



Implementatieplan

Pijn bij mensen met een
verstandelijke beperking

Bekijk de gehele richtlijn hier:

www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/pijn-bij-mensen-met-een-verstandelijke-beperking

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Aanleiding en doel van de richtlijn.....	3
Gebruikers en andere betrokkenen.....	4
Setting	4
Werkwijze en veranderingen.....	4
Bevorderende en belemmerende factoren.....	5
Te ondernemen acties per partij.....	10
Monitoring en evaluatie.....	12
Hulpmiddelen.....	13

Inleiding

Dit implementatieplan heeft als doel de implementatie, en daarmee het gebruik, van de richtlijn 'Pijn bij mensen met een verstandelijke beperking' te bevorderen. In iedere fase van het richtlijnontwikkelproces worden verschillende activiteiten ondernomen om de verspreiding en implementatie van de richtlijn te bevorderen (zie ook [Het verspreiden en implementeren van SKILZ richtlijnen](#)). De publicatie en disseminatie van deze richtlijn zijn slechts enkele stappen richting implementatie in de praktijk. Het implementatieproces is niet vanzelfsprekend, kan complex zijn en moet systematisch worden aangepakt. Hiervoor zijn dan ook specifieke implementatiestrategieën nodig. In elke praktijksituatie en voor elke context kan een andere manier van implementeren nodig zijn. Dit betekent dat de ene strategie niet beter is dan de andere. Voorbeelden van implementatiestrategieën zijn het [Stappenplan Implementeren voor verpleegkundigen](#) of de [GOUD-implementatiemethodiek](#).

In deze bijlage staat beschreven in hoeverre de werkwijze, zoals aanbevolen in deze richtlijn, nieuw is ten opzichte van de eerdere werkwijze. Ook wordt beschreven met welke aspecten rekening moet worden gehouden bij de implementatie en welke randvoorwaarden nodig zijn om de richtlijn te implementeren. Daarnaast gaat deze bijlage in op hulpmiddelen die de implementatie kunnen ondersteunen en op manieren om het gebruik van de richtlijn te evalueren. Deze informatie en de aangereikte hulpmiddelen kunnen gebruikt worden door zorgorganisaties en/of zorgverleners bij het implementeren van deze richtlijn.

In dit implementatieplan geven we een overzicht van de stakeholders op micro- meso- en macroniveau. We beschrijven bijbehorende bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie en de implementatiestrategieën die daarbij aansluiten. Dit zal beschreven worden op hoofdlijnen welke van belang zijn bij deze implementatie. Voor een meer gedetailleerde uitwerking van mogelijke knelpunten en strategieën verwijzen we u naar het format voor implementatie binnen de eigen zorgorganisatie.

Aanleiding en doel van de richtlijn

Mensen met een verstandelijke beperking hebben doorgaans meer kans op ziekten en medische aandoeningen en ondergaan vaker handelingen die gepaard (kunnen) gaan met pijn. Desondanks wordt juist bij deze mensen, die pijn niet altijd op de gebruikelijke manier kunnen uiten, pijn vaak onderschat en mogelijk ook onderbehandeld.

Met deze richtlijn wordt de richtlijn 'Signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking' uit 2014 herzien. Een aantal onderwerpen werd in de vorige richtlijn onderbelicht of was aan vernieuwing toe. Het doel van de huidige richtlijn is om zorgverleners vanuit interdisciplinair perspectief handvatten te bieden bij het signaleren, diagnostiek en behandelen

van (sub)acute en chronische pijn bij volwassenen met een verstandelijke beperking, waarbij ook aandacht is voor specifieke subgroepen en verschillen tussen cliënten. De richtlijn beoogt hiermee de kwaliteit van pijnzorg voor volwassenen met een verstandelijke beperking te verbeteren.

Gebruikers en andere betrokkenen

De richtlijn is primair geschreven voor het interdisciplinaire team van zorgverleners dat betrokken is bij de zorg en ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. Dit zijn onder andere begeleiders, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, gedragsdeskundigen, paramedici en artsen VG. De methodiek van de richtlijn kan ook door andere zorgverleners gebruikt worden die (incidenteel) te maken hebben met volwassenen met een verstandelijke beperking. Zorgaanbieders kunnen de inhoud van de richtlijn gebruiken om de zorg in te richten en beleid te ontwikkelen op het gebied van pijn.

