

# Eindrapportage Revalidatie Nederland

Projecttitel: Implementatie en uitbreiding Nederlandse Dataset  
Pijnrevalidatie

Projectnummer: IPR2010-01

Projectleider: A.J.A. Köke

Naam instelling: Adelante Kenniscentrum Hoensbroek

Datum eindrapportage: 29 november 2012

Looptijd project: 01 februari 2010- 01 oktober 2012

# **Eindrapportage Revalidatie Nederland implementatieproject IPR2010-01**

## **‘Implementatie en uitbreiding Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie’**

Uitvoering:

Samenwerkende Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie Nederland in  
samenwerking met de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland

Projectgroep:

A.J.A. Köke  
B. van Baalen  
S.C. Remerie  
P. de Haan  
K.M.G. Schreurs  
M. F. Reneman  
H.R. Schiphorst Preuper  
R.J.E.M. Smeets

Subsidie:

Innovatiefonds Revalidatie Nederland / ZonMW

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	4
Samenvatting .....	5
1. Inleiding .....	8
2. Methode.....	10
Rekrutering deelnemers .....	10
Scholing .....	10
Beschrijven behandelprogramma's .....	12
Opzetten infrastructuur "meten" .....	12
Begeleiding .....	12
Evaluatie .....	12
3. Resultaten implementatie .....	14
3.1 Algemeen .....	14
Doelstelling 1.....	16
Doelstelling 2.....	19
Doelstelling 3.....	19
Doelstelling 4.....	21
Doelstelling 5.....	22
Doelstelling 6.....	24
Doelstelling 7.....	25
Doelstelling 8.....	25
Doelstelling 9.....	26
Doelstelling 10.....	26
Doelstelling 11.....	27
4. Kenmerken patiënten.....	28
4.1 Algemeen .....	28
4.2 Meetmoment start .....	31
4.3 Sociodemografische gegevens .....	33
4.4 Pijn en vermoeid .....	34
4.5 Fysiek functioneren.....	36
4.6 Emotioneel functioneren.....	39
4.7 Participatie .....	40
4.8 Individuele hulpvraag .....	41
4.9 Medische consumptie.....	41
4.10 Referentiewaarden voor patiënten met chronische pijn .....	43
5. Resultaten behandeling.....	45
5.1 Algemeen .....	45
5.2 Algemeen ervaren herstel en tevredenheid .....	45
5.3 Nadelige gevolgen van revalidatie .....	46
5.4 Effecten behandeling op korte termijn.....	47
5.5 Lange termijn effecten na 3 en 12 maanden .....	49
5.6 Medische consumptie, betaald werk en arbeidsverzuim na 12 maanden.....	52
6. Discussie.....	53
7. Referenties.....	60
 Bijlage 2. Aanbevelingen voor de toekomstige implementatieprojecten binnen revalidatiegeneeskunde .....	 62
 Bijlage 1. Referentie waarden voor de meetinstrumenten uit de NDP-set voor patiënten met chronische pijn verwezen voor revalidatiegeneeskundige behandeling in het algemeen en per indeling op basis van geslacht, WPN-indeling, leeftijd en medische diagnose. ....	 63

## Voorwoord

In Nederland hebben ruim 2 miljoen mensen (18% van de bevolking) last van matige tot ernstige chronische pijnklachten en moeten zij met de gevolgen van langdurige pijn leren leven. Dit aantal is groter dan alle patiënten met diabetes (n= 600.000) , hart- en vaatziekten (n= 300.000-1.000.000) en kanker (n=400.000) bij elkaar. De kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn van het bewegingsapparaat is het laagste in vergelijking met andere chronische aandoeningen of ziektes. Patiënten met chronische pijn zijn een vergeten groep, waarvoor te weinig aandacht bestaat. Patiënten moeten lang wachten op een diagnose of een adequate behandeling. Pijnrevalidatie, waarbij de focus ligt op het verbeteren van het dagelijks functioneren en kwaliteit van leven met de pijn en de gevolgen ervan, neemt in de aanpak van chronische pijn een belangrijke plaats in aangezien er momenteel geen (medische) oplossing is om de pijn helemaal te doen verdwijnen. Inzicht in kenmerken en ernst van de problematiek van deze heterogene groep patiënten is van belang om behandeling gericht inhoud en vorm te geven.

Voor u ligt het eindrapport van het implementatieproject van de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP), gefinancierd door het Innovatiefonds van Revalidatie Nederland en ZonMW. Dankzij de inzet en het enthousiasme van alle betrokken partijen (professionals en patiënten) binnen de deelnemende instellingen is het gelukt om in amper 2 jaar tijd, in een zeer groot aantal instellingen in Nederland systematisch data te verzamelen bij patiënten met chronische pijn. Daarmee onderscheidt de pijnrevalidatie zich in positieve zin en kan er op landelijk niveau samengewerkt worden om de kwaliteit van de zorg voor patiënten met chronische pijn verder te verbeteren.

Het blijft daarbij van belang om ook de kwaliteit van dataverzameling met de NDP (reducen aantal missende waarden en vergroten van respons op eind- en follow-up metingen) verder te optimaliseren. De huidige gegevens moeten dan ook met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien de soms beperkte aantallen patiënten waarbij de gegevens verzameld zijn. De resultaten van het implementatieproject maken zichtbaar wat de aard en complexiteit van de klachten van deze patiëntengroep zijn. Er is een uniek beeld gecreëerd van de kenmerken en de ernst van klachten van deze grote groep patiënten. Met deze kennis kan de pijnrevalidatie een belangrijke stap maken naar verdere optimalisering van de zorg voor patiënten met chronische pijn.

De projectgroep

A.J.A. Köke

B. van Baalen

S.C. Remerie

P. de Haan

K.M.G. Schreurs

M. F. Reneman

H.R. Schiphorst Preuper

R.J.E.M. Smeets

## Samenvatting

### Inleiding

In de periode van februari 2010 t/m oktober 2012 is het implementatieproject “Implementatie en uitbreiding Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (IPR2010-01)”, gesubsidieerd vanuit het Innovatiefonds Revalidatie Nederland, uitgevoerd. Het eerste doel was om de NDP-set in zoveel mogelijk centra te implementeren zodat er een gestandaardiseerde landelijke dataverzameling binnen het domein pijnrevalidatie gerealiseerd kon worden. Op basis van deze landelijke dataverzameling kon een breed inzicht en overzicht verkregen worden t.a.v. de kenmerken en de ernst van de klachten van patiënten met chronische pijn, verwezen voor een (eventuele) revalidatiegeneeskundige behandeling. De resultaten en inzichten verkregen m.b.v. de NDP-set kunnen gebruikt worden om pijnrevalidatieprogramma's verder te verbeteren. De NDP-set brengt op 8 domeinen de ernst van het pijnprobleem en de behandelresultaten in kaart. De 8 domeinen zijn: pijn, fysiek en emotioneel functioneren, participatie, zorgconsumptie, persoonlijke hulpvraag, nadelige gevolgen en ervaren herstel en tevredenheid. Het project is uitgevoerd door de 4 samenwerkende Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie (OPR) (Adelante te Hoensbroek, Centrum voor Revalidatie te Groningen, Het Roessingh te Enschede en Rijndam te Rotterdam) in samenwerking met de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN).

### Methode

Bij de start van het project zijn vanuit elk OPR regionaal alle revalidatiecentra en ziekenhuisafdelingen aangeschreven en benaderd voor deelname. Vervolgens zijn de deelnemers (behandelaren en management) geschoold (najaar 2010) in het opzetten van een infrastructuur “meten”. Er is geen standaard infrastructuur opgelegd, de taken, taakverdeling, mogelijke hulpmiddelen en werkwijze van dataverzameling konden door de instellingen zelf worden ingevuld. Per deelnemende instelling is er een ‘kartrekker’ benoemd, die de dataverzameling intern organiseerde. Voor de dataverzameling zijn 2 dataverzamelsystemen, Pijndossier.nl (Fastguide) en Klinilyzer (VIR), beschikbaar gesteld. Naast de dataverzameling is de deelnemers gevraagd om hun behandelprogramma in een bepaald format (zgn. ‘logic model’) te beschrijven. De regiocoördinatoren (van elk OPR) en de landelijke projectleider (vanuit Adelante) waren beschikbaar voor vragen en ondersteuning gedurende het gehele project. De projectgroep organiseerde 1x per jaar een landelijke bijeenkomst met als doel om ervaringen t.a.v. de dataverzameling/monitoring en/of tussentijdse resultaten uit te wisselen. Daarnaast konden regionale bijeenkomsten georganiseerd worden als deelnemers daar behoefte aan hadden. De evaluatie van het project is uitgevoerd m.b.v. een enquête onder de deelnemers en een beschrijvende analyse van de inhoud van de NDP-set op de hoofddomeinen.

### Resultaten

In 32 (18 ziekenhuizen en 14 revalidatiecentra) van de 42 deelnemende instellingen is het uiteindelijk gelukt om de NDP-set te implementeren en zijn er data van patiënten verzameld. In 10 instellingen (7 ziekenhuizen en 3 revalidatiecentra) is het om verschillende redenen (vnl. tijdsgebrek en/of gebrek aan personeel) niet gelukt om de dataverzameling op te starten en/of te blijven continueren. De looptijd van het project is, in overleg met Revalidatie Nederland, met een half jaar verlengd omdat de dataverzameling in een aantal centra pas vrij laat op gang gekomen is. Dit was nodig om een adequate evaluatie van de patientgegevens (m.n. met betrekking tot de gegevens bij einde behandeling) te kunnen maken.

De compleetheid en kwaliteit van de dataverzameling is nog niet in iedere instelling gelijk. Vooral de eind en follow-up metingen behoeven nog extra aandacht. Het systematisch verzamelen van data is nog geen structurele taak/functie binnen alle revalidatie-instellingen. In het algemeen kan gesteld worden dat de benodigde tijd en inzet van formatie voor het opzetten van een systematische dataverzameling onderschat wordt. Door dit project zijn momenteel de eerste stappen hierin gemaakt en blijft het van belang om dit in te toekomst te onderhouden en verder te optimaliseren. Het draagvlak hiervoor is met dit project gecreëerd. Uit de eindevaluatie blijkt dat de attitude bij behandelaren en management over het

standaard en systematisch meten positief is. De betrokkenen uit de deelnemende instellingen zijn overtuigd van de bruikbaarheid en noodzaak van het landelijk continueren van een gezamenlijke dataverzameling. De meerderheid van de instellingen (80%) wil de dataverzameling dan ook in gezamenlijkheid verder blijven uitvoeren. Ook uit een enquête onder patiënten met chronische pijn blijkt dat deze het invullen van de NDP-vragenlijst positief beoordelen. De patiënten vinden de inhoud goed leesbaar en begrijpelijk geformuleerd. Verder vinden ze het heel zinvol en relevant om hun pijnprobleem op deze manier zo helder en compleet mogelijk te kunnen beschrijven ten behoeve van de komende behandeling. Daarbij vinden de patiënten het heel belangrijk dat de uitkomsten met hun besproken worden tijdens een eerste consult en/of gedurende de behandeling.

Ondanks de positieve attitude van zowel behandelaren als patiënten is het noodzakelijk dat de dataverzameling verder geoptimaliseerd wordt. Op de eerste plaats moet er gewerkt worden aan het verminderen van het aantal missende waarden in de dataverzameling zelf. De kwaliteit van de verzamelde gegevens zal toenemen naarmate de dataverzameling meer completer (gegevens van alle patiënten op alle meetmomenten) wordt. Daarnaast zullen de gegevens meer geïntegreerd moeten worden in het behandelproces, een aandachtspunt wat ook uit de enquête onder de patiënten naar voren kwam. Dit is binnen het tijdsbestek van dit project nog niet in alle instellingen gerealiseerd. Een ontbreken van referentiewaarden om een individuele score van een patiënt te interpreteren was daar mede debet aan. Op basis van de huidige resultaten zijn nu referentiewaarden opgesteld waardoor een verdere integratie van meetgegevens ten behoeve van diagnostiek en/of evaluatie mogelijk wordt. Deze referentiewaarden zullen in de toekomst verder beoordeeld moeten worden op hun klinische relevantie. De compleetheid van dataverzameling zal ook verbeterd kunnen worden door de dataverzamelsystemen en het gebruik ervan verder te ontwikkelen. In dit project is gebruik gemaakt van Klinilyzer en [www.pijndossier.nl](http://www.pijndossier.nl). De meeste instellingen hebben gewerkt met pijndossier en de waardering voor dit systeem is positief. Klinilyzer wordt minder positief beoordeeld. De wens van de deelnemers is dat deze systemen nog beter ingericht worden om ondersteuning te bieden in het monitoren van de compleetheid van de dataverzameling door het genereren van bv. overzichtlijsten van wel/niet ingevulde onderdelen, het sturen van herinneringsberichten of het zichtbaar maken van ontbrekende gegevens. Hierover zal in de komende periode met de aanbieders van de dataverzamelsystemen verder onderhandeld moeten worden.

Bij continuering van een landelijke dataverzameling na afloop van dit project dienen nog duidelijkere afspraken gemaakt te worden over wat van de deelnemers verwacht wordt in het aanleveren van welke gegevens en de compleetheid ervan. In dit project is een meer vrijblijvende houding aangenomen ten aanzien van het verzamelen van alle gevraagde data om zo zoveel mogelijk deelnemers te faciliteren in de opstartfase. Zo is er wat meer ruimte geboden om het startmoment te bepalen (bij aanmelding of bij start behandeling) en het wel of niet uitvoeren van sommige onderdelen (bv. de performance testen). Nu deze fase voorbij is kunnen en moeten er minder vrijblijvende afspraken gemaakt worden. Vanuit de projectgroep is een voorstel voor het oprichten van een landelijk databank in een stichtingsvorm aangeboden aan Revalidatie Nederland.

De kenmerken van patiënten die aangemeld worden voor een of starten met een revalidatiebehandeling (n= 8381) zijn in kaart gebracht. De patiëntengroep bestaat voor ruim 2/3<sup>e</sup> uit vrouwen, is voor het grootste deel tussen de 40-60 jaar oud, is getrouwd of woont samen, voor het grootste deel laag of middelbaar opgeleid en heeft hoofdzakelijk de Nederlandse nationaliteit. De grootste groep patiënten wordt verwezen door de huisarts (37.5%), heeft ernstige pijnklachten verspreid over meerdere delen van het lichaam, die voor het merendeel (78%) al 1 of meerdere jaren bestaan. Het merendeel van de pijnklachten is geleidelijk aan ontstaan, waarbij lichamelijk letsel door een kwart van de patiënten als oorzaak gezien wordt. Een ander kwart van de patiënten geeft aan dat de oorzaak onbekend is. De impact op dagelijks functioneren en emotioneel welzijn is groot. De patiënten zijn ondanks het chronische karakter nog actief op zoek naar behandeling (in ieder geval tot aan de verwijzing naar de revalidatiearts), gezien het grote aantal bezoeken aan hulpverleners

vanwege hun pijnklachten, voorafgaand in het jaar aan de verwijzing naar revalidatiegeneeskunde.

De metingen na beëindiging van de behandeling laten, op groepsniveau, op alle domeinen positieve resultaten zien. Deze positieve resultaten blijven ook op de lange termijn (3 en 12 maanden) gehandhaafd. Dit sluit aan bij de positieve resultaten die ook in wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van pijnrevalidatieprogramma's aangetoond zijn. De veranderingen in medische consumptie duiden op de eveneens aangetoonde kosten-effectiviteit van pijnrevalidatieprogramma's.

In dit project is nog onvoldoende de inhoud van de verschillende pijnrevalidatieprogramma's in kaart gebracht waardoor inzicht in hoe de positieve resultaten mogelijk gerealiseerd worden (werkzame onderdelen) nog onduidelijk is. Dit is een punt van aandacht voor de toekomst, waar nog meer transparantie gevraagd wordt en meer uniformiteit om het product pijnrevalidatie beter op de kaart te kunnen zetten.

### Conclusie

De implementatie van de NDP-set is in een groot aantal instellingen gerealiseerd. De basis voor toekomstige dataverzameling is met dit project gelegd en kan nu verder geoptimaliseerd worden. De meerderheid van de deelnemende instellingen is bereid om in samenwerkingsverband de dataverzameling te continueren en te optimaliseren. Hiervoor heeft de projectgroep een voorstel ingediend bij Revalidatie Nederland. Het aansturen van de dataverzameling vanuit een centraal landelijke plek is zinvol omdat er enerzijds een versnelde kennisopbouw kan plaatsvinden en er anderzijds systemen ontwikkeld kunnen worden, die aansluiten bij bestaande systemen (zoals bv. R-EPD).

Het huidige project heeft geresulteerd in een enorme schat aan gegevens over de kenmerken van patiënten verwezen voor een (eventuele) revalidatiebehandeling. Wel dient opgemerkt te worden dat door de incompleetheid en de beperkte gegevens van eind- en follow-up metingen de huidige gegevens met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De huidige gegevens kunnen dan ook niet gebruikt worden om aan te tonen dat pijnrevalidatie effectief is.

De bevindingen van dit implementatieproject kunnen door de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland verder uitgewerkt worden en mede richting geven aan toekomstig beleid. De projectgroep beveelt dan ook aan om te komen tot een landelijke richtlijn pijnrevalidatie. De effecten van reguliere behandelprogramma's zijn, op groepsniveau, positief zowel op korte als lange termijn. De eerste stappen voor een gezamenlijke dataverzameling zijn gezet. Het is nu zaak om weer een stap verder te komen om een nog completere dataverzameling voor chronische pijn te realiseren in de nabije toekomst en daarmee behandelprogramma's continu te kunnen monitoren en bijsturen.

## 1. Inleiding

In de periode van februari 2010 t/m oktober 2012 is het implementatieproject “Implementatie en uitbreiding Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie”, gesubsidieerd vanuit het Innovatiefonds Revalidatie Nederland (IPR2010-01) uitgevoerd door de Samenwerkende Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie in samenwerking met de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland.

De Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) (Engers, 2007) is een product van de samenwerkende OPR, de WPN en de onderzoeksgroep Lobadis en heeft als doel het beschrijven van de kenmerken van patiënten met chronische pijn (verwezen voor een revalidatiegeneeskundige behandeling) en het inzichtelijk maken van behandelresultaten van reguliere behandelprogramma's.

De NDP bestaat daarom uit algemene vragen (open en gesloten) en meetinstrumenten verdeelt over acht uitkomst domeinen (zie kader) Voor elk domein zijn aparte meetinstrumenten toegevoegd. De NDP sluit nauw aan bij bestaande internationale set voor chronische pijn de IMMPACT-core set (Turk D, 2003, Dworkin R, 2005), de ICF-core set Low back Pain (Cieza A., 2004a) en de ICF-core set Widespread Pain (Cieza A.,2004b). Aan de in 2007 opgestelde NDP-dataset zijn voor dit project een tweetal vragenlijsten toegevoegd; de Pijn Catastroferen Schaal (PCS) en de Credibility Expectancy Questionnaire (CEQ). Catastroferen wordt gezien als een belangrijke mediator voor behandel effecten (Smeets 2006a ) en verwachtingen en de geloofwaardigheid van/over een behandeling hebben een voorspellende waarde m.b.t. succes van behandelingen (Gooosens 2005, Smeets 2008). Naast de vragenlijsten zijn ook 2 performance testen toegevoegd; de gemodificeerde Astrand fietsergometer test en de 1 minuut traplooptest om de effecten van pijnrevalidatieprogramma's te meten (Smeets 2006b, 2009)

Overzicht domeinen en meetinstrumenten van de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie	
Pijn en vermoeidheid	0-10 puntenschaal
Fysiek functioneren	subschaal fysiek functioneren - RAND36 subschaal rolpatroon fysiek functioneren - RAND36 subschaal interferentie dagelijks leven - MPI-DLV gemodificeerde Astrand fiets ergometer test 1 minuut traplooptest
Emotioneel functioneren	subschaal mentale gezondheid - RAND36 subschaal vitaliteit - RAND36 pijn catastroferen schaal – PCS
Participatie	pain disability index - PDI
Hulpvraag-doelen	patiënt specifieke klachtenlijst – PSK canadian occupational performance measure – COPM percentage gerealiseerde doelen
Ervaren herstel/tevredenheid	7 en 5 punt Likertschalen
Medische consumptie	frequentie medicatie en zorggebruik: gesloten vragen
Negatieve gevolgen	open vraag

RAND36 = kwaliteit van leven vragenlijst, MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren, COPM = canadian occupational performance measure, PCS = pain catastroferen schaal , PDI = pain disability index, PSK= patiënt specifieke klacht



De NDP-set wordt bij start, na beëindiging behandeling en 3 en 12 na einde behandeling afgenomen. Het zelfstandig leren omgaan met pijn en gevolgen van pijn is een gedragsveranderingsproces wat tijd kost, vandaar dat de effecten op lange termijn (3 en 12 maanden) van belang zijn om te bepalen of de bereikte resultaten direct na behandeling blijven bestaan. Een beter inzicht in welke patiënten voor revalidatie verwezen worden (aard en ernst problematiek) en inzicht in de effectiviteit van revalidatiebehandeling op verschillende domeinen kan bijdragen aan verdere verbetering van diagnostiek en behandelinhoud. Door dit niet per centrum apart te doen maar in een landelijk samenwerkingsverband ontstaat er een versnelde kennisopbouw waardoor een beter en completer beeld ontstaat van de patiëntenpopulatie en behandelresultaten. Door een brede implementatie is het mogelijk om in korte tijd een groot databestand op te bouwen om daarmee versneld inzicht te krijgen in potentiële effecten van pijnrevalidatie als ook eventuele tekorten. De uitkomsten van de landelijke dataverzameling, in het kader van dit implementatieproject, worden in eerste instantie gebruikt om de huidige NDP-set verder te optimaliseren. Aan de hand van de praktische toepasbaarheid en de relevantie van de inhoud van de huidige NDP-set voor het dagelijkse behandelproces zal de NDP-set verder doorontwikkeld moeten worden. De vraag is of de verzamelde gegevens een compleet en duidelijk beeld geven van de populatie patiënten met chronische pijn die verwezen worden voor een revalidatiegeneeskundige behandeling. Zijn alle inhoudelijke vragen en onderwerpen relevant voor het dagelijkse proces? Ondersteunen de gegevens de besluitvorming in het dagelijks behandelproces en zijn de gebruikte meetinstrumenten responsief genoeg om behandelresultaten aan te tonen? Verder kunnen de resultaten, daar waar mogelijk, al toekomstige besluit- en beleidsvorming met betrekking tot pijnrevalidatie binnen de instellingen ondersteunen en richting geven. Het huidige implementatieproject van de NDP set moet dan ook gezien worden als een eerste stap om te komen tot een definitieve uniforme dataverzameling die het dagelijks behandelproces ondersteunt en waarmee de effecten van pijnrevalidatie in kaart gebracht kunnen worden.

Het hoofddoel van dit project "Implementatie en uitbreiding Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie" is de implementatie van de NDP-set in instellingen met een pijnrevalidatieprogramma. Daarnaast zijn voorafgaand aan de start van het project de volgende (deel) doelstellingen geformuleerd:

1. De aanwezige attitude en vaardigheden m.b.t. het gebruik van meetinstrumenten en gestandaardiseerde dataverzameling in brede zin te verbeteren.
2. Het inrichten van een infrastructuur om te komen tot structurele dataverzameling op lange termijn.
3. Inzicht te krijgen in de meest efficiënte en doelmatige manier van dataverzameling.
4. Het afnemen van de NDP dataset voor en na de behandeling en 3 en 12 maanden na beëindiging revalidatie bij minstens 80% van alle patiënten in behandeling.
5. Het op uniforme wijze inzichtelijk maken van de inhoud, werkwijze en inzet van middelen van behandelprogramma's aangeboden door de verschillende instellingen.
6. Het inzichtelijk te maken wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen de patiënten verwezen naar de revalidatiecentra en afdelingen revalidatie van ziekenhuizen.
7. Het inzichtelijk maken van effecten van pijnrevalidatieprogramma in de dagelijkse praktijk.
8. Het inrichten van een landelijke database voor chronische pijn.
9. Het genereren en beantwoorden van onderzoeksvragen voor wetenschappelijke studies aan de hand van de landelijke dataset.
10. Het inrichten van regionale netwerken van samenwerkende pijn(revalidatie)teams.
11. Het opstellen van een implementatierichtlijn voor implementeren van nieuwe datasets in andere domeinen van de revalidatie.

## 2. Methode

Het implementatieproject is uitgevoerd onder leiding van de 4 Samenwerkende Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie (Het Roessingh te Enschede, het Centrum voor Revalidatie van het Universitair Medisch Centrum te Groningen, Rijndam te Rotterdam en Adelante te Hoensbroek). Elk Ontwikkelcentrum Pijnrevalidatie (OPR) heeft als taak de implementatie van de NDP binnen zijn eigen regio te faciliteren en te controleren. Binnen elk OPR is een coördinator aangesteld voor de uitvoering van het project. Daarnaast werd het project landelijk gecoördineerd vanuit Kenniscentrum Adelante. De regionale coördinatoren, de landelijke projectleider en een afgevaardigde van de WPN vormen samen de landelijke projectgroep.

Samenstelling projectgroep		
Projectleider	A.J.A. Köke	Adelante Hoensbroek
Projectlid/WPN	R.J.E.M. Smeets	Adelante Hoensbroek / MUMC+
Projectlid	B. van Baalen	Rijndam Rotterdam
Projectlid	S.C. Remerie	Rijndam Rotterdam
Projectlid	P. de Haan	Het Roessingh Enschede
Projectlid	K.M.G. Schreurs	Het Roessingh Enschede
Projectlid	M.F. Reneman	UMC-Groningen
Projectlid	H.R. Schiphorst Preuper	UMC-Groningen

Binnen de projectgroep wordt de voortgang (regionaal) gerapporteerd en besproken en vindt afstemming en bijsturing plaats. De binnen het project verzamelde data blijven eigendom van de deelnemende instellingen. Bij start van het project hebben de deelnemende instellingen zich bereid verklaard deze data ter beschikking te stellen ten behoeve van een landelijke evaluatie en eindrapportage van het project.

### Rekrutering deelnemers

Bij de start van het project zijn vanuit elk OPR regionaal alle revalidatiecentra en ziekenhuisafdelingen aangeschreven en benaderd voor deelname. De deelnemende centra/afdelingen moesten bereid zijn te investeren (tijd/ formatie/middelen) in het opbouwen van een infrastructuur voor dataverzameling. De deelnemende centra zijn via informed consent gevraagd de wens tot deelname te bevestigen. In dit informed consent zijn afspraken gemaakt over bijdrage aan het project van alle partijen. De afspraak met Revalidatie Nederland was dat alleen bij voldoende deelname ( $n > 30$ ) het definitieve project vervolgd zou worden.

### Scholing

Uit een eerdere proefimplementatie met de NDP in een klein aantal instellingen bleek dat structurele dataverzameling (nog) niet tot de basis activiteiten van instellingen behoort. Het gebruik van meetinstrumenten is (nog) niet standaard opgenomen in het takenpakket van een behandelaar. Zorginstellingen zijn primair gericht op realiseren van kwalitatief goede zorg in relatie tot productieafspraken. Aandacht voor extra werkzaamheden, zoals het vastleggen van patiënt- en procesgegevens of behandelresultaten, wordt beperkt uitgevoerd. Een gebrek aan kennis over meten en meetinstrumenten, het niet noodzakelijk vinden, het niet beschikbaar zijn van meetinstrumenten, tijdsgebrek en het ontbreken van een adequate infrastructuur (m.b.t. invoer en verwerking, specifieke software en/of koppeling dataverzameling aan team en ontslagrapportages) zijn vaak genoemde argumenten waarom meten en/of gebruik van meetinstrumenten geen alledaagse bezigheid is binnen de klinische praktijk. Daarom is in dit project gestart met een scholing (van 2 dagdelen) voor alle

deelnemers. De scholing is gericht op kennisverbreding van klinimetrie in bredere zin en specifiek met betrekking tot de inhoud van de NDP-set. Naast behandelaren is verplicht gesteld om minimaal een vertegenwoordiger uit het managementteam van elke instelling te laten deelnemen aan de scholing. Het management is betrokken bij de scholing om inzichtelijk te maken wat nodig is (tijd/middelen) om een standaard dataverzameling in te richten. De scholing is regionaal en groepsgewijs (meerdere instellingen tegelijkertijd) aangeboden. Voor de scholing is gebruik gemaakt van bestaande scholingsmodules (o.a. Hogeschool Zuyd Heerlen, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort) op het gebied van klinimetrie. De modules zijn inhoudelijk aangepast op de meetinstrumenten binnen de NDP-set en het doel van het implementatieproject.

### **Beschrijven behandelprogramma's**

Tijdens de scholing is een methode om behandelprogramma's kort en bondig te beschrijven toegelicht en aangereikt aan de deelnemers. Aan de hand van een zogenaamd 'logic-model' (Holm-Hansen et al. 2006) worden de hoofdelementen van de eigen werkwijze op gebied van diagnostiek (indicatiestelling, beslismomenten etc.) en behandelinhoud (mogelijke elementen in programma) benoemd. Tevens wordt daarbij vastgelegd hoeveel tijd en welke middelen bij elk hoofdelement ingezet worden. Op die manier wordt inzichtelijk hoe het behandelproces per instelling is vorm gegeven en wat nodig is (in termen van uren en/of middelen) voor de uitvoering ervan in relatie tot de opbrengsten (resultaten behandeling).

### **Opzetten infrastructuur "meten"**

In de scholing zijn de uitgangspunten/voorwaarden voor het opzetten van een infrastructuur "meten" benoemd en besproken. Er is geen standaard infrastructuur opgelegd vanuit de projectgroep. De taken, taakverdeling, mogelijke hulpmiddelen en werkwijze van dataverzameling konden door de instellingen zelf ingevuld worden, afgestemd op de al aanwezige organisatie binnen elke instelling. Gevraagd is om binnen de deelnemende instellingen één persoon te benoemen als "kartrekker" om de dataverzameling met de NDP-set binnen de eigen instelling op te zetten. Voor wat betreft de manier van dataverzameling zijn vanuit de projectgroep 2 dataverzamelsystemen, Pijndossier.nl (Fastguide) en Klinilyzer (VIR), beschikbaar gesteld en/of is de vragenlijst NDP geschikt gemaakt voor gebruik binnen Klinilyzer. De instellingen konden zelf bepalen met welk systeem ze de dataverzameling wilden uitvoeren. Ook andere dataverzamelsystemen/methoden buiten de 2 genoemde mochten gebruikt worden.

