstandaard

- > Hieronder dient een korte beschrijving van de essentie van de kwaliteitsstandaard ingevuld te worden (max. 200 woorden). De beschrijving wordt gebruikt als korte toelichtende tekst op de website Zorginzicht.

Toelichting

De zorgstandaard chronische pijn is opgebouwd volgens het model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Hoofdstuk 1 beschrijft op hoofdlijnen de ideale organisatie van de zorgketen.

Hoofdstuk 2 beschrijft diagnostiek en behandeling.

Hoofdstuk 3 handelt over aspecten van chronische pijn in relatie tot generieke modules voor zelfmanagement, arbeid en palliatieve zorg. Elke paragraaf beschrijft de kernpunten die in de tekst daarna worden toegelicht.

De pijnzorgketen is functioneel omschreven om duidelijk te maken wat patiënten aan zorg mogen verwachten en welke organisatorische voorwaarden er zijn. Niet beschreven is wie de zorg levert.

In de zorgstandaard wordt regelmatig verwezen naar werkwijzen of behandelvormen, meestal gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Indien dit het geval is staat er een bronvermelding bij. Door de modelmatige beschrijving van de zorg kan de indruk ontstaan dat de stappen in het stepped care model (getrapte zorgmodel) in een vaste volgorde plaatsvinden. Omdat elke zorgverleningssituatie anders is, kan afhankelijk van de behoefte van de patiënt zorg uiteraard in een andere volgorde geleverd worden.

## 1 Criterium 1

De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard of hebben er gemotiveerd van afgezien.

- > De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in welke partijen betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

1.1 Welke partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard?

- > Graag een uitputtende opsomming geven onderverdeeld in de volgende categorieën.

cliënten

Toelichting

Twee vertegenwoordigers van de vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem hebben deel uitgemaakt van de werkgroep die de Zorgstandaard geschreven heeft, toentertijd ondersteund door het (inmiddels failliete) CBO. Twee andere vertegenwoordigers van de vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem hebben zitting gehad in de stuurgroep om het hele proces te sturen; daarmee bestond 50% van de stuurgroep uit patiëntenvertegenwoordigers. Deze beide vertegenwoordigers namen ook deel aan de werkgroep die de concept Kwaliteitsindicator heeft ontwikkeld. Eén van deze twee patiëntenvertegenwoordigers is/was de penvoerder van de werkgroep die de Implementatie-agenda heeft opgesteld.

zorgaanbieders (zorgverleners en instellingen)

Toelichting

Zie ook bijlage 1 en 5.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

(N.B. In later stadium is mandaat van de vertegenwoordiger ingetrokken)

Vereniging Revalidatie Artsen (VRA)

Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA)

(N.B. In later stadium bleek de vertegenwoordiger geen mandaat te hebben en vond de NVA een Zorgstandaard geen bruikbaar en rechtsgeldig instrument voor haar achterban.

Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF)

Nederlands Instituut voor Psychologie (NIP)

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), sectie Pijn (Pijnverpleegkunde)

Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (VERENSO)

zorgverzekeraars

Toelichting

Zorgverzekeraars Nederland heeft niet meegeschreven aan de Zorgstandaard, maar heeft wel een adviseur geleverd voor de werkgroep die de concept Kwaliteitsindicator heeft ontwikkeld en een lid voor de werkgroep die de Implementatie-agenda heeft opgesteld.

Zorgverzekeraars Nederland heeft een eigen brief als bijlage bij de aanbieding gevoegd.

anders, nl

Toelichting

o zijn NVA en NHG vanaf het begin telkens benaderd; bij enkele onderdelen is aan beroepsbeoefenaren van alle beroepsgroepen om input gevraagd en zijn conceptteksten voorgelegd. In bijlage 5 staan alle beroepsgroepen die op enigerlei wijze benaderd zijn en betrokken zijn geweest.