De cliënt en/of het cliëntsysteem zijn altijd betrokken en moeten expliciet betrokken worden bij het proces van signaleren, diagnostiek en behandeling van pijn. Deze richtlijn is niet primair voor hen geschreven, wel is er een informatiekaart ontwikkeld voor de cliënt en naasten.

Setting

De richtlijn is primair geschreven voor organisaties binnen de langdurige zorg waarbinnen volwassenen met een verstandelijke beperking behandeling, zorg, begeleiding en/of ondersteuning ontvangen. Andere zorgsettings (o.a. eerstelijnspraktijken, CBT's, ziekenhuizen, revalidatiecentra) kunnen de methodiek van de richtlijn gebruiken, maar niet als geheel implementeren.

Belangrijkste veranderingen

In deze richtlijn beschrijven we het methodisch proces rondom signaleren, diagnostiek en behandeling van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking.

In de vorige richtlijn (V&VN, 2015) lag de nadruk op het signaleren van pijn. In deze richtlijn wordt ook diagnostiek en behandeling beschreven.

Hieronder de belangrijkste aandachtspunten per module:

- **Methodisch werken:** Hier worden de stappen uitgewerkt van het methodisch en cyclisch werken. Hierdoor is er meer aandacht gekomen voor samenwerking tussen alle betrokkenen (cliënt, cliëntsysteem, begeleiders, behandelaars), regievoering en evaluatie. De stroomschema's geven hiervan een duidelijke samenvatting.
- **Signaleren:** Vernieuwend in deze module is het beter opnemen van het signaleren in het methodisch proces en de inzet van gepersonaliseerde pijnsignalering door gebruik van een pijnsignaleringsplan, waardoor pijnsignalen eerder en beter herkend worden.

- (Sub)acute pijn: Deze module is een nieuw onderdeel in de richtlijn. Het belangrijkste is op een methodische en interdisciplinaire manier informatie te verzamelen en analyseren om te komen tot een diagnose en behandeling.
- Chronische pijn: Deze module is een nieuw onderdeel in de richtlijn. Belangrijkste nieuwe onderdelen zijn het biopsychosociaal model toegepast op pijn, typering van de pijn en niet-medicamenteuze behandeling van pijn.
- Organisatie van zorg: In deze module worden aanbevelingen gedaan over hoe de zorg rondom pijn en de bijbehorende (kennis)infrastructuur georganiseerd kan worden. Dit is opgesteld op niveau van cliënt en zorgverlener, op organisatieniveau en op landelijk niveau. Deze aanbevelingen gaan over interprofessionele samenwerking en verantwoordelijkheden, informatieregistratie en –overdracht en (implementatie van) kennis en vaardigheden.
- Bijlagen: er zijn een aantal bijlagen toegevoegd ter ondersteuning en verduidelijking van de richtlijn.

Bevorderende en belemmerende factoren

Er zijn een aantal bevorderende en belemmerende factoren waar rekening mee gehouden moet worden bij de implementatie van deze richtlijn. Deze factoren kunnen zich bevinden op het niveau van de zorgverlener (micro), de organisatie (meso) of op landelijk (macro) niveau. In onderstaande tabel staan per niveau de mogelijke bevorderende en belemmerende factoren vermeld met daarbij mogelijke acties die ondernomen kunnen worden om de implementatie van de richtlijn succesvol te laten verlopen. Wie verantwoordelijk is voor de mogelijk te ondernemen acties is afhankelijk van het niveau waarop de beïnvloedende factoren zich bevinden.

De inhoud van de tabel is gebaseerd op de expertise en ervaringen van de werkgroep. Er heeft geen systematische en/of bredere inventarisatie plaatsgevonden om bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie op te halen.

