

Aan: Zorginstituut Nederland

Cc: VRA

Datum: 09-04-2026

Betreft: Reactie Ergotherapie Nederland op indicatiestelling IMSR aanhoudende pijn van het bewegingsapparaat

Inleiding

Ergotherapie Nederland (EN) is verheugd te vernemen dat de indicatiecriteria waardering tonen voor de kunde en expertise van ergotherapeuten in de eerste lijn, werkzaam met patiënten met aanhoudende pijnklachten. Ergotherapeuten kunnen laagdrempelig worden ingezet en zijn uitstekend in staat om een analyse van het functioneren en onderhoudende factoren te maken, een kernprobleem met prognose op te stellen, vanuit een biopsychosociale visie te behandelen en gefundeerd en tijdig advies over (vervolg)behandeling te geven. We hebben gemeend de (beroepsspecifieke) uitgangspunten toe te lichten tbv de eerstelijnscontext.

Ergotherapie Nederland heeft echter ook een aantal zorgen over de beschreven ontwikkelingen en voorstellen en een aantal vragen ter verduidelijking. Die lichten we toe.

Toelichting op ergotherapie (bij aanhoudende pijn)

Onze beroepsgroep kent algemeen werkende ergotherapeuten. Vanuit het beroepsdomein werkt elke algemeen ergotherapeut (1^e, 2^e en 3^e lijn) vanuit een biopsychosociaal model. Een algemeen ergotherapeut beschikt meestal ook over specifieke deskundigheid voor een of meerdere aandoeningen of doelgroepen, zie <https://ergotherapie.nl/zoek-een-ergotherapeut/>. De beroepsgroep ken daarnaast drie erkende specialisaties (hand-ergotherapie, kinderergotherapie en ouderenergothérapie).

Chronische/aanhoudende pijn is één van de specifieke deskundigheden die o.a. wordt verkregen door het volgen van scholingen en ervaring in de praktijk. Bovendien heeft EN heeft in haar geledingen een vakgroep chronische pijn met expertleden die dagelijks werken met de doelgroep (1^e en 2^e lijn) en zorgdragen voor disseminatie van kennis, onderzoek en vaardigheden aan hun vakgenoten.

Aspecten van de beschreven indicatiecriteria met (mogelijk) negatieve gevolgen:

-Er wordt afgeweken van het adagium "de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats". Het risico is nu groot dat patiënten 'heen en weer worden gestuurd tussen de lijnen in de gezondheidszorg'. Voor deze doelgroep is dat zeer ongewenst en werkt 'shopgedrag' in de hand.

-Waarom er voor de populatie patiënten met aanhoudende pijn is gekozen voor de voorgestelde vorm van stepped-care indicatiestelling is ons niet duidelijk. Bij geen enkele andere diagnosegroep of werkveld is dit het geval (denk bijvoorbeeld aan de GGZ, waar de behandelfilosofie dicht aanschuurt tegen de behandelfilosofie en aanpak bij aanhoudende pijn).

-Toename van onnodige zorg en kans op verergering van klachten: Indien strikt vastgehouden wordt aan de beschreven indicatiestelling, is de kans groot dat er gedurende een periode minder passende zorg wordt geleverd. Als bijvoorbeeld door eerstelijns therapeuten (met ervaring in de problematiek), al kort na de start van de behandeling wordt vastgesteld dat de casus te complex is in de 1^e lijn, dan is snelle opschaling wenselijk. Met de huidige criteria is dit niet mogelijk.

Een praktijkvoorbeeld: Er zijn patiënten, behandeld door ergotherapeuten met specifieke deskundigheid op het gebied van aanhoudende pijn (zowel werkzaam in de eerste lijn als in een gespecialiseerd pijnteam in de iMSR), waarbij na enkele 1^e lijnsbehandelingen en na overleg met verwijzer geconstateerd is dat de problematiek te complex is voor behandeling in de eerste lijn. IMSR is dan geïndiceerd. Echter, vooruitlopend op de indicatiestellingseisen in het onderhavige schrijven verwijst de revalidatie arts terug naar de eerstelijns ergotherapeut. Er dienen dan tot minimaal zes behandelingen in de eerste lijn te worden gegeven. Dit is niet-passende zorg in een werkveld waar al grote schaarste van ergotherapeuten en (lange) wachtlijsten heersen. Ook is dit niet wenselijk vanuit het perspectief van de patiënt (verergering van klachten).