1.2 Zijn dit de relevante partijen?

&gt; Licht toe.

 ja  nee

De vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem (SWP) bestaat uit 15 patiëntenorganisaties bij wie chronische pijn de primaire of secundaire aandoening is. Bij de start van de opstelling van de Zorgstandaard zijn alle mogelijk relevante partijen van zorgaanbieders benaderd voor deelname. Sommige reageerden bij aanvang negatief, andere wilden op de hoogte gehouden worden, maar niet meedoen. Zo hebben de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) en de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) aangegeven dat zij niet wilden participeren, omdat zij de meeste chronische pijnpatiënten niet tot hun doelgroep rekenen, en heeft de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) gezegd geen prioriteit aan dit onderwerp te willen geven. Ongeacht hun reactie zijn alle beroepsgroepen in elke fase telkens opnieuw benaderd. Wij beschouwen de partijen die nu mede indienen en/of zich akkoord hebben verklaard met de inhoud van de Zorgstandaard als meest relevant.

1.3 Motiveer hoe is besloten welke partijen wel/niet relevant zijn. Als er meerdere organisaties waren die in aanmerking konden komen, is er dan sprake geweest van overleg om een goede vertegenwoordiging te realiseren?

> Licht toe.

Alle betrokken patiënten- en beroepsgroepen zijn uniek. Bij de patiëntenorganisaties hebben we alle relevante partijen uitgenodigd. Alleen wie reageerde is in een vervolgtraject betrokken. Na gereedkoming van de Zorgstandaard hebben we opnieuw alle relevante patiëntenorganisaties uitgenodigd te reageren op het concept. De binnengekomen reacties zijn verwerkt in de definitieve versie. Wat betreft de beroepsorganisaties hebben we ook alle relevante partijen uitgenodigd. Een aantal partijen vond zelf dit onderwerp voor hen minder relevant of wilde er geen prioriteit aan geven.

1.4 Welke relevante partijen waren uitgenodigd en hebben gemotiveerd afgezien van betrokkenheid bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard?

> Licht toe.

Zie ook bijlage 5. Dit betreft met name Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) en de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV). Zie alinea 1.2. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) gaf geen inhoudelijke reden voor het niet deelnemen. Het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) heeft na aanvankelijke participatie het mandaat aan hun vertegenwoordiger ingetrokken. Uiteindelijk hebben zij verklaard dat een aantal inhoudelijke bezwaren tegen de Zorgstandaard zijn ondervangen door de implementatie-agenda en dat zij geen bezwaar hebben tegen de aanbieding van deze Zorgstandaard aan het Register (zie Bijlage 6). De Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA) heeft de Zorgstandaard niet geautoriseerd en heeft deze ook niet mee aangeboden. Zij heeft zich wel akkoord met de inhoud verklaard, maar vond het noodzakelijk dat eerst een professionele leidraad zou worden ontwikkeld, voordat de activiteiten van de implementatie-agenda zouden kunnen starten.

> De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het proces van betrokkenheid en verantwoordelijkheid van partijen bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

1.5 Waren de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen duidelijk?

> Licht toe.

 ja  nee

De Dutch Pain Society (DPS) en de vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem (SWP) zijn de initiatiefnemers; Zij hebben de stuurgroep en de Werkgroep ingesteld. In de stuurgroep zaten 50/50 vertegenwoordigers van de initiatiefnemers. In de Werkgroep zaten leden van de meest betrokken beroepsgroepen. SWP en DPS zijn samen verantwoordelijk voor de werkgroep die de concept Kwaliteitsindicator heeft ontwikkeld en voor de werkgroep die de Implementatie-agenda heeft opgesteld. Vanaf de fase van het ontwikkelen van de concept kwaliteitsindicator waren ook adviseurs vanuit Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut betrokken. Het SWP leverde de trekker voor beide werkgroepen. Het SWP is de aanbieder van de Zorgstandaard met bijlagen.

- 1.6 Hebben alle betrokken partijen naar hun mening voldoende gelegenheid gekregen om naar behoren bij te dragen en is hun bijdrage naar behoren verwerkt?  ja  nee

> Licht toe.