### **Begeleiding**

De regiocoördinatoren en de landelijke projectleider waren beschikbaar voor vragen, ondersteuning etc. gedurende het gehele project. De projectgroep organiseerde 1x per jaar een landelijke bijeenkomst met als doel om ervaringen t.a.v. de dataverzameling/monitoring en/of tussentijdse resultaten uit te wisselen. Daarnaast konden regionale bijeenkomsten georganiseerd worden als deelnemers daar behoefte aan hadden.

### **Evaluatie**

De ervaringen en wensen van de deelnemers zijn geëvalueerd aan de hand van enquêtes (tussentijds en op het einde). De inhoud van de enquêtes is afgestemd op de in de inleiding genoemde doelstellingen van het implementatieproject. Verder zullen de verzamelde data inhoudelijk geanalyseerd worden. De geanonimiseerde patiëntgegevens (op basis van een algemene cijfercode) die verzameld zijn in kader van reguliere zorg binnen elke instelling, worden hiervoor gebruikt. Onderstaand zijn de evaluatievragen geformuleerd. Afhankelijk van de kwaliteit en kwantiteit van de aangeleverde gegevens worden deze vragen beantwoord.

- 1. Wat zijn op groepsniveau de overeenkomsten en de verschillen tussen de kenmerken van de patiënten die worden verwezen voor pijnrevalidatie in de ziekenhuizen en revalidatiecentra wat betreft sociodemografische gegevens (leeftijd, geslacht etc.), medische diagnose, pijngerelateerde variabelen (zoals duur, locatie, ernst van pijn), ernst van vermoeidheid, het fysiek en emotioneel functioneren, participatie, individuele hulpvraag en medische consumptie.

- 2. Wat zijn op groepsniveau de overeenkomsten en de verschillen tussen de kenmerken van de patiënten waarvan de eerste gegevens verzameld zijn bij aanmelding (nog niet zeker dat behandeling wordt uitgevoerd) t.o.v. patiënten waarvan de gegevens verzameld zijn bij aanvang van de daadwerkelijke behandeling op dezelfde variabelen als genoemd bij vraagstelling 1.
- 3. Wat zijn algemene referentiewaarden (van scores op meetinstrumenten) van patiënten met chronische pijn die verwezen zijn voor een pijnrevalidatieprogramma?
- 4. Wat zijn de specifieke referentiewaarden (van scores op meetinstrumenten) van patiënten met chronische pijn die verwezen zijn voor een pijnrevalidatieprogramma onderverdeeld per diagnosegroep, WPN-niveau, geslacht en leeftijd.
- 5. Wat zijn de effecten op groepsniveau van de pijnrevalidatieprogramma's op de domeinen pijn en vermoeidheid, fysiek functioneren, emotioneel functioneren, participatie, algemeen ervaren effect en tevredenheid, hulpvraag/doelen patiënt.
- 6. Wat zijn de effecten op groepsniveau van de pijnrevalidatieprogramma's op de domeinen pijn, vermoeidheid, fysiek functioneren, emotioneel functioneren, participatie, algemeen ervaren effect en tevredenheid, hulpvraag/doelen patiënt, zorggebruik 3 en 12 maanden na beëindiging behandeling.

### **3. Resultaten implementatie**

#### **3.1 Algemeen**

Het project is gestart in februari 2010 en in periode maart-april 2010 zijn de instellingen benaderd voor deelname. Uiteindelijk waren 42 instellingen (25 ziekenhuizen en 17 revalidatiecentra) bereid om deel te nemen aan het project (zie overzicht pagina 10). Het verkrijgen van de intentieverklaringen heeft meer tijd in beslag genomen dan vooraf gepland. Binnen enkele deelnemende instellingen heeft de definitieve besluitvorming door intern overleg met verschillende partijen langer geduurd. De geplande scholingen (mei 2010) van teams zijn daardoor pas in het najaar (in oktober-november) van 2010 gerealiseerd. Na het volgen van de scholing zijn de deelnemers gestart met implementatie van de dataverzameling in de eigen instelling. De snelheid waarmee vervolgens deze implementatie plaatsvond was zeer verschillend tussen de deelnemende instellingen. In sommige instellingen werden vrij snel ( na enkele weken) na de scholing de eerste patiënten gemeten met de NDP-set in andere instellingen heeft dat veel langer ( tot een jaar) geduurd. Omdat de dataverzameling in een aantal centra pas vrij laat op gang gekomen is de looptijd van het project, in overleg met Revalidatie Nederland, met een half jaar verlengd. De reden voor verlenging was het beperkte aantal patiënten waarvan gegevens van de meting bij beëindiging behandeling beschikbaar waren, waardoor evaluatie van behandelresultaat te beperkt zou zijn.

Uiteindelijk is in 10 instellingen (7 ziekenhuizen en 3 revalidatiecentra) het niet gelukt om de dataverzameling op te starten en/of te blijven continueren. De meest genoemde reden voor het niet van de grond krijgen van de dataverzameling is het ontbreken van voldoende tijd en/of personeel om de dataverzameling op te zetten en uit te voeren. Andere redenen waren het wegvallen of vertrek van de revalidatiearts die het project wilde uitvoeren, een raad van bestuur die uiteindelijk toch geen toestemming gaf o.a. vanwege vragen over privacy bescherming van de data, het niet kunnen koppelen van dataverzamelsystemen aan bestaande lopende automatisering processen intern, of uiteindelijk het gebrek aan consensus binnen het gehele behandelteam over de inhoud van de NDP-set. Dit betekent dat uiteindelijk 32 instellingen (18 ziekenhuizen en 14 revalidatiecentra) gegevens met de NDP-set verzamelden.

Achtereenvolgens wordt beschreven in hoeverre de geformuleerde deeldoelstellingen van het implementatieproject zijn gerealiseerd. De gegevens zijn gebaseerd op 27 ingevulde eindevaluaties (84%) van de 32 instellingen die dataverzameling daadwerkelijk hebben opgestart en uitgevoerd. De enquêtes zijn gestuurd naar de contactpersonen van elke instelling met de vraag dit als "team" in te vullen. In hoofdstuk 4 en 5 van dit rapport worden de resultaten van de inhoudelijke analyse van de NDP-set beschreven.

Overzicht deelnemers implementatieproject Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (op alfabetische volgorde vestigingsplaats) + type instelling ZH (ziekenhuis) of RC (revalidatiecentrum)

Alkmaar	Medisch Centrum Alkmaar	ZH
Arnhem	Groot Klimmendaal	RC
Assen	Wilhelmina Ziekenhuis	ZH
Beetsterzwaag	Revalidatie Friesland	RC
Bergen op Zoom	Lievensberg Ziekenhuis	ZH
Breda	Revant Revalidatie	RC
Delfzicht	Ommelanderziekenhuis	ZH
Den Helder	Gemini Ziekenhuis	ZH
Den Haag	Sophia Revalidatie	RC
Dokkum	Revalidatie Friesland	ZH
Dordrecht	Rijndam de Waarden	RC
Eindhoven	Blixembosch	RC
	Catharina Ziekenhuis	ZH
	Maxima Ziekenhuis	ZH
Emmen	Scheeperziekenhuis	ZH
Enschede	Het Roessingh	RC
Geldrop	Sint Anna Ziekenhuis	ZH
Gorinchem	Rijndam de Waarden	RC
Groningen	UMCG	ZH
Haarlem	Kennemergasthuis	ZH
Heerenveen	Revalidatie Friesland	ZH
Heerlen	Atrium Medisch Centrum	ZH
Helmond	Elkerliek Ziekenhuis	ZH
Hoensbroek	Adelante	RC
Hoogeveen	Bethesda Ziekenhuis	ZH
Hoorn	Westfriesgasthuis	ZH
Huizen	de Trappenberg	RC
Maastricht	MUMC	ZH
Leeuwarden	Revalidatie Friesland	ZH
Nijmegen	Maartenskliniek	RC
Leiden	Rijnland Revalidatiecentrum	RC
Purmerend	Waterlandziekenhuis	ZH
Roermond	Laurentius Ziekenhuis	ZH
Rotterdam	Rijndam Sint Franciscus Gasthuis	RC
Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis	ZH
Schiedam	Rijndam Vlietlandplein	RC
Sittard	Orbis	ZH
Sneek	Revalidatie Friesland	ZH
Terneuzen/Goes	Revant	RC
Utrecht	De Hoogstraat	RC
Weert	Sint Jansgasthuis	ZH
Zwolle	De Vogellanden	RC

Niet deelgenomen aan implementatieproject maar wel de NDP-set afgenomen en gegevens beschikbaar gesteld voor evaluatie.

Oss	De Tolbrug	ZH
Den Bosch	De Tolbrug	RC
Rotterdam	Rijndam Westersingel	RC

## Doelstelling 1.

“Het verbeteren van de aanwezige attitude en vaardigheden m.b.t. het gebruik van meetinstrumenten en gestandaardiseerde dataverzameling”.

Tabel 1: vragen over attitude en kennis klinimetrie		Gemiddelde score (sd) min-max
1	De attitude van de behandelaren m.b.t. gebruik van meetinstrumenten is verbeterd (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	5.3 (2.4) 0-9
2	De behandelaren hebben meer kennis over het toepassen van klinimetrie (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	4.8 (2.3) 0 - 9
3	De behandelaren zijn overtuigd van de (meer)waarde van gebruik van meetinstrumenten (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	6.5 (2.4) 0-10
4	De behandelaren zijn overtuigd van de (meer)waarde van gebruik van gestandaardiseerde dataverzameling (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	6.5 (2.4) 0-10
5	De behandelaren gebruiken de meetinstrumenten uit de NDP dataset (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	5.2 (3.2) 0-10
6	De behandelaren kunnen de gegevens van de meetinstrumenten uit de NDP dataset op de juiste wijze interpreteren. (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	5.2 (2.7) 0-10
7	De attitude van de manager/ het management m.b.t. het gebruik van meetinstrumenten is verbeterd (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	6.1 (2.1) 0-9
8	De manager/het management is overtuigd van de (meer)waarde van gebruik van meetinstrumenten (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	6.9 (1.9) 0-10

Uit de antwoorden in tabel 1 blijkt dat de attitude en kennis over klinimetrie maar beperkt is verbeterd. Er zijn grote verschillen tussen de deelnemers gezien de range van scores. De eerste reacties na de scholing waren positief. De grote range van scores is o.a. te verklaren door het verschil in kennisniveau over klinimetrie tussen de deelnemers. Sommige deelnemers gaven aan dat de inhoud al bekend was, anderen gaven aan dat de informatie helemaal nieuw voor hen was. Mogelijk dat een scholing van 2 dagdelen voor sommige deelnemers daarom te weinig is geweest. Het lijkt zinvol om voor eventuele toekomstige projecten scholing nog beter af te stemmen op kennisniveau en/of informatiebehoefte van de deelnemers.

De mening dat het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten een meerwaarde heeft is positief. Echter niet in alle instellingen worden de gegevens ook ingezet tijdens het behandelproces. Sommige instellingen geven aan dat dit onderdeel de volgende stap is in hun implementatieproces. In eerste instantie is men vooral bezig geweest met het organiseren van de dataverzameling zelf. Nu dit naar behoren loopt is er weer ruimte om de volgende stap te maken.

Een vaak genoemd knelpunt voor het nog niet gebruiken van de gegevens voor het klinisch behandelproces is het ontbreken van referentie- of normwaarden. De behandelaren in de verschillende teams hebben (nog) onvoldoende kennis over de betekenis van scores die voortkomen uit de NDP-set. Dit is ook terug te zien in de gemiddelde score op de vraag over het kunnen interpreteren van de gegevens van de NDP (vraag 6, tabel 1). Met de huidige verzamelde gegevens zijn referentiewaarden opgesteld (zie hoofdstuk 5 en bijlage 1) en kunnen afkappunten benoemd worden, waardoor het praktisch gebruik in de dagelijkse praktijk van de NDP-set kan verbeteren.

Positief te noemen is dat de attitude en kennis over klinimetrie bij het management positieve scores laat zien. De deelnemers ervaren dat het management ‘dataverzameling’ belangrijk vindt en dat er ook ondersteuning is vanuit het management. Uit de enquêtes blijkt wel dat de mate van ondersteuning nogal kan verschillen tussen de instellingen. Men vindt dat ‘de



managers' de benodigde tijdsinvestering om een complete bruikbare dataverzameling te realiseren onderschatten en dus te weinig tijd ter beschikking stellen of vrijmaken. Verder komt uit de eindevaluatie naar voren dat de deelnemers wel de bruikbaarheid van de NDP-set voor diverse momenten gedurende het klinisch proces als positief beoordelen (tabel 2). Men vindt de inhoud van de dataset op hoofdlijnen goed en bruikbaar. De vragen over welke meetinstrumenten moeten worden verwijderd en/of toegevoegd leveren maar beperkte informatie op. Geen meetinstrument en/of vraag hoeft blijkbaar verwijderd te worden. Een paar suggesties voor meetinstrumenten worden aangereikt om de NDP-set mee uit te breiden. De in tabel 2 genoemde meetinstrumenten zijn allemaal maar 1x genoemd. Over een eventuele toevoeging van meetinstrumenten zal nog, met de deelnemende instellingen, een besluit genomen moeten worden.

**Tabel 2: vragen over bruikbaarheid NDP set in dagelijkse praktijk**

		<b>Gemiddelde score (sd) min-max</b>
1	De inhoud van vragenlijst start is bruikbaar voor dagelijkse praktijk (0 = zeer slecht - 10= zeer goed)	<b>7.6 (1.2) 5-10</b>
2	De inhoud van vragenlijst start is bruikbaar voor de indicatiestelling voor pijnrevalidatie (0 = zeer slecht - 10= zeer goed)	<b>7.5 (1.3) 5-10</b>
3	De inhoud van vragenlijst start is bruikbaar voor het inrichten van de behandelinhoud (0 = zeer slecht - 10= zeer goed)	<b>6.9 (2.2) 0-10</b>
4	De inhoud van vragenlijst eind is bruikbaar voor evaluatie van de behandeling (0 = zeer slecht - 10= zeer goed)	<b>7.4 (1.5) 4-10</b>
	De inhoud van vragenlijst 3 en 12 maanden follow up is bruikbaar voor evaluatie van de behandeling (0 = zeer slecht - 10= zeer goed)	<b>7.3 (1.5 ( 5-10)</b>
5	Welke meetinstrumenten / vragen moeten verwijderd worden?	Geen antwoorden
6	Welke meetinstrumenten /vragen moeten toegevoegd worden?	TampaSchaal voor Kinesiophobie (TSK), Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), FCE tiltest, RAND36 in zijn geheel

Ook patiënten vinden het gebruik van de NDP-set positief. In eerdere proefimplementatie van de NDP-set bij 7 instellingen heeft er ook een patiëntenevaluatie plaatsgevonden. Het gebruiken van de gegevens tijdens het revalidatieproces cq. het bespreken van de gegevens met de patiënt wordt door patiënten juist als erg belangrijk gevonden.

De enquête omvatte vijf onderdelen: sociodemografische gegevens, de pijnklachten, de hanteerbaarheid van de vragenlijst, de belangrijkheid van invullen van een vragenlijst en de wijze van aanbieden/invullen. In totaal hebben 90 patiënten met chronische pijn de enquête ingevuld. Uit de antwoorden (rapportcijfer tussen 0-10) van de patiënten blijkt dat:

- de vragen voldoende helder geformuleerd waren (gem. 7.9 ±1.4).
- de vragen in begrijpbare taal geschreven waren (gem. 8 ±1.5).
- alle vragen zinvol voor chronische pijn waren (gem. 7.6±1.5).
- men het belangrijk/zinvol vond om gegevens over hun pijn in een vragenlijst te kunnen weer te geven (gem. 8.6 ±1.5).

Voorbeeld opmerking belangrijkheid/zinvolheid:

“Omdat ik nogal eens iets vergeet te vertellen, dan staat het nu al op papier. Op deze manier kan ik niets vergeten “

- patiënten schriftelijk vragenlijst invullen prettig om te doen (gem. 6.6±2.3), de grootste groep (50%) had een voorkeur voor schriftelijk invullen t.o.v. invullen op een PC.
- patiënten het heel belangrijk vinden dat de uitkomsten in een eerste consult of bij aanvang van de behandeling besproken worden (gem. 8.7 ± 1.4).
- patiënten gemiddeld 21 minuten (±17) nodig hadden om de NDP-set in te vullen
- 2% van de patiënten de invultijd te lang vond.

De conclusie van de enquête was dat patiënten het overwegend positief vinden om een vragenlijst bij aanmelding of start van behandeling in te vullen. Het invullen van vragenlijst biedt de gelegenheid om op een rustige manier alle aspecten van het pijnprobleem te benoemen. Het geeft voor behandelaren en ook voor patiënten zelf in- en overzicht van de problemen die spelen. De invultijd vindt de meerderheid niet te lang en patiënten vullen het liefst de vragenlijst thuis in. Patiënten vinden het belangrijk dat resultaten van de lijst en/of interpretaties vanuit behandelteam met hen worden doorgesproken. Dit laatste lijkt in de dagelijkse praktijk nog onvoldoende plaats te vinden en verdient dus extra aandacht bij verdere voortzetting van de dataverzameling

## Doelstelling 2.

“Het inrichten van een infrastructuur om te komen tot structurele dataverzameling op lange termijn”.

Uit de antwoorden in tabel 3 blijkt dat in het merendeel van de instellingen de dataverzameling, in ieder geval deels, is gerealiseerd. Er is in de meeste instellingen een verantwoordelijke persoon voor de dataverzameling aangewezen. De dataverzameling wordt in de meeste instellingen uitgevoerd door secretaresses of administratief medewerkers al dan niet in combinatie met zorgprofessionals.

Tabel 3: vragen over inrichten infrastructuur/ organisatie dataverzameling		Gemiddelde score (sd) min-max
1	De dataverzameling in ons centrum is een structureel onderdeel van het pijnrevalidatieproces/programma (0= helemaal niet - 10 = helemaal gerealiseerd)	6.8 (2.8) 0-10
2	In ons centrum is een persoon ( of meerdere personen) als dataverzamelaar aangesteld (ja/nee)	80% ja
3	De dataverzameling wordt uitgevoerd door ( meerdere antwoorden mogelijk) :	
	- een of meerdere secretaresses /administratief medewerkers	68%
	- een of meerdere behandelaren	60%
	- een of meerdere verpleegkundigen	4%
	- oproepkrachten / studenten	1%

## Doelstelling 3.

“Inzicht te krijgen in de meest efficiënte en doelmatige manier van dataverzameling”.

De deelnemers konden zelf beslissen met welk systeem men de data wilde verzamelen en registreren. Vanuit de projectgroep zijn 2 systemen aangereikt; klinilyzer en pijndossier.nl. Klinilyzer is een product van de firma VIR en is te koppelen aan Ecaris, een planning- en registratiesysteem, dat in de revalidatiecentra standaard gebruikt wordt. De uitvoer en gebruik zijn door de instellingen zelf te regelen en aan te passen. Er is een directe bewerking van de scores en de gegevens zijn in te zien door de behandelaren. Nadelen van dit systeem zijn de aanschaf van extra modules (en dus kosten) om alle gewenste functies/mogelijkheden te kunnen uitvoeren zoals een exportmodule en om gegevens vanaf thuis of een buitenlocatie te verzamelen. Daarnaast is het lastig om de gegevens op groepsniveau (alleen via de extra exportmodule) naar een ander programma (bv.SPSS of Excel) voor analyses om te zetten.

Pijndossier.nl is een webbased dataverzamelsysteem van de firma Fastguide.

De gegevens kunnen thuis of op afdeling zelf ingevuld worden door de patiënt, er is een directe bewerking van scores en de scores zijn direct beschikbaar/inzichtelijk voor de behandelaren. De gegevens kunnen gemakkelijk omgezet worden naar algemene bestanden (in Excel), waarmee actuele overzichten van alle patiënten gegenereerd kunnen worden. De tijdsinvestering om vragenlijsten naar patiënten te sturen en/of klaar te zetten voor invullen binnen centrum is relatief laag. Het is een onafhankelijk systeem wat in elke instelling, ongeacht de aanwezige software pakketten gebruikt kan worden. Nadeel is dat er (nog) geen koppeling mogelijk is met Ecaris en/of het elektronisch patiëntendossier. Een ander nadeel kan zijn dat patiënten thuis geen PC hebben waardoor thuis invullen niet mogelijk is.

<b>Tabel 4: vragen over de efficiëntie van de manieren van dataverzameling</b>		
		<b>Gemiddelde score (sd) min-max</b>
1	Pijndossier is een efficiënt systeem om data te verzamelen. 0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal	<b>6.5 (2.1)</b>
2	Klinilyzer is een efficiënt systeem om data te verzamelen. 0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal	<b>4.8 (4.6)</b>
3	Ons 'eigen systeem' is een efficiënt systeem om data te verzamelen. 0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal	<b>0</b> <b>systeem is gestopt</b>
4	Per patiënt is de gemiddelde tijdsbesteding in minuten om data te verzamelen mbv vragenlijst aanmelding/start:	<b>25 minuten (22) 4-60</b>
5	Per patiënt is de gemiddelde tijdsbesteding in minuten om data te verzamelen mbv vragenlijst einde:	<b>20 minuten (18) 3-60</b>
6	Per patiënt is de gemiddelde tijdsbesteding in minuten om data te verzamelen mbv vragenlijst 3 mnd:	<b>18 minuten (16) 2-60</b>
7	Per patiënt is de gemiddelde tijdsbesteding in minuten om data te verzamelen mbv vragenlijst 12 mnd:	<b>14 minuten (9) 3-30</b>

De deelnemers die pijndossier (n= 25) hebben geven de efficiëntie van het systeem gemiddeld een voldoende, dit i.t.t.Klinilyzer. In 1 instelling is gewerkt met een eigen dataverzamelsysteem. Dit is lopende het project stopgezet omdat het niet voldeed aan de gewenste eisen (tabel 4).

In het algemeen vonden de deelnemers de inhoud van de NDP-dataset passend bij hun opvattingen over pijnrevalidatie. Echter de toevoeging van de performance testen stuitte op veel bezwaren. Naast inhoudelijke bezwaren: “de test meet fysieke conditie en dat strookt niet met de uitgangspunten van een gedragsgeoriënteerde pijnrevalidatie” of “we trainen fysieke conditie niet” was er m.n. ook bezwaar tegen de tijdsinvestering die de afname van de testen zou kosten. Ondanks een toelichting over de toegevoegde waarde (ook bij gedragsgeoriënteerde pijnrevalidatie) van de testen en aanpassingen vanuit de projectgroep om de testafname te vereenvoudigen (lees korter te maken), zijn deze testen maar in een beperkt aantal instellingen (n=10 (6 ziekenhuizen en 4 revalidatiecentra)) afgenomen. Afspraak is dat naar aanleiding van de gegevens verzameld door een aantal centra opnieuw beoordeeld wordt door de deelnemers of de afname van deze testen van toegevoegde waarde is voor pijnrevalidatie, aangezien die wel passen in het biopsychosociaal model waarop pijnrevalidatie gebaseerd is.

#### Doelstelling 4.

“Het afnemen van de NDP dataset voor en na de behandeling en 3 en 12 maanden na beëindiging revalidatie bij minstens 80% van alle patiënten in behandeling”.

		Percentage
1	Bij hoeveel procent van alle patiënten lukt het nu om vragenlijst start af te nemen:	<b>82 (26) 0-100</b>
2	Bij hoeveel procent van alle patiënten lukt het nu om vragenlijst einde behandeling af te nemen:	<b>64 (28) 0-100</b>
3	Bij hoeveel procent van alle patiënten lukt het nu om vragenlijst 3 maanden af te nemen:	<b>43 (36) 0-100</b>
4	Bij hoeveel procent van alle patiënten lukt het nu om vragenlijst 12 maanden af te nemen:	<b>25 (31) 0-100</b>

Het verzamelen van gegevens met de NDP-dataset lukt voor het overgrote deel bij aanmelding of start behandeling. De dataverzameling bij einde behandeling en na 3 en 12 maanden follow-up wordt beduidend minder vaak gerealiseerd. Als redenen worden genoemd: a) het niet precies of tijdig weten wanneer de behandeling stopt waardoor de afname niet ingepland wordt en b) er minder animo is bij de patiënt om na afloop nog een keer de vragenlijsten in te vullen. Het sturen van herinneringen of patiënten telefonisch benaderen kost dan veel tijd en op een gegeven moment staakt men de pogingen om de data alsnog te verkrijgen.

Bij de follow-up metingen is de respons nog lager. Dezelfde redenen als bij de meting na afloop van de behandeling worden hiervoor genoemd. Daarnaast is kan de dataverzameling op lange termijn bij Klinilyzer alleen uitgevoerd worden d.m.v. versturen van enquêtes per post. Dit betekent dat patiënten deze moeten invullen en retourneren waarna een dataverzamelaar deze gegevens moet overzetten in Klinilyzer. Met pijn dossier kan patiënt wel via mail gevraagd worden om de vragenlijsten in te vullen.

Uit de evaluaties in het algemeen en ook uit de landelijke bijeenkomsten blijkt dat de meest betrouwbare manier om alle gegevens op elk meetmoment te verzamelen het afnemen van de NDP-set binnen de instelling is. Daarbij heeft rechtstreekse invoer in digitaal systeem de voorkeur boven invullen op papier. Patiënten kunnen in een aparte ruimte via een computer de vragenlijst invullen. Er is dan steeds een persoon in de buurt om eventuele vragen of knelpunten op te lossen. Na het invullen in de instelling zelf kan snel gecontroleerd worden of alle gegevens ingevuld zijn. Dit kost de minste tijd om te komen tot een complete, ingevulde dataset. Wel moet voor deze werkwijze een ruimte met PC beschikbaar zijn. De eindmetingen kunnen gepland worden in de laatste behandelweek. Daardoor is het mogelijk om een complete voor en nameting te realiseren. Missende waarden of gegevens kunnen meteen gecontroleerd worden en patiënt kan deze dan aanvullen. Voor de lange termijn metingen kan het invullen eveneens gekoppeld worden aan terugkomdagen en/of controlebezoeken bij de arts. Echter niet bij alle behandelprogramma's vindt er een standaard nacontrole plaats. Dan is de methode van webbased dataverzamelen, waarbij de patiënt thuis kan inloggen en de NDP-set kan invullen het meest geschikt.

## Doelstelling 5.

“Het op uniforme wijze inzichtelijk maken van de inhoud, werkwijze en inzet van middelen van behandelprogramma's aangeboden door de verschillende instellingen”.

De deelnemende instelling is gevraagd om hun behandelprogramma te beschrijven in een door de projectgroep aangereikt format, het zogenaamde logic model. Bij de eerste landelijke bijeenkomst zijn de resultaten van de eerste beschrijvingen teruggekoppeld en besproken. Er was sprake van een gebrek aan eenduidige terminologie om bepaalde processen te definiëren. Er was vooral veel variatie in gebruikte terminologie in de beginfase van het revalidatie proces. Termen als intake, screening en observatie nazorg etc. werden verschillend gebruikt en uitgewerkt.

Om enige uniformiteit in de beschrijvingen aan te brengen heeft de projectgroep een aantal voorstellen gedaan voor definities/omschrijvingen van de diverse fasen in het revalidatieproces van pijnpatiënten. Op basis van deze definities/omschrijvingen zouden de deelnemers dan hun 'logic model' voor de pijnrevalidatieprogramma's kunnen invullen. Er zijn definities/omschrijvingen geformuleerd voor start revalidatieproces (de aanmeldfase, de screeningsfase, de observatiefase), de behandelfase en de nazorgfase (zie kaders ).

### Aanmeldfase

Fase van aanmelding via (schriftelijke) verwijzing van een patiënt voor pijnrevalidatie waarin aanmelding en/of verwijzing geaccordeerd wordt. In deze fase kunnen gegevens, zoals de NDP-vragenlijst start, opgevraagd/verzameld worden ten behoeve van eerste contact.

### Screeningsfase

Fase waarin besloten wordt of er wel of geen pijnrevalidatie plaats gaat vinden. Er worden in deze fase nog geen of slechts globale behandeldoelen opgesteld. Vaak gebruikte termen voor een dergelijke activiteit zijn: intake, medische diagnostiek, indicatiestelling, triage, pijncarousel etc.. De inrichting van deze fase kan op diverse manieren georganiseerd worden in zowel mono- als multidisciplinaire werkwijzen.

### Observatiefase

De observatiefase is in twee onderdelen opgesplitst. Beide onderdelen kunnen in combinatie of apart van elkaar aangeboden worden.

a. Probleeminventarisatie: Deel van de observatiefase waarin door de disciplines van het team vastgesteld wordt wat het kernprobleem is, wat de doelen zijn en wat de inhoud van de pijnrevalidatiebehandeling moet zijn. Het eindproduct is een multidisciplinair behandelplan waarin is opgenomen: het kernprobleem/ de probleemanalyse, revalidatiedoelen (patiënt en team) en de therapeutische middelen.

b. Voorbereiding revalidatie: Deel van de observatiefase activiteiten worden aangeboden gericht op het voorbereiden van de patiënt op pijnrevalidatie. Dit kunnen activiteiten zijn zoals gerichte uitleg/voorlichting over pijn en/of revalidatie en/of ander voorwaarde scheppende activiteiten om de bereidheid van patiënt voor revalidatie te faciliteren.

