

Bijlage 1 – Wet- en regelgeving

De overheid stelt de inhoud en omvang van het basispakket van de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) vast. In de Zvw en in de daarop gebaseerde lagere regelgeving – het *Besluit zorgverzekering* (Bzv) en de *Regeling zorgverzekering* (Rzv) - is het basispakket omschreven. De zorgverzekeraars zijn verplicht om het in de regelgeving omschreven basispakket – ook wel de te verzekeren prestaties genoemd – op te nemen in de zorgverzekeringen die zij op de markt brengen. Een interventie behoort alleen tot het te verzekeren basispakket, als deze valt onder een van de omschrijvingen in de regelgeving. In dit rapport draait het om toetsing aan de volgende artikelen.

Artikel 10 Zorgverzekeringswet

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.

(...)

Artikel 2.1 Besluit zorgverzekering

(...)

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch- psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6., (...)

(...)

Bijlage 2 – Exclusietabel

Publicatie	Reden van exclusie
Javdaneh N, Shams A, Shojaedin S, ea. Cognitive functional therapy as a complementary treatment for posture and disability of chronic neck pain: secondary analysis of a randomized controlled trial 2022	Niet gesuperviseerd door revalidatiearts
Plener J, Csiernik B, To D, da Silva-Oolup S, ea. Conservative Management of Cervical Radiculopathy: A Systematic Review	Searchdatum SR: 15 juni 2022; andere P en waarschijnlijk ook andere I dan in PICOT
Sasaki R, Honda Y, Oga S, ea. Effect of exercise and/or educational interventions on physical activity and pain in patients with hip/knee osteoarthritis: A systematic review with meta-analysis	Searchdatum SR: 30 april 2022; 5 RCTs naar een combinatie van exercise en educatie (interventie lijkt niet in revalidatiesetting plaats te vinden en controlegroep bestaat uit no treatment of placebo)
Souto LR, Borges MS, Marcolino AM, ea. Effectiveness of adjunctive treatment combined with exercise therapy for patellofemoral pain: a protocol for a systematic review with network meta-analysis of randomised controlled trials	Exclusie protocol; daarnaast andere doelgroep en andere interventie (niet gesuperviseerd door revalidatiearts)
Mansour MHH, Pokhrel S and Anokye N. Effectiveness of integrated care interventions for patients with long-term conditions: a review of systematic reviews	Searchdatum review: september 2019 (eerder dan Cochrane review)
Monticone M, Simone Vullo S, Lecca LI, ea. Effectiveness of multimodal exercises integrated with cognitive-behavioral therapy in working patients with chronic neck pain: protocol of a randomized controlled trial with 1-year follow-up	Exclusie protocol; zie ook studie van Monticone naar nekpijn uit 2017
Mallard F, Wong JJ, Lemeunier N, ea. Effectiveness of Multimodal Rehabilitation Interventions for Management of Cervical Radiculopathy in Adults: An Updated Systematic Review from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (Optima) Collaboration	Searchdatum SR: 22 juni 2020 (eerder dan Cochrane review)
Hernando-Garijo I, Jiménez-Del-Barrio S, Mingo-Gómez T, ea. Effectiveness of non-pharmacological conservative therapies in adults with fibromyalgia: A systematic review of high-quality clinical trials	Searchdatum SR: januari 2020 (eerder dan Cochrane review)
Herrero P, Val P, Lapuente-Hernández D, ea. Effects of Lifestyle Interventions on the Improvement of Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Network Meta-Analysis	Searchdatum SR: 19 maart 2022; P en I lijken niet te voldoen aan PICOT
Lahiri M, Cheung PPM, Dhanasekaran P, ea. Evaluation of a multidisciplinary care model to improve quality of life in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial	Andere patientengroep (rheumatoïde arthritis); andere interventie: geen specialistische revalidatiezorg met revalidatiearts
Fleckenstein J, Floessel P, Engel T, ea. Individualized Exercise in Chronic Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review with Meta-Analysis on the Effects of Exercise Alone or in Combination with Psychological Interventions on Pain and Disability	Searchdatum SR: 31 januari 2022; P en I lijken niet te voldoen aan PICOT
Knopp-Sihota JA, MacGregor T, Reeves JTH, ea. Management of Chronic Pain in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis	Searchdatum SR: april 2021 (eerder dan Cochrane review)

<p>Saed A, Neal-Smith G, Fernquest S, ea. Management of complex regional pain syndrome in trauma and orthopaedic surgery-a systematic review</p>	<p>Searchdatum SR: januari 2021 (eerder dan Cochrane review)</p>
<p>Kirker K, Masaracchio MF, Loghmani P, ea. Management of lumbar spinal stenosis: a systematic review and meta-analysis of rehabilitation, surgical, injection, and medication interventions</p>	<p>Searchdatum SR: augustus 2020 (eerder dan Cochrane review)</p>
<p>Lam N, Green J, Hallas S, Forster A, Crocker TF, Andre D, Ellwood A, Clegg A and Brown L. Mapping review of pain management programmes and psychological therapies for community-dwelling older people living with pain</p>	<p>Searchdatum SR: 30 juni 2022; recente RCTs checken of ze voldoen aan PICOT</p>
<p>Gómez-Iruela J, Albar-Almazán A, Afanador-Restrepo DF, ea. Mind-Body Training: A Plausible Strategy against Osteomuscular Chronic Pain-A Systematic Review with Meta-Analysis</p>	<p>Searchdatum SR: december 2023; interventie (mind-body exercises zoals Tai-chi, Qigong) voldoet niet aan PICOT</p>
<p>Rijsdijk M, Tuffaha S and Coert H. Multidisciplinary strategies to treat painful mononeuropathies in the upper extremity: from lab to bedside</p>	<p>Narrative review</p>
<p>Monticone M, Ambrosini E, Rocca B, ea. Multimodal exercises integrated with cognitive-behavioural therapy improve disability of patients with failed back surgery syndrome: a randomized controlled trial with one-year follow-up</p>	<p>Retracted publication</p>
<p>Kechichian A, Lafrance S, Matifat E, ea. Multimodal Interventions Including Rehabilitation Exercise for Older Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials</p>	<p>Searchdatum SR: februari 2019 (eerder dan Cochrane review)</p>
<p>Albers R, Lemke S, Knapp S, ea. Non-inferiority of a hybrid outpatient rehabilitation: a randomized controlled trial (HIRE, DRKS00028770)</p>	<p>Andere vergelijking (digital back school versus face-to-face back school)</p>
<p>Burley CV, Casey AN, Jones MD, ea. Nonpharmacological approaches for pain and symptoms of depression in people with osteoarthritis: systematic review and meta-analyses</p>	<p>Search datum SR: april 2022; C (inactieve controle groep: treatment as usual) voldoet niet aan PICOT; geen revalidatiesetting</p>
<p>Leung DKY, Fong APC, Wong FHC, ea. Nonpharmacological Interventions for Chronic Pain in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis</p>	<p>Search datum SR: 21 maart 2022; C voldoet niet aan PICOT; inactieve controle groep: sham, attention control, treatment as usual (no intervention, usual care, waitlist control)</p>
<p>Macri EM, Selles RW, Stefanik JJ, ea. OARSI year in review 2023: Rehabilitation and outcomes</p>	<p>Search datum SR: 1 maart 2023 ; I voldoet niet aan PICOT (zie tabel 4): psychosociale component niet opgenomen</p>
<p>Bonatesta L, JRuiz-Cárdenas JD, Fernández-Azorín L, ea. Pain Science Education Plus Exercise Therapy in Chronic Nonspecific Spinal Pain: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Clinical Trials</p>	<p>Search datum SR: 1 maart 2021 (eerder dan Cochrane review)</p>
<p>Dong HJ, Gerdle B and Dragioti E. Reported Outcomes in Interdisciplinary Pain Treatment: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of Randomised Controlled Trials</p>	<p>Search datum SR: 30 september 2021 (eerder dan Cochrane review); toch interessant omdat het gaat om een overzicht van SRen naar interdisciplinaire behandeling van chronische pijn: bekijken Casey 2020 en Martinez-Galderon 2020</p>
<p>Flegge LG, Lake E, Truesdale C, ea.</p>	<p>Search datum SR: maart 2021 (eerder dan Cochrane review)</p>

Sex differences in interdisciplinary pain rehabilitation outcomes: a systematic review	
Ploutarchou G, Savva C, Karagiannis C, ea. The effectiveness of cognitive behavioural therapy in chronic neck pain: A systematic review with meta-analysis	Searchdatum SR: 30 mei 2021 (eerder dan Cochrane review)
Saracoglu I, Arik MI, Afsar E, ea. The effectiveness of pain neuroscience education combined with manual therapy and home exercise for chronic low back pain: A single-blind randomized controlled trial	Searchdatum SR: juni 2021 (eerder dan Cochrane review)
He J, Tse MMY and Kwok TTO. The effectiveness, acceptability, and sustainability of non-pharmacological interventions for chronic pain management in older adults in mainland China: A systematic review	Searchdatum SR: oktober 2023; I voldoet niet aan PICOT

Bijlage 3 – Indicatie document

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	3
Datum inwerkingtreding	volgt
VRA (ALV)	Bestuur VRA akkoord op voorwaarde bekrachtiging door ALV (17-4-2026)
Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem	Akkoord
Revalidatie Nederland	Akkoord onder voorwaarden
Zorgverzekeraars Nederland	Akkoord

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 kerndisciplines⁴), 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-gesdgerkeurd-in-AIV-VRA-6-11-2025.pdf](#)

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

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 eerstelijns. 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 bewegingsysteem en aan beweging verwante functies én het cognitief-emotioneel functioneren:
 - a) Bewegingsysteem 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 pijnzelveffectiviteit,

verminderde controle over pijn of catastrofen vallen hieronder

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 Catastrofen 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:
 - o Fysiotherapie, oefentherapie of ergotherapie: ten minste 6 behandelingen én een behandelduur van ten minste 12 weken
 - EN**
 - Behandeling door psycholoog of POH GGZ: ten minste 6 behandelingen óf een behandelduur van ten minste 12 weken
 - Of**
 - o Behandeling door een psychosomatisch fysiotherapeut of psychosomatisch ergotherapeut: 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



- Aan te leveren informatie door verwijzer over doorlopen traject:⁶
 - o Inhoud behandelingen
 - o Aantal behandelingen
 - o 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.

⁶ 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.

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.

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.

Bijlage 4 – Plan van aanpak multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie

In deze bijlage beschrijven we de vervolgstappen voor Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatiezorg (MER) na publicatie van het standpunt IMSR. Partijen hebben aangegeven om dit vervolgtraject gezamenlijk vorm te willen geven met als doel om dit onderdeel van het stepped care-model breder beschikbaar te maken in Nederland. En op die manier de beweging naar passende zorg voor patiënten met chronische pijn te versnellen.

Partijen hebben daarbij verzocht om een begeleidende rol van het Zorginstituut. Als eerste stap heeft het Zorginstituut op basis van input van verschillende partijen op hoofdlijnen een plan van aanpak opgesteld. De bedoeling is om een gemeenschappelijk beeld te ontwikkelen over wat nodig is om als partijen samen het voorbereidend proces te doorlopen voor het nog uit te voeren onderzoek naar de pakketwaardigheid van deze zorgvorm. De aanpak bouwt door op eerdere samenwerkingsprocessen. Dit concept plan van aanpak is als onderdeel van het concept standpunt over IMSR bij chronische pijn ter consultatie verstuurd aan betrokken partijen (beroepsgroepen, brancheorganisatie van revalidatiecentra, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties) in augustus/september 2025. Het Zorginstituut heeft de consultatiereacties over het plan van aanpak al verwerkt in deze bijlage. Een samenvatting van de belangrijkste aandachtspunten uit de consultatieronde en hoe deze in het definitieve plan van aanpak zijn verwerkt vindt u in hoofdstuk 4 van het standpunt. Consultatiereacties over de uitvoering van het plan van aanpak nemen we mee in het vormgeven van het vervolgtraject.

Achtergrond en aanleiding

In het kader van de update van het standpunt over Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn is naar voren gekomen dat de derde stap van het stepped care-model voor behandeling van patiënten met chronische pijn niet breed beschikbaar is. In beginsel geldt dat voor last resort patiënten de stepped care doorlopen moet zijn alvorens sprake kan zijn van een indicatie voor IMSR.

Het stepped care-model omvat de volgende vier stappen:

1. Preventie en zelfzorg.
2. Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn.
3. Diagnostiek en behandeling op verschillende domeinen van het biopsychosociaal model in de eerste lijn, of in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn.
4. Interdisciplinaire diagnostiek en behandeling in de tweede of derde lijn.

Huisartsen hanteren het stepped care-model sinds het uitbrengen van de NHG-Standaard Pijn (2010). Revalidatieartsen gebruiken het stepped care-model als uitgangspunt voor de indicatiestelling voor IMSR, maar geven aan dat multidisciplinaire zorg op de meeste plaatsen in Nederland niet beschikbaar is, waardoor de patiënten met chronische pijn sneller dan nodig bij hen op het spreekuur komen. In een inventarisatieronde zijn verschillende knelpunten en aandachtspunten voor de opzet van de MER-CP geïdentificeerd. Op dit moment zijn er als er ergens sprake is van multidisciplinaire zorg meerdere behandelaren in de eerste lijn tegelijkertijd betrokken bij de behandeling van de patiënt. Vaak verlenen eerstelijns professionals zorg achter elkaar en dus niet in dezelfde tijdsperiode, meestal zonder voorafgaande onderlinge afstemming of communicatie. Slechts zelden is sprake van een integraal gecoördineerd behandelprogramma, waarin er gezamenlijk behandeldoelen zijn afgesproken en periodiek overleg en afstemming plaatsvindt over het behalen daarvan. Stap 3 van het stepped care model is dus in de meeste regio's in Nederland niet of suboptimaal ingevuld.

Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatiezorg bij patiënten met chronische pijn (MER-CP) kan invulling geven aan stap 3 van het stepped care-model bij chronische pijn. Op veel plaatsen zijn

wel experimenten uitgevoerd in het kader van de [Health Deal Chronische Pijn](#) en een [Beleidsregel Innovatie MER \(EI-419\)](#), maar die zijn wegens gebrek aan consensus, uitvoeringsproblemen en/of ontoereikende bekostigingsmogelijkheden voor een groot deel ook weer gestopt. Daarmee is MER-CP nog onvoldoende beschikbaar. Vanuit inhoudelijk perspectief zijn er veel goede ervaringen bij patiënten en zorgverleners, die worden ondersteund door positieve resultaten uit wetenschappelijke onderzoeken (één kleine RCT en elf observationele studies). Dit maakt de MER-CP tot een veelbelovende behandeling. Een groot vergelijkend onderzoek is nog nodig om te bepalen of MER-CP voldoet aan SWP. Om de MER-CP kwalitatief hoogwaardig op te zetten, is het belangrijk dat knelpunten en aandachtspunten uit eerdere experimenten worden aangepakt vóórdat dit onderzoek wordt uitgevoerd. Tevens is van groot belang om de randvoorwaarden en methoden voor het onderzoek goed in te richten.

Doelstelling

Dit plan van aanpak richt zich op wat ervoor nodig is om beleidsmatig en met het oog op de beweging naar passende zorg de MER-CP verder invulling te geven en de randvoorwaarden voor de MER-CP goed in te richten. Door knelpunten integraal aan te pakken creëren we een optimale uitgangssituatie voor het benodigde onderzoek naar de effectiviteit van de MER-CP.

De bedoeling is dat de uitvoering van dit plan van aanpak start vanaf het moment van publicatie van het standpunt over IMSR bij chronische pijn. Het streven is om met deze aanpak in één tot anderhalf jaar de juiste randvoorwaarden te creëren, zodat direct daarna wetenschappelijk onderzoek naar onder meer de effectiviteit en kosteneffectiviteit van MER-CP kan plaatsvinden. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek en de eerder gepubliceerde onderzoeken kunnen zorgverzekeraars of op verzoek eventueel het Zorginstituut dan beoordelen of MER-CP voldoet aan het wettelijk criterium van 'Stand wetenschap en praktijk' (SWP).

Betrokken partijen

Om het MER-traject vorm te geven is inzet en samenspel van zowel veldpartijen als de overheid nodig. Het gaat hierbij om:

- Beroepsgroepen (zoals de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen [VRA], Nederlands Huisartsen Genootschap [NHG], de Landelijke Huisartsen Vereniging [LHV], het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie [KNGF], de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de psychosomatiek [NFP], de Vereniging van Oefentherapeuten [VVOCM], Ergotherapie Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland [V&VN; sectie pijnconsulenten], het Nederlands Instituut van Psychologen [NIP; sectie Revalidatie] en de Landelijke vereniging POH-GGZ) en zorgaanbieders (zoals Revalidatie Nederland [RN]);
- Zorgverzekeraars (vertegenwoordigd door ZN);
- Patiëntenorganisaties (zoals Patiëntenfederatie Nederland en vereniging Pijnpatiënten naar één stem);
- Overheidspartijen (zoals Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit [NZa] en VWS) en uitvoeringsorganisaties (zoals ZonMw).

Governance

Op basis van ervaring en kennis uit een eerder MER-traject is één van de geleerde lessen dat voorafgaand aan de start afspraken nodig zijn wie welke rol heeft en op basis van welke criteria door wie welke besluiten worden genomen. Aan de start zullen de betrokken partijen onder begeleiding van het Zorginstituut dit soort 'spelregels' opstellen en vaststellen. Van alle partijen is hiervoor commitment en inzet nodig.

Het Zorginstituut zal de rol op zich nemen om de uitvoering van dit plan van aanpak en het opstarten van een onderzoek met de MER-CP zo goed mogelijk aan te sturen. Waar nodig kan het Zorginstituut een rol spelen in het bemiddelen tussen partijen of als onafhankelijke partij voorstellen doen voor oplossingen, voor bereiken van consensus of door zelf eventuele knopen door te hakken. Het Zorginstituut zal vanuit een monitorende rol erop toezien dat alle betrokkenen de afspraken in dit plan van aanpak nakomen.

Voor de samenwerking achten wij het noodzakelijk dat er een werkgroep (bureauniveau) en een stuurgroep (bestuursniveau) worden opgericht. Voor de stuurgroep dienen alle in dit plan van

aanpak genoemde partijen een vertegenwoordiger met mandaat af te vaardigen. Door met gemandateerde vertegenwoordigers te werken kan de stuurgroep besluiten nemen en voorkomen of beslechten we onderlinge discussie. De samenstelling van de werkgroep per periode van het plan van aanpak hangt af van de op te leveren resultaten voor die periode en de partijen die hierbij betrokken zijn.

De werkgroep overlegt 1x per maand en de stuurgroep eens per 3 maanden. Tijdens deze stuurgroepbijeenkomsten worden de resultaten vastgesteld die in de voorafgaande periode opgeleverd zijn en eventuele knelpunten besproken. Wanneer de realisatie door bepaalde partijen achterblijft dan zal het Zorginstituut die partij daarop aanspreken.

Plan van aanpak op hoofdlijnen voor MER-CP

Om een goede uitgangssituatie te creëren voor een nieuwe opzet voor de MER-CP zijn er acties nodig op de volgende punten (bouwstenen):

1. Inhoud, organisatie en benodigde expertise voor het MER-CP programma
2. Aanspraak vanuit de basisverzekering
3. Bekostiging MER-CP en contractering door zorgverzekeraars
4. Voorbereidingen op het uit te voeren onderzoek naar MER-CP

In het volgende overzicht is op hoofdlijnen de tijdsfasering voor de uitvoering aangegeven. Hierbij werken we met blokken van 3 maanden waarin we voor ieder blok concreet afspreken wat er aan het einde van het blok gereed moet zijn. Uiteraard is dit een streeftijd die we gezamenlijk nog moeten afstemmen.

	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
1. Inhoud, organisatie & expertise	Algemene omschrijving gereed	Lijst MER-CP aanbieders gereed	Uitgewerkt protocol per aanbieder	Definitieve selectie van aanbieders voor onderzoek
2. Aanspraak vanuit de basisverzekering	Duidelijkheid over aanspraak			
3. Bekostiging & contractering		Inventarisatie bekostigingsmogelijkheden tijdens onderzoek	Vastgestelde bekostigingswijze	Uitwerking voor inkoop, contractering en declaraties gereed
4. Voorbereiding op onderzoek	Inventarisatie subsidie-mogelijkheden en opstarten onderzoeks-aanvraag	Onderzoeksinstelling geselecteerd voor uitvoering onderzoek	Uitgewerkt onderzoeksprotocol beschikbaar	Evaluatieprotocol en subsidie onderzoek beschikbaar

Onderstaand beschrijven we per bouwsteen, wat er moet gebeuren, wie de hoofdverantwoordelijke is voor de uitvoering, de partijen die betrokken moeten worden, het beoogde resultaat en de streeftijd voor opleving van het resultaat.

Bouwsteen 1: Inhoud en organisatie behandelprogramma, expertise zorgverleners en selectie van MER-CP aanbieders

Deze bouwsteen bestaat uit drie onderdelen:

- A. Algemene omschrijving inhoud en organisatie van het behandelprogramma
- B. Expertise zorgverleners
- C. Proces om te komen tot zorgaanbieders van MER-CP voor de onderzoeksfase en gedetailleerde inhoudelijke en organisatorische uitwerking van het behandelprotocol.

Met A en B wordt gewerkt aan een algemene omschrijving van de inhoud, organisatie en benodigde expertise. In C wordt deze geoperationaliseerd in concrete protocollen per MER-CP aanbieder.

A. Algemene omschrijving inhoud en organisatie van het behandelprogramma

De inhoud van de MER-CP moet voor de betrokken zorgverleners, de verwijzers en de patiënten duidelijk zijn, en de behandelprogramma's die ontwikkeld worden moeten aan bepaalde minimale eisen voldoen, gebaseerd op het biopsychosociale model en principes en elementen van integrale multidisciplinaire behandeling. De eerdere Beleidsregel Innovatie van de NZa voor de MER-CP zal als uitgangspunt worden genomen en verder worden aangescherpt of aangepast. Er moet duidelijk omschreven zijn welke patiënten voor MER-CP in aanmerking komen, waarbij het stepped care-model het uitgangspunt is. De indicatiestelling moet gelijk zijn voor alle MER-CP aanbieders. Per MER-CP aanbieder moet het gehele zorgtraject van intake tot en met afsluiting van de intensieve behandel fase en de nazorg helder zijn. Hiervoor is het belangrijk dat iedere MER-CP aanbieder de verwijstructuur, wijze en inhoud van multifactoriële intake, wijze waarop de behandel doelen gesteld worden, samenwerking en coördinatie bij de uitvoering, taakverdeling in de behandeling, beslissingsmomenten om bepaalde disciplines in te schakelen, afsluiting van de behandeling, eindverantwoordelijkheid en gezamenlijke dossiervorming duidelijk uitwerkt. Ook de mogelijkheid voor en wijze waarop consultatie door een revalidatiearts kan plaatsvinden moet de zorgaanbieder beschrijven. Daarnaast is het belangrijk om aandacht te besteden aan de toegang tot MER-CP voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Voor de MER-CP zijn drie mogelijke varianten voorzien. Voor elk MER-CP zorgaanbod moet duidelijk zijn tot welke variant deze aanbieder behoort. De drie mogelijke varianten zijn:

1. Een programma dat volledig door zorgverleners in de eerste lijn wordt aangestuurd en uitgevoerd;
2. Een netwerkstructuur met zorgverleners in de eerste lijn, op netwerkniveau verrijkt met expertise uit de tweede lijn (nascholing, protocollen, consultatie, etc.). Als tweedelijns instelling kan een regionaal revalidatiecentrum of ziekenhuisafdeling revalidatie betrokken zijn. Maar er kan ook gedacht worden aan een pijncentrum of een GRZ-instelling, die bijdraagt aan verhoging van expertise in het eerstelijns multidisciplinaire zorgaanbod.
3. Uitvoering door zorgverleners die verbonden zijn aan een medisch specialistische revalidatie-instelling, en die zonder inbreng van een medisch specialist zelfstandig de behandeling vormgeven.

Voor het samenwerken in het gehele zorgpad en de netwerkgang (inclusief deskundigheidsbevordering/nascholing), het inregelen van de consultatie-optie van de revalidatiearts vanuit de MER, en het goed verwijzen van patiënten die de revalidatiearts rechtstreeks consulteren, maar (nog) niet zijn aangewezen op IMSR, is een set van afspraken tussen partijen nodig. Ook is het van belang om te streven naar samenhang met regionale activiteiten op basis van de Visie eerstelijns zorg.

B. Expertise zorgverleners

Er moet goed omschreven zijn over welke competenties de zorgverleners die de MER-CP gaan uitvoeren moeten beschikken en de eventueel daarvoor noodzakelijke trainingen of nascholingen. Zodat duidelijk is dat deze zorgverleners in adequate multidisciplinaire samenwerkingsverbanden deze zorg kunnen leveren. De betrokkenheid, rol en verantwoordelijkheid van de revalidatiearts en/of huisarts zal verschillen tussen de drie varianten. Voor elk MER-CP zorgaanbod moet dit goed worden uitgewerkt, met als uitgangspunt dat de MER-CP een multidisciplinair zorgaanbod in de eerste lijn is.

De beschikbaarheid van voldoende zorgverleners die over de competenties beschikken om een deelbehandeling uit te voeren van een MER-CP zorgaanbod, is een apart punt van aandacht. Elke MER-CP aanbieder dient voor de start van het onderzoek over voldoende geschoolde professionals te beschikken.

C. Selectie aanbieders en uitwerking MER-CP-protocol

Het onderzoek zal met een beperkt aantal MER-CP aanbieders worden uitgevoerd. Er wordt gedacht aan 2-3 aanbieders per variant. Aan het onderzoek kunnen bestaande maar ook nieuw

op te zetten MER-CP aanbieders mee doen. Het precieze aantal aanbieders zal in afstemming met de nog aan te wijzen onderzoeksgroep (zie bouwsteen 4) plaatsvinden.

Er zal een wervingsronde plaatsvinden, waarbij MER-CP aanbieders zich via betrokken partijen of direct bij het Zorginstituut kunnen aanmelden. Via een nog op te stellen selectieproces zal een aantal aanbieders, verspreid over het land, worden geselecteerd voor de short-list. Deze aanbieders wordt gevraagd om een uitgewerkt protocol te schrijven. Bij elke aanbieder is het van belang om vast te stellen hoe de zorgverleners gaan samenwerken, wie daarover de leiding neemt (en bijv. de samenwerking organiseert) en wie de zorg declareert bij de zorgverzekeraar. De organisatiestructuur moet helder zijn, evenals wie eindverantwoordelijk is. Het uitgewerkte protocol wordt vervolgens beoordeeld op de inhoud, benodigde expertise en organisatie. Een beperkt aantal aanbieders die kunnen voldoen aan de gestelde voorwaarden en bereid zijn om deel te nemen aan het onderzoek, worden geselecteerd om als MER-CP aanbieder te participeren in de onderzoeksfase.

Welke partijen zijn betrokken en wie is trekker

De eerdere beschrijving van de MER-CP in de Beleidsregel Innovatie zal als uitgangspunt dienen voor de algemene omschrijving van de inhoud, organisatie en benodigde expertise. Met deze eerdere beschrijving gaat de werkgroep met vertegenwoordigers vanuit de betrokken beroepsorganisaties, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties aan de slag om verdere invulling te geven aan de inhoudelijke beschrijving van de MER-CP en de inhoudelijke en organisatorische randvoorwaarden die hieruit voortvloeien. Vanwege de twee organisatievarianten waarbij specialistische revalidatiecentra een rol spelen wordt ook Revalidatie Nederland betrokken. In overleg met de partijen die vertegenwoordigd zijn in de werkgroep wordt een definitieve beschrijving van de MER-CP opgesteld die draagvlak heeft bij de meeste werkgroepleden. Als er op onderdelen discussies blijven bestaan geven partijen het Zorginstituut mandaat om op basis van de beschikbare argumentaties knopen door te hakken. Het resultaat van dit overleg wordt ter accordering voorgelegd aan de stuurgroep.

De werkgroep zal ook worden gevraagd om het selectieproces van de zorgaanbieders van MER-CP verder uit te werken. Het Zorginstituut zal dit begeleiden. Uitgangspunten hierbij zijn een transparant en voorspelbaar proces, met heldere selectiecriteria en onderbouwing voor het wel of niet selecteren van een zorgaanbieder van MER-CP.

Beoogd resultaat en streeftijd opleving

- 3 maanden na publicatie standpunt: algemene omschrijving inhoud, benodigde expertise en randvoorwaarden organisatie MER-CP gereed;
- 4 maanden na publicatie standpunt: aanmelding van geïnteresseerde (toekomstige) MER-CP aanbieders gereed;
- 6 maanden na publicatie standpunt: selectie van MER-CP aanbieders die worden uitgenodigd om een uitgewerkt protocol in te dienen (shortlist);
- 9 maanden na publicatie standpunt: per MER-CP aanbieder een protocol van de inhoud en organisatie van de MER-CP, de samenwerkingsstructuur, de benodigde competenties van de uitvoerende zorgverleners en de relatie met zorgverzekeraars;
- 10 maanden na publicatie standpunt: definitieve selectie van MER-CP aanbieders die mee gaan doen aan het onderzoek (zie meer informatie Voorbereiding op uit te voeren onderzoek).

Bouwsteen 2: Aanspraak vanuit de basisverzekering

Een aantal interventies die in de eerste lijn worden aangeboden bij chronische pijn valt niet of slechts beperkt onder de basisverzekering. Wanneer de multidisciplinaire zorg in de eerste lijn wordt aangeboden zonder betrokkenheid van de revalidatiearts, is er geen sprake meer van tweedelijns zorg, maar van eerstelijns of anderhalvelijns zorg. De vraag is dan of er aanspraak is op de niet of beperkt verzekerde behandelcomponenten. Er is veel discussie geweest met zorgverzekeraars over de vraag in hoeverre er bij MER-CP sprake kan zijn van verzekerde zorg. Om het onderzoek mogelijk te maken is het noodzakelijk dat de zorg binnen de MER-CP vergoed wordt. Het Zorginstituut zal op basis van de verkenning van de huidige evidence met VWS zoeken naar een mogelijkheid voor tijdelijke aanspraak op vergoeding voor de zorg die geleverd zal worden door de geselecteerde MER-CP aanbieders tijdens het onderzoek.

Welke partijen zijn betrokken en wie is trekker

Het Zorginstituut is trekker en zal in overleg gaan met VWS, NZa en ZN.

Beoogd resultaat en streeftijd oplevering

3 maanden na publicatie van het standpunt dient er duidelijkheid te zijn over de aanspraak op vergoeding zorg van MER-CP tijdens het onderzoek.

Bouwsteen 3: Bekostiging MER-CP en contractering door zorgverzekeraars

Bekostiging

Zodra er duidelijkheid is over de inhoud van zorg en de aanspraak op vergoeding zorg van MER-CP tijdens het onderzoek, is het aan de NZa om te kijken naar de mogelijke opties voor de bekostiging.

Contractering

Uit de evaluatie van de vorige Beleidsregel Innovatie (einddatum december 2025) voor de MER-CP is naar voren gekomen dat zich onder meer problemen voordeden op de wijze van inkoop en bekostiging door zorgverzekeraars. Het bleek lastig om te bepalen of contractering en declarering in het domein van eerste- of tweedelijns zorg moest worden ingeregeld. Elke zorgverzekeraar ontwikkelde zijn eigen werkwijze, maar de implementatie bleek erg lastig. Dit weerhield veel zorgaanbieders ervan om patiënten te includeren in hun MER-CP aanbod, omdat zij de financiering als te onzeker inschatten. Daarnaast bleek het voor zorgverzekeraars van belang dat de indicatiestelling voor de MER-CP binnen het stepped care-model duidelijk en hanteerbaar is. Voorkomen moet worden dat er een aanzuigende werking ontstaat voor patiënten die een indicatie hebben voor de eerste twee stappen van het stepped care-model, maar geen indicatie voor de derde stap.

Daarom is het van groot belang om voor het onderzoek duidelijke gezamenlijke afspraken te maken over de wijze van inkoop, contractering en declaratie. ZN zal worden gevraagd om bij haar leden op te halen welke randvoorwaarden vanuit zorgverzekeraarsperspectief nodig zijn om de inkoop, contractering en declaraties goed te kunnen inrichten en afhandelen. Het is daarna aan de zorgverzekeraars om tot goede inregeling hiervoor te komen voorafgaand aan de start van het onderzoek.

Welke partijen zijn betrokken en wie is trekker

NZa is trekker voor het uitwerken van de mogelijke opties voor bekostiging van de MER-CP tijdens het onderzoek.

