NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

Indicatiestelling IMSR

aanhoudende pijn in

houdings- en bewegingsapparaat

Naam document	Indicatiestelling IMSR aanhoudende pijn in houdings- en bewegingsapparaat
Wetenschappelijke Vereniging	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
Versie	17-4-2026
Datum inwerkingtreding	20-4-2026
VRA (ALV)	Akkoord (ALV 17-4-2026) *
Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem	Akkoord
Revalidatie Nederland	Akkoord onder voorwaarden
Zorgverzekeraars Nederland	Akkoord

* In afstemming met het Zorginstituut Nederland en overige partijen zijn in oktober 2026 een aantal verduidelijkende voetnoten aangebracht bij punt 5 van deze Indicatiestelling IMSR bij aanhoudende pijn in houdings- en bewegingsapparaat', dat onderdeel uitmaakt van het 'ZIN Standpunt IMSR bij chronische pijn. Zie voetnoten 6, 7 en 8.

NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

Indicatiestelling interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) aanhoudende pijn in houdings- en bewegingsapparaat

De doelgroep voor Interdisciplinaire (IMSR) pijnrevalidatie zijn patiënten met aanhoudende pijn in het houdings- en bewegingsapparaat. Aanhoudende (eerder ook wel chronische of persisterende) musculoskeletale pijn wordt gedefinieerd als pijn waargenomen in musculoskeletale structuren die langer duurt dan drie maanden (of recidiveert) en gekenmerkt wordt door significante beperkingen in het functioneren en emotionele distress.[1] Als een verwijzer het pijnprobleem niet kan behandelen binnen de eigen setting kan een consult bij een revalidatiearts zinvol zijn voor advies. Slechts een deel van de verwijzingen en eerste consulten bij aanhoudende pijn leidt tot indicatiestelling voor IMSR-behandeling.

De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland van de VRA (WPN) omschrijft pijnrevalidatie als volgt: 'Medisch-specialistische pijnrevalidatie is een interdisciplinaire behandeling voor patiënten met aanhoudende pijn van het houdings- en bewegingsapparaat onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts door een multidisciplinair team dat samenwerkt bij de diagnostiek en behandeling vanuit een gedeelde biopsychosociale visie en gedeelde doelstellingen.'

Doelstelling

De doelstellingen bij IMSR kunnen geformuleerd worden op alle domeinen van het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)[2], met name op het gebied van activiteiten en participatie of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De doelen zijn gepersonaliseerd en waardegericht, passend bij value based health care. Pijnreductie treedt vaak op, maar is niet het primaire doel van IMSR. Daarnaast krijgt de patiënt inzicht in zijn instandhoudende biopsychosociale factoren. Alle aspecten van de zorgvraag van de patiënt worden in samenhang gediagnosticeerd en behandeld (zie behandelkader aanhoudende pijn VRA uit 2025).[3]

Interdisciplinaire behandeling

De begeleiding die afkomstig is uit verschillende disciplines vormt een samenhangend geheel en wordt zowel inhoudelijk als procedureel afgestemd met de patiënt en relevante naasten. Kenmerkend aan de interdisciplinaire behandeling is daarmee dat meerdere disciplines onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts vanuit een gedeelde probleemanalyse vanuit dezelfde behandelvisie samenwerken aan gedeelde doelstellingen. Uiteraard wordt daarbij gewerkt vanuit een biopsychosociale visie, maar de gedeelde visie gaat verder dan dat: Afspraken worden in het team gemaakt over de behandelinzet, de focus van de specifieke in te zetten aanpak en wie daarin wat oppakt. Deze afspraken zijn dynamisch en vereisen een voortdurende afstemming binnen het team. Daarom is het van belang dat, naast de frequente formeel ingeregelde momenten voor afstemming (gemiddeld 1 teambespreking per 4-5 weken met tenminste de revalidatiearts en de kerndisciplines[4]), er ook wekelijks gelegenheid is voor tussentijdse afstemming. De teamleden zijn voldoende op dezelfde locatie aanwezig voor laagdrempelige mogelijkheid tot overleg: Dit betekent dat alle teamleden, inclusief de revalidatiearts, structureel (behalve vakantie, ziekte) tenminste éénmaal per week fysiek op de locatie waar de behandeling plaatsvindt aanwezig zijn en aldaar fysiek met elkaar kunnen overleggen. Om de eindverantwoordelijkheid in de behandeling waar te maken kan als richtlijn worden genomen dat een revalidatiearts maximaal 15 patiënten met aanhoudende pijn in IMSR-behandeling tegelijkertijd onder zijn of haar hoede kan hebben per werkzaam dagdeel. Daarnaast mag 1 fte revalidatiearts maximaal op drie locaties één revalidatieteam aansturen.