### Behandelfase

De fase van uitvoeren van het opgestelde multidisciplinaire behandelplan om gestelde doelen van patiënt te realiseren, In deze fase kan een onderverdeling gemaakt worden in een aanleer- of startfase, een toepassingfase en een generalisatiefase in het leren omgaan met pijn. Een behandelplan kan bestaan uit:

- 1. een combinatie van verschillende behandelmethoden gegeven door verschillende disciplines. (daar waar behandelmethode staat kan ook staan behandeling of therapie)
- 2. een combinatie van behandelmodules. Een behandelmodule wordt gedefinieerd als een geheel van op elkaar afgestemde professionele activiteiten binnen een behandelprogramma gericht op een hulpvraag/ behandeldoel van de individuele patiënt. Een behandelmodule is een onderdeel van het behandelplan. Een criterium is dat het effect van de behandelmodule ook afzonderlijk van totaal behandelplan evalueerbaar is.
- 3. een combinatie van behandelmodules en losse behandelmethoden.

De behandelfase eindigt als de bij de start afgesproken (oorspronkelijke) multidisciplinaire inbreng stopt om de vooraf opgestelde doelen van de patiënt te realiseren. Op dat moment dient de eindmeting plaats te vinden (moment afname NDP-eind).

Het continueren van enkelvoudige behandelingen behoort niet tot de behandelfase (zie definitie van pijnrevalidatie). Het uit “verlegenheid” continueren van de zorg omdat patiënt wacht op overdracht naar andere setting en of omdat er plaats, ruimte etc. is, wordt eveneens niet beschouwd als voortzetting van het oorspronkelijke behandelplan.

### Nazorgfase

Fase, na beëindiging behandeling, waarin cliënt begeleid wordt in het onderhouden en/of uitbreiden van gerealiseerde winst (behandelresultaat). Er worden geen specifieke therapeutische interventies meer ingezet om specifieke doelstellingen te realiseren. Dit onderdeel hoort daarom niet tot de directe behandelfase. Het is zinvol om te benoemen of er een dergelijke nazorgfase aan een behandelprogramma gekoppeld is omdat een dergelijk onderdeel mogelijk invloed heeft op de follow-up metingen 3 en 12 maanden. Er worden echter geen specifieke meetmomenten gedefinieerd om eventuele effecten van dergelijk traject te meten. In het logic model wordt geregistreerd of er een dergelijk nazorgtraject standaard aangeboden wordt of niet, en kort benoemd wat inhoud is.

Deze omschrijvingen zijn aan de deelnemers voorgelegd en deze hebben zich ook bereid verklaard deze te hanteren. Echter daarmee zijn deze omschrijvingen en definities niet officieel erkende en te hanteren definities voor het beschrijven van pijnrevalidatieprogramma's in Nederland. Deze definities kunnen daar wel aanleiding toe geven en zullen dan door o.a. de WPN, als zijnde de expertgroep op gebied van chronische pijn binnen de vereniging voor revalidatieartsen (VRA) besproken en geaccordeerd moeten worden.

Doordat het invullen van het 'logic model' in eerste instantie te onduidelijk was (cq er geen definiering was van de verschillende onderdelen) en dat opnieuw invullen weer veel extra tijd kostte is dit niet in alle instellingen gerealiseerd. Een andere belemmering was dat teams hun werkwijzen ook al in andere formats moeten beschrijven die vanuit de eigen instellingen wordt opgelegd (bv. in kader van kwaliteitscertificering etc.). Daardoor was invullen logic model eigenlijk dubbel werk wat niet heeft bijgedragen aan het gebruik van de 'logic models'. Verder was de mening over de waarde van het 'logic model' ook wisselend onder de deelnemers. In sommige instellingen heeft het wel geleid tot nieuwe discussies over de gehanteerde werkwijze en inhoud en heeft dit geleid tot een herorientatie op de iegen uitgangspunten van het pijnprogramma.

De projectgroep is er niet in geslaagd om gedurende de looptijd van het project een eenduidige beschrijving in de vorm van een 'logic model te realiseren. Het boogde doel om meer transparantie te creëren en behandelprogramma's op "zwaarte" (hoeveelheid therapie-uren) te kunnen indelen is dan ook niet gelukt. Dit punt blijft voor de toekomst wel van belang omdat de (kosten)effectiviteit per pijnprogramma belangrijker is dan een algemeen beeld van effectiviteit. Zoals genoemd dienen er landelijk afspraken gemaakt te worden over de beschrijving en definiering van pijnrevalidatieprogramma's.

**Tabel 6: vragen over beschrijven behandelprogramma**

		Gemiddelde score (sd) min-max
1	Het logic model is een goede manier om proces en inhoud te beschrijven (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	6.1(2.0) 2-10
2	Het logic model heeft bijgedragen aan een beter inzicht in de eigen behandelprogramma's (0= helemaal niet - 10 = helemaal optimaal)	5.5 (2.8) 0-10

Een algemene conclusie is dat er veel variatie bestaat m.b.t. de inhoud en werkwijze binnen reguliere pijnrevalidatieprogramma's. Een adequate vergelijking tussen effecten van de verschillende behandelprogramma's is daardoor niet goed mogelijk. Het is aan te bevelen in de toekomst de verschillende fasen en inhoud van deze fasen uniform te beschrijven en toe te werken naar veel meer eenduidigheid in behandelprotocollen.

## **Doelstelling 6.**

"Het inzichtelijk te maken wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen de patiënten verwezen naar de revalidatiecentra en afdelingen revalidatie van ziekenhuizen".

De directe resultaten van de gegevens uit de dataverzameling worden gepresenteerd in hoofdstukken 4 en 5.



## Doelstelling 7.

“Het inzichtelijk maken van effecten van pijnrevalidatieprogramma in de dagelijkse praktijk”.

De huidige gegevens worden, zoals al eerder genoemd, nog onvoldoende gebruikt door de deelnemers in het dagelijkse behandelproces. Dit geldt zowel voor indicatiestelling, evaluatie van voortgang en/of eindevaluatie. Belangrijke reden is dat gegevens door de gebruikte systemen (pijndossier en klinilyzer) onvoldoende inzichtelijk of niet structureel ingebed kunnen worden in de patiëntendossiers. Daarnaast is interpretatie van gegevens nog onduidelijk door het ontbreken van eigen referentiewaarden.

		<b>Gemiddelde score (sd) min-max</b>
1	De gegevens van de vragenlijst aanmelding/start worden gebruikt voor selectie/indicatie stelling bij aanmelding. (0= bij geen enkele patiënt - 10 = bij elke patiënt)	<b>4.6 (4.3) 0-10</b>
2	De gegevens van de vragenlijst start worden gebruikt voor opstellen van het behandelplan. (0= bij geen enkele patiënt - 10 = bij elke patiënt)	<b>3.3 (3.5) 0-10</b>
3	De gegevens van de vragenlijst eind worden gebruikt voor evaluatie van het behandelresultaat. (0= bij geen enkele patiënt - 10 = bij elke patiënt)	<b>2.8 (3.3) 0-10</b>
4	De gegevens van de vragenlijst 3 en 12 maanden worden gebruikt voor evaluatie van het behandelresultaat. (0= bij geen enkele patiënt - 10 = bij elke patiënt)	<b>1.7 (2.8) 0-10</b>
5	Het behandelteam heeft nu inzicht in de gemiddelde resultaten van haar behandeling (0 = helemaal niet - 10= helemaal optimaal)	<b>3.1 (3.1) 0-10</b>
6	Het behandelteam heeft nu inzicht in de kenmerken van de patiënten die verwezen worden voor pijnrevalidatie (0 = helemaal niet - 10= helemaal optimaal)	<b>3.6 (3.1) 0-10</b>

## Doelstelling 8.

“Het inrichten van een landelijke database voor chronische pijn”.

De meerwaarde voor een gestandaardiseerde dataverzameling wordt door de deelnemers gezien. Het gezamenlijk continueren en uitbreiden van de NDP-set wordt als belangrijk gezien voor de toekomstige ontwikkeling van pijnrevalidatie. De meerderheid van de deelnemers (80%) geeft aan mee te willen werken aan een permanente landelijke dataverzameling.

		<b>Gemiddelde score (sd) min-max</b>
1	Het continueren en/of uitbreiden van een gezamenlijke dataverzameling is belangrijk voor de verdere toekomstige doorontwikkeling van pijnrevalidatie (0 = helemaal niet mee eens - 10= helemaal mee eens)	<b>7.8(1.6) 4-10</b>
2	Wij als team / instelling willen meedoen aan een permanente landelijke database voor pijn. (ja of nee)	<b>Ja 80%</b>

## Doelstelling 9.

“Het genereren en beantwoorden van onderzoeksvragen voor wetenschappelijke studies aan de hand van de landelijke dataset”.

Tabel 9: vraag over wetenschappelijk onderzoek met NDP set

		Gemiddelde score (sd) min-max
1	De huidige dataset kan gebruikt worden voor het beantwoorden van wetenschappelijke vragen (0 = helemaal niet - 10= helemaal optimaal)	6.5 (2) 0-10

De deelnemers zijn redelijk positief over de mogelijkheden om met de huidige dataset wetenschappelijke vragen te beantwoorden. Er zijn ook al verzoeken bij de projectgroep binnengekomen. De waarde van de dataset blijft echter afhankelijk van de compleetheid van de verzamelde gegevens. Willen de deelnemers meer wetenschappelijke vragen gaan beantwoorden in de toekomst dan zal de compleetheid van de aangeleverde data verbeterd moeten worden.

## Doelstelling 10.

“Het inrichten van regionale netwerken van samenwerkende pijn(revalidatie)teams”.

Het huidige implementatieproject had als bijbedoeling dat er meer inhoudelijke uitwisseling van kennis, binnen de regio's zou plaatsvinden. De verwachting was dat door gezamenlijke scholing en landelijke of regionale bijeenkomsten de deelnemers elkaar leren kennen en de voor- en nadelen van hun werkwijzen met elkaar gaan bespreken. Gedurende de looptijd van het project zijn er 3 landelijke bijeenkomsten georganiseerd. Deze zijn telkens door ongeveer 50 deelnemers uit de verschillende instellingen bezocht. Tijdens de eerste NDP-dag (1 april 2011) is uitvoerig stilgestaan bij de verschillende manieren van dataverzameling en de ervaren knelpunten, de uitvoering van de performance testen en de invulling van de logic models. Tijdens de 2e landelijke NDP-dag (13 februari 2012) zijn de eerste voorlopige resultaten besproken en zijn er eerste voorlopige referentiewaarden opgesteld. Tevens is besproken hoe continuering van de dataverzameling na afronding van dit project in het najaar 2012 zou moeten gaan plaatsvinden. Tijdens de laatste bijeenkomst (25 oktober 2012) zijn de eindresultaten bediscussieerd. Ondanks dat er steeds met veel enthousiasme tijdens de bijeenkomsten de inhoud en werkwijzen bediscussieerd zijn heeft dit niet geleid tot extra of andere contacten daarbuiten. De deelnemers geven aan dat de focus lag op het interne proces en samenwerking e.d. op dit moment geen prioriteit had.

Tabel 10: vragen over regionale samenwerking

		Gemiddelde score (sd) min-max
1	Door deelname aan het NDP-project is er meer kennis over regionale partners op gebied van pijnrevalidatie ontstaan 0 = helemaal niet - 10= helemaal optimaal	4.4 (2.5) 0-8
2	Door deelname aan het NDP-project is er meer samenwerking in de regio ontstaan op gebied van pijnrevalidatie 0 = helemaal niet - 10= helemaal optimaal	2.6 (2.4) 0-7

## Doelstelling 11.

“Het opstellen van een implementatierichtlijn voor implementeren van nieuwe datasets in andere domeinen van de revalidatie”.

Leren van eerdere ervaringen is het idee. Vooraf is gesteld dat de ervaringen van dit implementatieproject op gebied van meetinstrumenten bruikbaar kunnen zijn voor vervolg trajecten. Doelstelling was om een richtlijn op te stellen. Of de ervaringen met het huidige implementatieproject gebruikt kunnen worden wordt als redelijk positief door de deelnemers gescoord. De aanbevelingen die de projectgroep doet (zie bijlage 1) kunnen door andere partijen gebruikt worden, zonder dat de projectgroep de pretentie heeft daarmee een richtlijn te kunnen en willen opstellen. Deze vooraf geformuleerde doelstelling was wellicht te ambitieus van opzet gezien de aard van het project en de beperkte begeleidingsmogelijkheden vanuit de projectgroep.

**Tabel 11: vraag over adviezen t.a.v. implementeren andere datasets**

		<b>Gemiddelde score (sd) min-max</b>
1	De ervaringen met de Nederlandse Dataset kunnen gebruikt worden voor implementeren van andere datasets binnen de revalidatie in het algemeen. 0 = helemaal niet - 10= helemaal optimaal	<b>6.5 (1.7) 3-10</b>

## 4. Kenmerken patiënten

### 4.1 Algemeen

Van 8381 patiënten met chronische pijnklachten zijn bij aanmelding of voorafgaand aan de start van de behandeling gegevens m.b.v. de NDP-set verzameld. Het merendeel (n=5700, 68%) van de data is afkomstig van patiënten verwezen naar een revalidatiecentrum (RC). De overige 2681 patiënten werden verwezen naar een afdeling revalidatie in een ziekenhuis (ZH). De gegevens verzameling is niet 100% compleet. Bij alle vragen en/of meetinstrumenten zijn missende waarden geconstateerd.

Bij de meeste vragen is het aantal missende waarden lager dan 10%. Enkele vragen scoren een hoger percentage missende waarden. In tabel 12 staan de vragen met antwoordcategorie weergegeven. Waarom deze vragen vaker niet ingevuld worden is niet duidelijk. Mogelijk moet opnieuw naar formulering vraag en/of antwoordopties gekeken worden om deze vragen beter te formuleren of om aan te geven wanneer patiënt deze vraag wel of niet moet invullen.

<b>Tabel 12: vragen met missende waarden &gt; 10% deel 1</b>	<b>%</b>
Hebben zich in het verleden ingrijpende gebeurtenissen voorgedaan die betrekking hebben op uzelf, uw gezin of uw familie? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	11.1
Krijgt u hulp bij de uitvoering van uw dagelijkse activiteiten van anderen i.v.m. de pijnklachten? <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, van partner, gezinslid/leden of familie/vrienden <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> meerdere malen per dag</li> <li><input type="radio"/> 1x per dag, elke dag</li> <li><input type="radio"/> per dag meerdere keren per week, maar niet elke dag</li> <li><input type="radio"/> 1x per week</li> <li><input type="radio"/> 1x per maand, maar niet elke week</li> </ul> <input type="radio"/> ja, van betaalde hulp (bijv. thuiszorg) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> meerdere malen per dag</li> <li><input type="radio"/> 1x per dag, elke dag</li> <li><input type="radio"/> per dag meerdere keren per week, maar niet elke dag</li> <li><input type="radio"/> 1x per week</li> <li><input type="radio"/> 1x per maand, maar niet elke week</li> </ul> <input type="radio"/> ja, andere hulp, namelijk <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> meerdere malen per dag</li> <li><input type="radio"/> 1x per dag, elke dag</li> <li><input type="radio"/> per dag meerdere keren per week, maar niet elke dag</li> <li><input type="radio"/> 1x per week</li> <li><input type="radio"/> 1x per maand, maar niet elke week</li> </ul>	13.3
Lopen er momenteel nog (juridische) bezwaar- of beroepsprocedures die verband houden met uw klachten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	13.0
Zijn er in het verleden bezwaar- of beroepsprocedures geweest, die verband houden met uw klachten, die inmiddels zijn beëindigd? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	13.6

Tabel 12: vragen met missende waarden > 10% deel 2	%
Straalt de pijn uit? <input type="radio"/> nooit <input type="radio"/> soms <input type="radio"/> regelmatig <input type="radio"/> continu	18.6
Wat doet u in het dagelijks leven? <input type="radio"/> fulltime loondienst, eigen bedrijf, free lance werkend <input type="radio"/> parttime loondienst, eigen bedrijf, free lance werkend <input type="radio"/> schoolgaand/studerend <input type="radio"/> onbetaald werk, vrijwilligerswerk of het huishouden <input type="radio"/> gepensioneerd of VUT <input type="radio"/> werkloos <input type="radio"/> anders, namelijk	17.9
Heeft u momenteel een uitkering of heeft u zich ziek gemeld? <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> volledig ziek gemeld <input type="radio"/> gedeeltelijk ziek gemeld <input type="radio"/> volledig WAO/WIA-IVA/zelfstandige AOV/ WAJONG regeling <input type="radio"/> gedeeltelijk WAO/WIA-IVA/zelfstandige AOV/ WAJONG regeling <input type="radio"/> volledige WW-uitkering <input type="radio"/> gedeeltelijke WW-uitkering <input type="radio"/> anders, namelijk	21.0
Hoe vaak gebruikt u gemiddeld genomen pijnmedicatie? <input type="radio"/> zelden of nooit <input type="radio"/> 1 maal of minder per maand <input type="radio"/> 1 tot 3 maal per maand <input type="radio"/> 1x per week <input type="radio"/> 2 tot 6 maal per week <input type="radio"/> 1x per dag <input type="radio"/> meer dan 1x per dag	23.9
Wordt u in uw dagelijkse bezigheden/activiteiten beperkt door ander klachten dan pijn? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	21.2
Hoeveel uren werkt/studeert u normaliter? <input type="radio"/> 0 uur <input type="radio"/> 1 tot 8 uur <input type="radio"/> 8 tot 16 uur <input type="radio"/> 16 tot 24 uur <input type="radio"/> 24 tot 32 uur <input type="radio"/> 32 tot 40 uur <input type="radio"/> 40 tot 48 uur <input type="radio"/> 48 tot 56 uur <input type="radio"/> 56 tot 64 uur <input type="radio"/> 64 uur en meer	26.1
Hoeveel uren werkt /studeert u momenteel? <input type="radio"/> 0 uur <input type="radio"/> 1 tot 8 uur <input type="radio"/> 8 tot 16 uur <input type="radio"/> 16 tot 24 uur <input type="radio"/> 24 tot 32 uur <input type="radio"/> 32 tot 40 uur <input type="radio"/> 40 tot 48 uur <input type="radio"/> 48 tot 56 uur <input type="radio"/> 56 tot 64 uur <input type="radio"/> 64 uur en meer	27.9

Kijken we naar de eindscores van meetinstrumenten/vragenlijsten die zijn opgenomen in de NDP-set dan is percentage missende eindscores groter dan bij de enkelvoudige algemene vragen. Dit komt o.a. omdat er geen eindscore berekend wordt als een item niet is ingevuld bij vragenlijsten met meerdere vragen. Patiënten kunnen nog wel eens een vraag per ongeluk overslaan of bewust niet invullen. In het databestand is dat ook terug te zien, veel patiënten hebben soms 1 of 2 items niet ingevuld. Dit zou mogelijk verbeterd kunnen worden door de digitale dataverzamelsystemen zo in te richten dat men niet verder kan met invullen als men een vraag open laat. Het niet invullen van 1 vraag of antwoord geldt niet voor de scores van de meetinstrumenten voor pijn en vermoeidheid. Hier hoeft patiënt maar 1 antwoord (getal tussen 0-10) aan te geven. Deze meetinstrumenten laten dan ook de laagste missende waarden zien. Voor de overige meetinstrumenten geldt wel dat deze uit meerdere vragen bestaan. Anderzijds kan de inhoud van de vragen van invloed zijn. Bekend is dat vragen over intieme relaties en/of seksualiteit slechter ingevuld worden door personen. De percentages missende eindscores per meetinstrument zijn weergegeven in tabel 13. Een eindscore kan ontbreken doordat 1 item niet is ingevuld of dat de hele vragenlijst niet is ingevuld. In tabel 13 staat weergegeven het aantal missende eindscores ( ongeact of dit op basis van 1 missend item is of op helemaal geen ingevulde vragenlijst)

De Pijn Catastrofen Schaal (PCS) en de Credibility Expectancy Questionnaire (CEQ) hebben de meeste missende waarden. Dit komt doordat deze vragenlijsten later zijn toegevoegd aan de set en de percentages missende waarden zijn gebaseerd op totaal aantal patiënten. Daardoor zijn deze meetinstrumenten relatief vaker niet ingevuld. Daarnaast was de CEQ voor patiënten moeilijker in te vullen op het moment van aanmelding. Patiënten weten dan nog niet wat de inhoud van de behandeling is en kunnen dan ook nog niet een goede inschatting maken van de werkzaamheid van de behandeling. Het is dan ook aan te bevelen om deze vragenlijst pas na start behandeling af te nemen in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> behandelweek.

<b>Tabel 13 overzicht missende waarden per meetinstrument</b>	<b>%</b>
Hoe hevig was uw pijn (gemiddeld) de afgelopen week (7 dagen)? 0-10 schaal,	20
Hoe hevig was uw pijn op de slechtste momenten in de afgelopen week (7 dagen)? 0-10 schaal	20
Was u de afgelopen week vermoeid? 0-10 schaal	25
Pain Disability Index, 7 vragen	36
Fysieke Functioneren RAND36, 10 vragen	38
Rolpatroon Fysiek RAND36, 4 vragen	36
Mentale Gezondheid RAND36, 5 vragen	36
Vitaliteit RAND36, 4 vragen	37
Pijn Catastrofen Schaal, 13 vragen	40
MPI interferentie dagelijks functioneren, 9 vragen	39
Credibility Expectancy Questionnaire, 6 vragen	43

De gegevens die de behandelaren/artsen moesten vastleggen zoals, medische diagnose, WPN-indeling, vervolgtraject na intake zijn het minst goed ingevoerd. Bij maar 35% van de patiënten is een medische diagnose ingevuld, bij 28% een WPN-indeling en bij 12% is het vervolgtraject aangeduid na de intake. Bij doelstelling 2 zagen we al dat de dataverzameling vaak uitgevoerd wordt door secretaresses en/of administratieve krachten. De deelnemers geven aan dat mogelijk de gemaakte afspraken niet adequaat waren en/of dat er geen adequaat systeem is opgezet waarbij de gegevens over diagnose, WPN en vervolgtraject aangeleverd worden bij de personen die de dataverzameling organiseren cq. uitvoeren. Een andere mogelijkheid is dat de dataverzameling over teveel verschillende "schijven" verloopt waardoor het totaal overzicht (en daarmee controle) ontbreekt en er gemakkelijk gegevens "verloren" gaan of niet verzameld/geregistreerd worden. De performance testen, fietstest en traplooptest tenslotte zijn vanwege de redenen benoemd bij doelstelling 3 maar uitgevoerd bij respectievelijk 398 patiënten (4.7%) en 445 patiënten (5%).

## 4.2 Meetmoment start

In principe is het de bedoeling dat de NDP-set wordt afgenomen op moment dat een patiënt zich aanmeldt voor een (pijn) revalidatiebehandeling. De inhoudelijke gegevens kunnen ter ondersteuning gebruikt worden, tijdens eerste consult, om het vervolgtraject te bepalen.

Bij 82% van alle patiënten zijn de gegevens verzameld bij aanmelding en bij 18% van de patiënten net voor de start van de daadwerkelijke behandeling (groep starters).

In een aantal deelnemende instellingen was het niet mogelijk om de vragenlijst bij aanmelding af te nemen. De voornaamste reden was dat op dat moment nog niet duidelijk was of het een chronisch pijnpatiënt betrof. Om te voorkomen dat teveel patiënten onnodig de dataset moesten invullen heeft men ervoor gekozen om de NDP-set te laten invullen bij de start van de daadwerkelijke behandeling. In het algemeen is het in ziekenhuizen moeilijker om vooraf te bepalen of de aangemelde patiënt een chronisch pijnpatiënt is dan in revalidatiecentra. Het aandeel van ziekenhuizen in de groep starters is dan ook verhoudingsgewijs groter dan in het totale databestand (42% versus 18%).

De kenmerken van deze groep starters kunnen mogelijk anders zijn, omdat er een selectie heeft plaatsgevonden. Aangezien niet duidelijk is welke selectiecriteria in de verschillende instellingen gehanteerd worden en omdat instellingen ook verschillende selectiecriteria gebruiken zijn de meetgegevens van de eerste meting van beide groepen (aanmelding en starters) met elkaar vergeleken op mogelijke verschillen. Uit deze vergelijking valt op dat voor de meeste variabelen geen noemenswaardige verschillen gevonden worden in zowel patiëntkenmerken als klachten en scores op de meetinstrumenten. De grootste verschillen zijn gevonden voor de variabelen; verwijzer, gerapporteerde life events, diagnose en duur van klachten.

- Patiënten die starten met behandeling zijn vaker verwezen door een revalidatiearts (24.2% versus 11.5%) en zijn in het afgelopen jaar ook vaker al bij een revalidatiearts geweest (34% versus 10%). Mogelijk dat de indicatiestelling, het verrichte voorwerk (uitleg over werkwijze, behandelaanpak etc.) door een revalidatiearts meer aansluit bij de werkwijze van de revalidatiesetting waarnaar toe verwezen wordt waardoor de kans dat patiënt ook doorstroomd in behandeling groter is.
- Het aantal patiënt dat aangeeft een "life events" te hebben doorgemaakt in het verleden is hoger in de groep starters (58 versus 48%). Een verklaring is niet bekend.
- Bij patiënten die starten is vaker de diagnose "gegeneraliseerd pijn" (31.5% versus 16.2%) en de diagnose "chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" gesteld (2% versus 0.7%). Een verklaring is niet bekend.
- Het percentage patiënten met kortdurende klachten (< 6 maanden) is groter binnen de groep aanmelding (9.6% versus 5.2%) Mogelijk dat bij kortdurende klachten eerst andere behandelingen ingezet worden dan een pijnrevalidatieprogramma.
- Het percentage patiënten wat in het jaar voorafgaand aan de verwijzing onder behandeling is geweest bij een psycholoog (7.9% vs 15.9%), psychiater (2.6% vs 6.5%) of maatschappelijk werker (2.8% vs 6.2%) is hoger bij de groep patiënten verwezen naar een revalidatiecentrum.

Belangrijk is om bij deze vergelijking rekening te houden met het feit dat er geen onderscheid gemaakt kon worden tussen patiënten die aangemeld zijn en geen behandeling hebben gekregen en de patiënten die uiteindelijk wel een behandeling hebben gekregen. De registratie van het vervolgtraject na aanmelding heeft maar beperkt plaatsgevonden en is onvoldoende nauwkeurig en compleet. Van de groep aangemelde patiënten waarvan na aanmelding een vervolgtraject is aangeduid (n=1006 van de 8381) gaat 79.2% door met revalidatiebehandeling, wordt 0.5% doorverwezen voor revalidatiebehandeling in een andere instelling, krijgt 9.5% een andere behandeling dan revalidatie en 10.7% krijgt geen behandeling en wordt terugverwezen naar de verwijzer. Als deze cijfers representatief

zouden zijn voor alle patiënten die aangemeld worden dan zou ongeveer 80% van de patiënten dus een behandeling aangeboden krijgen en verklaard dit mogelijk de geringe verschillen die nu gevonden zijn tussen de 2 groepen. Dit is echter niet duidelijk en daardoor kunnen er dus ook geen harde conclusies aan deze resultaten verbonden worden. Aangezien de verschillen tussen de groep starters en aanmelders klein zijn en er geen verdere differentiatie mogelijk is, is besloten om de verdere beschrijving van de kenmerken van patiënten te beperken tot verschillen en overeenkomsten tussen de populaties in ziekenhuizen en revalidatiecentra.

De kenmerken van de patiënten worden achtereenvolgens beschreven op de domeinen sociodemografische gegevens, pijnklachten, fysiek functioneren, psychosociaal functioneren, participatie en medische consumptie. Er wordt steeds een totaaloverzicht gegeven van alle patiënten met daarnaast een onderverdeling in patiënten uit ziekenhuizen en patiënten uit revalidatiecentra. Omdat het percentages missende waarden bij elke vraag verschillend was, zijn de kenmerken benoemd op basis van absolute en relatieve percentages en niet op basis van absolute aantallen.



### 4.3 Sociodemografische gegevens

In onderstaande tabel 14 zijn de algemene patiëntgegevens beschreven. Het merendeel van de populatie chronische pijnpatiënten verwezen voor een eventuele revalidatiegeneeskundige behandeling is vrouw en van middelbare leeftijd (50% is tussen de 40 en 60 jaar oud). De meeste patiënten hebben een partner en het overgrote deel heeft de Nederlandse nationaliteit. De meest genoemde andere nationaliteiten zijn de Turkse (2.8%), de Surinaamse (2.0%) en de Marokkaanse (1.7%) nationaliteit. Alcohol en drugsgebruik zijn beperkt. Een klein gedeelte van de populatie (3%) gebruikt ten tijde van de verwijzing (soft)drugs. Sommige patiënten geven aan dat men cannabis gebruikt tegen de pijn. In de NDP-set wordt niet specifiek de reden van druggebruik (bv als pijnstiller) gevraagd. Daardoor kan geen uitspraak gedaan worden hoeveel patiënten softdrugs gebruiken tegen de pijn. Deze vraag zou wel toegevoegd moeten worden aan de NDP-set.

**Tabel 14: Sociodemografische gegevens (%)**

	Totaal n=8381	Ziekenhuizen n=2681	Revalidatie centra n=5700
Aantal vrouwen (%) <sup>#</sup>	71.5	67.5	73.1
Leeftijd gemiddeld (sd) <sup>#</sup>	43.2(12.8)	43.5(13)	42.9(12.6)
Alleenstaand (%) <sup>*</sup>	15.6	14.4	16.5
Partner (%) <sup>*</sup>	71.6	73.9	70
Woont bij ouders, ja (%) <sup>*</sup>	6.9	7.2	6.6
Thuiswonende kinderen, ja(%)	60.3	64	58.4
Kinderen gezond, ja(%)	82	87.3	79.4
NL-nationaliteit, ja(%)	86.6	91.6	84.2
Opleiding laag/midden/hoog	43.1/42.4/14.3	44.8/43.2/12.1	42.3/42.2/15.5
Drinkt u alcohol, ja(%)	44.5	48.3	42.7
> 8 glazen per week (%)	13.4	8.5	15.7
Gebruikt u drugs?			
Ooit (%)	3.3	3.5	3.3
Momenteel(%)	2.9	2.2	3.2
Wie is uw verwijzer:			
Huisarts (%)	37.5	35.4	38.5
Bedrijfsarts (%)	2.6	1.1	3.3
Neuroloog (%)	9.9	15.7	7.2
Reumatoloog (%)	14.9	13.1	15.8
Orthopeed (%)	10.1	14.0	8.4
Revalidatiearts (%)	13.7	7.9	16.4
Anesthesioloog (%)	5.1	8.2	3.7
Internist / gynaecoloog/ uroloog (%)	1.1	0.6	1.3
Psychiater (%)	0.8	0.8	0.9
Andere verwijzer (%)	2.8	2.2	3.1

<sup>#</sup> gegevens niet standaard geregistreerd bij alle centra, percentage vrouwen gebaseerd op n= 6475, gemiddelde score leeftijd gebaseerd op n=6623, <sup>\*</sup> gegevens gebaseerd op een deel van de populatie ( n=6392) door andere codering van deze vraag in 1 instelling

Ruim 1/3 van de patiënten wordt verwezen via de huisarts. Daarnaast is te zien dat in de ziekenhuizen de patiënten relatief meer doorverwezen worden via een breed scala aan medisch specialisten (neuroloog, reumatoloog, orthopeed). Naar revalidatiecentra worden patiënten het meest doorverwezen door de huisarts gevolgd door de revalidatiearts (16.4%). Bij andere verwijzers worden diverse medisch specialisten genoemd zoals de plastisch chirurg, een pijnpoli, de UWV –arts.