ZN is trekker voor het uitwerken van de randvoorwaarden voor inkoop, contractering en declaratie van de verschillende MER-CP varianten vanuit elke zorgverzekeraar. Elke zorgverzekeraar vertaalt dit naar de eigen organisatie en systemen.

Vanwege de afstemming met bouwsteen 2 is ook betrokkenheid van het Zorginstituut nodig.

Beoogd resultaat en streeftijd oplevering

- In afstemming met de NZa zullen partijen de tijdslijnen verder concretiseren waarbij rekening wordt gehouden met het agendering en prioriteringsproces binnen de organisatie;
- Uitwerkingen van zorgverzekeraars voor inkoop, contractering en declaraties voor MER-CP tijdens het onderzoek dienen ruim voor de start van het onderzoek gereed te zijn.

Bouwsteen 4: Voorbereidingen voor het uit te voeren onderzoek

A. Onderzoeksprotocol

De verschillende varianten van de MER-CP moeten in een wetenschappelijk, pakketwaardig onderzoek met een controlegroep en met elkaar vergeleken worden. Het doel van het onderzoek is om te onderzoeken wat de effectiviteit en kosteneffectiviteit van MER-CP zijn en te bestuderen welke variant(en) en zo mogelijke welk specifiek zorgaanbod van een MER-CP-aanbieder effectiever is dan de zorg in de controlegroep en wat determinanten van een succesvolle uitkomst zijn. Een nog te selecteren onderzoeksinstelling zal hiervoor een gedetailleerd onderzoeksprotocol uitwerken, waarbij input van de betrokken partijen wordt meegenomen. De procedure van selectie zal afhangen van de subsidiemogelijkheden en daaraan verbonden

randvoorwaarden. Van de betrokken partijen en alle geselecteerde MER-CP aanbieders wordt verwacht dat zij goed samenwerken met de onderzoekers van de geselecteerde onderzoeksinstelling.

B. Subsidie

Het Zorginstituut gaat in overleg met VWS over de mogelijkheden om dit onderzoek onder te brengen in één van de subsidieprogramma's voor onderzoek.

C. Inrichten monitoring en evaluatie tijdens onderzoek

Alle betrokken partijen werken gezamenlijk een protocol uit voor het monitoren van het proces en de voortgang, zodat knelpunten in de uitvoering tijdig opgepakt en aangepakt kunnen worden. Hiertoe wordt ruim voorafgaande aan de start van het onderzoek een evaluatieplan opgesteld. Zorgverzekeraars geven daarin aan welke voortgangsinformatie zij behoefte hebben, zodat data daarvoor vanaf de start kunnen worden gegenereerd.

Welke partijen zijn betrokken en wie is trekker

Het Zorginstituut zal trekker zijn, maar input van alle betrokken partijen is noodzakelijk om tot goede plannen voor onderzoek en evaluatie te komen.

Beoogd resultaat en streeftijd oplevering

- 1 maand na publicatie standpunt: duidelijkheid over subsidiemogelijkheden voor uitvoering van het onderzoek;
- 4 maanden: uitvoeren procedure behorend bij geselecteerde subsidiemogelijkheid waarmee onderzoeksinstelling(en) de mogelijkheid krijgen een onderzoeksprotocol in te dienen; op basis van ingediende projectideeën onderzoeksinstelling selecteren die het onderzoek kan uitvoeren;
- 9 maanden na publicatie standpunt: uitgewerkt onderzoeksprotocol voor onderzoek naar de MER-CP ingediend en beoordeeld door beoordelingscommissie die past bij de geselecteerde subsidiemogelijkheid;
- Subsidie voor het onderzoek dient beschikbaar te zijn vanaf de start van de nieuwe MER-CP;
- 10 maanden na publicatie standpunt: evaluatieprotocol gereed voor monitoring van proces en voortgang.

Bijlage 5 – Reacties van partijen op conceptstandpunt consultatie I

In deze bijlage zijn de reacties opgenomen die zijn binnengekomen tijdens de consultatieronde van 18 juli tot 15 september:

- Nationale Vereniging Reumazorg Nederland
- Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Ergotherapie Nederland
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Revalidatie Nederland
- Vereniging voor Artsen Volksgezondheid
- Nederlands Huisartsen Genootschap & Landelijke Huisartsen Vereniging
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
- Zorgverzekeraars Nederland
- Vereniging van Oefentherapeuten



Reactie Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland 15-9-2025

Interdisciplinaire medisch- specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn

(een update van het standpunt van 13 september
2022)

Concept | 18 juli 2025

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
1	Achtergrond	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Aandoening en interventie	6
1.3	Stand van wetenschap en praktijk	7
2	Effectiviteit van IMSR bij patiënten waarvoor geen last resort behandeling is	9
2.1	Claim 9	
2.2	PICO 9	
2.3	Literatuur	10
2.4	Standpunt 2022: Resultaten literatuuronderzoek	10
2.5	Recente ontwikkelingen	11
2.6	Update literatuur search	11
2.7	Nederlandse richtlijn	12
2.8	Bespreking	12
2.9	Conclusie stand wetenschap en praktijk	15
2.10	Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)	15
3	Effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten	17
3.1	Claim 17	
3.2	PICO 17	
3.3	Aangedragen literatuur	18
3.3.1	fMRI studies	18
3.3.2	Cohortstudie	18
3.3.3	RCT 20	
3.3.4	SCEDs	20
3.3.5	Systematic review	22
3.4	Bespreking	22
3.5	Conclusie	25
3.6	Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)	26
4	Consultatie conceptstandpunt	27
5	Consequenties voor de praktijk	29
5.1	Zorgactiviteiten en aanspraakcodes	29
5.2	Zorgverzekeraars	29
5.3	Financiële paragraaf	29
5.4	Evaluatie en monitoring	30
5.5	Ingangsdatum standpunt	30
	Referentielijst	
	Colofon	
	Bijlage 1 – Wet- en regelgeving	
	Bijlage 2 – Correspondentie over conceptstandpunt	
	Bijlage 3 – Passende zorg voorwaarden	
	Bijlage 4 – Eerste concept onderzoeksvoorstel 'Effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten'	

Bijlage 5 – Reacties van partijen op conceptstandpunt

CONCEPT

Samenvatting

[PM]

CONCEPT

1 Achtergrond

1.1 Inleiding

Het Zorginstituut heeft in samenwerking met de beroepsgroep, patiëntenvereniging en zorgverzekeraars in 2023 een overkoepelend standpunt over medisch-specialistische revalidatie (MSR) uitgebracht.¹ In dit standpunt wordt beschreven bij welke indicaties en onder welke voorwaarden interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) een te verzekeren prestatie is. Naar aanleiding van dit standpunt werd het Zorginstituut gevraagd duidelijkheid te geven over de effectiviteit van IMSR bij enkele indicaties, waaronder chronische pijn. We hebben destijds een duiding uitgevoerd en vastgesteld dat er voldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor de effectiviteit van IMSR bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, en complexe samenhangende problematiek. Hierover heeft het Zorginstituut in 2022 een apart standpunt uitgebracht.² De conclusie was dat deze interventie-indicatie combinatie voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Voor deze conclusie waren twee artikelen van doorslaggevend belang (Monticone 2013, 2020). Deze twee artikelen zijn teruggetrokken door de betreffende tijdschriften.

Update standpunt 2022

In deze update van het standpunt bespreken we wat de gevolgen daarvan zijn voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Voorafgaand aan deze update hebben we een conceptstandpunt opgesteld. Deze update is eerst in januari 2025 ter consultatie rondgestuurd aan relevante wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en Zorgverzekeraars Nederland. We hebben daarbij nadrukkelijk ook de mogelijkheid gegeven om te reageren op de PICO zoals deze in het conceptstandpunt werd gepresenteerd.

Reacties partijen op update

De schriftelijke reacties die we hebben ontvangen van partijen worden weergegeven in bijlage 2. In aanvulling hierop zijn we met vertegenwoordigers van de beroepsgroep van revalidatieartsen (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, VRA) in gesprek gegaan over de PICO. Het verslag van het overleg met de beroepsgroep over de PICO is te vinden in bijlage 2. We nemen in deze update alle reacties die we van partijen hebben ontvangen mee, en ook de input op de PICO zoals we die hebben verkregen tijdens het gesprek met de beroepsgroep.

Update standpunt met splitsing patiëntgroep

Dit heeft er onder andere toe geleid dat de patiëntengroep waar het standpunt uit 2022 betrekking op heeft, is opgesplitst in twee groepen. Dit lichten we in paragrafen 1.2 en 1.3 nader toe. Voor beide doelgroepen kijken we in voorliggende standpunt opnieuw naar de beschikbare evidence. Dit is besproken met de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) tijdens hun vergadering in maart 2025.

Reacties partijen op update standpunt met splitsing patiëntgroep

De resultaten van het splitsen van de patiëntgroep zijn gedeeld met partijen tijdens een bestuurlijk overleg. Hierop heeft het Zorginstituut opnieuw een reactie van de VRA ontvangen. Daarnaast heeft de branchevereniging van revalidatiecentra (Revalidatie Nederland, RN) gereageerd. Briefwisselingen met de VRA en RN naar aanleiding van het conceptstandpunt zijn opgenomen in bijlage 2.

Conceptstandpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn, een update van het standpunt van 13 september 2022

In voorliggend conceptstandpunt zijn alle reacties na eerdere consultatie, bespreking in de WAR in maart 2025 en bestuurlijke overleggen met partijen verwerkt.

¹ Zorginstituut Nederland. Standpunt medisch-specialistische revalidatie – zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Diemen, 27 juni 2023. Dit rapport is te vinden op onze website: www.zorginstituutnederland.nl

² Zorginstituut Nederland. Standpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn. Diemen, 9 oktober 2023. Dit rapport is te vinden op onze website: www.zorginstituutnederland.nl

1.2 Aandoening en interventie

Chronische pijn is een aanhoudend gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren een rol spelen. De factoren komen in wisselende mate en samenhang voor. Ze dragen bij aan pijnbeleving, pijngedrag, beperkingen in het dagelijks functioneren en afname van de kwaliteit van leven. Bij de behandeling van patiënten met chronische pijn wordt gebruik gemaakt van stepped care, een stapsgewijze benadering van de zorgzwaarte. De fasen van de stapsgewijze benadering zijn:

- Stap 1: Preventie en zelfzorg;
- Stap 2: Monodisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn;
- Stap 3: Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn in nauwe samenwerking met de tweede lijn (multidisciplinaire eerstelijns zorg, MER, valt hieronder), en
- Stap 4: Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn (IMSR valt hieronder).

In de Zorgstandaard Chronische Pijn (2017)³ wordt aangegeven dat er bij het bepalen van het instapniveau niet noodzakelijkerwijs van uit wordt gegaan dat de niveaus elkaar op de van tevoren vastgestelde wijze opvolgen. Het instapniveau wordt bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt. Ook in de Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie die de VRA⁴ in 2024 heeft gepubliceerd staat beschreven dat de revalidatiearts op basis van de complexiteit van de onderhoudende factoren besluit of afgeweken moet worden van stepped care. Dit betekent dat wanneer de complexiteit van de problematiek bij een patiënt hoog is en verwacht mag worden dat behandeling door bijvoorbeeld een fysiotherapeut/oefentherapeut of psycholoog in de eerste lijn niet afdoende is, er volgens de richtlijn meteen IMSR mag worden aangeboden, ook zonder dat voorgaande stappen in de eerste lijn zijn doorlopen. Het direct instappen op het volgens de revalidatiearts benodigde niveau wordt matched care genoemd.

In de Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie wordt aangegeven dat objectieve en transparante criteria voor het vaststellen van de mate van complexiteit en/of verwijzingen naar medisch specialistische revalidatie (MSR) nog ontbreken. Daarom wordt op dit moment in de praktijk gebruik gemaakt van de WPN-classificaties om de complexiteit te duiden. Dit classificatiesysteem is ontwikkeld door de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN, onderdeel van de VRA).⁵ Een patiënt wordt op basis van de complexiteit van het pijnprobleem ingedeeld in vier verschillende niveaus.

WPN-niveaus
1: Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek. Deze patiënten kunnen bij een vraag om behandeling behandeld worden in de eerste lijn en daarbij begeleid door de huisarts.
2: Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek. Patiënten met problematiek op WPN-2 niveau worden behandeld in de eerste lijn, al of niet met begeleiding van de revalidatiearts. Bij voorkeur wordt de behandeling uitgevoerd door paramedici zoals een fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut, die specifiek zijn geschoold in het begeleiden van patiënten met chronische pijn.
3 & 4: Er is sprake van onderhoudende psychosociale factoren. De impact daarvan op het niveau van functioneren is bij patiënten met WPN-3 niveau minder (matige tot ernstige impact) dan bij patiënten met WPN-4 niveau (zeer ernstige impact). Patiënten met

³ Zorgstandaard Chronische Pijn, Leiden, Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem, 28 maart 2017. 17 juli 2025 geraadpleegd via: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf>

⁴ VRA. Richtlijn Chronische pijnrevalidatie. 24 April 2024. <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf>

⁵ Medisch specialistische revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat, Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (2022). 18 maart 2024 geraadpleegd via: https://www.revalidatie.nl/wp-content/uploads/2022/10/position_paper_chronische_pijn.pdf

classificatie WPN-niveau 3 en WPN-4 behoeven specialistische revalidatiezorg en dus is een verwijzing naar de revalidatiearts aangewezen. Bij patiënten met WPN-niveau 3 en 4 kan er een indicatie zijn voor een behandeling door een revalidatieteam waaraan specifieke deskundigheidseisen worden gesteld. Patiënten met WPN-niveau 4 kunnen naast poliklinisch ook klinisch behandeld worden.

Patiënten die worden geclassificeerd als WPN 3 of WPN 4 hebben volgens deze indeling een indicatie voor IMSR, oftewel stap 4 van stepped care.

IMSR is een revalidatieprogramma dat bestaat uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden. Volgens de VRA omvat IMSR educatie en behandeling, waarbij de behandeling bestaat uit een opbouw van functioneren in combinatie met cognitieve gedragstherapie (CGT). Afhankelijk van de problematiek van de patiënt worden één of meerdere modules van CGT ingezet.⁶ De VRA geeft aan dat de laatste 20 jaar veel ontwikkelingen en innovatie op het gebied van IMSR hebben plaatsgevonden. De inhoud van sommige behandelmodules is verbeterd; dit is bijvoorbeeld het geval bij de behandeling van bewegingsangst waar aanvankelijk de behandeling bestond uit activiteiten op geleide van de pijn (graded activity), terwijl tegenwoordig een meer confronterende aanpak wordt gekozen (exposure in vivo).

IMSR vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts, in een instelling of op de polikliniek. Het doel is om patiënten zelfstandig te leren omgaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. In vergelijking met een multidisciplinaire behandeling vereist een interdisciplinair revalidatieprogramma intensievere samenwerking tussen zorgprofessionals, en een gezamenlijk behandelplan en doel dat geheel is afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. In Nederland komen circa 20.700 patiënten met chronische pijn per jaar in aanmerking voor IMSR.⁷

1.3 Stand van wetenschap en praktijk

Het standpunt dat het Zorginstituut in 2022 heeft uitgebracht heeft betrekking op patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, en complexe samenhangende problematiek. Uit voorgaande paragraaf wordt duidelijk dat daar zowel patiënten die eerstelijns revalidatiezorg hebben gehad, maar bij wie dat niet heeft gewerkt, als patiënten die geen of onvolledige behandeling in de eerste lijn hebben gehad onder vallen. Partijen hebben aangegeven dat de nadruk zou moeten liggen op de groep patiënten die al een volledig⁸ traject in de eerste lijn hebben doorlopen zonder succes. Het is volgens hen van belang dat voor deze groep IMSR beschikbaar blijft, omdat er voor hen geen andere behandelopties meer bestaan dan IMSR. Deze groep wordt ook wel de 'last resort groep' genoemd. Wij hebben er daarom voor gekozen om de patiëntengroep waar het standpunt uit 2022 betrekking op heeft, op te splitsen in twee groepen:

- (1) patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die direct toegang hebben tot IMSR zonder een volledig traject in de eerstelijns te hebben doorlopen (oftewel, patiënten voor wie IMSR geen last resort is), en
- (2) patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die stepped care hebben doorlopen zonder succes (oftewel, last resort patiënten).

Deze onderverdeling in twee groepen heeft gevolgen voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk. Voor beide groepen gelden eigen overwegingen.

Ad. 1

Om te beoordelen of IMSR voor de groep patiënten voor wie IMSR geen last resort is voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, beoordelen wij of IMSR als voldoende bewezen effectief kan worden beschouwd ten opzichte van behandeling in de eerste lijn (stap 2 en 3). Immers, als patiënten direct verwezen kunnen worden voor IMSR, ook zonder dat zij stepped care hebben doorlopen, dan is het van belang dat met voldoende zekerheid is aangetoond dat

⁶ Reactie VRA op conceptstandpunt IMSR bij chronische pijn. Mail van 14 februari 2025.

⁷ Aantallen bepaald op basis van Vektis declaratiedata 2023, juni 2025.

⁸ Het gaat erom dat patiënten alle beschikbare stappen van stepped care hebben doorlopen. Zolang MER niet beschikbaar is, kan niet vereist worden dat patiënten deze stap hebben doorlopen voor ze toegang krijgen tot IMSR.

IMSR leidt tot betere resultaten dan revalidatiezorg in de eerste lijn. IMSR is namelijk intensiever en duurder dan eerstelijns revalidatiezorg. Is het antwoord daarop positief, dan voldoet IMSR voor deze groep patiënten aan de stand van de wetenschap en praktijk. Is het antwoord daarop negatief, dan is er onvoldoende vertrouwen dat IMSR voor deze groep meerwaarde biedt ten opzichte van eerstelijns revalidatiezorg, en voldoet het niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) wordt de beoordeling van de effectiviteit van IMSR bij de groep van patiënten voor wie IMSR geen last resort is besproken.

Ad. 2

In hoofdstuk 3 gaan wij in op de last resort patiënten. Daarvoor gelden andere overwegingen dan voor patiënten die deze stappen nog niet hebben doorlopen. Voor de last resort patiënten is een vergelijking met eerstelijnsrevalidatie niet zinvol. Zij zijn namelijk al behandeld in de eerste lijn en dat heeft onvoldoende effect gehad. Om te beoordelen of IMSR voor deze last resort patiënten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, beoordelen wij of IMSR als voldoende bewezen effectief kan worden beschouwd ten opzichte van een afwachtend beleid.

2 Effectiviteit van IMSR bij patiënten waarvoor geen last resort behandeling is

2.1 Claim

De claim voor de groep van patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die direct toegang heeft tot IMSR zonder een volledig traject in de eerstelijns te hebben doorlopen, is dat IMSR leidt tot betere resultaten op het gebied van fysiek functioneren, participatie in de maatschappij en kwaliteit van leven, dan zorg in de eerste of anderhalve lijn.

2.2 PICO

De vraag die we in dit hoofdstuk beantwoorden is of IMSR een effectieve behandeling is in vergelijking met mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn of anderhalve lijn bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die direct toegang hebben tot IMSR zonder een volledig traject in de eerste lijn te hebben doorlopen.

Onderstaande tabellen geven een beschrijving van de bijbehorende PICO. Deze PICO komt grotendeels overeen met de PICO uit het standpunt van 2022.

Tabel 1. Patiënten, interventie en controlebehandeling

Patiënten	Volwassen patiënten met chronische aspecifieke of specifieke ¹ pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Er is sprake van complexe samenhangende problematiek, wat wil zeggen dat de pijnklachten aanleiding geven tot beperkingen in functies, activiteiten en participatie, en dat psychosociale factoren en/of omgevingsfactoren invloed hebben op het (ervaren) niveau van functioneren. Bij gebruik van WPN classificatie betreft het WPN-klasse 3 en 4. ² Het gaat om patiënten waarvoor IMSR geen last resort behandeling is omdat er ook nog andere behandelmogelijkheden benut kunnen worden.
Interventie	Een door de revalidatiearts (medisch specialist revalidatiegeneeskunde) gesuperviseerd, interdisciplinair ³ , activerend en op herstel van functioneren gericht behandelprogramma in een revalidatiesetting. ^{4, 5}
Controle-behandeling	Mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste lijn of anderhalve lijn door paramedische zorgverleners (zoals fysio- en oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten), psychologen, maatschappelijk werkers, huisarts en/of praktijkondersteuners. ⁶

- 1) De pijn is niet het gevolg van een somatische aandoening die op dat moment een andere behandeling behoeft dan geboden wordt binnen de MSR (bijvoorbeeld neurologische aandoeningen als m. Parkinson, amputatie/fantoompijn, oncologische ziekten, e.a.). De pijn kan wel het gevolg zijn van een somatische aandoening, waarvoor geen andere behandeloptie (meer) openstaat.
- 2) De werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN, onderdeel van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen) heeft een position paper over chronische pijn opgesteld (2017). Hierin wordt onder meer beschreven welke patiënten in aanmerking komen voor IMSR. Daartoe wordt een patiënt op basis van de complexiteit van het pijnprobleem ingedeeld in vier verschillende niveaus, ook wel WPN-classificatie genoemd. Patiënten die worden geclassificeerd als WPN 3 of 4 hebben volgens deze indeling een indicatie voor IMSR. Bij patiënten met WPN-klasse 3 en 4 is er sprake van onderhoudende psychosociale factoren. De impact daarvan op het niveau van functioneren is bij patiënten met WPN-klasse 3 minder (matige tot ernstige impact) dan bij patiënten met WPN-klasse 4 (zeer ernstige impact).
- 3) Een interdisciplinaire behandeling bestaat uit diverse op elkaar afgestemde behandelmethoden waarbij intensieve samenwerking tussen de verschillende disciplines plaatsvindt en gemeenschappelijk wordt gewerkt aan het doel van de patiënt. De revalidatie bestaat uit de volgende behandelingen die in samenhang worden aangeboden: fysieke training, psychosociale begeleiding, voeding en dieet, coaching/energieverdeling, psycho-educatie en/of cognitief gedragsmatige therapie.
- 4) Revalidatiecentrum of revalidatieafdeling van een ziekenhuis
- 5) De VRA heeft gedetailleerd omschreven hoe de interventie IMSR er in Nederland nu uit ziet en verzoekt dit in de PICO op te nemen. De PICO vormt de basis voor de zoekstrategie en voor de inclusie van studies. Een heel specifieke omschrijving van de onderdelen van de PICO zou er toe kunnen leiden dat er geen enkele studie in aanmerking komt voor inclusie. Om deze reden worden de onderdelen van de PICO meer op hoofdlijnen beschreven. We hebben de aanvullingen van de VRA daarom niet opgenomen in de PICO. In paragraaf 1.2 hebben we de beschrijving van de interventie wel aangevuld op basis van de aangeleverde informatie.
- 6) Studies waarin de controlebehandeling alleen uit pijnmedicatie bestaat worden niet geïncludeerd.

Tabel 2. Cruciale uitkomsten en follow-up duur

Cruciale uitkomsten	Follow-up duur
Fysiek functioneren ⁷	Korte termijn (in het 1ste jaar na start behandeling) en lange termijn (>12 mnd)
Participatie ⁸	
Kwaliteit van leven	

7) Inclusief activiteit en ervaren beperkingen

8) Inclusief werkstatus/arbeidsverzuim, maar ook taken binnen huishouden/gezin, vrijwilligerswerk e.a.

Tabel 3. Belangrijke uitkomsten en follow-up duur

Belangrijke uitkomsten	Follow-up duur
Pijnintensiteit	Korte termijn (in het 1ste jaar na start behandeling) en lange termijn (>12 mnd)
Mentaal functioneren (incl. depressie, angst, acceptatie)	
Afname zorggebruik vanwege chronische pijn (zoals huisartsenzorg, paramedische zorg, medicatie)	

2.3 Literatuur

Omdat de vraagstelling grotendeels overeenkomt met die in het standpunt uit 2022, worden de resultaten van het literatuuronderzoek zoals beschreven in het standpunt uit 2022 als basis gebruikt voor deze beoordeling.

2.4 Standpunt 2022: Resultaten literatuuronderzoek

Cochrane Nederland heeft voor het standpunt uit 2022 een systematische review uitgevoerd met als searchdatum 10 november 2021. In totaal werden 8 RCT's naar de effectiviteit van revalidatiezorg bij patiënten met chronische pijn geselecteerd. Het was echter onvoldoende duidelijk of deze artikelen overeenkwamen met de vooraf gedefinieerde PICO. Daarom werden de geselecteerde artikelen in detail bestudeerd door het Zorginstituut. De studiepopulatie moest bestaan uit patiënten met chronische pijnklachten en complexe samenhangende problematiek, oftewel WPN-klasse 3 en 4. Voor deze patiënten was de mate van beperkingen groot en/of de gezondheidsstatus laag met daarbij bijv. werkverzuim en hoge mate van bewegingsangst. Hetzelfde werd gedaan voor de inhoud van IMSR. Er werd nagegaan of de interventie door een revalidatiearts gesuperviseerd was, in een revalidatiesetting plaatsvond en of er aanwijzingen waren voor interdisciplinaire samenwerking. Als dat voor de doelpopulatie en ook voor de interventie het geval was, dan werd geconcludeerd dat de studie in hoge mate van zekerheid overeenkwam met de PICO. Op deze manier werden 3 van de 8 door Cochrane Nederland gevonden RCT's geselecteerd en beoordeeld (Monticone 2013, 2020; Ronzi 2017). Deze studies wezen erop dat IMSR leidt tot een klinisch relevante verbetering van het fysiek functioneren en de kwaliteit van leven bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Hierbij moet opgemerkt worden dat deze resultaten alleen waren gebaseerd op de studies van Monticone, die grote effecten lieten zien, terwijl in de studie van Ronzi geen verschil tussen de interventie- en controlegroep werd gevonden. Op het gebied van participatie waren de effecten nog niet duidelijk. Het effect van IMSR op participatie is alleen geëvalueerd in de studie van Ronzi waarbij geen verschil werd gevonden ten opzichte van de controlegroep. Hieronder beschrijven wij voor de volledigheid de studie van Ronzi (2017) in meer detail.

Ronzi (2017)

In deze studie worden de resultaten van een 'functional restoration program' (FRP) en 'ambulatory individual physiotherapy' (AIP) met elkaar vergeleken. FRP is een programma dat wordt gegeven in de revalidatiesetting door een combinatie van zorgverleners zoals een fysiotherapeut, ergotherapeut en een psycholoog. Het programma wordt gesuperviseerd door een revalidatiearts. AIP is individuele fysiotherapie buiten de revalidatiesetting. De inclusiecriteria van de studie zijn: specifieke lage rugpijn langer dan 3 maanden zonder verbetering, meer dan 1 maand ziekgemeld in voorgaande jaar of 3 maanden in voorgaande 2 jaar, leeftijd tussen de 18 en 55 jaar en werkzaam in de publieke of private sector.

Er worden slechts kleine verschillen gevonden voor de uitkomsten fysiek functioneren, kwaliteit van leven en participatie op de lange termijn, waarbij voor sommige uitkomstmaten FRP beter scoort, en voor andere uitkomstmaten AIP (zie tabel 1). Er worden geen verschillen met 95% betrouwbaarheidsinterval gerapporteerd. Geen van de gevonden verschillen zijn groter dan 10 punten op een schaal van 0-100. Daarmee zijn de verschillen niet klinisch relevant. Ronzi heeft niet naar het korte termijn effect van IMSR op de cruciale uitkomsten gekeken.

Tabel 4. Resultaten Ronzi (2017), follow up 12 maanden

Lange termijn	FRP (n=43)		AIP (n=31)	
	Mediaan	IQR	Mediaan	IQR
Fysiek functioneren*				
Dagelijkse activiteiten	51	12-64,5	54	36-63
Kwaliteit van leven (KvL)*				
PCS	39,1	33,8-50,4	37,5	33,0-46,8
MCS	48,3	41,1-53,4	48,9	41,4-54,8
Participatie*				
Ziekteverlof (dag)	50,5	0-200	45	0-98
Sociale interactie	15	0-42,5	25	15-50
Werk en vrije tijd	45	10-65	40	25-65,5

* Fysiek functioneren is gemeten met een subschaal van de Dallas pijn vragenlijst, hoe hoger de score hoe slechter het functioneren (range 0-100); KvL is gemeten met de SF36 vragenlijst (physical and mental component score), bij een hogere score is de KvL beter (range 0-100); Participatie is vastgesteld op basis van het aantal dagen ziekteverlof en op basis van twee subschalen van de Dallas pijn vragenlijst (range 0-100). Hierbij is bij een hogere score sprake van minder participatie.

2.5 Recente ontwikkelingen

De artikelen van Monticone (2013, 2020) zijn teruggetrokken door de tijdschriften.^{9,10} In een publicatie van O'Connell (2022) werden zorgen geuit over de validiteit van de bevindingen van meerdere RCT's gepubliceerd door Monticone, inclusief bovengenoemde artikelen. Deze zorgen hadden onder meer betrekking op retrospectieve registratie van de studie en onduidelijkheid of een studieprotocol was ontwikkeld en geëvalueerd. Ook werden in verschillende artikelen van Monticone dubieuze cijfers gerapporteerd. Omdat Monticone deze zorgen niet kon wegnemen, was er onvoldoende vertrouwen in de data en is door de tijdschriften tot dit besluit overgegaan.

Monticone (2013) heeft betrekking op patiënten met chronische lage rugpijn en Monticone (2020) op patiënten met failed back surgery syndrome. Beide artikelen rapporteren meerwaarde van IMSR bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek, in tegenstelling tot het artikel van Ronzi (2017) dat geen verschil rapporteert.

Het Zorginstituut heeft een update van de literatuur search uitgevoerd om na te gaan welke evidence er op dit moment beschikbaar is over de effectiviteit van IMSR ten opzichte van eerstelijns revalidatie bij chronische pijn. Daarnaast is gezocht naar richtlijnen die gepubliceerd zijn ná het verschijnen van het standpunt in 2022.

2.6 Update literatuur search

We hebben een update van de literatuur search uitgevoerd waarbij gezocht is vanaf 10 november 2021 tot 24 juni 2024. We hebben dezelfde zoekstrategie gebruikt als Cochrane Nederland destijds. Dit leverde in totaal 1.615 artikelen op, waarvan 920 RCT's en 695 systematic reviews. Op basis van titel en/of abstract bleken 1.586 artikelen niet relevant. Van de overgebleven 29 artikelen werd het volledige artikel bekeken en uiteindelijk vielen alle publicaties af. De meest voorkomende reden voor exclusie was dat niet duidelijk was of er sprake was van supervisie door een revalidatiearts en of de interventie plaatsvond in een revalidatiesetting. Daarmee blijft alleen de studie van Ronzi (2017) over als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR versus eerstelijns revalidatiezorg, zie paragraaf 2.3.

⁹ Retraction Monticone 2013 in: Clin J Pain 2024 April 01; 40 (4): 199.

¹⁰ Retraction Monticone 2020 in: Disabil Rehabil 2023 Sept; 45 (18): 3032.

2.7 Nederlandse richtlijn

In 2024 heeft de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) de Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie gepubliceerd.¹¹ In deze richtlijn worden vier uitgangsvragen behandeld, namelijk:

1. What is the effectiveness of interdisciplinary rehabilitation compared to multidisciplinary rehabilitation in adult patients with musculoskeletal chronic pain?
2. What is the effectiveness of interdisciplinary rehabilitation compared to monodisciplinary rehabilitation in adult patients with musculoskeletal chronic pain?
3. Which type of interdisciplinary rehabilitation is most effective for (various subgroups of) adult patients with musculoskeletal chronic pain?
4. What duration/intensity of interdisciplinary rehabilitation is most effective for (various subgroups of) adult patients with musculoskeletal chronic pain?