Toelichting bij de tabellen:

- De tabellen zijn opgedeeld in implementatie op micro- meso- en macroniveau aan de hand van de uitwerking daarvan in de module organisatie van zorg (figuur 7.1). Deze keuze is gemaakt omdat deze indeling helderheid geeft over de rol van verschillende betrokken partijen op verschillende niveaus van implementatie.
- In de tabellen worden per niveau de bevorderende en belemmerende factoren en de bijbehorende acties en verantwoordelijken beschreven.
- Een specifiekere uitwerking voor implementatie binnen de zorgorganisatie wordt nog uitgewerkt.
- Tijdsfad voor implementatie: Binnen welke periode moet de aanbeveling overal geïmplementeerd kunnen zijn?
- Mogelijke bevorderende factoren: Wat is momenteel helpend voor zorgverleners of organisaties om de aanbeveling bij dit hoofdstuk uit te voeren?
- Mogelijke belemmerende factoren: Waar lopen zorgverleners of organisaties tegenaan om deze aanbeveling bij dit hoofdstuk toe te passen?
- Mogelijk te ondernemen acties: Wat is er nodig om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen?
- Verantwoordelijk voor acties: Wie is verantwoordelijk voor het implementeren van de aanbevelingen en de te ondernemen acties? Bijvoorbeeld: zorgorganisatie, opleiding, beroepsvereniging, individuele zorgverlener.

Microniveau	Tijdspad voor implementatie	Mogelijke bevorderende factoren	Mogelijke belemmerende factoren	Mogelijk te ondernemen acties	Verantwoordelijk voor acties
Implementatie onder zorg-professionals en cliëntsysteem	1-3 jaar	- Bestaande interdisciplinaire samenwerking structuur - Mogelijkheden binnen ECD - Tijd en middelen voor implementatie en borging - Scholing voor zorgprofessionals - Bekendheid thema en methodiek bij zorgprofessionals - Richtlijn levert nieuwe inzichten aansluitend bij bestaande problematiek	- Organisatorische voorwaarden afwezig binnen zorgorganisaties, waardoor bevorderende factoren beperkt aanwezig - Continuïteit van zorg ontbreekt (personeelstekort, werkdruk) - Onvolledige beeldvorming over pijn en onvoldoende inzicht in mogelijkheden pijnmanagement bij zorgprofessionals - Zorgprofessionals zien onvoldoende mogelijkheden om pijnmanagement in te passen binnen de eigen werkzaamheden - Onvoldoende inzicht in mogelijkheden binnen pijnmanagement bij cliënt en cliëntsysteem	- Bewustwording over pijn en pijnmanagement stimuleren bij zorgprofessionals en cliëntsysteem (o.a. webinars, nieuwsberichten) - Delen/trainen van kennis en vaardigheden - Faciliteren van tijd en middelen voor scholing en implementatie	Pijnteam en/of inhoudelijke experts (zorg-professionals binnen de organisatie) Beroepsverenigingen Management

Mesoniveau	Tijdspad voor implementatie	Mogelijke bevorderende factoren	Mogelijke belemmerende factoren	Mogelijk te ondernemen acties	Verantwoordelijk voor acties
Implementatie binnen zorg-organisaties (organisatie-niveau) en zorgketen-partners (o.a. CCE en pijnpoli's)	<1jaar	- Bestaande interdisciplinaire samenwerking structuur - Mogelijkheden binnen ECD - Pijnteam aanwezig - Samenwerking met zorgketenpartners (CCE, pijnpoli) aanwezig - Ketenpartners zien noodzaak van implementatie - Management ziet noodzaak van implementatie	- Organisatorische voorwaarden (interdisciplinaire samenwerking, ECD) afwezig, waardoor onvoldoende draagvlak voor implementatie.' - Geen pijnteam of onvoldoende invloed op kwaliteitsbeleid zorg - Geen goede samenwerking met zorgketenpartners - Management geeft geen prioriteit aan implementatie	- Bewustwording over pijn en noodzaak van implementatie stimuleren bij management en beleidsmedewerkers (o.a. webinars, casuïstiek, inzicht in zorgkosten) - Bewustwording over noodzaak van implementatie bij zorgketenpartners stimuleren - Implementatie van methodisch en interdisciplinair werken binnen bestaande structuren (overlegstructuur, ECD) van de organisatie - Borging van pijnbeleid door aanwijzen van verantwoordelijken binnen de organisatie (bv pijnteam) en terugkerende evaluatie en terugkoppeling naar management en inhoudelijk beleid	Pijnteam, kwaliteits- of beleidsmedewerker, management

