

# Bijlage 6 – Reacties van partijen op conceptstandpunt consultatie II

In deze bijlage zijn de reacties opgenomen die zijn binnengekomen tijdens de consultatie van 10 januari 2025 tot 14 februari 2025:

- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, inclusief steunbetuigingen verschillende partijen
- Nationale Vereniging Reumazorg Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Vereniging van Oefentherapeuten
- Ergotherapie Nederland
- Vereniging voor Artsen Volksgezondheid
- Zorgverzekeraars Nederland
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem

**Reactie VRA**  
op het  
**Conceptstandpunt van het Zorginstituut**  
**Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie**  
bij  
**chronische pijn**

Versie 14-2-2024  
Nederlandse Vereniging van RevalidatieArtsen (VRA)

## Inhoudsopgave

<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Bezwaar</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Management samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Onderbouwing van het bezwaar</b> .....	<b>6</b>
<b>3a. Bezwaar tegen de PICO</b> .....	<b>6</b>
<b>3b. Bezwaar tegen de gevonden RCT's</b> .....	<b>11</b>
<b>3c. Suggesties voor alternatieve PICO</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Beschikbaar bewijs</b> .....	<b>15</b>
<b>4a. Stand van wetenschap</b> .....	<b>15</b>
<b>Artikelen: RCTs, SCED's, doelmatigheidsstudies en theoretische onderbouwing</b> .....	<b>15</b>
<b>4b. Aanvullende informatie cohort Breugelmans</b> .....	<b>26</b>
<b>4c Preliminary data</b> .....	<b>28</b>
<b>4d. Internationaal en indirecte perspectieven</b> .....	<b>30</b>
<b>4 e. Stand van praktijk: (Inter)nationale richtlijnen</b> .....	<b>34</b>
<b>5. Alternatieve oplossingsrichting</b> .....	<b>35</b>

### Referenties

**Bijlage 1:** *vertrouwelijk*

*Interdisciplinary pain management and treatment programs: recommendations for key concepts and characteristics.  
Aim of the IASP task force Interdisciplinary Pain Management/Treatment. Graag vertrouwelijk behandelen!*

**Bijlage 2:** *Steunbetuigingen*

**Bijlage 3:** *presentatie PICO 20-1-2025*

**Bijlage 4:** *pitch naar het ZIN betreffende oplossingsrichting*

## 1. Bezwaar

Met dit schrijven maakt de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) formeel bezwaar tegen het ingenomen conceptstandpunt Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij chronische pijn van het Zorginstituut dd. 10-1-2025.

## 2. Management samenvatting

De discussie tussen ZIN en VRA over de effectiviteit van Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie heeft een historie die tenminste terugvoert naar 2018. De focus lag daarbij op “de duiding van de stand van wetenschap en praktijk” (SW&P) en over de beschrijving van de “indicatiestelling voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie”. De VRA heeft van vanaf het begin bezwaar gemaakt tegen de voor deze duiding geformuleerde PICO en de geïnccludeerde studies, die volgens haar niet van toepassing zijn op de Nederlandse situatie.

Het onderliggende probleem lijkt *niet* zozeer de effectiviteit van IMSR bij patiënten met complexe samenhangende chronische pijnproblematiek te zijn voor wie 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijns revalidatie niet toereikend is, maar de onverklaarde variatie die wordt vermoed tussen instellingen bij zowel de indicatiestelling als de behandeldosis (behandelfrequentie, -duur en -inzet), waardoor een deel van de behandelingen mogelijk niet doelmatig wordt ingezet.

In hoofdstuk 3 lichten we toe waarom de PICO die gebruikt is door het Zorginstituut niet representatief is voor de patiëntengroep die in Nederland wordt behandeld in de Medisch Specialistische Revalidatie. In de omschrijving van de patiëntengroep (**P**) ontbreekt dat het patiënten betreft die al een uitgebreide niet-succesvolle behandeling in de eerste lijn hebben gehad volgens de principes van stepped care. Het betreft daarmee last resort of, anders gezegd, end-of-the-line geneeskundige behandeling. De beschreven interventie (**I**) gaat niet over de behandeling zoals die in Nederland wordt uitgevoerd en behoeft een inhoudelijke aanvulling. IMSR bij chronische pijn richt zich op herstel van functioneren. Hiertoe wordt een op de patiënt en diens hulpvraag toegespitste mix aan bio-psycho-sociale interventiemodules ingezet. De interventiecombinatie bestaat uit een combinatie van

educatie, cognitieve gedragstherapie en opbouw van functioneren. De controlegroep (**C**) die is gekozen is niet passend voor deze end-of-line-behandeling.

We zien twee opties voor de C: de gebruikelijke IMSR als C óf andere onderzoeksdesigns. Bij de O stellen we voor gepersonaliseerde PROMS toe te voegen bij het beoordelen van de effecten van IMSR.

Wat betreft de door het Zorginstituut aangedragen RCT's constateren we dat de RCT van Ronzi uit 2017, die als enige overblijft op basis van de door het ZIN opgestelde PICO, een andere patiëntengroep beschrijft dan in Nederland in IMSR-behandeling wordt genomen vanwege chronische pijn en ook een andere interventie inzet dan in Nederland gebruikelijk is. Ditzelfde gold overigens ook voor de andere 2 RCT's die nu teruggetrokken zijn. De conclusie zou volgens ons moeten zijn dat er géén geschikte RCT's zijn gevonden die toepasbaar zijn op de Nederlandse situatie.

In hoofdstuk 4 worden wetenschappelijke artikelen gepresenteerd die bijdragen aan de onderbouwing van IMSR voor patiënten met chronische pijn. Patiënten met chronische pijn krijgen sinds langere tijd niet allemaal dezelfde behandeling aangeboden. Zo zijn er groepen die gebruik maken van de module "exposure in vivo" (EXP). Er zijn artikelen over de theoretische onderbouwing van EXP, onderzoeken naar pre-post treatment vergelijking met fMRI onderzoek, meta-analyse van SCEDs, RCT's waarbij de standaard IMSR-behandeling als controlegroep is genomen. Verder is er kosteneffectiviteitsonderzoek beschikbaar dat de meerwaarde van EXP voor een specifieke subgroep aantoont. Onderzoek naar Graded Activity (GA) laat zien dat een hoog percentage responders wordt bereikt bij mensen met een matig hoge pijn-gerelateerde vrees (resp 58% einde behandeling en 51% na een jaar). Alle vormen van IMSR bleken effectief in vergelijking met randomisatie voor 10 weken wachtlijst, waarbij de patiënten op de wachtlijst geen verschil in klinisch beeld lieten zien. GA blijkt bovendien een kosteneffectieve behandeling.

In een aantal artikelen wordt de rol en effectiviteit binnen de IMSR van cognitieve gedragstherapie en Acceptance and Commitment Therapy (ACT) beschreven als werkzame component van IMSR. Tenslotte worden twee cohortstudies gepresenteerd, waaronder de studie van Breugelmans uit 2024 met in totaal 2309 patiënten met een diagnose WPN3 of 4 met een interventie als beschreven in het artikel Breugelmans 2022. Deze cohortstudie, met intention to treat analysis, laat zien dat patiënten vooruitgaan op ervaren beperkingen, fysieke en mentale kwaliteit van leven en werkcapaciteit. Ze houden deze vooruitgang voor het grootste deel na een jaar vast. Data uit de review van Elbers (2022) aangevuld met nog niet gepubliceerde update (november 2024) laat zien dat het merendeel van de studies naar revalidatie bij patiënten met chronische pijn positieve effecten laat zien op alle relevante uitkomstmaten met matig tot grote effect sizes: 85% meteen post treatment en 77% na en minimale follow up tijd van 1 jaar.

De World Health Organisation (WHO) Resolutie WHA76.6 uit 2023 is een historische mijlpaal die markeert dat revalidatie wordt erkend als een kernprioriteit voor de wereldwijde volksgezondheid. Het WHO-initiatief Revalidatie 2030 vestigt de aandacht op de grote onvervulde behoefte aan revalidatie wereldwijd en benadrukt het belang van het versterken van gezondheidsstelsels om revalidatie te bieden. Het initiatief markeert een nieuwe strategische benadering voor de wereldwijde revalidatiegemeenschap. De resolutie betreft de revalidatie in volle breedte.

De mondiale en Europese pijnverenigingen (IASP en EFIC) beschouwen 'multimodale' en 'interdisciplinaire' pijntherapieën zoals IMSR als 'best practice'. De termen multimodaal en interdisciplinair waren niet eenduidig gedefinieerd en werden inconsistent toegepast. Twee werkgroepen hebben deze termen beter gedefinieerd en nader gespecificeerd. Beide projecten zijn in de eindfase, en de eindrapportages worden binnenkort gepubliceerd. IMSR voor chronische pijn wordt in de eindrapportages beschreven als belangrijke behandeloptie in meerdere Nederlandse en Europese richtlijnen over pijn.

Hoofdstuk 4.e beschrijft de stand van de praktijk in Nederland. IMSR wordt als interventie bij chronische pijn al meer dan 30 jaar toegepast. In het behandelkader wordt een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de IMSR voor patiënten met chronische pijn beschreven. De richtlijn pijnrevalidatie (2024) bevat aanbevelingen voor inhoud van screening en assessment, interdisciplinaire behandeling en nazorg. In 2019 werd onder gezamenlijke eindverantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging van Anesthesisten (NVA) en VRA gestart met het ontwikkelen van de leidraad chronische pijn om het proces van de zorg beter te organiseren. De leidraad is al vastgesteld door de VRA in november 2024. De richtlijn pijnrevalidatie sluit goed aan bij de leidraad chronische pijn.

In hoofdstuk 5, misschien wel het belangrijkste hoofdstuk, wordt een oplossingsrichting geschetst. Het doel is om vanuit gelijk gerichtheid te komen tot doelmatige en toekomstbestendige IMSR bij chronische pijn. Het is onze wens om hierin gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen.

Tenslotte sturen we een aantal bijlagen mee. Het betreft steunbetuigingen van Europese organisaties, andere wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties. Een aantal steunbetuigingen zal nog worden nagestuurd. De presentatie zoals gehouden bij het Zorginstituut over de PICO dd 20-1-2025 en de pitch die we eerder stuurden over de oplossingsrichting.

Vanuit de maatschappelijke opdracht om toekomstbestendige, doelmatige, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg te borgen pakken wij als VRA graag de handschoen op hoe we revalidatie voor patiënten met chronische pijn verder kunnen ontwikkelen. Het is onze wens om met elkaar in gesprek te gaan hoe we hierin samen met andere zorgpartijen verantwoordelijkheid kunnen nemen.

### 3.Onderbouwing van het bezwaar

#### 3a. Bezwaar tegen de PICO

*P: Volwassen patiënten met chronische aspecifieke of specifieke pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Er is sprake van complexe samenhangende problematiek, hetgeen 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. Het gaat over het algemeen om patiënten die reeds een niet-succesvolle behandeling in de eerstelijnszorg hebben gehad.*

#### **Bezwaar VRA**

De patiënten die in behandeling worden genomen in IMSR hebben allemaal uitgebreide niet succesvolle eerste lijnbehandeling behandeling gehad volgens de principes van stepped care. Het betreft last resort of, anders gezegd, end-of-the-line geneeskundige behandeling. Dit aspect komt niet tot uitdrukking in de hierboven geformuleerde P en we stellen voor dat dit wordt opgenomen in de definitie van P (zie voorstel bij 3c).