#### 4.4 Pijn en vermoeid

De klachten van de patiënten die verwezen worden laten een divers beeld zien, hoewel de diagnoses vrijwel allemaal klachten/aandoeningen van het bewegingsapparaat betreffen. Alle ingevulde diagnoses ( tabel 15) zijn samengevoegd in een aantal deelgebieden. Alleen de meest genoemde diagnose (> 2.5%) zijn weergegeven. Het vaakst worden diagnoses geregistreerd die betrekking hebben op lage rugpijn, gevolgd door gegeneraliseerde pijn (pijn in meerdere lichaamsdelen) en whiplash associated disorder (WAD). Bij de antwoordoptie anders is nog een heel breed scala aan diagnoses geregistreerd. Vaker genoemde diagnoses bij deze optie hadden betrekking op reumatische aandoeningen zoals reumatoïde artritis en m. bechterew. Hoewel de meeste diagnoses een locatie aanduiden blijkt dat de pijn zich maar bij een klein deel van de patiënten beperkt tot 1 lichaamslocatie.

**Tabel 15: pijnklachten: diagnose en locatie pijnklachten (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
<b>Diagnose</b>			
chronisch vermoeidheidsyndroom	1.0	1.4	0.9
fibromyalgia	15.5	11	16.7
gegeneraliseerde pijn	19.7	15.1	20.8
WAD	12.4	8.4	13.4
nekpijn	4.8	6.3	4.4
rugpijn	28.3	32.4	27.2
cervicobrachialgie	2.8	2.6	2.9
pijn in extremiteiten (onderste en bovenste)	5.9	9.4	5.1
diagnose anders	4.6	5.8	4.3
<b>Waar heeft u pijn?</b>			
Hoofdpijn	28.1	26.2	29.1
Pijn in gelaat/hals	10.0	10.2	9.8
Pijn in nek	45.0	41.9	46.5
Pijn in schouder(s)	45.5	44.2	46.2
Pijn in armen	33.5	32.1	34.2
Pijn in hand vingers	32.2	29.8	33.5
Pijn borst/buik	13.0	13.0	13.0
Pijn in rug	58.2	59.1	57.7
Pijn heup /bovenbeen	33.7	35.1	33.1
Pijn in knie	38.8	39.7	38.3
Pijn in enkel/voet	29.0	28.1	29.4
Pijn anders	14.0	12.5	14.7
Pijn in 1 locatie	14.5	11.5	15.6
Pijn in 2-5 locaties	47.5	46.4	47.3
Pijn in ≥ 6 locaties	36.0	40.4	34.2

Van alle patiënten geeft 15 % pijn aan in 1 lichaamsdeel, 47.5% heeft pijn in 2 t/m 5 lichaamsgebieden en 36% in meer dan 5 gebieden. Klachten uitgaande van de lage rug worden ook hier vaakst genoemd. De ernst van pijn en vermoeidheid is gemeten met behulp van een 11-punten schaal (0-10). Hoe hoger de score hoe ernstiger de pijn of vermoeidheid. Bij de ernst van de pijn is de gemiddelde pijn de afgelopen week en de maximale pijn de afgelopen week gemeten. Bij vermoeidheid gaat het om gemiddelde vermoeidheid afgelopen week (tabel 16). De ernst van de pijnklachten (gemiddelde pijn afgelopen week ) is hoog, 77% van de patiënten heeft een pijnscore groter dan 5 op een schaal van 0-10. Naast pijn is er ook sprake van ernstige vermoeidheidsklachten. Van alle patiënten heeft 80% van de

patiënten een vermoeidheidsscore groter dan 5 op een 0-10 punten schaal. De verschillen in ernst van pijn en vermoeidheid tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra zijn statistisch significant. Het merendeel van de patiënten heeft langer dan 1 jaar klachten, daarbij is er in duur van de klachten vrijwel geen verschil tussen ziekenhuispopulaties en patiënten uit revalidatiecentra. De klachten zijn qua locatie vrij stabiel, en patiënten rapporteren vaak dat pijn een uitstralend karakter heeft. Het merendeel van de klachten is ontstaan zonder duidelijke aanleiding en/of reden.

**Tabel 16: ernst, duur, aard en oorzaak van de pijnklachten (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Ernst pijn gemiddeld pijn afgelopen week (0-10) gemiddeld (SD)	6.7 (1.8)	6.3(1.8)	6.8(1.8)
Hevigste pijn de afgelopen week (0-10) gemiddeld (SD)	8.0(1.7)	7.7(1.7)	8.2(1.7)
Ernst van vermoeidheid afgelopen week (0-10) gemiddeld (SD)	7.0(2.2)	6.8(2.1)	7.1(2.2)
Duur 0-6 mnd	8.9	8.6	9.0
Duur 6-12 mnd	12.9	14.3	12.2
Duur 1-2 jr	17.9	19.1	17.4
Duur 2-5 jr	22.7	22.6	22.7
Duur > 5jr	37.7	35.3	38.8
Pijn op dezelfde plaats, ja%	82.7	82.4	82.9
Uitstraling, ja regelmatig/continu	67.7	65.9	69.4
Ontstaan plotseling zonder reden	17.9	19.0	17.0
Ontstaan door een trauma	23.6	21.7	25.0
Ontstaan tijdens/door zwangerschap	2.4	2.4	2.4
Geleidelijk ontstaan zonder reden	41.2	42.4	40.3
Ontstaan anders	13.6	13.7	13.5
Oorzaak lichamelijk letsel	27.5	25.3	28.6
Oorzaak overbelasting werk	18.7	20.0	18.1
Oorzaak overbelasting thuis	11.2	11.3	11.1
Oorzaak ongeval	19.4	15.2	21.3
Oorzaak operatie	8.9	9.7	11.2
Oorzaak ziekte	10.7	9.7	11.2
Oorzaak aangeboren	6.8	7.4	6.5
Oorzaak onbekend	26.8	31.8	24.2
Oorzaak anders	14.3	13.4	14.7

gegevens gebaseerd op een deel van de populatie ( n=6392) door andere codering van deze vraag in 1 instelling

Op de vraag wat volgens de patiënt de oorzaak is van de klachten zien we een divers beeld. Patiënten geven vaak aan dat de oorzaak onbekend is (26.8%) of dat de oorzaak een lichamelijk letsel is (27.5%). Als patiënten een ongeval als oorzaak noemen (19.4%) is doorgevraagd om aan te geven wat voor een trauma dit is. De antwoorden variëren dan van een stoot tegen een teen of hoofd of een val tot een ernstig auto-ongeluk met meerdere fracturen. Bij de vraag naar welke ziekten dan de oorzaak zijn (10.7%) zien we dat veel patiënten hier fibromyalgie, reuma, artrose, hypermobiliteit en diabetes noemen. Ook noemen patiënten daarbij een combinatie van meerdere ziekten. Precieze getallen moeten nog worden berekend. Bijna 9% geeft een operatie aan als oorzaak en dit betreft diverse soorten operaties.

#### 4.5. Fysiek functioneren

Het fysiek functioneren van patiënten met chronische pijn is een belangrijk aangrijppingspunt voor revalidatie. Uit de verzamelde data blijkt dat 97.5% van de patiënten door de pijnklachten fysieke beperkingen ervaart in het dagelijks functioneren. Daarnaast ervaart 46% ook beperkingen als gevolg van een andere ziekte, aandoening of handicap. De problemen m.b.t. dagelijks functioneren komen ook tot uitdrukking in de overige gegevens. Op de vragen hoeveel uren men momenteel werkt of studeert en hoeveel uren men werkte/studeerde voor de periode met pijnklachten zien we een duidelijke verschuiving naar minder uren werken cq actief zijn. In tabel 17 zijn de door de patiënten gerapporteerde uren geclusterd in 0 uren werken, 1-16 uur werk per week, 16-40 uur werk per week en >40 uur werken per week. Daaruit blijkt dat het percentage personen dat 0 uren werkt/studeert per week van 19.1% voor ontstaan van de pijnklachten stijgt naar 42.7% op dit moment. Het percentage patiënten dat 16-40 uur per week werkt/studeert daalt van 49.1% naar 29.3%. Op de vraag om hun huidige werkvermogen te vergelijken met hun beste werkvermogen ooit (score 10=100%) geven de patiënten aan momenteel op ongeveer 35-40% van hun beste vermogen ooit te functioneren. Daarbij kwalificeert het merendeel van de patiënten (58.5%) hun fysieke werkvermogen als slecht en 27% kwalificeert het psychisch werkvermogen als slecht.

**Tabel 17 : fysiek functioneren: werkvermogen en hulp (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Percentage werken/studeren nu:			
0 uren	42.7	43.4	44.1
1 tot 16 Uren	20.1	18.5	21.2
16 tot 40 Uren	29.3	31.3	27.1
> 40 uur	6.7	6.9	6.4
Percentage werken/studeren normaal:			
0 uur	19.1	19.9	18.7
1 tot 16 uren	10.2	9.8	10.4
16 tot 40 uren	49.1	50.9	48.1
> 40 uur	21.5	19.4	21.9
Werkvermogen nu in vergelijking met beste werkvermogen ooit	3.6 (2.7)	4 (2.7)	3.4(2.7)
werkvermogen lichamelijk goed – slecht	9.2 – 58.5	11.0 – 52.8	8.3 – 61.2
werkvermogen psychisch goed – slecht	41.6 – 27.0	47.4 – 22.1	38.8 – 29.2
Hulp bij dagelijkse activiteiten	58.2	50.6	61.8
Gebruik hulpmiddel	16.6	15.4	17.1

Iets meer dan de helft van de patiënten krijgt hulp bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten. In het merendeel is dit hulp vanuit het gezin. Een klein deel van de patiënten (7.5%) heeft betaalde hulp. Een kleine groep gebruikt hulpmiddelen bij of voor het dagelijks functioneren. Dit varieert van een wandelstok of brace tot en met een scootmobiel en/of aangepaste auto. In revalidatiecentra gebruikt 4.3% van de patiënten een rolstoel tegenover 1.6% van de ziekenhuispopulatie. Ook gebruik van een scootmobiel is bij de populatie uit de revalidatiecentra hoger (3.1% versus 1.1%).

Fysiek Functioneren is gemeten met behulp van de subschalen fysiek functioneren (FF) en rolpatroon fysiek functioneren (RPF) van de RAND36 en de subschaal interferentie dagelijks functioneren van de MPI-DLV. De normale score van de RAND36 loopt van 0 -100 (hoe hoger hoe beter). De normwaarden voor de Nederlandse bevolking liggen voor de subschaal fysiek functioneren op 81.9 (23.2) punten en voor rolbeperking fysiek op 86.9(20.5) (van der Zee 2012). De score van de MPI-Interferentie loopt van 0-6 (hoe hoger hoe slechter). De verschillen in scores op de bovengenoemde meetinstrumenten tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra zijn statistisch significant.

Bij de Astrand fietstest is een submaximale inspanningstest waarbij de patiënt gedurende 6 minuten tegen een bepaald wattage fietst. Op basis van het gefietste wattage, de waarde van de hartslag op het einde van de test en de vetvrije massa wordt de VO2max berekend en kan het conditieniveau aan de hand van normwaarden bepaald worden. Bij de 1 minuut traplooptest wordt aan de deelnemer gevraagd om zo vaak mogelijk een trap van 5 treden op en af te lopen. Het aantal treden op en af gelopen is de eindscore. Deze laatste 2 testen zijn, zoals al eerder aangegeven, maar bij een kleine groep patiënten uitgevoerd.

**Tabel 18 fysiek functioneren: meetinstrumenten en vermijden of volharden (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Fysiek Functioneren ( 0-100 gemiddeld (SD)	43.6 (22.1)	46.1(21.5)	42.4(22.2)
Rolpatroon Fysiek 0-100 gemiddeld (SD)	11.2(24.1)	12.3(25.4)	10.7(23.4)
MPI interferentie 0-6 gemiddeld (SD)	4.0 (1.2)	3.8 (1.3)	4.1(1.1)
1 minuut traplooptest, gemiddeld aantal treden (sd)	79 (33.3)	80.3(30.2)	78 (35.5)
VO2max ( op basis van uitslag Astrand fietstest) gemiddeld (SD)	37.7(15)	43.8(13)	32.6(14.7)
Conditieniveau:			
- boven gemiddeld (> + 1 sd)	22.6	37.0	12.4
- gemiddeld	25.6	17.0	31.8
- onder gemiddeld (> - 1 sd)	51.8	46.0	55.8
Stoppen activiteit bij pijn:			
nooit stop	8.5	8.6	8.5
stop zelden	23.6	24.4	22.7
stop soms	32.2	32.6	31.5
stop vaak	14.6	13.3	15.3
stop meestal	12	12.5	11.9
stop altijd	8.5	7.9	9.2

Kijken we naar de score op de verschillende meetinstrumenten om het fysiek functioneren te kwantificeren (tabel 18) dan zien we dat de scores van de patiënten uit de revalidatiecentra allemaal een iets slechter beeld laten zien. Deze verschillen zijn op groepsniveau statistisch significant, maar niet klinisch relevant. Verder valt op dat er sprake is van lage scores in vergelijking met andere patiëntengroepen (Picavet 2004) en dat er een grote spreiding bij elk meetinstrument wat aanduidt dat fysiek functioneren per patiënt sterk kan verschillen.

De laatste jaren worden patiënten vaak onderverdeeld in 'vermijders' (patiënten die dagelijkse activiteiten vermijden vanwege de pijn) en 'volharders' (patiënten die ondanks de pijn doorgaan met activiteiten). Een eenduidige definitie van een 'vermijder of volharder' ontbreekt echter. Aan patiënten is daarom gevraagd wat zij doen als ze pijn ervaren tijdens het uitvoeren van activiteiten. Slechts een deel (35.1.5%) van de patiënten geeft aan dan vaak, meestal of altijd te stoppen met die activiteit. Bij een deel van de patiënten wisselt dat, soms stopt men soms niet ( 32.2%). Het resterende deel van de patiënten geeft aan door te gaan ondanks de pijn (of pijntoename).

Naast de vragenlijsten zijn er ook fysieke testen afgenomen; de gemodificeerde Astrand fietstest en de 1 minuut traploop test. Deze zijn slechts bij een klein deel van de totale populatie (fietstest n= 398 (165 in ZH en 233 in RC) en traplooptest n=445 (190 in ZH en 255 in RC)) afgenomen. Daarom moeten de resultaten van deze testen dan ook met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De uitkomsten van de gemodificeerde Astrand fietstest laten zien dat de helft van de patiënten mogelijk een slechte (leeftijdgerelateerde) fysieke conditie (aeroboom vermogen) heeft. Bij de traplooptest haalt 43% niet de normwaarde ( voor patiënten met chronische lage rugklachten) van 74 treden/min (Smeets 2006b)

Om te bepalen of de groep patiënten waarbij de Astrandfietstest of de traplooptest is afgenomen afwijkt van de totale groep patiënten zijn de scores op de meetinstrumenten en uitkomsten van de algemene vragen, die met fysiek functioneren te maken hebben, met elkaar vergeleken. Er was een statistisch significant verschil in leeftijd (groep traplooptest 45 jr (11.8) vs. 43 jr (12.8) overige groep,  $p = 0.007$ ) en op de score van de subschaal vitaliteit van de RAND36 ( groep traplooptest 38.4(18) vs. 41.4 (18.4) overige groep,  $p = 0.003$ ). In de traplooptest groep zaten statistisch significant meer mannen (35.5% vs. 28.1 in overige groep). Beide groepen omvatten evenveel personen met betaald werk.

De groep patiënten die de Astrandfietstest ( n= hebben uitgevoerd hebben een statisch significant lagere score op de subschaal vitaliteit van de RAND36 ( groep fietstest 38.3(18.3) vs. 41.3 (18.6) overige groep,  $p = 0.006$ ). In de groep patiënten die de Astrand fietstest hebben uitgevoerd hebben 53.7% patiënten betaald werk t.o.v. 47.7% van de patiënten in de overige groep (Chi square = 0.04). De verdeling man-vrouw was niet verschillend.

#### 4.6 Emotioneel functioneren

Een kenmerk van patiënten met chronische pijn is de aanwezigheid van psychosociale problematiek. Het emotioneel functioneren is gemeten met de subschalen mentale gezondheid (MG) en vitaliteit (VI) van de RAND36. De normale scores van deze subschalen lopen van 0-100. De normwaarden van de Nederlandse bevolking zijn voor de subschaal mentale gezondheid 76.8(18.4) punten en voor vitaliteit 67.4(19.9) (van der Zee 2012) De Pijn Catastroferen Schaal meet catastroferende gedachten over pijn en de gevolgen van pijn. De score loopt van 0-52, een hogere score betekent meer catastroferen. De patiënten scoren matig op de subschalen van de RAND36 (mentale gezondheid en vitaliteit). De gemiddelde score van de PCS is hoog en ligt dicht bij een afkappunt van 22 punten ( van Damme 2000). Het percentage patiënten met een score 22 of hoger (in ernstigere mate catastroferen) is 45%. De verschillen in scores op de bovengenoemde meetinstrumenten tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra zijn statistisch significant, behalve de scores op de PCS en de CEQ expectancy. Een groot deel van de patiënten blijkt al behandeling van een psychosociaal hulpverlener te hebben gehad voorafgaand aan de verwijzing naar revalidatiegeneeskunde. Het aantal patiënten met een doorgemaakt 'life event' is hoog, maar niet bekend is wat de aard en de ernst van dit 'life event' precies is. In 1 instelling is dit wel geregistreerd. Er blijkt sprake te zijn van een grote diversiteit aan gerapporteerde life events. De top 3 bestond uit; 1) overlijden familieleden/vrienden, 2) echtscheiding en 3) seksueel misbruik. Ook komen patiënten relatief vaak uit een omgeving met andere pijnpatiënten. Desondanks ervaart een groot deel (48.5%) van de patiënten hun gezondheid als goed tot uitstekend.

**Tabel 19 emotioneel functioneren (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Mentale gezondheid RAND 36 0-100 gemiddeld (SD)	61.6(18.7)	64.7(19)	60.2(18.4)
Vitaliteit RAND36 0-100 gemiddeld (SD)	41.2 (18.4)	42.8(19.2)	40.4(18)
Catastroferen PCS 0-52 gemiddeld (SD)	21.6 (10.8)	21.5(10.5)	21.7(11)
CEQ expectancy 0-27 gemiddeld (SD)	14.1(6)	14.1(5.9)	14.2(6.1)
CEQ credibility 0-27 gemiddeld (SD)	19.1(5.1)	18.1(5.1)	19.6(5)
Andere personen met chronische pijn in naaste omgeving, ja%	41.3	40.7	41.6
Life events doorgemaakt, ja%	49.9	48.0	50.8
Ooit onder behandeling geweest bij psycholoog of maatschappelijk werk, ja%	49.7	42.0	53.3
Wat vindt u over het algemeen genomen van uw gezondheid?			
uitstekend	5.0	2.4	6.5
zeer goed	9.6	5.5	12.0
goed	33.9	40.4	30.0
matig	34.7	37.8	32.9
slecht	16.8	13.9	18.6

De CEQ ( subschalen credibility en expectancy) is toegevoegd aan de NDP-set vanwege de mogelijke voorspellende waarde of samenhang ten aanzien van het eindresultaat. Om te beoordelen of de CEQ ook geassocieerd is met het eindresultaat van pijnrevalidatie zijn de algemene uitkomstmaten ( tevredenheid, beter kunnen omgaan met het pijnprobleem en beter dagelijkse kunnen functioneren met pijn) gedichotomiseerd.

De antwoordcategorieën ‘zeer tevreden’ en ‘tevreden’ zijn samengevoegd tot antwoord “tevreden” en de antwoordcategorieën; ‘neutraal’, ‘ontevreden’ en “zeer ontevreden” zijn samengevoegd tot antwoord “niet tevreden”. Voor de vragen is er een verandering in het omgaan met het pijnprobleem en is er een verandering in dagelijkse activiteiten uitvoeren zijn de antwoordcategorieën ‘duidelijk beter’ en ‘beter’ samengevoegd tot “beter” en de antwoordcategorieën ‘geen verschil’, ‘slechter’ en ‘duidelijk slechter’ samengevoegd tot “niet beter”. Op basis van een univariate logistische regressieanalyse blijkt dat zowel CEQ expectancy en credibility geassocieerd zijn met een positieve uitkomst op alle drie de uitkomstmaten (tevredenheid, beter omgaan met pijnprobleem en beter dagelijks functioneren). Dit betekent dat een hogere score op de CEQ samenhangt met groter kans op een positief eindresultaat.

#### 4.7 Participatie

De Pain Disability Index is gebruikt om de mate van participatie te meten. De score loopt van 0-70, een hogere score betekent meer beperkingen in participatie. Uit de score blijkt dat bij de populatie verwezen voor een pijnrevalidatiebehandeling er sprake is van een hoge mate van beperkingen in dagelijkse participatie. Het verschillen in scores de PDI tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra is statistisch significant.

Van alle patiënten heeft 39.2% betaald werk (voltijd en/of deeltijd). In de ziekenhuispopulatie is dit percentage duidelijk hoger dan bij de patiënten van een revalidatiecentrum. Een klein percentage van de patiënten (3.5%) studeert nog of gaat naar school en een ander klein gedeelte is met pensioen (3.1%). Ongeveer 1/3 van de patiënten die betaald werk hebben heeft zich op moment van verwijzing/behandeling ziek gemeld. De verwachtingen over een terugkeer naar werk binnen 6 maanden zijn laag. Maar ongeveer 1/3 van de patiënten verwacht dat dit wel zal lukken. Het aantal verzuimdagen de afgelopen maanden is erg hoog. Een meerderheid van de patiënten (62.6%) geeft aan meer dan 25 dagen verzuimd te hebben in het jaar voorafgaand aan de verwijzing naar revalidatie.

Tenslotte is er bij een klein deel van de patiënten sprake van nog niet afgeronde gerechtelijke procedures rondom uitkering en/of schadeclaims.

**Tabel 20 participatie en betaald werk (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Pain Disability Index ( 0-70) gemiddeld (SD)	38.8(13.3)	36.9 (13.4)	39.7(13.3)
betaald werk	39.2	47.5	34.9
school/student	3.5	4.8	3.9
pensioen	3.1	4.1	3.6
Ziekteverlof	32.2	31.5	32.7
WAO/WIA uitkering	17.8	15.1	19.3
verwachting terugkeer werk	35.3	43.1	31.5
WW uitkering	2.4	2.6	2.3
Verzuimdagen afgelopen 12 maanden			
geen	5.4	3.2	6.5
tot 10 dagen	13.2	17	11.6
10-25 dagen	11.1	13.1	10.3
> 25 dagen	62.6	66.8	60.8
Juridische procedure lopend	12.8	10.6	13.8
Juridische procedure verleden	8.5	7.9	8.8



#### 4.8 Individuele hulpvraag

Om de individuele hulpvraag te inventariseren is of de Patiënt Specifiek Klachten vragenlijst (PSK) of de Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) afgenomen. De patiënt selecteert bij de PSK de voor hem/haar 3 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Deze activiteiten moeten voor de patiënt persoonlijk relevant (belangrijk) zijn, de patiënt moet hinder ervaren bij de uitvoering en uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (per week). Per activiteit wordt een 0-10 schaal ingevuld, waarin de moeite die het kost (0= geen enkele moeite, 10= onmogelijk) om de activiteit uit te voeren wordt aangegeven. Een hoge score betekent veel moeite met uitvoeren van de door de patiënt genoemde activiteit. Van de 3 gescoorde activiteiten wordt een gemiddelde somscore berekend. Bij de COPM worden de 5 voor de patiënt belangrijkste probleemgebieden geïdentificeerd en gescoord. Er worden 2 onderdelen gescoord binnen de COPM. Enerzijds scoort de patiënt (van 1-10) de mogelijkheid om de genoemde activiteit uit te voeren (score 1= niet mogelijk om uit te voeren en een score 10 = de activiteit is helemaal uitvoerbaar) en anderzijds wordt de mate van tevredenheid met uitvoeren (een score 1 = heel ontevreden en een score 10 = heel tevreden) gescoord. Hoe lager de scores hoe moeilijker de uitvoering of hoe minder tevreden de patiënt over de uitvoering is.

In het kader van dit rapport was het (gezien beschikbare tijd/formatie) nu niet mogelijk om de inhoud van de ingevulde hulpvragen kwalitatief te analyseren. Inzicht in soort en aard van de geformuleerde problemen of klachten kan daarom niet gerapporteerd worden. In 19 instellingen is de PSK afgenomen en in 15 instellingen de COPM. In een aantal instellingen zijn beide meetinstrumenten afgenomen. In tabel 21 zijn de gemiddelde scores (alle ingevulde scores opgeteld en gedeeld door aantal ingevulde scores) gegeven voor zowel PSK als COPM

**Tabel 21 persoonlijke hulpvraag**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
PSK, gemiddeld (sd)	7.5(1.6)	7.4 (1.6)	7.6(1.5)
COPM1 uitvoering, gemiddeld (sd)	4.1(1.3)	4.2(1.3)	4.0(1.3)
COPM1 tevredenheid, gemiddeld (sd)	3.3(1.5)	3.3(1.5)	3.3(1.4)

#### 4.9 Medische consumptie

Patiënten met chronische pijn hebben, in het jaar voorafgaand aan de verwijzing naar revalidatie, al veel medische zorg geconsumeerd (tabel 22) vanwege hun pijnklachten. Patiënten is o.a. gevraagd aan te geven hoe vaak ze een arts bezocht hebben voor hun pijnklachten in het jaar voorafgaand aan de verwijzing en welke hulpverleners men bezocht had. Aangezien de duur van de pijnklachten bij 22.7% tussen de 2-5 jaar lag en bij 37.7% van de patiënten zelfs langer dan 5 jaar was, is dit slechts een fractie van de medische consumptie van deze groep patiënten. Ook laten deze getallen zien dat ondanks het chronische karakter van de klachten de patiënten op zoek blijven naar een oplossing voor hun klachten. We zien iets meer dan de helft van de patiënten (51.4%) met chronische pijn (dagelijks) pijnmedicatie en ook andere medicatie (42.7%) gebruikt. De medische consumptie beperkt zich niet alleen tot bezoek aan medisch specialisten. Patiënten zijn ook veel onder behandeling bij paramedici, psychologen en/of hulpverleners uit het alternatieve circuit. Opvallend is het grote verschil tussen ZH en RC wat betreft eerdere behandeling door psycholoog, maatschappelijk werk en/of psychiater. Het percentage patiënten behandeld door een psycholoog of psychiater ligt duidelijk hoger bij de revalidatiecentra. In tabel 23 is weergegeven welke hulpverleners de patiënten in het jaar voorafgaand aan de verwijzing hebben geconsulteerd.

**Tabel 22 medische consumptie (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
<b>Artsenbezoek afgelopen 12 maanden:</b>			
0x	1.1	0.4	1.1
1-2x	13.0	15.5	11.8
3-5x	25.0	26.6	24.2
6-10x	26.0	26.7	25.7
11-20x	19.4	17.7	20.2
>20x	15.5	13.1	16.6
<b>Gebruikt u pijnmedicatie, ja</b>			
	58.5	64.5	55.6
<b>Pijnmedicatie gebruik 1x per dag of meer</b>			
	51.4	48.3	53.2
<b>Gebruikt u andere medicatie, ja</b>			
	42.7	43.1	42.6

**Tabel 23 soorten hulpverleners in %**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
<b>Welke hulpverlener afgelopen 12 maanden bezocht</b>			
alleen de huisarts	25.1	41.0	17.6
fysiotherapeut/oefentherapeut	55.9	46.3	60.4
neuroloog	31.4	22.4	35.7
manueel therapeut	21.3	17.7	23.1
reumatoloog	19.9	7.9	22.5
orthopeed	19.0	10.8	20.9
revalidatiearts	14.3	11.0	16.1
anaesthesioloog	13.0	10.7	14.1
psycholoog	13.4	7.9	15.9
pijnteam	11.0	10.8	11.1
chirurg	10.2	11.0	9.9
ergotherapeut	5.5	3.7	6.4
internist	7.6	6.2	8.3
acupuncturist	7.2	5.2	8.1
psychiater	5.3	2.6	6.5
homeopaat	5.2	4.7	5.4
maatschappelijk werk	5.1	2.8	6.2
gynaecoloog	4.2	3.0	4.8
uroloog	2.8	1.9	3.2
andere hulpverlener	12.9	8.5	14.9

Bij de antwoordoptie andere hulpverleners werden een groot aantal andere medisch specialisten, zoals cardioloog, longarts, KNO-arts, orthomanueel geneeskundige en diverse andersoortige therapeuten zoals chiropractoren, osteopaten, ademhalingstherapeuten, masseurs, haptotherapeuten, hypnotherapeuten en natuurgeneeskundigen etc. genoemd.

#### 4.10 Referentiewaarden voor patiënten met chronische pijn

Op basis van de gegevens van alle patiënten bij aanmelding of start behandeling is het mogelijk om referentiewaarden per meetinstrument te berekenen.