Macroniveau	Tijdspad voor implementatie	Mogelijke bevorderende factoren	Mogelijke belemmerende factoren	Mogelijk te ondernemen acties	Verantwoordelijk voor acties
Implementatie bij netwerk-partners; deze kunnen worden onderverdeeld in beroepsverenigingen, kennisorganisaties (o.a. CCE, PA!N, academische werkplaatsen) en (beroeps)-opleidingen	1-3 jaar	- Beroepsverenigingen onderschrijven (autoriseren) richtlijn en implementatie - Bestaande contacten vanuit SKILZ en PijnZorg (On)beperkt met verschillende kennisorganisaties, beroepsverenigingen en (beroeps)-opleidingen - Richtlijn sluit aan bij andere kennisthema's die landelijk belegd zijn. - PijnZorg (On)beperkt: kennisnetwerk pijn bij VB, waarin verschillende zorgorganisaties, beroepsverenigingen en kennisorganisaties een netwerk hebben gevormd	- Kennisorganisaties geven geen prioriteit aan implementatie van de richtlijn - Beroepsopleidingen hebben geen ruimte binnen bestaande curricula - Beroepsvereniging huisartsen neemt geen deel aan de richtlijn	- Bewustwording en bekendheid geven aan thema en richtlijn bij kennisorganisaties en beroepsverenigingen en deze verbinden aan andere kennisthema's/onderzoekslijnen (o.a. door aansluiten bij bestaande overlegstructuren, presentaties en kennispartners actief benaderen). - Contacten bij (beroeps)opleidingen gebruiken of leggen voor introductie van het thema pijn bij verstandelijke beperking binnen de curricula.	Beroepsverenigingen SKILZ met o.a. PijnZorg (On)beperkt, Academische werkplaatsen, beroepsverenigingen, CCE, opleiding instituten

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn in het algemeen te bevorderen.

Zorgorganisaties:

- Het faciliteren van de benodigde middelen, tijd en materialen voor naleving van de richtlijn.
- De vertaalslag van de richtlijn naar de eigen werkprocedures van de organisatie.
- Het controleren van de toepassing en naleving van de werkprocedures door middel van audits.
- Het opnemen van de werkprocedures in (digitale) werkomgeving en interne scholingsprogramma's.

Pijnteam:

- Bespreken de aanbevelingen binnen de zorgorganisatie met teams en beleidsmedewerkers en creëren bewustzijn.
- Nemen waar nodig het initiatief en betrekken beleidsmedewerkers om de methodiek van de richtlijn in te passen in bestaande werkwijzen en structuren binnen de eigen organisatie.
- Scholen waar nodig zorgprofessionals binnen de eigen organisatie of betrekken daarvoor externe experts.
- Onderhouden contact met andere pijnteam voor uitwisseling rondom implementatie en nieuwe ontwikkelingen.
- Zorgen waar mogelijk voor regionale bewustwording en verspreiding van de werkwijze van de richtlijn.

Individuele zorgverleners:

- Nemen kennis van de aanbevelingen uit de richtlijn en volgen deze op tijdens werkzaamheden.
- Bespreken de aanbevelingen in de eigen zorgorganisatie/instelling en/of tijdens teamoverleggen.
- Maken afspraken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.
- Lichten cliënten en/of vertegenwoordigers in en vragen naar de voorkeur van de cliënt.

Direct betrokken wetenschappelijke verenigingen/beroepsorganisaties:

- Het bekendmaken van de richtlijn onder de leden/achterban.
- Het onder de aandacht brengen van de richtlijn door te publiceren in tijdschriften en te spreken op symposia en congressen.

- Het controleren van de toepassing en naleving van de aanbevelingen in kwaliteitsvisitaties.
- Het opnemen van de aanbevelingen in (digitale) scholingstools en auditstools.