Voor elke fase zijn alle beroepsgroepen uitgenodigd om mee te doen dan wel hun reactie te geven. Dat was het geval bij de start van het traject, bij de samenstelling van alle 3 werkgroepen, bij de concept Zorgstandaard en bij de concepten voor de Kwaliteitsindicator en de Implementatie-agenda. Alle bijdrages die in werkgroepverband of n.a.v. de consultaties zijn gegeven zijn steeds serieus verwerkt. Vanwege het grote aantal betrokkenen was het niet altijd mogelijk om elke partij op al hun punten tegemoet te komen. Zorgverzekeraars Nederland heeft als voorwaarde voor accordering gesteld dat een kwaliteitsindicator werd toegevoegd. Hierin is voorzien via een werkgroep die hiervoor een concept heeft ontwikkeld, met als kanttekening dat deze nog wel getest dient te worden. Door het toevoegen van de implementatie-agenda aan de Zorgstandaard konden een aantal bezwaren van sommige partijen worden ondervangen.

- 1.7 Is de invloed van belangenverstrengeling naar mening van betrokken partijen zoveel mogelijk beperkt? Zijn de verschillende belangen onderkend, zichtbaar en controleerbaar gemaakt?

Bijvoorbeeld conform de Code Belangenverstrengeling van KNAW et al (2012).

> Licht toe.

Ja. De afspraak was dat als één van de leden van de werkgroepen of van de stuurgroep naar de eigen mening of naar die van de anderen in de knel kwam, dat die persoon niet mee deed aan de onderhavige besluitvorming. Om te voorkomen dat er onterechte beïnvloeding plaats vond, is de vertegenwoordiger van het SWP, die niet aan de Pijn Alliantie in Nederland (PAIN) meedeed, de penvoerder geworden van de werkgroepen die de concept Kwaliteitsindicator en de Implementatie-agenda hebben ontwikkeld. Deze persoon is bestuurslid van het SWP en van een landelijk opererende patiëntenorganisatie en heeft geen functie bij een zorgaanbieder of zorgverzekeraar, en is namens het SWP de aanbieder van dit formulier. Door de gekozen samenstelling van stuurgroep en werkgroepen is belangenverstrengeling niet aan de orde. Wel spelen mogelijk belangen mee t.a.v. de accordering en aanbidding van de Zorgstandaard.

- 1.8 Is de externe commentaarronde naar de mening van alle betrokken partijen zorgvuldig doorlopen?

> Licht toe.

Ja. Er zijn verschillende externe commentaarrondes georganiseerd: bij de start van het traject (uitgangsvragen), bij de samenstelling van alle 3 werkgroepen en steeds opnieuw bij de concepten van de Zorgstandaard, de Kwaliteitsindicator en het Implementatieplan. Een aantal bezwaren van het KNMP zijn in 2016 mondeling besproken en daarna verwerkt in een nieuwe versie van de Zorgstandaard. Dit heeft niet tot hun goedkeuring geleid. Toen instemming vanuit Zorgverzekeraars Nederland uitbleef, is een aantal gesprekken met hen gevoerd, hetgeen geleid heeft tot heeft tot het instellen van de werkgroep voor de concept Kwaliteitsindicator. Toen de instemming van NHG en NVA uitbleef zijn met deze partijen 2 mondelinge gesprekken gevoerd. Het SWP heeft die gesprekken geïnitieerd, daarbij ondersteund door de adviseur van het Zorgin. Zorginstituut. Verder is met sommige partijen nog extra mailcontact geweest.

> De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in (de inbreng van) het cliëntenperspectief in de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

- 1.9 Komt het cliëntenperspectief naar de mening van de cliënten voldoende uit de verf?

> Licht toe.

Ja. Het initiatief om deze Zorgstandaard te gaan opstellen kwam van het SWP. SWP heeft de DPS benaderd en zo is het project gestart. Het doel was om een Zorgstandaard op te stellen vanuit het belang van de mensen met chronische pijn. Het SWP heeft in alle fasen de kar (mede) getrokken en heeft de penvoerder geleverd voor de werkgroepen die de concept Kwaliteitsindicator en de Implementatie-agenda hebben ontwikkeld. In de stuurgroep was de invloed van aanbieders en patiënten 50/50. Vanuit de optiek van de patiënten gezien zijn vele onderwerpen aan bod gekomen in de Zorgstandaard die daar niet zouden hebben gestaan, als alleen de zorgaanbieders de opstellers waren geweest.