De referentiewaarden zijn uitgewerkt voor de totale groep van patiënten. Per meetinstrument zijn de aantallen patiënten weergegeven waarop de scores gebaseerd zijn. Daarnaast is aantal missende waardes aangegeven, dat zijn patiënten waar geen meetgegevens aanwezig of compleet waren. Per meetinstrument is weergegeven de gemiddelde score, de standaard deviatie, de mediaan, de minimale en maximale scores en de percentielscores van 5 – 95 percentiel. Daarnaast zijn er referentiewaarden opgesteld voor specifieke subgroepen zoals WPN-niveau, per geslacht, per leeftijdscategorie en per medische diagnose. Deze specifieke referentiegegevens staan in bijlage 2.

De referentiewaarden kunnen gebruikt worden om de scores van één individuele patiënten te duiden als gemiddeld, hoog of laag. Door de individuele score te vergelijken met de percentielscores kan een goede inschatting gemaakt worden of de score hoog of zeer hoog is of juist laag tot zeer laag t.o.v. de gemiddelde patiënt. De deelnemende instellingen kunnen daarvoor hun eigen gemiddelde en mediane scores gebruiken.

**Tabel 24: Referentiewaarden totale groep patiënten verwezen naar pijnrevalidatie 1**

	Pijn gem. 0-10	Pijn max 0-10	Moe 0-10	PDI 0-70	FF 0-100	RPF 0-100	MG 0-100	VI 0-100	PCS 0-52
Aantal	6677	6676	6244	4900	5219	5394	5346	5294	4371
Gemiddelde	6,67	8,03	6,97	38,79	43,56	11,19	61,61	41,16	21,63
Mediaan	7,00	8,00	7,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
Std. Deviatie	1,8	1,7	2,2	13,3	22,1	24,1	18,7	18,4	10,8
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	2,00	14,00	10,00	,00	28,00	10,00	6,00
10	4,00	6,00	4,00	21,00	15,00	,00	36,00	15,00	8,00
20	5,00	7,00	5,00	28,00	25,00	,00	48,00	25,00	12,00
30	6,00	8,00	6,00	32,00	30,00	,00	52,00	30,00	15,00
40	7,00	8,00	7,00	36,00	35,00	,00	60,00	35,00	18,00
50	7,00	8,00	7,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
60	7,00	9,00	8,00	43,00	50,00	,00	68,00	45,00	24,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	55,00	,00	72,00	50,00	27,00
80	8,00	9,00	9,00	50,00	65,00	25,00	80,00	55,00	31,00
90	9,00	10,00	9,00	55,00	75,00	50,00	84,00	65,00	36,00
95	9,00	10,00	10,00	59,00	80,00	75,00	92,00	70,00	40,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal. Missings = aantal patiënten waarvan geen score bekend is.

Referentiewaarden totale groep patiënten verwezen naar pijnrevalidatie deel 2

**Tabel 25: Referentiewaarden totale groep patiënten verwezen naar pijnrevalidatie 2**

	MPI Interferentie 0-6	VO2max	Traplopen	COPM moeite 1-10	COPM tevreden 1-10	CEQ credibility 0-27	CEQ Expectancy 0-27
Aantal	4690	347	445	689	669	2917	2880
Gemiddelde	4,00	37,68	79,04	4,10	3,30	19,09	14,13
Mediaan	4,15	39,0	80,00	4,00	3,20	20,00	14,20
Std. Deviatie	1,2	15	33,3	1,3	1,5	5,1	6
Minimum	,00	,0	0	1,00	,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	81,0	238	8,40	8,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,78	,00	23,30	2,00	1,00	9,90	3,70
10	2,33	20,50	37,60	2,40	1,40	13,00	5,50
20	3,00	27,00	52,00	3,00	2,00	15,00	8,40
30	3,55	32,00	62,00	3,40	2,40	17,00	11,20
40	3,89	35,40	72,00	3,80	2,80	18,00	14,00
50	4,15	39,00	80,00	4,00	3,20	20,00	14,20
60	4,44	42,00	85,00	4,40	3,60	21,00	16,00
70	4,78	45,00	95,00	4,80	4,00	22,00	17,70
80	5,00	49,00	105,80	5,20	4,60	23,00	19,60
90	5,44	54,00	120,00	5,80	5,20	25,00	21,50
95	5,78	59,18	134,70	6,40	5,80	27,00	23,30

MPI = multidimensionele pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren, VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling. Missings = aantal patiënten waarvan geen score bekend is.

## 5. Resultaten behandeling

### 5.1 Algemeen

Van 1108 patiënten zijn gegevens beschikbaar op het einde van de revalidatiebehandeling. Daarvan zijn 2/3 van alle gegevens afkomstig uit de revalidatiecentra. Het aantal gegevens van patiënten aan het eind van de behandeling is duidelijk minder groot dan het aantal patiënten waarvan gegevens verzameld zijn bij start/aanmelding. De deelnemers geven als verklaring voor dit grote verschil aan; de lange wachttijden voordat echt met de behandeling begonnen wordt en de 'lange behandelduur' (behandelprogramma's duren gemiddeld ongeveer 12 weken) waardoor gedurende de looptijd van het implementatieproject nog niet alle geïncludeerde patiënten hun behandeling en daarmee hun eindmeting hadden afgerond. Verder is de dataverzameling in een aantal instelling pas laat gestart ( medio 2012) waardoor te tijde van de eindevaluatie er nog maar weinig patiënten het gehele behandeltraject doorlopen hebben. Daarnaast zijn een aantal patiënten niet gestart met behandeling om diverse redenen. De registratie van het vervolgtraject na aanmelding, is zoals al eerder genoemd, niet compleet. Bij slechts 1006 (van de 8381) van de aangemelde patiënten is het vervolgtraject aangeduid. Daarvan gaat 79.2% door met revalidatiebehandeling, wordt 0.5% doorverwezen voor revalidatiebehandeling in een andere instelling, krijgt 9.5% een andere behandeling dan revalidatie en 10.7% krijgt geen behandeling en wordt terugverwezen naar de verwijzer. Daarnaast zijn er patiënten eerder gestopt met behandeling. Precieze gegevens over het aantal patiënten dat gestopt is zijn niet beschikbaar, maar de instellingen geven aan dat dit maar een klein gedeelte van alle patiënten betreft en dat dit niet de verklaring is voor het kleinere aantal patiënten waarvan een eindmeting beschikbaar is. De belangrijkste reden is enerzijds het nog niet afgerond hebben van de behandeling ten tijde van het project en organisatorische problemen binnen de instellingen om de eindmetingen adequaat te organiseren. Patiënten zijn gevraagd om aan te geven hoe de behandeling verlopen is (972 patiënten van de 1108 hebben deze vraag ingevuld). Daaruit is af te leiden dat bij 72% van de patiënten de behandeling verlopen is zoals vooraf gepland, bij 7 % afgeweken is van het behandelplan door behandelteam en bij 5% door omstandigheden m.b.t. de patiënt. In 16% is afgeweken van het behandelplan vanwege een andere reden. Hoe is afgeweken (behandeling korter of langer, extra middelen ingezet) is niet bekend c.q. geregistreerd. De behandelresultaten moeten met enige voorzichtigheid beoordeeld worden omdat deze gegevens gebaseerd zijn op data van een beperkt deel van de patiënten.

Bij de 3 en 12 maanden follow up metingen is eenzelfde beeld te zien. De aantallen patiënten per meetmoment worden kleiner. Na 3 maanden hebben 348 patiënten de vragenlijsten ingevuld en na 12 maanden 133 patiënten.

### 5.2 Algemeen ervaren herstel en tevredenheid

Ruim driekwart (76.5%) van de 1108 patiënten is tevreden tot zeer tevreden over het bereikte resultaat (tabel 24). Een klein deel (7.2%) is ontevreden over het eindresultaat. De percentages verschillen niet of nauwelijks tussen ziekenhuispopulaties en patiënten van revalidatiecentra. Een meerderheid (87.6%) geeft aan beter met het pijnprobleem te kunnen omgaan en 82.6% van de patiënten geeft aan dat het dagelijks functioneren verbeterd is. Slechts een kleine groep (1.3%) geeft aan dat het slechter gaat dan voor de behandeling. Een grote groep (60%) patiënten heeft meer dan 70% van zijn/haar doelen kunnen realiseren. De verschillen in uitkomsten van deze algemene evaluatieve vragen tussen programma's in ziekenhuizen en revalidatiecentra zijn klein.

Van alle patiënten die de behandeling hebben afgerond geeft 89.5% aan het behandelprogramma te adviseren aan andere patiënten met chronische pijn, 9 % weet het niet en 1.5% zegt het programma niet aan te bevelen aan andere patiënten. Dit percentage is bij patiënten behandeld in een revalidatiecentrum een beetje hoger. Daarvan zeggen 90.4% van de patiënten het programma aan te bevelen, 7.7% weet het niet en 1.4% zegt van niet. De patiënten uit de ziekenhuizen bevelen het 86.6% aan, 11.8 weet het niet en 1.7 beveelt het niet aan voor andere patiënten.

**Tabel 26 tevredenheid en ervaren herstel (%)**

	Totaal	Ziekenhuizen	Revalidatie centra
<b>Tevredenheid over eindresultaat</b>	<b>N =1108</b>	<b>N =363</b>	<b>N =745</b>
zeer tevreden	27.3	22.7	29.7
tevreden	49.2	51.0	48.3
neutraal	15.9	17.1	15.3
ontevreden	6.3	8.4	5.3
Zeer ontevreden	0.9	0.8	0.9
<b>Omgaan met pijnprobleem</b>			
duidelijk beter	36.9	32.4	39.3
beter	50.7	50.6	50.8
geen verschil	10.7	15.1	8.5
slechter	1.0	1.1	1.0
duidelijk slechter	0.3	0.8	0.0
<b>Dagelijks functioneren</b>			
duidelijk beter	28.0	24.3	29.9
beter	54.6	56.1	53.8
geen verschil	14.9	17.3	13.6
slechter	1.9	2.2	1.7
duidelijk slechter	0.4	0.0	0.6
<b>Doelen gerealiseerd</b>			
0 %	1.4	2.0	1.2
10%	2.0	2.3	1.9
20%	3.5	4.2	3.1
30%	4.6	3.7	5.1
40%	5.4	6.5	4.8
50%	10.0	9.0	10.5
60%	13.1	13.8	12.7
70%	22.5	25.4	21
80%	22.8	21.2	23.6
90%	10.1	8.2	11.1
100%	4.5	3.7	5.0

### 5.3 Nadelige gevolgen van revalidatie

De nadelige gevolgen zijn aan de hand van de open vraag “Naast het wel of niet behalen van uw doelstellingen kan het zijn dat u nadelige gevolgen heeft ondervonden ten gevolge van de revalidatie behandeling. Hieronder heeft u ruimte om aan te geven wanneer u negatieve gevolgen heeft ervaren ten gevolge van de revalidatiebehandeling” in kaart gebracht. Dit was een brede open vraag wat geleid heeft tot een grote diversiteit aan gerapporteerde bevindingen. Zo benoemen patiënten ook het wisselen van behandelaren, het uitvallen van behandelingen en de lange wachttijden als nadelig. Er worden weinig negatieve gevolgen gerapporteerd, het meest genoemd worden 1) toename van pijn, 2) toename van vermoeidheid en 3) toename van negatieve emoties.

#### 5.4 Effecten behandeling op korte termijn

De in tabel 27 gerapporteerde verschillen zijn de beginscores minus de scores van de meting bij beëindiging van de behandeling. Voor de scores op gebied van pijn, vermoeidheid, PDI, MPI, PSK en PCS betekent een positieve verschilscore een vooruitgang. Voor de scores van de RAND36 en de COPM is een negatieve score een teken van vooruitgang. Beschreven zijn de gemiddelde verschillen op groepsniveau direct na einde behandeling van alle aanwezige data. Naast de gemiddelde score is de standaarddeviatie weergegeven.

In tabel 27 is te zien dat de patiënten op alle uitkomstmaten vooruitgaan. De afname in ernst van gemiddelde pijn is 21%, voor ergste pijn 15% en voor vermoeidheid 15%. In de literatuur wordt een afname van 30% als een klinisch relevante verbetering voor een individuele patiënt gezien. Uit de gegevens blijkt dat 33% van de patiënten geen pijnafname ervaart, 17% heeft een reductie tussen de 10 tot 20%, 13% een reductie tussen de 20 en 30% en 37% heeft een pijnafname van meer dan 30%. De verschilscore van de PDI ligt met een score van 9.6 boven een klinisch relevant verschil (voor patiënten met chronische lage rugklachten) van 8.5-9.5 punten (Soer 2012). Voor de COPM geldt een verschil > dan 2 punten als klinisch relevant (Carswell 2004). Voor de overige meetinstrumenten zijn nog geen klinisch relevante afkappunten voor de populatie pijnpatiënten bekend.

**Tabel 27 verschillen begin – einde behandeling**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Pijn gemiddeld	1.5 (2.1)	1.7 (2.2)	1.5 (2.1)
Pijn max	1.3 (2.2)	1.5 (2.4)	1.2 (2.2)
Vermoeidheid	1.2 (2.4)	1.4 (2.4)	1.1 (2.5)
Fysiek Functioneren	-13.5 (19.6)	-13.1 (19.6)	-13.7 (19.7)
RolPatroon Fysiek	-22.1 (38.1)	-22.6 (39.6)	-21.9 (37.4)
Mentale Gezondheid	-7.4(16.3)	-6.8 (15.6)	-7.6 (16.6)
Vitaliteit	-11.8 (19.6)	-12.4 (18.5)	-11.6 (20)
Pain Disability Index	9.6 (12.9)	9.3 (13.5)	9.7(12.6)
Pijn Catastrofen Schaal	7.5 (8.5)	7.0 (8.9)	7.8 (8.2)
MPI- interferentie dagelijks functioneren	0.5 (1.1)	0.5 (1.1)	0.5 (1.0)
Patiënt Specifieke Klacht	2.3 (2.2)	1.9 (1.8)	2.4 (2.3)
COPM moeite	-2.1 (1.4)	-2.1 (1.5)	-2.1 (1.3)
COPM tevredenheid	-2.9 (1.8)	-3 (2.0)	-2.2 (2.0)
1 minuut traplooptest*	-10.8 (35.5)	-13.1 (24.8)	-8.9 (42.4)

\* resultaat van meting bij 161 patiënten

De performance testen na afloop van de behandeling zijn uitgevoerd bij een klein aantal patiënten. De gemodificeerde Astrand fietstest is afgenomen bij 122 patiënten en de traplooptest bij 161 patiënten. Op basis van de totale gegevens van de Astrand fietstest is te zien dat er een positieve verschuiving plaatsvindt naar een beter conditieniveau dan voor de behandeling. Meer patiënten scoren nu een gemiddeld of boven gemiddeld conditie niveau. Het percentage patiënten met een aerobisch vermogen onder gemiddeld ligt nu rond de 30% (zowel in ZH als RC). Bij de traplooptest (tabel 26) zien we een gemiddelde toename van 10 treden per minuut. Voor de traplooptest wordt een verbetering van 14.5 treden als een klinisch relevante veranderscore voor de individuele patiënt genoemd (Andersson Spine 2010). Van de geteste patiënten haalt 47% een dergelijke verbeterscore of hoger bij de eindmeting.

**Tabel 28 lichamelijke conditie percentage patiënten per conditieniveau (%)**

	totaal eind behandeling		ziekenhuizen		revalidatie centra	
Fysieke conditie:						
boven gemiddeld	22.6	38.3	37.0	24.0	12.4	50.9
gemiddeld	25.6	29.9	17.0	46.0	31.8	15.8
onder gemiddeld	51.8	31.8	46.1	30.0	55.0	33.3



## 5.5 Lange termijn effecten na 3 en 12 maanden

De positieve resultaten van direct na de behandeling blijven redelijk stabiel over langere tijd. Het percentage patiënten dat tevreden is over het eindresultaat na 3 en 12 maanden blijft redelijk stabiel maar het percentage patiënten die ontevreden zijn, stijgt (van 7.2% direct na de behandeling tot 14.7% en 15.8% na respectievelijk 3 en 12 maanden).

Deze toename in ontevredenheid staat haaks op de resultaten van de vragen of men beter met het pijnprobleem om kan gaan en of dat het dagelijks functioneren beter gaat. Bij deze vragen neemt het percentage patiënten die aangeven verbeterd te zijn toe en het percentage patiënten met een slechtere score neemt af. Ook bij de vraag over de gerealiseerde doelstellingen is geen verslechtering op lange termijn gescoord. Aangezien de aantallen patiënten waarop de gegevens gebaseerd zijn maar een klein deel van de totale patiëntenpopulatie bevat dienen de lange termijn resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden en kunnen er geen harde conclusies aan verbonden worden.

**Tabel 29 tevredenheid en ervaren herstel na 3 maanden (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
	n=348	n=179	n=169
Tevredenheid			
Zeer tevreden	17.5	19.6	15.4
tevreden	45.1	44.1	46.2
neutraal	22.7	22.3	23.1
ontevreden	11.5	14.0	8.9
Zeer ontevreden	3.2	0.0	6.5
omgaan met pijnprobleem			
Duidelijk beter	33.0	37.8	27.8
Beter	48.4	46.7	50.3
Geen verschil	14.0	13.9	14.3
Slechter	3.4	1.7	5.3
Duidelijk slechter	1.1	0.0	2.4
dagelijks functioneren			
Duidelijk beter	26.4	28.9	23.8
Beter	47.1	46.1	48.2
Geen verschil	18.7	17.2	20.2
Slechter	5.2	5.0	5.4
Duidelijk slechter	2.6	2.8	2.4
Doelen gerealiseerd			
0%	0.9	0.6	1.3
10%	4.0	3.4	4.6
20%	3.7	4.6	2.6
30%	4.9	5.2	4.6
40%	5.2	2.9	7.9
50%	11.3	9.8	13.2
60%	14.1	16.7	11.2
70%	24.2	26.4	21.7
80%	19.6	17.8	21.7
90%	9.2	10.3	7.9
100%	2.8	2.3	3.3

**Tabel 30 tevredenheid en ervaren herstel na 12 maanden (%)**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
	n =133	n=54	n=79
<b>Tevredenheid</b>			
zeer tevreden	21.8	35.2	12.7
tevreden	44.4	40.7	46.8
neutraal	18.0	9.3	24.1
ontevreden	13.5	14.8	12.7
Zeer ontevreden	2.3	0.0	3.8
<b>omgaan met pijnprobleem</b>			
Duidelijk beter	34.6	42.6	29.1
Beter	46.6	44.4	48.1
Geen verschil	14.3	11.1	16.5
Slechter	3.0	1.9	3.8
Duidelijk slechter	1.5	0.0	2.5
<b>dagelijks functioneren</b>			
Duidelijk beter	28.0	33.3	24.4
Beter	50.8	51.9	50.0
Geen verschil	15.9	11.1	19.2
Slechter	4.5	3.7	5.1
Duidelijk slechter	0.8	0.0	1.3
<b>Doelen gerealiseerd</b>			
0%	1.5	0.0	2.6
10%	1.5	1.9	13.0
20%	6.8	1.9	10.3
30%	6.8	3.7	9.0
40%	3.8	1.9	5.1
50%	9.8	7.4	11.5
60%	13.6	13.0	14.1
70%	15.2	16.7	14.1
80%	25.8	29.6	23.1
90%	9.1	13.0	6.4
100%	6.1	11.1	2.6

Kijken we naar de uitkomsten op de meetinstrumenten dan zien we dat de positieve effecten bij beëindiging op lange termijn behouden blijven voor alle uitkomstmaten.

De patiënten uit de ziekenhuizen laten na 3 maanden een grotere vooruitgang zien dan de patiënten uit revalidatiecentra. Eenzelfde beeld is te zien bij de resultaten van de 12 maanden follow up. De gegevens zijn echter afkomstig van een steeds kleinere groep patiënten, zodat ook hier weer de nodige voorzichtigheid geboden is met het interpreteren van de resultaten. Een harde eindconclusie is op basis van deze beperkte gegevens niet mogelijk.

**Tabel 31 verschillcores begin – 3 maanden**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Pijn gemiddeld	1.5 (2.1)	2.2 (2.5)	1 (1.7)
Pijn Max	1.3 (2.1)	2.1 (2.5)	0.7 (1.6)
Vermoeidheid	1.8 (2.5)	2.6 (2.4)	0.7 (2.3)
Fysiek Functioneren	-14.1 (21.2)	-18.4 (24.1)	-10.8 (18)
Rolpatroon Fysiek	-28.3 (40.6)	-37.8 (47.5)	-20.7 (32.4)
Mentale Gezondheid	-7.1 (17.8)	-9.6 (19.5)	-5.4 (16.6)
Vitaliteit	-14.6 (21.4)	-20.6 (25)	-10.6 (17.6)
Pain Disability Index	10 (14.2)	16.0 (16.8)	7.7 (12.6)
Pijn Catastroferen Schaal	-8.1 (8.8)	-8.5 (6.8)	-8 (9.4)
MPI- interferentie dagelijks functioneren	1.4 (1.3)	1.5 (1.4)	0.8 (0.4)

De gegevens van PSK, COPM zijn niet meegenomen vanwege te kleine aantallen (< 10 patiënten). De performance testen zijn op lange termijn niet meer afgenomen.

**Tabel 32 verschillcores begin – 12 maanden**

	totaal	ziekenhuizen	revalidatie centra
Pijn gemiddeld	1.5( 2.3)	2.6 (2.5)	0.8 (1.9)
Pijn max	1.0 (2.4)	1.8 (3.1)	0.5 (1.7)
Vermoeidheid	1.4 (2.7)	2.1 (2.8)	0.6 (2.4)
Fysiek Functioneren	-15.1 (20.9)	-23.5 (21.6)	-10.0 (18.9)
RolPatroon Fysiek	-31.1 (46)	-49.3 (54.3)	-18.0 (33.9)
Mentale Gezondheid	-8.1 (19)	-8.9 (19.9)	-7.6 (18.5)
Vitaliteit	-15.1 (22.6)	-20 (25.1)	-11.5 (19.9)
Pain Disability Index	11 (15.5)	22.7 (15.8)	6.3 (12.8)
Pijn Catastroferen Schaal	-5.1 (8.9)	geen data	-5.1 (8.9)
MPI- interferentie dagelijks functioneren	1.2 (1.6)	1.4 (1.6)	-0.1 (0.9)

De gegevens van PSK, COPM zijn niet meegenomen vanwege te kleine aantallen (< 10 patiënten). De performance testen zijn op lange termijn niet meer afgenomen.

## 5.6 Medische consumptie, betaald werk en arbeidsverzuim na 12 maanden

Na 12 maanden geeft 51% van de patiënten aan de afgelopen 12 maanden na beëindiging van het revalidatieprogramma aan een hulpverlener te hebben bezocht.

De huisarts scoort met 78% het hoogst gevolgd door de fysiotherapeut (70%) en dan de psycholoog (26%). De vraag of de bezoeken aan de medisch specialisten ter na controle waren van de verwijzing naar de revalidatie is niet specifiek geregistreerd. Ook kunnen vanuit het revalidatieprogramma patiënt gericht verwezen zijn voor een vervolgbehandeling bijv. bij psycholoog en/of psychiater. Of patiënt is doorgestuurd naar eerstelijns om behaalde winst verder te continueren bijv. bij de fysiotherapeut. Ook is niet specifiek gevraagd of de patiënt weer naar een andere hulpverlener is geweest i.v.m. dezelfde klachten als die waarvoor de patiënt verwezen was naar revalidatiearts. Binnen de groep patiënten waarvan een begin en 12 maanden meting aanwezig is daalt het percentage patiënten dat dagelijks pijnmedicatie gebruikt van 42.1% (voor start behandeling) naar 35.2% 12 maanden beëindiging van de behandeling. Het aantal patiënten dat geen pijnmedicatie gebruikt stijgt van 23.2% voor start behandeling naar 38.4% ten tijde van de 12 maanden follow-up meting.

<b>Tabel 33 Welke hulpverlener afgelopen 12 maanden bezocht</b>	<b>%</b>
huisarts	78
fysiotherapeut/oefentherapeut	70
neuroloog	14
manueel therapeut	13
reumatoloog	21
orthopeed	11
revalidatiearts	11
anaesthesioloog	21
psycholoog	26
pijnteam	4
chirurg	4
ergotherapeut	7
internist	4
acupuncturist	1
psychiater	14
homeopaat	1
maatschappelijk werk	11
gynaecoloog	4
uroloog	1
andere hulpverlener	25

Bij de 12 maanden follow-up metingen geeft 41% van de patiënten aan betaald werk te hebben en 3% is schoolgaand of studeert. Het ziekteverzuim de afgelopen maanden lijkt minder groot dan in de periode voor verwijzing. 24% geeft aan geen dagen verzuimd te hebben in de periode na de revalidatiebehandeling t.o.v. 0% voorafgaand aan de behandeling. Ook het percentage patiënten dat aangeeft meer dan 25 dagen de afgelopen maanden verzuimd te hebben is gedaald 20% na revalidatie t.o.v. 33% voor revalidatie.

Of de veranderingen rechtstreeks toe te schrijven zijn aan het gevolgde revalidatieprogramma is niet te zeggen. Daarnaast moeten deze resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien ook het kleine aantal patiënten waarop deze gegevens gebaseerd zijn.

## 6. Discussie

### *Het implementatieproces*

Het is gelukt om in een groot aantal instellingen (n=32) verdeeld over heel Nederland de NDP-set te implementeren, zowel binnen afdelingen van ziekenhuizen als in revalidatiecentra. Dit betekent echter nog niet dat de dataverzameling in alle instellingen optimaal verloopt. In een aantal instellingen worden standaard gegevens verzameld bij een groot aantal van alle verwezen patiënten bij start en einde van de behandeling. In andere instellingen is de dataverzameling minder compleet. Nog niet van alle patiënten worden gegevens standaard verzameld en zeker nog niet op de lange termijn (3 en 12 maanden na afronding van de behandeling). Het ontbreken van gegevens einde behandeling en/of follow-up is primair een organisatorisch probleem. Het merendeel van de patiënten maakt de behandeling wel af, maar blijken dan minder gemotiveerd om achteraf nog een keer de vragenlijst in te vullen. Verder zijn het vooral de gegevens die de behandelaren/arts zelf moeten registreren welke slecht geregistreerd worden. Daardoor is het huidige verzamelde databestand op een aantal onderdelen niet compleet genoeg om eenduidige conclusies te trekken. Een aantal verklaringen voor het nog niet realiseren van een zo compleet mogelijke dataverzameling bij patiënten verwezen voor een pijnrevalidatiebehandeling zijn:

- Op de eerste plaats is de kennisoverdracht over soorten meetinstrumenten (klinimetrie), de inhoud van de meetinstrumenten, de betekenis van hoge/lage scores etc. en het belang van een complete dataverzameling in onvoldoende mate geslaagd bij alle behandelaren/betrokkenen per instelling. Bij aanvang van dit project is een beperkt aantal personen uit de diverse instellingen bijgeschoold op het gebied van klinimetrie en de inhoud van de NDP-set. De bijscholing bleek niet altijd aan te sluiten op het kennisniveau of behoefte aan kennis van de deelnemers en de overdracht van de opgedane kennis via de geschoolde personen naar het gehele team is onvoldoende succesvol gebleken (o.a. mede ook weer door onvoldoende tijd) om alle behandelaren mee te krijgen in het verzamelen van de gegevens en/of het belang van dataverzameling te doen inzien. Een gerichtere scholing voor alle behandelaren geënt op elke instelling afzonderlijk had wellicht meer rendement opgeleverd, omdat dan alle behandelaren een beter beeld krijgen over wie wat moet registreren en waarom. De beschikbare begeleidingstijd vanuit de projectgroep was ook, zeker gezien het grote aantal deelnemende instellingen, te beperkt om nog gericht binnen instellingen mee te denken, scholing te geven en te ondersteunen bij het opzetten van de infrastructuur voor dataverzameling. Dus ondanks dat behandelaren en management redelijk overtuigd zijn van de meerwaarde en noodzaak van een goede dataverzameling is het gestructureerd dataverzamelen in instellingen voor revalidatie (nog) geen alledaagse bezigheid.

- Het niet kunnen interpreteren van de scores van de meetinstrumenten of andere gegevens uit de NDP-set is ook een reden voor de non-respons onder behandelaren. Dit is deels te wijten aan de scholing, maar vooral ook aan het ontbreken van referentiewaarden bij aanvang van het project. Daardoor blijven de gegevens voor de behandelaren abstract en hebben ze maar een beperkte waarde voor de dagelijks praktijk, waardoor de animo van behandelaren om de gegevens compleet in te voeren mogelijk afneemt. Dit kan vanaf nu verbeterd worden doordat er momenteel referentiewaarden opgesteld zijn met de resultaten van het huidige project. Deze moeten dan wel nog geïntegreerd worden in de dataverzamelsystemen en de rapportages binnen de patiëntendossiers zodat ze beschikbaar zijn voor dagelijks gebruik.

- Een andere reden is de onderschatting geweest van de hoeveelheid tijd en/of in te zetten middelen die nodig zijn om een complete dataverzameling te realiseren en deel te nemen aan het project. Dataverzameling moet gezien worden als een aparte taak of functie die structureel in het revalidatieproces moet worden ingebed en die dus tijd kost. Enerzijds zullen instellingen hiervoor dan ook structureel meer geld moeten vrijmaken en anderzijds moet bekeken worden hoe dataverzameling binnen revalidatie extra gefinancierd kan worden. Voor andere gegevensverzameling ten behoeve van behandelprocessen zoals het

bepalen van bloedwaarden en/of radiologisch onderzoek bestaan er vanuit de zorgverzekeraar officiële vergoedingen. Feitelijk zijn de gegevens die verzameld worden m.b.v. de NDP-set ook ondersteunend aan de besluitvorming over aard en inhoud van de te volgen behandelprogramma's en zou een vergoeding voor het verzamelen van deze gegevens gepast zijn. Wellicht dat vanuit de brancheverenigingen hierover met de zorgverzekeraars in overleg gegaan kan worden. Aangezien de zorgverzekeraars meer inzage willen in aard van problematiek van patiëntenpopulaties en de resultaten van de geleverde zorg lijkt het ook logisch dat zij dit mee moeten bekostigen.