Kennisorganisaties (o.a. Academische werkplaatsen, CCE, opleidingsinstituten, PA!N, PijnZorg (On)beperkt (PZO))

- Bekendmaken van de richtlijn onder de leden/achterban.
- Het onder de aandacht brengen van de richtlijn door te publiceren in tijdschriften en te spreken op symposia en congressen (PZO, academische werkplaatsen).
- Het opnemen van aanbevelingen uit de richtlijn in scholingen (opleidingsinstituten, PZO).
- Toepassen van de richtlijn in bestaande werkwijzen (CCE).
- Opnemen van aanbevelingen uit de richtlijn in beroepsopleidingen (opleidingsinstituten).
- Toepassen van aanbevelingen uit de richtlijn in (wetenschappelijk) onderzoek Academische werkplaatsen/opleidingsinstituten.
- Waar mogelijk initiëren van of deelnemen aan vervolgonderzoek gericht op toetsing en doorontwikkeling van instrumenten en methodieken (academische werkplaatsen/opleidingsinstituten).
- Nemen het initiatief voor landelijke netwerkvorming met pijnteams met als doel ondersteuning van de implementatie van de richtlijn (olievlekwerking) (PZO, zorgorganisaties).
- De ontwikkeling van een implementatieplan wat flexibel toepasbaar is op verschillende organisaties (organisatievorm, cliëntengroep, disciplines, aanwezigheid pijnteam, niveau van kennis en ervaring) (PZO, pijnteams).
- Neemt het initiatief voor landelijke netwerkvorming met beroepsverenigingen, kennisorganisaties en opleidingsinstituten. Het doel hiervan is ondersteuning van de implementatie van de kennis uit de richtlijn binnen beroepsopleidingen, werkwijzen, richtlijnen en (wetenschappelijk) onderzoek (PZO).

SKILZ:

- Via verschillende communicatiekanalen wordt de publicatie van de richtlijn aangekondigd.
- Stakeholders ontvangen bericht van de richtlijnpublicatie en worden verzocht de berichtgeving ook te delen via hun eigen communicatiekanalen.
- De richtlijn en het aanvullende materiaal worden gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg www.richtlijnenlangdurigezorg.nl. Hulpmiddelen bij de richtlijn worden opgenomen bij de richtlijnpagina onder het tabblad 'Hulpmiddelen'.
- Er wordt een webinar over de richtlijn georganiseerd.
- Na publicatie wordt actief gezocht naar congressen waar de richtlijn in een workshop onder de aandacht kan worden gebracht.

Monitoring en evaluatie

Op basis van indicatoren is het mogelijk om na enige tijd vast te stellen of de (aanbevelingen van de) richtlijn binnen de organisatie zijn geïmplementeerd. Indicatoren geven namelijk een beeld van de uitgevoerde zorg. Onderstaande onderwerpen kunnen door zorgorganisaties gebruikt worden bij het ontwikkelen van indicatoren voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking met pijn. Hierbij is het van belang dat er een vergelijking kan worden gemaakt met de situatie voor implementatie (0-meting):

Microniveau

- Is pijn als thema opgenomen in het ECD?
- Hoe vaak is pijn een rapportage item in het zorgdossier van cliënten?
- Welke disciplines rapporteren over pijn in het zorgdossier van de client?
- Bij hoeveel cliënten wordt een pijnsignaleringsplan opgesteld?
- Hoe vaak wordt er gerapporteerd op een pijnsignaleringsplan?
- Hoe vaak wordt de diagnose pijn gesteld?
- Hoe vaak wordt op de diagnose pijn een behandeling ingesteld?
- Hoe vaak wordt behandeling van pijn geëvalueerd?
- Hoe vaak is er interdisciplinair afgestemd omtrent pijn?
- Hoe vaak is er een regievoerder aangewezen in het proces van diagnostiek en behandeling?
- Hoe vaak is de gedragskundige (inhoudelijk) betrokken geweest in beeldvorming en behandeling van een cliënt met pijn?