#### **Toelichting:**

Daarnaast willen we toelichten waarom we in de beschrijving van de P geen voorstel doen tot het objectiveren van de mate van complexe samenhangende problematiek op basis van een voorstel tot afkappunten van bestaande vragenlijsten/meetinstrumenten.

Bij deze patiëntengroep is er vaak een zodanige complexe samenhangende problematiek op meerdere levensdomeinen aanwezig, dat eenzijdige monodisciplinaire aanpak (vanuit dan wel fysiek, dan wel psychosociaal oogpunt) niet toereikend is om een verandering in de situatie te brengen. Om die reden start een intake bij de revalidatiearts allereerst met het in kaart brengen van de gecombineerde problematiek door een functionele analyse. In deze analyse wordt een inschatting gemaakt van: 1. De mate van complexiteit van het pijnprobleem op meerdere domeinen (medisch, psychologische en sociaal; met ICF als handvat voor indicering), 2. Een inschatting van de motivatie van de patiënt tot verandering en 3. Het in kaart brengen van de hulpvraag.

Een functionele analyse bestaat in praktijk uit een uitgebreide intake door een revalidatiearts. Bij een mogelijke indicatie voor IMSR, volgt aanvullend een analyse door fysiotherapeut en psycholoog (allen ervaren in chronische pijn), zodat alle domeinvelden van het ICF volledig in kaart worden gebracht. Ter ondersteuning van deze functionele analyse wordt een standaard set van vragenlijsten (WPN Nederlandse Dataset Pijn, verplichte set) evt. aangevuld met nog een aantal facultatieve vragenlijsten die mogelijk bijdragende en beïnvloedbare psychosociale factoren in kaart brengen. (1)

**Op individueel niveau** (dus bij het stellen van een indicatie IMSR) gebruiken we geen afkappunten van vragenlijsten. Bij de groep patiënten met een indicatie voor IMSR is er een grote interindividuele spreiding in scores op vragenlijsten (waarbij 1 vragenlijst vaak slechts 1 dimensie van het ICF weerspiegelen). Dat maakt dat gebruik van afkappunten op vragenlijsten geen recht doet aan een passende indicering (op het niveau van de individu) bij complexe samenhangende problematiek.

**Op groepsniveau**, is een inschatting over de complexiteit van de populatie patiënten van een praktijk wel mogelijk, door vergelijking op groepsniveau (zogenaamde benchmarking a.d.h.v. normdata op populatieniveau). Voor een uitwerking van deze insteek, verwijzen we u naar onderdeel 5: Alternatieve oplossingsrichting.

*I: Een door de revalidatiearts (medisch specialist revalidatiegeneeskunde) gesuperviseerd, interdisciplinair, activerend en op herstel van functioneren gericht behandelprogramma in een revalidatiesetting.*

### **Bezwaar VRA**

De beschrijving van de I is weinig inhoudelijk en vooral op organisatie van zorg gericht. Juist op de inhoud vinden de laatste 20 jaar veel ontwikkelingen en innovatie plaats.

IMSR bij chronische pijn richt zich op optimaal herstel van functioneren. Hiertoe wordt een op de patiënt en diens hulpvraag toegespitste mix aan biopsychosociale interventiemodules ingezet met als uiteindelijke doel het functioneren en de mate van participatie in de samenleving te verbeteren. De interventiecombinatie bestaat altijd uit een combinatie van educatie en behandeling.

**Educatie** is gebaseerd op het biopsychosociaal model en bestaat uit medische educatie en Pijn Neuroscience Educatie (PNE) en uitleg over pijn en gedrag op functioneren.

In de **behandeling** worden medische en 'fysieke' interventies gecombineerd met cognitieve gedragstherapie.

De cognitieve gedragstherapie wordt afhankelijk van de problematiek van de patiënt ingezet in de vorm van Acceptance and Commitment Therapy (ACT), exposure in vivo (EXP), graded activity (GA) of emotional awareness and expression therapy (EAET) met als uiteindelijke doel het functioneren en de mate van participatie in de samenleving te verbeteren.

De opbouw van functioneren wordt begeleid met ergotherapie en/of fysiotherapie. Fysieke therapie (o.a. experiëntieel leren door bepalen van maximale belasting van uit te voeren activiteiten, afbouw pijnmediatie (bv. opiaten) en eventueel start medicatie (bv

amitriptyline) en interventies direct gericht op het verbeteren van functioneren en participatie maken allen vast onderdeel uit van de behandeling. Individueel wordt bepaald of ook aandacht nodig is voor bijvoorbeeld enkelvoudige traumaverwerking (EMDR), spierkrachtversterking, lichaamsbewustzijn of inzet van hulpmiddelen.

*C: Voortzetten van 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.*

*Omschrijving passende Comparison (de behandeling waarmee wordt vergeleken) volgens procedure zorginstituut: Bij de beoordeling of de interventie-indicatiecombinatie voldoet aan SWP worden de effecten van de te beoordelen interventie vergeleken met de effecten van de op dat moment geldende standaardbehandeling of de gebruikelijke behandeling. De standaardbehandeling is de behandeling die in de richtlijn of praktijk wordt gezien als eerste-keus-behandeling en waarvan de effectiviteit (doorgaans) is bewezen. Een vergelijking met de gebruikelijke behandeling is aan de orde als er geen standaardbehandeling is. Het gaat dan om de behandeling die het vaakst wordt toegepast bij de gedefinieerde doelgroep, en waar op dat moment in de dagelijkse praktijk de meeste ervaring mee is. Ook kan de vergelijkende behandeling bestaan uit 'best ondersteunende zorg'. Voor het kiezen van de juiste vergelijkende behandeling worden de richtlijnen, standaarden of standpunten van de beroepsgroepen geraadpleegd. Indien deze niet beschikbaar zijn, worden de relevante beroepsgroepen geraadpleegd.*

### **Bezwaar VRA**

Omdat patiënten al niet succesvolle eerste lijnbehandeling hebben gehad (het betreft end-of-the-line behandeling) is het niet passend deze interventie als "C" te nemen. Dit is niet zinvol en niet ethisch. Bovendien is het praktisch onhaalbaar, omdat het in geval van randomisatie bij een RCT onwaarschijnlijk is dat een patiënt toestemming zal geven deel te nemen aan onderzoek waarbij deze de kans heeft om een al ineffectief gebleken 1<sup>e</sup>-lijns behandeling nogmaals te moeten ondergaan. Wij zien twee opties voor invulling van de C.

### **Optie 1: Alternatieve behandeloptie C**

De enige mogelijke behandelcontrole "C" is, conform de eigen definitie van het Zorginstituut, een IMSR vorm die op het moment van starten van de desbetreffende studie in de richtlijnen werd vermeld als gebruikelijke zorg. De IMSR-behandeling, die vanaf 1995 gebruikelijke (en vergoede) zorg was, was de in steek "IMSR graded activity". Inmiddels zijn meerdere studies voor doorontwikkeling van de IMSR uitgevoerd met waarbij IMSR in de vorm van graded activity als standaard behandeling "de C" werd gezien. Voor Complex regionaal Pijn Syndroom was "activatie op geleide van pijn" op het tijdstip van start van de RCT (den Hollander, 2018) de gebruikelijke zorg (zie hoofdstuk stand van wetenschap).

### MER is geen optie als "C"

Ook multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER) leent zich op dit moment niet voor de "C", omdat dit geen gebruikelijke zorg is in Nederland en het effect van deze interventie niet is bewezen. Eerdere initiatieven om MER op te zetten toonden aan dat hiertoe opgeleide fysiotherapeuten onder begeleiding van een revalidatiearts patiënten met chronische lage rugpijn met lichte tot lichtmatige complexiteit (WPN2 en 3-) succesvol kunnen behandelen, maar inhoudelijke, logistieke en financiële belemmeringen staan vooralsnog brede implementatie in de weg. (2,3) Omdat we een verantwoordelijkheid voelen om revalidatie waar mogelijk in de 0<sup>e</sup> of 1<sup>e</sup> lijn te laten plaatsvinden, werken we op dit moment actief (bv. 2 promotie onderzoeken) aan de verdere ontwikkeling van MER zorg chronische pijn. (4,5,6)

### RCT's bij IMSR

RCT's in het domein revalidatiegeneeskunde zijn vaak ingewikkeld door de heterogeniteit en complexiteit van de patiëntenpopulatie, de variëteit van interventies die op de individuele patiënt worden afgestemd en de onmogelijkheid om blinding van zowel patiënten als behandelaars toe te passen. Beoordeling volgens de GRADE methodiek toegepast op rapportage van het huidig revalidatiegeneeskundig onderzoek leidt daardoor tot een hoge afwaardering (3 punten) van de kwaliteit. Het RCT-design doet geen recht aan het client-centered handelen zoals dat bij selectie en uitvoering van IMSR wordt toegepast.

### Optie 2: Alternatief voor C in de situatie van end of line problematiek

In de situatie van "end of line" problematiek is de vraag relevant of een opgetreden verandering toegewezen kan worden aan spontaan herstel.

Een studie uit 2006 waarbij in een RCT naast IMSR behandeling (10 weken behandeling) ook een wachtlijst controleconditie (ook 10 weken) aanwezig was liet geen verandering op alle primaire en secundaire uitkomstmaten en mediators zien in de wachtlijst controle conditie. Deze bevinding ondersteunt dat er, mede gezien de lange duur van de klachten, geen vooruitgang te verwachten valt op basis van natuurlijk beloop (7). Door ontbreken van natuurlijk herstel bij deze patiëntengroep met jarenlange klachten stellen we voor ook andere onderzoeksdesigns te gebruiken.

### SCED

Om te corrigeren voor natuurlijk beloop kunnen Single Case Experimental Design studies ingezet. Door de wachttijd tot start interventie te randomiseren is de patiënt zijn eigen controle. (8). Bij SCEDs is het, net als bij andere studie-designs, belangrijk oog te hebben voor de generaliseerbaarheid naar de dagelijkse praktijk. Dit geldt echter zeker ook voor RCT's over pijnmanagement, waarbij een hoge drop-out in de controle-interventie vaak voorkomt. (9)

### Cohortstudies

Nu er tijdens de wachttijd geen verandering in uitkomstmaten en mediators werd gezien, kunnen ook cohortstudies bijdragen aan het bewijs voor effectiviteit van IMSR bij chronische pijn.