- 1.10 Zijn de cliëntenvertegenwoordigers materieel en immaterieel in staat gesteld om hun rol bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard te vervullen en hun taken te realiseren?

> Licht toe.

Het antwoord op deze vraag is volmondig "ja". Dit blijkt o.a. uit het feit dat de Patiëntenversie is samengesteld door patiëntenvertegenwoordigers en na een kleine aanpassing is goedgekeurd door de Stuurgroep van het project. Zoals eerder aangegeven bestaat de Stuurgroep 50/50 uit vertegenwoordigers van aanbieders en van patiëntenvertegenwoordigers. Eén van de vertegenwoordigers van de zorgaanbieders was de voorzitter en een van de patiëntenvertegenwoordigers was de penningmeester. In alle werkgroepen hebben de patiëntenvertegenwoordigers meegedaan en meegeschreven. Eén van de patiëntenvertegenwoordigers trad op als penvoerder.

> De volgende vraag geeft het Zorginstituut inzicht in de mogelijkheden voor handhaving van de kwaliteitsstandaard.

- 1.11 Beschrijft de kwaliteitsstandaard de grens tussen verantwoorde en onverantwoorde zorg?

> Licht toe.

ja  nee > Zo ja, zijn er naar de mening van de IGI voldoende handvatten om de kwaliteitsstandaard te kunnen handhaven?

De Zorgstandaard schets een visie op de zorg voor patiënten met chronische pijn, zoals die idealiter tot stand zou moeten komen. Goede samenwerking van zorgprofessionals in de keten bij meer complexe patiënten en goede coördinatie en afstemming is daarbij van groot belang en kan ertoe bijdragen dat de patiënt sneller op de juiste plek in de zorg arriveert en daar optimale zorg kan ontvangen. Dit kan op termijn veel kosten besparen omdat onnodige zorg veel minder wordt toegepast. De Zorgstandaard geeft niet aan wanneer of welke zorg als onverantwoord moet worden gezien, maar wel dat sterke verbeteringen in de organisatie van de zorg nodig is.

## 1.12 Overige toelichting bij criterium 1

## 2 Criterium 2

De betrokken partijen dragen de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor.

> De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de voordracht van de kwaliteitsstandaard door de partijen.

- 2.1 Is de procedure voor het gezamenlijk voordragen vastgesteld bij de aanvang van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard en was deze voor iedereen duidelijk?

> Licht toe.

Bij de start van het project Zorgstandaard is er van uitgegaan dat DPS en SWP in gezamenlijkheid de Zorgstandaard zouden voordragen ter registratie. Later bleek dat de DPS niet het mandaat had van alle relevante beroepsgroepen en dat die beroepsgroepen allen zelfstandig wilden beslissen over de voordracht. Deze opstelling kwam voort uit het feit dat de Zorgstandaard een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard is, en daarmee was nog geen ervaring opgedaan. Later bleek dat Zorgverzekeraars Nederland het onderdeel kwaliteitsindicatoren miste in de Zorgstandaard en tenminste 1 indicator wilde laten ontwikkelen voordat zij mede zouden willen aanbieden. Nog later hadden meerdere beroepsgroepen behoefte aan een implementatieplan, dat vervolgens ook is ontwikkeld. De procedure voor het gezamenlijk voordragen is werkende weg ontstaan.

- 2.2 Dragen alle betrokken partijen (partijen die betrokken zijn bij het opstellen van de kwaliteitsstandaard) de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor? Indien dat niet het geval is, wat zijn hiervoor de gronden?

> Licht toe.

Nee, niet alle betrokken partijen dragen gezamenlijk voor. Sommige dragen niet mee voor, maar hebben geen inhoudelijke bezwaren tegen de zorgstandaard; anderen hebben de zorgstandaard wel geautoriseerd, maar niet de concept kwaliteitsindicator, met name omdat deze nog niet gevalideerd is in de praktijk of omdat invoering hiervan zou leiden tot verhoging van administratieve lasten. Zie voor meer informatie hierover bijlage 5. Naar onze mening dragen wel voldoende relevante beroepsgroepen/partijen de zorgstandaard mee voor.

