

## Concept Netwerkindicator voor ketensamenwerking bij de Zorgstandaard chronische pijn (ZSCP) (versie 15-11-2019)

### Eén concept netwerkindicator met 6 criteria

#### Preambule

Het doel van de netwerkindicator voor ketensamenwerking bij de ZSCP is om de in de regio samenwerkende organisaties (zorginstelling of praktijk of zorgaanbieder) te stimuleren een hogere score te bereiken en zo een betere kwaliteit van zorg voor patiënten met chronische pijn te realiseren. Op een nader vast te stellen termijn kan de netwerkindicator de kwaliteit meten van de mate waarin de zorgaanbieders op gebied van chronische pijn samenwerken en de ZSCP toepassen. Als een organisatie meerdere vestigingsplekken heeft, moet het meten van de kwaliteit plaatsvinden op elke vestigingsplek. Een meting van de overkoepelende organisatie zegt immers niets over de kwaliteit op de verschillende vestigingsplekken.

In aanvang is het de intentie om deze indicator in de praktijk te testen, in het kader van de implementatie van de Zorgstandaard Chronische Pijn. Op basis van de praktijkervaringen wordt later vastgesteld wat de meeste winst oplevert voor de patiëntenzorg. Op het moment van registratie meet de kwaliteitsindicator, met 1 punt voor elk van de 6 volgende criteria, de mate waaraan aan de criteria van de indicator is voldaan; score 0 geeft aan dat aan geen enkel criterium wordt voldaan, score 6 geeft aan dat aan alle criteria wordt voldaan en tussenliggende waarden geven de tussenliggende waarde van “voldoen aan” aan.

#### De 6 criteria

1. De organisatie heeft een samenwerkingsovereenkomst ZSCP ondertekend, die minimaal vastlegt dat de organisatie zich committeert aan implementatie van en werken volgens de ZSCP; daarbij is vastgelegd wie welke functie bekleedt en welke afspraken er zijn gemaakt over aanwezigheid en beschikbaarheid van de personen op die functies. Het gaat om:
  - de hoofdbehandelaar in de keten, afhankelijk van de fase in de stepped care, op patiëntniveau;
  - de centrale zorgverlener, die als centraal aanspreekpunt met alle anderen in de keten de eenduidigheid in de communicatie bepaalt, op patiëntniveau;
  - de regio(ketenzorg)coördinator op samenwerkingsniveau.
2. De organisatie werkt structureel<sup>1</sup> in een regionaal triagesysteem samen met andere zorgaanbieders in de regio uit de 1<sup>e</sup> lijn, de 2<sup>e</sup> lijn en de 3<sup>e</sup> lijn (bijv. academisch centrum of gespecialiseerd revalidatiecentrum), waarbij gezamenlijke patiëntenzorg wordt geboden volgens het stepped care en het matched care principe voor alle patiënten met chronische pijn die bij deze zorgaanbieder instromen.<sup>2</sup> Het triagesysteem bepaalt wanneer, op welk niveau en een MDO nodig is voor nieuwe patiënten en wat hierbij de uitgangspunten zijn voor doorverwijzing.<sup>3</sup>
3. De organisatie participeert in een structureel (laagdrempelig en ziektespecifiek) multidisciplinair

<sup>1</sup> Dit blijkt uit een daartoe ondertekende overeenkomst tussen partijen, waarin vastgelegd is dat periodiek overlegd wordt met een planning van data, met een agenda, inclusief de frequentie ervan en de vorm ervan.

<sup>2</sup> Stap 1: preventie en zelfzorg;

Stap 2: monodisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn;

Stap 3: multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn;

Stap 4: multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn.

Bron: de officiële versie van de Zorgstandaard Chronische Pijn, pagina 18

<sup>3</sup> Dat aan de inhoud van dit criterium wordt voldaan, blijkt uit de verslaglegging van het onderdeel van de organisatie dat het triagesysteem uitvoert. Voorbeeld wanneer MDO nodig is en welke uitgangspunten gelden: *MDO is nodig als er sprake is van een “afwijkend beloop of vertraagd herstel”. Voor doorverwijzing gelden de volgende uitgangspunten: patiënten met MDO-indicatie worden binnen 3 weken doorgestuurd naar een MDO, waarna hun casus binnen een redelijke termijn in dit MDO wordt besproken.*

overleg (MDO)<sup>4</sup> gericht op advies over diagnostiek, behandeling en verwijzing van patiënten, waarbij men onafhankelijkheid waarborgt m.b.t de uitvoering van de behandeling en waarbij afgesproken is dat de centrale zorgverlener gedurende voldoende tijd beschikbaar is in relatie tot het aantal patiënten met chronische pijn, dat door deze zorgaanbieder behandeld wordt. In het kader van dit MDO is vastgelegd<sup>5</sup> welke zorgverleners bij het MDO betrokken worden, gerelateerd aan de aard van de chronische pijn.<sup>6</sup>

4. De organisatie hanteert structureel (bij alle patiënten met chronische pijn) tenminste één instrument voor uitkomstmetingen op het gebied van pijn en/of op het gebied van het functioneren (een instrument van de ICHOMS-lijst<sup>7</sup>, en/of een instrument dat voorgeschreven is door een/de beroepsorganisatie, zoals het SCEGS-model).
5. De organisatie participeert aantoonbaar in structurele kennisuitwisseling op het terrein van chronische pijn.<sup>8</sup>
6. De organisatie heeft structureel overleg met representatieve op landelijk niveau opererende patiëntenorganisaties op het gebied van chronische pijn.<sup>9</sup>

Facultatief: er is desgewenst ruimte voor een algemene toelichting, dan wel toelichtingen per onderdeel. Ook kan de organisatie aangeven dat er binnen de organisatie aanvullende informatie beschikbaar is.