### **O: outcome**

Op hoofdlijnen hebben we geen bezwaar tegen het gebruik van generieke PROMS zoals bijvoorbeeld de PDI. Er kleeft echter wel een belangrijk bezwaar dat wij op dit moment voornamelijk kunnen onderbouwen met preliminaire en afgeleide data. De generieke PROMS bestaan uit meerdere vragen over (beperkingen in het uitvoeren van) activiteiten en participatie. De PDI bijvoorbeeld omvat 7 domeinen. Iedere patiënt is echter verschillend in de omvang van de beperkingen per domein, en de relevantie ervan. Samen met de patiënt worden daarom gepersonaliseerde doelstellingen voor de IMSR geformuleerd. De gepersonaliseerde IMSR richt zich op het verbeteren van dit doel of deze doelen. Wanneer dit doel is bereikt zal dit echter leiden tot een zeer beperkte toename op een generieke PROMS. Immers, er is een duidelijke verbetering op 1 of enkele domeinen, maar niet op de andere. Dit leidt tot een verdunning van het gemeten effect, terwijl de patiënt zijn doelstelling wel heeft bereikt. Voorbeeld: doelstelling van de patiënt is terugkeer naar werk. Na afloop van IMSR is patiënt weer volledig werkzaam. Dit komt tot uiting als een sterke toename van 1 van de 7 vragen van de PDI. 'Gemiddeld' echter een klein effect.

Er zijn gepersonaliseerde PROMS beschikbaar; hierbij geeft de patiënt aangeeft welke beperkingen in functioneren voor hem/haar het relevantst zijn. Voorbeelden hiervan zijn de Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) en de Patient Specific Functioning Scale (PSFS) ook wel Patient Specific Complaints (PSC) genoemd (10,11). Gepersonaliseerde PROMS worden in sommige studies gerapporteerd als secundaire uitkomstmaten. Uit een niet-gepubliceerde review van studies waarbij zowel generieke als gepersonaliseerde PROMS zijn gerapporteerd, blijkt dat de gepersonaliseerde PROMS grotere effecten meten dan generieke PROMS. Dit is consistent met de bevindingen uit het cohort onderzoeken van Meesters (2016), Volker (2017) en Breugelmans (2024) waar de effect-sizes voor de gepersonaliseerde PROMS hoger zijn dan de reeds hoge effect-sizes voor de PDI. Deze observaties zijn weliswaar preliminair/afgeleid, maar wel consistent met de verwachtingen die redelijkerwijs passen bij gepersonaliseerde behandelingen.

Voorstel: toevoegen van gepersonaliseerde PROMS bij het beoordelen van de effecten van IMSR.

### **Conclusie**

De PICO reflecteert niet de patiënten zoals die in Nederland worden behandeld, niet de interventie zoals die in Nederland wordt uitgevoerd en de controle die is gekozen is niet passend voor deze end-of-line-behandeling. Wij stellen voor gepersonaliseerde PROMS toe te voegen bij het beoordelen van de effecten van IMSR.

### 3b. Bezwaar tegen de gevonden RCT's

De RCT van Ronzi uit 2017 (ref 12), die overblijft op basis van de door het ZIN opgestelde PICO beschrijft *niet* de Nederlandse situatie. De studie van Ronzi beschrijft een andere patiëntengroep dan in Nederland in IMSR-behandeling wordt genomen vanwege chronische pijn en ook een andere interventie dan in Nederland gebruikelijk is. Ditzelfde gold overigens ook voor de andere 2 RCT's die nu teruggetrokken zijn. Onze conclusie is dan ook dat er géén geschikte RCT's zijn gevonden.

Ronzi et al	Nederlandse situatie
<p>Patiënten die langdurig uitgevallen zijn op het werk door chronische lage rugpijn, zonder voorafgaande eerstelijnsbehandeling.</p> <p>Baselinescores</p> <p>Pijn 5.4</p> <p>Fysieke kwaliteit van leven (PCS 35.7)*</p> <p>Mentale kwaliteit van leven (MCS 43.3)*</p>	<p>Patiënten met verschillende uitingsvormen van chronische pijn (niet alleen rugpijn) die niet succesvolle eerstelijnsbehandeling hebben doorlopen. Bovendien niet alleen beperkingen in het participatiedomein werk.</p> <p>Baseline scores (13)</p> <p>Pijn 6.53</p> <p>Fysieke kwaliteit van leven (PCS 31.2)</p> <p>Mentale kwaliteit van leven (MCS 36.6)</p>
6 uur behandeling per dag gedurende 5 weken	<p>Gemiddeld krijgen patiënten op locatie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per dag 2-3 sessies;</li> <li>- van 30-60 minuten;</li> <li>- 2-3x/week;</li> <li>- gedurende 10-12 weken</li> </ul>
Begeleiding door fysiotherapeut.	Basisteam van fysiotherapeut en psycholoog onder eindregie van revalidatiearts. Gestructureerde teambesprekingen

Tenminste éénmaal bezoek aan psycholoog	gericht op functionele prognose, kernprobleem, teamdoel, gezamenlijke aanpak met tussentijdse bijstelling tav in te zetten behandelmodules.
Wekelijks bezoek aan revalidatiearts	
Werk simulatie sessies met opbouw in belasting.	Interdisciplinair revalidatieprogramma met veel thuisopdrachten. Het programma richt zich op verbetering van het functioneren. Hierbij maken cognitieve gedragstherapie (Exposure in vivo, graded activity, EAET of ACT), medische educatie, bepalen van maximale belasting van uit te voeren activiteiten bij b.v. een onderliggende aandoening, afbouw pijnmediatie (bv opiaten) en eventueel start medicatie (bv amitriptyline) en verbeteren van functioneren en participatie altijd deel uit van het programma. Ergotherapie en maatschappelijk werk worden op indicatie ingezet. Individueel wordt bepaald of ook aandacht nodig is voor bijvoorbeeld enkelvoudige traumaverwerking (EMDR), spierkrachtversterking, lichaamsbewustzijn of inzet van hulpmiddelen.

\*lagere score is lagere kwaliteit van leven

### Conclusie

De studie van Ronzi beschrijft een andere patiëntengroep dan in Nederland in IMSR-behandeling wordt genomen vanwege chronische pijn. Ronzi beschrijft ook een andere interventie dan in Nederland gebruikelijk is. Ditzelfde gold overigens ook voor de andere 2 RCT's die nu teruggetrokken zijn. Onze conclusie is dan ook dat er voor de door ZIN opgestelde PICO géén geschikte RCT's zijn gevonden.

### 3c.Suggesties voor alternatieve PICO

De bezwaren die we noemen in 3a geven de richting aan voor de alternatieve PICO.

P	Volwassen patiënten met chronische aspecifieke of specifieke pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Er is sprake van complexe samenhangende problematiek, hetgeen 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. Het betreft patiënten die reeds een niet-succesvolle behandeling in de eerstelijnszorg hebben gehad (end of line behandeling).
I	<p>We stellen voor om de volgende definitie voor IMSR chronische pijn aan te houden (waarbij zowel inhoud als organisatie een onderdeel zijn)</p> <p><b>Inhoud:</b> IMSR bij chronische pijn is een interventie met als doelstelling het functioneren en de mate van participatie te verbeteren. Hiertoe wordt een op de patiënt en diens hulpvraag toegespitste mix aan biopsychosociale interventiemodules ingezet. De interventie-combinatie bestaat altijd uit een combinatie van educatie en behandeling.</p> <p><b>Educatie</b> is gebaseerd op het biopsychosociaal model en bestaat uit medische educatie, Pijn Neuroscience Educatie (PNE) en uitleg over de samenhang tussen pijn, gedrag en functioneren.</p> <p>In de <b>behandeling</b> worden medische en 'fysieke' interventies gecombineerd met cognitieve gedragstherapie.</p> <p><u>De cognitieve gedragstherapie</u> wordt afhankelijk van de problematiek van de patiënt ingezet in de vorm van Acceptance and Commitment Therapy (ACT), exposure in vivo (EXP), graded activity (GA) of emotional awareness and expression therapy (EAET) met als uiteindelijke doel het functioneren en de mate van participatie in de samenleving te verbeteren.</p> <p><u>De opbouw van functioneren</u> wordt begeleid met ergotherapie en/of fysiotherapie. Fysieke therapie (o.a. experiëntieel leren door bepalen van maximale belasting van uit te voeren activiteiten, afbouw pijnmediatie (bv. opiaten) en eventueel start medicatie (bv amitriptyline) en interventies direct gericht op het verbeteren van functioneren en participatie maken allen vast onderdeel uit van de behandeling. Individueel wordt bepaald of ook aandacht nodig is voor bijvoorbeeld enkelvoudige traumaverwerking (EMDR), spierkrachtversterking, lichaamsbewustzijn of inzet van hulpmiddelen.</p>

	<p><b>Organisatie:</b>  Het betreft een door de revalidatiearts (medisch specialist revalidatiegeneeskunde) geïndiceerd en gesuperviseerd, interdisciplinair revalidatiebehandelprogramma met een gezamenlijke behandelvisie gebaseerd op het biopsychosociaal model,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• waarin patiënten actief deelnemen op basis van taken, training en oefeningen,</li> <li>• uitgevoerd door een revalidatiearts en ten minste twee andere revalidatiezorgprofessionals van verschillende disciplines</li> <li>• uitgevoerd op een enkele locatie (Beschrijving organisatie volgens definitie Gatchel)</li> </ul>	
C	<p><b>Optie 1: Alternatieve behandeloptie C in PICO</b>  De enige mogelijke behandelcontrole "C" is, een IMSR vorm die op het moment van starten van de desbetreffende studie in de richtlijnen werd vermeld als gebruikelijke zorg.</p> <p><b><u>Optie 2: Alternatief voor C in de situatie van end of line problematiek: PIO</u></b>  Daar er sprake is van "end of line" problematiek en dat vervolgens een situatie zonder spontaan herstel impliceert (7),(zie blz 9), pleiten we in optie 2 voor het weglaten van de C in de PICO. Voor de PIO dragen we bewijs uit ander onderzoek aan (zoals SCED en cohort-onderzoek).</p>	
O	<p><b>Cruciale uitkomstmaten:</b>  *Fysiek functioneren  *Participatie<sup>a</sup>  *Kwaliteit van leven<sup>b</sup>  *Gepersonaliseerde PROMS</p> <p><sup>a</sup>) Inclusief activiteit en ervaren beperkingen  <sup>b</sup>) Inclusief werkstatus/arbeidsverzuim, maar ook taken binnen huishouden/gezin, vrijwilligerswerk e.a.</p>	<p><b>Belangrijke uitkomstmaten</b>  * Pijnintensiteit  * Mentaal functioneren (incl. depressie, angst en acceptatie)  * Afname zorggebruik vanwege chronische pijn (zoals huisartsenzorg, paramedische zorg en medicatie)</p>

Uitkomstmaten korte termijn (in het 1ste jaar na start behandeling) en lange termijn (>12 maanden)

## 4. Beschikbaar bewijs

### 4a. Stand van wetenschap:

Artikelen: RCT's, SCED's, doelmatigheidsstudies en theoretische onderbouwing.

