

# KOSTEN & BATEN

**Gitara Edward-Rutten**  
anesthesioloog-pijnspecialist,  
Noordwest Ziekenhuisgroep

**Erik-Jan Vlieger**  
arts en zorgondernemer



GETTY IMAGES

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK NODIG VAN  
DEZE VEELVOORKOMENDE AANDOENING

## Chronische pijn: stop de eenzijdige focus op somatiek

Chronische pijn heeft fysieke én mentale componenten. De zorgstandaard erkent dat, maar wordt helaas slecht nageleefd. Dat kost de patiënt kwaliteit van leven en de samenleving nodeloos veel geld. Andere financiële prikkels kunnen dit voorkomen.

**M**eer dan 2 miljoen Nederlanders hebben dagelijks chronische pijn. Daarmee komt het veel vaker voor dan andere chronische aandoeningen zoals diabetes (circa 1,2 miljoen), coronaire hartziekten (circa 300 duizend vrouwen en circa 1 miljoen mannen) of kanker (circa 400 duizend). Chronische pijn heeft grote impact op de kwaliteit van leven van een patiënt en zorgt daarnaast voor stevige maatschappelijke kosten in de vorm van arbeidsverzuim en -ongeschiktheid. Voor Nederland worden de totale directe en indirecte kosten geschat op 20 miljard euro per jaar. Dat is vele malen meer dan de kosten voor diabetes, hartziekten en kanker.<sup>12</sup> Te verwachten valt dat met het groeiende aantal ouderen en chronisch zieken, deze kosten verder zullen stijgen. Die toename heeft alles te maken

met de huidige financieringsstructuur, die zich puur richt op somatiek. De oplossing zit hem in een betere financiële prikkel, namelijk voor educatie en zelfzorg.

### Zorgstandaard

Het stellen van de diagnose van chronische pijn duurt vaak lang en daardoor start de juiste behandeling laat. Arbeidsverzuim en -ongeschiktheid zijn het gevolg en zorgen voor hoge maatschappelijke kosten. Ook blijkt uit internationale studies dat veel patiënten de behandeling van hun chronische pijn als onvoldoende beschouwend.<sup>3-5</sup> En ook de Nederlandse patiënten met chronische pijn ervaren de kwaliteit van de pijnbehandeling als matig.<sup>6</sup> Daarom is in 2017 de Zorgstandaard Chronische Pijn gepresenteerd, een initiatief van de Pain Alliantie in Nederland (PA!N), een samenwerkingsverband van wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties. Het is de eerste zorgstandaard die is ontwikkeld met een gelijke inbreng van professionals en patiënten. Hoewel er geen eenduidige definitie van chronische pijn bestaat, is het duidelijk dat pijn een complex samenspel is van het neurologische, endocriene, immunologische en psychologische systeem, en dat binnen een veranderende sociale context. Zowel biomedische als psychologische en sociale factoren zijn bepalend voor het ontstaan van chronische pijn, voor het beloop, de

beleving én de genezing. Daarom is psychosociale behandeling, na of gelijktijdig met de somatische aanpak, cruciaal.

### Stepped care

Juist vanwege die complexiteit pleit de Zorgstandaard Chronische Pijn voor integrale zorg op twee fronten. Enerzijds qua vorm: door een optimale afstemming van de zorg door alle zorgverleners, in nauw overleg met de patiënt. Anderzijds inhoudelijk: doordat de zorg somatische én psychosociale componenten behelst.

De zorgstandaard verwerkt dit in een stepped care-model:

1. Preventie en zelfzorg.
2. Monodisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn.
3. Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn.
4. Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn.

Het instapniveau is afhankelijk van de benodigde zorgzwaarte. Indien nodig wordt opgeschaald, indien mogelijk teruggeschakeld. Zo krijgt de patiënt altijd de effectiefste, minst belastende en goedkoopste behandeling aangeboden. Er is ruime evidence voor deze manier van werken.<sup>7-9</sup>

Opvallend is de belangrijke rol van pijneducatie, gericht op de psychosociale componenten coping en participatie. Die vormen een integraal onderdeel van de zorgstandaard.