-Ervaren werkdruk van ergotherapeuten in de eerste lijn zal toenemen door: Ergotherapeuten in de eerstelijns kampen nu al met (lange) wachtlijsten. Als deze groep patiënten instroomt, waarbij voorwaarden gesteld worden aan omvang en duur, dan heeft dit gevolg voor deze nieuwe groep alsook voor de reguliere groep patiënten waarvoor de behandelingen in het gedrang kunnen komen.

-Toename van administratieve last voor ergotherapeuten. Om adequaat aan te kunnen tonen hoe de behandeling in de 1^e lijn is verlopen, lijkt in de opzet uitvoerige verslaglegging en afstemming nodig tussen de betrokken zorgverleners en verwijzer. De tijd die nodig is voor extra verslaglegging is geen onderdeel van het tarief van de ergotherapeut. Dat geldt ook voor extra multidisciplinaire afstemming in de 1^e lijn. In het IZA spraken we bovendien af de administratieve lasten voor zorgprofessionals te verminderen.

-Het criterium van psychosomatisch ergotherapeut kan niet worden gesteld, aangezien dit geen door EN erkend specialisme is. Wij stellen voor om psychosomatisch ergotherapeut te vervangen door: "Ergotherapeut, werkend vanuit het biopsychosociaal model, met specifieke deskundigheid in de behandeling van aanhoudende pijn". Dit sluit ook beter aan bij de in het stuk gestelde behandelvisie binnen de iMSR.

Vragen ter verduidelijking

-Het aantal behandelingen en de duur die minimaal in de eerste lijn moet worden ingezet, lijkt willekeurig. Op basis van welke informatie is dit bepaald? Zijn bijvoorbeeld 6 behandelingen van 15 minuten verdeeld over 12 weken gelijk aan 6 behandelingen van een uur in 18 weken?

-Zijn er eisen waaruit een behandeling in de eerstelijns inhoudelijk dient te bestaan?

-Verwacht u dat patiënten, die worden (terug)verwezen vanuit iMSR naar de 1^e lijn, voorrang krijgen op 'reguliere' verwijzingen? Dat wordt voor de ergotherapeut erg lastig.

-Bij de psycholoog of POH GGZ wordt gesteld dat er 6 behandelingen óf een behandelduur van minimaal 12 weken vereist zijn. Betekent dit dat 1 behandeling afdoende kan zijn in 12 weken, mits

dit in combinatie is met 6 behandelingen door een algemeen fysiotherapeut of ergotherapeut in ten minste 12 weken?

Voorgestelde aanvulling

Op pagina 1 van de notitie wordt onder het kopje 'doelstellingen IMSR' benoemd dat 'de patiënt inzicht krijgt in zijn instandhoudende biopsychosociale factoren'. Belangrijke aanvulling is wat ons betreft dat binnen de IMSR niet alleen inzicht in deze factoren wordt verkregen, maar waar mogelijk, deze worden doorbroken en er nieuwe, op duurzaam herstel gerichte patronen worden aangeleerd.

Conclusie

We maken ons zorgen over de gevolgen die deze indicatiecriteria gaan krijgen voor de revalidatieteams in de 2^e lijn, voor de doelgroep en ook voor de groep ergotherapeuten in de eerstelijns. We zien met dit voorstel een aantal knelpunten ontstaan in de eerste lijn die de uitvoerbaarheid in de weg zal staan. We hopen dan ook dat verduidelijking kan worden gegeven en dat wijzigingen en suggesties overgenomen worden. We gaan hierover graag in gesprek.