Behandelinstek IMSR volgens de principes van "Exposure in vivo" (EXP)						
Ref.	1 <sup>e</sup> auteur	Jaar	Studie-opzet	Patiënten	Interventie	Uitkomst
<b>Artikelen theoretische onderbouwing</b>						
(14)	Crombez	2012	Topical review over theoretische onderbouwing.	-	Exposure in vivo	Onderbouwing vreesvermijdingsmodel, de basis voor de Exposure in vivo behandeling.
(15)	Den Hollander	2022	Topical review over nieuwe theoretische inzichten.	-	Exposure in vivo	Inpassing van inzichten experientieel leren.
(16)	Timmers	2021	Pre-post treatment vergelijking met fMRI onderzoek	Resting-state functional magnetic resonance imaging data were acquired in 30 patients with chronic pain. Twenty-three patients completed EXP, and 6-month follow-up data were available in 20 patients (magnetic resonance imaging data in 17 patients). Pain-free control data were acquired at two time points (n = 29, n = 21). Seed-based resting-state functional connectivity (rsFC) analyses were performed, with seeds in the amygdala, hippocampus, and nucleus accumbens	Exposure in vivo	Pain relief after EXP was highly variable, with 60% of patients reporting a clinically relevant improvement. Greater pain relief was associated with greater decreases over time in hippocampus rsFC with the precuneus, which was related to reductions in catastrophizing (EXP therapeutic target).
(17)	Timmers	2019	Pre-post treatment vergelijking met fMRI onderzoek	Twenty-three patients with chronic Low Back Pain (cLBP) were included in this study. Patients with cLBP underwent MRI scanning pre-treatment (pre-EXP), post-treatment (post-EXP), and 6 months after end of treatment (FU-EXP). Pain-free controls were scanned at two time points.	Exposure in vivo	Neural circuitry for pain-related fear is modulated by EXP, changes are associated with self-reported decreases in pain-related fear.

**Artikelen effectstudies: RCT evt. gecombineerd met kosteneffectiviteitsstudie**

(18)	Den Hollander	2016	RCT	<p>46 persons: Adult CRPS-I patients reporting substantial pain-related disability despite former treatment were included. A physiatrist confirmed CRPS-I at the time of inclusion using the International Association for the Study of Pain Orlando criteria. 33 Patients reporting at least moderate pain-related fear (Photographic Series of Daily Activities [PHODA] 13,26 mean score \$34) were eligible.</p> <p>Duration of complaints 5,1 year</p>	<p>IMSR versus IMSR</p> <p>Exposure in vivo (GE) versus-Pain contingent treatment as usual (TAU). The usual care condition in the Dutch guideline at the start of the study.</p> <p>GE: 17 wk, 17 h, 1-h sessions 17 wk, TAU: 17 h, 30-min sessions: TAU is a standardized physical therapy treatment aimed at increasing control over pain, and optimize coping with CRPS-I.</p>	<p>GE was superior to TAU in reducing upper extremity disability from pre- to posttreatment (between-group difference, 1.082; 95% confidence interval [CI], 0.563-1.601; P, 0.001) and from pre- to 6-month follow-up (1.303; 95% CI, 0.917-1.690; P, 0.001). GE was superior in reducing lower extremity disability from pretreatment to 6-month follow-up (3.624; 95% CI, 0.467-6.781; P50.02), but not from pre- to posttreatment (3.055; 95% CI, 20.018 to 6.128; P 5 0.054). All secondary outcomes significantly favored GE pre- to posttreatment, as well as pretreatment to 6-month follow-up. Exposure to daily activities shows to be more effective than a protective pain-contingent TAU in reducing self-reported disability in daily life of CRPS-I patients with at least moderate levels of pain-related fear.</p>
(19)	Den Hollander	2018	Cost effectiveness related to RCT mentioned in (15)	See description of patients (15)	See description of intervention (15)	<p>EXP seems more cost-effective than PPT in CRPS patients with pain-related fear. The initial higher costs for EXP are offset by a long-term reduction of costs for healthcare use, and a tendency to lower work absenteeism and reduced societal costs.</p> <p>Uit de resultaten bleek GE kosten-effectiever (-14.731 euro pp) dan de reguliere behandeling voor mensen met CRPS en pijngerelateerde vrees. Ondanks de hogere behandelkosten was deze behandeling kosten-effectiever vanwege lagere gezondheidszorgkosten tijdens de follow up van 6 maanden (33% van de kostenbesparing) en was er in deze periode minder werkverzuim en lagere maatschappelijke kosten (67% van de kostenbesparing)</p>
(20)	Leeuw	2008	RCT	85 patiënten met beperkingen tgv niet-specifieke lage rugklachten met minstens een matige pijn-gerelateerde vrees	IMSR versus IMSR received either EXP or GA.	Geen verschil in afname van beperkingen hoewel de EXP bijna statische significant meer afname bereikte. Post treatment % responders

						op PSK (ervaren beperking van persoonlijk relevante activiteiten voor EXP post-treatment 51% en 63% na een jaar follow-up, voor GA 58 resp. 51% Geen verschil tav pijn intensiteit EXP excelleerde in meer afname van pijn catastroferen en ervaren schadelijkheid van activiteiten Dit laat zien dat beide IMSR-behandelingen een hoog %responders bereikt.
(21)	Goossens	2015	RCT met kosteneffectiviteits-analyse	Sixty-two patients with disabling non-specific chronic low back pain with a moderate pain related fear	IMSR versus IMSR received either EXP or GA. Primary data were collected at four participating treatment centers in the Netherlands.	EXP showed a tendency to reduce disability, increase quality adjusted life years and decrease costs compared to GA. The incremental cost-effectiveness ratios of both the Cost Effectiveness Analyses and Cost Utility Analyses are in favor of EXP. Conclusions: Based on these results, implementing EXP for this group of patients seems to be the best decision.
(22)	Dekker	2020	RCT	60 adolescents (12-21 years) with chronic musculoskeletal pain were invited to participate.	IMSR versus IMSR Exposure in vivo (EXP) versus graded activity (CAU)	Adolescents in EP showed relevant and significant decreases in functional disability (estimated mean difference at least -8.81, $p \leq 0.01$ ) compared with CAU at all times. Significant differences in favor of EP were found for perceived harmfulness at all times ( $p \leq 0.002$ ), for pain catastrophizing at 2 months ( $p = 0.039$ ) and for pain intensity at 4 and 10 months ( $p \leq 0.028$ ). (4) Conclusion: EP leads to a significant and clinically relevant decrease in functional disability compared with usual care.
<b>Artikelen in een SCED-design</b>						
(23)	J. de Jong	2008	SCED A sequential replicated crossover, single-case, experimental phase design	Eight consecutive patients who had chronic neck pain (12 weeks) after a motor vehicle accident were included in the study. All patients were diagnosed as having whiplash-associated disorder (WAD), resulting from an acceleration-deceleration mechanism of energy transfer on the cervical spine.  The sample consisted of 5 male and 3 female patients, with a mean age of 45 10.30 (SD) years and a mean duration of	IMSR versus IMSR Graded activity (GA) compared to Exposure in vivo (EXP)  GA consisted of 20 sessions of 1 hour during 10 weeks. EXP consisted of 12 sessions of 1 hour	The results showed decreasing levels of self-reported pain-related fear, pain intensity, disability, and improvements in physical activity level only when EXP was introduced, and not in the GA condition.

				<p>pain disability of 44.4 months (range, 27.6–67.2 months). The patients were referred for outpatient behavioral rehabilitation at the department of rehabilitation of the Maastricht University Hospital or the Hoensbroek Rehabilitation Center and reported substantial fear of movement/(re)injury (Tampa Scale for Kinesophobia score 32–40).</p>	<p>during 6 weeks. After termination of GEXP and GA</p>	
(24)	de Jong	2021	<p>A sequential randomized and replicated single-case experimental phase design with multiple measurements</p>	<p>Fourteen consecutive patients with nonspecific work-related upper extremity pain (WRUEP or CANS) reported substantial pain-related fear (Tampa Scale for Kinesiophobia [TSK] score &gt;39 [52]) and who were referred to the Department of Rehabilitation of the University Hospital Maastricht participated in the study. Inclusion criteria were musculoskeletal complaints of arm, neck, and shoulder characterized by pain, discomfort, fatigue, limited movement, and loss of muscle power, related to paid work, housework, or other unpaid activities (school, training) for at least 3 months, not caused by acute trauma or by any specific or systemic disease (see [35]).</p>	<p>Exposure in vivo (EXP)</p> <p>The primary aim of EXP was the resumption of valued activities in daily life, and restoration of a normal pattern of daily function, including complete return to work or study, rather than pain reduction. For each patient, EXP consisted of the same components: establishment of a fear hierarchy, education, goal identification, behavioural experiments, and response generalization. A detailed description of EXP can be found in Vlaeyen et al. [88], and a published treatment manual is available in Dutch language [47]. In principle, EXP</p>	<p>EXP led to clinically relevant improvements for pain disability, perceived participation and autonomy. These favorable changes were maintained until 6-month follow-up.</p>

					consisted of 10 1-hour sessions.	
(25)	de Jong	2005	A single-case experimental ABCD-design was used with random determination of the start of the intervention (see also Onghena and Edgington, 2005).	Eight patients with Complex Regional Pain Syndrome type I (CRPS-I) were included in the study. The sample was all female with a mean age of 40 (10.20) years. In two patients CRPS-I was located in the right lower extremity, one patient in the left lower extremity, four patients in the right upper extremity, and one patient in the left upper extremity. In six patients, CRPS-I occurred on the dominant side. At inclusion, the mean duration of the complaints was 3.0 (1.11) years. The diagnosis of CRPS-I was made according to the criteria formulated by the IASP and based on physician evaluation of objective symptoms. In order to select a subgroup of patients that also met the modifications that have been suggested to these criteria, the stringent criteria as formulated by Bruehl et al. (1999), and Veldman et al. (1993) were also assessed: altered skin color, altered skin temperature, edema (swelling), reduced range of motion, trophic (hair, nail skin). Other inclusion criteria were that the patients reported substantial fear of movement/(re)injury (Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK: Miller et al., 1991) score >39), pain for at least 6 months and age between 18 and 65. The cut-off is based on the median of the TSK distribution of chronic low back pain samples reported earlier (Crombez et al., 1999;	Exposure in vivo (EXP)	EXP was successful in decreasing levels of self-reported pain-related fear, pain intensity, disability, and physiological signs and symptoms. These results support the hypothesis that the meaning people attach to a noxious stimulus influences its experienced painfulness, and that EXP activates cortical networks and reconciles motor output and sensory feedback.
<b>Behandelinstek IMSR volgens de principes van Graded Activity (GA)</b>						
Ref.	1 <sup>e</sup> auteur	Jaar	Studie-opzet	Patiënten	Interventie	Uitkomst