- De beperkte mogelijkheden van de gebruikte dataverzamelsystemen (klinilyzer en pijn dossier) om eenvoudig en efficiënt te kunnen controleren op missende waarden is ook een reden voor de (te grote) aantallen missende waarden. De wensen m.b.t. een betere ondersteuning in de dataverzameling (door bijv. overzichten van missende waarden te kunnen uitdraaien en/of automatische herinnerberichten te sturen als gegevens (nog) niet compleet zijn) zijn geïnventariseerd en doorgegeven aan de betrokken firma's om aan te passen.

- Tenslotte zien we dat ook de patiënt, ondanks herhaaldelijke verzoeken de vragenlijsten niet meer of maar beperkt invult als de behandeling is afgerond. De reden waarom patiënten op deze meetmomenten de vragenlijst slecht of niet invullen is onduidelijk. Mogelijk dat de patiënt onvoldoende feedback krijgt met betrekking tot de ingevulde gegevens (behandelaren zetten de gegevens nog maar beperkt klinisch in) en daardoor het persoonlijk nut er niet van inziet. Een mogelijkheid om dit op te lossen is de patiënt in de laatste behandelweek en op terugkomdagen de vragenlijsten in de instelling zelf te laten invullen. Dit levert tijd op doordat men nu niet telkens hoeft te controleren of de patiënt de gegevens heeft aangeleverd en/of patiënten te blijven benaderen met verzoek tot invullen. Een andere optie is de patiënt inzage te geven in zijn eigen ingevulde gegevens. Als de patiënt een uitdraai krijgt van de resultaten van de vragenlijsten en eventuele veranderingen in scores dan is deze mogelijk meer geneigd de gegevens bij vervolgmetingen helemaal in te vullen. Een laatste optie is om de huidige dataset te verkleinen waardoor de tijdsinvestering voor patiënten afneemt, waardoor invulbaarheid verbetert.

Kortom, de wijze van dataverzameling binnen de instelling dient nog verder verbeterd te worden, zeker als men de gegevens wil gaan gebruiken voor verdere verbeteringen of aanpassingen van de huidige behandelprogramma's. De informatie moet dan correct en compleet zijn, waarbij ook gegevens van het behandelproces (o.a. ingezette middelen en tijd) geregistreerd moeten worden. In het project is de poging om aan de hand van het 'logic model' de behandelinhoud uniform te beschrijven maar ten dele geslaagd. De gehanteerde terminologie was te divers om een goede vergelijking tussen de verschillende programma's te kunnen maken. Gaande de implementatie zijn door de projectgroep definities opgesteld, deze zijn aan de deelnemers voorgelegd en moeten nog landelijke 'gevalideerd' worden. Gezien de vraag naar transparantie van zowel patiënten als zorgverzekeraars lijkt het noodzakelijk om opnieuw (na eerste landelijke consensusrapport (Köke 2005) een landelijke consensus te realiseren m.b.t. de behandelinhoud en gehanteerde werkwijze. Hiet ligt een taak voor de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland in samenwerking met Revalidatie Nederland.

De deelnemers vinden een gezamenlijke dataverzameling belangrijk en wenselijk voor de toekomst van pijnrevalidatie. Er is voldoende steun vanuit het werkveld om dit in de toekomst te realiseren. Vanuit het project is bij Revalidatie Nederland een opzet voor het inrichten van een landelijke databank pijnrevalidatie in de vorm van een onafhankelijke stichting ingediend. Binnen deze stichting worden op basis van duidelijke bindende rechten en plichten, van de stichting als ook van de deelnemende instellingen, data verzameld en verwerkt. De stichting beheert de data en zorgt voor periodieke feedback naar de deelnemende instellingen, die daarmee hun behandelprogramma's en processen verder kunnen ontwikkelen en onderbouwen.

### *Kenmerken patiënten verwezen voor een mogelijke pijnrevalidatie behandeling of advies.*

Hoofddoel van het gebruik van de NDP-set was om inzicht te krijgen in de kenmerken van de patiëntenpopulatie verwezen voor een revalidatiegeneeskundig behandeltraject. Op basis van de ruim 8000 patiëntgegevens is een uniek overzicht opgesteld. Er is nu een breed beeld geschetst van de kenmerken en de aard en ernst van de klachten van patiënten verwezen voor een mogelijke pijnrevalidatie behandeling of advies. We hebben nog geen concreet beeld van de verschillen in kenmerken van patiënten die uiteindelijk niet geselecteerd worden voor een daadwerkelijke behandeling en die wel geselecteerd worden. De totale patiëntengroep die aangemeld wordt bestaat voor ruim 2/3<sup>e</sup> uit vrouwen, is voor het grootste deel tussen de 40-60 jaar oud, is getrouwd of woont samen, voor het grootste deel laag of middelbaar opgeleid en heeft hoofdzakelijk de Nederlandse nationaliteit. De grootste groep patiënten wordt verwezen door de huisarts, heeft ernstige pijnklachten verspreid over meerdere delen van het lichaam, die al 1 of meerdere jaren bestaan. Het merendeel van de pijnklachten is geleidelijk aan ontstaan, waarbij lichamelijk letsel door een kwart van de patiënten als oorzaak gezien wordt. Een ander kwart van de patiënten geeft aan dat de oorzaak onbekend is. De impact op dagelijks functioneren en emotioneel welzijn is groot. De patiënten zijn ondanks het chronische karakter nog actief op zoek naar behandeling (in ieder geval tot aan de verwijzing naar de revalidatiearts), gezien het grote aantal bezoeken aan hulpverleners vanwege hun pijnklachten, voorafgaand in het jaar aan de verwijzing naar revalidatiegeneeskunde.

De verschillen in kenmerken en de ernst van de klachten tussen patiënten verwezen naar een ziekenhuis of een revalidatiecentrum zijn op meerdere gebieden statistisch significant. Wat deze verschillen betekenen voor de dagelijkse praktijk dient nader onderzocht te worden. We zien dat categorie WPN-4 (de meest complexe patiëntengroep) meer voorkomt binnen de revalidatiecentra. De eerste referentiewaarden (op basis van slechts een deel van de patiënten) m.b.t. de WPN-indeling laten zien dat er een gradatie in ernst op basis van dit extern criterium mogelijk is. De WPN-4 patiënten hebben op groepsniveau op alle meetinstrumenten hogere (lees ernstigere) scores). Wat ook opvalt, is de grote spreiding van de scores, op elk meetinstrument. Dit betekent dat de impact voor chronische pijn niet voor elke patiënt gelijk is en dat er mogelijk subgroepen te onderscheiden zijn op basis van ernst en/of combinaties van ernst-scores. Andere vragen zijn of de patiënten qua kenmerken verschillen als we kijken naar verschillende medische diagnoses? Of is de diagnose gezien het feit dat patiënten pijn ervaren in meerdere delen van het lichaam (niet altijd passend bij de gestelde diagnose) geen goede indeling en heeft het aanbieden van diagnose gebonden pijnprogramma's geen meerwaarde? Om dit soort vragen te kunnen beantwoorden zullen nog meer gegevens verzameld moeten worden in relatie tot behandelresultaten, behandelinhoud en behandelproces. De kenmerken van patiënten die uiteindelijk niet in aanmerking komen voor een pijnrevalidatie behandeling zijn eveneens nog onvoldoende in kaart gebracht.

### *Behandelresultaten*

De resultaten van behandeling laten een positief beeld zien. Het merendeel van de patiënten (75%) is tevreden met het eindresultaat, kan beter omgaan met de pijnklachten en kan weer beter functioneren in het dagelijks leven. Op alle domeinen laten de meetinstrumenten, op groepsniveau, een verbetering zien. Een verbetering die ook op lange termijn lijkt te blijven bestaan. De beoordeling van deze resultaten vraagt wel de nodige voorzichtigheid omdat de gegevens maar afkomstig zijn van een klein deel van de geïnccludeerde patiënten. Mogelijk dat alleen patiënten die de behandeling helemaal afgerond hebben en die de vragenlijst wilden invullen vanwege de positieve resultaten. Daardoor kan er sprake zijn van een overschatting van de resultaten.

Het algemene doel van pijnrevalidatie om patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren (1<sup>e</sup> landelijk consensusrapport pijnrevalidatie, Kōke 2005) lijkt dus gerealiseerd te kunnen worden. Daarnaast zien we dat pijnrevalidatie ook effecten sorteert op het gebied van kosten, zowel ten aanzien van kosten

in de zorg (medische consumptie) als maatschappelijke kosten (arbeidsverzuim). Dit is in overeenstemming met een eerder uitgevoerde kostenbaten analyse waarbij positieve maatschappelijke en economische effecten van pijnrevalidatie zijn aangetoond (Kok 2008). De eerste resultaten (wederom slechts van een klein deel van de totale populatie) van veranderingen op lange termijn t.a.v. medische consumptie en ziekteverzuim laten eveneens een positief beeld zien. De vraag is in hoeverre binnen pijnrevalidatieprogramma's doelbewust gewerkt wordt aan het verminderen van medische consumptie en/of terugkeer naar werk en deze eerste resultaten dus ook daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan pijnrevalidatie. Binnen de huidige NDP-set zijn de vragen over verandering in medische consumptie en/of ziekteverzuim nog algemeen gesteld. Een meer gedetailleerde inventarisatie van welke zorg, met welke reden is geconsumeerd maakt duidelijk welke zorg nog gezien moet worden in het kader van nazorg van pijnrevalidatie (behoud van gemaakte winst), zorg van andere medische problematiek dan chronische pijn en zorg t.g.v. de chronische pijn zelf is noodzakelijk om dit goed in kaart te brengen. Ook zien we een daling in aantal verzuimdagen in de periode na het pijnrevalidatieprogramma. Ook hier geldt dat de gegevens m.b.t. tot werkhervatting en/of (hernieuwd) ziekteverzuim nog beter inzichtelijk gemaakt moeten worden om te beoordelen of het ziekteverzuim in relatie staat tot de chronische pijn of tot andere klachten.

Vooralsnog laten de behandelresultaten een positief beeld zien en zijn er geen redenen om de generieke NDP m.b.t. de evaluatieve meetinstrumenten fors te wijzigen. Specifiek voor het domein 'arbeid' is er recent binnen het samenwerkingsverband 'Vroege Interventie' (VI) een 'dataset arbeidsrevalidatie' ontwikkeld, met meer en gedetailleerdere uitkomstmaten gericht op arbeidsparticipatie. Deze dataset zal met ingang van 2013 door de 14 VI centra worden afgenomen. De dataset van VI is ontwikkeld in overleg met de NDP groep van de Samenwerkende Ontwikkelcentra voor Pijnrevalidatie, om er voor te zorgen dat gemeenschappelijke variabelen met dezelfde instrumenten gemeten worden. Hierdoor neemt de generaliseerbaarheid en daardoor ook de vergelijkbaarheid van beide datasets toe. Daarnaast is Vi in zee gegaan bij dezelfde partner die de NDP dataset web-based (pijndossier.nl van de firma Fastguide) aan kan bieden.

### *Enkele discussiepunten*

De vraag is wat de huidige resultaten en uitkomsten van dit implementatieproject en de kenmerken van de patiëntenpopulatie betekenen voor de dagelijkse praktijk en werkwijzen binnen de instellingen die pijnrevalidatieprogramma's aanbieden. Hieronder belicht de projectgroep aan aantal onderwerpen om een eerste aanzet tot discussie te geven.

#### *- De duur van de klachten*

Opvallend is de lange duur van de klachten van de verwezen groep patiënten (ongeveer 80% langer dan 1 jaar klachten). Daarbij valt ook op dat hier vrijwel geen verschil is tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra. Men zou verwachten dat patiënten in een eerder stadium zouden worden doorverwezen naar de revalidatiearts in een ziekenhuis. Maar blijkbaar worden patiënten überhaupt pas laat (na lange periode van klachten) verwezen naar een pijnrevalidatiearts met het verzoek voor advies en/of deelname aan een pijnrevalidatieprogramma. De vraag is wat dit betekent voor de kans op een succesvolle revalidatiebehandeling. Hoe langer de klachten bestaan hoe meer (negatieve) factoren een rol kunnen gaan spelen, hoe complexer de klachten worden en hoe complexer en intensiever de behandeling moet zijn. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat pijnrevalidatieprogramma's effectief zijn in het verbeteren van dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en algemeen welbevinden, maar dat deze effecten klein zijn (Morley 1999, van Tulder 2000, Eccleston, 2009). Een belangrijke vraag is dan ook of de huidige verwezen populatie de meest geschikte of juiste doelgroep is voor pijnrevalidatie behandeling. Is het niet beter om minder chronische patiënten naar de revalidatiearts te verwezen, met meer kans op succes en grotere behandelresultaten.

Een andere vraag die opkomt bij de lange klachtenduur van de patiëntengroep is waardoor het komt dat men patiënten pas verwijst naar de revalidatiearts als "laatste in de rij". Uit de verzamelde gegevens blijkt immers dat voorafgaand aan de verwijzing de patiënten al bij een



heel breed scala aan medisch specialisten en/of therapeuten en/of andersoortige hulpverleners zijn geweest voor hulp. Dit is in overeenstemming met gegevens uit de Europese studie van Breivik (2006) waarin bleek dat patiënten met chronische pijn weinig doorgestuurd worden naar gespecialiseerde teams op gebied van pijn of pas heel laat. Dit gold voor zowel pijnteams met specifieke pijnbehandelingen of anesthesiologen gespecialiseerd in pijn.

In de studie van Breivik (2006) wordt als een van de redenen aangehaald dat er te weinig bekend is over de mogelijkheden van dergelijke “pijnteam”. Mogelijk is dit ook het geval bij pijnrevalidatie en is er te weinig bekend over de mogelijkheden en de resultaten van pijnrevalidatie bij verwijzers en patiënten. In het rapport Chronische Pijn (2011) van de regieraad Kwaliteit van Zorg wordt ook geadviseerd om patiënten sneller door te verwijzen naar gespecialiseerde (pijn)centra. Daarnaast zal het nog altijd overheersende denken vanuit een biomedisch ziektemodel over pijn hieraan bijdragen. De vraag doet zich nu voor of pijnrevalidatie deze “laatste in rij” positie wil blijven innemen of niet en dat men dus eerder patiënten wil zien en het principe van stepped care moet gaan toepassen (Smeets 2011).

#### - Complexiteit van de verwezen problematiek

De mate van ernst van de problemen die de patiënt kan ervaren, op diverse gebieden, is erg breed. Dit is op te maken uit de grote spreiding (standaard deviaties) rondom de “lage” gemiddelde scores op de gehanteerde meetinstrumenten voor pijn, vermoeidheid, fysiek en emotionele functioneren en participatie. Naast ernstige pijnklachten is er sprake van ernstige vermoeidheidsklachten die gepaard gaan met een gemiddeld laag niveau van fysiek functioneren in dagelijks leven en participatie. Veel patiënten ervaren emotionele problemen en zijn vaak al onder behandeling geweest van een psychosociaal hulpverlener ( zeker bij de populatie binnen de revalidatiecentra). De vraag is wat voor een soort behandeling deze patiënten daar al hebben gekregen. En heeft het zin deze behandelmethoden nog eens in te zetten? Op basis van de beperkte gegevens over het vervolgtraject (80% van de patiënten komt uiteindelijk in behandeling) lijken er weinig patiënten af te vallen. Betekent dit dat de toelating weinig selectief is? Is er winst te behalen door strenger te selecteren wie wel een behandeling krijgt aangeboden en wie niet? Ook inzicht in de aard van eventuele adviezen van de revalidatiearts voor ander behandeltrajecten zijn belangrijk om in kaart te brengen. Meer inzicht in subgroepen van patiënten en de kans op succes (op vooraf gedefinieerde uitkomstmaten) is nodig om striktere selectiecriteria op te kunnen stellen. Een inzicht dat gerealiseerd kan worden als dataverzameling completer wordt, wat dan ook een belangrijk aandachtspunt is voor toekomstige dataverzameling. De vraag is ook wat de rol van de medische diagnose bij het vaststellen van subgroepen is. De meeste patiënten ervaren pijn verspreid over meerdere delen van het lichaam (niet altijd passend bij de diagnose). Dit roept de vraag op t.a.v. de behandelinhoud en opzet van de verschillende behandelprogramma's. Is het zinvol om diagnose specifiek behandelprogramma's aan te blijven bieden of niet?

#### - Medische consumptie

Het feit dat patiënten na pijnrevalidatieprogramma's zorg blijven consumeren geeft onder meer het belang aan van het ontwikkelen van ketenzorg, waarbij de behandeling gericht op omgaan met de pijn zich niet alleen beperkt tot revalidatie-instellingen. Leren omgaan met pijn is een langdurig proces, wat gepaard gaat met terugvalmomenten. Juist het adequaat reageren op een terugval biedt perspectief voor behoud van effecten op lange termijn. Als patiënten op een moment van terugval terecht komen bij een medisch georiënteerde hulpverlener is het maar de vraag wat overblijft van de gerealiseerde effecten. Het aanbieden van gerichte nazorg is daarom van groot belang. Op dit moment is die nazorg binnen de deelnemende instellingen verschillend georganiseerd en varieert van een enkel consult tot meerdere terugkomdagen. De vraag is daarom hoe en op welke manier de nazorgfase ingericht kan worden in samenwerking met andere partners in de zorg om gerealiseerde effecten te behouden.

Daarnaast is het de vraag of afname van medische consumptie niet een prominentere rol moet krijgen binnen de behandeling. Het aanbieden van behandelmodules gericht op hoe patiënten om kunnen gaan met het aanwezige aanbod van zorg (om de pijn op te lossen) zullen daarvoor ontwikkeld of geïntegreerd moeten worden in de huidige aanpak. Indien

aangetoond kan worden dat pijnrevalidatie bijdraagt aan een vermindering van medische consumptie dan versterkt dit de positie van pijnrevalidatie in een maatschappij die meer en meer rendement van geleverde zorg eist. De vraag is of zo een module ontwikkeld kan worden en/of die ook effectief is? Ook het verwijzen van patiënten in een eerder fase naar pijnrevalidatie kan bijdragen aan verminderen van medische consumptie. De projectgroep adviseert dan ook om meetinstrumenten om de kosteneffectiviteit te meten zoals de EQ-5D, toe te voegen aan de NDP-set

#### - Arbeidsverzuim

Wat in de vorige alinea is gezegd over medisch consumptie kan doorgetrokken worden naar de uitkomst werkhervatting. De vraag is of werkhervatting niet ook een meer specifieke doelstelling moet zijn van pijnrevalidatie. Dit zal dan wel gericht en op indicatie moeten worden aangepakt. Het hebben van werk biedt structuur en regelmaat wat als belangrijke factoren gezien worden voor het vasthouden van een gedragsverandering. Ongeveer de helft van de patiënten heeft betaald werk en verzuimt veel. Desondanks blijkt dat de bedrijfsarts maar voor een heel klein deel (3%) van de patiënten de verwijzer is. Is dit een bewuste keuze van bedrijfsartsen? Kennen ze de aanpak binnen revalidatie niet of hebben ze voldoende mogelijkheden voor arbeidsreintegratie-trajecten? Gezien het grote aantal patiënten waarbij arbeid een rol speelt lijkt het zinvol om dit nader te onderzoeken om te bepalen wat wel en wat niet kan. Ook hier kunnen de effecten vertaald worden in financieel gewin voor de maatschappij en kan dit weer bijdragen aan een stevigere verankering van pijnrevalidatie in de zorg rondom chronische pijn. Overleg met VI hieromtrent is wenselijk (en deels al geborgd doordat deel van de OPR-leden ook lid zijn van de VI) om afstemming te realiseren in wie doet wat op gebied van arbeid-reintegratie en bij welke patientengroepen. Op dit gebied ontstaat mogelijk wel een spanningsveld met de roep om meer hulpvraaggerichte zorg binnen chronische aandoeningen, waarbij de patiënt mee aangeeft wat zijn of haar wensen zijn en/of de belangrijkste doelen. Wat te doen als patiënt geen prioriteit geeft aan een eventuele werkhervatting?

#### - De diversiteit van uitkomstmaten

De uitkomsten van het huidige project laten alle uitkomstmaten positieve veranderscores zien. Desondanks is de vraag of patiënten op alle uitkomstmaten moeten verbeteren om aan te tonen dat de aangeboden behandeling succesvol is geweest. Binnen de veranderscores zien we een brede spreiding wat kan inhouden dat een individuele patiënt niet op alle uitkomstmaten verbeterd en/of evenveel verbeterd. Het benoemen van één uitkomstindicator voor pijnrevalidatie is dan ook lastig. De vraag is of het niet noodzakelijk is om bij de start van de behandeling, in overleg met de patiënt, de belangrijkste uitkomstmaat (of maten) vooraf te benoemen en op basis daarvan bij beëindiging van de behandeling te bepalen of deze succesvol is geweest. Het algemene resultaat van pijnrevalidatieprogramma's kan dan uitgedrukt worden in proporties patiënten met een succesvolle uitkomst in relatie tot individuele klinisch relevante verbeteringen.

Hoe nu verder?

Het huidige project heeft geresulteerd in een enorme schat aan gegevens die richting kunnen geven aan toekomstig beleid op gebied van pijnrevalidatie. De basis voor een toekomstige dataverzameling is met dit project gelegd en kan nu verder geoptimaliseerd worden. De meerderheid van de deelnemende instellingen is bereid om in samenwerkingsverband de dataverzameling te continueren en te optimaliseren. De huidige dataset zal op een aantal punten aangescherpt worden om de gegevens die relevant zijn nog concreter te registeren. Daarvoor zal de projectgroep nog een voorstel doen aan de deelnemende instellingen. Ondertussen kunnen de resultaten en de ervaringen van dit project binnen de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland verder uitgewerkt worden en mede richting geven aan toekomstig beleid. De projectgroep beveelt dan ook aan om een landelijke richtlijn pijnrevalidatie op te stellen, die aansluit op initiatieven van de Dutch Pain Society voor een landelijke multidisciplinaire richtlijn chronische pijn.

Om de landelijke dataverzameling te continueren is wel een (onafhankelijk) platform nodig die deze dataverzameling aanstuurt. Dit geldt niet alleen voor dataverzameling binnen pijnrevalidatie maar voor alle diagnosegroepen binnen revalidatie. De ervaringen opgedaan worden in dit project gebruikt worden bij andere soortgelijke projecten. Er zou een landelijke helpdesk ingericht moeten worden (bijv. vanuit Revalidatie Nederland). Deze helpdesk kan enerzijds de implementatie van meetinstrumenten binnen andere delen van revalidatie ondersteunen en anderzijds kunnen de huidige dataverzamelsystemen, die (nog) niet optimaal zijn, door ontwikkeld worden. Het is zinvol om dit vanuit een centrale plek te laten plaatsvinden met input vanuit alle deelnemers omdat dit dan sneller en efficiënter kan plaatsvinden. Zo wordt voorkomen dat iedereen het wiel opnieuw gaat uitvinden. Dit voorkomt onnodige frustraties en bespaart kosten. Een landelijke aansturing zorgt verder voor meer uniformiteit doordat veranderingen en/of aanpassingen aan een dataset landelijk worden doorgevoerd en niet alleen lokaal. Ook het realiseren van koppelingen met bestaande systemen voor registratie (elektronisch patiëntendossier) kan beter aangestuurd worden vanuit een landelijk steunpunt.

Tenslotte dient te worden nagedacht te worden over het oprichten van een landelijke databank om op die manier verder normgegevens te realiseren en/of spiegelinformatie voor eventuele benchmarking. Vanuit het project is daarvoor richting Revalidatie Nederland een voorstel gedaan.

De eerste stappen voor een gezamenlijke dataverzameling zijn gezet. Het is nu zaak om de door te stappen en in gezamenlijkheid de volgende stappen te nemen om een complete dataverzameling voor chronische pijn te realiseren in de nabije toekomst en daarmee behandelprogramma's continu te kunnen monitoren en bijsturen. Met de kennis uit dit project kan de pijnrevalidatie weer een belangrijke stap zetten in de verdere optimalisering van de zorg voor patiënten met chronische pijn.

## 7. Referenties

- Andersson EI, Lin CC, Smeets RJ. Performance tests in people with chronic low back pain: responsiveness and minimal clinically important change. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Dec 15;35(26)
- Bekkering GE, Bala MM, Reid K, Kellen E, Harker J, Riemsma R, Huygen FJ, Kleijnen J. Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. *Neth J Med*. 2011 Mar;69(3):141-53.
- Carswell, A., McColl, M.A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222.
- Eccleston C, Williams ACDC, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain excluding headaches in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009: 3:1-105.
- Goossens MEJB, Vlaeyen JWS, Hidding A, Kole-Snijders A, Evers SMAA: Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 2005, 21:18-26.
- Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jackel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R. (2004a) ICF Core Sets for low back pain. *J Rehabil Med*. Jul;(44 Suppl):69-74.
- Cieza A, Stucki G, Weigl M, Kullmann L, Stoll T, Kamen L, Kostanjsek N, Walsh N. (2004b) ICF Core Sets for chronic widespread pain. *J Rehabil Med*. Jul;(44 Suppl):63-8.
- Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. (2005) Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 113:9–19.
- Turk D. et al. (2003) Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 106(3):337-45.
- Kok L, Houkes A., Niessen N. Kosten en baten van revalidatie. Amsterdam, november 2008 SEO-rapport nr. 2008-68 ISBN 978-90-6733-469-3
- Köke A., Swaan L., Brouwers M., Heuts P., Schiphorst Preuper R., Smeets R., Vlaeyen J. Consensusrapport Pijnrevalidatie Nederland. Pijn Kenniscentrum Maastricht 2005
- Morley S., Eccleston C., Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80(1-2): 1-13
- Picavet HSJ, N Hoeymans. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC<sub>3</sub> study *Ann Rheum Dis* 2004;63:723-729
- Smeets RJ, Vlaeyen JW, Kester AD, Knottnerus JA. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *J Pain*. 2006a Apr;7(4):261-71.
- Smeets RJ, Hijdra HJ, Kester AD, Hitters MW, Knottnerus JA. The usability of six physical performance tasks in a rehabilitation population with chronic low back pain. *Clin Rehabil*. 2006b Nov;20(11):989-97.
- Smeets RJ, Soest MV. The usability of a modified Astrand bicycle test to assess the aerobic capacity in patients with musculoskeletal pain and healthy controls. *Disabil Rehabil*. 2009;31(24):1988-95.
- Campbell, C. M., Edwards, R.R. (2009). Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. *Translational Research*, 153(3), 97-101.
- Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, Schouten EG, Knottnerus JA, Vlaeyen JW. Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *Clin J Pain*. 2008 May;24(4):305-15.
- Smeets R.J.E.M. Revalidatiegeneeskunde, een kwestie van goed schakelen. Maastricht 2011 ISBN: 978-905-681-363-5 NUR: 870
- Soer R, Reneman MF, Patrick C.A.J. Vroomen PCAJ, Stegeman P, Coppes M. Responsiveness and Minimal Clinically Important Change of the Pain Disability Index in patients with chronic back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012 Apr 15;37(8):711-5.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg, Chronische pijn. Den Haag, november 2011

Van Damme, S., Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Goubert, L., Van den Broeck, A. and Van Houdenhove, B. De Pain Catastrophizing Scale: Psychometrische karakteristieken en normering, *Gedragstherapie*, 2000 33 209-220.

van der Zee K, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de *Rand-36 Een handleiding* 2e druk 2012 Research Institute SHARE Groningen

van Tulder, MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ (2000). Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine*; 25: 2688-2699.

## Bijlage 1. Aanbevelingen voor de toekomstige implementatieprojecten binnen revalidatiegeneeskunde

Tot slot zijn de ervaringen van dit implementatietraject samengevoegd tot een aantal adviezen of aandachtspunten voor management om toekomstige projecten gericht op implementeren van meetinstrumenten binnen een afdeling revalidatie van een ziekenhuis of in een revalidatiecentrum op te pakken.

1. Het realiseren van een infrastructuur en werkwijze om data te verzamelen om daarmee zorguitkomsten in kaart te brengen kost tijd. Vanuit het management dienen een aantal voorwaarden gecreëerd te worden voordat men aan de daadwerkelijke implementatie kan beginnen:

- A. Inventariseer wensen en behoeften op gebied van scholing m.b.t. klinimetrie en organiseer (al dan niet met externe partijen) een gepaste scholing.
- B. realiseer consensus over de aard en inhoud van de te meten gegevens binnen het hele team.
- C. schrijf een meetprotocol uit waarin duidelijk vermeldt wordt welke gegevens wanneer door wie verzameld en geregistreerd worden.
- D. kies voor een type dataverzamelsysteem en manier van dataverzamelen (intern of via mail/post) en stel vast wat nodig is om dit te realiseren (ruimtes, computers en/of personele bezetting).
- E. realiseer een "koppeling" tussen de uitkomsten van de dataset en het "patiëntendossier". De gegevens van de dataset moeten beschikbaar zijn voor behandelaren zodat ze deze dagelijks kunnen inzien en inzetten voor hun reguliere behandelproces, inclusief informatie over referentiewaarden
- F. stel een werkgroep samen die de verantwoordelijkheid en het mandaat krijgt om de dataverzameling op te zetten en uit te voeren in de vorm van een pilot
- G. evalueer de pilot en stel definitieve werkwijze vast

2. Het na de implementatie permanent aanstellen van datacoördinatoren en/of dataverzamelaars die zorgdragen voor de continuïteit/borging van de dataverzameling en de gemaakte afspraken (voor mogelijke taken van datacoördinator /verzamelaar zie kader).

### Taken van een datacoördinator

1. zorgdragen voor versturen en verwerken van vragenlijsten naar alle patiënten die voor revalidatie worden aangemeld of starten met behandeling.
2. zorgdragen voor een complete dataverzameling via zowel patiënten als behandelaren.
3. zorgdragen dat informatie per individuele patiënt bij alle behandelaren komt.
4. het periodiek aanleveren van totaaloverzichten van aantallen ingevulde lijsten, de scores van alle patiënten en/of geselecteerde groepen patiënten als feedback naar behandelteams.