> De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het onderschrijven van de kwaliteitsstandaard door de partijen.

- 2.3 Onderschrijven alle betrokken partijen de kwaliteitsstandaard? Indien dat niet het geval is, wat zijn hiervoor de gronden?

> Licht toe onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen.

cliënten

Toelichting

Het samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem bundelt 15 pijnpatiëntenorganisaties en al deze patiëntenorganisaties onderschrijven de Zorgstandaard Chronische Pijn. Sommige patiëntenorganisaties bij welke chronische pijn een secundaire aandoening is zijn uitgenodigd akkoord te gaan met de Zorgstandaard. Alleen de Vereniging Spierziekten Nederland heeft zich akkoord verklaard. ME-Vereniging is niet akkoord, omdat men de aanbevelingen schadelijk acht voor ME-patiënten. Er is geen reactie ontvangen van Diabetes Vereniging Nederland, Crohn en Colitis Vereniging Nederland, Borstkankervereniging, Leven met kanker en De Wervelkolom.

zorgaanbieders (zorgverleners en instellingen)

Toelichting

Zie het uitgebreide overzicht in bijlage 5. Hierin staat welke beroepsorganisaties van zorgaanbieders wel of niet akkoord zijn gegaan. Voldoende voor het onderwerp chronische pijn relevante organisaties zijn akkoord. Een aantal organisaties hebben zich niet akkoord verklaard, omdat zij niet betrokken wilden zijn bij de ontwikkeling van de zorgstandaard of omdat zij deze patiëntengroep voor hen minder relevant achtten.

zorgverzekeraars

Toelichting

Zorgverzekeraars Nederland is akkoord met de zorgstandaard en biedt deze mede aan samen met de kwaliteitsindicator en implementatie-agenda. In een bij aanbidding gevoegde brief stelt ZN dat mede aanbidding niet betekent dat alle zorg die beschreven staat verzekerde zorg is en dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid houden om hierop te toetsen (zie bijlage 6)

 anders, nl

Toelichting

2.4 Zijn alle onderwerpen die aan het begin van het traject zijn afgesproken naar de mening van alle betrokken partijen voldoende aan bod gekomen in de kwaliteitsstandaard?

> Licht toe.

Toelichting

Ja, dat is het geval. Er is zelfs nog meer aan bod gekomen, dan aanvankelijk bedacht. Daarnaast is er ook een Patiëntenversie van de Zorgstandaard gemaakt.

2.5 Overige toelichting bij Criterium 2.

Toelichting

### 3 Criterium 3

De kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces, inclusief voldoende uitspraken voor het proces samen beslissen.

*Het Zorginstituut verwacht dat er in de kwaliteitsstandaard aandacht is besteed aan een aantal elementen (genoemd in onderstaande vragen). Deze elementen kunnen door de relevante partijen benaderd worden als checklist bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard. Afhankelijk van de beschreven zorg, kunnen bepaalde elementen klein of zelfs afwezig zijn. Hierbij benadrukt het Zorginstituut dat het antwoord 'niet van toepassing', met een korte toelichting waarom dit element niet van toepassing is, in deze gevallen kan volstaan en dat dit antwoord geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de betreffende kwaliteitsstandaard.*

3.1 Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gehele zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt. Zijn hier bij voldoende uitspraken gedaan over het stellen van indicaties voor diagnostiek en behandeling en/of ondersteuning?

> Indien 'nee' licht toe.

 ja  nee

Toelichting

Het uitgangspunt bij het stellen van indicaties is uitgaan van het bio-psycho-sociale model. Dit model wordt in de Zorgstandaard uitgewerkt. Multidisciplinaire vraaggerichte behandeling die is ingericht via het stepped care model heeft de voorkeur. Op basis van deze 2 uitgangspunten wordt het proces van behandeling beschreven. Daarbij wordt benadrukt dat samenwerking tussen zorgaanbieders van groot belang is, met name bij meer complexe patiënten. Ook wordt een definitie gegeven van wat chronische pijn is en hoe het kan ontstaan. Aandacht wordt gegeven aan het feit dat chronische pijn kan ontstaan doordat het pijnsysteem zelf ontregeld is. Vroegtijdige onderkenning van het kunnen ontstaan van chronische pijn krijgt speciale aandacht.