(20)	Leeuw	2008	RCT	85 patiënten met beperkingen tgv niet-specifieke lage rugklachten met minstens een matige pijn-gerelateerde vrees	IMSR versus IMSR received either Exposure in Vivo (EXP) or Graded Activity (GA)	Geen verschil in afname van beperkingen hoewel de EXP bijna statische significant meer afname bereikte. Post treatment % responders op PSK (ervaren beperking van persoonlijk relevante activiteiten) voor EXP post-treatment 51% en 63% na een jaar follow-up, voor GA 58 resp. 51% Geen verschil tav pijn intensiteit EXP excelleerde in meer afname van pijn catastroferen en ervaren schadelijkheid van activiteiten Dit laat zien dat IMSR in de vorm van GA behandelingen een hoog % responders bereikt bij mensen met een matig hoge pijn-gerelateerde vrees
(7)	Smeets	2006 2008	RCT	223 patients with chronic low back pain (cLBP) in the Netherlands  Inclusion criteria: - patients, age 18-65 year -non-specific low back pain >3mo -functional limitation due to cLBP -ability to walk uninterrupted >100m  Exclusion criteria: -vertebral fracture -spinal inflammatory disease -spinal infections or malignancy -current nerve root pathology, spondylolysis or spondylolisthesis -lumbar spondylodesis -medical co-morbidity making intensive exercising impossible -ongoing diagnostic procedures or treatment for CLBP at time of referral -clear treatment preference -not proficient in Dutch -pregnancy -substance abuse that could interfere with rehabilitation treatment	Each of the 3 treatment programs lasted 10 weeks.  <u>Combined Treatment (CT) of APT and CBT (n=61):</u> A combination of the APT and CBT program, with the same frequency and duration. 19 sessions with a total of 11h.  <u>Cognitive-Behavioral Treatment (CBT, n=58):</u> Consisted of operant behavioral graded activity training, and problem solving training (PST). This program was guided by a physiotherapist or occupational therapist and a clinical psychologist or social worker. Introductory group meetings.	Alle vormen van IMSR zijn significant effectief in vergelijking met wachtlijst controle.  <u>Disability (Roland Disability Questionnaire [0-24])</u> APT vs WLC -2.40 (-4.14 to -0.65)  CBT vs WLC -3.05 (-4.80 to -1.30)  CT vs WLC -2.56 (-4.27 to -0.85)  APT vs CT, difference Base: APT: 14.15 ± 3.70 / CT 13.51 ± 3.92 Post: -0.05 (-1.71 to 1.62) 6 mo: 0.62 (-1.06 to 2.30) 12 mo: 1.16 (-0.52 to 2.84)  CBT vs CT, difference Base CBT 13.74 ± 3.65/ CT 13.51 ± 3.92 Post: 0.58 (-1.08 to 2.24) 6 mo: 1.11 (-0.56 to 2.79) 12 mo: 1.62 (-0.06 to 3.31)  Patient specific complaint (PCS) APT vs WLC -11.19 (-20.07 to -2.31)

				<p>followed by individual sessions. Treatments for 3x-1x p/wk with a total of 11.5h.</p> <p><u>Active Physical Treatment (APT, n=53):</u> Consisted of aerobic training and strengthening exercises, guided by two physiotherapists. (3x p/wk for 1:45h)</p> <p>Waiting list control group that received no treatment during 10 weeks (WLC, n=50)</p>	<p>CBT vs WLC -16.36 (-25.13 to -7.60)</p> <p>CT vs WLC -17.84 (-26.54 to -0.14)</p> <p>APT vs CT, difference Base: APT: 74.52 ± 14.59 / CT 72.44 ± 17.03 Post: -6.38 (-16.00 to 3.25) 6 mo: -2.26 (-11.94 to 7.41) 12 mo: 0.33 (-9.36 to 10.02)</p> <p>CBT vs CT, difference Base: CBT 74.71± 16.19/CT 72.44± 17.03 Post: -1.74 (11.23 to 7.75) 6 mo: 4.82 (-4.74 to 14.38) 12 mo: 8.24 (-1.40 to 17.88)</p> <p>Self-perceived improvement of disability (7-point scale) APT vs CT Post: -0.20 (-0.75 to 0.35) 6 mo: 0.38 (-0.18 to 0.94) 12 mo: 0.61 (0.05 to 1.16)</p> <p>CBT vs CT Post: 0.18 (-0.37 to 0.73) 6 mo: 0.76 (0.21 to 1.31) 12 mo: 0.65 (0.10 to 1.21)</p>	
(26)	Smeets	2009	RCT met kosteneffectiviteits-analyse	<p>172 patients with chronic low back pain in the Netherlands (WLC is excluded as the study has a follow up of 12 months and WLC received IMPT treatment as usual after 10 weeks of waiting)</p> <p>Inclusion criteria: - patients, age 18-65 year -non-specific low back pain &gt;3mo -functional limitation due to CLBP -ability to walk uninterrupted &gt;100m</p>	<p>Zie Smeets 2006/2008</p>	<p>IMSR waarin GA met probleemoplossende vaardigheid wordt aangeboden is kosteneffectief.</p> <p>Cost-effectiveness using a societal perspective (including healthcare and non-health care costs e.g work absenteeism) was calculated using Roland Disability Questionnaire and EQ-5D to calculate QALYs Cost effectiveness ratios (ICERs) and cost-effectiveness acceptability curves showed that GAP is cost-effective regarding reduction of</p>

				<p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-vertebral fracture</li> <li>-spinal inflammatory disease</li> <li>-spinal infections or malignancy</li> <li>-current nerve root pathology, spondylolysis or spondylolisthesis</li> <li>-lumbar spondylodesis</li> <li>-medical co-morbidity making intensive exercising impossible</li> <li>-ongoing diagnostic procedures or treatment for CLBP at time of referral</li> <li>-clear treatment preference</li> <li>-not proficient in Dutch</li> <li>-pregnancy</li> <li>-substance abuse that could interfere with rehabilitation treatment</li> </ul>		<p>disability and gain in QALY and to a lesser degree APT is more cost-effective than CT in reducing disability.</p>
<b>Behandelinstek gebaseerd op IMSR met cognitive behavioral treatment (CBT)</b>						
(27)	Ma TW	2023	Systematic review en metaanalyse	nvt	<p>Randomized controlled trials that investigated the efficacy of ACT in clinical or community setting for adult populations with chronic pain were included. Standardized mean differences between ACT and comparison groups in their effects on 6 outcomes (ie, pain acceptance, quality of life, pain-related functioning, pain intensity, anxiety, and depression) were pooled across studies.</p>	<p>21 trials with 1962 participants were included for analysis. The comparison groups included active treatment and waitlist control/usual care. The standardized mean difference was 0.67 (95% CI: 0.48, 0.87) for pain acceptance, 0.43 (95% CI: 0.29, 0.57) for quality of life, -0.88 (95% CI: -1.14, -0.63) for pain-related functioning, -0.45 (95% CI: -0.62, -0.27) for pain intensity, -0.35 (95% CI: -0.54, -0.15) for anxiety, and -0.74 (95% CI, -0.98, -0.50) for depression, all favoring ACT. Subgroup analyses showed that the effects were statistically significant across almost all subgroups and for some outcomes were greater in the trials conducted in people with a specific diagnosis (as compared with those conducted in people with general chronic pain), the trials with waitlist or usual care control, the trials with a greater number of sessions of ACT, and the trials with a longer ACT intervention.</p>

						<b>Conclusion:</b> ACT is effective and comparable to, if not better than, some other available active treatments for chronic pain.
(28)	Lumley MA	2019	Review	nvt	This article presents the rationale for EAET, describes its principles and techniques, reviews its development and early testing as well as recent clinical trials, and critically analyzes the evidence base.	Four initial trials (between 2006 and 2011) demonstrated the efficacy of earlier versions of EAET. Four recent randomized, controlled trials of different EAET durations (1 to 8 sessions) and formats (individual or group) in patients with fibromyalgia, irritable bowel syndrome, pelvic pain, or medically unexplained symptoms support the earlier findings. EAET reliably reduces pain and interference, although improvements in anxiety and depression are less reliably achieved and may be delayed. The largest and best conducted trial found superiority of EAET over cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia. Patient retention in EAET is high, and adverse events are rare. EAET merits inclusion as a treatment option for primary pain conditions, and it may be the preferred treatment for some patients. Research is needed on EAET with other pain conditions and samples, using better controls and comparison conditions, and on additional ways to motivate and help patients engage in successful emotional processing.
				<b>Artikelen theoretische onderbouwing</b>		
(7)	Smeets	2006	Mediatieanalyse pre-post treatment	Zie (7)	Zie Smeets 2006	Change in pain catastrophizing but not internal control of pain mediated the reduction of disability, main complaints, and pain intensity in all three active iMPT groups but not in WLC
(29)	Nicholas	2012	Cohort study	N= 567 patients 18 years or older, 6 or more months persisting pain, not suitable for further pain relief treatments. Evidence of pain-related disability and/or distress, excessive reliance on medication and other aids to manage pain. Exclusion criteria: Seeking further medical/surgical interventions for pain. Presence of uncontrolled psychiatric disorders (e.g.	Pain Self-Management provided by clinical psychologist, physiotherapist, nurse and medical pain specialist. The intervention was based an	The average effect size for physical disability (RDQ) was 0.65 en 42.3% bleek responder.  The post-treatment outcomes on these dimensions were found to be statistically and, for many, clinically significant. Consistent with previous research, reductions in catastrophizing and fear-avoidance beliefs, and increased pain self-efficacy beliefs, were

			<p>evidence of suicidal intent)</p> <p>Mean duration of pain 31.2 months (SD 61.4, range 6-601) with median of 18.5 months</p> <p>72.4% had reported two or more sites of pain</p> <p>33.8% still employed in full or part-time capacity, 38.2% was unemployed.</p>	<p>interdisciplinary treatment with cognitive-behavioral principles. It uses on the cognitive-behavioural pain management skills during 3 weeks, 5 days a week. Each participant was given a copy of the self-management text Manage Your Pain and encouraged to read it and to regard it as the manual for the treatment. The psychologist and the physiotherapist were present throughout and actively promoted integration of both aspects (the activities/exercises and the psychological skills), such as using helpful self-talk while performing exercises. All participants were encouraged to perform the exercises and skills during the treatment sessions, as well as at home between sessions. Specific skills taught included: setting specific, functional (and realistic) goals that were meaningful to the participant, activity pacing,</p>	<p>also associated with these gains. But the key new finding was that there was a clear gradient between adherence to specific self-management strategies and reductions in pain, disability and depressive symptoms. Furthermore, adherence to the self-management strategies was predictive of better out-comes even after controlling for the moderating effects of initial catastrophising, fear-avoidance and pain self-efficacy beliefs.</p>
--	--	--	---	---	--

					<p>interoceptive exposure. The exercises taught included stretching, aerobic, and strengthening. Functional tasks included repetitions of step-ups and walking. The appropriate use of medication for pain was discussed in one session, but medication reduction was not a goal.</p>	
<b>Onderzoek naar IMSR van oudere datum</b>						
Ref.	1 <sup>e</sup> auteur	Jaar	Studie-opzet	Patiënten	Interventie	Uitkomst
(30)	Meesters	2016	<p>Prospectief cohort consecutive patients gedurende 21 maanden</p> <p>(1-3-2011 tot 1-12-2012)</p>	<p>Leeftijd &gt; 18 jaar, &gt;3 maanden pijn in houding en bewegingsapparaat, adequate behandeling voor onderliggend somatisch lijden, ernstige beperkingen in dagelijks functioneren en participatie. Gemotiveerd om 15 weken durend programma te volgen</p> <p>Exclusie: in voorgaande 3 jaar IMPT gevolgd hebben, lopende juridische procedures ivm chronische pijn en lopende intensieve behandeling voor psychologische of werk-gerelateerde problemen al dan niet samenhangend met chronische pijn</p> <p>N= 165 N=149 pre-post</p>	<p>15 weken IMPT bestaand uit CBT, PNE, relaxatie, hydrotherapie en exercise zowel groep als individueel aangeboden sessies</p> <p>Revalidatiearts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker.</p>	<p>Beperkingen gemeten met de Canadian Occupational Performance Measure (COPM, subschaal performance en satisfactie)</p> <p>De effect-sizes post-treatment: COPM Performance: 1.1 tot 1.4. COPM Satisfactie: 1.1 tot 1.7</p> <p>Responders (gedefinieerd als MCID 2 of meer) COPM Performance 60%</p> <p>COPM Satisfactie 73%</p>