Helaas ligt in de praktijk nog te vaak de nadruk op een eenzijdige biomedische behandeling; daardoor blijven veel pijnklachten bestaan. Wel werken steeds meer pijncentra met een multidisciplinair team. Maar de zorg voor patiënten met chronische pijn is vaak gefragmenteerd, met verschillen in diagnostiek en behandeling.

## De nadruk ligt te vaak op een eenzijdige biomedische behandeling

### Voorbeeld

Dat het nog maar zo matig lukt om conform die recente zorgstandaard te werken heeft te maken met de financieringsstructuur, die exclusief gericht is op het somatische model. Pijneducatie en het stimuleren van zelfzorg kosten veel tijd en daar staat geen financiële vergoeding tegenover; terwijl pijninterventies (prikken) relatief snel zijn uit te voeren met ruime financiële compensatie. Ook is het voorschrijven van medicatie een stuk makkelijker dan praten. Er is dus sprake van een financiële prikkel die niet de meest efficiënte behandeling stimuleert. Met de huidige financieringsstructuur lijkt het financieel dan ook niet haalbaar

om het stepped care-model in te voeren en dus ook niet om die hoge maatschappelijke kosten terug te dringen.

Neem als voorbeeld een patiënt met een chronisch radiculair syndroom:

Een huisarts heeft tien minuten voor een consult. Dit is onvoldoende voor pijneducatie. Een patiënt met een radiculair syndroom krijgt daarom eerst pijnstillers voorgeschreven en eventueel fysiotherapie. Bij onvoldoende effect van de pijnstillers wordt doorverwezen naar de neuroloog. De neuroloog doet een intake en beeldvorming en stuurt de patiënt vervolgens door naar een anesthesioloog-pijnspecialist. Een pijnspecialist doet een intake en enkele pijnblokkades die tijdelijk effect hebben, en geeft misschien nog medicatie. Als de patiënt dan nog klachten houdt, stuurt de pijnspecialist hem terug naar de neuroloog die hem vervolgens naar een neurochirurg of orthopedisch chirurg stuurt. Deze opereert de patiënt. Na de operatie houdt hij klachten. Hij wordt teruggestuurd naar de pijnpoli waar wederom pijnblokkades worden gedaan. Besloten wordt dat patiënt misschien wel in aanmerking komt voor neuromodulatie. Hierbij vindt standaard psychologische screening plaats. Pas tijdens deze screening komt aan het licht dat er sociale en psychologische factoren zijn die mogelijk de pijn onderhouden. Als er vanaf het begin al aandacht was geweest voor pijneducatie, dan had het traject er wellicht heel anders uitgezien, met minder – kostbare maar helaas onnodige en zelfs schadelijke – interventies.

### Nieuwe financiering

Als we dit probleem willen adresseren, dan is het cruciaal om de financieringsstructuur aan te pakken en een financiële prikkel te creëren waarin educatie en zelfzorg een centrale rol hebben in de behandeling. Vergelijkbaar met adipositas en hyperglycemie, waar het mogelijk is om een vergoeding te krijgen voor een leefstijlcoach. Ook is het nodig om te zorgen voor prikkels waarmee de expertise die in de tweede lijn aanwezig is, gebruikt kan worden in de eerste lijn, zodat de eerste lijn veel meer kan doen en patiënten minder snel naar de tweede lijn hoeven (anderhalve-lijnszorg).

Wellicht is het verstandig om over de grenzen van ministeries heen te kijken. Want met een betere behandeling van chronische pijn ligt het leeuwendeel van het rendement bij Sociale Zaken, in de vorm van toegenomen arbeidsparticipatie, terwijl de kosten ervan bij de zorgverzekeraar en VWS liggen.

Dus, als we de financiering een nieuwe richting geven, kunnen we de zorg goedkoper én beter maken. Dan komt 'de juiste zorg op de juiste plek': een perfecte invulling van het hoofdlijnenakkoord, waarbij de tweede lijn – ondanks een groeiende zorgvraag – niet meer in omvang toeneemt. ■

### contact

gm.edward-rutten@nwz.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).