De eerste twee vragen zijn relevant voor de beoordeling of IMSR bij de groep patiënten voor wie IMSR geen last resort is, als voldoende bewezen effectief kan worden beschouwd en daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zoals in paragraaf 1.3 uitgelegd, is het voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk van belang dat met voldoende zekerheid is aangetoond dat IMSR leidt tot betere resultaten dan revalidatiezorg in de eerste lijn. In de richtlijn worden de resultaten van een systematisch literatuuronderzoek gepresenteerd. Voor nagenoeg alle uitkomsten werd de kwaliteit van bewijs als zeer laag beoordeeld. Daarmee is de effectiviteit van IMSR bij chronische pijn ten opzichte van mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste of anderhalve lijn zeer onzeker. Desondanks hebben de overwegingen van de beroepsgroep geleid tot een positieve aanbeveling. De belangrijkste overwegingen zijn als volgt:

- * Beoordeling van revalidatiegeneeskundig onderzoek middels de GRADE methodiek leidt vrijwel standaard tot een afwaardering van de kwaliteit van bewijs met drie niveaus vanwege de complexiteit van de patiëntenpopulatie, variëteit van de interventies, onmogelijkheid om blindering van patiënt en behandelaar toe te passen, heterogeniteit van de uitkomstmaten en het lage aantal geïncludeerde patiënten.
- * Als de GRADE beoordeling uitkomt op 'zeer laag', is het de vraag of dit ligt aan de gebruikte methode of aan de effectiviteit van de interventie. Op basis van de voorliggende literatuurbeoordeling kan deze vraag niet beantwoord worden.
- * De WHO benadrukt het belang van revalidatie en komt tot sterkere aanbevelingen dan de Nederlandse richtlijn. Bijvoorbeeld voor een biopsychosociale aanpak van lage rugklachten vindt zij een redelijk tot sterk bewijs voor effectiviteit (WHO, 2023).¹²
- * De RCT van den Hollander (2016) (n=46) laat zien dat exposure therapie beter werkt dan behandeling waarin vermijding van pijn centraal staat.
- * In verschillende enkelarmige cohort studies (Volker 2017 en Breugelmans 2024) treedt verbetering op na de IMSR behandeling.
- * De meta-analyse van Elbers (2021) naar de effectiviteit van interdisciplinaire revalidatie bij patiënten met chronische musculoskeletale pijn laat op basis van 20 RCT's, 37 case series en 9 overige studies een significante vooruitgang zien in fysiek en psychisch welbevinden, ook 1 jaar na einde van de behandeling.
- * De effectiviteit van IMSR ten opzichte van eerstelijnsbehandeling staat niet ter discussie, de focus ligt daarom op het identificeren van effectievere vormen van IMSR.

2.8 Bespreking

Om te beoordelen of IMSR voor de groep patiënten voor wie IMSR geen last resort is, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, hebben wij gezocht naar studies waarin de effectiviteit van IMSR ten opzichte van eerstelijns revalidatie is onderzocht. Daarnaast hebben wij de recent gepubliceerde Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie meegenomen in de beoordeling.

¹¹ VRA. Richtlijn Chronische pijnrevalidatie. 24 april 2024.

¹² WHO. Literature reviews and evidence tables. In: Package of interventions for rehabilitation. Module 2. Musculoskeletal conditions. Geneva: World Health Organization; 2023 (Package of interventions for rehabilitation).

Literatuur

Na een uitgebreide literatuur search blijft alleen de studie van Ronzi (2017) over als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR versus eerstelijns revalidatiezorg. Deze studie laat geen klinisch relevante verschillen zien tussen de zorg met en de zorg zonder supervisie van een revalidatiearts.

Het betreft een Franse studie. De VRA heeft aangegeven dat deze studie niet meegenomen zou moeten worden in de beoordeling, omdat de studiepopulatie en de onderzochte behandeling niet overeenkomen met de doelgroep en behandeling zoals die in Nederland worden gehanteerd. De patiënten in de studie van Ronzi hebben volgens de VRA¹³ minder pijn en minder ernstige fysieke en mentale klachten dan patiënten die in Nederland met IMSR worden behandeld. Zij baseren dit op verschillen op baseline in ernst van de pijn en kwaliteit van leven tussen de patiënten die zijn opgenomen in de studie van Ronzi en de studie van Breugelmans (2024), namelijk een pijnscore van 5,4 vs 6,5, kwaliteit van leven physical component score (PCS) van 35,7 vs 31,2, en kwaliteit van leven mental component score (MCS) van 43,3 vs 36,6, respectievelijk.¹⁴ De PCS en MCS worden beide gemeten op een schaal van 0-100 waarbij een hogere score een betere kwaliteit van leven betekent. Op deze schaal zijn de aangehaalde verschillen van 4,5 punten (PCS) en 6,7 punten (MCS) tussen de studies niet zo groot dat het om een totaal andere doelgroep gaat. In een andere Nederlandse studie (den Hollander, 2016) is de MCS 60,3 bij start van de studie. De VRA heeft deze studie aangedragen als onderbouwing voor de effectiviteit en beschouwt dit als de juiste populatie. Als de studiepopulatie in Ronzi hiermee vergeleken wordt, dan lijkt het in de studie van Ronzi juist om ernstiger aangedane patiënten te gaan dan de patiënten die in Nederland behandeld worden (MCS 43,3 vs 60,3).

Wat betreft het tweede argument, namelijk dat de behandeling in de studie van Ronzi niet overeenkomt met de behandeling zoals die in Nederland wordt gehanteerd, merken wij het volgende op. Inderdaad zijn er verschillen tussen de geleverde revalidatiebehandeling in de studie van Ronzi en IMSR zoals deze in Nederland wordt geleverd. In de studie van Ronzi wordt de nadruk gelegd op fysieke training, in Nederland ligt de nadruk op cognitieve gedragstherapie. Ook is de duur van de in de studie van Ronzi geleverde behandeling korter dan de duur van IMSR zoals het in Nederland wordt toegepast. Het is echter gebruikelijk om voor een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk zowel de nationale als internationale literatuur te beschouwen. Er zullen daarbij altijd verschillen bestaan tussen de situatie in het buitenland en de Nederlandse situatie. Wij schatten in of, en in welke mate, de beschikbare resultaten bruikbaar zijn voor het beantwoorden van de vraag of IMSR leidt tot betere resultaten dan eerstelijns revalidatiezorg bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Ronzi heeft de effectiviteit van het gecombineerd aanbieden van verschillende componenten van revalidatie in een revalidatiesetting onder supervisie van een revalidatiearts vergeleken met een behandeling met alleen fysiotherapie buiten deze setting in een populatie met chronische pijn. De interventie zoals door Ronzi gehanteerd heeft belangrijke overeenkomsten met IMSR zoals in Nederland toegepast, namelijk betrokkenheid van meerdere disciplines, supervisie door een revalidatiearts en uitvoering in een revalidatiesetting. De resultaten van deze studie geven daarmee een schatting van de toegevoegde waarde van IMSR ten opzichte van eerstelijns revalidatiezorg. Dit is onderzocht in de vorm van een RCT, de onderzoeksopzet die in het algemeen het meeste vertrouwen geeft in de gevonden effectiviteit. Alles bij elkaar achten wij deze studie daarom relevant genoeg om mee te nemen.

Richtlijn

In de richtlijn Chronische pijnrevalidatie van de VRA uit 2024 zijn andere studies meegenomen dan in de beoordeling van het Zorginstituut. Het grootste verschil is dat wij alleen studies hebben meegenomen waarin sprake was van supervisie door een revalidatiearts, omdat deze supervisie een essentieel onderdeel is van IMSR. Daarnaast werden in de richtlijn alleen studies geïncludeerd waarin minimaal 3 professionals betrokken waren bij de interventie, terwijl wij deze ondergrens niet hanteerden. Ook zijn er door de VRA studies geïncludeerd

¹³ Reactie VRA op Conceptstandpunt IMSR bij chronische pijn. Zie tabel in hoofdstuk 3b op blz. 11. Mail van 14-2-2025

¹⁴ Cijfers Nederlandse situatie zijn gebaseerd op de baseline waarden in de studie van Breugelmans (2024)

waarin patiënten met minder complexe problematiek werden onderzocht, terwijl wij gefocust hebben op studies onder patiënten met meer complexe problematiek. Dit heeft ertoe geleid dat in de richtlijn meer studies zijn meegenomen dan in ons standpunt. Het is hierbij belangrijk om te benadrukken dat het Zorginstituut de vraag wil beantwoorden of er sprake is van meerwaarde van het interdisciplinaire karakter van de behandeling, en de supervisie door de revalidatiearts. En dan wel specifiek bij de beschreven doelgroep, namelijk patiënten met complexe samenhangende problematiek.

Overwegingen met betrekking tot de richtlijn

Ondanks dat de richtlijn aangeeft dat voor vrijwel alle uitkomsten de kwaliteit van bewijs zeer laag is, komt de VRA tot een positieve aanbeveling vanwege verschillende studies die een positief effect laten zien. Het betreft de RCT van Den Hollander (2016) naar exposure in vivo en enkele cohortstudies, zoals Volker (2017) en Breugelmans (2024).

De in de richtlijn aangehaalde cohortstudies zijn voor-na studies zonder vergelijking met een controlegroep. Als niet wordt vergeleken met patiënten die geen IMSR krijgen (maar wel mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste- of anderhalve lijn), dan kan niet bepaald worden wat de eventuele toegevoegde waarde is van IMSR. Daarvoor is ten minste vergelijkend onderzoek nodig.

De RCT van Den Hollander (2016) is een kleine RCT (n=46) onder patiënten met complex regionaal pijnsyndroom waarin twee verschillende vormen van IMSR bij patiënten met substantiële bewegingsangst worden vergeleken. De ene betreft exposure in vivo waarbij patiënten gestimuleerd worden bewegingen te maken waar pijn bij optreedt en angst voor bestaat. De controlebehandeling bestond juist uit het vermijden van bewegingen die pijn veroorzaken. Beide vormen van behandeling werden aangeboden in een revalidatiesetting onder supervisie van een revalidatiearts. Exposure in vivo resulteerde in betere resultaten dan een behandeling gebaseerd op vermindering. Bewegingsangst is één van de elementen waarop IMSR kan aangrijpen. Dit onderzoek ondersteunt een confronterende in plaats van vermijdende aanpak van bewegingsangst. Daarmee is er enige onderbouwing voor de effectiviteit van exposure in vivo bij patiënten met aanzienlijke bewegingsangst. Het is echter een heel kleine studie die bovendien gaat over een subgroep van patiënten met chronische pijn, namelijk de groep met substantiële bewegingsangst. De studie geeft onvoldoende onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR in de breedte voor de hele groep patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek ten opzichte van een mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste- of anderhalve lijn.

In de richtlijn wordt verder het WHO rapport over revalidatiezorg aangehaald als onderbouwing voor de positieve aanbeveling. In het WHO rapport worden sterkere aanbevelingen gedaan met betrekking tot revalidatiezorg dan in de Nederlandse richtlijn. Het WHO rapport is echter algemener. Er worden geen specifieke aanbevelingen gedaan over of revalidatie monodisciplinair, multidisciplinair of interdisciplinair onder supervisie van een revalidatiearts moet plaatsvinden. Daarmee geeft het geen antwoord op de vraag of IMSR als voldoende bewezen effectief kan worden beschouwd.

Stand wetenschap én praktijk

Meerdere partijen hebben aangegeven dat de brede consensus onder professionals voldoende zou moeten zijn voor een positief oordeel over de stand van de wetenschap en praktijk. De formulering 'stand wetenschap en praktijk' geeft echter aan dat het één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Het gaat bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk zowel om de wetenschappelijke onderbouwing, als om de praktijkervaring. Dit laatste betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij verschillende onderdelen van de beoordeling, waaronder het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Ook kunnen richtlijnen, position papers, consensusdocumenten, standpunten of zorgstandaarden, mits recent en goed onderbouwd, meewegen in de beoordeling naast de wetenschappelijke onderbouwing. Het gaat dus niet om twee losse criteria ('de stand van de

wetenschap' en 'de stand van de praktijk') die ieder afzonderlijk beoordeeld worden. Evenmin betekent het dat de 'praktijk' bepaalt of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als voldoende wetenschappelijke evidence ontbreekt.

2.9 Conclusie stand wetenschap en praktijk

Met het wegvallen van de studies van Monticone (2013, 2020) blijft alleen de studie van Ronzi uit 2017 over waarin een vergelijking is gemaakt tussen IMSR en behandeling door een fysiotherapeut. Deze studie laat geen klinisch relevante verschillen zien tussen de interventie- en controlegroep. Een update van de literatuursearch heeft geen nieuwe studies opgeleverd die voldoen aan de PICO. Daarmee is de effectiviteit van IMSR voor die patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek voor wie IMSR geen last resort is onvoldoende aangetoond, en kan de conclusie uit 2022 niet gehandhaafd blijven. **IMSR voldoet bij patiënten voor wie IMSR geen last resort is niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.**

2.10 Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)

We hebben het conceptstandpunt ter advisering voorgelegd aan de WAR. De WAR ondersteunt de conclusie van het conceptstandpunt. De WAR geeft aan dat op basis van de beschikbare evidence IMSR bij patiënten voor wie IMSR geen last resort is, niet beschouwd kan worden als voldoende bewezen effectieve behandeling.

3

Effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten

De betrokken beroepsgroepen van revalidatieartsen, fysiotherapeuten, huisartsen en ergotherapeuten hebben aangegeven dat er een groep patiënten is met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die stepped care hebben doorlopen zonder succes. Voor hen bestaan geen andere behandelopties meer dan IMSR. Deze groep wordt ook wel 'last resort patiënten' genoemd. Voor deze patiënten is een vergelijking met eerstelijns revalidatiezorg niet zinvol, omdat zij deze behandeling al hebben gehad zonder succes. De beroepsgroepen hebben een voorstel voor een nieuwe PICO gedaan. Op basis van hun inbreng hebben we een tweede claim en PICO opgesteld voor de last resort patiënten. De VRA en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) hebben voor deze specifieke subgroep onderbouwing aangedragen voor de effectiviteit van IMSR.

3.1 Claim

De claim voor de groep van patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die stepped care hebben doorlopen zonder succes, is dat IMSR leidt tot betere resultaten op het gebied van fysiek functioneren, participatie in de maatschappij en kwaliteit van leven, dan een afwachtend beleid.

3.2 PICO

De vraag die we in dit hoofdstuk beantwoorden is of IMSR een effectieve behandeling is in vergelijking met een afwachtend beleid bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die stepped care hebben doorlopen zonder succes.

De stappen van stepped care zijn:

Stap 1: Preventie en zelfzorg;

Stap 2: Monodisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn;

Stap 3: Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn in nauwe samenwerking met de tweede lijn (multidisciplinaire eerstelijns zorg, MER, valt hieronder);

Stap 4: Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn (IMSR valt hieronder).

Onderstaande tabel geeft een beschrijving van de patiënten, interventie en controlebehandeling. De cruciale en belangrijke uitkomsten en bijbehorende follow-up duur zijn gelijk aan die behorende bij de eerste PICO, zie daarvoor tabel 2 en tabel 3.

Tabel 5. Patiënten, interventie en controlebehandeling

Patiënten	Volwassen patiënten met chronische aspecifieke of specifieke ¹ pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Er is sprake van complexe samenhangende problematiek, wat wil zeggen dat de pijnklachten aanleiding geven tot beperkingen in functies, activiteiten en participatie, en dat psychosociale factoren en/of omgevingsfactoren invloed hebben op het (ervaren) niveau van functioneren. Bij gebruik van WPN classificatie betreft het WPN-klasse 3 en 4. ² Het gaat om patiënten die stepped care hebben doorlopen en bij wie dit onvoldoende verbetering heeft opgeleverd (last resort patiënten).
Interventie	Een door de revalidatiearts (medisch specialist revalidatiegeneeskunde) gesuperviseerd, interdisciplinair ³ , activerend en op herstel van functioneren gericht behandelprogramma in een revalidatiesetting. ^{4, 5}
Controle behandeling	Afwachtend beleid

1) De pijn is niet het gevolg van een somatische aandoening die op dat moment een andere behandeling behoeft dan geboden wordt binnen de MSR (bijvoorbeeld neurologische aandoeningen als m. Parkinson, amputatie/fantoompijn, oncologische ziekten, e.a.). De pijn kan wel het gevolg zijn van een somatische aandoening, waarvoor geen andere behandeloptie (meer) openstaat.

- 2) De werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN, onderdeel van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen) heeft een position paper over chronische pijn opgesteld (2017). Hierin wordt onder meer beschreven welke patiënten in aanmerking komen voor IMSR. Daartoe wordt een patiënt op basis van de complexiteit van het pijnprobleem ingedeeld in vier verschillende niveaus, ook wel WPN-classificatie genoemd. Patiënten die worden geclassificeerd als WPN 3 of 4 hebben volgens deze indeling een indicatie voor IMSR. Bij patiënten met WPN-klasse 3 en 4 is er sprake van onderhoudende psychosociale factoren. De impact daarvan op het niveau van functioneren is bij patiënten met WPN-klasse 3 minder (matige tot ernstige impact) dan bij patiënten met WPN-klasse 4 (zeer ernstige impact).
- 3) Een interdisciplinaire behandeling bestaat uit diverse op elkaar afgestemde behandelmethoden waarbij intensieve samenwerking tussen de verschillende disciplines plaatsvindt en gemeenschappelijk wordt gewerkt aan het doel van de patiënt.
De revalidatie bestaat uit de volgende behandelingen die in samenhang worden aangeboden: fysieke training, psychosociale begeleiding, voeding en dieet, coaching/energieverdeling, psycho-educatie en/of cognitief gedragsmatige therapie.
- 4) Revalidatiecentrum of revalidatieafdeling van een ziekenhuis
- 5) De VRA heeft gedetailleerd omschreven hoe de interventie IMSR er in Nederland nu uit ziet en verzoekt dit in de PICO op te nemen. De PICO vormt de basis voor de zoekstrategie en voor de inclusie van studies. Een heel specifieke omschrijving van de onderdelen van de PICO zou er toe kunnen leiden dat er geen enkele studie in aanmerking komt voor inclusie. Om deze reden worden de onderdelen van de PICO meer op hoofdlijnen beschreven. We hebben de aanvullingen van de VRA daarom niet opgenomen in de PICO. In paragraaf 1.2 hebben we de beschrijving van de interventie wel aangevuld op basis van de aangeleverde informatie.

3.3 Aangedragen literatuur

Door de VRA en het KNGF zijn wetenschappelijke artikelen aangedragen die bijdragen aan de onderbouwing van de effectiviteit van IMSR voor last resort patiënten. Hieronder beschrijven wij in het kort de klinische studies naar de effectiviteit van een door een revalidatiearts gesuperviseerde IMSR behandeling onder volwassen patiënten met chronische pijn. Studies onder kinderen, studies waarin de interventie geleverd wordt zonder supervisie van een revalidatiearts en kosteneffectiviteitsstudies laten wij hier buiten beschouwing omdat die onvoldoende antwoord geven op de vraag zoals die is geformuleerd in paragraaf 3.2. Ook beschrijvende reviews laten wij buiten beschouwing omdat die geen antwoord geven op de voorliggende vraag.

3.3.1 fMRI studies

Twee van de aangedragen studies (Timmers 2019 en 2021) geven volgens de VRA theoretische onderbouwing voor de werking van IMSR met behulp van functionele MRI (fMRI) beelden. Deze studies laten zien dat IMSR leidt tot veranderingen op fMRI beelden.

De studie van Timmers uit 2019 is een longitudinale studie naar het effect van exposure in vivo op hersengebieden die zijn geassocieerd met chronische pijn bij patiënten met chronische lage rugpijn (cLBP). In totaal zijn 23 patiënten geïncludeerd, waarvan 14 patiënten met MRI beelden. Deze patiënten werden met 14 gezonde personen gematched op leeftijd en geslacht. De patiënten ondergingen een MRI voorafgaand aan en na afloop van de behandeling, en na 6 maanden follow-up. De controlegroep werd op 2 momenten gescand. De patiëntengroep liet op baseline verhoogde hersenactiviteit zien in bepaalde hersengebieden ten opzichte van de controlegroep. Na behandeling veranderde de hersenactiviteit in deze hersengebieden en deze veranderingen waren geassocieerd met gerapporteerde afname in pijn-gerelateerde angst.

De studie van Timmers uit 2021 is verricht in hetzelfde cohort en heeft de relatie onderzocht tussen pijnafname na exposure in vivo en veranderingen op fMRI beelden. De studie laat onder andere zien dat een grotere afname van pijn is geassocieerd met veranderde activiteit in de hippocampus.

3.3.2 Cohortstudie

De studie van Breugelmans (2024) is een Nederlandse prospectieve cohortstudie. In een eerdere publicatie over deze studie (Breugelmans, 2022) worden onder meer de patiëntselectie, de interventie en dataverzameling beschreven. De IMSR behandeling bestaat uit een 10-weeken durend programma met verschillende modules die kunnen worden ingezet, zoals Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Graded Activity (GA), exposure in vivo (EXP), Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET), experiëntieel leren middels bewegen en pain neuroscience education (PNE). De cohortstudie heeft in totaal 2.309 patiënten met een diagnose WPN klasse 3 of 4 geïncludeerd.

In deze studie zijn veel uitkomstmaten gebruikt. Voor onze beoordeling van de cruciale uitkomsten zijn de volgende uitkomstmaten relevant: functioneren gemeten met de Pain Disability Index (PDI), participatie gemeten in de vorm van werkcapaciteit met de Numeric Rating Scale (NRS), en kwaliteit van leven met de Short Form Health Survey (SF12). Verschillen ten opzichte van baseline werden berekend. Daarnaast is Cohen's d berekend, waarbij een d kleiner dan 0,2 een klein effect is, tussen 0,2 en 0,5 een klein tot matig effect, tussen 0,5 en 0,8 een matig tot groot effect, en een d groter dan 0,8 een groot effect.

Deze studie toont gemiddeld genomen een groot effect op de uitkomstmaten ervaren beperkingen, werkcapaciteit en fysieke en mentale kwaliteit van leven (zie tabel 6). Ook na een jaar zijn deze verbeteringen nog zichtbaar. Het percentage responders, i.e. patiënten met klinisch relevante verbeteringen, op de verschillende uitkomstmaten was circa 50%.

Tabel 6. Resultaten cruciale uitkomsten (gemiddelde en SE)

Uitkomstmaten*	Baseline	10 wk (verschil**)	Cohen's d	12 mnd FU (verschil**)	Cohen's d
PDI	38,9 (0,26)	-12,3 (0,30)	-1,01	-9,86 (0,57)	-0,81
NRS werkcapaciteit	3,13 (0,06)	+1,54 (0,07)	+0,59	+2,52 (0,15)	+0,97
SF12-fysiek	31,2 (0,14)	+7,37 (0,18)	+1,13	+7,47 (0,38)	+1,15
SF12-mentaal	36,6 (0,21)	+8,78 (0,23)	+0,90	+6,80 (0,45)	+0,70

* PDI: Pain Disability Index (0-70); NRS (0-10); SF-12: (0-100).

** Verschil t.o.v. baseline ($p < 0,01$) voor alle uitkomsten

Enkele kanttekeningen bij deze studie zijn:

1) Het percentage ontbrekende data is hoog tijdens de follow-up (56% na 3 mnd, 65% na 6 mnd en 73% na 12 mnd). Zie tabel 7.

Tabel 7. Ontbrekende data

	Behandeling***				Follow-up (na discharge)		
	Start	5 wk	10 wk	Uitbreiding	3 mnd	6 mnd	1 jaar
Patients data included* (n)	2241	1814	1991	242	871	651	369
Potential respondents** (n)	2309	2309	2309	320	1983	1877	1373
Response rate (%)	97	79	86	76	44	35	27

* Aantallen voor Pain Disability Index (PDI)

** Gegeven het open cohort karakter van deze studie, is het aantal potentiële deelnemers met beschikbare data op de follow-up tijdstippen lager.

*** Een 10 weken durende behandeling van 61 uur in totaal. Indien wenselijk is uitbreiding van de behandeling met 5-20 uur mogelijk.

De auteurs lichten dit nader toe.

1) Ten eerste was de non-response rate van de vragenlijsten hoog, vooral op de latere meetmomenten. In de analyses is hiermee omgegaan door gebruik te maken van een repeated measures model met een likelihood based approach.¹⁵ Aan 127 patiënten werd gevraagd waarom ze de vragenlijst niet teruggestuurd hadden. De redenen hiervoor waren: vergeten (46%), te druk (13%) en niet ontvangen (12%). Daarnaast waren niet alle vragenlijsten opgestuurd door organisatorische problemen. Op het meetmoment na 3 maanden hadden 241 patiënten geen vragenlijst gekregen, bij 6 maanden 228 patiënten en op het meetmoment na een jaar 129 patiënten. Een deel van de patiënten (129) stopte met de behandeling voor week 5 vanwege aan de behandeling gerelateerde redenen, zoals gebrek aan motivatie. Deze patiënten hadden mogelijk slechtere uitkomsten. Omdat het om

¹⁵ Alle beschikbare data worden gebruikt; alle deelnemers met ten minste 1 meting zitten in de analyses.

een beperkt percentage (6,4%) gaat heeft dit volgens de auteurs weinig invloed gehad op de resultaten.

- 2) De studie beschrijft niet welke behandelingen patiënten voorafgaand aan IMSR hebben gehad. Het is dan ook onduidelijk of het om last resort patiënten gaat. De studie laat wel zien dat ruim 60% van de patiënten langdurige klachten heeft (25% 2-5 jaar en 38% 5 jaar of meer). Het is daarom aannemelijk dat een groot deel van de patiënten al meerdere behandelingen in de eerste lijn heeft gehad en dat het in deze studie deels om een end-of-line behandeling gaat.
- 3) De studie heeft geen controlegroep, waardoor het onduidelijk is in hoeverre de gevonden verbeteringen toe te wijzen zijn aan de behandeling dan wel het natuurlijk beloop. De VRA geeft aan dat in eerder onderzoek is aangetoond dat patiënten op de wachtlijst geen verbetering van het klinisch beeld laten zien (Smeets, 2006). In deze RCT van Smeets waarin IMSR (10 weken) onder andere vergeleken werd met geen behandeling (wachtlijst groep) (ook 10 weken), werd in de wachtlijst groep geen verandering op alle primaire en secundaire uitkomstmaten gezien, wat aangeeft dat er geen natuurlijk herstel te verwachten valt in deze groep.

3.3.3 RCT

Er is één RCT aangedragen die de effectiviteit van IMSR ten opzichte van afwachtend beleid onderzoekt. In Smeets (2006) wordt bij patiënten met chronische specifieke rugpijn een vergelijking gemaakt tussen actieve fysieke behandeling (APT), cognitieve gedragstherapie (CBT), een combinatie van APT en CBT (CT) en een wachtlijstcontrole (WL). De behandelingen vonden plaats in een revalidatiecentrum onder supervisie van een revalidatiearts. De behandeling duurde 10 weken en werd 3 keer per week gegeven. Er werden 223 patiënten gerandomiseerd over de vier behandelingen, uiteindelijk waren gegevens van 212 patiënten beschikbaar. Het is onduidelijk of het om last resort patiënten gaat. Wel wordt vermeld dat 97% van de patiënten een fysieke of medische behandeling heeft gekregen voor chronische lage rugpijn voorafgaande aan de studie. De duur van de klachten lijkt niet correct gerapporteerd, de standaarddeviatie is hoger dan het gemiddelde. De gemiddelde score op de Roland Disability Questionnaire (RDQ) op baseline ligt tussen de 13,51 en 14,15 in de vier behandelarmen.¹⁶

Voor de onderbouwing van de effectiviteit van IMSR ten opzichte van afwachtend beleid kijken we in deze studie naar de vergelijking tussen CT en WL. In de wachtlijst conditie werd gemeten op baseline en op $t = 10$ weken. In de andere groepen ook na 6 en 12 maanden. Op de RDQ is het verschil tussen WL en CT post-treatment -2,56 (-4,27 tot -0,85) punten. Een verschil van meer dan 2,5 punten wordt in deze studie beschouwd als klinisch relevant. Op de Beck Depression Inventory (BDI)¹⁷ was er geen verschil tussen de groepen. De uitkomst main complaints bestond uit drie door de deelnemers zelf geselecteerde activiteiten waarin zij beperkingen ervaren door de chronische pijn, er wordt niet vermeld om welke activiteiten het gaat. Main complaints werd gemeten met een 100mm VAS schaal. Hierbij was het verschil -17,84 (-26,54 tot 9,14). Kwaliteit van leven is niet gemeten. In de studie wordt ook een vergelijking gemaakt tussen de gecombineerde behandeling (CT) en de afzonderlijke behandelingen (APT en CBT). CT bleek geen betere resultaten op te leveren dan alleen APT of alleen CBT.

3.3.4 SCEDs

In een studie met een single case experimental design (SCED) wordt de verandering van uitkomstvariabelen in de tijd binnen een enkele persoon bestudeerd. De VRA en het KNGF hebben meerdere Nederlandse SCED studies aangedragen als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR. Deze SCEDs zijn uitgevoerd bij patiënten met chronische pijn maar er wordt niet vermeld om welke WPN klasse het gaat.

Er zijn drie SCED studies van De Jong (2005, 2008 en 2012) aangedragen als onderbouwing. De eerste SCED studie van De Jong (2005) was bij patiënten met complex regionaal pijn syndroom type I (CRPS-I) en substantiële bewegingsangst (Tampa Scale for Kinesiophobia,

¹⁶ Bij een score van 0 op RDQ zijn er geen beperkingen, bij een score van 24 is de beperking maximaal.

¹⁷ Range van de BDI is 0-63, waarbij een hogere score betekent dat er sprake is van ernstigere depressieve symptomen.

TSK, >39). Een ABCD-design werd gebruikt, waarbij A staat voor een baseline periode (BAS) zonder nieuwe behandelingen. Na deze periode kregen patiënten educatie (EDU) gevolgd door een no-treatment periode (B). Vervolgens werd graded exposure in vivo (GEXP) ingezet gedurende 10 weken (C) en ten slotte was er na 6 maanden een follow-up periode van een week (D). De behandeling werd gegeven door een gedragstherapeut die gesuperviseerd werd door een revalidatiearts. Twee typen uitkomstmaten werden gebruikt: ten eerste dagelijkse metingen met behulp van een dagboek en ten tweede metingen voor en na elke interventie en na 6 maanden door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten. Acht patiënten met CRPS-I en tevens een substantiële angst om te bewegen werden geïncludeerd in de studie. De gemiddelde duur van de klachten was 3,0 jaar ($SD \pm 1,1$). De resultaten laten op individueel niveau een significant effect (pre-post) zien voor pijn-gerelateerde angst¹⁸ en voor pijnintensiteit bij alle patiënten. Op groepsniveau was GEXP¹⁹ succesvol in het verminderen van de functiebeperking en pijn-gerelateerde angst. In alle gevallen gaat het om de vergelijking BAS-GEXP en EDU-GEXP, terwijl de vergelijking BAS-EDU geen verschil liet zien. Participatie en kwaliteit van leven zijn niet gemeten.

De tweede studie van De Jong (2008) was bij patiënten met post-traumatische nekpijn en substantiële bewegingsangst ($TSK \geq 40$). Gemiddelde duur van de functiebeperkingen was 44,4 maanden (range 27,6-67,2 mnd). In totaal werden acht opeenvolgende patiënten random verdeeld over twee interventie volgordes: GEXP gevolgd door GA of vice versa. Het programma startte met een no-treatment baselineperiode van 2 weken, een behandelperiode in een revalidatiecentrum van 16 weken (6 weken GEXP en 10 weken GA of andersom) en na 6 maanden een follow-up periode van een week. Behandelaren waren een gedragstherapeut en een ergotherapeut of fysiotherapeut met ervaring in de cognitieve-gedragsrevalidatie van patiënten met chronische pijn. De resultaten lieten op individueel niveau bij alle patiënten een significante verandering zien na GEXP voor pijn-gerelateerde angst en pijnintensiteit.²⁰ Na GA daarentegen was er geen sprake van een zichtbare verandering in deze uitkomsten. Op groepsniveau was een succesvolle²¹ afname van functiebeperking en pijn-gerelateerde angst alleen te zien na GEXP maar niet na GA. Participatie en kwaliteit van leven zijn niet gemeten.