				Mediaan vier locaties pijn. 65% had 5 of meer jaar pijnklachten 75% gebruikte pijnmedicatie		
(31)	Volker	2017	Zie Meesters maar met 24 maanden post treatment follow-up	Zie Meesters N= 165 N=137 (83%) pre-post N=125 (76%) na 12 maanden FU N= 120 (73%) na 24 maanden FU] Mediaan vier locaties pijn. 65% had 5 of meer jaar pijnklachten 75% gebruikte pijnmedicatie	Zie Meesters 2015	Percentage responders voor Beperkingen gemeten met PDI Post: 55% 24-maanden: 52%  Effect sizes voor Beperkingen gemeten met PDI 24-maanden: 0.70 RAND-36-physical functioning: 0.32 RAND-36 role-physical: 0.52 RAND-36 vitality: 0.58 RAND-36 mental functioning: 0.49  Bezoeken (para/peri-)medicus 24-maanden: verlaging van mediaan 4 (range 1-13) naar 2 (range 0-9)  Betaald werk >= 25 uur nam toe van 16% na 48% op 24-maanden

#### 4b.Aanvullende informatie cohort Breugelmans

Het artikel van Breugelmans uit 2022 beschrijft het selectieproces, dataverzamelingen en onafhankelijke verwerking/analyseplan voor patiënten met WPN 3 of 4. (13) Metingen vinden plaats voorafgaand aan de behandeling, na 5 weken behandeling, einde behandeling (10 weken), einde van eventuele verlenging van behandeling en 3, 6 en 12 maanden na einde van behandeling. Beschreven wordt de inhoud van de interventies met de meest voorkomende modules die toegepast kunnen worden volgens TiDieR checklist. De IMSR bestaan uit de modules ACT, GA, EXP, EAET, experiëntieel leren middels bewegen PNE en zo nodig EMDR. (32,33,34, 35) Hiermee beschrijft hij de patiëntgroep, de interventie en de aanbevolen uitkomstmaten inclusief alle verplichte en facultatieve mediators.

Het artikel van Breugelmans uit 2024 is een prospectieve cohortstudie met inclusie van iedere patiënt die een indicatie voor IMSR krijgt, die informed consent voor gebruik van data voor onderzoek heeft afgegeven en waarbij de behandeling is gestart en (eventueel ook voortijdig) is afgerond in de periode 1-1-2019 t/m 7-1-2022. De cohortstudie was vooraf aangemeld bij de METC en alle data entries en veranderingen zijn gelogd, zodat er volledige transparantie is en garantie dat data niet zijn gemanipuleerd. Het betreft in totaal 2309 patiënten met een diagnose WPN3 of 4 met een interventie als beschreven in het artikel Breugelmans 2022. Deze cohortstudie, met intention to treat analysis, laat zien dat patiënten vooruitgaan op ervaren beperkingen, fysieke en mentale kwaliteit van leven en werkcapaciteit. Ze houden deze beperkingen voor het grootste deel ook na een jaar nog vast.

Construct	Toelichting	Post		Na 12 maanden	
		Effect sizes	% responders obv MCID	Effect sizes	% responders obv MCID
PDI	Ervaren beperkingen	-1.01	59.8%	-0.81	47.8%
PSC (3 activiteiten)	Ervaren beperkingen	: -1.59/-1.40/-1.33		-1.48/-1.12/-1.10	
SF-12 PCS	Kwaliteit van leven fysiek	+1.13		+1.15	
SF-12 MCS	Kwaliteit van leven mentaal	+0.9		+0.70	
Zelf gewaarde werkcapaciteit		+0.59	50,3%	+0.97	52.8%
GPE-disability			43.1%		47.1%
GPE-coping			46.9%		45.7%
Pijn (NRS 0-10)		-0.95	51.9%	-0.84	50,3%

MCID: minimal clinical important difference; PDI: pain disability index; PSC ??; SF-12 PCS short form 12 physical component score; SF-12MCS short form mental component score; GPE global perceived effect gemeten volgens meest strikte criterium.

#### 4c Preliminary data

De review van Elbers (2022) waarvan op dit moment een update wordt gedaan laat zien dat het merendeel van de studies naar revalidatie bij chronische pijn positieve effecten laat zien op alle relevante uitkomstmaten met ook matig tot grote effect sizes: 85% meteen post treatment en 77% na en minimale FU tijd van 1 jaar. (36) In het buitenland is ook bij de interdisciplinaire behandeling vaak (in 78%) een arts betrokken bij de interventies, deze behandelingen zijn ook opgenomen in deze review. Momenteel wordt gewerkt aan een update, ook wordt een kosteneffectiviteit review uitgevoerd om de maatschappelijke impact aan te tonen. Beide reviews zijn medio 2025 klaar om ter publicatie aan bieden.

Preliminary data uit deze review:

In general, a statistically significant positive pre-post effect is observed in 82.6% of the cases across all outcomes, while 17% showed no effect over time from pre to post. In summary, 75.7% of the cases demonstrated a statistically significant positive improvement from pre to final follow-up. In contrast, 22.9% showed no significant effect between pre and final follow-up. Only five SMCs (1.4%) indicated a statistically significant adverse effect over time.

The results of this literature study further reinforce the conclusions of the original review [4]. Specifically, the findings demonstrate a positive improvement from pre- to post-treatment across the majority of patient cohorts in all the outcome categories, with this improvement generally being sustained until the final follow-up

Health related quality of life was introduced as a new outcome category and was not previously considered in the original review. A positive effect from pre-treatment to final follow-up on this measure was observed in 86% of the cohorts, with no adverse effects reported. A summary table is provided below.

Tabel: SMC of pre-post, post-final follow-up, and pre-final follow-up patters across all outcome domains

Outcome	Pre-post			Post-final follow-up			Pre-final follow-up			Direction of effect <sup>c</sup>	
	N	Mdn SMC (range)	Q-test/I <sup>2</sup>	N	Mdn SMC (range)	Q-test/I <sup>2</sup>	N	Mdn SMC (range)	Q-test/I <sup>2</sup>		
Health related quality of life	19	0.32 (0.00 to 6.66) SF-36 GH <sup>a</sup> : 5.88	Q (df=18) =1144.20*** I <sup>2</sup> =99.81%	19	0.06 (-0.16 to 3.33)	Q (df=18) =1139.50*** I <sup>2</sup> =99.17	29	0.40 (-0.12 to 9.99)	Q (df=28) =1465.35*** I <sup>2</sup> =99.82%	25	+
										4	+/-
Pain interference	44	0.67 (-0.21 to 1.98) RMDQ <sup>a</sup> : 4.91	Q (df=43) =1842.21*** I <sup>2</sup> =96.14%	44	0.07 (-0.59 to 0.57)	Q (df=43) =584.06*** I <sup>2</sup> =88.83%	64	0.52 (-0.40 to 1.49)	Q (df=63) =1339.67*** I <sup>2</sup> =95.03%	51	+
										12	+/-
										1	-

Physical function	25	0.40 (0.00 to 11.98) SF-36 PF <sup>a</sup> : 7.62	Q (df=24) =1303.29*** I <sup>2</sup> =99.90%	25	0.01 (-0.91 to 4.49)	Q (df=25) =548.24*** I <sup>2</sup> =98.95%	35	0.39 (-0.29 to 10.98)	Q (df=34) =1530.02*** I <sup>2</sup> =99.83%	25 10	+ +/-
Depression	40	0.64 (0.10 to 3.19) BDI <sup>a</sup> : 5.03	Q (df=39) =1138.15*** I <sup>2</sup> =96.39%	40	-0.12 (-1.29 to 0.33)	Q (df=39) =298.34*** I <sup>2</sup> =90.15%	54	0.42 (-0.28 to 1.29)	Q (df=53) =927.79*** I <sup>2</sup> =94.22%	41 12 1	+ +/- -
Anxiety	21	0.46 (0.11 to 3.77) HADS A <sup>a</sup> : 2.13	Q (df=20) =660.14*** I <sup>2</sup> =98.39%	21	0.00 (-1.61 to 0.73)	Q (df=20) =149.35*** I <sup>2</sup> =96.12%	30	0.32 (0.02 to 1.18)	Q (df=29) =574.28*** I <sup>2</sup> =94.40%	23 7	+ +/-
Emotional functioning	19	0.37 (-0.09 to 6.24) SF-36 MH <sup>a</sup> : 7.20	Q (df=18) =971.04*** I <sup>2</sup> =99.70%	19	-0.12 (-0.84 to 2.22)	Q (df=18) =892.42*** I <sup>2</sup> =98.37%	27	0.35 (-0.23 to 8.74)	Q (df=26) =1123.92*** I <sup>2</sup> =99.71%	19 8	+ +/-
Anger	1	1.94 SCL-90 H <sup>a</sup> : 3.88	NA	1	-0.48	NA	1	0.48	NA	1	+
Self-efficacy	16	0.89 (0.10 to 1.21) PSEQ <sup>a</sup> : 9.84	Q (df=15) =156.80*** I <sup>2</sup> =89.09%	16	0.01 (-0.21 to 0.39)	Q (df=15) =19.98 I <sup>2</sup> =8.30	19	0.90 (0.16 to 1.33)	Q (df=18) =162.39*** I <sup>2</sup> =87.78%	17 2	+ +/-
Social functioning	14	0.30 (-0.08 to 719.09) SF-36 SF <sup>a</sup> : 6.80	Q (df=13) =1574.39*** I <sup>2</sup> =100%	14	0.16 (-0.77 to 1342.9)	Q (df=13) =635.20*** I <sup>2</sup> =100%	23	0.44 (-0.07 to 4399.5)	Q (df=22) =14844.38*** I <sup>2</sup> =100%	16 7	+ +/-
Pain intensity	54	0.50 (-0.27 to 6.91) NRS <sup>a</sup> : 0.91	Q (df=53) =2944.61*** I <sup>2</sup> =99.35%	54	0.02 (-0.58 to 0.83)	Q (df=53) =1098.92*** I <sup>2</sup> =93.35%	76	0.46 (-0.31 to 8.33)	Q (df=75) =3605.54*** I <sup>2</sup> =99.35%	53 20 3	+ +/- -

BDI, Beck Depression Inventory; df, degrees of freedom; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale, subscale Anxiety; Mdn, median; N, number of cohorts; PSEQ, Pain Self-efficacy Questionnaire; RMDQ, Roland-Morris Disability Questionnaire; SCL-90 H, Symptom Checklist 90, subscale hostility; SF-36 GH, Short Form 36, subscale general health; SF-36 MH, Short Form 36, subscale mental health; SF-36 PF, Short Form 36, subscale physical functioning; SF-36 SF, Short Form 36, subscale social functioning.