- 3.2 Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gebruik van gepaste zorg (doelmatigheid)?  ja  nee
- > Indien 'nee' licht toe.
- Toelichting
- Door het toepassen van het principe van stepped care wordt alleen zorg gegeven die past bij de individuele situatie van de patiënt en in die situatie het meest doelmatig is. Ten tijde van de samenstelling van deze Zorgstandaard was er nog geen specifiek, valide en betrouwbaar classificatiesysteem van chronische pijn. Met de komst van ICD-11 gaat dat binnenkort veranderen. Chronische pijn is nu opgenomen als specifieke diagnosecode. Dit moet nog wel verder worden geïmplementeerd.
- 
- 3.3 Bevat de kwaliteitsstandaard voldoende uitspraken voor het proces samen beslissen en het gebruik van eventuele bijbehorende beslisondersteunende instrumenten, zoals keuzehulpen?  ja  nee
- > Licht toe.
- Toelichting
- Uitgangspunt is dat behandelaar en patiënt samen beslissen, in relatie tot de persoonlijke situatie van de patiënt en diens omgeving, zowel persoonlijk als werkomgeving. Er is dus aandacht voor gedeelde besluitvorming, dit is het proces waarbij zorgprofessional en patiënt samen beslissingen nemen over preventie, screening en diagnostiek. Gezondheidsvaardigheden worden benoemd die nodig zijn om zelf de regie te kunnen nemen. Er zijn geen keuzehulpen beschikbaar voor chronische pijn. Voor generiek inzetbare meetinstrumenten is geen aandacht. Er is specifieke aandacht voor ouderen en mensen met dementie.
- 
- 3.4 Geef aan of de kwaliteitsstandaard consistentie of inconsistentie vertoont met ander standaarden die zijn opgenomen in het Register en of dit bezwaarlijk is.
- Consistent met
- Eén van de doelen van de zorgstandaard was om verschillende naast elkaar bestaande andere standaarden te bundelen en te komen tot een integrale beschrijving. Deze zorgstandaard is grotendeels consistent met de NHG-Standaard Pijn (2015), de richtlijn 'Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen' (Verenso 2011) en met vele ziekte-specifieke richtlijnen (zie bijlage 1). Er is een overzicht opgenomen van verschillende interventies, zoals KNGF-standaard Beweeginterventie, Zorgmodule Bewegen en Protocol Netwerk Chronische Pijn.
- Inconsistent met
- De huisartsen hebben aangegeven dat zij niet werken met het ICF-model (dat in de zorgstandaard voorkomt), maar wel met het SCEGGS model (dat niet in de zorgstandaard voorkomt). Dit is niet geheel congruent met de NHG-standaard Pijn.
- 
- Toelichting
- 
- 3.5 Zijn de gebruikte kernbegrippen gedefinieerd en is aangegeven wat zorgverleners documenteren en als informatie aan elkaar overdragen?  ja  nee
- > Indien 'nee' licht toe.
- Toelichting
- 
- 3.6 Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van controle-momenten, evaluatiemomenten en overlegmomenten?  ja  nee
- > Indien 'nee' licht toe.
- Toelichting

3.7 Bevat de kwaliteitsstandaard een  ja  nee

beschrijving van zelfmanagement of eigen regie al dan niet met ondersteuning

> Indien 'nee' licht toe.

Toelichting

3.8 Bevat de kwaliteitsstandaard  ja  nee

een toelichting op bewijsvoering? Beschrijf de methoden waarop de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard tot stand zijn gekomen.

> Indien 'nee' licht toe.

Toelichting

In de zorgstandaard worden diverse interventies benoemd en waar mogelijk wordt verwezen naar richtlijnen of standaarden waarin de onderbouwing voor een aantal van deze interventies is opgenomen. Er is in het kader van deze zorgstandaard geen aanvullend onderzoek naar bewijsvoering van de diverse interventies verricht.

3.9 Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van de structuur van het zorgproces?

> Indien 'nee' licht toe.