3. Ondersteun de datacoördinator/dataverzamelaar door regelmatig feedback te verzorgen naar behandelteam en betrokkenheid van behandelaren te faciliteren

**Bijlage 2. Referentie waarden voor de meetinstrumenten uit de NDP-set voor patiënten met chronische pijn verwezen voor revalidatiegeneeskundige behandeling in het algemeen en per indeling op basis van geslacht, WPN-indeling, leeftijd en medische diagnose.**

Referentie waarden totale groep patiënten chronische pijn deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	6677	6676	6244	4900	5219	5394	5346	5294	4371
Missings	1704	1705	2137	3481	3162	2987	3035	3087	4010
Gemiddelde	6,67	8,03	6,97	38,79	43,56	11,19	61,61	41,16	21,63
Mediaan	7,00	8,00	7,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
Std. Deviatie	1,843	1,683	2,172	13,345	22,064	24,061	18,685	18,414	10,754
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	2,00	14,00	10,00	,00	28,00	10,00	6,00
10	4,00	6,00	4,00	21,00	15,00	,00	36,00	15,00	8,00
20	5,00	7,00	5,00	28,00	25,00	,00	48,00	25,00	12,00
30	6,00	8,00	6,00	32,00	30,00	,00	52,00	30,00	15,00
40	7,00	8,00	7,00	36,00	35,00	,00	60,00	35,00	18,00
50	7,00	8,00	7,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
60	7,00	9,00	8,00	43,00	50,00	,00	68,00	45,00	24,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	55,00	,00	72,00	50,00	27,00
80	8,00	9,00	9,00	50,00	65,00	25,00	80,00	55,00	31,00
90	9,00	10,00	9,00	55,00	75,00	50,00	84,00	65,00	36,00
95	9,00	10,00	10,00	59,00	80,00	75,00	92,00	70,00	40,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal. Missings = aantal patiënten waarvan geen score bekend is.



Referentiewaarden totale groep patiënten chronische pijn deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	4690	347	445	689	669	2917	2880
Missings	3691	8034	7936	7692	7712	5464	5501
Gemiddelde	4,0072	37,683	79,04	4,1049	3,3019	19,0953	14,1325
Mediaan	4,1500	39,000	80,00	4,0000	3,2000	20,0000	14,2000
Std. Deviatie	1,19461	15,0035	33,296	1,32914	1,46310	5,09846	6,02920
Minimum	,00	,0	0	1,00	,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	81,0	238	8,40	8,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,7778	,000	23,30	2,0000	1,0000	9,9000	3,7000
10	2,3333	20,500	37,60	2,4000	1,4000	13,0000	5,5000
20	3,0000	27,000	52,00	3,0000	2,0000	15,0000	8,4000
30	3,5556	32,000	62,00	3,4000	2,4000	17,0000	11,2000
40	3,8889	35,400	72,00	3,8000	2,8000	18,0000	14,0000
50	4,1500	39,000	80,00	4,0000	3,2000	20,0000	14,2000
60	4,4444	42,000	85,00	4,4000	3,6000	21,0000	16,0000
70	4,7778	45,000	95,00	4,8000	4,0000	22,0000	17,7000
80	5,0000	49,000	105,80	5,2000	4,6000	23,0000	19,6000
90	5,4444	54,000	120,00	5,8000	5,2000	25,0000	21,5000
95	5,7778	59,180	134,70	6,4000	5,8000	27,0000	23,2950

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden op basis van geslacht; vrouwen deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	3579	3580	3268	3030	3304	3451	3406	3375	2860
Missings	1122	1121	1433	1671	1397	1250	1295	1326	1841
Gemiddelde	6,58	8,01	7,10	38,60	42,95	10,85	62,25	40,58	21,13
Mediaan	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
Std. Deviatie	1,809	1,652	2,114	12,987	21,781	23,758	18,203	18,098	10,491
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	3,00	15,00	10,00	,00	28,00	10,00	6,00
10	4,00	6,00	4,00	21,00	15,00	,00	36,00	15,00	8,00
20	5,00	7,00	6,00	28,00	20,00	,00	48,00	25,00	11,00
30	6,00	8,00	7,00	32,00	30,00	,00	56,00	30,00	14,00
40	6,00	8,00	7,00	36,00	35,00	,00	60,00	35,00	17,00
50	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
60	7,00	9,00	8,00	43,00	50,00	,00	68,00	45,00	23,00
70	8,00	9,00	8,00	46,00	55,00	,00	72,00	50,00	26,70
80	8,00	9,00	9,00	50,00	65,00	25,00	80,00	55,00	30,00
90	9,00	10,00	9,00	54,00	70,00	50,00	84,00	65,00	35,00
95	9,00	10,00	10,00	58,00	80,00	75,00	92,00	70,00	39,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal. Missings = aantal patiënten waarvan geen score bekend is.

Referentiewaarden op basis van geslacht; vrouwen deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	2915	179	216	368	358	1633	1617
Missings	1786	4522	4485	4333	4343	3068	3084
Gemiddelde	4,0057	42,514	77,04	4,0728	3,2838	18,9326	13,8410
Mediaan	4,1111	43,000	78,00	4,0000	3,2000	20,0000	14,0000
Std. Deviatie	1,18150	14,3431	31,385	1,33799	1,50224	5,13008	6,10792
Minimum	,00	,0	0	1,00	,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	81,0	185	7,80	8,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,7778	21,000	23,85	1,8000	1,0000	9,0000	3,0000
10	2,4000	28,000	36,70	2,2000	1,2000	12,4000	5,0000
20	3,0000	33,000	50,00	3,0000	1,8000	15,0000	7,7600
30	3,5530	38,000	60,00	3,4000	2,4000	16,0000	10,4000
40	3,8889	41,000	71,00	3,8000	2,8000	18,0000	13,6400
50	4,1111	43,000	78,00	4,0000	3,2000	20,0000	14,0000
60	4,4444	45,000	85,00	4,4000	3,6000	21,0000	15,9000
70	4,6667	48,000	90,00	4,8000	4,2000	22,0000	17,6000
80	5,0000	52,000	103,60	5,2000	4,6000	23,0000	19,6000
90	5,4444	59,000	117,30	5,8000	5,4000	25,0000	21,4000
95	5,6667	64,000	125,15	6,3100	5,8000	27,0000	23,0000

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden op basis van geslacht; mannen deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	1436	1437	1306	1198	1286	1308	1305	1285	1157
Missings	438	437	568	676	588	566	569	589	717
Gemiddelde	6,46	7,86	6,61	38,02	44,46	12,50	61,19	43,67	23,33
Mediaan	7,00	8,00	7,00	39,00	45,00	,00	64,00	45,00	23,00
Std. Deviatie	1,907	1,806	2,302	14,063	22,571	25,380	18,854	19,042	11,059
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	3,00	4,00	2,00	12,00	10,00	,00	28,00	10,00	6,00
10	4,00	6,00	3,00	19,00	15,00	,00	36,00	20,00	9,00
20	5,00	7,00	5,00	26,00	25,00	,00	44,00	30,00	13,00
30	6,00	7,00	6,00	31,00	30,00	,00	52,00	35,00	17,00
40	6,00	8,00	7,00	36,00	35,00	,00	56,00	40,00	20,00
50	7,00	8,00	7,00	39,00	45,00	,00	64,00	45,00	23,00
60	7,00	9,00	8,00	43,00	50,00	,00	68,00	50,00	26,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	60,00	,00	72,00	55,00	29,00
80	8,00	9,00	8,00	50,00	65,00	25,00	80,00	60,00	34,00
90	9,00	10,00	9,00	55,00	75,00	50,00	84,00	70,00	38,00
95	9,00	10,00	10,00	59,05	80,00	75,00	88,00	75,00	42,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden op basis van geslacht; mannen deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	1183	91	119	175	173	662	646
Missings	691	1783	1755	1699	1701	1212	1228
Gemiddelde	3,9854	34,121	79,50	4,2331	3,3954	18,0211	13,1378
Mediaan	4,2222	38,000	80,00	4,2000	3,4000	19,0000	14,0000
Std. Deviatie	1,25982	16,6298	35,892	1,35241	1,46731	5,20731	6,11356
Minimum	,00	,0	0	1,00	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	73,0	238	8,40	7,00	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,5556	,000	17,00	2,2000	1,0000	8,0000	2,8000
10	2,1372	,000	35,00	2,5200	1,4000	12,0000	4,9400
20	2,8889	25,400	51,00	3,0000	2,0000	15,0000	6,8000
30	3,4444	30,000	62,00	3,4000	2,6000	15,0000	9,4000
40	3,8889	33,000	74,00	3,8000	3,0000	17,0000	12,1800
50	4,2222	38,000	80,00	4,2000	3,4000	19,0000	14,0000
60	4,4444	40,000	85,00	4,6000	3,6000	20,0000	15,0000
70	4,7778	43,000	95,00	4,8000	4,2000	21,0000	16,8000
80	5,1111	46,000	100,00	5,2000	4,8000	22,0000	18,6000
90	5,4444	52,000	130,00	6,0800	5,5200	24,0000	20,6300
95	5,7778	54,000	140,00	6,4800	5,8600	25,0000	22,7900

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN1 deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	71	71	71	30	36	36	35	35	36
Missings	13	13	13	54	48	48	49	49	48
Gemiddelde	5,69	7,34	5,80	28,73	58,75	25,00	69,37	48,00	16,75
Mediaan	6,00	8,00	6,00	31,50	65,00	25,00	68,00	50,00	16,00
Std. Deviatie	1,990	2,299	2,488	13,199	22,595	30,472	11,639	11,581	8,375
Minimum	0	0	0	3	10	0	48	20	1
Maximum	10	10	10	50	95	100	92	70	31
Percentielen:									
5	2,00	2,60	,00	4,10	10,00	,00	51,20	28,00	1,85
10	3,00	4,20	2,00	6,50	22,00	,00	56,00	33,00	5,10
20	4,00	5,40	4,40	15,20	40,00	,00	60,00	35,00	9,80
30	5,00	6,00	5,00	24,30	45,50	,00	63,20	44,00	11,10
40	5,00	8,00	5,00	27,40	59,00	,00	64,00	45,00	13,80
50	6,00	8,00	6,00	31,50	65,00	25,00	68,00	50,00	16,00
60	7,00	8,00	7,00	35,00	70,00	25,00	72,00	50,00	19,20
70	7,00	9,00	7,00	35,70	70,00	25,00	72,00	55,00	21,00
80	7,00	9,00	8,00	38,60	78,00	50,00	80,00	55,00	26,60
90	8,00	10,00	8,00	47,80	86,50	82,50	89,60	65,00	28,60
95	8,40	10,00	9,00	49,45	90,75	100,00	92,00	66,00	31,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal. Missings = aantal patiënten waarvan geen score bekend is.

Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN1 deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	40	8	11	7	7	16	16
Missings	44	76	73	77	77	68	68
Gemiddelde	3,2404	44,000	90,27	4,6571	3,8857	18,3125	11,0563
Mediaan	3,2475	45,500	85,00	4,4000	4,0000	18,0000	11,4000
Std. Deviatie	1,29900	16,4143	20,833	1,67616	2,57645	4,20664	5,65709
Minimum	,33	21,0	49	1,80	,00	11,00	1,00
Maximum	5,67	64,0	120	6,60	6,60	27,00	20,50
Percentielen:							
5	1,0056	21,000	49,00	1,8000	,0000	11,0000	1,0000
10	1,1333	21,000	54,00	1,8000	,0000	11,0000	3,1000
20	2,3333	26,600	74,00	3,0000	,6000	15,4000	5,7200
30	2,4444	29,400	78,20	3,8800	2,0400	16,1000	6,8800
40	2,8222	39,000	84,20	4,0800	3,6800	17,8000	8,7200
50	3,2475	45,500	85,00	4,4000	4,0000	18,0000	11,4000
60	3,8000	49,200	101,20	5,5200	5,6000	19,0000	14,0000
70	4,1889	57,000	107,20	6,0400	6,0000	20,8000	14,8100
80	4,4222	64,000	109,60	6,3600	6,2400	22,2000	15,6000
90	4,8819		118,00			24,2000	19,8000
95	5,3121						

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN2 deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	444	444	441	358	358	383	379	376	281
Missings	152	152	155	238	238	213	217	220	315
Gemiddelde	6,37	7,80	6,37	34,42	51,62	19,06	66,74	47,93	20,52
Mediaan	7,00	8,00	7,00	36,00	50,00	,00	64,00	50,00	19,00
Std. Deviatie	1,957	1,791	2,346	12,989	21,184	29,926	14,695	15,679	10,339
Minimum	0	0	0	0	0	0	8	0	2
Maximum	10	10	10	64	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	3,00	4,00	1,10	10,95	15,00	,00	44,00	20,00	5,10
10	3,00	6,00	3,00	15,00	20,00	,00	48,00	30,00	8,00
20	5,00	7,00	5,00	24,00	30,00	,00	56,00	35,00	11,00
30	6,00	7,00	6,00	28,70	40,00	,00	60,00	40,00	14,00
40	6,00	8,00	6,00	32,00	50,00	,00	64,00	45,00	16,00
50	7,00	8,00	7,00	36,00	50,00	,00	64,00	50,00	19,00
60	7,00	8,00	7,00	39,00	60,00	,00	68,00	50,00	23,00
70	8,00	9,00	8,00	42,00	65,00	25,00	76,00	55,00	26,00
80	8,00	9,00	8,00	47,00	70,00	50,00	80,00	60,00	30,00
90	8,00	10,00	9,00	49,00	80,00	75,00	88,00	66,50	35,00
95	9,00	10,00	9,00	53,00	85,00	100,00	92,00	75,00	38,90

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.



Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN2 deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	268	29	28	88	80	139	131
Missings	328	567	568	508	516	457	465
Gemiddelde	3,6331	46,138	88,93	4,5432	3,5975	19,1367	12,7595
Mediaan	3,7789	45,000	84,00	4,6000	3,4000	19,0000	12,6000
Std. Deviatie	1,21684	11,8192	32,923	1,33768	1,44134	4,73837	6,62483
Minimum	,22	28,0	29	1,00	1,00	3,00	1,00
Maximum	6,00	77,0	166	8,20	8,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,3315	28,500	35,30	2,4900	1,2200	10,0000	3,0000
10	1,7798	30,000	52,90	3,0000	1,8000	14,0000	4,0000
20	2,6453	38,000	59,80	3,4000	2,2000	16,0000	5,8800
30	3,0000	40,000	65,00	3,8000	3,0000	17,0000	7,6400
40	3,3333	41,000	74,80	4,2000	3,2000	18,0000	10,3600
50	3,7789	45,000	84,00	4,6000	3,4000	19,0000	12,6000
60	4,1111	48,000	96,40	4,8000	3,8000	21,0000	14,9200
70	4,4444	50,000	107,60	5,2000	4,0000	22,0000	16,8000
80	4,6673	53,000	119,00	5,6000	4,8000	23,0000	20,3200
90	5,1111	69,000	140,20	6,4000	5,6000	25,0000	21,4000
95	5,4424	73,500	155,20	7,1100	5,8000	27,0000	23,3400

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN3 deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	1077	1078	1059	779	888	908	902	888	652
Missings	283	282	301	581	472	452	458	472	708
Gemiddelde	6,87	8,17	7,15	39,58	43,48	10,02	60,14	40,89	21,50
Mediaan	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	60,00	40,00	20,00
Std. Deviatie	1,683	1,540	2,055	12,087	20,480	22,430	15,968	16,660	11,103
Minimum	0	0	0	0	0	0	8	0	1
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	4,00	5,00	3,00	18,00	10,00	,00	32,00	10,00	5,00
10	5,00	7,00	5,00	24,00	15,00	,00	40,00	20,00	8,00
20	6,00	7,00	6,00	30,00	25,00	,00	48,00	25,00	11,00
30	6,00	8,00	7,00	34,00	30,00	,00	52,00	30,00	14,00
40	7,00	8,00	7,00	37,00	40,00	,00	56,00	40,00	17,20
50	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	60,00	40,00	20,00
60	7,00	9,00	8,00	44,00	50,00	,00	64,00	45,00	23,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	55,00	,00	68,00	50,00	27,00
80	8,00	9,00	9,00	50,00	60,00	25,00	72,00	55,00	32,00
90	9,00	10,00	9,00	54,00	70,00	50,00	80,00	60,00	37,00
95	9,00	10,00	10,00	58,00	77,75	50,00	88,00	70,00	41,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN3 deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	654	110	135	311	301	353	340
Missings	706	1250	1225	1049	1059	1007	1020
Gemiddelde	4,1495	34,124	81,68	4,1254	3,3236	19,8924	13,2318
Mediaan	4,2222	33,500	80,00	4,2000	3,4000	21,0000	14,0000
Std. Deviatie	1,07227	12,3170	32,586	1,30076	1,43216	4,81885	5,81697
Minimum	,00	,0	0	1,20	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	72,0	155	7,60	7,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	2,2200	18,075	23,80	2,0000	1,2000	11,0000	4,0400
10	2,6667	20,200	40,00	2,4000	1,4000	13,0000	5,8000
20	3,3333	23,720	55,20	3,0000	1,8000	16,0000	7,0000
30	3,6667	26,090	64,00	3,4000	2,4000	18,0000	9,0000
40	4,0000	30,000	70,80	3,8000	2,8000	20,0000	12,2000
50	4,2222	33,500	80,00	4,2000	3,4000	21,0000	14,0000
60	4,5556	36,000	91,60	4,6000	3,8000	21,0000	15,8000
70	4,7778	39,070	101,20	4,8000	4,2000	23,0000	16,8000
80	5,1111	43,720	110,00	5,2000	4,6000	24,0000	18,7000
90	5,4444	51,800	124,00	5,9600	5,2000	26,0000	20,5900
95	5,7778	57,900	130,80	6,4000	5,8000	27,0000	21,5950

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN4 deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	295	295	274	185	192	201	205	196	90
Missings	28	28	49	138	131	122	118	127	233
Gemiddelde	7,46	8,56	7,67	46,21	32,29	8,21	55,22	42,07	24,72
Mediaan	8,00	9,00	8,00	49,00	30,00	,00	56,00	45,00	25,00
Std. Deviatie	1,877	1,752	2,104	13,397	20,914	21,674	16,210	17,532	10,503
Minimum	0	0	0	0	0	0	8	0	2
Maximum	10	10	10	70	90	100	96	95	52
Percentielen:									
5	4,00	5,00	3,00	20,30	,00	,00	25,20	10,00	7,10
10	5,00	7,00	5,00	26,80	5,00	,00	36,00	15,00	11,00
20	6,00	8,00	7,00	38,00	15,00	,00	44,00	30,00	15,20
30	7,00	8,00	7,00	42,00	20,00	,00	48,00	35,00	18,30
40	7,00	9,00	8,00	46,00	21,00	,00	52,00	40,00	22,00
50	8,00	9,00	8,00	49,00	30,00	,00	56,00	45,00	25,00
60	8,00	9,00	8,00	51,00	35,00	,00	60,00	45,00	28,00
70	8,00	10,00	9,00	54,00	40,50	,00	64,00	50,00	31,00
80	9,00	10,00	9,00	57,00	55,00	,00	68,00	55,00	33,00
90	10,00	10,00	10,00	62,00	65,00	25,00	76,00	60,00	38,90
95	10,00	10,00	10,00	64,70	70,00	75,00	82,80	70,00	41,80

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastrofen schaal.

Referentiewaarden per WPN-niveau: WPN4 deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	88	6	8	21	22	86	83
Missings	235	317	315	302	301	237	240
Gemiddelde	4,3676	31,500	64,00	3,5429	2,8909	19,1047	10,2675
Mediaan	4,5578	36,500	58,50	3,2000	2,8000	20,5000	8,0000
Std. Deviatie	1,11614	15,8588	30,014	1,45759	1,41922	5,73335	6,12102
Minimum	,56	,0	30	1,00	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	42,0	110	6,80	6,20	27,00	26,10
Percentielen:							
5	1,9490	,000	30,00	1,1000	1,0000	5,7000	1,0000
10	2,7750	,000	30,00	2,0400	1,0000	11,0000	3,4000
20	3,5333	13,200	34,00	2,2800	1,3600	15,0000	5,0000
30	4,0778	33,100	38,50	2,6000	2,4000	17,0000	6,0000
40	4,3333	33,800	50,20	3,0800	2,6000	19,8000	7,0000
50	4,5578	36,500	58,50	3,2000	2,8000	20,5000	8,0000
60	4,8889	39,400	68,00	3,6000	3,0000	21,0000	10,7200
70	5,0891	40,800	86,00	4,0800	3,2200	23,0000	14,7600
80	5,2222	41,600	102,00	5,0000	3,7200	23,0000	16,7400
90	5,4556	.	.	5,8000	5,5000	25,3000	18,6600
95	5,8399	.	.	6,7000	6,1400	27,0000	21,0400

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 20 jaar deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	190	190	180	158	179	178	182	178	154
Missings	64	64	74	96	75	76	72	76	100
Gemiddelde	6,41	8,00	6,90	31,81	53,27	23,17	65,58	46,83	22,87
Mediaan	7,00	8,00	8,00	31,00	50,00	,00	68,00	45,00	22,00
Std. Deviatie	1,866	1,563	2,380	13,210	22,268	30,994	17,603	19,424	9,848
Minimum	0	0	0	0	0	0	8	0	0
Maximum	10	10	10	61	100	100	100	90	46
Percentielen:									
5	3,00	5,00	2,00	9,95	15,00	,00	36,00	15,00	7,00
10	4,00	6,00	3,10	13,00	25,00	,00	44,00	25,00	10,50
20	5,00	7,00	5,00	21,00	35,00	,00	52,00	30,00	14,00
30	6,00	8,00	6,00	25,00	40,00	,00	56,00	35,00	17,00
40	6,00	8,00	7,00	27,60	50,00	,00	64,00	40,00	19,00
50	7,00	8,00	8,00	31,00	50,00	,00	68,00	45,00	22,00
60	7,00	9,00	8,00	35,00	55,00	25,00	72,00	50,00	26,00
70	7,00	9,00	8,00	39,00	65,00	25,00	76,00	60,00	29,00
80	8,00	9,00	9,00	44,00	75,00	50,00	80,00	65,00	33,00
90	8,90	10,00	9,00	50,00	85,00	75,00	88,00	75,00	35,50
95	9,00	10,00	10,00	54,05	95,00	100,00	92,00	80,00	39,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 20 jaar deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	159	9	9	21	22	92	91
Missings	95	245	245	233	232	162	163
Gemiddelde	3,3746	45,222	84,56	4,5619	3,6182	19,1304	14,2945
Mediaan	3,4444	43,000	89,00	4,8000	3,7000	20,0000	14,7000
Std. Deviatie	1,29813	11,9350	37,243	1,39803	1,17093	4,50450	6,08131
Minimum	,00	31,0	7	1,00	1,00	3,00	1,00
Maximum	6,00	72,0	133	6,40	5,40	27,00	24,20
Percentielen:							
5	,8889	31,000	7,00	1,1200	1,0600	11,9500	3,4800
10	1,5600	31,000	7,00	2,4000	1,7000	13,3000	5,3200
20	2,2222	33,000	58,00	3,4800	2,6000	15,0000	8,0000
30	2,6667	41,000	70,00	3,7200	2,9800	16,9000	10,4000
40	3,2222	42,000	80,00	4,2000	3,4400	19,0000	13,7600
50	3,4444	43,000	89,00	4,8000	3,7000	20,0000	14,7000
60	3,7778	46,000	100,00	5,2800	4,1600	21,0000	16,7400
70	4,1111	49,000	108,00	5,6800	4,6000	21,1000	18,5800
80	4,4444	50,000	116,00	5,8000	4,6000	23,0000	21,0800
90	5,0000	.	.	6,0000	5,0000	25,0000	21,5000
95	5,4444	.	.	6,3600	5,3400	26,0000	22,4000

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 21-30 jaar deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	801	801	737	698	728	745	735	731	629
Missings	202	202	266	305	275	258	268	272	374
Gemiddelde	6,57	8,18	7,01	37,38	48,24	13,09	60,57	42,18	22,27
Mediaan	7,00	8,00	8,00	38,00	50,00	,00	60,00	45,00	22,00
Std. Deviatie	1,728	1,523	2,165	13,125	21,138	24,964	17,749	18,400	10,527
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	95	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	2,00	12,00	15,00	,00	31,20	10,00	6,00
10	4,00	6,00	4,00	20,90	20,00	,00	36,00	20,00	9,00
20	5,00	7,00	6,00	27,00	30,00	,00	48,00	25,00	12,00
30	6,00	8,00	7,00	31,00	35,00	,00	52,00	30,00	16,00
40	6,00	8,00	7,00	35,00	40,00	,00	56,00	35,00	19,00
50	7,00	8,00	8,00	38,00	50,00	,00	60,00	45,00	22,00
60	7,00	9,00	8,00	42,00	55,00	,00	64,00	45,00	25,00
70	7,40	9,00	8,00	45,00	60,00	,00	72,00	55,00	28,00
80	8,00	9,00	9,00	49,00	70,00	25,00	76,00	60,00	32,00
90	8,00	10,00	9,00	54,00	75,00	50,00	84,00	65,00	37,00
95	9,00	10,00	10,00	56,00	80,00	75,00	88,00	75,00	40,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.



Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 21-30 jaar deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	654	38	35	87	85	374	374
Missings	349	965	968	916	918	629	629
Gemiddelde	3,8849	48,237	92,89	4,0414	3,1412	19,3610	13,9388
Mediaan	4,1005	49,000	95,00	4,0000	3,0000	20,0000	14,0500
Std. Deviatie	1,17734	15,4473	29,706	1,33995	1,38558	4,89139	6,09762
Minimum	,00	,0	20	1,40	1,00	3,00	1,00
Maximum	6,00	81,0	150	7,80	8,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,6667	1,900	20,00	2,0800	1,0600	11,0000	3,8000
10	2,2778	34,200	56,80	2,4000	1,4000	13,0000	5,5500
20	2,8889	41,800	72,40	2,6000	1,8000	15,0000	7,2000
30	3,3333	45,000	75,80	3,2000	2,4000	17,0000	10,2500
40	3,6667	47,000	87,40	3,6400	2,6000	19,0000	13,2000
50	4,1005	49,000	95,00	4,0000	3,0000	20,0000	14,0500
60	4,3333	51,400	102,00	4,3600	3,4000	21,0000	16,0000
70	4,5556	53,000	110,80	4,8000	3,8400	22,0000	17,8000
80	4,8889	56,200	117,40	5,0800	4,4000	24,0000	19,6000
90	5,3333	65,100	126,80	5,8400	5,0000	25,0000	21,4000
95	5,5556	77,200	150,00	6,4000	5,3400	27,0000	23,3000

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 31-40 jaar deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	1087	1087	986	933	1031	1041	1040	1028	879
Missings	321	321	422	475	377	367	368	380	529
Gemiddelde	6,52	7,94	7,05	39,57	44,69	9,25	61,88	40,75	21,57
Mediaan	7,00	8,00	8,00	41,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
Std. Deviatie	1,915	1,807	2,193	12,800	21,903	22,476	18,503	18,089	10,602
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	67	100	100	100	95	52
Percentielen:									
5	3,00	4,00	2,00	16,00	10,00	,00	28,00	10,00	6,00
10	4,00	6,00	4,00	22,00	15,00	,00	36,00	15,00	8,00
20	5,00	7,00	6,00	29,00	25,00	,00	48,00	25,00	12,00
30	6,00	8,00	7,00	34,00	30,00	,00	52,00	30,00	15,00
40	7,00	8,00	7,00	37,00	35,00	,00	60,00	35,00	18,00
50	7,00	8,00	8,00	41,00	45,00	,00	64,00	40,00	21,00
60	7,00	9,00	8,00	44,00	50,00	,00	68,00	45,00	24,00
70	8,00	9,00	8,00	48,00	60,00	,00	72,00	50,00	27,00
80	8,00	9,00	9,00	50,00	65,00	,00	80,00	55,00	31,00
90	9,00	10,00	9,00	55,00	75,00	45,00	84,00	65,00	36,00
95	9,00	10,00	10,00	58,00	80,00	75,00	92,00	70,00	40,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastrofen schaal.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 31-40 jaar deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	898	70	71	125	121	510	504
Missings	510	1338	1337	1283	1287	898	904
Gemiddelde	4,1417	43,600	88,52	4,0640	3,2496	19,0353	13,4252
Mediaan	4,3333	43,000	87,00	4,0000	3,0000	20,0000	14,0000
Std. Deviatie	1,16549	13,2516	34,914	1,19504	1,49895	5,01420	5,91242
Minimum	,00	,0	15	1,00	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	77,0	238	7,20	7,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,8889	23,200	31,60	2,0000	1,0000	9,0000	3,8000
10	2,4444	28,300	42,00	2,5200	1,2000	13,0000	5,0000
20	3,3212	35,000	60,80	3,2000	1,8000	15,0000	7,6000
30	3,6667	39,300	76,00	3,4000	2,2000	17,0000	9,8000
40	4,0000	41,000	81,00	3,8000	2,8000	19,0000	12,2000
50	4,3333	43,000	87,00	4,0000	3,0000	20,0000	14,0000
60	4,5556	46,000	95,20	4,2000	3,6000	21,0000	15,0000
70	4,8889	50,000	100,00	4,6400	4,0800	22,0000	16,8000
80	5,1111	52,800	110,00	5,0000	4,6000	23,0000	19,5000
90	5,4444	57,900	130,00	5,6000	5,3600	25,0000	21,4000
95	5,7778	66,700	146,00	6,2000	5,8000	26,0000	22,4000