<sup>a</sup>The re-expression of the median pre-post SMC on a familiar instrument was obtained by multiplying the effect size by the weighted standard deviation of all post-intervention scores from that instrument.

<sup>b</sup>The pattern reflects the development of an outcome over three time points (pre, post-final follow-up). An upward slope between two points indicates a statistically significant favorable effect (i.e. the lower limit of the 95% CI of the ES > 0); A straight line represents no effect (i.e. the lower limit of the 95%CI of the ES < 0 and the upper limit > 0); a downward slope represents a statistically significant unfavorable effect (i.e. the upper limit of the 95% CI of the ES < 0).

<sup>c</sup>Direction of effect: + represents a statistically significant effect from pre to final follow-up; +/- represents no effect; - represents a statistically significant unfavorable effect from pre to final follow-up. No range, only one study included.

\*p > .05; \*\*p > .01; \*\*\*p > .001

A closer examination of the heterogeneity among IMPT programs revealed slight differences between the various subgroups when pain interference was considered as the primary outcome. A large effect size was observed for high tailoring (ES=0.726, p=.004), whereas low and medium tailoring demonstrated medium-to-large and medium effect sizes, respectively (ES=0.5646, p<.001; ES=0.370, p<.001). Regarding the contact hours of the IMPT program, large effect sizes were observed for programs offering 0–48 hours and 49–130 hours of contact (resp. ES=0.658, p<.001; ES=0.614, p<.001), while programs with 131–274 hours displayed only a medium effect size (ES=0.388, p<.001). The difference between 49–130 hours and 131–274 hours was statistically significant (p=.0496). A combination of individual and group therapy yielded a larger effect size compared to group therapy alone (resp. ES=0.726, p=.004; ES=0.572, p<.001), though this difference was not statistically significant (p=.3223).

#### 4d. Internationaal en indirecte perspectieven

De duiding van de ZIN heeft zich tot nu toe gericht op RCT's, waardoor een grote hoeveelheid indirect bewijs niet is meegenomen. De VRA is echter van mening dat ook indirect bewijs meegenomen moet worden in de overwegingen. Uit onderstaande opsomming van reviews en *position statements* van toonaangevende organisaties blijkt dat de huidige IMSR wordt ondersteund door de internationale evidentie en daarop gebaseerde adviezen.

##### Reviews

Systematische reviews vanaf 2010 geven een consistent beeld van positieve effecten van IMSR (of daarop gelijkende interventies of benamingen) bij mensen met aanhoudende pijn aan het bewegingsapparaat. De indirectheid van het bewijs betreft voornamelijk de vormgeving van de interventies. Hieronder valt ook de rol van de revalidatiearts als hoofdbehandelaar; niet alle landen hebben revalidatieartsen, en vervullen andere (al dan niet daartoe adequaat opgeleide) medisch specialisten de rol van hoofdbehandelaar. (37,38,39,40)

##### Position statements

World Health Organisation (WHO) Resolutie WHA76.6 over het versterken van revalidatie in gezondheidsstelsels goedgekeurd in 2023. (41,42)

De resolutie is een historische mijlpaal en markeert dat revalidatie wordt erkend als een kernprioriteit voor de wereldwijde volksgezondheid. Het initiatief Revalidatie 2030 vestigt de aandacht op de grote onvervulde behoefte aan revalidatie wereldwijd en benadrukt het belang van het versterken van gezondheidsstelsels om revalidatie te bieden. Het initiatief markeert een nieuwe strategische benadering voor de wereldwijde revalidatiegemeenschap door te benadrukken dat:

- Revalidatie moet beschikbaar zijn voor de hele bevolking en in alle fasen van de levensloop.
- Inspanningen om revalidatie te versterken moeten gericht zijn op het ondersteunen van het gezondheidssysteem en het integreren van revalidatie in alle niveaus van de gezondheidszorg.
- Revalidatie is een essentiële gezondheidsdienst en cruciaal voor het bereiken van universele gezondheidszorg.

Met de vergrijzing van de bevolking en een toename van het aantal mensen met een chronische ziekte benoemt de WHO revalidatie een prioritaire gezondheidsstrategie voor de 21e eeuw die op unieke wijze bijdraagt aan het optimaliseren van het functioneren van de bevolking.

De resolutie betreft de revalidatie in volle breedte. Specifieke invulling voor onderdelen is in ontwikkeling, maar er is al een pakket aan revalidatie interventies voor mensen met aanhoudende rugpijn beschikbaar. Uit de introductie van dit hoofdstuk blijkt een heldere ondersteuning van de noodzaak voor revalidatie: *It is estimated that in 2019, 568 million people worldwide were living with low back pain and associated problems in functioning that could benefit from rehabilitation. Rehabilitation plays an essential role to support people in restoring and maintaining optimal levels of functioning and preventing recurrent episodes. Importantly, for people with chronic low back pain, multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation, including both physical exercise programmes to restore motor functions, and psychological approaches to enable people with low back pain to cope better with pain, are more effective in improving physical tolerances towards daily activities and general well-being than physical treatment alone. Rehabilitation may also consider vocational aspects and other risk factors, whenever they contribute to the development or deterioration of the condition*

#### Wereld en Europese pijnverenigingen (IASP en EFIC)

De mondiale en Europese pijnverenigingen beschouwen 'multimodale' en 'interdisciplinaire' pijntherapieën als '**best practice**'. De termen multimodaal en interdisciplinair waren echter niet eenduidig gedefinieerd en bovendien inconsistent toegepast. Twee werkgroepen hebben deze termen beter gedefinieerd en nader gespecificeerd. Beide projecten zijn in de eindfase, de eindrapportages zijn nog niet openbaar. Gelukkig hebben zowel EFIC als IASP toestemming gegeven om dit document confidentieel met het Zorginstituut Nederland te delen. (Bijlage 1) Een van de VRA leden participeerde in beide werkgroepen.

Hoewel de resultaten gelden voor de gehele medische pijnzorg en dus niet alleen voor revalidatie, past de praktijk van de IMSR uitstekend in de door de IASP en EFIC beschreven 'best practice'.

Quotes uit de huidige eindrapportages:

- *The ultimate goal is that the definition of multimodal pain treatment/management and the definition of interdisciplinary pain management / treatment should guide best practice in delivery of pain care.(43)*
- *Definition of interdisciplinary pain management / treatment: Multimodal treatment provided by a multidisciplinary team collaborating in assessment and treatment using a shared biopsychosocial model and goals.(43)*
- *The Taskforce defined multimodal chronic pain treatment / management as 'the coordinated simultaneous application of two or more therapeutic modalities from at least two domains of the biopsychosocial model for a person living with chronic pain'. A modality within multimodal chronic pain treatment was defined as 'a distinct therapeutic intervention with (a) distinct target(s)'.(44)*

Daarnaast heeft de IASP de inhoud/principes, competenties en middelen van interdisciplinair pijnmanagement beschreven inclusief de betrokkenheid van de patiënt met pijn en voldoet IMSR zoals op dit moment in Nederland wordt gegeven en is vastgelegd in het behandelkader, volledig aan deze criteria. Voor meer uitleg zie het confidential IASP report "Interdisciplinary pain management and treatment programs: recommendations for key concepts and characteristics".

### Cochrane Rehabilitation

De revalidatie groep van de Cochrane collaboration is glashelder over de beperkingen van de RCT voor de revalidatie.

*Across several fields and disciplines in health care, including rehabilitation, researchers favor randomized controlled trials (RCTs) because well-controlled and sufficiently powered RCTs are argued to provide high levels of internal and statistical conclusion validity. However, RCTs can be financially prohibitive, treatment as usual conditions can pose ethical, recruitment and attrition concerns if the usual conditions are less effective than novel interventions, patients with the same condition can present differently, necessitating intervention adaptation and can be infeasible with low incidence populations and issues. For these reasons, rehabilitation contexts favor adapted or individualized intervention protocols rather than the "one size fits all" approach of RCTs.(45)*

*.... encouraged to place greater emphasis on supporting studies that involve the right design to address key uncertainties in rehabilitation clinical practice. This will require investment into a broader range of types of research than simply individual-level randomized controlled trials. (46)*

#### NHG richtlijn pijn 2023 (47)

Verwijs bij chronische pijn bij een hoge mate van beperkingen in het dagelijks leven door de pijn naar een revalidatiearts of pijnrevalidatieteam

#### Gezondheidsraad rapport fibromyalgia 2023 (48)

De commissie stelt dat bij een multicomponente behandeling de combinatie van therapieën goed moet worden afgestemd op de individuele patiënt (op basis van uitkomsten van de biopsychosociale exploratie). Ook dient een multicomponente behandeling volgens de commissie alleen te worden aangeboden bij complexe problematiek/ernstige beperkingen.

#### Richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom FMS 2020 (49)

Overweeg een interdisciplinair pijnprogramma bij patiënten met LRS die minimaal 3 maanden pijnklachten hebben en geen baat hebben gehad bij eerstelijnsbehandelingen.

#### Richtlijn Lage Rugpijn en Lumbosacraal Radiculair Syndroom voor bedrijfsartsen & verzekeringsartsen 2020 (50)

Bij deze patiënten dienen onderhoudende en beïnvloedbare bio-psychosociale factoren complex, interacterend en duidelijk aanwezig te zijn. Adviseer over aanvullende behandeling volgens het principe van stepped care bij aanhoudende klachten en onvoldoende verbetering van arbeidsparticipatie, op basis van de duur van de klachten én de aanwezige risico- en prognostische factoren: overweeg multi- of interdisciplinaire revalidatie, en bij voorkeur arbeidsrevalidatie

#### Eular fibromyalgia 2017 (51)

Aanbeveling multicomponent therapy for fibromyalgia patients with severe disability/sick leave

#### Richtlijn Instrumentele wervelkolomchirurgie 2017 (52)

Patiënten met chronische (langer dan drie maanden bestaande) lage rugpijn (met of zonder beenpijn) die onvoldoende hebben gereageerd op eerstelijns conservatieve therapie, worden een multidisciplinair rug- revalidatieprogramma aangeboden. Dit dient te bestaan uit cognitieve en functionele training (aanleren van pijn coping strategie) onder leiding van een revalidatiearts of klinisch psycholoog, in combinatie met oefeningen onder begeleiding van een fysiotherapeut.

#### 4 e. Stand van praktijk: (Inter)nationale richtlijnen

##### Leidraad chronische pijn 2024

IMSR staat niet alléén in het zorglandschap voor de patiënt met chronische pijn. In 2019 werd onder gezamenlijke eindverantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging van Anesthesisten (NVA) en VRA gestart met het ontwikkelen van de leidraad chronische pijn. De leidraad is reeds vastgesteld door de VRA in november 2024. De NVA heeft één punt opnieuw geadresseerd: wie de zorgcoördinator zou moeten worden. Gesprekken tussen VRA en NVA hierover zijn in gevorderd stadium.

De aanleiding voor de leidraad is:

- Een (lange) zoektocht van patiënten met pijn naar de juiste diagnose, behandeling en behandelaar.
- Het stellen van de juiste diagnose en daarmee de juiste behandeling chronische pijn duurt te lang, hetgeen leidt tot onnodig lijden en kosten.
- De behoefte om de zorg voor de patiënt met chronische pijn doelmatiger te maken via een stepped en matched care principe tussen zorgverleners in de 1e, 2e en 3e lijn.

