

Position paper iMSR bij chronische pijn

In Nederland lijden 3 miljoen aan chronische pijn.ⁱ Omdat de impact op hun leven zo ingrijpend is en andere vormen van zorg geen oplossing bieden, is minder dan 0,5% van hen onder behandeling van een revalidatiearts.ⁱⁱ Het gaat om patiënten met ernstige, complexe problemen die bijvoorbeeld niet meer kunnen werken of naar school kunnen. De behandeling die zij ontvangen - interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie of iMSR- wordt vergoed uit de basisverzekering.

Het Zorginstituut Nederland (ZIN) bekijkt momenteel of iMSR bij chronische pijn vergoed kan blijven. Als ZIN vindt dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van onze zorg, valt deze zorg uit de basisverzekering. De impact daarvan is groot. 13.000 patiënten krijgen dan niet meer de zorg die ze nodig hebben om weer te kunnen functioneren. Hun kwaliteit van leven gaat achteruit en de maatschappelijke kosten van hun ziekte zullen stijgen. Zij zullen hun heil moeten zoeken bij huisartsen en in de eerste lijn, waardoor die nog meer verstopt raakt. De financiële gevolgen voor aanbieders van iMSR hebben bovendien impact op de zorg aan andere patiënten.

Revalidatie Nederland is voorstander van passende zorg. Voor ons betekent dat efficiënte zorg, van goede kwaliteit, zo dicht mogelijk bij de patiënt. Het betekent voor ons ook dat mensen met pijnklachten de zorg verdienen die hen verder helpt in hun leven. Voor een klein aantal met complexe en ernstige klachten is een iMSR-programmaⁱⁱⁱ de beste behandeling - elders kunnen zij niet terecht.

Revalidatie Nederland vindt dat revalidatieartsen moeten bepalen of iMSR de behandeling is die hun patiënt nodig heeft. Zij stellen de indicatie. Als een patiënt beter elders behandeld kan worden, bijvoorbeeld omdat een eenvoudiger en goedkopere behandeling voldoende is, of omdat de arts verwacht dat een medisch specialistische revalidatie behandeling weinig effect zal hebben, dan zal de revalidatiearts doorverwijzen. In de praktijk gebeurt dat al volop. Revalidatieartsen nemen slechts de helft van de patiënten met chronische pijn die zij doorverwezen krijgen ook daadwerkelijk in behandeling. Revalidatie Nederland vindt dat revalidatieartsen daarbij de richtlijnen en indicatiedocumenten van de wetenschappelijke verenigingen moeten volgen.

Op basis van de bewijsvoering van de hoogleraren pijnrevalidatie, de wetenschappelijke verenigingen en de Wereldgezondheidsorganisatie WHO, vindt Revalidatie Nederland dat meerdere behandelmethoden die de revalidatiearts bij chronische pijn toepast bewezen effectief zijn.^{iv} Deze zorg moet daarom in het basispakket blijven. Tegelijk vindt Revalidatie Nederland dat meer kwalitatief hoogwaardig onderzoek naar het effect van iMSR in vergelijking met andere zorg nodig is - waarbij dit voor grote delen van de gezondheidszorg geldt. Onderzoek mag de voortgang van de zorg echter niet in de weg staan. Het is niet acceptabel wanneer patiënten die niet aan het onderzoek mee kunnen of willen doen, geen passende zorg krijgen.

Revalidatie Nederland werkt actief mee aan innovatieve vormen van zorg. Met stijgende zorgkosten en toenemende personeelstekorten moeten zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen onderzoeken of bijvoorbeeld multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie (MER) leidt tot efficiëntere zorg van voldoende kwaliteit. Bij de uitwerking van dit initiatief staat Revalidatie Nederland erop dat invoering alleen verantwoord is als er voldoende capaciteit is voor een landelijk dekkend netwerk. De toegankelijkheid van de zorg mag niet in gevaar komen. Voor een realistische uitvoering is het essentieel dat alle zorgverzekeraars achter deze vorm van zorg staan en dat zij wordt vergoed vanuit het basispakket.

In tijden van schaarste is Revalidatie Nederland niet tegen verandering. Daarbij moet er wel rekening mee worden gehouden dat revalidatiegeneeskunde een bijzonder specialisme is dat door een klein aantal zeer gespecialiseerde aanbieders wordt aangeboden. Om ervoor te zorgen dat Nederland een landelijk dekkend netwerk van medisch specialistische revalidatie houdt, zijn een impactanalyse en een transitieperiode bij ingrijpende veranderingen noodzakelijk.