De derde studie van De Jong (2012) was bij patiënten met werk-gerelateerde pijn aan de bovenste extremiteiten (work-related upper extremity pain, WRUEP). Er werd een ABC design gebruikt met een minimum van 12 observaties in fase A, 28 observaties in fase B, en 7 observaties in fase C. De studie vergeleek GEXP (fase B) met een no-treatment baseline periode (BAS; fase A) en een follow-up periode na 6 maanden (FU; fase C). De volgorde van de interventies was BAS-GEXP-FU, en de duur van BAS werd random bepaald in een tijdvenster variërend van 12 tot 21 dagen. Gedurende BAS, GEXP, en 7 dagen van FU, werden dagelijkse dagboekmetingen verzameld voor pijn-gerelateerde angst, catastroferen van pijn en pijnintensiteit. Daarnaast werden vragenlijsten afgenomen bij de start van BAS, na GEXP en bij de FU voor pijn-gerelateerde angst, functioneren en participatie. Behandelaren waren een cognitieve-gedragstherapeut en een paramedicus met ervaring met EXP bij patiënten met chronische pijn. In totaal werden 8 opeenvolgende patiënten geïncludeerd met substantiële bewegingsangst ($TSK > 39$). De gemiddelde duur van WRUEP was 16 maanden (range 8-26 mnd.). Bij alle patiënten was sprake van werk/studie verzuim. In het artikel werd verder vermeld dat vier patiënten voorafgaande aan de studie andere behandelingen kregen voor hun pijnklachten, zoals fysiotherapie of een multidisciplinair pijnmanagement programma. De resultaten toonden aan dat op individueel niveau pijn-gerelateerde angst en het catastroferen van pijn²² significant daalden na introductie van GEXP. Voor pijnintensiteit was pas sprake van een significante daling tijdens de follow-up periode. De metingen op groepsniveau toonden

¹⁸ Dagelijks dagboekje waarbij bewegingsangst is gemeten mbv TSK en pijn mbv VAS-score.

¹⁹ Voor functioneren, gebaseerd op de Walking Stairs Questionnaire (WSQ), Questionnaire Rising and Sitting Down (QRS) en de Radboud Skills Questionnaire (RASQ), is een verschil van 50% succesvol. Voor bewegingsangst, gebaseerd op de Tampa Scale for Kinesiophobia vragenlijst (TSK), is een verschil van 30% succesvol.

²⁰ Dagelijks dagboekje waarbij bewegingsangst is gemeten mbv TSK en pijn mbv VAS-score.

²¹ Er wordt gesproken van een succesvolle afname wanneer functiebeperking, gemeten met de Neck Disability Index (NDI), een verandering van 5 punten laat zien op een schaal van 0-10. Voor bewegingsangst, gemeten met TSK, was een afname van 50% vereist om van een klinisch relevante verbetering te spreken.

²² Dagelijks dagboekje waarbij bewegingsangst is gemeten mbv Pain Anxiety Symptom Scale (PASS) en doemdenken mbv Pain Catastrophizing Scale (PCS).

klinisch relevante verbeteringen²³ aan voor functioneren, participatie, en pijn-gerelateerde angst. Deze gunstige veranderingen waren ook na 6 maanden nog aanwezig. Kwaliteit van leven is niet gemeten.

Recent is een Nederlandse SCED studie naar chronische pijn gepubliceerd door Bontinck (2022). Het betrof een studie met 3 fasen: baseline periode van 5 dagen of langer (fase A), behandelperiode van 5-14 weken (fase B) en post-interventie periode van 2 weken (fase C). De behandeling startte met pijneducatie gevolgd door exposure in vivo. Het behandelteam bestond uit een revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog en een ergotherapeut. In deze studie zijn in totaal 23 patiënten geïnccludeerd waarvan 20 zijn meegenomen in de analyses. Bij 13 patiënten was sprake van chronische lage rugpijn met een duur van de klachten van 2-5 jaar en bij 7 patiënten ging het om CRPS-I met een duur van de klachten van 1-2 jaar. In alle gevallen was pijn-gerelateerde angst een belangrijke factor die bijdroeg aan het voortduren van de functiebeperkingen. De resultaten laten op individueel niveau een significant effect (pre-post) zien voor pijn-gerelateerde angst bij 65% van de patiënten en voor pijnintensiteit bij 20%.²⁴ Op groepsniveau zijn functioneren (PDI 0-70; $-27,4 \pm 15,4$; $p < 0,001$), pijn (VAS 0-10; $-1,64 \pm 2,16$; $p = 0,003$), en bewegingsangst (TSK 17-68; $-10,7 \pm 7,39$; $p < 0,001$) verbeterd na de behandeling, maar angst en depressie niet (HADS 0-21; $-2,35 \pm 7,17$; $p = 0,16$). Participatie en kwaliteit van leven zijn niet gemeten.

Voor de volledigheid beschrijven we hier ook de studie van Vlaeyen (2002). Deze is niet aangedragen door de VRA of het KNGF, maar wordt wel aangehaald in de Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie. In deze Nederlandse SCED studie naar chronische pijn werd het effect van exposure in vivo (EXP) vergeleken met het effect van graded activity (GA) op basis van een cross-over design (Vlaeyen, 2002). In totaal werden zes opeenvolgende patiënten met chronische lage rugpijn geïnccludeerd en de duur van de klachten varieerde bij hen van 3-7 jaar. Patiënten werden random verdeeld over twee interventie volgordes: EXP gevolgd door GA of vice versa. Het programma startte met een baselineperiode van 4 weken en vervolgens 2x4 weken één van beide interventies. Resultaten lieten op individueel niveau een significante verbetering zien na EXP voor pijn-gerelateerde angst en pijnintensiteit.²⁵ Na GA daarentegen was er geen sprake van een zichtbare verandering in deze uitkomsten. Op groepsniveau vond een relevante verbetering van functioneren en reductie in pijn-gerelateerde angst²⁶ plaats alleen na EXP en niet na GA.

3.3.5 Systematic review

In de systematic review van Elbers (2022) zijn 66 studies geïnccludeerd. Wat betreft patiënten is het onduidelijk of het om last resort patiënten gaat. Het artikel vermeldt alleen aan dat het om volwassen patiënten gaat met chronische musculoskeletale pijn gedurende ten minste 3 maanden. De duur van de klachten varieert van 16 tot ruim 200 maanden, maar bij circa de helft van de studies ontbreekt deze informatie. De review laat zien dat bij 85% van alle uitkomstmaten een matig tot groot positief effect wordt gemeten direct na de behandeling.

3.4 Bespreking

De betrokken beroepsgroepen hebben aangegeven dat zij vinden dat IMSR beschikbaar moet blijven voor de subgroep van last resort patiënten. Voor deze patiënten bestaan geen andere behandelopties meer dan IMSR. Volgens de beroepsgroepen is IMSR een effectieve behandeling voor de last resort patiënten. De VRA en het KNGF hebben hier onderbouwing voor aangeleverd.

²³ Voor functioneren, gemeten mbv Shortened Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (Quick DASH), is een verschil van 30% ten opzichte van baseline klinisch relevant. Ook voor participatie, gemeten met de Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA), wordt een verschil van 30% gehanteerd. Voor bewegingsangst, gemeten met Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) is een verschil van 50% ten opzichte van baseline klinisch relevant.

²⁴ Dagelijkse niveaus van pijn intensiteit en pijn-gerelateerde angst van 3 persoonlijk relevante activiteiten uit het dagelijkse leven werden door patiënten ingeschat en dagelijks gerapporteerd in een dagboek. Deze activiteiten gericht op de individuele patiënt werden geselecteerd op basis van een ranking van activiteiten mbv Photograph series of daily activities (PHODA). Scores zijn gemeten op een VAS-schaal van 0-100.

²⁵ Dagelijks dagboekje waarbij bewegingsangst is gemeten mbv TSK en pijn mbv VAS-score.

²⁶ Voor functioneren, gemeten met de Roland Disability Questionnaire (RDQ), wordt een change score van 5 aangehouden als klinisch relevant. Voor pijn-gerelateerde angst gemeten met TSK wordt een afname van meer dan 30% gehanteerd als relevant.

Literatuur

De effectiviteit van IMSR versus afwachtend beleid wordt bij voorkeur onderzocht in vergelijkend onderzoek, al dan niet gerandomiseerd, onder een groep patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die stepped care hebben doorlopen zonder succes, waarbij uitkomstmaten gebruikt worden die inzicht geven in het effect op de cruciale uitkomsten fysiek functioneren, participatie en kwaliteit van leven. De studies die hier het meest dichtbij komen zijn de RCT van Smeets (2006) waarin een combinatie van actieve fysieke behandeling en cognitieve gedragstherapie wordt vergeleken met een wachtlijst controlegroep, en drie van de aangedragen SCED studies (De Jong 2005, De Jong 2012 en Bontinck 2022) waarin een vorm van IMSR (exposure in vivo) wordt vergeleken met een afwachtend beleid bij een subgroep van patiënten met chronische pijn en bewegingsangst.

De studie van Smeets toonde een afname van functiebeperking in de combinatiegroep ten opzichte van de wachtlijst controlegroep. Opvallend is dat de patiënten die de combinatiebehandeling kregen het niet beter deden dan de patiënten die alleen actieve fysieke behandeling, of alleen cognitieve gedragstherapie kregen. Effecten op kwaliteit van leven en participatie zijn niet gemeten.

In de SCED studies ondergingen in totaal 36 patiënten met chronische pijn zowel een periode van geen behandeling als een periode met exposure in vivo. De resultaten tonen een klinisch relevante afname van functiebeperking en pijn gerelateerde angst na exposure in vivo. In één van de drie studies was ook sprake van een verbetering van participatie. Kwaliteit van leven is niet gemeten.

Deze vier studies geven daarmee enige onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR bij patiënten met chronische pijn in vergelijking met een afwachtend beleid. Het wordt echter niet duidelijk uit de publicaties of het patiënten betreft met complexe samenhangende problematiek. Wat betreft het hebben doorlopen van stepped care, wordt in de publicaties van Smeets (2006) en De Jong uit 2012 alleen vermeld dat patiënten voorafgaand aan IMSR in de eerste lijn behandelingen hebben ondergaan. In beide studies is echter onduidelijk welke stappen van stepped care ze hebben doorlopen waardoor niet duidelijk is of het om last resort patiënten gaat. Ook zijn niet voor alle cruciale uitkomsten metingen gedaan. Functiebeperkingen zijn gemeten in alle vier de studies, maar kwaliteit van leven is in geen van de studies gemeten, en participatie in slechts één studie.

De VRA geeft aan dat voor de subgroep van last resort patiënten niet-vergelijkend onderzoek meegenomen kan worden bij de beoordeling, omdat zonder behandeling bij deze patiëntengroep geen verbetering in fysiek functioneren, participatie en kwaliteit van leven te verwachten is (zie paragraaf 3.3.3). Daarom kan de niet-vergelijkende studie van Breugelmans (2024) gebruikt worden als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR bij de last resort patiënten. De studie laat klinisch relevante verbeteringen zien bij een groot deel van de patiënten op de uitkomsten ervaren beperkingen, fysieke en mentale kwaliteit van leven en werkcapaciteit. Het betreft patiënten die geclassificeerd zijn als WPN 3 of 4. Hoewel het niet helemaal duidelijk wordt uit de publicatie of het om last resort patiënten gaat die alle onderdelen van stepped care hebben doorlopen, is het wel aannemelijk dat een groot deel van de patiënten al meerdere behandelingen in de eerste lijn gehad aangezien ruim de helft al langer dan 2 jaar klachten heeft voor start van de studie.

Naast bovengenoemde studies zijn nog twee andere SCED studies beschikbaar als onderbouwing (De Jong 2008, Vlaeyen 2002). Deze twee studies vergelijken twee verschillende vormen van IMSR bij bewegingsangst, namelijk graded activity en exposure in vivo. Hiervoor geldt hetzelfde als voor de studie van Den Hollander (2016) die in paragraaf 2.8 wordt besproken: deze studies hebben de effectiviteit van twee IMSR behandelingen onderzocht bij een subgroep van patiënten met substantiële bewegingsangst, en geven onvoldoende onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR in de breedte bij de totale groep patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek.

De studies waarin gebruik gemaakt wordt van fMRI beelden om veranderingen in hersenactiviteit in beeld brengen na IMSR kunnen niet gebruikt worden voor het beantwoorden van de vraag of IMSR voldoende bewezen effectief is bij de last resort patiënten. Het ontstaansmechanisme van chronische pijn en de werking van IMSR zijn nog onvoldoende begrepen om fMRI beelden te kunnen interpreteren als een uitkomst van behandeling. Er is ook nog onvoldoende bekend over de relatie tussen fMRI beelden en de cruciale uitkomsten. Daarom zijn deze studies op dit moment niet bruikbaar voor het beantwoorden van de effectiviteitsvraag.

De review van Elbers is niet bruikbaar voor deze beoordeling omdat deze review breed is en niet gericht is op de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten.

Passend onderzoek

De effectiviteit van IMSR ten opzichte van afwachtend beleid wordt bij voorkeur onderzocht in vergelijkend onderzoek, al dan niet gerandomiseerd, onder een groep last resort patiënten. Het is daarbij essentieel dat dit onderzoek plaatsvindt bij een voldoende grote groep van patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Ook zou het onderzoek alleen patiënten die stepped care hebben doorlopen zonder succes moeten includeren. Het is daarbij belangrijk dat uitkomstmaten gebruikt worden die inzicht geven in het effect op de cruciale uitkomsten fysiek functioneren, participatie en kwaliteit van leven. Ten slotte is een follow-up periode van minimaal een jaar nodig met een zo beperkt mogelijke uitval.

Overwegingen met betrekking tot literatuur en passend onderzoek

De studies die bijdragen aan de onderbouwing van de effectiviteit van IMSR ten opzichte van een afwachtend beleid bij last resort patiënten, zijn de RCT van Smeets (2006), de SCED studies van De Jong (2005, 2012) en Bontinck (2022) en de cohortstudie van Breugelmans (2024). Deze studies tonen verbeteringen op het gebied van functioneren na IMSR. Twee studies laten een verbetering van participatie zien na IMSR (De Jong 2012, Breugelmans 2024) en één studie een verbetering van kwaliteit van leven (Breugelmans 2024).

Ondanks deze positieve studieresultaten blijft de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten onzeker. Dit heeft de volgende redenen. Breugelmans heeft patiënten geïnccludeerd die chronische pijn en complexe samenhangende problematiek hebben (patiënten die geclassificeerd zijn als WPN 3 of 4), maar van de andere studies is het onduidelijk of de geïnccludeerde patiënten complexe samenhangende problematiek hebben. Wat betreft het hebben doorlopen van stepped care, wordt in de publicaties van De Jong (2012) en Smeets (2006) vermeld dat patiënten voorafgaand aan IMSR in de eerste lijn behandelingen hadden ondergaan. Het blijft in deze en de andere publicaties echter onduidelijk of het om last resort patiënten gaat die stepped care zonder succes hebben doorlopen. Dit zijn wel belangrijke patiëntkarakteristieken om te weten, omdat inclusie van patiënten met minder complexe samenhangende problematiek, of patiënten die stepped care niet hebben doorlopen, tot een vertekend beeld van de effectiviteit kan hebben geleid. De effectiviteit van IMSR kan immers verschillen tussen patiënten met en patiënten zonder complexe samenhangende problematiek. Mogelijk zijn de patiënten met meer complexe problematiek minder goed behandelbaar waardoor de effecten van IMSR minder gunstig uitpakken. Hetzelfde geldt voor patiënten die uitbehandeld zijn in de eerste lijn versus patiënten die nog geen of onvolledige behandeling hebben ondergaan. Mogelijk zijn de in de eerste lijn uitbehandelde patiënten ernstiger aangedaan en moeilijker te behandelen dan patiënten die nog geen of onvolledige behandeling in de eerste lijn hebben ondergaan.

Naast de onduidelijkheid over de geïnccludeerde patiënten is in de SCED studies de effectiviteit van IMSR in een subgroep van patiënten met substantiële bewegingsangst onderzocht. In deze studies is niet de effectiviteit van IMSR in de breedte onderzocht, maar enkel van exposure in vivo. Ook is in de aangedragen studies met name gekeken naar het effect van IMSR op functioneren. Het effect op de andere twee cruciale uitkomsten (participatie en kwaliteit van leven) is in maar twee respectievelijk één studie onderzocht. Ten slotte kunnen de lage

responspercentages op de verschillende uitkomstmaten in de studie van Breugelmans tot vertekende resultaten geleid hebben.

3.5 Conclusie

Op basis van de aangeleverde onderbouwing is de effectiviteit van IMSR in vergelijking met afwachtend beleid bij last resort patiënten op de cruciale uitkomsten onzeker, al wijzen de resultaten van de beschikbare studies wel de goede kant op. Het betreft een patiëntengroep met een hoge ziektelast die geen andere behandelopties meer heeft dan IMSR en bij wie, gezien de duur en ernst van de klachten, weinig of geen verbetering te verwachten valt door het natuurlijk beloop. Daarnaast is er brede steun onder de relevante beroepsgroepen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars voor het beschikbaar houden van deze zorg voor last resort patiënten.

Passende zorg voor last resort patiënten

Gezien deze uitzonderlijke situatie doet het Zorginstituut een voorstel voor een traject om te komen tot passende zorg en wetenschappelijke onderbouwing voor last resort patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Over de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten doet het Zorginstituut op dit moment geen uitspraak. Dat betekent dat IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die zonder succes stepped care hebben doorlopen wat het Zorginstituut betreft vooralsnog vergoed kan worden ten laste van de basisverzekering.

Voorwaarden passende zorg

Om passende zorg voor deze last resort patiënten te waarborgen moeten patiënten, de beroepsgroep en zorgverzekeraars gezamenlijk komen tot een plan van aanpak met drie onderdelen.

- (i) Het is essentieel dat IMSR alleen wordt ingezet bij de juiste patiënten. Hiertoe moet de beroepsgroep nadere indicatiecriteria en kwaliteitseisen overeenkomen en vastleggen. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet in het kader van de transparantie inzichtelijk gemaakt worden welke stappen uit het stepped care model de patiënt heeft doorlopen en dat dit onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. Bijlage C3 van het standpunt Medisch-specialistische revalidatie – zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden (2023)^[1] beschrijft het stepped care-model met een beschrijving van de informatie die minimaal nodig is om te kunnen beoordelen of het stepped care-traject voldoende is ingevuld. Deze bijlage moet omgezet worden naar een haalbare en bruikbare minimale set aan informatie die zichtbaar gemaakt moet worden bij de indicatiestelling voor IMSR.
- (ii) Daarnaast is de beroepsgroep verantwoordelijk voor het doen van nader onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten.
- (iii) Ten slotte moet, om alle stappen uit het stepped care model te kunnen doorlopen, multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie breder beschikbaar worden gemaakt. Hiervoor zijn zorgverleners in de eerste lijn (huisartsen, paramedici, psychologen) aan zet, in samenwerking met patiënten, de beroepsgroep van revalidatieartsen, zorgverzekeraars, en de Nederlandse Zorgautoriteit. Het Zorginstituut zal dit traject begeleiden.

Het plan van aanpak is opgenomen onder bijlage 3. Hierin zijn rollen, verantwoordelijkheden en tijdlijnen weergegeven.

Alleen indien alle relevante partijen akkoord gaan met het voorstel en zich committeren aan de uitvoering ervan zal dit passende zorg-traject van start gaan.

Het Zorginstituut zal in ieder geval in 2029 een uitspraak doen over de stand van de wetenschap en praktijk van IMSR bij last resort patiënten aan de hand van de resultaten van het hierboven onder (ii) genoemde nader onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten.

^[1] Zorginstituut Nederland. Standpunt medisch-specialistische revalidatie – zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Diemen, 27 juni 2023. Dit rapport is te vinden op onze website: www.zorginstituutnederland.nl

3.6 **Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)**

We hebben het conceptstandpunt ter advisering voorgelegd aan de WAR. De WAR geeft aan dat op basis van de beschikbare evidence de interventie niet beschouwd kan worden als voldoende bewezen effectieve behandeling. Voor het voorgestelde vervolgonderzoek moeten duidelijke keuzes gemaakt worden, met name over de definitie van de doelgroep, de onderzoeksvragen, geschikte uitkomstmaten en de manier waarop data verzameld en verwerkt worden. De commissie blijft beschikbaar om mee te denken over een goede wetenschappelijke onderbouwing.

CONCEPT

Consultatie conceptstandpunt

Het conceptstandpunt hebben wij ter consultatie voorgelegd aan genoemde partijen. Een reactie daarop hebben wij ontvangen van:

[PM]

Hierna geven wij de reacties van partijen en ons commentaar daarop weer. In bijlage [PM] is de integrale tekst van de ontvangen reactie opgenomen.

[PM]

CONCEPT

5 Consequenties voor de praktijk

5.1 Zorgactiviteiten en aanspraakcodes

Omdat het om medisch specialistische zorg gaat, zullen de declaratie en de vergoeding van de zorg verlopen via de DBC-systematiek. De daarvoor benodigde zorgactiviteiten zijn reeds aanwezig. Voor het declareren van deze zorg kunnen de volgende codes worden gebruikt:

ZA-codes	Omschrijving
190877 – 190880	Klinische verpleging
190940 – 190956 & 190960 – 190977	Patiëntgebonden activiteiten revalidatie

5.2 Zorgverzekeraars

De verantwoordelijkheid voor een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet brengt voor de zorgverzekeraars met zich mee dat zij zich ervoor inspannen dat de vergoeding die zij ten laste van het basispakket doen ook in overeenstemming is met de in de regelgeving opgenomen pakketeisen.

Verzekerden ontlenen hun recht op (vergoeding van) zorg aan de zorgverzekering die zij met een zorgverzekeraar hebben gesloten. In alle zorgverzekeringen is de voorwaarde opgenomen dat zorg - wil deze onder dekking van de zorgverzekering vallen - in ieder geval moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Wordt vastgesteld dat bepaalde zorg bij een bepaalde indicatie wel of niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' dan werkt dat direct door in alle individuele zorgverzekeringen. Aanpassing van de zorgverzekeringen is daar niet voor nodig. Dat geldt ook voor het in deze duiding vervatte standpunt over IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die direct toegang hebben tot IMSR zonder een volledig traject in de eerstelijns te hebben doorlopen (oftewel, patiënten voor wie IMSR geen last resort is).

5.3 Financiële paragraaf

In deze paragraaf presenteren wij een inschatting van de budgetimpact van de vergoeding van IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek, indien deze zorg in het basispakket blijft. Voor de berekening van de budgetimpact gaan wij ervan uit dat jaarlijks circa 20.700 patiënten in Nederland, met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek, in aanmerking komen voor IMSR.⁷ Daarnaast nemen wij aan dat voor 50% van de patiënten (n=10.350) IMSR een last resort behandeling is en voor de overige 50% niet. Voor de gemiddelde kosten per patiënt per jaar gaan wij uit van een bedrag van € 3.680.²⁷

Raming budgetimpact voor patiënten waarvoor IMSR geen last resort behandeling is
Op basis van voorgaande gegevens ramen wij de directe uitgaven aan IMSR voor patiënten voor wie IMSR geen last resort is, indien deze zorg in het basispakket zou blijven, op een bedrag van € 38.088.000 (10.350 patiënten x € 3.680) per jaar.

IMSR is voor patiënten met chronische pijn voor wie IMSR geen last resort is, geen te verzekeren prestatie. Indien enkel gekeken wordt naar de directe kosten van IMSR voor maximaal 10.350 patiënten, leidt het niet vergoeden van deze behandeling naar schatting tot vermeden directe uitgaven van € 38,1 miljoen per jaar. Hierbij kan worden opgemerkt dat er in deze raming geen rekening gehouden is met eventuele substitutie-effecten en andere indirecte kosten omdat precieze gegevens hierover ontbreken.

²⁷ Bedrag bepaald op basis van Vektis declaratiedata 2023, juni 2025.

Raming budgetimpact IMSR voor last resort patiënten

Voor de berekening van deze budgetimpact gaan wij ervan uit dat jaarlijks 10.350 van de patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek in Nederland als last resort patiënten te beschouwen zijn en daarmee in aanmerking komen voor IMSR. Op basis van voorgaande gegevens ramen wij de budgetimpact voor IMSR, indien deze zorg voor deze groep patiënten in het basispakket blijft, op een bedrag van € 38.088.000 (10.350 patiënten x € 3.680) per jaar.

Het handhaven van de IMSR vergoeding voor last resort patiënten vanuit het basispakket, kost naar schatting maximaal € 38,1 miljoen per jaar.²⁸ Hierbij kan worden opgemerkt dat er in deze raming geen rekening gehouden is met eventuele substitutie-effecten en andere indirecte kosten omdat precieze gegevens hierover ontbreken.

5.4 Evaluatie en monitoring

Het Zorginstituut zal met belangstelling de toekomstige wetenschappelijke publicaties volgen over IMSR bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek voor wie IMSR geen last resort is. Indien de toekomstige data daar aanleiding toe geven, zullen wij een herbeoordeling overwegen.

5.5 Ingangsdatum standpunt

Gebruikelijk is om aan een negatief standpunt geen terugwerkende kracht te verbinden. Als datum van inwerkingtreding van het standpunt wordt in dat geval aangehouden: de datum waarop het standpunt door het Zorginstituut is vastgesteld, te weten [PM].

²⁸ Indien enkel gekeken wordt naar de directe kosten van IMSR voor maximaal 10.350 patiënten.

Referentielijst

Bontinck J, Hollander den M, Kaas AL, Jong De J, Timmers I. Individual patterns and temporal trajectories of changes in fear and pain during exposure in vivo: a multiple single-case experimental design in patients with chronic pain. *Journal of Clinical Medicine* 2022; 11,1360.

Breugelmans L, Scheffer E, Beckers LWME, Oosterwijk RFA, Nijland G, Smeets RJEM. Systematic description of an interdisciplinary multimodal pain treatment programme for patients with chronic musculoskeletal pain, using the TIDieR checklist. *BMC Reserach Notes* 2022; 15: 320.

Breugelmans L, Smeets RJEM, Koke AJA, Winkens B, Oosterwijk RFA, Beckers LWME. Outpatient interdisciplinary multimodal pain treatment programme for patients with chronic musculoskeletal pain: a longitudinal cohort study. *Disability and Rehabilitation* 2024; 47 (5): 1114-1125.

Hollander den M, Goossens M, Jong de J, Ruijgrok J, Oosterhof J, Onghena P, Smeets R, Vlaeyen JWS. Exposure or protect? A randomized controlled trial of exposure in vivo vs pain-contingent treatment as usual in patients with complex regional pain syndrome type 1. *Pain* 2016; 157 (10): 2318-2329.

Jong De JR, Vlaeyen JWS, Onghena P, Cuypers C, den Hollander M, Ruijgrok J. Reduction of pain-related fear in complex regional pain syndrome type I: the application of graded exposure in vivo. *Pain* 2005; 116: 264-275.

Jong De JR, Van Gronsveld K, Peters ML, Goossens MEJB, Onghena P, Bulte I, Vlaeyen JWS. Reduction of pain-related fear and disability in post-traumatic neck pain: a replicated single-case experimental study of exposure in vivo. *The Journal of Pain* 2008; 9: 1123-34.

Jong De JR, Vlaeyen JWS, Eijdsden van M, Loo C, Onghena P. Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (WRUEP): effects of exposure in vivo. *Pain* 2012; 153: 2109-228.

Monticone M, Ferrante S, Rocca B, et al. Effect of a long-lasting multidisciplinary program on disability and fear-avoidance behaviors in patients with chronic low back pain: results of a randomized controlled trial . *Clin J Pain* 2013; 29 (11): 929-38.

Monticone M, Ambrosini E, Rocca B, et al. Multimodal exercises integrated with cognitive-behavioural therapy improve disability of patients with failed back surgery syndrome: a randomized controlled trial with one-year follow-up. *Disabil Rehabil* 2020: 1-8.

O'Connell NE, Moore RA, Stewart G, Fisher E, Hearn L, Eccleston C, Williams AC. Investigating the veracity of a sample of divergent published trial data in spinal pain. *Pain* 2022.

Ronzi Y, Roche-Leboucher G, Begue C, et al. Efficiency of three treatment strategies on occupational and quality of life impairments for chronic low back pain patients: is the multidisciplinary approach the key feature to success? *Clinical rehabilitation* 2017; 31 (10): 1364-73.

Smeets RJEM, Vlaeyen JWS, Hidding A, Kester ADW, van der Heyden GJHG, van Geel ACM, Knottnerus JA. Active rehabilitation for chronic low back pain; cognitive behavioural, physical or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7:5.

Timmers I, Jong de JR, Goossens M, Verbunt JA, Smeets RJ, Kaas AL. Exposure in vivo induced changes in neural circuitry for pain-related fear: a longitudinal fMRI study in chronic low back pain. *Front Neurosci* 2019; 13: 970.

Timmers I, Ven van de VG, Vlaeyen JWS, Smeets RJEM, Verbunt JA, Jong de JR, Kaas AL. Corticolimbic circuitry in chronic pain tracks pain intensity relief following exposure in vivo. *Biol Psychiatry Glob Open Science* 2021; 1 (1): 28-36.

Vlaeyen JWS, Jong de J, Geilen M, Heuts PHTG, Breukelen van G. The treatment of fear of movement/(Re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. *The Clinical Journal of Pain* 2002; 18: 251-261.

Volker G, Vree van F, Wolterbeek R Gestel van M, Smeets R, Koke A, Vlieland TV. Long-term outcomes of multidisciplinary rehabilitation for chronic musculoskeletal pain. *Musculoskeletal care* 2017; 15 (1): 59-68.

CONCEPT

Colofon

Volgnummer	2025016083
Afdeling Team	Zorg Advies Pakket en Kwaliteit

CONCEPT



Nijmegen, 09-09-2025

Aan het bestuur van het Zorginstituut Nederland

Geacht dames en heren,

Het bestuur van het Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem heeft met veel interesse het conceptstandpunt over "Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie bij patiënten met chronische pijn" van 18 juli 2025 gelezen. Wij hebben geconstateerd dat met dit conceptstandpunt een zinvolle invulling plaatsvindt van de mede door onze organisatie geïnitieerde Zorgstandaard Chronische pijn én van de bijna voltooide Leidraad Chronische Pijn.

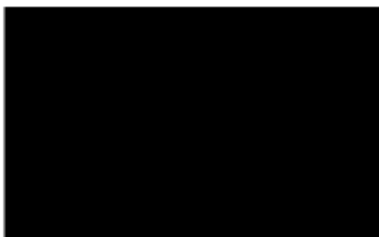
Wij zijn het eens met de opvatting dat bij de revalidatie van patiënten met chronische pijn een patiënt eerst de mogelijkheden van de eerste lijn moet hebben doorlopen. Pas als de behandelingen in de eerste lijn onvoldoende resultaat hebben opgeleverd, kan worden overgegaan naar een behandeling in de tweede lijn.

Wij zijn het eens met de opvatting dat de beroepsgroep verantwoordelijk is voor nader onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten.

Tenslotte zijn wij er voorstander van dat multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie breder beschikbaar moet worden gemaakt.

Vanuit onze verantwoordelijkheid zijn wij van harte bereid mee te werken aan de verder te zetten stappen om te komen tot een gedragen aanpak van IMSR.

Namens het bestuur van het Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem,



Drs. I.L. Thomassen-Hilgersom, voorzitter



Zorginstituut Nederland
[Redacted]

0334672900
hoofdkantoor@kngf.nl
kngf.nl
defysiotherapeut.com

IBAN NL59ABNA0553044028
BIC ABNANL2A
BTW 002584700B01
KvK 40506528

Pagina	Datum	Relatienummer	Onderwerp	Doorkiesnummer	E-mailadres
1 van 8	29 september 2025		Reactie conceptstandpunt iMSR bij chronische pijn		bestuur@kngf.nl

Geachte [Redacted]

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om te reageren op het conceptstandpunt interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (iMSR) bij chronische pijn. Op basis van de op dit moment beschikbare literatuur concludeert het Zorginstituut dat iMSR bij patiënten met chronische pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, met complexe samenhangende problematiek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk..

In het kort

De reactie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is tot stand gekomen in samenwerking met inhoudsdeskundigen uit het werkveld die zich grote zorgen maken voor de doelgroep als deze zorg niet meer toegankelijk is. Het KNGF ondersteunt dat voor deze doelgroep iMSR een effectieve behandeling betreft. De gedeelde boodschap is dat er verschillen van inzichten blijven bestaan tussen het werkveld en Zorginstituut Nederland (ZiNL). Deze verschillen betreffen onder andere de aanleiding voor het standpunt, de interpretatie van passend bewijs en de toepassing van de evidence-to-decision-procedure. Deze verschillen dienen te worden overbrugd om te komen tot passende zorg.

De kern van onze reactie betreft de vraag of er wetenschappelijke argumenten zijn om het standpunt van het ZiNL ter discussie te stellen. Hiervoor zijn volgens het KNGF inderdaad redenen aan te geven.

De reactie van het KNGF richt zich op vier punten:

- 1) Passend bewijs
- 2) Verwerking van eerder ingediende bezwaren
- 3) Een inhoudelijke beschouwing van het conceptstandpunt door experts
- 4) Conclusies en voorwaarden voor passende zorg



Op basis van deze analyse doet het KNGF een nadrukkelijke oproep aan ZiNL om het verdere proces in nauwe samenwerking met het veld vorm te geven. Alleen dan kan passende zorg ook passend beoordeeld worden. In dat kader reageren we uitgebreid op Bijlage 3 – Passende zorg voorwaarden, meer specifiek op “C. Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatiezorg bij patiënten met chronische pijn”.