> Hierbij gaat het bijvoorbeeld om:  
De inhoud en positie van een behandel- of zorgplan, een behandel- of zorgdoel.  
De benodigde informatie- en communicatiesystemen.  
De benodigde middelen.

ja  nee

Toelichting

3.10 Bevat de kwaliteitsstandaard een  ja  nee

beschrijving van de aansturing en verantwoordelijkheidstoedeling van het zorgproces?

> Indien 'nee' licht toe.

Toelichting

Er wordt uitvoerig ingegaan op de coördinatie van de zorg. Wie heeft welke functie in het zorgproces. Kernbegrippen daarbij zijn: de hoofdbehandelaar, de centrale zorgverlener en de ketenzorgcoördinator. Beschreven worden wie waarvoor verantwoordelijk is. Er is niet benoemd welke professional de rol van centrale zorgverlener op zich neemt. Zie ook paragraaf 1.2.

> De regiefunctie.

Licht toe.

ja  nee

Toelichting

Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden heeft als algemeen punt bepaald dat elke chronische patiënt dient te beschikken over een centrale zorgverlener. (CPZ 2010) De centrale zorgverlener heeft de coördinerende taken (KNMG-handreiking 2010). In paragraaf 1.4. staat dit weergegeven.



De verdeling van de verantwoordelijkheden tussen professionals onderling en tussen professionals en informele zorgverleners en cliënt.

> Licht toe.

ja  nee

Toelichting

De verdeling van verantwoordelijkheden staat in hoofdstuk 2.1. De zorgprofessional en de patiënt bespreken samen de uitkomsten van de algemene inventarisatie en de gerichte diagnostiek naar aanleiding van gele en rode vlaggen en type pijn. Vervolgens bespreken zij samen of verwijzing gewenst is en zo ja, waar de patiënt verdere diagnostiek of behandeling zal krijgen incl. de hulpvraag van de patiënt en zijn verwachtingen, de gevolgen en de voor- en nadelen (risico's) van eventuele behandeling (zie o.a. 2.3.2.). Ook multidisciplinair overleg wordt beschreven en aangegeven wordt dat dan een hoofdbehandelaar moet zijn aangewezen.

De noodzakelijke coördinatiefunctie.

> Licht toe.

ja  nee

Toelichting

is al eerder aangegeven: zie 1.2.

Een toelichting over de van toepassing zijnde andere kwaliteitsstandaarden.

> Licht toe.

ja  nee

Toelichting

Er worden er vele genoemd in deze Zorgstandaard; een compleet overzicht staat in bijlage 1 van de Zorgstandaard, 46 stuks in totaal op pagina 52.

De monitoring van het individuele behandelplan.

> Licht toe.

ja  nee

Toelichting

Het individueel zorgplan is een dynamische set van afspraken tussen de patiënt en de zorgprofessional(s) over zorg en zelfmanagement. Het plan wordt opgesteld door de centrale zorgverlener en de patiënt samen, in samenspraak met de hoofdbehandelaar. Voor de evaluatie van het individuele zorgplan wordt aanbevolen om eenvoudige meetinstrumenten (bijvoorbeeld de numerieke 11-puntsschalen om mate van pijn en/of beperkingen in dagelijks functioneren te meten) te gebruiken die de patiënt zelf bijhoudt om de voortgang te monitoren. Deze zelfmonitoring ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt.

3.11 Is voldoende beschreven op welke wijze de implementatie van de kwaliteitsstandaard zal plaatsvinden en aan welke voorwaarden daarvoor moet zijn voldaan?

> Indien 'nee' licht toe.

ja  nee

Toelichting

In de zorgstandaard zelf is dit niet beschreven, hiervoor is een aparte implementatie-agenda opgesteld, die tezamen met de concept Kwaliteitsindicator onlosmakelijk onderdeel vormt van de zorgstandaard. De implementatie-agenda is opgenomen als bijlage 6.

3.12 Overige toelichting bij criterium 3

Toelichting

## 4 Criterium 4

De kwaliteitsstandaard heeft een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan. Wanneer de kwaliteitsstandaard niet alle genoemde onderdelen heeft, dan hebben partijen een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard deze wel heeft.