Mesoniveau

- Bestaande structuren (overlegstructuur, interdisciplinaire samenwerking, ECD) binnen de zorgorganisatie bieden ondersteuning aan methodisch en interdisciplinair werken bij pijn.
- Evaluatie en borging van het thema pijn binnen de zorgorganisatie zijn belegd bij beleidsmedewerkers, experts, aandachtsfunctionarissen en/of een pijnteam.
- Zorgketenpartners zijn op de hoogte van het pijnbeleid binnen de zorgorganisatie en kunnen hiernaar handelen indien ze betrokken worden.
- Zorgprofessionals binnen de zorgorganisatie zijn op de hoogte van zorgketenpartners die betrokken kunnen worden bij zorg rondom pijn.

Macroniveau

- Beroepsverenigingen verspreiden informatie over de richtlijn naar hun achterban (zorgprofessionals binnen en buiten de zorg voor mensen met VB en kennispartners).
- De academische werkplaatsen nemen onderzoeksthema's rondom pijn bij VB op in hun onderzoekslijnen.

- CCE neemt het methodisch werken en aanbevelingen uit de richtlijn mee in de methodieken die zij ontwikkelen (bv bij somatische verklaringen voor probleemgedrag).
- PA!N verspreid informatie over de richtlijn naar hun achterban (zorgprofessionals betrokken bij de zorg voor mensen met VB en kennispartners buiten de zorg voor mensen met VB).
- Opleidingsinstanties nemen het thema pijn bij VB op in hun curricula.

Hulpmiddelen

Om het gebruik van deze richtlijn te bevorderen, zijn de volgende hulpmiddelen ontwikkeld.

Samenvattingskaart voor zorgverleners

De zorgverleners zullen de aanbevelingen uit deze richtlijn in het werk toepassen. Voor hen is een samenvattingskaart opgesteld om ze op een snelle en overzichtelijke manier kennis te laten nemen van de belangrijkste informatie uit deze richtlijn. Voor meer informatie kunnen zij altijd terugrijpen op de volledige richtlijn en/of specifieke modules.

Samenvattingskaart voor begeleiders

Naast de algemene samenvattingskaart voor zorgverleners is ook een hulpmiddel specifiek voor begeleiders ontwikkeld. Hierin staat op een overzichtelijke en begrijpelijke manier beschreven wat de belangrijkste adviezen uit de richtlijn zijn voor de begeleider. Voor meer informatie kunnen zij altijd terugrijpen op de volledige richtlijn en/of specifieke modules.

Informatiekaart voor cliënten en naasten

Deze informatiekaart kan met cliënten, naasten en/of vertegenwoordigers gedeeld worden zodat zij (op hoofdlijnen) weten wat er in deze richtlijn staat en wat voor hen belangrijk is. Deze informatiekaart is vanuit hun perspectief opgesteld en bevat in begrijpelijke en toegankelijke taal de informatie die voor hen relevant is.

Stroomschema's

Twee stroomschema's geven schematisch weer welk stappen de zorgverlener volgt in het methodisch proces bij (het vermoeden van) (sub)acute of chronische pijn.

Format interdisciplinair overleg (IDO) bij chronische pijn

Dit format kan worden gebruikt voor biopsychosociale beeldvorming en het opstellen van een behandelplan bij chronische pijn. Het maakt gebruik van een aangepast SCEGS-model. SCEGS staat voor Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedrag en Sociaal. Per dimensie wordt beschreven wat belangrijke vragen zijn om te bespreken tijdens een IDO. Het format is ook bruikbaar voor heteroanamnese, wanneer het niet mogelijk is een IDO te organiseren.

Aandachtspunten doelgroepen

In dit document worden aandachtspunten beschreven bij de zorg voor pijn bij verschillende subgroepen binnen de groep volwassenen met een verstandelijke beperking. Er wordt

onderscheid gemaakt tussen aandachtspunten bij verschillende niveaus en bij verschillende oorzaken van de verstandelijke beperking. Daarnaast is aandacht voor aandachtspunten bij autismespectrumstoornissen in combinatie met een verstandelijke beperking.

Casuskaarten (sub)acute pijn en chronische pijn

Met behulp van twee verschillende voorbeeldcasussen wordt beschreven hoe het methodisch proces bij (sub)acute en bij chronische pijn doorlopen kan worden. De verschillende stappen uit de stroomschema's komen in beide casussen terug. Voor beide casussen is ter illustratie ook een bijbehorend *pijnsignaleringsplan* ingevuld.