Passend bewijs

Het KNGF herhaalt haar oproep voor gebruik van passend bewijs. ZiNL stelt terecht dat alleen zorg die écht werkt, deel mag uitmaken van het basispakket. Hiervoor hanteert ZiNL de GRADE-methodiek om te toetsen of zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Het KNGF onderschrijft de waarde van GRADE voor transparante beoordeling van wetenschappelijk bewijs, maar de methode kent ook beperkingen.

Pagina
2 van 8

Binnen GRADE wordt geen afweging gemaakt over welk type bewijs passend is voor een specifieke zorgvraag. Dit belemmert een doelmatige inzet. Zo is het bijvoorbeeld onnodig duur, tijdrovend en belastend om het verplaatsen van routinematige controles van een medisch specialist naar de huisarts of praktijkondersteuner dubbel-blind gerandomiseerd te evalueren, als er nauwelijks twijfel bestaat over de uitkomst (minder reistijd, lagere kosten, betere toegankelijkheid). In zulke gevallen is een hoge zekerheid van wetenschappelijk bewijs niet noodzakelijk.

Daarbij is het belangrijk te noemen dat veel medische zorg nooit via RCT's is geëvalueerd. Ethiek, urgentie en evidentie maken randomisatie vaak onnodig of zelfs ongewenst. Onderzoek naar medische richtlijnen laat zien dat slechts een klein deel van de aanbevelingen – van 2,9% bij reumatologie tot 40% bij postmenopauzale osteoporose – gebaseerd is op wetenschappelijk bewijs met een hoge mate van zekerheid.

In het geval van IMSR is het simpelweg niet mogelijk om een hoge mate van zekerheid in wetenschappelijk bewijs te bereiken. IMSR is multimodale persoonsgerichte zorg en vereist maatwerk dat aansluit bij de unieke context, voorkeuren en doelen van de patiënt. Juist deze individualisering maakt traditionele wetenschappelijke methoden zoals RCT's minder geschikt: randomiseren naar een controlegroep zonder behandeling terwijl behandeling aanbevolen wordt in richtlijnen is ethisch discutabel, blinde toewijzing is onmogelijk, de doelgroep en de interventie zijn heterogeen, de interventie is persoonsgericht en de patiëntgroepen zijn klein.

Er is brede consensus dat persoonsgerichte zorg zich niet passend laat evalueren met een RCT of beoordelen via de GRADE-methodiek. Om die reden werkt de Federatie Medisch Specialisten aan een kader voor “Passend bewijs in richtlijnen”, waarin ook andere vormen van bewijs een plek krijgen. Ook ZiNL heeft de opdracht gekregen om per sector maatwerk te leveren. Een goed vertrekpunt hiervoor is ons inziens om, in lijn met ZEGG, de uitkomstmaten van zorg gezamenlijk te bepalen met alle betrokken partijen, en per uitkomstmaat vast te stellen welk type bewijs minimaal nodig is om voldoende vertrouwen te hebben in de robuustheid van een aanbeveling.

De ontwikkeling van standpunten ten aanzien van zorg vraagt om directe betrokkenheid van alle stakeholders, waaronder de (wetenschappelijke) beroepsverenigingen. Alleen in nauwe samenwerking kan een beoordelingskader ontstaan dat recht doet aan de aard van passende zorg. Dit is essentieel om de complexiteit van persoonsgerichte zorg op een verantwoorde manier te beoordelen.



Verwerking van eerder ingediende bezwaren

Commentaar 1. Vergelijking IMSR met afwachtend beleid in plaats van eerstelijnsbehandeling

Het KNGF ondersteunt de keuze om IMSR bij aanhoudende pijn te vergelijken met een afwachtend beleid. In onze reactie op het eerdere conceptstandpunt hebben wij beargumenteerd waarom een vergelijking met eerstelijns revalidatiezorg niet passend is binnen de Nederlandse context. IMSR bij aanhoudende pijn kan worden overwogen wanneer eerstelijnsbehandeling geen of onvoldoende effect heeft gehad (stepped-care), of — en dit betreft een kleine groep patiënten — wanneer op basis van klachten en relevante persoonlijke, contextuele en omgevingsfactoren mag worden aangenomen dat eerstelijnszorg niet toereikend zal zijn (matched-care). Nederlandse patiënten voor wie IMSR geïndiceerd is, hebben per definitie een hogere ziektelast en een complexer profiel dan patiënten voor wie eerstelijnsbehandeling geïndiceerd is. Bovendien heeft het merendeel van deze patiënten reeds een behandeling in de eerste lijn ondergaan, met onbevredigend resultaat. Een vergelijking met eerstelijnsbehandeling is daarom niet passend. Aangezien IMSR de laatste stap in het stepped-care model vormt, is een vergelijking met afwachtend beleid wél logisch en relevant.

Pagina
3 van 8

Vergelijking IMSR met eerstelijnsbehandeling binnen de matched-care groep

Voor de matched-care groep kiest ZiNL ervoor om IMSR te vergelijken met behandeling in de eerste lijn. Daarbij stelt ZiNL een tweedeling voor binnen de patiëntenpopulatie: zij die al een adequate eerstelijnsbehandeling hebben gevolgd, en zij die dat nog niet hebben gedaan. Bij deze benadering plaatsen wij enkele kanttekeningen.

In het standpunt worden meerdere omschrijvingen van de doelgroep patiënten met chronische pijn gehanteerd, wat leidt tot verwarring en bemoeilijkt een eenduidige identificatie. Daarbij is de voorgestelde tweedeling van de doelgroep alleen bedoeld om de effectiviteit van IMSR per groep te beoordelen, maar mist deze duidelijke definities (wanneer is een probleem complex, wanneer is de stepped care volledig doorlopen). Dit roept twijfel op over de homogeniteit van de beide onderzoekspopulaties welke het aantonen van effectiviteit niet bevordert. De term 'last resort-patiënt' is daarnaast weinig respectvol en roept vragen op over de implicaties van deze kwalificatie. Op welk domein (de pijn?) zijn deze patiënten dan 'uitbehandeld'? En wat zijn de consequenties, komen deze patiënten bijvoorbeeld dan nooit meer in aanmerking komen voor een (door verzekeraar vergoede) behandeling gericht op pijnvermindering? Deze indeling is arbitrair, niet controleerbaar en voor meerdere uitleg vatbaar waardoor deze niet bijdraagt aan de vraagstelling.

Commentaar 2 & 3 - Passend bewijs en de rol van alternatieve studieopzet

In onze reactie op het eerdere conceptstandpunt, evenals in het onderdeel 'Passend bewijs' in deze reactie, hebben wij beargumenteerd waarom naast RCT's ook studies met alternatieve onderzoeksopzetten betrokken zouden moeten worden bij de formulering van het standpunt door ZiNL. In het herziene conceptstandpunt heeft ZiNL de door de beroepsverenigingen aangeleverde wetenschappelijke literatuur met alternatieve studieopzetten meegenomen in de beschouwing. Het KNGF acht het terecht dat hiermee wordt erkend dat dergelijke studies waardevolle informatie bieden voor het beoordelen van het voorliggende vraagstuk. Tegelijkertijd worden deze studies nog steeds beoordeeld volgens de 'one-size-fits-all'-GRADE-meetlat, waardoor ze, ondanks dat de studieopzet recht doet aan de persoonsgerichte context van IMSR, worden afgewaardeerd vanwege beperkingen in betrouwbaarheid die inherent zijn aan deze context. De uitvoerigheid waarmee ZiNL de beperkingen van niet-RCT's belicht — beperkingen die juist voortkomen uit en passen bij de aard van persoonsgerichte zorg zoals IMSR — staat wat ons betreft in contrast met de



beschouwing van de studie van Ronzi (2017). Hoewel deze studie methodologisch betrouwbaar is, wijkt zowel de patiëntselectie als de zorgcontext wezenlijk af van hoe IMSR in Nederland is georganiseerd. Het KNGF blijft daarom van mening dat ZiNL in dit herziene conceptstandpunt nog steeds onvoldoende recht doet aan het belang van passend bewijs.

Commentaar 4 & 5 – Stand van de wetenschap en praktijk

De stand van de wetenschap en praktijk (SWP) is het wettelijke criterium waaraan zorg moet voldoen om in aanmerking te komen voor opname in het basispakket. In onze reactie op het eerdere conceptstandpunt hebben wij gesteld: *“Gegeven het feit dat de stand van de wetenschap momenteel geen finaal uitsluitsel geeft over de effectiviteit van IMSR, moet ook interdisciplinaire consensus worden meegewogen.”* Op pagina 14 van het herziene conceptstandpunt schrijft ZiNL hierover: *“Meerdere partijen hebben aangegeven dat de brede consensus onder professionals voldoende zou moeten zijn voor een positief oordeel over de SWP.”* Dit is een onjuiste interpretatie van onze eerdere reactie. Het KNGF onderkent dat SWP één geïntegreerde wettelijke maatstaf is, waarin zowel wetenschappelijke evidentie als praktijkervaring worden verenigd. Tegelijkertijd concludeert het KNGF dat er concrete en consistente aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van IMSR. Indien echter wordt vastgehouden aan de eis dat uitsluitend wetenschappelijk bewijs met redelijke tot hoge zekerheid volgens GRADE bepalend is, dan stelt het KNGF dat de huidige literatuur wederom geen finaal uitsluitsel biedt. In dat geval moet de interdisciplinaire consensus over doelmatigheid en de consistentie van aanbevelingen in richtlijnen nadrukkelijk worden meegewogen.

Een inhoudelijke beschouwing van het conceptstandpunt door experts

Algemene opmerkingen achtergrond en aanleiding op Standpunt Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn.

Voor deze reactie hebben we ons laten adviseren door inhoudelijk experts op dit onderwerp. Hieronder treft u hun beschouwing op de inhoud. Kijkende naar de inhoud van de achtergrond van het Standpunt ‘Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn’ valt op dat:

- *De stappen van de stepped care benadering algemeen en weinig specifiek beschreven (paragraaf 1.2) zijn.*
Er wordt niet duidelijk aangegeven welke monodisciplinaire diagnostiek en behandeling minimaal uitgevoerd moeten zijn, voordat opschaling naar stap 3 gerechtvaardigd is. Evenmin is helder wat multidisciplinaire diagnostiek in de eerste, tweede of derde lijn inhoudt, noch welke disciplines daarbij minimaal betrokken moeten zijn.
- *De inhoud van de behandeldoelen per stap ontbreekt*
Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen interventies gericht op het verhelpen van de pijn en interventies gericht op het verbeteren van fysiek en/of mentaal functioneren met pijn. Het ontbreken van een duidelijke duiding van het behandeldoel per stap leidt tot verwarring en inconsistentie in de uitvoering.
- *De preventieve aanpak van chronisch disfunctioneren niet geïntegreerd is*
Hoewel de Zorgstandaard Chronische Pijn pleit voor een vroegtijdige preventieve aanpak om chronisch disfunctioneren te voorkomen, is hier binnen de huidige stepped care-aanpak geen



specifieke aandacht voor. De preventieve inhoud is beperkt beschreven, voornamelijk gericht op het oplossen van de pijn door de advisering (stap 0).

- *Transparante criteria en een eenduidige procedure ontbreken*
De mogelijkheid om af te wijken van de standaardvolgorde van stepped care-stappen op basis van biopsychosociale diagnostiek en overleg met de patiënt, maakt de toepassing van het model vrij interpreteerbaar. Door het ontbreken van objectieve en transparante afspraken is het logisch dat de stappen in de praktijk niet consistent worden uitgevoerd.
- *Een eenduidige visie op het probleem (chronische) pijn in het geheel ontbreekt*
Het ontbreken van een eenduidige visie op klachten, het samenvoegen van behandelstrategieën met verschillende doelen binnen dezelfde stappen, en het ontbreken van duidelijke kaders leiden onvermijdelijk tot (ongewenste) praktijkvariatie. Dit belemmert het realiseren van transparante, doelmatige en effectieve zorg voor patiënten.

Pagina
5 van 8

Inhoudelijke reactie op de onderbouwing en conclusie dat IMSR niet bewezen effectieve zorg is

- De kans om artikelen te vinden die voldoen aan de voorgestelde PICO is a priori al klein omdat beschreven situatie specifiek is voor Nederland. In andere landen worden dergelijke interdisciplinaire programma's ook buiten de revalidatiezorg uitgevoerd.
- De controlegroep in de PICO is gedefinieerd als afwachtend beleid. Enerzijds is het onduidelijk wat precies bedoeld wordt met een afwachtend beleid en anderzijds hebben patiënten met chronische pijn al een heel behandeltraject doorlopen voor verwijzing naar IMSR, waardoor er in de praktijk nooit sprake zal zijn van een afwachtend beleid.
- De brede en voor interpretatie vatbare omschrijvingen (P in de PICO) van de twee, reeds eerdergenoemde patiëntgroepen leidt tot heterogene populaties, wat de kans op significante resultaten in een RCT verkleint.
- De keuze om bewijs alleen te baseren op een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek doet vanwege de heterogene doelgroep en de aard, inhoud en doelstelling van IMSR geen recht aan de onderbouwing ervan. Gezien het feit dat er maar één gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek is gevonden zou het betrekken van overige onderzoeken met andere designs in de besluitvorming gerechtvaardigd zijn. Dit is helaas niet gedaan. Aangezien er maar één studie gevonden is kan ook niet geconcludeerd worden dat bewezen is dat deze zorg niet effectief is.
- De conclusie van ZiNL is dan ook uitsluitend op één gerandomiseerd onderzoek gebaseerd. Daarom moeten andersoortige onderzoeken meegewogen worden. De andere aangedragen studies laten consequent effecten in dezelfde richting zien, wat de effectiviteit van IMSR ondersteunt. ZiNL negeert op ontzeggende gronden deze uitkomsten:
 - o In de fMRI studie van Timmers wordt het beoogd werkingsmechanisme aangetoond, hetgeen een basale onderbouwing is voor het theoretische model. ZiNL geeft aan dat het ontstaansmechanisme van chronische pijn nog onvoldoende is begrepen. Dit is feitelijk juist maar het zijn juist dit type basale onderzoeken, aan de hand van een duidelijk theoretisch model, die het ontstaans- of werkingsmechanisme helpen te verhelderen. De



uitkomsten van de aangedragen studie zijn daardoor een onderbouwing van de onderliggende mechanismen waarop IMSR is ingericht.

- o De uitkomsten van de cohortstudies, SCED's en de RCT worden niet meegenomen omdat het niet duidelijk is of de patiënt voldeden aan de mate van complexiteit en/of patiënten het volledige stepped care model hebben doorlopen. Omdat een objectieerbare omschrijving van 'complexiteit' ontbreekt en niet helder is wat een 'volledig doorlopen stepped care' is kunnen deze argumenten niet gebruikt worden. Daarbij zijn deze nu pas in dit stadium geformuleerd en kunnen onderzoeken in het verleden daar niet op beoordeeld worden.
- o Tot slot worden de uitkomsten van single case experimental design (SCED) niet gezien als een vorm van sterk bewijs. Het Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) van Oxford Universiteit heeft deze onderzoeksmethode wel opgenomen in haar weging van evidentie.

De stand van de praktijk is niet meegenomen in de bewijsvoering

Tot slot is de stand van de praktijk niet meegenomen in de bewijsvoering (paragraaf 2.9). De vraag is waarom niet, gezien de mogelijke consequenties van niet meer vergoeden van IMSR voor de huidige praktijk.

Het is bekend dat de groep patiënten met chronische pijn van houdings- en bewegingsapparaat veel medische zorg consumeert en veel tijd en inzet van behandelaren vraagt. Veel behandelaren ervaren deze patiëntengroep als lastig en veeleisend, wat bijdraagt aan een verhoogde werkdruk en verminderd werkplezier. Het is daarom belangrijk binnen de beoordeling van de effectiviteit niet alleen te kijken naar een afname van medische consumptie, maar naar verandering in de aard van de medische consumptie en hulpvragen na IMSR. Patiënten hebben na een IMSR meer inzicht hun probleem, zijn meer zelfredzaam en accepteren meer dat de pijn blijvend is. Het komen tot een duurzame gedragsverandering vraagt tijd en periodiek ondersteuning. Behandelaren zullen dit op positieve manier kunnen ondersteunen, met minder conflicten, werkdruk en meer ervaren werkplezier. Een niet belangrijk aspect gezien grote uitval en tekorten aan personeel in de huidige zorg.

Conclusie en voorwaarden voor passende zorg

Het KNGF waardeert dat ZINL concludeert dat IMSR voor patiënten met aanhoudende pijn en complexe problematiek, mits adequaat behandeld in de eerste lijn, vooralsnog vergoed kan worden vanuit de basisverzekering.

Ten aanzien van de drie voorwaarden voor passende zorg maakt het KNGF de volgende opmerkingen:

a) Het KNGF onderschrijft het belang van heldere indicatiecriteria en inzicht in het doorlopen stepped care-traject. Het document *Indicatiestelling IMSR bij aanhoudende pijn (VRA)* biedt hiervoor een passend uitgangspunt, mits de praktische toepasbaarheid voor zorgverleners en de administratieve belasting voldoende worden meegewogen.

b) Het KNGF ondersteunt nader onderzoek naar de effectiviteit van IMSR, maar benadrukt dat dit niet uitsluitend gebaseerd mag zijn op RCT's. In de context van persoonsgerichte zorg is het noodzakelijk dat ook andere onderzoeksdesigns worden erkend als passend bewijs. In lijn met ZE&GG dienen uitkomstmaten gezamenlijk met betrokken partijen te worden vastgesteld, evenals het type bewijs dat minimaal vereist is



om vertrouwen te hebben in de robuustheid van aanbevelingen. Een generieke toepassing van de GRADE-methodiek doet onvoldoende recht aan de complexiteit van deze zorgvorm.

c) Het KNGF onderschrijft de noodzaak om de multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatiezorg (MER-CP), stap 3 van het stepped-care model, breder beschikbaar te maken. Wij verzoeken ZiNL dan ook om een realistisch tijdspad en voldoende middelen voor ontwikkeling, organisatie, financiering, implementatie en procesevaluatie. Zonder deze randvoorwaarden bestaat het risico dat deze zorgvorm voortijdig wordt beoordeeld op doelmatigheid, voordat deze adequaat is ingericht.

We maken bezwaar tegen de beschrijving van de inhoud en expertise van het MER-CP programma. Voor draagvlak vanuit de fysiotherapie vragen de eerste drie punten om aanpassing en de laatste 2 punten om verduidelijking van het plan.

Pagina
7 van 8

1. De inhoud gaat uit van integrale interdisciplinaire zorg en niet van multidisciplinaire zorg terwijl de Zorgstandaard Chronische Pijn¹ alsook de leidraad organisatie een multidisciplinaire aanpak beschrijft. In de handreiking implementatie leidraad chronische pijn² is ook uitgegaan van multidisciplinaire zorg. Hoewel het onduidelijk is of interdisciplinaire zorg effectiever is dan multidisciplinaire zorg in de eerstelijnssetting en bij patiënten in stap 3 van de stepped care aanpak, is het aannemelijk dat het integraal interdisciplinair organiseren binnen het huidige zorgsysteem in de eerstelijns meer uitdagingen geeft. Uitgangspunt voor dit traject zal MER-CP moeten zijn, waarbij initiatieven van IER-CP worden gestimuleerd.
2. Onder expertise wordt vervolgens weer gesproken over het multidisciplinair zorgaanbod. Vervolgens wordt er gesproken over taakdifferentiatie en worden voorbeelden gegeven van beroepsbeoefenaars die taken op zich kunnen nemen, hiermee wordt reeds in deze plan van aanpak fase veel invulling gegeven. In de handreiking (Amsterdam UMC) wordt aanbevolen uit te gaan van bestaande netwerken en competenties van zorgverleners. Netwerken kunnen dit regionaal organiseren. Het noemen van voorbeelden werkt beperkend en doet geen recht aan de feitelijke situatie c.q. aansluiten bij de beroepsprofielen van de diverse disciplines. Ons voorstel is dan ook om de voorbeelden uit de tekst te halen en aan te sluiten bij de ambities van VEL (het slimmer en anders organiseren van zorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van de beschikbare capaciteit en competenties).
3. Ten aanzien van het organisatiemodel missen we de betrokkenheid van de andere eerstelijnszorgaanbieders, specifiek die van ergotherapeuten en fysiotherapeuten. Organisatie en coördinatie via RESV's van patiënten met complexe zorg/hulpvragen en zeker t.b.v. optimale inzet van capaciteit en competenties ligt voor de hand. Het is belangrijk om voort te bouwen op dat wat er nu in beweging is en niet een aparte structuur te introduceren specifiek voor dit onderwerp.
4. De aanspraak wordt terecht als knelpunt opgevoerd. T.b.v. dit traject zou er gelijke toegang tot zorg moeten worden georganiseerd (onafhankelijk van verschil in aanspraak). Dit wordt nu kort aangestipt, maar zou voor dit onderzoek feitelijk een randvoorwaarde voor het daadwerkelijk starten moeten zijn. Specifiek zal aandacht moeten worden besteed aan de toegang tot zorg voor de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en lage ses. Dit ook met het oog op

¹ Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf

² Handreiking - Implementatie Leidraad Chronische Pijn | Zorginstituut Nederland



bereikbaarheid (afstand tot zorg) en duurzaamheid (impact reisebewegingen). Aandacht voor het eigen risico zal wellicht minder aan de orde zijn, maar wellicht toch belangrijk om te benoemen.

5. We trekken het nut van de duiding nadrukkelijk in twijfel. We zijn van mening dat de beoordeling SWP op basis van deze twee studies zal leiden tot een negatieve duiding. De organisatie van zorg en de samenhang van de interventies zal hoogstwaarschijnlijk anders zijn dan dat de internationale literatuur beschrijft en ook de controlegroepen zullen afwijken. We werken immers aan een andere organisatiestructuur. Multidisciplinaire eerstelijns zorg laat zich vanwege de samenhang tussen interventies nog moeilijker dan IMSR of fysiotherapie toetsen in RCTs van goede kwaliteit. Een beoordeling op basis van onderdelen is dan alleen mogelijk, onze ervaring is dat wanneer elk onderdeel een klinisch relevant effect voor een positieve beoordeling moet hebben dit vaak niet gehaald wordt, terwijl de praktijk leert dat persoonsgerichte samenhangende interventies uiteindelijk wel tot de verandering en het doel leiden. Ten aanzien van het cohortonderzoek dient meegenomen te worden dat al deze initiatieven vroegtijdig gestrand zijn,

Pagina
8 van 8

Aanvullend wijst het KNGF op knelpunten in stap 2 van het stepped-care model. Door het ontbreken van vergoeding voor eerstelijns fysiotherapie kunnen veel patiënten met aanhoudende pijn geen toegang krijgen tot noodzakelijke zorg. Dit treft vooral mensen met beperkte financiële middelen, waardoor gezondheidsverschillen verder worden vergroot.

Tot slot

Wij verwachten dat het ZiNL deze reactie gebruikt om het standpunt op onderdelen aan te passen en daarmee recht te doen aan de inspanningen van de zorgaanbieders om gezamenlijk te komen tot passende zorg. Als ZiNL besluit deze reactie naast zich neer te leggen, verzoeken wij ZiNL om een gesprek over het standpunt.

Mocht u naar aanleiding van onze reactie nog vragen hebben, dan zijn wij uiteraard bereid tot verdere toelichting.

Met vriendelijke groet,

Namens het bestuur KNGF,



Mr. [REDACTED]
Zorginstituut Nederland
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen

Betreft: reactie Ergotherapie Nederland conceptrapport Zorginstituut Nederland over IMSR bij chronische pijn.

Geachte mevrouw [REDACTED]

Hartelijk dank voor de uitnodiging aan Ergotherapie Nederland (EN) voor de consultatieronde op het conceptstandpunt IMSR versie van 18 juli 2025. Met genoegen heeft EN het conceptstandpunt IMSR gelezen. Onderstaand treft u onze reactie aan.

Algemene reactie

Het rapport laat een grote zorgvuldigheid zien in het afwegen van alle argumenten zoals aangeleverd door VRA én in het formuleren van het nieuwe standpunt.

Het rapport straalt een betrokkenheid en actief meedenken uit betreffende de zorg voor patiënten met chronische pijn (CP) en betreft hierbij verschillende belanghebbende partijen.

Het splitsen van de groep patiënten met CP in twee groepen - namelijk patiënten waarvoor IMSR geen last resort behandeling is en last resort patiënten - lijkt een werkbare keuze en doet recht aan de huidige visie zoals geformuleerd in de Leidraad Chronische Pijn. Tegelijkertijd roept het vragen op, zie hierna.

EN maakt zich zorgen over de financiering van de in het rapport en hieronder benoemde op te richten netwerken in de eerstelijns (multidisciplinaire behandeling).

Inhoudelijke reactie

Ergotherapie Nederland heeft een toevoeging op de interdisciplinaire uitgangspunten van de IMSR. Aangezien het interdisciplinaire karakter van de behandeling een belangrijk aandeel heeft in de onderbouwing van het advies waarom IMSR ten opzichte van de eerstelijns meerwaarde heeft, en om de aangedragen onderzoeken goed te kunnen duiden, is het van belang om hier een omschrijving te hanteren die recht doet aan de behandelprogramma's zoals deze in de pijnrevalidatie (in de revalidatiesector) worden ingezet.

In het rapport wordt het volgende gesteld (pag. 7): *Een interdisciplinair revalidatieprogramma vereist een intensievere samenwerking tussen zorgprofessionals, en een gezamenlijk behandelplan en doel dat geheel is afgestemd op de zorgvraag van de patiënt.*

Hoewel dit alles zeker van toepassing is, mist een essentieel onderdeel waarin de IMSR zich bij uitstek van de naast elkaar bestaande monodisciplinaire eerstelijnsbehandelingen (ook wel multidisciplinair genoemd) onderscheidt. Namelijk; een gemeenschappelijke behandelvisie en -filosofie waarin alle teamleden zijn geschoold, die als definiëring van de aangrijpingspunten onder het behandelprogramma ligt, waardoor professionals automatisch op dezelfde lijn zitten, zonder te hoeven overleggen, want men spreekt elkaars taal al. Dit is, zeker in een traject dat gericht is op gedragsverandering waarin het niet eens zozeer gaat om de optelsom der interventies, maar vooral om de kracht van de herhaalde ervaringen en boodschappen in diverse contexten, wellicht het onderdeel dat het meest bijdraagt aan een effectieve behandeling. Overigens sluit dit natuurlijk geenszins de directe patiëntgerichte overleggen uit.

IMSR voor patiënten waarvoor IMSR geen last resort behandeling is

EN kan zich vinden in het standpunt dat Stepped Care uitgangspunt is in indicatiestelling voor IMSR. Echter de zorg voor patiënten met CP in Nederland is hiervoor nog te weinig ingericht, hetgeen ook erkend wordt door het Zorginstituut dat beschrijft dat multidisciplinaire zorg in de eerste lijn nog beperkt beschikbaar is.

Bijlage 3 laat zien dat aan dit probleem hard gewerkt wordt. Echter, het zal jaren duren voordat deze multidisciplinaire zorg in heel Nederland beschikbaar is en toch worden deze kwetsbare patiënten nu uitgesloten van zorg. Dit draagt een aantal risico's met zich mee.

Bij geen succesvolle behandeling of zelfs verkeerde inzet van behandeling in de eerstelijns kan dit tot versterking of verdieping van de problematiek leiden.

Ook kan hierdoor herhaaldelijke terugkeer naar eerstelijnsbehandeling ontstaan (zogenaamde 'draaideur patiënten') en daarmee hogere zorgkosten op lange termijn genereren. IMSR kan in belangrijke mate bijdragen aan het voorkomen van het ontstaan van deze patiëntengroep, of, indien dit niet mogelijk blijkt, het vroegtijdig identificeren hiervan.

EN pleit ervoor zolang deze kwalitatieve multidisciplinaire zorg in de eerste lijn niet beschikbaar is, WPN 2/begin 3 patiënten toe te laten tot IMSR.

Het onderzoek van Den Hollander laat zien dat CRPS-patiënten baat hebben bij een behandeling gericht op Exposure. Op dit moment is Exposure een gespecialiseerde behandeling die met name binnen de IMSR wordt gegeven.

Zolang de eerste lijn deze expertise nog niet heeft en niet in netwerkverband georganiseerd is, pleit EN ervoor om patiënten met CRPS – voor wie IMSR geen last resort behandeling is – toe te laten tot IMSR, en tegelijkertijd in gesprek te gaan met het veld over hoe deze doelgroep in de eerstelijns beter geholpen kan worden door de benodigde expertise uit te rollen.

IMSR voor last resort patiënten

EN ziet de noodzaak van een haalbare en bruikbare minimale set aan informatie die zichtbaar gemaakt moet worden bij de indicatiestelling voor IMSR. Het ontwikkelen van zo'n set op korte termijn (voor november 2025) lijkt erg ambitieus.

Het is belangrijk vaart te zetten achter het ontwikkelen van multidisciplinaire zorg in de eerste lijn. De plannen die er nu liggen (bijlage 3) stemmen hoopvol, waarbij we als risico zien dat (discussie over) de financiering belemmert in de totstandkoming. Dit kan ook voor de aanspraak gelden.

Voor 2029 moet een nieuw effectiviteitsstudie (bijlage 4) aantonen dat IMSR voor last resort patiënten effectief is. EN wenst de deelnemende instituten veel succes hierbij, levert via de professionals graag haar bijdrage en hoopt op een positief resultaat voor alle last resort patiënten.

Bijlage 4. Onderzoeksvoorstel effectiviteit IMSR chronische pijn in houding en bewegingsapparaat

Essentiele uitkomstmaat: Patiënt Specifieke Goal methode. Waarom geen COPM? Het lijkt hetzelfde, waarbij de COPM ook nog tevredenheid meet.

Tot slot

Ergotherapie Nederland hecht grote waarde aan het inzetten van behandelingen die bewezen effectief zijn, en dan bij voorkeur onderzocht op lange termijn met participatie als belangrijkste uitkomstmaat. Wij pleiten er daarnaast voor dat er ruimte is voor het perspectief dat de afwezigheid van bewijs niet gelijk staat aan bewezen niet-effectief. Alleen zo kunnen ook (nieuwe) behandelingen worden ingezet en ontwikkeld en kan het uiteindelijke belang, namelijk die van het herstel van de patiënt (in de brede zin van het woord) duurzaam het meest gediend worden.

EN wordt graag op de hoogte gehouden van de volgende stappen en we gaan ervanuit dat, gezien de betrokkenheid tot nu toe en de belangrijke rol van ergotherapeuten, wij betrokken blijven worden.

Met vriendelijke groet,



drs. Marijke C.M. Verbeek
Directeur-bestuurder

Van: [REDACTED] >

Verzonden: vrijdag 12 september 2025 12:14

Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Onderwerp: RE: Consultatie conceptstandpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn (een update van het standpunt van 13 september 2022)

Geachte [REDACTED] collega's,

Allereerst waarderen we de afstemming die wordt gezocht en de mogelijkheid om op het conceptstandpunt te reageren.

Eerder spraken we elkaar over de MER in dit verband. Daarbij was er nog geen gelegenheid met onze collega's voor de eerstelijnszorg en paramedie te spreken. Inmiddels hebben we hen geconsulteerd, wat tot een wat kritischere reflectie op het concept heeft geleid. We maken dan ook graag gebruik van de mogelijkheid aanvullende input te leveren op het voorstel. Hieronder die reactie:

Bijlage 3 conceptstandpunt

Onze input richt zich voornamelijk op bijlage 3 van het conceptstandpunt. Deze bijlage vloeit voort uit de conclusie zoals beschreven op pagina 25. Het Zorginstituut stelt daarin dat multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie breder beschikbaar moet worden gemaakt om alle stappen uit het stepped care model te kunnen doorlopen. Volgens het Zorginstituut zijn daarvoor zorgverleners in de eerste lijn (huisartsen, paramedici, psychologen) aan zet, in samenwerking met patiënten, de beroepsgroep van revalidatieartsen, zorgverzekeraars, en de Nederlandse Zorgautoriteit. Het Zorginstituut geeft aan dit traject verder te zullen begeleiden en heeft het plan van aanpak daarvoor opgenomen onder bijlage 3. In deze bijlage zijn de rollen, verantwoordelijkheden en

tijdlijnen weergegeven. Het Zorginstituut stelt ook dat dit passende zorg-traject alleen van start zal gaan indien alle relevante partijen akkoord gaan met het voorstel en zich committeren aan de uitvoering ervan.