4.1 Bevat de kwaliteitsstandaard een cliëntenversie of is er voldoende aandacht besteed aan correcte cliënteninformatie?  ja  nee

---

4.2 Bevat de kwaliteitsstandaard een samenvatting?  ja  nee

---

4.3 Bevat de kwaliteitsstandaard een onderhoudsplan of wordt er verwezen naar een algemeen onderhoudsplan?  ja  nee

---

> Beantwoord deze vraag indien de kwaliteitsstandaard niet met alle benodigde onderdelen wordt opgeleverd (een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan?)

4.4 Hebben betrokken partijen gezamenlijk een tijdspad geformuleerd, waaruit blijkt wanneer alle onderdelen van de kwaliteitsstandaard worden gerealiseerd?  ja  nee > Zo ja, dan dit tijdsplan bijsluiten bij de kwaliteitsstandaard.

---

Cliëntenversie:  ja  nee

Tijdspad

---

Toelichting

---

Samenvatting:  ja  nee

Tijdspad

---

Toelichting

---

Onderhoudsplan:  ja  nee

Tijdspad

---

Toelichting

---

4.5 Overige toelichting bij criterium 4

Toelichting

---

## 5 Criterium 5

De kwaliteitsstandaard is verbonden met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten. Wanneer de kwaliteitsstandaard nog niet met een informatiestandaard en/of meetinstrument is verbonden, dan hebben partijen een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer dit wel zo is.

- 5.1 Is de kwaliteitsstandaard verbonden met één of meer informatiestandaarden?  
 > Zo ja: verwijs naar bijbehorende informatiestandaard(en) in het Register of vul het aanbiedingsformulier voor informatiestandaarden in.

ja  nee

Toelichting

- 5.2 Is de kwaliteitsstandaard verbonden met één of meer meetinstrumenten?  
 > Zo ja: verwijs naar bijbehorende meetinstrument(en) in het Register of vul het aanbiedingsformulier voor meetinstrumenten in.

ja  nee

Toelichting

Er is wel een overzicht samengesteld van mogelijke meetinstrumenten, zie in de Zorgstandaard Tabel 2, op pagina 28.

Voorts is voor het meten van de voortgang van toepassing van de Zorgstandaard een concept Kwaliteitsindicator opgesteld, die onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van de zorgstandaard. Deze indicator moet eerst verder worden gevalideerd voordat hij in systematische gegevensverzamelingen kan worden opgenomen.

> Beantwoord deze vraag indien de kwaliteitsstandaard niet verbonden is met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten.

- 5.3 Hebben de betrokken partijen gezamenlijk een tijdspad geformuleerd, waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard wel verbonden is aan één of meer informatiestandaarden of meetinstrumenten?

ja  nee > Zo ja, dan dit tijdsplan bijsluiten bij de kwaliteitsstandaard.

Informatiestandaard:

ja  nee

Tijdspad

Toelichting

Meetinstrument:

ja  nee

Tijdspad

de komende 2-3 jaar zullen experimenten plaatsvinden, waarin de indicator wordt meegenomen

Toelichting

Er is een concept kwaliteitsindicator ontwikkeld bij deze zorgstandaard. Deze moet eerst worden gevalideerd voordat hij in systematische gegevensverzamelingen kan worden opgenomen.

- 5.4 Overige toelichting bij criterium 5

Toelichting

Bij deze zorgstandaard is een implementatie-agenda opgesteld. Belangrijk onderdeel daarvan is de ontwikkeling van een multidisciplinaire leidraad op initiatief van de zorgaanbieders. Dit is een richtlijn waarin concrete handvatten ontwikkeld voor toepassing van de zorgstandaard. Deze ontwikkeling start nog in 2019. Er is toegezegd dat een nauwe betrokkenheid wordt nagestreefd van zorgverzekeraars en de patiëntenorganisatie, zo mogelijk in de ontwikkel werkgroep. Na inschrijving in het register moet worden besloten met welke andere onderdelen van de implementatie-agenda kan worden aangevangen en kan naar financiering voor uitvoering van die onderdelen worden gezocht. Een aantal andere onderdelen kan mogelijk pas aangevangen als de multidisciplinaire leidraad of onderdelen daarvan gereed zijn.