#### Achtergrondinformatie/Toelichting

Tijdens de telefonische vergadering van 27-02-2018 zijn de punten 1 t/m 3 uitvoerig besproken tegen de achtergrond van de praktijk van alle dag. Op 07-03-2018 zijn de punten 4 t/m 6 besproken. Tijdens deze besprekingen is opgemerkt dat het niet nodig is om voor alle patiënten met pijn een MDO in te stellen. Als patiënten monodisciplinair door 1 of 2 behandelaars behandeld kunnen worden, is geen MDO nodig. Op basis van de praktijk is aangegeven dat dit waarschijnlijk voor 90% van de patiënten geldt. Juist voor de complexe gevallen, 10% van de populatie, moeten we het goed regelen. Vanuit de ervaring van ziekenhuizen is aangegeven dat er ook ziektespecifieke MDO's moeten worden georganiseerd.

Door stepped care / matched care toe te passen, is het mogelijk dat de hoofdbehandelaar lopende de behandeling overgaat op een volgende behandelaar, dus verandert ten opzichte van de start van de behandeling. Dat wijzigen van hoofdbehandelaar kan naar minder complex of naar meer complex, volgens het principe van stepped care / matched care.

De netwerkindicator is een conceptindicator. Er is voorzien in een testperiode die in de praktijk wel 2

---

<sup>4</sup> Dit blijkt uit een daartoe ondertekende overeenkomst tussen partijen, waarin vastgelegd is dat periodiek overleg wordt met een planning van data, met een agenda, inclusief de frequentie ervan en de vorm ervan.

<sup>5</sup> Dit is vastgelegd in de bij noot 4 genoemde overeenkomst.

<sup>6</sup> Er zijn vele soorten zorgverleners die bij het MDO betrokken kunnen worden; in de praktijk zal vastgesteld moeten worden welke zorgverleners het best passen bij de problematiek die in het MDO aan de orde komt.

<sup>7</sup> zie tabel 2 op pagina 28 van de officiële versie van de ZSCP: Voorbeelden van meetinstrumenten om pijn-gerelateerde factoren in kaart te brengen.

<sup>8</sup> De kennisuitwisseling is vastgelegd in een agenda, inclusief frequentie, wie de trekker is, welke vorm gehanteerd wordt.

<sup>9</sup> Dit overleg is vastgelegd in een agenda, inclusief de frequentie en deelnemers. Genoemd overleg kan ook bestaan uit structurele deelname van een of meer leden (bij een patiëntenvereniging)/vaste donateurs (bij een patiëntstichting) van deze patiëntenorganisaties aan vergaderingen van een regionaal netwerk gedurende welke vergaderingen de kwaliteit van de geleverde zorg inzake chronische pijn een van de kernthema's is. Als de kwaliteit van de geleverde zorg inzake chronische pijn een vast onderdeel is van het overleg van de organisatie met de cliëntenraad en als in de cliëntenraad vanuit de bij criterium 6 genoemde patiëntenorganisaties een patiëntvertegenwoordiger lid is van die cliëntenraad, is structureel overleg met de cliëntenraad een invulling van dit criterium. Het verdient aanbeveling om een lijst samen te stellen van op landelijk niveau opererende patiëntenorganisaties op het gebied van chronische pijn, die representatief voor de patiënten met chronische pijn worden geacht te zijn.

jaar kan beslaan. Die periode moet gebruikt worden om de conceptindicator op allerlei niveaus te testen en zo nodig bij te stellen. Ook kan dan gemeten worden of de indicator het doel bereikt, namelijk het stap voor stap verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Op verzoek van ZN is een toelichting opgesteld ter onderbouwing van criterium 6. Criterium 6 geeft de geest weer van het proces waarin de Zorgstandaard tot stand is gekomen. Zorgaanbieders én patiëntorganisaties namen daaraan deel als gelijkwaardige partijen. Die lijn wordt met deze netwerkindicator doorgetrokken naar de implementatie van de Zorgstandaard én naar het opstellen van deze netwerkindicator.

De NVA heeft tijdens de laatste telefonische vergadering aangegeven dat de consequentie van dit criterium kan zijn dat het veel zal vragen van de patiëntorganisaties. Reactie daarop was dat dit criterium past bij het feit dat VWS bezig is nieuw patiëntenbeleid te formuleren, dat gecentreerd is rond de begrippen "impact en bereik" van de activiteiten van patiëntenorganisaties. Het vraagt inderdaad wat van de kwaliteit van de patiëntvertegenwoordigers en het vergt dan ook een opleidingsprogramma (bijv. op te zetten door PGO-support, de steunorganisatie van de patiëntenbeweging). Dat kan ook (net als met de indicator zelf) gedurende 2 jaar getest worden, net als de overige onderdelen van de indicator.