Wij kunnen niet akkoord gaan met het plan van aanpak zoals dat op dit moment is omschreven ten aanzien van onze rol en hetgeen over bekostiging wordt aangegeven. Dit lichten we hieronder verder toe:

Bekostiging volgt inhoud (en aanspraak)

Verschillende stappen in het plan van aanpak zien op het beter of scherper omschrijven van de (zorg)inhoud. Wij kunnen ons vinden in het belang ervan. Bekostiging volgt immers de (zorg)inhoud. En daar wringt wat ons betreft de huidige tekst ten aanzien van de bekostiging (stap 4 plan van aanpak, pagina 191), zowel op inhoud als in rolopvatting:

- Het Zorginstituut concludeert (onder andere) dat de wijze van inkoop en bekostiging van MER-CP door zorgverzekeraars niet goed van de grond is gekomen en dat dit voor een belangrijk deel werd veroorzaakt doordat er geen aparte betaaltitel was voorzien. Dit ligt iets genuanceerder. Er was onder de BRI wel een basis voor declaratie / betaaltitel, die echter lastig hanteerbaar bleek voor eerstelijns aanbieders en zorginkopers.
- Het Zorginstituut gaat in het plan van aanpak al uit van een nieuwe bekostigingswijze voor de MER-CP. Dat is een voorbarige conclusie, zeker gelet op het feit dat de (zorg)inhoud en aanspraak nog niet duidelijk zijn. Ook staat niet vast dat er überhaupt een bekostigingsprobleem is waarvoor nieuwe of andere bekostiging nodig en mogelijk is. Daarnaast is de NZa de wettelijke taak van bekostiging (prestatie- en tariefregulering) toebedeeld. Het is wat ons betreft dus ook niet aan het Zorginstituut om over bekostiging te adviseren in een standpunt omtrent verzekerde zorg.
- Het Zorginstituut gaat ook al in op de invulling van de bekostiging en noemt onder andere segment 3 van de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, de beleidsregel innovatie en bundelfinanciering. Ook hier zijn we van mening dat het niet aan het Zorginstituut, maar aan de NZa is om hierover te adviseren.
- De tekst ten aanzien van de trekkersrol lijkt tegenstrijdig. Enerzijds wordt de NZa een trekkersrol toebedeeld in het uitwerken van de bekostiging voor MER-CP, anderzijds wordt die bal bij 'een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder gezamenlijk' neergelegd en is het aan de NZa daarbij goedkeuring te geven. De NZa kan een trekkersrol op dit moment niet toezeggen, omdat onduidelijk is of er een bekostigingsprobleem is en als die er is, wat daarvoor oplossingsmogelijkheden zijn. Daarvoor moet (zorg)inhoud en aanspraak immers eerst duidelijk zijn.

Randvoorwaarden bekostiging

Wij merken in verschillende andere casuïstiek dat bekostiging door partijen vaak wordt gezien als vehikel om (stelsel)knelpunten, zoals de aanspraak en het eigen risico, op te lossen of te omzeilen. Denk bijvoorbeeld aan de casus Huntington. Daar willen we in dit traject dan ook voor waken, omdat dit niet passend en niet toekomstbestendig is. Zoals hierboven al aangegeven, is eerst duidelijkheid nodig over (zorg)inhoud én aanspraak. Kortom: wat is MER-CP precies, wie levert daarin welke zorg en onder welke aanspraak valt deze zorg? Als dat duidelijk is, zijn we op basis daarvan bereid om mee te denken over bekostigingsmogelijkheden. Wie vervolgens aan zet is bij de uitwerking daarvan en

welke doorlooptijd nodig is, zal dan ook onderdeel moeten zijn van het gesprek.

Aanpassing conceptstandpunt

Gelet op bovenstaande opmerkingen, vragen wij het Zorginstituut om de tekst onder stap 4 in het plan van aanpak – in afstemming met de NZa – integraal te herschrijven.

Wij zijn bereid daarvoor input aan te leveren en staan uiteraard open voor een overleg hierover.

Met hartelijke groet, mede namens de collega's,

[Redacted]
Beleidsmedewerker | Tweedelijns Somatisch Zorg

Bereikbaar ma, di, do, vr



Nederlandse Zorgautoriteit

Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Van: [Redacted]

Verzonden: vrijdag 18 juli 2025 1:14

Aan: [Redacted]

CC: [Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Onderwerp: Consultatie conceptstandpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn (een update van het standpunt van 13 september 2022)

-
-

Dit bericht is gestuurd aan het bestuur van:

- Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA)
- Revalidatie Nederland (RN)
- Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem
- ReumaZorg Nederland (RZN)
- Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Aan: Zorginstituut

T.a.v. [REDACTED]

Datum

12 september 2025

Onderwerp

Reactie van Revalidatie Nederland op het concept-standpunt ZIN "IMSR bij patiënten met chronische pijn"

Kenmerk

2507 MKL/JL

Geachte [REDACTED]

Hartelijk dank voor het toesturen van het concept-standpunt *IMSR bij patiënten met chronische pijn* en hartelijk dank voor de mogelijkheid om hierop formeel te reageren. Als branchevereniging en vertegenwoordiger van bijna alle aanbieders van IMSR maken we hiervan graag gebruik.

Onze reactie valt in drie delen uiteen. Allereerst zullen wij twee fundamentele, principiële bezwaren tegen uw standpunt inbrengen. Vervolgens gaan we in op de cijfers en de financiële impact van uw voorstel. Hiermee voldoen we aan uw aanvullende verzoek bij de consultatie. Ten slotte zullen wij meer in detail ingaan op de praktische voorstellen die u doet. Voor we dit doen, hechten we eraan onze visie op IMSR bij chronische pijn met u te delen.

De visie van Revalidatie Nederland op IMSR bij chronische pijn

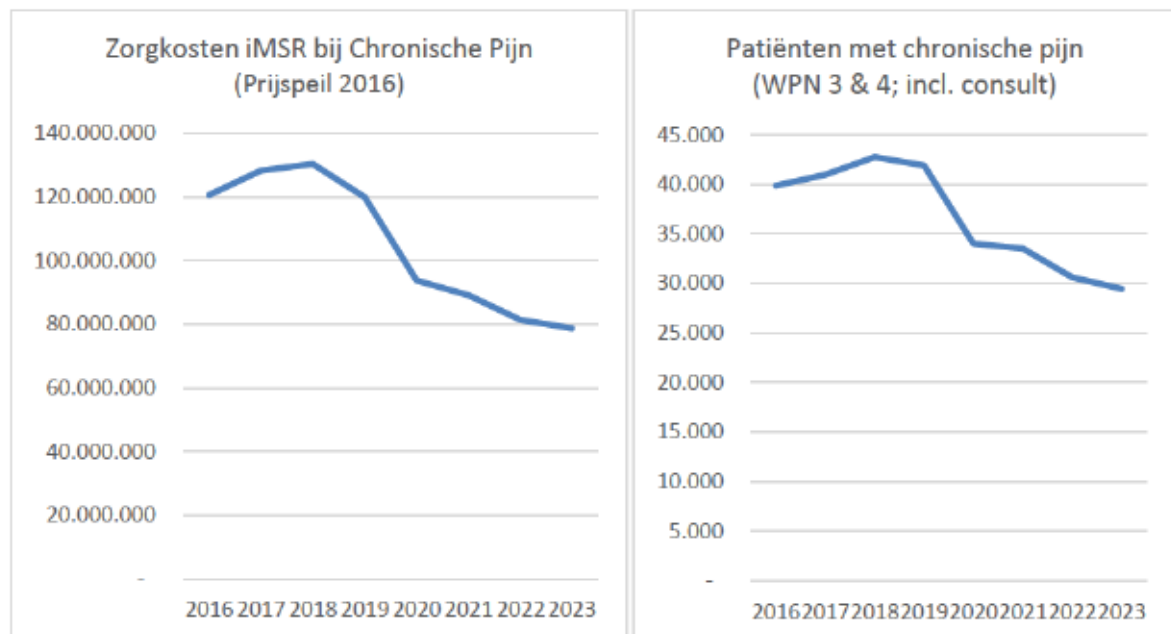
Revalidatie Nederland is voorstander van passende zorg. Voor ons betekent dat efficiënte zorg, van goede kwaliteit, tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten en zo dicht mogelijk bij de patiënt. Het betekent voor ons ook dat mensen met pijnklachten de zorg krijgen die hen verder helpt in hun leven. Voor een klein aantal van hen is een IMSR-programma de beste behandeling.

Onze leden bieden IMSR bij chronische pijn volgens de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep. Zij volgen daarmee uw aanbevelingen uit 2022: "Zowel de multidisciplinair ontwikkelde zorgstandaard Chronische pijn, als de position paper van de beroepsgroep geven een duidelijke plek voor IMSR aan als onderdeel van de stepped-care behandeling van chronische pijn. De patiëntenpopulatie die in aanmerking komt voor IMSR is hierin omschreven en afgebakend van de patiënten die in een eerdere lijn behandeld kunnen/moeten worden." Waarna u vervolgt dat "de zorgstandaard voldoende borgt dat IMSR alleen wordt ingezet bij die patiënten met complexe samenhangende problematiek, die niet uitkomen met mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste of anderhalve lijn."¹

¹ Zorginstituut Nederland, *Standpunt Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie bij patiënten met chronische pijn*, 9 oktober 2022, pp. 24 en 25.

Data bevestigen de terughoudendheid van revalidatieartsen. Van de drie miljoen patiënten met chronische pijn, bezoekt minder dan 1% de revalidatiearts; en nog niet de helft van deze 1% wordt op basis van de ernst of voorgeschiedenis geïndiceerd voor iMSR. De terughoudend zien we ook terug in de dalende trends van de afgelopen jaren (zie hieronder grafiek 1 en 2²). In lijn met de constatering van het Zorginstituut is het aantal zorgtrajecten, de zorgkosten van iMSR bij chronische pijn en de zorgkosten per patiënt fors gedaald.

Wij zien in iMSR een essentieel onderdeel in het continuüm van zorg voor mensen met chronische pijn. Terecht stelt u in uw concept-standpunt dat alle veldpartijen deze conclusie delen: geen andere partij kan deze zorg leveren. Op basis van bovenstaande cijfers concluderen wij dat er geen sprake is van een groeimodel of van aanzuigende werking. Revalidatieartsen indiceren enkel iMSR bij chronische pijn wanneer dit de aangewezen vorm van zorg is. Ten slotte concluderen wij op pagina 5 van deze reactie dat er bewijs is voor het effect van iMSR bij chronische pijn en dat dit bewijs jaarlijks sterker wordt. Met respect voor uw rol en functie in het zorgstelsel roept dit bij ons de vraag op, waarom er zo'n kostbare exercitie is opgezet voor juist dit onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg.



1. Principiële bezwaren

Geen tweedeling van patiëntgroepen in 'stepped care' en 'last resort'

In uw concept-standpunt splitst u de populatie van patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek op in twee groepen:

- (1) patiënten die direct toegang hebben tot iMSR zonder een volledig traject in de eerstelijns te hebben doorlopen, en

² Cijfers op basis van Vektis-cijfers, zie voor details [Brancherapport Revalidatie - Revalidatie.nl](https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapporten/2023/04/27/brancherapport-revalidatie).

- (2) patiënten die zonder succes stepped care hebben doorlopen voor ze in de iMSR worden behandeld (in uw bewoording “last resort patiënten”).

U stelt dat “partijen hebben aangegeven dat de nadruk zou moeten liggen op de groep patiënten die al een volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen -zonder succes.”³ Dit verbaast ons. Wij kunnen ons principieel niet vinden in deze tweedeling. Of een patiënt met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek voor iMSR in aanmerking komt, hangt niet louter af van zijn voorgeschiedenis. Er kunnen redenen zijn waarom een patiënt en zijn verwijzer of poortspecialist besluiten dat het niet juist is om alle stappen te doorlopen voor de patiënt met een iMSR-behandeling kan beginnen. Zoals het Zorginstituut in zijn standpunt van 2022 aangeeft: “Bij het opstellen van het behandelplan wordt gebruik gemaakt van stepped care, wat betekent dat wanneer een bepaalde behandelstap onvoldoende effect heeft, besloten kan worden over te stappen naar de volgende behandelstap met een grotere zorgzwaarte. Het instapniveau wordt bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt, ook wel matched care genoemd (dit betekent ook dat het niet noodzakelijk is vanaf stap 1 te beginnen).”⁴ In veel gevallen zal de revalidatiearts een eenvoudiger behandeling afwachten of terugverwijzen naar de huisarts. Maar het kan ook voorkomen dat de revalidatiearts oordeelt dat eerstelijnszorg naar verwachting niets brengt of zelfs contraproductief is. Zoals het Zorginstituut terecht stelt: “De revalidatiearts is in beginsel verantwoordelijk om te beoordelen in hoeverre de patiënt voldoende is behandeld in de eerste lijn, dus of voldoende invulling gegeven aan de voorgaande stappen in het stepped care-model. Dit is onderdeel van de integrale beoordeling door de revalidatiearts van de indicatiestelling voor iMSR-behandeling.”⁵ Het onderscheid tussen matched care en stepped care is derhalve een kunstmatige en geen weergave van de praktijk van de revalidatiearts.

Het criterium dat iedere patiënt een volledig traject in de eerste lijn moet hebben doorlopen voor hij tot uw zogenaamde ‘last-resort-groep’ toetreedt, vinden wij om de volgende redenen principieel onjuist:

1. U gaat hiermee in tegen de Zorgstandaard Chronische Pijn en de Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie die voorschrijven dat het instapniveau wordt bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt. Wanneer een revalidatiearts deze zorgstandaard en deze richtlijn zou negeren en wanneer hij een eerstelijns traject start wetende dat iMSR aangewezen is, dan handelt hij niet patiëntgericht en maakt hij onnodige zorgkosten.
2. Het is aan de arts of verwijzer om te bepalen of de behandel mogelijkheden voldoende zijn benut. De eis dat een patiënt eerst een volledige sessie in de eerste lijn moet hebben ondergaan, miskent de wettelijke bevoegdheid en de medisch-inhoudelijke expertise van de arts. De revalidatiearts is een “poortspecialist” die kan en mag bepalen welke vervolgzorg nodig is.

³ Zorginstituut, Concept-standpunt iMSR bij chronische pijn (2025), 7.

⁴ Zorginstituut, Standpunt Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie bij patiënten met chronische pijn (2022), 13-4.

⁵ Zorginstituut, Standpunt medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden (2023), 72.

3. Uw tweedeling brengt de toegankelijkheid van de zorg in gevaar. Een grote groep patiënten heeft geen aanvullende verzekering of de financiële mogelijkheden om een volledig eerstelijns traject te volgen. In uw redenering zou deze groep nooit voor iMSR bij chronische pijn in aanmerking komen.
4. Bij de totstandkoming van het standpunt 2023 werd duidelijk dat het Zorginstituut niet de bevoegdheid heeft om voor te schrijven *hoe* de zorg wordt georganiseerd. De 'handleiding voor de integrale beoordeling door de revalidatiearts van de indicatiestelling voor iMSR' (H6 en bijlage C van dat standpunt) vormde daarom geen voorschrijvend onderdeel van het standpunt, maar een suggestie voor de veldpartijen.⁶ Door in de herziening van het standpunt chronische pijn een oneigenlijke tweedeling aan te brengen, lijkt het erop of u alsnog de manier van indiceren aan de revalidatiearts wil voorschrijven. Net als in 2023 behoort dit niet tot de bevoegdheid van het Zorginstituut.

Bovenstaande betekent niet dat Revalidatie Nederland vindt dat behandeling in de eerstelijns lichtvaardig overgeslagen kan worden. Integendeel, revalidatieartsen van onze leden kijken *altijd* naar de voorgeschiedenis van de patiënt; en in de overgrote meerderheid van de gevallen wachten zij eerst het effect van een behandeling in de eerste lijn af. In uitzonderingsgevallen hebben zij echter de mogelijkheid om zonder volledige behandeling in de eerstelijns een iMSR-behandeling te starten. Wij vinden principieel dat deze vorm van matched care met de revalidatiearts in de lead, de enige juiste manier van indiceren is.

Fundamentele bezwaren tegen uw interpretatie van de stand van de wetenschap en praktijk

In uw concept-standpunt stelt u dat er bij patiënten die nog geen volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen onvoldoende bewijs is dat een iMSR-behandeling meer effect heeft dan behandeling in de eerstelijns. Vervolgens stelt u dat er wel enig bewijs is dat bij patiënten die een traject in de eerstelijns hebben doorlopen een iMSR-behandeling meer effect heeft dan niets doen. Wij vinden uw redenering onjuist en kunnen ons om de volgende redenen niet vinden in uw conclusies.

1. Zoals hierboven betoogd is het oneigenlijk om onderscheid te maken tussen patiënten die wel en die niet een volledig eerstelijns traject hebben doorlopen.
2. Het Zorginstituut is op zoek naar *relatieve* effectiviteit. Dit betekent dat het Zorginstituut heeft gezocht naar onderzoeken waaruit blijkt dat een iMSR-behandeling *bij dezelfde groep patiënten* meer effect heeft dan een behandeling in de eerste lijn. Die onderzoeken zijn er niet, omdat in iMSR en eerstelijns verschillende patiëntengroepen met eigen karakteristieken worden behandeld. Het gaat om onvergelykbare patiëntgroepen, waardoor een onderzoek naar relatieve effectiviteit niet kan worden uitgevoerd. Dientengevolge zijn die onderzoeken er niet. Het Zorginstituut trekt op basis van die ontbrekende onderzoeken echter de conclusie dat er daarom geen bewijs is dat iMSR meer effect heeft dan een behandeling in de eerste lijn. Dit is een drogreden. De grond voor de drogreden van het ZIN ligt in de formulering van de PICO. In de voorbereiding van de duiding van 2022 en opnieuw bij de herziening van deze duiding heeft de VRA

⁶ Zie Standpunt medisch-specialistische revalidatie (2023), noot 24: "Omdat op dit gebied het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft..."

aangegeven dat de formulering van de PICO niet klopt. Eerstelijnspatiënten kunnen simpelweg niet dienen als controlegroep, omdat deze patiënten niet vergelijkbaar zijn met de patiënten die geïndiceerd worden voor tweedelijns zorg.

3. Daar komt bij dat iMSR zich lastig in de mallen en in de gebruikelijke werkwijze van het ZIN laat duwen. Normaliter beziet het ZIN het effect van een specifieke interventie. In dit geval beschouwt het ZIN 'de' iMSR als één interventie. Zoals de VRA aangeeft -geciteerd in uw concept-standpunt- leent de revalidatiegeneeskunde zich door het specifieke karakter van haar specialisme niet goed voor de gebruikelijke systematiek van bewijsvoering: "Beoordeling van revalidatiegeneeskundig onderzoek middels de GRADE methodiek leidt vrijwel standaard tot een afwaardering van de kwaliteit van bewijs met drie niveaus vanwege de complexiteit van de patiëntenpopulatie, variëteit van de interventies, onmogelijkheid om blinding van patiënt en behandelaar toe te passen, heterogeniteit van de uitkomstmaten en het lage aantal geïnccludeerde patiënten. Als de GRADE beoordeling uitkomt op 'zeer laag', is het de vraag of dit ligt aan de gebruikte methode of aan de effectiviteit van de interventie."

Het Zorginstituut geeft aan dat er wél bewijs is voor effect van iMSR bij chronische pijn (o.a. Breugelmans 2022), temeer daar Smeets (2006) aantoont dat er zonder interventie geen vooruitgang is bij deze groep patiënten. Met verwijzing naar de argumentatie van de beroepsgroep VRA, vinden wij dat het ZIN de conclusie moet trekken dat iMSR bij chronische pijn voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

2. Impact en cijfers

Refererend aan "Vektis declaratiedata 2023" stelt het Zorginstituut dat er circa 20.700 mensen in aanmerking komen voor iMSR bij chronische pijn. Vervolgens gaat het Zorginstituut ervan uit dat de helft van deze groep behandeld wordt zonder voorafgaande volledige behandeling in de eerstelijns. Ten derde stelt het ZIN dat de gemiddelde zorgkosten van een iMSR-behandeling bij chronische pijn € 3.680 bedragen. Hierop redeneert het ZIN dat uitvoering van haar standpunt naar schatting een besparing van € 38.088.000 zal opleveren ($20.700 * 50\% * € 3.680$).

Zowel op de cijfers als op de redenering is veel aan te merken.

1. In een sector waar de belangen groot zijn, is het gevaarlijk om absolute getallen te noemen, zeker wanneer het schattingen of aannames betreft en zeker wanneer het onnavolgbaar is hoe het ZIN tot deze cijfers is gekomen. Enkel navolgbare, beargumenteerde en gevalideerde cijfers en percentages verdienen een plek in het definitieve standpunt.
2. Revalidatie Nederland besteedt veel tijd en geld aan de juiste cijfers. De basis hiervoor vormen dezelfde declaratiedata van Vektis. Deze data zijn niet eenduidig, maar tot onze spijt heeft Zorgverzekeraars Nederland meermalen geweigerd om deze data in gezamenlijkheid te analyseren. Wij gaan graag met u in gesprek om overeenstemming te bereiken over de data. Als voorschot op deze dialoog delen wij onze eigen interpretatie en voorlopige conclusies:

- In 2023 hebben 29.444 behandeltrajecten plaatsgevonden voor patiënten die vallen onder WPN3 of WPN4. In 27.391 gevallen betrof het volwassen patiënten. Het betrof hier zowel patiënten die op consult zijn gekomen als patiënten bij wie een iMSR-traject is gestart. Op basis van de declaratiedata is niet uit te maken hoeveel WPN3 en -4-patiënten in 2023 daadwerkelijk een iMSR-behandeling hebben ondergaan en hoeveel enkel op consult zijn gekomen. Op basis van lokale ervaringen schatten wij dat er tussen de 13.000 en 15.000 iMSR-behandelingen zijn gestart.
 - In 2023 is een bedrag van € 99.349.177 gedeclareerd voor MSR bij chronische pijn. Dit betreft dus meer dan enkel iMSR en omvat het totaal van consulten, klinische behandelingen en poliklinische behandelingen.
 - Zowel het aantal trajecten als de totale zorgkosten dalen structureel. Het betreft hier geen coronadip -de daling is al voor corona ingezet en zet ook na de pandemie door. Sinds 2018 namen de zorgkosten met 27% af -na inflatiecorrectie zelfs met 40%. Het aantal patiënten daalde in deze periode met 31%.
3. Zoals hierboven betoogd, vinden wij uw onderscheid tussen ‘stepped-care-patiënten’ en ‘last-resort-patiënten’ oneigenlijk. Principieel onderscheiden wij enkel patiënten die op basis van de indicatie door de revalidatiearts voor iMSR in aanmerking komen. In de praktijk zal zo’n indicatie vaak plaatsvinden na een doorlopen traject in de eerste lijn. Precieze cijfers ontbreken, maar op basis van inschattingen door onze leden is onze aanname dat zeker 95% van de patiënten met chronische pijn die bij onze leden een iMSR-behandeling ondergaan, eerder zonder succes in de eerste lijn is behandeld.
4. In uw raming is geen rekening gehouden met substitutie-effecten. Dit is onacceptabel, omdat deze effecten substantieel zijn; de zorgvraag verdwijnt immers niet. Wanneer patiënten niet langer voor een iMSR-behandeling in aanmerking komen, stijgen de kosten in de eerste lijn en bij andere specialismen (denk bijvoorbeeld aan pijnpoli’s). Doordat de effecten op activiteiten en participatie wegvallen, zullen de maatschappelijke kosten navenant stijgen, bijvoorbeeld wanneer patiënten niet kunnen werken of wanneer zij langer afhankelijk zijn van ondersteuning.
5. Wij roepen het Zorginstituut op om een deugdelijke impactanalyse uit te voeren voor de vaststelling van het definitieve standpunt. Hierin dienen in ieder geval de volgende elementen in te zijn meegenomen:
- Financiële effecten (op de MSR-sector en op de totale zorgkosten -naast Zvw ook Wlz en Wmo- en rekening houdend met substitutie-effecten)
 - Voor Revalidatie Nederland betekent passende zorg dat alle Nederlanders toegang hebben tot goede zorg, waar ze ook wonen en hoeveel ze ook verdienen. Daarom pleit Revalidatie Nederland ervoor dat er voor de vaststelling van het standpunt een impactanalyse wordt uitgevoerd naar de verwachte gevolgen voor patiënten met chronische pijn. Waar kunnen patiënten terecht wanneer zij niet langer de tot nu toe gebruikelijke behandeling kunnen krijgen? Als zij geen zorg meer uit de basisverzekering krijgen, op welke zorg in de eerste of anderhalve lijn kunnen zij dan rekenen, ook wanneer zij geen aanvullende verzekering hebben? Hebben paramedici en huisartsen voldoende capaciteit en voldoende kennis om deze groep patiënten te behandelen?

Wij suggereren het Zorginstituut de NZa bij deze impactanalyse te betrekken, zodat voor de betrokken partijen duidelijk is hoe Team Overheid de impact en eventuele aanvullende maatregelen inschat.

3. Praktische uitwerking

Hoewel wij uw standpunt om bovengenoemde redenen onhoudbaar vinden, zijn wij -net als in het voortraject- bereid kritisch-opbouwend te reageren op de voorstellen die u doet.

Wij pleiten voor duidelijkheid. De uitspraken van het Zorginstituut mogen niet voor verschillende interpretaties vatbaar zijn. Zo concludeert u “dat IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die zonder succes stepped care hebben doorlopen *wat het Zorginstituut betreft vooralsnog* vergoed kan worden ten laste van de basisverzekering.” De zinsneden “wat het Zorginstituut betreft” en “vooralsnog” lijken de eerdere stelling te nuanceren en dienen daarom weggelaten te worden. Bovendien is “zonder succes” mogelijk voor meerdere interpretaties vatbaar.

In dat kader waarschuwen wij voor onnodige bureaucratie en administratieve lasten. Deze kunnen substantieel zijn, zoals de onafhankelijke impactanalyse toont die RN en ZN gemeenschappelijk hebben laten uitvoeren bij de ontwikkeling van het oorspronkelijke standpunt MSR.⁷ Eerder deze maand hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en Team Overheid in AZWA met elkaar afgesproken de regeldruk en administratieve last te verminderen.⁸ Dan werkt het contraproductief wanneer schaars personeel met extra administratieve taken wordt opgezadeld. Het zou voldoende moeten zijn wanneer de revalidatiearts het op te leveren indicatieprotocol van de VRA volgt en navolgbaar in het dossier opneemt waarom de eerste lijn onvoldoende resultaat op heeft geleverd of waarom het niet te verwachten is dat een dergelijk traject in de eerste lijn voldoende resultaat oplevert.

Een Plan van aanpak voor Passende Zorg

U stelt een traject voor om te komen tot passende zorg en wetenschappelijke onderbouwing. Uiterlijk 2029 wil het Zorginstituut een vervolg-uitspraak doen in dit dossier op basis van de bevindingen. Wij stellen dit initiatief en uw actieve betrokkenheid bij de uitvoering zeer op prijs. Bij uw plan hebben wij de volgende vragen en opmerkingen.

Allereerst stelt u dat dit traject enkel van start zal gaan als alle relevante partijen zich committeren. Dit roept de vraag op wat het Zorginstituut doet wanneer partijen zich niet committeren -het traject gaat dan niet van start, waardoor het Zorginstituut geen onderbouwde uitspraak kan doen. Wij horen graag hoe u hiermee omgaat.

In bijlage 3 schetst u uw drie sets van voorwaarden voor Passende Zorg. Hieronder volgens onze reflecties op iedere set.

⁷ Commitcare, Impactanalyse (2022), 21.

⁸ Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (2025), sectie A.

1. Indicatieprotocol iMSR

Het indicatieprotocol behoort tot het primaat van de beroepsgroep. Met u wachten wij op het protocol van en voor de revalidatieartsen.

2. Effectiviteitsonderzoek iMSR

RN verwelkomt aanvullend effectiviteitsonderzoek van harte. Drie opmerkingen op uw voorstel:

- De instemming van zorgverzekeraars bij afbakening en financiering is onnodig en onwenselijk. In uw concept-standpunt is financiering van de zorg voor deze patiëntengroep immers geregeld, terwijl de afbakening tot het domein van de artsen en onderzoekers (VRA en WAR) behoort.
- Het is essentieel dat betrokkenen al bij het design van het onderzoek bepalen bij welke uitkomst van het onderzoek iMSR bij chronische pijn voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.
- Dat er “wordt nagedacht over financieringsmogelijkheden” is te vrijblijvend. Gegarandeerde financiering van het onderzoek is een absolute voorwaarde. Zonder financiering geen onderzoek en zonder onderzoek wordt niet voldaan aan uw voorwaarden voor Passende Zorg. Zeker met de Kaderprogramma Passende Zorg menen wij dat Team Overheid -waar ZIN onderdeel vanuit maakt- financiering van dit onderzoek voor vaststelling van het standpunt moet garanderen.

3. MER Chronische Pijn

Revalidatie Nederland is voorstander van een breed continuüm van revalidatie voor mensen met chronische pijn. Multidisciplinaire Eerstelijnsrevalidatie (MER) zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn in dit zorgaanbod. Wij verwelkomen dan ook het initiatief dat ZIN hierin neemt. Tegelijk hebben recente experimenten geleerd dat investeringen in tijd, geld en energie enkel zinnig zijn, indien in een MER-pilot aan een aantal voorwaarden is voldaan. We noemen de belangrijkste.

- 1) Proces, tijdslijn en uitkomst van dit traject zijn zeer ambitieus. Dat juichen wij toe, maar het betekent ook dat het niet realistisch is om het welslagen van het MER-experiment direct te koppelen aan de toekomst van iMSR bij chronische pijn. In het definitieve standpunt dient ZIN deze dan ook los te koppelen.
- 2) Voorafgaand commitment op inzet, uitkomst en proces is essentieel. Zoeken naar draagvlak is in onze ogen geen onderdeel van het proces, maar een noodzakelijke voorwaarde waaraan voldaan moet worden vóór het traject van start gaat. Dit geldt in het bijzonder voor de individuele zorgverzekeraars. Wanneer hun raden van bestuur zich niet vooraf en schriftelijk hebben gecommitteerd, heeft het geen zin om aan het project te beginnen. Concreet: stap 5, 6 en 7 (draagvlak van zorgverzekeraars, eerste en tweede lijn) dienen succesvol te zijn afgerond voor het project wordt gestart. Op basis van eerdere ervaringen is onze suggestie om alle direct betrokkenen vooraf een convenant te laten tekenen.
- 3) Zolang er geen duidelijkheid is over de aanspraak en over de bekostiging van MER, is het niet zinnig te starten met deze vorm van zorg. Stap 3 en stap 4 uit uw Plan van Aanpak

zullen dus voor alle drie de varianten succesvol afgerond moeten zijn, voor het plan van aanpak verder wordt uitgewerkt en geïmplementeerd.