---

[1] Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The iasp classification of chronic pain for the international classification of diseases (icd-11). Pain 2019;160:19-27

[2] Revalidatie voor volwassenen. J.H.B. Geertzen, J.S. Rietman, G.G. Vanderstraeten. ISBN 9789023250791. Hoofdstuk 2.

[3] Behandelkader-Aanhoudende-pijn-goedgekeurd-in-ALV-VRA-6-11-2025.pdf

[4] De psycholoog en tenminste één andere pijnbehandelaar (fysiotherapeut/ergotherapeut)

NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

Proces van indicatiestelling IMSR

- Na verwijzing wordt beoordeeld of er een indicatie is voor IMSR bij aanhoudende pijn in het houdings- en bewegingsapparaat conform de indicatiecriteria zoals beschreven in dit document;

- Het mandaat voor de indicatiestelling voor IMSR-behandeling bij aanhoudende pijn ligt bij de revalidatiearts. Bij de indicatiestelling wordt diagnostiek en advies van de psycholoog (met ervaring met aanhoudende pijn) en ten minste één andere pijnbehandelaar (fysiotherapeut/ ergotherapeut) meegewogen;

- Het functioneren van de patiënt wordt in kaart gebracht door middel van de ICF. Daarbij worden ten minste de beperkingen, participatie en het cognitief-emotioneel functioneren in beeld gebracht. Kwaliteit van leven wordt in kaart gebracht. De hulpvraag van de patiënt en de functionele prognose worden meegenomen in relatie met bovenstaande analyse;

- Tijdens de intake wordt beoordeeld of er adequate inspanningen zijn gepleegd in de eerste lijn. Indien dit niet het geval is wordt de patiënt terugverwezen naar de eerstelijn. Daartoe wordt op basis van informatie bij de verwijzing en de anamnese door de revalidatiearts in elk geval in kaart gebracht:
  - Welke zorgverleners betrokken zijn of zijn geweest,
  - Wat de inhoud van de behandeling is of is geweest en hoeveel behandelingen gevolgd zijn én
  - Wat de resultaten van de behandelingen waren.

- Het kernprobleem en hoofddoel worden beschreven. De keuze voor de behandelmethodiek wordt hierop gebaseerd;

- Indien bij het consult van de revalidatiearts via ‘samen beslissen’ een ander besluit genomen wordt dan het advies van de teamleden betrokken bij diagnostiek, worden de redenen vastgelegd in het dossier;

- Revalidatieartsen leveren van iedere patiënt die zij behandelen data voor de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) en Stichting Revalidatie Impact (SRI) aan. Dit betreft in ieder geval de minimale dataset NDP en de generieke uitkomstmaten plus de diagnosegebonden uitkomstmaten voor aanhoudende pijn van SRI. Revalidatieartsen nemen actief deel aan de analyse en benchmarking van deze data, om zo behandelresultaten te kunnen vergelijken en eventuele ongewenste praktijkvariatie terug te dringen;

- De revalidatiearts van het behandelteam draagt er zorg voor dat richtlijnen, behandelkaders en andere landelijke veldnormen die ontwikkeld zijn op het gebied van diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en evaluatie van zorg zijn geïmplementeerd.