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 41-50 jaar deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	1529	1529	1401	1286	1356	1421	1395	1377	1257
Missings	428	428	556	671	601	536	562	580	700
Gemiddelde	6,53	7,92	6,98	38,71	43,61	11,66	61,58	40,86	21,02
Mediaan	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	20,00
Std. Deviatie	1,898	1,736	2,190	13,847	21,589	24,571	18,505	18,209	11,113
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	2,00	13,35	10,00	,00	28,00	10,00	5,00
10	4,00	6,00	4,00	20,00	15,00	,00	36,00	15,00	7,00
20	5,00	7,00	5,00	27,00	20,00	,00	44,80	25,00	11,00
30	6,00	8,00	7,00	32,00	30,00	,00	52,00	30,00	14,00
40	6,00	8,00	7,00	37,00	35,00	,00	60,00	35,00	17,00
50	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	64,00	40,00	20,00
60	7,00	9,00	8,00	44,00	50,00	,00	68,00	45,00	23,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	55,00	,00	72,00	50,00	27,00
80	8,00	9,00	9,00	51,00	65,00	25,00	76,00	55,00	30,00
90	9,00	10,00	9,00	56,00	75,00	50,00	84,00	65,00	36,00
95	9,00	10,00	10,00	59,00	80,00	75,00	92,00	70,00	41,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 41-50 jaar deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	1250	81	111	158	154	718	698
Missings	707	1876	1846	1799	1803	1239	1259
Gemiddelde	4,0522	37,914	78,99	4,2165	3,3377	18,3189	13,7070
Mediaan	4,2222	39,000	80,00	4,2000	3,4000	19,0000	14,0000
Std. Deviatie	1,20294	14,9643	35,006	1,48160	1,46890	5,20218	6,26602
Minimum	,00	,0	0	1,00	,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	73,0	185	8,40	6,80	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,7778	,000	26,00	1,6000	1,0000	8,0000	2,7600
10	2,3333	22,200	35,40	2,2000	1,0000	12,0000	5,0000
20	3,0120	31,400	45,00	3,0000	2,0000	15,0000	7,5000
30	3,5556	35,000	60,00	3,5400	2,6000	15,0000	10,2700
40	3,8889	38,000	72,00	3,8000	3,0000	17,0000	13,1000
50	4,2222	39,000	80,00	4,2000	3,4000	19,0000	14,0000
60	4,5556	42,000	85,00	4,6000	3,6000	20,0000	15,8000
70	4,7778	45,000	91,20	5,0000	4,0000	21,0000	17,6000
80	5,1111	47,000	110,00	5,4000	4,6000	23,0000	19,6000
90	5,5444	53,800	125,00	6,2000	5,4000	24,0000	21,5100
95	5,7778	59,900	140,80	6,8100	6,0500	26,0000	23,3000

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 51-60 jaar deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	1096	1098	996	906	992	1046	1031	1018	893
Missings	373	371	473	563	477	423	438	451	576
Gemiddelde	6,63	7,93	6,92	39,00	39,61	9,61	62,44	40,84	21,85
Mediaan	7,00	8,00	7,00	40,00	40,00	,00	64,00	40,00	22,00
Std. Deviatie	1,701	1,610	2,136	12,895	21,417	22,726	18,838	18,531	10,510
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	100	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	2,00	16,00	5,00	,00	28,00	10,00	6,00
10	4,70	6,00	4,00	22,00	10,00	,00	36,00	15,00	9,00
20	5,00	7,00	5,00	28,00	20,00	,00	48,00	25,00	12,00
30	6,00	8,00	6,00	33,00	25,00	,00	52,00	30,00	15,00
40	6,00	8,00	7,00	37,00	30,00	,00	60,00	35,00	18,00
50	7,00	8,00	7,00	40,00	40,00	,00	64,00	40,00	22,00
60	7,00	9,00	8,00	43,00	45,00	,00	68,00	45,00	24,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	50,00	,00	76,00	50,00	27,00
80	8,00	9,00	8,00	50,00	60,00	25,00	80,00	55,00	31,00
90	8,00	10,00	9,00	55,00	70,00	25,00	84,00	65,00	37,00
95	9,00	10,00	10,00	59,00	75,00	75,00	92,00	70,00	40,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 51-60 jaar deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	914	62	81	133	131	508	504
Missings	555	1407	1388	1336	1338	961	965
Gemiddelde	4,0396	34,242	69,14	3,9820	3,2809	18,6398	13,8583
Mediaan	4,2016	37,000	72,00	4,0000	3,0000	19,0000	14,8000
Std. Deviatie	1,19234	15,2935	24,337	1,27837	1,53338	5,29021	5,92546
Minimum	,00	,0	0	1,00	,00	3,00	1,00
Maximum	6,00	63,0	115	7,60	7,20	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,7778	,000	23,30	1,9400	1,0000	8,0000	2,8000
10	2,3333	,000	36,20	2,4000	1,2000	12,0000	5,0000
20	3,1111	25,600	49,40	2,8000	1,8000	15,0000	8,3000
30	3,5556	29,900	57,80	3,2000	2,3200	16,0000	11,0500
40	3,8889	32,200	65,80	3,6000	2,8000	18,0000	14,0000
50	4,2016	37,000	72,00	4,0000	3,0000	19,0000	14,8000
60	4,4444	40,000	76,20	4,4000	3,6000	21,0000	15,9000
70	4,7778	44,000	80,40	4,6000	4,2000	22,0000	17,6000
80	5,1111	45,400	91,20	5,0400	4,6000	23,0000	18,8000
90	5,5064	50,400	99,40	5,8000	5,4000	25,0000	20,9000
95	5,7778	55,700	109,80	6,2000	5,8800	27,0000	22,4000

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 61-70 jaar deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	304	304	275	239	267	292	290	290	251
Missings	140	140	169	205	177	152	154	154	193
Gemiddelde	6,39	7,71	6,37	36,69	36,57	12,67	65,78	45,38	22,85
Mediaan	7,00	8,00	7,00	38,00	35,00	,00	68,00	45,00	23,00
Std. Deviatie	1,980	1,974	2,262	13,090	22,718	26,338	17,322	19,616	10,069
Minimum	0	0	0	4	0	0	12	0	0
Maximum	10	10	10	66	90	100	100	95	52
Percentielen:									
5	3,00	4,00	1,00	14,00	5,00	,00	32,00	15,00	7,60
10	4,00	5,00	3,00	17,00	10,00	,00	44,00	20,00	10,00
20	5,00	7,00	5,00	24,00	15,00	,00	52,00	30,00	14,00
30	5,50	7,00	6,00	31,00	20,00	,00	57,20	35,00	16,00
40	6,00	8,00	6,00	35,00	26,00	,00	64,00	40,00	19,00
50	7,00	8,00	7,00	38,00	35,00	,00	68,00	45,00	23,00
60	7,00	8,00	7,00	41,00	45,00	,00	72,00	50,00	26,00
70	8,00	9,00	8,00	44,00	50,00	,00	76,00	55,00	29,00
80	8,00	9,00	8,00	48,00	60,00	25,00	80,00	60,00	32,60
90	9,00	10,00	9,00	54,00	70,00	50,00	88,00	70,00	35,80
95	9,00	10,00	9,00	58,00	75,00	75,00	92,00	80,00	40,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastrofen schaal.



Referentiewaarden per leeftijdscategorie tot 61-70 jaar deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	248	15	34	28	27	138	137
Missings	196	429	410	416	417	306	307
Gemiddelde	3,8168	29,800	58,85	4,6429	4,0370	17,7029	13,0825
Mediaan	4,0000	31,000	60,00	4,8000	4,0000	19,0000	14,0000
Std. Deviatie	1,27447	17,0721	27,564	1,31358	1,63334	5,53873	6,33089
Minimum	,00	,0	0	1,60	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	54,0	120	7,60	7,20	27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,2722	,000	7,50	1,7800	1,0800	6,8000	1,0000
10	1,8778	,000	15,00	2,9000	1,3600	11,0000	3,8000
20	2,6667	5,800	35,00	3,5600	2,7200	13,0000	6,7600
30	3,3333	29,800	47,00	4,2800	3,2000	15,0000	8,4400
40	3,7778	30,000	56,00	4,6000	3,6400	17,0000	13,1000
50	4,0000	31,000	60,00	4,8000	4,0000	19,0000	14,0000
60	4,3333	35,000	68,00	5,0000	4,1600	20,0000	15,1000
70	4,6667	41,200	75,00	5,2000	5,1200	21,0000	16,8000
80	5,0000	43,600	79,00	5,6000	5,8800	22,0000	18,6000
90	5,2222	49,800	92,00	6,1000	6,1200	25,0000	20,5000
95	5,5556	.	112,50	7,3300	6,9600	27,0000	21,5900

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling..

Referentiewaarden per leeftijdscategorie > 70 jaar deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	47	47	41	37	43	45	45	45	35
Missings	41	41	47	51	45	43	43	43	53
Gemiddelde	6,74	8,13	6,49	38,59	28,02	6,11	56,71	42,84	25,46
Mediaan	7,00	8,00	7,00	42,00	30,00	,00	60,00	45,00	27,00
Std. Deviatie	1,725	1,454	2,410	13,967	19,885	19,332	19,841	20,846	10,285
Minimum	3	4	0	0	0	0	0	0	3
Maximum	10	10	10	62	70	100	88	100	44
Percentielen:									
5	3,00	5,00	,20	5,40	,00	,00	17,20	10,00	7,00
10	4,60	5,00	3,40	18,60	,00	,00	31,20	13,00	11,20
20	5,00	8,00	5,00	28,00	5,00	,00	40,00	20,00	15,20
30	6,00	8,00	5,00	32,80	15,00	,00	48,00	30,00	20,20
40	6,20	8,00	6,00	35,60	25,00	,00	56,00	40,00	23,40
50	7,00	8,00	7,00	42,00	30,00	,00	60,00	45,00	27,00
60	8,00	9,00	7,00	43,80	32,00	,00	62,40	50,00	28,60
70	8,00	9,00	8,00	45,20	39,00	,00	64,80	55,00	32,00
80	8,00	9,00	8,60	50,40	45,00	,00	71,20	60,00	33,80
90	9,00	10,00	10,00	56,20	55,00	25,00	84,00	66,20	39,40
95	9,00	10,00	10,00	58,40	68,00	60,00	88,00	73,50	44,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per leeftijdscategorie > 70 jaar deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	31	1	1	0	0	18	18
Missings	57	87	87			70	70
Gemiddelde	3,5420	35,000	66,00			18,2778	12,7778
Mediaan	3,4444	35,000	66,00			18,0000	12,7000
Std. Deviatie	1,30934					6,43342	8,02698
Minimum	,67	35,0	66			3,00	1,00
Maximum	6,00	35,0	66			27,00	27,00
Percentielen:							
5	1,0000	35,000	66,00			3,0000	1,0000
10	1,7556	35,000	66,00			8,4000	2,8000
20	2,4000	35,000	66,00			14,6000	4,4000
30	2,9111	35,000	66,00			15,0000	6,1200
40	3,2000	35,000	66,00			16,0000	8,9200
50	3,4444	35,000	66,00			18,0000	12,7000
60	4,0000	35,000	66,00			19,8000	15,3000
70	4,3093	35,000	66,00			23,0000	18,8900
80	4,8889	35,000	66,00			24,6000	21,4000
90	5,2000	35,000	66,00			27,0000	24,4800
95	5,9333	35,000	66,00				

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per diagnose: fibromyalgie deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	389	389	381	225	236	249	242	239	180
Missings	61	61	69	225	214	201	208	211	270
Gemiddelde	6,92	8,29	7,19	39,41	42,65	10,54	61,12	39,39	20,27
Mediaan	7,00	8,00	8,00	40,00	42,50	,00	64,00	40,00	19,50
Std. Deviatie	1,614	1,413	2,218	12,007	19,718	24,528	13,935	15,955	10,130
Minimum	0	0	0	0	0	0	16	0	2
Maximum	10	10	10	66	95	100	100	95	50
Percentielen:									
5	4,00	6,00	2,00	18,30	10,00	,00	32,00	10,00	5,05
10	5,00	7,00	4,00	22,60	18,50	,00	44,00	20,00	7,00
20	6,00	7,00	6,00	29,00	25,00	,00	52,00	25,00	11,00
30	6,00	8,00	7,00	34,00	30,00	,00	56,00	30,00	13,30
40	7,00	8,00	7,00	37,00	35,00	,00	60,00	40,00	16,40
50	7,00	8,00	8,00	40,00	42,50	,00	64,00	40,00	19,50
60	7,00	9,00	8,00	43,00	50,00	,00	64,00	45,00	23,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	55,00	,00	68,00	50,00	26,00
80	8,00	9,00	9,00	50,00	60,00	,00	72,00	50,00	29,00
90	9,00	10,00	9,00	54,00	70,00	50,00	76,00	60,00	34,00
95	9,00	10,00	10,00	57,70	75,00	75,00	83,40	60,00	37,95

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal..

Referentiewaarden per diagnose: fibromyalgie deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	182	7	11	53	48	76	75
Missings	268	443	439	397	402	374	375
Gemiddelde	4,0665	45,429	69,55	4,2774	3,4708	19,3158	11,1733
Mediaan	4,2200	44,000	65,00	4,2000	3,4000	21,0000	9,4000
Std. Deviatie	1,07916	11,3116	24,736	1,39816	1,63758	5,81082	6,30822
Minimum	,56	28,0	40	1,20	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	60,0	115	6,80	7,40	27,00	27,00
Percentielen:							
5	2,0142	28,000	40,00	2,1400	1,0900	5,5500	2,4400
10	2,7583	28,000	40,00	2,2000	1,3800	11,4000	4,0000
20	3,2222	34,000	44,00	2,9600	1,7600	15,4000	5,6800
30	3,5600	38,800	53,00	3,2400	2,2000	18,0000	7,0000
40	3,8818	40,800	58,20	4,0000	2,9200	20,0000	7,0000
50	4,2200	44,000	65,00	4,2000	3,4000	21,0000	9,4000
60	4,4400	49,600	72,40	4,8000	3,6800	21,0000	12,9600
70	4,7778	54,600	83,20	5,1600	4,4000	23,0000	15,1600
80	5,1104	58,200	96,40	5,6400	4,8000	24,0000	17,4600
90	5,4080	.	112,80	6,2400	6,0400	26,0000	19,6000
95	5,6612	.	.	6,4600	6,6000	27,0000	22,5800

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aerobisch vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per diagnose: gegeneraliseerde pijn deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	460	459	439	355	385	389	399	389	285
Missings	110	111	131	215	185	181	171	181	285
Gemiddelde	6,87	8,14	7,17	39,21	43,44	15,10	59,80	41,08	20,93
Mediaan	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	60,00	40,00	20,00
Std. Deviatie	1,839	1,685	2,097	12,684	21,795	27,133	17,071	17,575	11,124
Minimum	0	0	0	0	0	0	8	0	2
Maximum	10	10	10	70	100	100	100	95	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	3,00	18,00	10,00	,00	28,00	10,00	4,00
10	4,00	6,00	4,00	22,00	15,00	,00	40,00	20,00	7,00
20	6,00	7,00	6,00	28,20	25,00	,00	44,00	25,00	11,00
30	6,00	8,00	7,00	33,00	30,00	,00	52,00	35,00	14,00
40	7,00	8,00	7,00	36,00	35,00	,00	56,00	40,00	16,40
50	7,00	8,00	8,00	40,00	45,00	,00	60,00	40,00	20,00
60	8,00	9,00	8,00	43,00	50,00	,00	64,00	45,00	23,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	55,00	25,00	68,00	50,00	26,00
80	8,00	9,00	9,00	50,00	65,00	25,00	76,00	55,00	31,00
90	9,00	10,00	9,00	55,00	75,00	50,00	80,00	60,00	35,40
95	9,95	10,00	10,00	59,00	78,50	75,00	88,00	70,00	40,70

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastrofen schaal.

Referentiewaarden per diagnose: gegeneraliseerde pijn deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	275	89	120	141	138	182	173
Missings	295	481	450	429	432	388	397
Gemiddelde	3,8866	32,029	80,68	4,0482	3,0899	19,9176	12,9127
Mediaan	3,8889	32,100	80,00	4,0000	3,0000	21,0000	13,2000
Std. Deviatie	1,12380	12,2071	33,520	1,28994	1,36357	5,06410	5,64710
Minimum	,78	,0	0	1,00	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	72,0	166	7,60	6,60	27,00	26,10
Percentielen:							
5	1,8667	17,050	24,30	2,0000	1,0000	10,1500	3,4900
10	2,3333	19,800	40,00	2,4000	1,2000	12,3000	5,1600
20	3,0000	21,100	55,00	2,8800	1,8000	16,0000	7,0000
30	3,4444	24,300	62,00	3,3200	2,2000	18,9000	9,1400
40	3,6667	27,300	70,00	3,6000	2,6000	20,0000	11,4000
50	3,8889	32,100	80,00	4,0000	3,0000	21,0000	13,2000
60	4,2222	35,000	89,60	4,4000	3,4000	21,8000	15,8000
70	4,5556	37,000	100,00	4,8000	3,8000	23,0000	16,7000
80	4,8889	40,400	108,80	5,2000	4,2000	24,0000	18,1000
90	5,3333	48,000	124,90	5,8000	5,0000	26,0000	20,4200
95	5,6667	56,750	139,70	6,2000	5,6100	27,0000	21,4000

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per diagnose: WAD deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	319	319	317	172	194	203	196	195	139
Missings	40	40	42	187	165	156	163	164	220
Gemiddelde	6,93	8,24	7,28	39,83	50,62	8,00	58,76	42,49	22,94
Mediaan	7,00	9,00	8,00	41,00	55,00	,00	60,00	45,00	21,00
Std. Deviatie	1,950	1,759	2,256	14,134	21,453	20,070	15,032	15,477	12,063
Minimum	0	0	0	0	5	0	8	0	1
Maximum	10	10	10	66	95	100	92	80	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	3,00	10,65	15,00	,00	32,00	15,00	6,00
10	4,00	6,00	5,00	21,60	20,00	,00	36,00	20,00	8,00
20	6,00	7,00	6,00	30,00	30,00	,00	48,00	30,00	13,00
30	7,00	8,00	7,00	35,00	37,50	,00	52,00	35,00	15,00
40	7,00	8,00	7,00	38,00	45,00	,00	56,00	40,00	18,00
50	7,00	9,00	8,00	41,00	55,00	,00	60,00	45,00	21,00
60	8,00	9,00	8,00	44,00	60,00	,00	64,00	48,00	24,00
70	8,00	9,00	9,00	48,00	65,00	,00	68,00	50,00	30,00
80	8,00	10,00	9,00	52,00	70,00	,00	72,00	55,00	34,00
90	9,00	10,00	10,00	56,00	80,00	25,00	76,00	62,00	39,00
95	10,00	10,00	10,00	61,35	85,00	50,00	80,60	66,00	48,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.



Referentiewaarden per diagnose: WAD deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	130	5	5	54	48	62	56
Missings	229	354	354	305	311	297	303
Gemiddelde	4,4466	41,000	88,20	4,0519	3,5625	19,2258	10,6482
Mediaan	4,5556	45,000	74,00	4,2000	3,6000	20,0000	7,0000
Std. Deviatie	,96926	7,9687	25,114	1,29101	1,36189	4,77843	6,37726
Minimum	1,33	27,0	67	1,60	,00	6,00	1,00
Maximum	6,00	46,0	118	7,20	6,20	27,00	25,20
Percentielen:							
5	2,5040	27,000	67,00	1,9500	1,0900	9,1500	3,6800
10	3,1220	27,000	67,00	2,3000	1,4000	12,3000	4,7000
20	3,6700	30,000	67,40	2,8000	2,5600	15,0000	5,0000
30	4,1111	39,000	68,60	3,4000	3,0000	17,0000	6,0000
40	4,3333	43,200	71,00	3,6000	3,4000	19,0000	6,9600
50	4,5556	45,000	74,00	4,2000	3,6000	20,0000	7,0000
60	4,7747	45,000	97,40	4,6000	3,8800	21,0000	12,5600
70	5,0000	45,200	114,00	4,9000	4,2600	21,1000	14,8300
80	5,3084	45,800	117,00	5,0000	4,8000	23,4000	17,8800
90	5,6230			5,6000	5,2000	25,0000	19,8400
95	5,7800			6,3500	5,8000	26,8500	22,0050

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per diagnose: cervicale pijn deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	107	107	105	34	38	39	37	38	39
Missings	32	32	34	105	101	100	102	101	100
Gemiddelde	6,79	8,13	6,89	38,88	50,26	5,13	59,57	33,55	26,13
Mediaan	7,00	8,00	7,00	38,50	50,00	,00	56,00	30,00	28,00
Std. Deviatie	1,862	1,573	1,903	12,780	20,267	11,725	19,432	19,759	11,817
Minimum	2	2	0	0	15	0	16	0	4
Maximum	10	10	10	58	90	50	96	75	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	3,00	11,25	19,75	,00	23,20	,00	7,00
10	4,00	6,00	4,00	21,00	24,50	,00	35,20	10,00	9,00
20	5,00	7,00	5,00	30,00	30,00	,00	42,40	15,00	12,00
30	6,00	8,00	6,80	34,50	33,50	,00	49,60	20,00	18,00
40	6,20	8,00	7,00	36,00	45,00	,00	52,00	25,00	24,00
50	7,00	8,00	7,00	38,50	50,00	,00	56,00	30,00	28,00
60	8,00	9,00	8,00	45,00	55,00	,00	68,00	37,00	31,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	65,00	,00	74,40	45,00	33,00
80	8,00	9,00	8,00	51,00	70,00	,00	80,00	55,00	35,00
90	9,00	10,00	9,00	53,50	75,50	25,00	84,00	65,00	41,00
95	10,00	10,00	10,00	56,50	85,25	25,00	88,80	70,25	48,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per diagnose: cervicale pijn deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	48	13	6	24	21	17	17
Missings	91	126	133	115	118	122	122
Gemiddelde	4,0422	44,469	107,33	3,8583	2,8667	18,0588	12,1353
Mediaan	4,2217	44,000	112,00	4,0000	3,0000	18,0000	12,3000
Std. Deviatie	1,27563	13,9844	29,330	1,38247	1,26386	4,95569	6,68112
Minimum	,33	22,1	68	1,40	1,00	10,00	1,00
Maximum	6,00	77,0	140	6,40	6,00	25,00	21,40
Percentielen:							
5	,7333	22,100	68,00	1,4000	1,0000	10,0000	1,0000
10	2,5262	25,660	68,00	1,7000	1,0400	10,8000	1,0000
20	3,0444	35,000	72,80	2,4000	1,8000	13,4000	4,3600
30	3,7454	36,600	82,00	2,9000	2,1200	15,0000	9,2000
40	3,8900	40,200	96,00	3,8000	2,3600	16,0000	12,0400
50	4,2217	44,000	112,00	4,0000	3,0000	18,0000	12,3000
60	4,6667	45,400	125,60	4,2000	3,0800	20,4000	14,0000
70	4,8892	46,800	131,20	4,8000	3,4800	22,6000	17,2600
80	5,1333	52,800	136,80	5,0000	3,9600	23,4000	18,9200
90	5,3444	71,800	.	5,6000	4,4000	24,2000	19,9600
95	5,5056	.	.	6,2000	5,8400	.	.

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per diagnose: lumbale pijn deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	668	667	656	398	420	436	435	428	279
Missings	151	152	163	421	399	383	384	391	540
Gemiddelde	6,97	8,21	6,68	39,02	39,87	12,96	63,16	46,04	22,53
Mediaan	7,00	8,00	7,00	40,00	40,00	,00	64,00	45,00	22,00
Std. Deviatie	1,823	1,604	2,295	13,330	20,341	25,788	15,819	15,193	10,875
Minimum	0	0	0	0	0	0	8	5	2
Maximum	10	10	10	70	95	100	100	95	52
Percentielen:									
5	3,00	5,00	2,00	15,00	5,00	,00	36,00	20,00	6,00
10	5,00	6,00	3,00	20,00	10,50	,00	44,00	25,00	9,00
20	6,00	7,00	5,00	28,00	20,00	,00	52,00	30,00	13,00
30	6,00	8,00	6,00	32,70	30,00	,00	56,00	40,00	15,00
40	7,00	8,00	7,00	37,00	35,00	,00	60,00	45,00	19,00
50	7,00	8,00	7,00	40,00	40,00	,00	64,00	45,00	22,00
60	8,00	9,00	8,00	44,00	45,00	,00	68,00	50,00	25,00
70	8,00	9,00	8,00	47,00	50,00	,00	68,00	55,00	28,00
80	8,00	10,00	8,00	50,00	55,00	25,00	76,00	60,00	33,00
90	9,00	10,00	9,00	55,00	65,00	50,00	84,00	65,00	37,00
95	10,00	10,00	10,00	58,00	75,00	75,00	88,80	70,00	43,00

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per diagnose: lumbale pijn deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	305	30	31	106	104	154	146
Missings	514	789	788	713	715	665	673
Gemiddelde	3,9458	42,033	89,19	4,3094	3,5596	19,3506	12,2068
Mediaan	4,0091	43,000	94,00	4,2000	3,4000	20,0000	13,1500
Std. Deviatie	1,14067	12,8075	31,545	1,25710	1,45385	4,68419	6,50652
Minimum	,67	19,0	15	1,00	1,00	2,00	1,00
Maximum	6,00	69,0	142	8,20	7,20	27,00	25,20
Percentielen:							
5	1,7894	20,100	25,20	2,0700	1,2500	11,2500	3,0000
10	2,4444	24,100	41,00	2,5400	1,6000	14,5000	4,0000
20	3,0000	30,400	65,00	3,4000	2,2000	16,0000	6,0000
30	3,3627	32,900	74,60	3,6200	2,8000	17,0000	7,0000
40	3,8127	39,400	79,40	3,9600	3,0000	19,0000	8,2400
50	4,0091	43,000	94,00	4,2000	3,4000	20,0000	13,1500
60	4,3333	45,600	101,20	4,6000	4,0000	21,0000	14,1000
70	4,5564	48,700	107,80	4,9800	4,4000	22,0000	16,7400
80	4,8889	51,400	115,60	5,2000	4,8000	23,0000	19,1400
90	5,3760	63,500	129,60	6,0000	5,7000	25,5000	21,4000
95	5,7800	66,250	140,80	6,5300	5,9500	27,0000	22,2650

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.

Referentiewaarden per diagnose: pijn extremiteiten deel 1

	<b>Pijn gem. 0-10</b>	<b>Pijn max 0-10</b>	<b>Moe 0-10</b>	<b>PDI 0-70</b>	<b>FF 0-100</b>	<b>RPF 0-100</b>	<b>MG 0-100</b>	<b>VI 0-100</b>	<b>PCS 0-52</b>
Aantal	148	148	146	125	130	139	136	129	85
Missings	24	24	26	47	42	33	36	43	87
Gemiddelde	5,96	7,27	5,95	34,12	45,42	16,19	61,74	50,19	19,76
Mediaan	6,00	8,00	6,00	36,00	45,00	,00	60,00	50,00	19,00
Std. Deviatie	2,216	2,252	2,492	15,073	25,768	27,064	14,424	16,647	10,728
Minimum	0	0	0	0	0	0	8	10	2
Maximum	10	10	10	64	95	100	92	100	45
Percentielen:									
5	2,00	2,45	1,00	5,90	5,00	,00	36,00	25,00	4,30
10	3,00	4,00	2,00	11,00	10,00	,00	44,00	30,00	6,60
20	4,00	6,00	4,00	20,20	20,00	,00	53,60	35,00	9,00
30	5,00	7,00	5,00	27,00	30,00	,00	56,00	45,00	12,80
40	6,00	7,60	6,00	31,40	37,00	,00	60,00	45,00	14,40
50	6,00	8,00	6,00	36,00	45,00	,00	60,00	50,00	19,00
60	7,00	8,00	7,00	39,00	55,00	,00	64,00	55,00	22,00
70	7,00	9,00	8,00	42,20	65,00	25,00	68,00	55,00	25,00
80	8,00	9,00	8,00	46,00	75,00	50,00	72,00	60,00	30,00
90	8,10	9,10	8,30	52,00	80,00	50,00	84,00	70,00	35,00
95	9,00	10,00	9,00	58,00	85,00	75,00	88,00	80,00	39,40

Pijn gem. = gemiddelde pijn afgelopen week, Pijn max. = ergste pijn afgelopen week, Moe = vermoeidheid afgelopen week, PDI = pain disability index, FF = fysiek functioneren RAND36, RPF = rolpatroon fysiek RAND 36, MG = mentale gezondheid RAND36, VI = vitaliteit RAND36, PCS = pain catastroferen schaal.

Referentiewaarden per diagnose: pijn extremiteiten deel 2

	<b>MPI Interferentie 0-6</b>	<b>VO2max</b>	<b>Traplopen</b>	<b>COPM moeite 1-10</b>	<b>COPM tevreden 1-10</b>	<b>CEQ credibility 0-27</b>	<b>CEQ Expectancy 0-27</b>
Aantal	77			28	25	59	58
Missings	95			144	147	113	114
Gemiddelde	3,5432			4,3357	3,7360	19,5424	13,1431
Mediaan	3,7778			4,2000	3,6000	20,0000	13,3000
Std. Deviatie	1,36090			1,76304	1,76514	4,08244	6,34945
Minimum	,00			1,60	1,00	10,00	2,00
Maximum	6,00			7,80	6,80	27,00	25,00
Percentielen:							
5	,8667			1,8700	1,0000	11,0000	4,0000
10	1,5333			2,3800	1,2400	15,0000	5,0000
20	2,3333			2,5600	1,6800	16,0000	6,8800
30	2,8222			3,1400	2,9200	17,0000	8,1400
40	3,2848			3,6400	3,2000	18,0000	9,4000
50	3,7778			4,2000	3,6000	20,0000	13,3000
60	4,1809			4,6800	4,0400	21,0000	15,3200
70	4,4778			5,2600	5,2000	23,0000	17,1800
80	4,6700			5,7600	5,3600	23,0000	20,2400
90	5,1111			7,4200	6,4800	24,0000	22,4000
95	5,4667			7,7100	6,7400	27,0000	23,3050

MPI = multidimensionale pijn inventory, subschaal interferentie dagelijks functioneren VO2max = maat voor aeroob vermogen, traplopen+ aantal treden bij minuut traplopen, COPM moeite = canadian occupational performance measure; moeite met uitvoeren activiteit, COPM tevredenheid = COPM moeite = canadian occupational performance measure; mate van tevredenheid met uitvoeren activiteit, CEQ credibility = geloofwaardigheid aangeboden behandeling, CEQ expectancy = verwachtingen resultaat behandeling.