- 4) Onderzoek naar het effect van de nieuwe vormen van MER is essentieel. Dit betekent dat financiering van dit onderzoek een voorwaarde is voordat de verschillende vormen van MER ontwikkeld worden.
- 5) Het doel van de MER dient vooraf duidelijk te zijn en door alle betrokken te zijn onderschreven. In onze ogen is de MER een nieuw onderdeel in het zorgaanbod voor patiënten voor wie de reguliere eerstelijns behandeling te licht is en iMSR te intensief. In de praktijk zal het gaan om WPN2- en 'lichte' WPN3-patiënten. Wanneer MER een nieuw en uniek aanbod in pijnrevalidatie aanbiedt, is het niet nuttig (en bovendien niet legitiem) om de MER een verplichte stap in stepped-care te laten zijn. Veelmeer zullen poortspecialisten na de landelijke uitrol van MER op basis van matched care gericht en dus beter en efficiënter kunnen verwijzen.
- 6) Stevige leiding en een heldere governance-structuur zijn essentieel. Wij verwelkomen het initiatief dat het ZIN hierin heeft genomen (stap 8 en 10). Waar wij opnieuw voor waarschuwen is hindermacht. We moeten voorkomen dat één enkele partij het proces kan saboteren, simpelweg door niet actief mee te werken. "Partijen aanspreken" is in zo'n geval onvoldoende, de onafhankelijk projectleider moet de mogelijkheid hebben om de partijen die zich hebben gecommitteerd bij te sturen.
- 7) Zorgaanbieders zijn essentieel in het ontwikkelen en uitrollen van MER. Toch wordt Revalidatie Nederland als brancheorganisatie van MSR-aanbieders niet consequent genoemd. Wij denken een essentiële bijdrage te kunnen leveren, en worden graag expliciet als betrokken partij genoemd in de inleiding en bij stap 4 (bekostiging). Overigens missen we bij stap 4 ook de NZa, die hier in onze ogen de lead zou moeten nemen.
- 8) Het initiatief is in deze opzet één groot experiment om te zien of MER in Nederland een waardevolle en effectieve bijdrage kan leveren aan het zorgaanbod voor mensen met chronische pijn. Wat mist in het plan van aanpak, zijn stappen voor het vervolg. Als duidelijk is welke vormen van MER voldoen aan de criteria, hoe gaan de betrokken partijen er dan voor zorgen dat deze vorm van MER vervolgens in heel Nederland wordt aangeboden, ingekocht en benut? Het commitment van de betrokken partijen gaat derhalve verder dan de experimenteerperiode. Wil de collectieve investering in MER renderen, dan moeten betrokken partijen nog in de projectfase bindende afspraken maken over de landelijke uitrol (aanspraak, bekostiging, organisatie en capaciteit).
- 9) Eenvoud en uniformiteit is een voorwaarde voor succes in de experimenteerfase. Daarom pleiten wij ervoor dat er per MER-variant één omschrijving van de inhoud komt. Tegelijk pleiten wij ervoor dat bij de uitvoering één zorgverzekeraar namens alle zorgverzekeraars betrokken is. Ten slotte pleiten we voor een overkoepelende BRI om te voorkomen dat een individuele zorgverzekeraar en individuele zorgaanbieder een eigen BRI op moeten stellen.
- 10) Eenvoud betekent ook dat niet iedereen in de experimenteerfase betrokken hoeft te worden. Instemming van alle eerstelijnspartijen lijkt ons in deze fase te ambitieus. Daarbij maken wij bezwaar tegen de mogelijkheid om vanuit GRZ-instellingen een MER-initiatief met tweedelijns betrokkenheid te starten. iMSR is een specialisme dat is voorbehouden aan de revalidatiearts, en juist dat specialisme is essentieel voor het experiment.

Vervolg

In uw concept-standpunt vraagt u om ons commitment. Met bovenstaande reflecties is het voor ons op dit moment onmogelijk een volledig commitment af te geven. Wij werken constructief mee aan protocol, onderzoek en MER, maar alleen wanneer het werkelijk zin heeft om hierin te investeren. Wij gaan graag met u en eventuele andere veldpartijen in gesprek over de vraag wanneer een realistisch commitment is af te geven.

Vanzelfsprekend zetten wij daartoe graag onze dialoog voort. Mocht u vragen of opmerkingen hebben naar aanleiding van onze reactie, dan verwelkomen we die op het bureau van Revalidatie Nederland via m.klem@revalidatie.nl.

Met vriendelijke groet,



Dr. M.A. Dutrée

Voorzitter Revalidatie Nederland

Utrecht, 7 September 2025

Geachte [REDACTED]

De Vereniging voor Artsen Volksgezondheid (VAV) waardeert het dat zij wordt betrokken bij de consultatie naar aanleiding van het conceptstandpunt IMSR bij Chronische pijn dat door het Zorginstituut Nederland is opgesteld.

De VAV wil erop wijzen dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) op zich zelf geen behandeling is maar een behandelvorm binnen een medisch specialisme. Revalidatieartsen passen verschillende behandelmethoden toe binnen IMSR voor verschillende diagnoses. En naast IMSR zijn er nog verschillende behandelvormen die behandelingen bieden voor mensen met chronische pijn, zoals multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER) en monodisciplinaire zorg. Het is evident dat de beoordeling van de effectiviteit van verschillende behandelmethoden in verschillende settings voor de heterogene groep mensen met chronische pijn uiterst complex is.

Het zou in de ogen van de VAV de voorkeur genieten om de multidisciplinaire zorg voor patiënten met chronische pijn in de eerste lijn (MER) landelijk goed te organiseren, zodat de effectiviteit van de IMSR ten opzichte van MER-zorg en monodisciplinaire zorg vergeleken kan worden. Doordat multidisciplinaire eerstelijnszorg (nog) niet goed is verankerd in het zorglandschap is dit op dit moment nog niet beschikbaar als alternatief voor IMSR.

De VAV ziet als valkuil van de ontstane discussie n.a.v. het concept standpunt dat het grotere volksgezondheidsvraagstuk uit het oog lijkt te worden verloren. Dat vraagstuk is samen te vatten als de constatering dat er een grote groep patiënten in Nederland is, die door chronische pijn wordt belemmerd in de manier waarop zij kunnen en willen participeren in de maatschappij. Dat deze patiëntengroep een hulpvraag heeft waarop passend antwoord in de vorm van effectieve en doelmatige zorg noodzakelijk is, staat gelukkig niet ter discussie. De VAV pleit dan ook voor een initiatief waarbij wordt ingezet op het toekomstbestendig inrichten van passende zorg voor deze doelgroep. De VAV ziet in de inrichting van dit zorglandschap vooralsnog plaats voor meerdere behandelvormen afhankelijk van de complexiteit en ernst van de participatie beperkingen die worden ervaren. De VAV verwijst hiervoor ook naar de zienswijze van de WHO ([Strengthening rehabilitation in health systems \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/strengthening-rehabilitation-in-health-systems)).

Gezamenlijke effort van alle stakeholders om deze zorg goed en toekomstbestendig te organiseren, zowel zorginhoudelijk als financieel, verdient meer aandacht en urgentie. Wanneer op basis van de conclusies van het conceptstandpunt zou worden geconstateerd dat er slechts zeer beperkt plek is voor IMSR behandelingen voor mensen met chronische pijn binnen het basispakket, zonder dat er een passend alternatief kan worden geboden, wil de VAV meegeven dat er aandacht moet zijn voor de maatschappelijke impact van die conclusie op mensen die chronische pijnklachten hebben.

De VAV is vanuit de werkgroep Revalidatie altijd bereid een bijdrage te leveren aan een eventueel vervolgtraject.

Namens bestuur VAV

[REDACTED], werkgroep revalidatie

[REDACTED] bestuur VAV

Reactie NHG en LHV op conceptstandpunt Zorginstituut ISMR Chronische pijn.

Rol huisarts bij MER

Huisartsgeneeskundige zorg bestaat uit medisch-generalistische zorg in de buurt van patiënten. Deze zorg is persoonsgericht en geplaatst in de context van de specifieke leefomstandigheden van patiënten. Deze zorg sluit aan bij de [kernwaarden en –taken](#) van de huisartsenzorg.

Het [basisaanbod](#) is hierbij de kern van het vak. De in bijlage 3 onderdeel C beschreven *‘Multidisciplinaire eerstelijns revalidatiezorg bij patiënten met chronische pijn’* valt niet onder het basisaanbod en is dan ook geen kerntaak van de huisarts. Huisartsen zijn daarnaast ook niet opgeleid om een multidisciplinair paramedisch behandelteam aan te sturen en/of een multidisciplinair zorgbehandelplan in het kader van revalidatie bij chronische pijn op te stellen en te evalueren. Dat is zorg zoals revalidatieartsen (of specialisten ouderengeneeskunde in de GRZ) plegen te bieden.

De huisarts heeft de rol van poortwachter en kan als verwijzer verwijzen naar de genoemde zorg en indien nodig geconsulteerd worden, zoals bij ieder ander type verwijzing naar vervolgzorg. Een andere mate van betrokkenheid van de huisarts sluit niet aan bij de rol van de huisarts. We zien daarom ook geen actieve rol voor de LHV of het NHG in de uitwerking van dit plan behoudens betrokkenheid in consultatierondes.

Multidisciplinaire eerstelijns revalidatiezorg

Het multidisciplinair opzetten van eerstelijns revalidatiezorg tussen de verschillende paramedische beroepen, die hierbij betrokken zijn kan potentieel de zorg voor mensen met chronische pijn verbeteren. We hopen dat de paramedische beroepen voldoende gefaciliteerd zullen worden in het mogelijk maken hiervan. Op dit moment is aanspraak (en dus vergoeding) van bijvoorbeeld fysiotherapie binnen de basisverzekering niet mogelijk voor *alle* patiënten met chronische pijn, maar alleen voor een deel van de patiënten met een specifieke onderliggende aandoening op de [lijst van chronische aandoeningen](#). Ook (deelname aan) een multidisciplinair overleg voor paramedici in de eerste lijn is geen verzekerde zorg.

Wij zien geen actieve rol voor de huisarts in de beschreven vorm van multidisciplinaire eerstelijns revalidatiezorg. Immers zoals huisartsen hun zorg plegen te bieden, bieden zij medisch-generalistische zorg met een signaalfunctie. Huisartsen hebben dan ook alleen waar nodig een rol als verwijzer.

Inhoudelijke reactie standpunt

Onderscheid last-resort en niet last-resort

Wij hebben bezwaren tegen het onderscheid last-resort en niet-last-resort, omdat dit in de praktijk lang niet altijd zwart-wit te maken is. En het is duidelijk dat deze groepen in wetenschappelijk onderzoek ook helemaal niet zo makkelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Daarmee raakt het wetenschappelijk bewijs juist nog meer versnipperd. De systematische review van Elbers 2022 lijkt mede door de opsplitsing buiten de boot te vallen.

ISMR bij niet-last resort

Conclusie van het ZIN is dat ISMR bij niet-lastresort niet voldoet aan stand van wetenschap en praktijk. Er is inderdaad weinig evidence uit RCT's gevonden, deels door het wat gekunstelde onderscheid tussen last-resort en niet-last-resort. Maar vooral vallen wij over de vermelding dat ISMR bij niet-last resort niet zou voldoen aan de stand van praktijk. De groep niet-lastresort is volgens onze inschatting vrij klein, maar er kunnen redenen zijn om patiënten met chronische pijn niet alle stappen van stepped care te laten doorlopen. Bijvoorbeeld complexe psychosociale problematiek. Voor de huisarts voldoet niet-last resort dus wel aan de stand van praktijk.

Inzetten op passende zorg

Het lijkt ons in de hele discussie over wetenschappelijk bewijs zinvoller om in te zetten op beter passende zorg, door duidelijke afspraken te maken verwijzindicaties, en te ruime indicatiestelling te voorkomen, en instellingen die hiervoor verantwoordelijk zijn hierop aan te spreken.

Daarnaast ook zeer belangrijk: er zouden ruimere vergoedingsmogelijkheden van de eerdere stappen van de stepped care bij chronische pijn moeten komen. In de praktijk is er een groot risico op zorgongelijkheid tussen patiënten, vanwege het ontbreken van vergoeding van de eerste stappen van de stepped care voor veel soorten chronische pijn.



Aan: Zorginstituut Nederland, t.a.v. [REDACTED]
Betreft: Reactie Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) op het concept-standpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn d.d. 18 juli 2025
Kenmerk: 25.27

Utrecht, 12 september 2025

Geachte [REDACTED]

Hartelijk dank voor het toesturen van het concept-standpunt IMSR bij patiënten met chronische pijn en voor de mogelijkheid om hierop formeel te reageren. Als wetenschappelijke vereniging van revalidatieartsen en vertegenwoordiger van bijna alle revalidatieartsen in Nederland maken we hiervan graag gebruik.

Onze reactie valt in een aantal delen uiteen. Allereerst zullen wij een aantal fundamentele, principiële inhoudelijke bezwaren tegen uw standpunt inbrengen, die wij hebben voorzien van een onderbouwing.

Vervolgens treft u - naast onze reactie - de volgende bijlagen aan:

- Bijlage 1 bevat een verzameling van opmerkingen en onduidelijkheden over het conceptstandpunt.
- Bijlage 2 betreft het document 'indicatiestelling Interdisciplinaire medisch Specialistische Revalidatie (IMSR) bij aanhoudende pijn', zoals deze op 10-9-2025 is goedgekeurd door onze ALV. Zoals bij een wetenschappelijke vereniging gebruikelijk is zullen we dit document bijstellen zodra nieuwe inzichten hier aanleiding toe geven.
- Bijlage 3 bevat puntsgewijs ons commentaar op het voorstel MER.

De VRA onderschrijft de meerjarige toekomstvisie van de Federatie Medisch Specialisten, die als doel heeft om de zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden. We zijn dan ook van harte bereid om mee te werken aan een effectieve en doelmatige eerstelijns zorg. Multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER) zou daarvan onderdeel uit kunnen maken, mits dit wetenschappelijk goed onderbouwd wordt. Door demografische ontwikkelingen is echter niet op voorhand duidelijk of dit daadwerkelijk leidt tot een lagere instroom in IMSR.



In uw conceptstandpunt vraagt u om ons commitment. Op dit moment is het voor ons helaas niet mogelijk een volledig commitment af te geven. Wij werken uiteraard graag constructief mee, maar alleen wanneer het werkelijk zin heeft om hierin te investeren. Wij gaan daartoe graag met u en eventuele andere veldpartijen in gesprek.

Met vriendelijke groet,



Dr. Paulien H. Goossens, revalidatiearts
Voorzitter VRA

Bijgevoegde stukken

1. Reactie VRA op conceptstandpunt IMSR ZIN d.d. 18 juli 2025
2. Bijlage 1: Diverse opmerkingen, onder andere t.a.v. onjuistheden interpretatie onderzoek
3. Bijlage 2: Document Indicatiestelling IMSR aanhoudende pijn
4. Bijlage 3: Reactie op voorstel ontwikkelen Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie (MER)

NB: Uw ambtenaren verzochten om een korte toelichting op het ICF-model zoals dat wordt gehanteerd door revalidatieartsen. We verwijzen u hiervoor naar het Handboek Revalidatie **ISBN: 9789023258889 Auteur: J.H.B. Geertzen, J.S. Rietman, G.G. Vanderstraeten, R.J. Berduszek, K. Oostra, B. Fard.** Uiteraard zijn we altijd van harte bereid hier uitleg over of toelichting op te geven.



In dit document worden de belangrijkste bezwaren op hoofdlijnen beschreven.

Stepped care en de toegankelijkheid van de pijnrevalidatieketen

De VRA maakt zich zorgen over de toegankelijkheid van pijnrevalidatie in brede zin, dus niet alleen IMSR. Hoewel het ZIN overweegt om IMSR als last resort voorlopig te blijven vergoeden, is de uitkomst van deze overweging onduidelijk en vindt deze niet plaats in isolatie. Eerstelijns fysiotherapie voor aanhoudende rugklachten en fibromyalgie worden niet meer vergoed vanuit de zorgverzekeringswet. De MER is nog niet ontwikkeld en nog niet getoetst op effectiviteit, en daarmee uiteraard ook nog niet geduid als structureel aanbod in het zorgsysteem. Mocht de MER effectief blijken voor een specifieke doelgroep én positief worden geduid, dan is deze vorm van zorg daarmee niet direct landelijk beschikbaar en toegankelijk. Dit alles kan ernstige gevolgen hebben voor vele groepen patiënten met aanhoudende pijn aan het bewegingsapparaat. Er dreigt een situatie waarbij mensen met aanhoudende pijn geen passende zorg kunnen ontvangen omdat zij de stepped care niet kunnen doorlopen en IMSR niet kunnen bereiken. Dit alles geldt in het bijzonder voor hen die niet de financiële middelen hebben om een aanvullende zorgverzekering af te sluiten of om fysiotherapie zelf te kunnen betalen. Daarmee wordt de groep patiënten die een slechtere gezondheid en lagere levensverwachting hebben het hardst getroffen. De hierboven geschetste bedreigingen voor de toegankelijkheid van zorg zijn inconsistent met zorg-brede beleidsrichtingen binnen het AZWA, met de Zorgstandaard en de Leidraad Chronische Pijn.

Onderverdeling in al dan niet last resort

De term '(geen) last resort' is niet door de VRA geïntroduceerd. De claim van het ZIN dat IMSR wordt ingezet bij patiënten waarvoor dit geen last resort is impliceert inadequaate toegepaste stepped/matched care (... 'zonder een volledig traject in de eerste lijn te hebben doorlopen' ...).

De VRA maakt hiertegen bezwaar. Niet alleen omdat hier kennelijk wordt getwijfeld aan de juistheid van indicatiestelling door de revalidatiearts, maar vooral omdat het een kunstmatig onderscheid betreft, terwijl de groepen onderling niet relevant verschillen qua patiëntkenmerken.

Bij matched care wordt, net als bij stepped care (in essentie is er geen verschil tussen de concepten matched care en stepped care), de 1e lijn soms goed beargumenteerd overgeslagen. Dit komt voor bij een kleine groep patiënten (inschatting: 1-5 % van de patiënten die door de revalidatiearts primair wordt geïndiceerd voor IMSR. De eerder door Smeets benoemde 3% is hiermee consistent, evenals het beeld dat wordt beschreven door Köke et al¹). Bij hen kan worden beargumenteerd waarom eerstelijns behandeling niet zinvol, niet effectief en dus ook niet doelmatig wordt geacht. Deze interpretatie van stepped care is consistent met het ZIN Standpunt MSR van juni 2023 (paragraaf 6.1.3.).

¹ Köke AJ, Smeets RJ, Schreurs KM, van Baalen B, de Haan P, Remerie SC, Schiphorst Preuper HR, Reneman MF. Dutch Dataset Pain Rehabilitation in daily practice: Content, patient characteristics and reference data. Eur J Pain. 2017 Mar;21(3):434-444. doi: 10.1002/ejp.937. Epub 2016 Sep 15. PMID: 27634023.

Ontbrekende onderbouwing

De VRA hecht, net als het ZIN, aan een goede onderbouwing van statements. Statements zonder onderbouwing gaan soms een heel eigen leven leiden. Dat kan niet de bedoeling zijn. In hoofdstuk 5 missen wij concreet de onderbouwing van de volgende inschattingen;

- De inschatting van het ZIN dat in 50% van de gevallen IMSR geen last resort behandeling zou zijn. Dit staat, zoals hierboven beschreven, ver weg van onze inschatting en cijfers.
- De bezuinigingen die *volgens het ZIN* zouden voortvloeien uit het stoppen met het vergoeden van niet-last resort.
- Het ZIN beschrijft dat er bij de budget-impact geen rekening is gehouden met substitutie-effecten, omdat precieze gegevens hierover zouden ontbreken. Naast substitutie in de zorg zijn er ook gevolgen voor het maatschappelijk functioneren van patiënten, niet in de laatste plaats op het gebied van arbeidsparticipatie. Gepubliceerde economische analyses over (onderdelen en vormen van) IMSR zijn echter niet door het ZIN geanalyseerd.
- Voor de bezwaren tegen de door u genoemde cijfers sluiten wij aan bij het commentaar van Revalidatie Nederland (RN).

Wij vragen het ZIN om een valide onderbouwing te leveren óf de schattingen te verwijderen.

Beoordeling van wetenschappelijk onderzoek IMSR

Het ZIN heeft voor het beoordelen van de wetenschappelijk onderbouwing van IMSR een opsplitsing gemaakt in 2 groepen: 'geen last resort' en 'last resort'. Hieronder beschrijven wij enkele overkoepelende bedenkingen. Voor gedetailleerde inhoudelijk bedenkingen verwijzen wij naar bijlage 3 van deze reactie.

IMSR geen last resort (hoofdstuk 2):

1. Wij herhalen de hierboven beschreven bedenkingen bij de door het ZIN benoemde claim en de getallen.
2. De claim en de PICO zijn niet vooraf met de VRA gedeeld. Wij hebben derhalve geen mogelijkheid gehad om deze te beoordelen. Wij vragen ons af of dit consistent is met de procedures van het ZIN.
3. De claim en PICO zouden in de huidige vorm niet door de VRA zijn geaccordeerd.
4. Hoofdbezwaren t.a.v. de PICO zijn: (P) De patiëntkarakteristieken van de groepen geïndiceerd voor IMSR vs. 1e lijn zijn verschillend. Wanneer de revalidatiearts o.b.v. de patiëntkarakteristieken, contextuele factoren en functioneren had ingeschat dat er realistische eerstelijns behandelingen mogelijk zouden zijn geweest, dan waren deze patiënten immers niet voor IMSR geïndiceerd; en (C) een vergelijking met MER is niet zinnig, aangezien deze niet operationeel is in Nederland (en voor zover bekend ook niet elders).

Als je dit doordenkt bestudeert het ZIN de volgende situatie:

Het ZIN zoekt naar RCT's/onderzoeken waarin IMSR is vergeleken met eerstelijns revalidatie.

Zo'n onderzoek zou er dan als volgt uit kunnen zien:

Versie 1: De revalidatiearts beargumenteert waarom er een indicatie is voor IMSR, dit betreft een zeer klein deel van de totale populatie patiënten met aanhoudende pijn. Vervolgens vraagt de revalidatiearts aan de patiënt of hij mee wil doen aan een gerandomiseerd onderzoek waarbij de kans bestaat dat hij/zij een naar het inzicht van de revalidatiearts niet zinvolle eerstelijns behandeling aangeboden krijgt.

NB: Als de patiënt fibromyalgie of rugklachten heeft, dan is eerstelijns behandeling volgens het ZIN niet aangetoond effectief. De revalidatiearts staat nu voor een ethisch dilemma: hij zou een (volgens het ZIN) aangetoond niet effectieve, en in elk geval niet onder de basisverzekering vallende controle moet aanbieden. De METC zal hier niet mee in stemmen. Naar verwachting zullen ook weinig patiënten de Informed Consent tekenen.

Versie 2: Alle patiënten die voldoen aan de definitie chronische pijn worden gerandomiseerd tussen eerstelijns behandeling en IMSR. Omdat het overgrote deel van de patiënten bij normale indicatiestelling door een revalidatiearts nooit in aanmerking zou komen voor IMSR zal geen effect gevonden worden van IMSR t.o.v. eerstelijns behandeling.

Het ZIN is daarmee in dit deel van de duiding op zoek naar studies die die een situatie bestuderen waaraan aanzienlijke praktische bezwaren kleven. Het verbaast dan ook niet dat er geen relevante studie wordt gevonden. Tegen de enige studie die wordt gevonden (Ronzi) hebben wij reeds eerder onze bezwaren geuit.

IMSR wel last resort (hoofdstuk 3):

Het ZIN geeft aan bereid te zijn om niet-RCTs in hun overwegingen mee te wegen. Dit is consistent met hun eigen toetsingskader, en doet ook recht aan eerder door VRA geuite bezwaren. Wij zijn het met het ZIN eens dat alternatieve onderzoeksdesigns beperkingen hebben, maar benadrukken dat dit eveneens geldt voor RCTs, zeker binnen de IMSR.

Consistent met overleggen tussen ZIN en VRA wordt een plan van aanpak voorgesteld (bijlage 3):

- A. Het protocol indicatiestelling IMSR is toegevoegd (bijlage 1). Hierin is onder meer opgenomen wat wij verstaan onder een adequate inspanning in de eerste lijn. Deze inschatting wordt gemaakt door de revalidatiearts. Bij de indicatiestelling worden zowel de vooraf verkregen informatie, het vragenlijstonderzoek als het gesprek met de patiënt en het lichamelijk onderzoek gewogen. Het proces van indicatiestelling kent daarmee zeker kaders, maar leent zich niet voor afvinklijstjes.
- B. Effectiviteitsonderzoek IMSR: het plan van aanpak en (financiële) randvoorwaarden zijn in ontwikkeling.
- C. Effectiviteitsonderzoek MER-chronische pijn: het plan van aanpak en (financiële) randvoorwaarden zijn in ontwikkeling.

Voor zowel B als C geldt dat een enorme (tijds-)investering van de VRA en RN gevraagd wordt. Het voorliggende plan van aandacht geeft richting, maar laat ook nog veel ruimte voor vragen over de inhoud en randvoorwaarden. Nadat hierover meer duidelijkheid en overeenstemming is, kunnen wij ook een betere inschatting maken over de realiteit van de uitvoerbaarheid inclusief de door het ZIN genoemde tijdspaden. Graag gaan wij daarover met het ZIN in gesprek.

Uiteindelijk zullen de inspanningen leiden tot afgerond wetenschappelijk onderzoek, die het ZIN zal meewegen over de stand der wetenschap en praktijk. Helaas zijn wij in het plan van aanpak geen criteria tegengekomen op basis waarvan het ZIN transparant tot een (positieve) beoordeling zal komen. Graag zien wij een voorstel hiertoe tegemoet.

Conclusie

In uw conceptstandpunt vraagt u om ons commitment. Met bovenstaande reflecties is het voor ons op dit moment onmogelijk een volledig commitment af te geven. Wij werken graag constructief mee, maar alleen wanneer het werkelijk zin heeft om hierin te investeren. Wij gaan graag met u en eventuele andere veldpartijen in gesprek over de vraag wanneer een realistisch commitment is af te geven.



Bijlage 1: Diverse opmerkingen vanuit VRA, onder andere t.a.v. onjuistheden interpretatie onderzoek

2.3: Omdat de vraagstelling grotendeels overeenkomt met die in het standpunt uit 2022, worden de resultaten van het literatuuronderzoek zoals beschreven in het standpunt uit 2022 als basis gebruikt voor deze beoordeling. Hoe heeft het ZIN in de vorige duiding bepaald dat IMSR niet bewezen effectief is bij niet-last resort patiënten? Dit is niet onderzocht in het vorig duidingstraject.

2.6: De update van de literatuur search is niet transparant.

2.8: Eerder geuite bezwaren tegen de inclusie en interpretatie van de studie van Ronzi (2017) zijn door het ZIN niet adequaat verwerkt. De bezwaren van de VRA, met name t.a.v. niet-vergelijkbare doelgroepen en niet-vergelijkbare behandeling t.o.v. de Nederlandse situatie, blijven onverminderd bestaan.

2.8: Ondanks dat de richtlijn aangeeft dat voor vrijwel alle uitkomsten de kwaliteit van bewijs zeer laag is, komt de VRA tot een positieve aanbeveling vanwege verschillende studies die een positief effect laten zien. De kwaliteitsbeoordeling in de richtlijn is uitsluitend gebaseerd op RCTs en het daarop toegepaste GRADE beoordelingskader. Dit was een verplichting. De positievere beoordeling in de richtlijn is gebaseerd op een andere weging van de kwaliteit van RCTs, het meewegen van RCTs die door het ZIN minder relevant worden geacht, het minder waarde hechten aan de RCT van Ronzi (2017), en het meewegen van niet-RCTs. De bedenkingen t.a.v. RCT en GRADE voor het beoordelen van IMSR zijn reeds meermaals benoemd in de reacties op stukken van het ZIN in het kader van de duiding. Ook in hoofdstuk 4 van de richtlijn zijn de overwegingen uitgebreid beschreven.

2.8: Het is hierbij belangrijk om te benadrukken dat het Zorginstituut de vraag wil beantwoorden of er sprake is van meerwaarde van het interdisciplinaire karakter van de behandeling, en de supervisie door de revalidatiearts.

Het is onduidelijk wat het ZIN hiermee bedoelt. In de 'indicatiestelling aanhoudende pijn' geven we aan wat we onder een interdisciplinaire behandeling verstaan. Daarnaast: de revalidatiearts geeft geen supervisie, maar de interdisciplinaire behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid en leiding van de revalidatiearts.

3.3: Kosteneffectiviteitsstudies laten wij hier buiten beschouwing omdat die onvoldoende antwoord geven op de vraag zoals die is geformuleerd in paragraaf 3.2. Dit argument van het ZIN is correct voor het strikt economische deel. Echter economische analyses zijn vaak breder dan alleen kosteneffectiviteitsstudies, doordat ook uitkomstmaten als (arbeids-)participatie en kwaliteit van leven (bv. EQ5D) worden beschreven. Deze studies worden daarmee onterecht uitgesloten. Door deze studies niet te includeren, gaat een deel van de evidentie verloren.

3.3.2: Een deel van de patiënten (129) stopte met de behandeling voor week 5 vanwege aan de behandeling gerelateerde redenen, zoals gebrek aan motivatie. Deze patiënten hadden mogelijk slechtere uitkomsten. Het ZIN schrijft dat patiënten die een programma eerder zijn gestopt mogelijk

slechtere uitkomsten hadden. Dit wordt door het ZIN niet onderbouwd, terwijl studies van Breugelmans en van Stollenga¹ deze veronderstelling beargumenteerd ontcrachten.

3.3.2: De studie van Breugelmans beschrijft niet welke behandelingen patiënten voorafgaand aan IMSR hebben gehad. Het is dan ook onduidelijk of het om last resort patiënten gaat.

Tijdens mondeling overleg op 11/6/25 is door prof. R. Smeets aangegeven dat er bij een aanvullende, recent uitgevoerde analyse van Elbers et al wel degelijk bij 16 studies last-resort patiënten zijn geïncludeerd. Deze studie is inmiddels ingediend voor publicatie. Deze 16 studies laten een positief effect op alle drie de essentiële uitkomstmaten zien. Wij vragen het ZIN aan te geven waarom deze aanvullende informatie niet is verwerkt.

3.4: Het is niet duidelijk waarom de studies van Volker et al² en Reneman et al³ niet in de search van het ZIN zijn meegenomen in aanvulling op Breugelmans et al. Hoewel in de RCT van Reneman et al de vraagstelling gericht was op het bestuderen van de dosis van IMSR, worden hier resultaten van 2 prospectieve IMSR-cohorten gerapporteerd met PDI en EQ5D als uitkomstmaten.

In de *financiële paragraaf* zijn substitutie-effecten niet meegenomen. Het ZIN heeft zich tot op heden uitsluitend gericht op effectiviteit en heeft daarom geen economische studies bestudeerd. Deze economische studies zijn er wel degelijk. Het is echter niet aan de VRA om de substitutie-claim te onderbouwen.

Pag 6: In de Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie wordt aangegeven dat objectieve en transparante criteria voor het vaststellen van de mate van complexiteit en/of verwijzingen naar medisch specialistische revalidatie (MSR) nog ontbreken.

Wat in uw tekst ontbreekt is dat we in de richtlijn Chronische Pijnrevalidatie stellen dat hier het behandelkader chronische pijn gevolgd dient te worden.

Pag 7: In Nederland komen circa 20.700 patiënten met chronische pijn per jaar in aanmerking voor IMSR.

Deze door het ZIN benoemde getallen passen niet bij eigen gegevens van de pijnrevalidatie; deze laten hogere aantallen zien. Ook is onderscheid nodig in een medisch consult en IMSR, alsmede in zorgproduct 2 versus 3 en 4, aangezien een deel van de patiënten alleen een intake of screening krijgt en geen IMSR.

¹ Stollenga, D., Schiphorst Preuper, H. R., Dijkstra, P. U., Boonstra, A. M., & Reneman, M. F. (2020). Early termination in interdisciplinary pain rehabilitation: numbers, timing, and reasons. A mixed method study. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1321–1327. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/09638288.2020.1800839>

² Volker G, van Vree F, Wolterbeek R, van Gestel M, Smeets R, Köke A, Vlieland TV. Long-Term Outcomes of Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Musculoskeletal Pain. *Musculoskeletal Care*. 2017 Mar;15(1):59-68. doi: 10.1002/msc.1141. Epub 2016 Apr 21. PMID: 27098842.

³ Reneman, M. F., Waterschoot, F. P. C., Burgerhof, J. G. M., Geertzen, J. H. B., Schiphorst Preuper, H. R., & Dijkstra, P. U. (2018). Dosage of pain rehabilitation programmes for patients with chronic musculoskeletal pain: a non-inferiority randomised controlled trial. *Disability and Rehabilitation*, 42(6), 814–821. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/09638288.2018.1510549>

Pag 23: De studie van Smeets toonde een afname van functiebeperking in de combinatiegroep ten opzichte van de wachtlijst controlegroep. Opvallend is dat de patiënten die de combinatiebehandeling kregen het niet beter deden dan de patiënten die alleen actieve fysieke behandeling, of alleen cognitieve gedragstherapie kregen.

Dit is onjuist gerapporteerd en voor de vraagstelling niet relevant, want deze studie was gericht op het vergelijken van verschillende vormen en modules van IMSR.

Pag 23: Zoals reeds vermeld: 97% van de patiënten is behandeld in de eerste lijn
Studie de Jong: het betreft een studie in een tertiair IMSR team waarbij alleen mensen worden geïnccludeerd die 100% stepped care hebben doorlopen.

De opmerking over kwaliteit van leven is onjuist. Er is in de studie van Smeets een economische analyse verricht op basis van de EQ5D. Ook zijn er gegevens over arbeidsverzuim beschreven (participatie).