Indicatiecriteria

1. Er moet sprake zijn van aanhoudende pijn in het houdings- en bewegingsapparaat en samenhangende stoornissen in het beweegsysteem en aan beweging verwante functies én het cognitief-emotioneel functioneren:
   a) Beweegsysteem en aan beweging verwante functies
      Functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies (ICFcode b7)
   b) Cognitief-emotioneel functioneren
      Stemming (ICF-code b152). Hieronder wordt verstaan: adequaatheid van stemming, regulering van stemming en bereik van stemmingen; affect, droefheid, geluk, liefde, vrees, boosheid, haat, gespannenheid, angst, vreugde, verdriet; labiliteit; emotionele vervlakking. Ook problemen met coping, fusie met pijn, verlies van pijnzelfeffectiviteit, verminderde controle over pijn of catastroferen vallen hieronder

NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

2. Er zijn ten minste problemen op het gebied van beperkingen, participatie en cognitief-emotioneel functioneren. Wat betreft participatie kan er ook sprake zijn van dreigende problematiek. Tenminste de volgende gegevens worden verzameld en gerapporteerd. Voor de rapportage dient het sjabloon (zie bijlage 1) gebruikt te worden.

	Vragenlijsten	**Aanvullend**
Beperkingen	Algemene Vragenlijst Pijn* PDI*/PSK	Specificerende anamnese Lichamelijk onderzoek
Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven	Fysiek en mentaal SF-12*	Anamnese
Participatie	Werkvermogen*	Maatschappelijke rollen worden uitgevraagd met expliciete aandacht voor: -huishouden, vrije tijd, arbeid of studie, rol in het gezin.
Cognitief-emotioneel functioneren	HADS* Pijn Catastroferen Schaal*	Anamnese met expliciete aandacht voor: - Attributies - Schadecognities - Fusie van pijn - Controle en verwachting

*verwijst naar vragenlijsten die nu al zijn opgenomen in NDP

3. De revalidatiearts geeft op basis van de bevindingen bij punt 1 en 2 en op navolgbare wijze in het dossier aan wat het kernprobleem en hoofddoel is.

4. De revalidatiearts beschrijft de koppeling tussen de kernproblematiek en behandelrichting, zie bijlage 2.

5. De behandeling in de eerste lijn is adequaat doorlopen en niet effectief gebleken.[5] Daarvoor geldt:

- Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer om na te gaan en inzichtelijk te maken of patiënten uitbehandeld zijn in de eerste lijn
- Voor verwijzing naar IMSR moeten patiënten in de afgelopen 2 jaar ten minste onderstaande behandelingen hebben ondergaan voor de huidige klachten:
    - Fysiotherapie[6], oefentherapie of ergotherapie: ten minste 6 behandelingen én een behandelduur van ten minste 12 weken
      EN
      Behandeling door psycholoog of POH GGZ[7]: ten minste 6 behandelingen óf een behandelduur van ten minste 12 weken

    Of

    - Behandeling door een psychosomatisch fysiotherapeut of psychosomatisch ergotherapeut[8]: ten minste 6 behandelingen en een behandelduur van ten minste 12 weken

[5] Op dit moment is multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER) nog niet beschikbaar. Wanneer MER beschikbaar is (en dus voldoet aan de gebruikelijke criteria voor verzekerde zorg waaronder SW&P) zullen partijen het indicatieprotocol in overleg herzien

[6] Bij het lezen van het ZIN-standpunt en deze Indicatiestelling kan overal waar 'fysiotherapeut' staat ook 'oefentherapeut' worden gelezen

[7] Deze psychologische behandeling mag zowel in de basis-/eerstelijns GGZ als in de specialistische/tweedelijns GGZ zijn doorlopen. Het doorlopen van een behandeling in de specialistische GGZ voldoet daarmee eveneens aan deze voorwaarde.