Voor Revalidatie Nederland betekent passende zorg dat alle Nederlanders toegang hebben tot goede zorg, waar ze ook wonen en hoeveel ze ook verdienen. Daarom wil Revalidatie Nederland dat er voor de vaststelling van het standpunt een impactanalyse wordt uitgevoerd naar de verwachte gevolgen voor patiënten met chronische pijn. Als zij geen zorg meer uit de basisverzekering krijgen, op welke zorg in de eerste of anderhalve lijn kunnen zij dan rekenen? Hebben paramedici en huisartsen voldoende capaciteit en voldoende kennis om deze groep patiënten te behandelen? En is die zorg voor iedereen beschikbaar of alleen voor mensen die aanvullend zijn verzekerd?

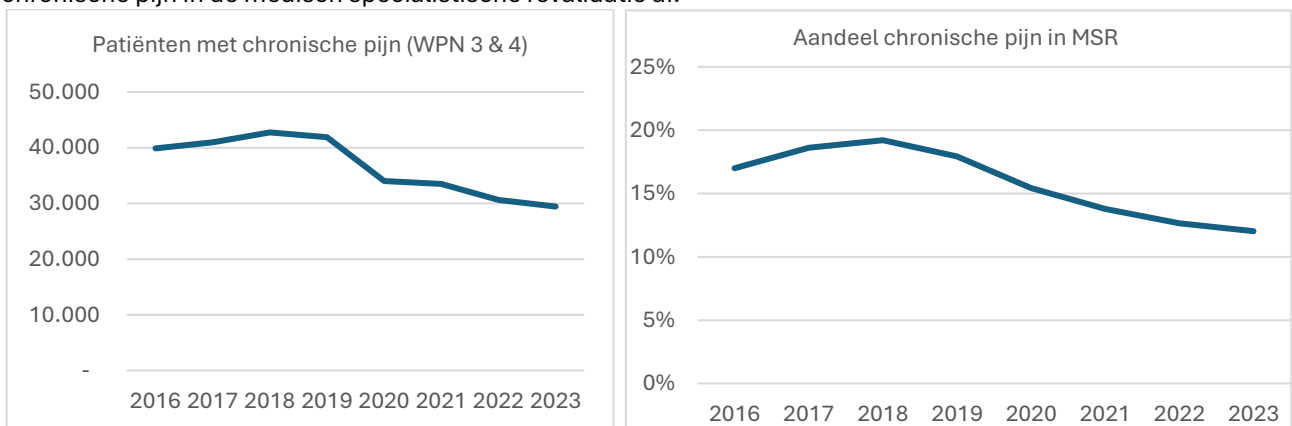
Ten slotte: Revalidatie Nederland begrijpt de wettelijke rol van ZIN en respecteert die. Om samen tot werkelijk passende zorg te komen is een bredere dialoog nodig over bewijsvoering in de zorg en over goede MSR in tijden van schaarste. Revalidatie Nederland zal het initiatief tot deze dialoog nemen.

ⁱZorgstandaard Chronische pijn 28 maart 2017, zie:

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf>.

ⁱⁱ Volgens de meest recente cijfers van Vektis (2023) zijn er ruim 25.000 patiënten met een ernstige, complexe zorgvraag bij chronische pijn (WPN 3 & 4). Zo'n 12.000 van hen zijn enkel op consult geweest bij een revalidatiearts, terwijl 13.000 daadwerkelijk een iMSR-behandeling kregen.

Het aantal complexe pijn-patiënten in de iMSR laat een dalende trend zien. Bijgevolg neemt ook het aandeel chronische pijn in de medisch specialistische revalidatie af.



ⁱⁱⁱ Medisch specialistisch revalidatie is een erkend medisch specialisme, waarbij een multidisciplinair team onder leiding van een revalidatiearts verschillende behandelprogramma's kan toepassen. Zie voor meer informatie het [handboek pijnrevalidatie](#).

^{iv} In jargon: Revalidatie Nederland vindt dat de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dat sommige vormen van bewijs (RCT's) ontbreken, komt door het karakter van de aandoening en de vorm van (interdisciplinaire) behandeling die zich niet goed leent voor het onderzoeksdesign van een RCT. Zie ook het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving [Zonder context geen bewijs](#).