Voor de IMSR-behandeling gebaseerd op 'exposure' zou voor een specifieke groep patiënten nu reeds een positieve duiding kunnen plaatsvinden. Recent is een studie naar de effecten van exposure in vivo in een reguliere IMSR-setting gepubliceerd met wederom positieve resultaten; Ummels et al, 2025, DOI.org/10.1080/09638288.2025.2538753.

Het is de VRA onduidelijk waarom een subgroep van IMSR niet is meegenomen in deze duiding, nl. IMSR voor mensen met persisterende pijn waarvoor arbeid de enige of de hoofddoelstelling van de behandeling is. Het is ook onduidelijk hoe zich dit verhoudt tot het hoofdstuk in het standpunt 2023 hoofdstuk 5: Standpunt+medisch-specialistische+revalidatie+-+zorg+zoals+revalidatieartsen+plegen+te+bieden (6).pdf

Veel van het bovengenoemd commentaar is ook in eerdere commentaren benoemd. We verwijzen naar de desbetreffende stukken. Ten overvloede: in de richtlijn is duidelijk aangegeven waarom de werkgroep de GRADE systematiek niet passend vindt. Dit is eerder naar het ZIN gecommuniceerd maar vindt vooralsnog weinig gehoor.



Bijlage 2: Document Indicatiestelling IMSR aanhoudende pijn

Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering VRA op 10-09-2025

Medisch specialistische revalidatie (MSR) bij aanhoudende pijn in houding en bewegingsapparaat.

De doelgroep voor Interdisciplinaire (IMSR) pijnrevalidatie zijn patiënten met anhoudende pijn in het houding- 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 (Treede, 2019). 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.

Doelstelling

De doelstellingen bij IMSR kunnen geformuleerd worden op alle domeinen van het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, bijlage 4), met name op het gebied van activiteiten, participatie en 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 (ref: behandelkader chronische pijn VRA).

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), er ook wekelijks gelegenheid is voor tussentijdse afstemming. De teamleden, inclusief de revalidatiearts, zijn voldoende op dezelfde locatie aanwezig voor laagdrempelige mogelijkheid tot overleg.

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.

Proces van indicatiestelling IMSR:

- Na de aanmelding wordt beoordeeld of er een indicatie is voor IMSR conform de VRA Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling;
- Het functioneren van de patiënt wordt in kaart gebracht door middel van de ICF. Daarbij worden tenminste de functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie, persoonlijke en externe factoren beschreven (zie bijlage 4). 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 1e lijn. Hierbij wordt aangesloten op de richtlijnen voor behandeling in de eerste lijn van KNGF, FMS en NHG (www.kngf.nl; demedischspecialist.nl, Nieuwe richtlijn Chronische pijnrevalidatie; 26 april 2024; NHG-Richtlijnen; laatste aanpassing september 2024). Daartoe wordt tijdens de anamnese door de revalidatiearts in elk geval in kaart gebracht:
 - Welke zorgverleners betrokken zijn of zijn geweest;
 - Of er al enige vorm van pijneducatie is gegeven (waarbij het afhangt van het regionale netwerk wie deze educatie geeft), én
 - Of de behandeling in de eerste lijn zich heeft gericht op het uitbreiden van activiteiten en participatie.

Voor verdere toelichting verwijzen we naar de "leidraad chronische pijn" waar dit onderwerp verder is uitgewerkt.

- 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 tenminste één andere pijnbehandelaar (fysiotherapeut/ ergotherapeut/ maatschappelijk werk) meegewogen;
- De keuze voor de behandelmethodiek hangt af van de belangrijkste onderhoudende factor als aangrijpingspunt;
- 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 chronische 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.

Inclusiecriteria:

- Aanhoudende pijn in het houding- en bewegingsapparaat;
- Classificatie door revalidatiearts als WPN 3 of 4;
- De behandeling in de eerste lijn is adequaat doorlopen (zie proces) en niet effectief gebleken óf in uitzonderlijke gevallen kan inclusie plaatsvinden als de problematiek zodanig is dat behandeling in de eerste lijn naar verwachting geen resultaat zal hebben;

- Relevante diagnostiek door andere specialismen is afgerond, zowel naar mening van de patiënt als van de revalidatiearts;
- Overige medische interventies zullen naar verwachting niet leiden tot verbetering in klachten of functioneren;
- Patiënt is bereid en in staat tot het volgen van IMSR gericht op het verbeteren van functioneren (activiteiten en participatie).

Exclusiecriteria:

- 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 verdoovende 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.

*Daar waar revalidatiearts staat kan ook zorgverlener worden gelezen die vanuit taakherschikking zelfstandig bevoegd is tot het openen van dbc's en eindverantwoordelijkheid in de IMSR-behandeling van patiënten met chronische pijn.



Bijlage 3: Reactie VRA op voorstel ontwikkelen Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie (MER)

Het ZIN nodigt partijen uit om MER te ontwikkelen. De VRA hecht eraan om te constateren dat er vooralsnog geen evidence is voor deze vorm van zorg. Om te kunnen stellen dat MER een toegevoegde waarde in de zorgketen heeft, en daarmee om MER toe te laten tot het basispakket, is het noodzakelijk om eerst aan te tonen dat MER effectief en doelmatig is, en voor welke patiënten dit het geval is. Wij maken daarom bezwaar tegen MER als onderdeel van het basispakket zo lang deze vorm van zorg nog niet bewezen effectief is.

In het huidige plan van aanpak zien we helaas dat er onvoldoende leerpunten zijn meegenomen uit het eerdere MER-project (dat noemen we MER 1.0). Wij vrezen dat de huidige opzet MER-onderzoek zal niet leiden tot duidelijkheid over de stand van de wetenschap en praktijk van de MER-chronische pijn.

Tenslotte is het voor ons niet acceptabel om het slagen of falen van de MER te koppelen aan het traject duiding IMSR. Ten eerste kan uit het onderzoek MER 2.0 komen dat MER geen toegevoegde waarde heeft boven de bestaande zorgvormen. Ten tweede zadelst een afhankelijkheidsstelling het onderzoek naar MER 2.0 op met (de schijn van) belangenverstrengeling. Wij gaan er dan ook vanuit dat MER en duiding IMSR separaat verlopen en geen invloed op of afhankelijkheid van elkaar hebben.

De samenstellers van het evaluatierapport en de experts binnen onze vereniging op het gebied van chronische pijn zijn van harte bereid om hun inbreng te leveren in het voorliggende MER-project (MER 2.0). Hieronder treft u een aantal aandachtspunten aan. Graag gaan we hierover met u verder in gesprek.

Met vriendelijke groet,



Dr. Paulien H. Goossens, revalidatiearts
voorzitter VRA

Leerpunten uit MER 1.0

Kwaliteit en onderzoek

Expertise op het gebied van chronische pijn schiet in de eerste lijn vaak tekort (niveau onbewust onbekwaam). Om kwaliteit te kunnen borgen en zinvol onderzoek te kunnen doen is het nodig om:

- Een duidelijke omschrijving van de expertise van de professionals vast te leggen;
- De rollen en verantwoordelijkheden binnen het team te omschrijven en vast te leggen;
- Uniforme landelijke protocollen te ontwikkelen voor de varianten die worden onderzocht;
- Aan de voorkant van een MER 2.0-onderzoek te beoordelen of de aanbieders van MER de gewenste kwaliteit van zorg kunnen bieden. De VRA moet hierin voor variant 2 en 3 een belangrijke stem hebben;
- Maximaal één MER-aanbieder per regio te includeren;
- Te kunnen beschikken over alle relevante data m.b.t. inzet van middelen en andere medische kosten die een patiënt maakt tijdens en na de MER, aan te leveren door zorgverzekeraars.
- De verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke zaken in het onderzoek te beleggen bij de inhoudelijke professionals en onderzoekers. De zorgverzekeraars kunnen wel een procesevaluatie doen op basis van contracten etc., maar gaan niet over de kwaliteit en inhoud van de behandeling.

Interdisciplinaire behandeling

Er wordt gesproken over interdisciplinaire behandeling in de eerste lijn maar dit is per definitie niet mogelijk. Interdisciplinaire behandeling is een van de kenmerken van de medisch specialistische revalidatie waarbij onder leiding van de medisch specialist de zorg vanuit de tweede of derde lijn vanuit 1 organisatie wordt aangeboden (ISMR), zie ook het protocol indicatiestelling. In de eerste lijn spreek je van een multidisciplinaire behandeling.

Rol van de huisarts

Er wordt een rol weggelegd voor de huisarts bij indicatiestelling voor MER/ISMR. Uit MER 1.0 bleek juist dat huisartsen die vastlopen bij een patiënt met chronische pijn hiervoor onvoldoende kennis en tijd hebben. Ze willen hierin graag ontzorgd worden door een revalidatiearts.

Financiering en governance

Om contractuitdagingen te ondervangen moeten deelnemende aanbieders van MER (na inhoudelijke selectie) voorafgaand aan de start geaccordeerd worden door alle zorgverzekeraars.

Ontbrekende financiering was niet de reden voor het mislukken van de MER. Het niet houden aan de afspraken van de zorgverzekeraars, het ontbreken van een goede governance, te veel verschil tussen de programma's en slechte afstemming met de onderzoeksgroep speelden een belangrijke rol. Deze punten zijn niet ondervangen in het huidige plan.

Binnen het elektronisch patiëntendossier (EPD) van veel aanbieders bleek het administratief in Vecozo niet mogelijk de codes van de prestatieregel toe te passen.

Afspraken wie waar over gaat, hoe stemverhoudingen liggen en op basis van welke criteria besluiten zullen worden genomen, moeten vooraf worden uitgewerkt.

Betrokkenheid en goedkeuring van de NZA voor financieringsafspraken gedurende MER 2.0 moet geregeld zijn voorafgaand aan de start van het onderzoek.

Het MER-project kan niet in delen uit elkaar getrokken worden. Daarvoor is de samenhang en onderlinge afhankelijkheid van de delen te groot.

In MER 1.0 zaten in de stuurgroep alleen inhoudelijke medisch adviseurs en geen zorginkopers of bestuurders van revalidatie-instellingen. In de stuurgroep zullen alle belangen vertegenwoordigd moeten zijn.

Reactie op het plan van aanpak MER-chronische pijn:
(bijlage 3 uit Conceptstandpunt versie 18-07-2025)

1. Inhoud van MER-CP programma + competenties professionals

Er wordt gesproken over een intensieve behandelfase in de MER. Echter, MER zal niet dezelfde intensieve behandelfase kennen als de IMSR.

Omdat er in MER 2.0 zoveel verschillende partijen aan boord zijn is de geschetste tijdslijn niet realistisch.

2. Organisatie MER-chronische pijn

Het is uit dit stuk niet helder wie uiteindelijk besluit of een aanbieder met zijn protocol voldoet aan de geformuleerde voorwaarden en hoe tijdens het project toegezien wordt op de kwaliteit van de geboden zorg. Hier ligt voor variant 2 en 3 een rol voor de VRA.

We denken dat het verstandig is om tijdens het onderzoek volumeafspraken te maken met één aanbieder van MER per regio.

Vóórafgaand aan de start van een nieuw MER-project zijn een aantal zaken voorwaardelijk:

- Commitment van zorgverzekeraars om zich in te zetten voor een onderzoek naar MER;
- Criteria waarop partijen een go/ no go zullen baseren;
- Protocollen voor de 3 varianten;
- Duidelijkheid over de financiering van de MER-varianten;
- Afspraken hoe de ontwikkelkosten en het onderzoek zullen worden gefinancierd.

Tenslotte is een aandachtspunt uit de MER. 1.0: namelijk hoe weten partijen dat MER eraan komt? Krijgen alle partijen gelijke kansen om te participeren? Hoe wordt een keuze gemaakt? Of wordt de keuze vooraf gemaakt?

3. Aanspraak

Het blijft moeilijk uitlegbaar dat het ZIN fysiotherapie voor chronische pijn als eis stelt binnen stepped care, maar dat die zorg niet verzekerd is omdat er geen wetenschappelijke evidentie voor zou zijn.

Revalidatie Nederland, als koepelorganisatie van de meerderheid van de revalidatie instellingen, wordt niet genoemd bij de partijen die betrokken zouden moeten zijn bij de aanspraak. Dit is juist wel van belang.

4. Bekostiging / prestaties / Experimenteer ruimte (Beleidsregel Innovatie)

In MER 1.0 ging het op het vlak van de financiering niet goed. De NZA had weliswaar een betaaltitel afgegeven, maar zorgverzekeraars maakten hun eigen regels. Tegen de afspraken in combineerden ze bijvoorbeeld het budget voor de MER met het budget voor de MSR. Er was geen governance om hierop in te grijpen. Dat moet anders.

5. Draagvlak zorgverzekeraars / Contractering door zorgverzekeraars

Er wordt aangegeven dat het voor zorgverzekeraars lastig is om MER in te kopen omdat er inmiddels 3 varianten zijn. De vraag is derhalve of we niet terug naar de tekentafel moeten?

6. Draagvlak eerste lijn

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij chronische pijn is de expertise van de revalidatiearts. Voor deze doelgroep is het niet zinvol Verenso aan te laten sluiten.

Er wordt bij dit stuk gesproken over een zeer groot aantal beroepsorganisaties die betrokken moeten worden. Hoe ziet het ZIN dit voor zich? Hoe voorkomen we een gefragmenteerd aanbod?

7. Draagvlak tweede lijn (inclusief revalidatieartsen)

De volgende zin roept vragen op; *“We willen nu organiseren dat de revalidatiearts wel rechtstreeks kan verwijzen, mits hij de huisarts hierover goed informeert. Op deze wijze kan de revalidatiearts beter zijn verantwoordelijkheid nemen om het uitgangspunt van stepped care toe te passen.”*

Waarom wordt dit zo nadrukkelijk neergezet? Huisartsen vragen zelf proactief om de inzet van de expertise van een revalidatiearts bij patiënten met chronische pijn waar zij in vast lopen.

Revalidatieartsen maken gebruik van hun expertise bij het inschatten van de complexiteit en het indiceren volgens de principes van matched/stepped care. Alle verwijzers worden altijd geïnformeerd over revalidatiediagnostiek, indicatiestelling en behandeling.

8. Governance

Uit de evaluatie MER 1.0 leerden we dat voorafgaand aan de start afspraken nodig zijn wie welke rol heeft en op basis van welke criteria door wie welke besluiten worden genomen. Dat lezen we hier niet terug.

Er is een voorstel om voor elk van de 10 deelonderwerpen een werkgroep in te stellen. Uit MER 1.0 leerden we dat dit niet werkt. Je kan niet alles uit elkaar trekken, alles heeft invloed op elkaar en moet daarom als geheel benaderd worden. Er zijn bovendien veel belangen te managen, die deels samen oplopen, maar deels ook strijdig zijn. Die belangen zullen eerst op tafel moeten komen, teneinde tot afspraken te komen die recht doen aan het gemeenschappelijke doel. Wij adviseren een stuurgroep met mandaat samen te stellen, waarin alle belangen zijn vertegenwoordigd. Deze stuurgroep moet, binnen de kaders van de opdrachtgever, kunnen sturen. De stuurgroep moet hiertoe groot genoeg zijn om goed te representeren, maar klein genoeg om voortgang te kunnen maken. De stuurgroep zal over dit complexe onderwerp met veel deelgebieden frequent bij elkaar moeten komen. Het lijkt daarbij raadzaam om, eventueel als adviseurs, ook leden van de oude stuurgroep te betrekken.

9. Onderzoek inhoud en subsidiëring

Afspraken over de financiering van het onderzoek en de binnen MER-geleverde zorg zullen moeten worden gemaakt voordat MER 2.0 onderzoek kan starten.

10. Monitoring en procesevaluatie

De monitoring en procesevaluatie van het onderzoek hoort thuis bij de onderzoeksgroep, die de uitkomsten van het onderzoek duiden. ZN/verzekeraars kunnen de kwaliteit en procesevaluatie van een interventie niet beoordelen.

Betrokkenheid en goedkeuring van de NZA voor financieringsafspraken van gedurende MER 2.0 moet geregeld zijn voorafgaand aan de start van het onderzoek.

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw K. Timm, lid RvB

Per e-mail: [REDACTED]
[REDACTED]

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Datum 17 oktober 2025
Contactpersoon [REDACTED]
Ons kenmerk ZN-25-025672
Uw kenmerk
Onderwerp Reactie op de consultatie van het conceptstandpunt interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (iMSR) bij chronische pijn

Geachte mevrouw Timm,

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hecht grote waarde aan het waarborgen van de juiste revalidatiezorg voor de juiste chronische pijn patiënt op de juiste plek.

Zorgverzekeraars zijn bij de uitvoering van de zorgverzekering gehouden te handelen op grond van de Zorgverzekeringswet. Handelen in strijd daarmee betekent dat zorgverzekeraars onrechtmatig handelen. ZN acht het dan ook van wezenlijk belang dat wet- en regelgeving wordt toegepast zoals bedoeld, en dat de daartoe bestemde procedures worden gevolgd. Alleen dan kunnen alle betrokken partijen hun rol binnen het stelsel op passende wijze vervullen en kunnen onbedoelde precedentes, door het bewandelen van niet-gebruikelijke routes, en onrechtmatigheid worden voorkomen.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben we met elkaar afgesproken invulling te geven aan passend pakketbeheer en te waarborgen dat alleen zorg die aantoonbaar bijdraagt aan passende zorg deel blijft uitmaken van het verzekerde pakket. Door te stellen dat zorg die (nog) niet voldoet aan de 'Stand van Wetenschap en Praktijk' toch voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking kan komen, wordt de realisatie van onze gezamenlijke ambitie voor passende zorg aanzienlijk bemoeilijkt.

Gezien de wettelijke taak van Zorginstituut Nederland (ZiNL) verwacht ZN dat het ZiNL op basis van de beschikbare evidence bij het uitbrengen van het definitieve standpunt tot een negatieve duiding komt van de interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (iMSR) zorg voor de totale populatie met chronische pijn (zowel "matched care groep" als "last resort groep"). Bij een negatieve duiding van de iMSR zorg voor de totale chronische pijn populatie, kan deze zorg voor deze populatie niet meer ten laste worden gebracht van de basisverzekering. Met Vergoeding In Onderzoek (ViO) is er voor de 'last

resort patiënten' die deelnemen aan het onderzoek nog een mogelijkheid voor vergoeding van iMSR zorg.

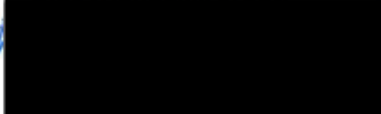
Echter, mede gelet op de kwetsbaarheid van de chronische pijnpopulatie, is ZN bereid om bij het uitblijven van een expliciete duiding door het ZiNL, het standpunt te volgen dat de betreffende zorg onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet valt. Een juridische grond voor vergoeding van deze zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet is dan wel noodzakelijk en er dient een schriftelijke bevestiging te komen dat deze zorgkosten daadwerkelijk onder de risicoverevening gebracht mogen worden en voor welke termijn.

Het is van groot belang dat alle betrokken partijen zich maximaal inspannen om het indicatieprotocol en het effectiviteitsonderzoeksvoorstel voor iMSR zo spoedig mogelijk gereed te maken. Parallel daaraan dient er voldoende aandacht te worden besteed aan de MER, zodat ook dit traject voorspoedig van start kan gaan. Om het indicatieprotocol, het effectiviteitsonderzoeksvoorstel en de MER tijdig gereed te hebben, zijn bestuurlijke afspraken noodzakelijk, waarbij duidelijke tijdslijnen en consequenties worden vastgesteld en bewaakt. ZN gaat ervan uit dat deze bestuurlijke afspraken in 2025 worden bepaald en vastgesteld.

Om de juiste revalidatiezorg voor de juiste chronische pijn patiënt op de juiste plek zo spoedig mogelijk te realiseren, zal ZN zich hiervoor inspannen en actief deelnemen aan dit proces om dit doel te bereiken.

In de bijlage treft u een uitgebreide inhoudelijke toelichting van de visie van ZN op het conceptstandpunt iMSR bij chronische pijn en de bijbehorende voorwaarden voor passende zorg.

Met vriendelijk groet,



Mevrouw P.H. Wormser,
Algemeen directeur

Bijlage: Toelichting op de visie van ZN ten aanzien van het conceptstandpunt IMSR bij chronische pijn en bijbehorende voorwaarden voor passende zorg.

- ZN stuurde op 13 februari 2025 en 24 april 2025 reacties op uw concept standpunt. Het valt ons op dat enkel de reactie van februari (met kenmerk ZN-25-003158) is opgenomen in Bijlage 2 van uw bijgewerkte concept en niet onze reactie uit april (met kenmerk ZN-25-009958).
- Het Zorginstituut schrijft in paragraaf 2.9 over matched care ...*“Daarmee is de effectiviteit van IMSR voor die patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek voor wie IMSR geen last resort is onvoldoende aangetoond, en kan de conclusie uit 2022 niet gehandhaafd blijven. IMSR voldoet bij patiënten voor wie IMSR geen last resort is niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.”*

Het Zorginstituut schrijft vervolgens in paragraaf 3.5 over ‘last resort’ patiënten: *“Op basis van de aangeleverde onderbouwing is de effectiviteit van IMSR in vergelijking met afwachtend beleid bij last resort patiënten op de cruciale uitkomsten onzeker, al wijzen de resultaten van de beschikbare studies wel de goede kant op.....”*

Ons inziens blijkt hieruit dat de effectiviteit van IMSR in onderzoek (zowel matched care als last resort) nog onvoldoende is aangetoond, derhalve voldoet de IMSR zorg op dit moment niet aan de Stand van de wetenschap en Praktijk.

ZN volgt dan ook de visie van uw Wetenschappelijke Adviesraad (WAR), zoals gedeeld in de notulen van de WAR-CC van 31 maart 2025 en paragraaf 2.10 en 3.6 uit het concept standpunt. Uit de notulen volgt dat er momenteel geen wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van IMSR bij zowel de matched care als de last resort groep en dat effectiviteit van behandelingen een wettelijke vereiste blijft.

- Het Zorginstituut schrijft verder in paragraaf 3.5 over ‘last resort’ patiënten *“Over de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten doet het Zorginstituut op dit moment geen uitspraak. Dat betekent dat IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die zonder succes stepped care hebben doorlopen wat het Zorginstituut betreft vooralsnog vergoed kan worden ten laste van de basisverzekering.”*

De conclusie van het Zorginstituut dat het vooralsnog vergoed kan worden ten laste van de basisverzekering kent geen juridische grond en is ons inziens juridisch kwetsbaar.

- Notulen WAR 31 maart 2025 *“De WAR erkent de maatschappelijke urgentie en het ethische dilemma dat patiënten niet in de steek mogen worden gelaten. Maar effectiviteit van behandelingen blijft een wettelijke vereiste. ZIN kan niet op wetenschappelijke, maar wellicht wel op maatschappelijke of ethische gronden besluiten om IMSR beschikbaar te houden voor deze patiëntenpopulatie, maar dan in onderzoeksverband.”*

De maatschappelijke urgentie wordt ook door ZN erkent echter de vraag is of er een juridische grondslag is om de bekostiging van zorg die niet voldoet aan de Stand van de Wetenschap en

Praktijk via de Zorgverzekeringswet te laten verlopen. De iMSR zorg kan in onderzoeksverband middels de gebruikelijke routes beschikbaar worden gesteld voor last resort patiënten.

- De geplande introductie van MER in 2026 betekent dat tot dan nog geen 'last resort' behandeling plaatsvindt, maar 'matched care' (stap 3 wordt immers overgeslagen). De iMSR zorg voor matched care patiënten kan niet worden bekostigd uit de Zorgverzekeringswet aangezien iMSR voor matched care niet voldoet aan de Stand van de Wetenschap en Praktijk. Met de opmerking (pagina 7 referentie 8) in het standpunt *"Het gaat erom dat patiënten alle beschikbare stappen van stepped care hebben doorlopen. Zolang MER niet beschikbaar is, kan niet vereist worden dat patiënten deze stap hebben doorlopen voor ze toegang krijgen tot iMSR"*, wordt niet alleen een alternatieve route gecreëerd, die in strijd is met eerdere conclusies t.a.v. matched care. Deze opmerking brengt ook een negatieve financiële prikkel met zich mee die van invloed kan zijn op de (snelheid) van ontwikkeling van de MER. Zolang MER niet beschikbaar is en direct toegang tot iMSR mogelijk blijft, geeft dit mogelijk een vertragend effect op de ontwikkeling van de MER. Daarnaast blijft een grotere groep dan alleen "last resort" patiënten aanspraak maken op iMSR zorg.

Voor zorgverzekeraars ontstaat er naast de juridische kwetsbare situatie een onwenselijke situatie die problemen met zich meebrengt in de uitvoerbaarheid, onder andere voor beoordelingen of individuele verzekerden redelijkerwijs zijn aangewezen op iMSR zorg, waarbij naast het "Plegen te bieden" een "Stand van Wetenschap en Praktijk" beoordeling voorliggend is. Het is daarnaast niet wenselijk als er in het standpunt financiële prikkels worden gecreëerd die verder onderzoek en ontwikkeling van de juiste revalidatiezorg voor de juiste chronische pijnpatiënten op de juiste plek mogelijk in de weg staan.

Reactie op Passende zorg voorwaarden

A. Plan van aanpak voor indicatieprotocol iMSR

- Op basis van huidige wetenschappelijke publicaties is een opdeling in 'matched care' en 'last resort' groep niet goed te maken. Er ontbreken duidelijke kaders. "Met de VRA is afgesproken dat op zeer korte termijn een indicatieprotocol voor iMSR bij patiënten met chronische pijn opgeleverd zal worden. Op dit moment is nog niet duidelijk wat een last resort patiënt is. De vraag is hoe zonder duidelijk kader voor last resort de PICO al kan zijn bepaald en een search hiervoor kan zijn verricht?"
- Ten aanzien van het opstellen van een indicatieprotocol voor deze 'last-resort'-groep is de VRA eindverantwoordelijk. ZN zou hierbij worden betrokken door de VRA, maar dit is tot op heden niet gebeurd.
- Het ontbreekt aan een concrete omschrijving wat een 'doorlopen traject van stepped care zonder succes' inhoudt. Daarbij is onduidelijkheid over welke disciplines betrokken zijn, hoeveel behandelingen worden gerekend tot een volledig traject, welke periode dit beslaat, en wie bepaalt of een traject 'niet succesvol' is geweest. Daarnaast is de uitkomstmaat waarop succes of falen wordt vastgesteld niet objectief meetbaar of gestandaardiseerd.
- Het opzetten van de multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie (MER) en opnemen daarvan in het indicatieprotocol is een absolute vereiste.
- De aanname dat 50% van de patiënten onder last-resort valt, is onhoudbaar zolang niet duidelijk is wat een volledig doorlopen eerstelijns traject inhoudt

B. Plan van aanpak voor effectiviteitsonderzoek IMSR

- Voor de kwaliteit en onafhankelijkheid van het onderzoek acht ZN het van belang dat de WAR en (academische) onderzoekers vanaf het eerste moment betrokken zijn bij het opzetten van het onderzoek.
- De exacte onderzoeksvraag is niet duidelijk. Het is belangrijk dat met het onderzoek duidelijk wordt of IMSR een meerwaarde heeft t.o.v. de inzet van vergelijkbare behandelmodules in de eerste lijn/ een goed georganiseerde MER? Uiteindelijk zit het verschil tussen IMSR en stap 3 van de stepped care met name in het aantal behandeluren, betrokkenheid van de revalidatie-arts en MDO. In hoeverre wordt de kosteneffectiviteit onderzocht?
- ZN is van mening dat dit onderzoek pas kan worden gestart nadat stap 3 van het stepped care model (MER zorg) beschikbaar is en patiënten deze stap hebben doorlopen. Anders is er per definitie geen sprake van last resort patiënten en geen goede patiënt selectie mogelijk. Voor een kwalitatief goed onderzoek is een juiste afbakening van de onderzoekspopulatie cruciaal. Dit betekent dat deze effectiviteitsstudie voorlopig nog niet kan worden gestart en het dus waarschijnlijk niet realistisch is dat hier in 2029 resultaten zijn behaald. ZN vraagt zich dan ook af of het ZINL in 2029 daadwerkelijk een uitspraak kan doen aan de hand van resultaten van het nog nader uit te voeren onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last-resort patiënten.
- In het conceptstandpunt lijkt de voorkeur uit te gaan naar een cohortonderzoek. Een cohortonderzoek bleek eerder veel gebreken te hebben (risico op bias). Andere onderzoeksopzetten zoals een systematisch onderzoek met een controlegroep (RCT) hebben de voorkeur.

C. Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatiezorg bij patiënten met chronische pijn

- Het ZINL is voornemens een uitspraak te doen over SWEP ten aanzien van de MER naar aanleiding van nog te publiceren studie vanuit het Maastricht-UMC en het cohortonderzoek dat bij de vorige Beleidsregel Innovatie is ingesteld. Het is niet duidelijk wat het alternatief is voor de bekostiging van de starten initiatieven als de uitspraak negatief is. De voorgestelde BRI ten aanzien van de MER kan enkel vanuit de Zorgverzekeringswet worden bekostigd bij bewezen effectiviteit en is dan enkel gericht op de organisatie van deze zorg.
- Bij de inventarisatieronde zijn enkel knelpunten vanuit de tweede lijn meegenomen. De eerste lijn, waar het bij MER juist om draait, is hierin niet betrokken geweest. Dit is zorgelijk en geeft een eenzijdig beeld van de huidige knelpunten en behoeften. Betrokkenheid van de eerste lijn en mede kartrekker van de organisatie en het onderzoek van de MER zorg is cruciaal. Het betreft niet alleen de huisartsen/het NHG maar met name ook de beroepsgroepen van oa. (psychosomatisch) fysiotherapeuten en ergotherapeuten.

Van: Richtlijnen VvOCM <richtlijnen@vvocm.nl>

Verzonden: dinsdag 23 september 2025 11:32

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: RE: Consultatie conceptstandpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn (een update van het standpunt van 13 september 2022)

U ontvangt niet vaak e-mail van richtlijnen@vvocm.nl. [Ontdek waarom dit belangrijk is](#)

Beste [REDACTED],

Hopelijk zijn we nog op tijd met onze reactie. [REDACTED] heeft namens VvOCM het conceptstandpunt doorgenomen en hieronder vindt je haar reactie.

Geachte [REDACTED]

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om te reageren op het conceptstandpunt interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (iMSR) bij chronische pijn.

Hierbij wil de vereniging van oefentherapeuten nadrukkelijk haar steun betuigen voor voortzetting van de interdisciplinaire revalidatie.

Interdisciplinaire revalidatie maakt al tientallen jaren deel uit van het behandelarsenaal bij chronische pijn en wordt doorgaans ingezet wanneer andere behandelopties onvoldoende effect hebben of niet langer passend zijn. Deze aanpak berust op nauwe samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals en richt zich op het vergroten van kwaliteit van leven, herstel van participatie en verbetering van functioneren. Omdat chronische pijn een multifactorieel probleem is, waarbij diverse factoren een rol spelen in het in standhouden van klachten, is het vaak niet gepast om één primaire uitkomstmaat te onderscheiden van meerdere secundaire. Zeker wanneer interventies effect hebben op verschillende domeinen en er rekening moet worden gehouden met de interactie van de interventie met de context. Om die reden zijn RCT's niet altijd het meest geschikte onderzoeksdesign; uitgebreide procesevaluaties bieden hier vaak een meer passende methode.

Hartelijke groeten,



Met vriendelijke groet,



| MSc | Beleidsmedewerker Kwaliteit & Wetenschap |

Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck |

Orteliuslaan 750 | 3528 BB Utrecht | 030-2625627 |

Aanwezig: dinsdag, woensdag- en donderdagochtend



Volg ons op social media: [LinkedIn](#) | [Facebook](#)

Tip een collega voor VvOCM-lidmaatschap en ontvang allebei €50 korting op een klassikale scholing!

Van: Info VvOCM <info@vvocm.nl>

Verzonden: maandag 21 juli 2025 09:01

Aan: Richtlijnen VvOCM <richtlijnen@vvocm.nl>

Onderwerp: FW: Consultatie conceptstandpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn (een update van het standpunt van 13 september 2022)

Voor jou?

Met vriendelijke groet,



| Secretariaat |

Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck |

Orteliuslaan 750 | 3528 BB Utrecht | 030-2625627 |

info@vvocm.nl | Aanwezig: maandag, dinsdag, woensdag en donderdag

www.vvocm.nl | www.oefentherapie.nl |



Volg ons op social media: [LinkedIn](#) | [Facebook](#)

Tip een collega voor VvOCM-lidmaatschap en ontvang allebei €50 korting op een klassikale scholing