[8] Het gaat hier om een fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut die met goed gevolg een post-HBO-opleiding psychosomatisch therapeut (IPT of OPST) of een NVAO-erkende master Psychosomatische Fysiotherapie heeft afgerond.

- Aan te leveren informatie door verwijzer over doorlopen traject:[9]
    - Inhoud behandelingen
    - Aantal behandelingen
    - Resultaat behandelingen
- De revalidatiearts beoordeelt en beargumenteert vervolgens of adequate inspanningen zijn gepleegd in de eerste lijn

6. Relevante diagnostiek door andere specialismen is afgerond, zowel naar mening van de patiënt als van de revalidatiearts;

7. Overige medische interventies zullen naar verwachting niet leiden tot verbetering in klachten of functioneren;

8. Patiënt is bereid en in staat tot het volgen van IMSR gericht op het verbeteren van functioneren (activiteiten en participatie).

Exclusiecriteria
- Pijn die niet gerelateerd is aan het houdings- en bewegingsapparaat of hier geen invloed op heeft. Hiermee wordt in elk geval bedoeld: buikpijn, hoofdpijn en aangezichtspijn. Ook postherpetische pijn en viscerale pijn, waaronder aspecifieke thoracale pijn, die geen invloed hebben op het houdings- en bewegingsapparaat zijn geen indicatie.

- Pijnvermindering zonder functionele verbetering is het enige doel van de patiënt;

- Patiënt is fysiek en/of mentaal onvoldoende belastbaar om de behandeling te kunnen volgen;

- Patiënt gebruikt verdovende middelen of medicatie in een dosering die het bereiken van de doelstellingen in de weg staat en is niet bereid of in staat om dit in het kader van de behandeling af te bouwen;

- Er zijn externe belemmerende factoren die het bereiken van de doelstellingen belemmeren.

[9] De haalbaarheid van aan te leveren informatie zal nog met eerstelijns partijen (LHV, NIP, KNGF, EN) worden besproken. Tijdens dit overleg zullen ook afspraken over de uitvoering en de tijdslijn van deze verplichting worden gemaakt.

NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN

Bijlage 1. Sjabloon

Leeftijd en geslacht cliënt

Aard, duur en hoe klachten zijn ontstaan

Verrichte diagnostiek en gestelde diagnose

Type pijnmechanisme (nociceptief, neuropathisch, nociplastisch of combinatie)

Reeds verrichte behandelingen (stepped care)

Huidig functioneren in de vorm van

- Mate van beperkingen (o.a. PDI/PSK uitslag en soms verder toegelicht welke specifieke activiteiten op ADL en dagelijks functioneren die niet in de vragenlijsten naar voren komen)
- Mate van impact op kwaliteit van leven (o.a. score op SF-12)
- Mate van impact op participatie (maatschappelijke rollen met o.a. huishouden, vrije tijd en arbeid)
- Mate van impact op cognitief-emotioneel functioneren (o.a. uitslagen op subschalen angst en depressie van de HADS-NL en pijn catastroferen schaal)

Kernproblematiek die de beperkingen en participatie onderhouden en daaruit volgende hoofddoel van de behandeling

Conclusie waarom IMSR-behandeling geïndiceerd is.

NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN

Bijlage 2. Koppeling kernproblematiek en behandelrichting

Kernprobleem	**Behandelrichting**
Catastroferende gedachten over pijn	Pijneducatie Exposure in vivo
Vermijden van negatieve gevolgen van pijn	Psycho-educatie Graded Activity (GA) Motivational interviewing
Het willen controleren van de pijn	Pijneducatie Cognitieve gedragstherapie (waaronder ACT) Motivational interviewing

Expert opinion, nog niet door VRA/WPN vastgesteld. Voor de start van het onderzoek naar IMSR bij patiënten met aanhoudende pijn zal dit verder uitgewerkt en aangepast worden in het indicatieprotocol.