Met de leidraad wordt beoogd de gang van de patiënt door het zorglandschap efficiënter en doelmatiger te maken, doordat de patiënten sneller de juiste diagnose en behandeling op de juiste plaats krijgen.

In Module III, Op- en afschaling binnen chronische pijnzorg is gewenste stepped care uitgebreid aan de orde, en worden op- en afschalings criteria uitgebreid beschreven. Doel is de meest effectieve, minst belastende, goedkopere en kortste vorm van behandeling, die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek, aan te bieden. Beschreven wordt welke criteria gebruikt kunnen worden bij de opschaling en afschaling binnen de eerste, tweede en derdelijn van patiënten met chronische pijn. Met de komst van de leidraad wordt verwacht dat bovengenoemde doelstellingen worden bereikt. Daarbij kan er dan ook beter worden ingespeeld op variatie in zowel indicatiestelling als in behandelintensiteit en -duur door de gehele keten.

##### Richtlijn chronische pijnrevalidatie FMS 2024 (53)

De richtlijn pijnrevalidatie omvat aanbevelingen voor inhoud van screening en assessment, interdisciplinaire behandeling en nazorg. De richtlijn pijnrevalidatie sluit goed aan bij de leidraad chronische pijn waar ook een implementatieplan is opgesteld waarin IMSR een onderdeel vormt.

##### Behandelkader chronische pijn VRA 2022 (54)

In het behandelkader wordt een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de IMSR voor patiënten met chronische pijn beschreven. Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals: • het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's; • transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiënten doelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt dan wel kan worden verwacht; • het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken teneinde praktijkvariatie inzichtelijk te maken; • het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, wanneer, waar en op welk niveau).

Wanneer we leidraad, richtlijn en behandelkader gezamenlijk toepassen is er sprake van een zeer goed toetsbare en transparante vorm van zorg voor de patiënt met chronische pijn. Hier zijn zowel de patiënten als de zorgprofessionals als ook de zorgverzekeraars gebaat. Het doet ook veel meer recht aan de gehele zorgketen.

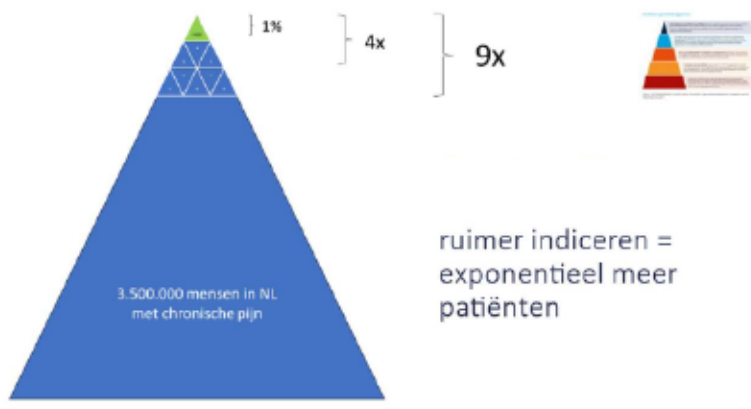
## 5. Alternatieve oplossingsrichting

Zoals reeds in de inleiding geschetst: Het eigenlijke onderliggende probleem lijkt niet zozeer de effectiviteit van IMSR-behandeling bij patiënten met complexe samenhangende chronische pijnproblematiek voor wie 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijns revalidatie niet toereikend is. Onze analyse is dat er ongewenste en/of onverklaarde variatie wordt vermoed tussen instellingen in zowel indicatiestelling als in behandel dosis (frequentie, duur en intensiteit), waardoor een deel van de IMSR mogelijk niet doelmatig worden ingezet.

### Revalidatie in gezondheidssystemen



Figuur 1: WHO-Rehabilitation in health systems/Revalidatie in gezondheidssystemen: aangepast naar de Nederlandse situatie<sup>11</sup>



Figuur 2: schematische weergave indicatievraagstuk

Figuur 1: WHO rehabilitation in health systems

IMSR hoort, conform de WHO-resolutie, alleen ingezet te worden voor de meest complexe revalidatie vraagstukken (figuur 1). Wanneer de huidige aanbevelingen over indicatiestelling uit de richtlijnen niet worden opgevolgd, bestaat het risico van te ruime inclusie. Iets soortgelijks geldt voor de dosis van de IMSR (figuur 2). Er zijn goede redenen om per individu de behandeling goed af te stemmen op de noden van de patiënt (36). Echter op instellingsniveau zou de ernst van de patiënten moeten corresponderen met dosis.

ZE&GG presenteerde in januari 2025 de infinity loop voor verantwoorde medische zorg. Aan de linker kant worden kennislacunes benoemd, essentieel voor de doorontwikkeling van de zorg. Voor de doorontwikkeling van de revalidatie kan (en wordt!) gebruik gemaakt meerdere onderzoeksdesigns. Belangrijke ontwikkelingen richten zich op de identificatie van prognostische factoren en subpopulaties die kunnen profiteren van een specifieke aanpak. (55,56,57). Deze specifieke aanpak wordt vervolgens middels RCT afgezet tegen de therapy as usual, dat wil zeggen de IMSR zoals beschreven in de huidige richtlijn. Ook de ontwikkeling van multidisciplinaire eerstelijns revalidatie kan op deze manier worden onderzocht.

Aan de rechter kant wordt aandacht gevraagd voor implementatie en praktijkvariatie. Mogelijk is in Nederland sprake van onvolledige implementatie van de richtlijn (patiëntselectie, behandelprotocol en behandel dosis), wat tussen instellingen kan leiden tot onwenselijke praktijkvariatie. Referentie gegevens over de gemiddelde ernst van de patiënten en de gemiddelde gewenste behandel dosis zijn echter wel voorhanden.

In onze optiek is de huidige impasse ontstaan omdat alleen de wetenschappelijke vereniging, de VRA dus, de praktijkvariatie en de onderliggende oorzaken daar van kan duiden. De VRA heeft met de Stichting Revalidatie Impact en het Revalidatie Register alle middelen om de praktijkvariatie in kaart te brengen. Echter, om het in beeld brengen van praktijkvariatie en de uitkomsten van praktijkvariatie niet vrijblijvend te laten zijn is een goede samenwerking vanuit vertrouwen met andere partijen in de zorg noodzakelijk. Vanuit de maatschappelijke opdracht om toekomstbestendige, doelmatige, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg te borgen pakken wij als VRA graag de handschoen op hoe we revalidatie voor patiënten met chronische pijn verder kunnen ontwikkelen. We denken daarbij dus uitdrukkelijk aan beide zijden van de infinity loop. Ook onderzoek naar multidisciplinaire eerstelijns revalidatie zouden wij toejuichen. Het is onze wens om met elkaar in gesprek te gaan hoe we hierin samen met andere zorgpartijen verantwoordelijkheid kunnen nemen.



Figuur 3: Infinity loop voor het borgen van toekomstbestendige, doelmatige, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg.

## REFERENTIES

- 1 Swaan JL, Schiphorst Preuper HR, Smeets RJEM. Multifactoriele analyse in de medisch-specialistische revalidatie. Chapter 6, 69-86. Handboek pijnrevalidatie. Voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg. Verbunt JA, Swaan JL, Schiphorst Preuper HR, Schreurs KMG (editors). Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten, the Netherlands. ISBN 9789036822299.
- 2 Van Erp R, Huijnen I, Köke A, Verbunt J, Smeets R. Feasibility of the biopsychosocial primary care intervention 'Back on Track' for patients with chronic low back pain: a process and effect-evaluation. *Eur J Physiotherapy* 2022 24(4);197-207. doi.org/10.1080/21679169.2020.1840627
- 3 van Erp, R. M. A., Huijnen, I. P. J., Ambergen, A. W., Verbunt, J. A., & Smeets, R. J. E. M. (2019). Biopsychosocial primary care versus physiotherapy as usual in chronic low back pain: results of a pilot-randomised controlled trial. *European Journal of Physiotherapy*, 23(1), 3–10. <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1630855>
- 4 van Erp RMA, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, Kleijnen J, Smeets RJEM. Effectiveness of primary care interventions using a biopsychosocial approach in chronic low back pain: a systematic review. *Pain Practice* 2019;19 :221-41. doi: 10.1111/papr.12735.
- 5 Dijk H, Köke AJA, Elbers S, Mollema J, Smeets RJEM, Harriët Wittink H. Physiotherapists using the biopsychosocial model: Barriers and Facilitators. A scoping review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 1634. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021634>
- 6 van Dijk H, Köke AJA, Elbers S, van Gessel C, de Vries R, Zitter I, Smeets RJEM, Wittink H. Development of a Work-integrated Learning Program for Chronic Pain Physiotherapy in Private Practice using Co-Design Methods: Description of a Journey. Submitted to *BMJ Open*
- 7 Smeets RJEM, Vlaeyen JWS, Hidding A, Kester ADW, van der Heijden 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.
- 8 Krasny-Pacini A, Evans J. Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: A practical guide. *Ann Phys Rehabil Med*. 2018 May;61(3):164-179. doi: 10.1016/j.rehab.2017.12.002. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29253607.
- 9 Bicego A, Monseur J, Rousseaux F, Faymonville ME, Malaise N, Salamun I, Collinet A, Nyssen AS, Vanhauzenhuysse A. Drop-out from chronic pain treatment programmes: Is randomization justified in biopsychosocial approaches? *J Rehabil Med*. 2021 Apr 28;53(4):jrm00185. doi: 10.2340/16501977-2824. PMID: 33829274; PMCID: PMC8814856.
- 10 Canadian Occupational Performance Measure - 5th ed. – Meetinstrumenten in de zorg ([meetinstrumentenzorg.nl](http://meetinstrumentenzorg.nl))
- 11 Patient Specific Functional Scale – Meetinstrumenten in de zorg ([meetinstrumentenzorg.nl](http://meetinstrumentenzorg.nl))

- 
- 12 Ronzi Y, Roche-Leboucher G, Bègue 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? Randomized Controlled Trial . Clin Rehabil. 2017 Oct;31(10):1364-1373. doi: 10.1177/0269215517691086. Epub 2017 Feb 13.
- 13 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 Research Notes 2022;15:320 <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06211-z>
- 14 Crombez G, Eccleston C, van Damme S et al. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation Clin J Pain. 2012 Jul;28(6):475-83. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182385392. PMID: 22673479
- 15 den Hollander M, Smeets R, van Meulenbroek T, van Laake-Geelen C, Baadjou V, Timmers I. Exposure in vivo as a treatment approach to target pain-related fear: theory and new insights from research and clinical practice. Phys Ther. 2022 Feb 1;102(2):pzab270. doi: 10.1093/ptj/pzab270.PMID: 35084025
- 16 Timmers I, van de Ven VG, Vlaeyen JWS, Smeets RJEM, Verbunt JA, de Jong JR, Kaas AL. Corticolimbic Circuitry in Chronic Pain Tracks Pain Intensity Relief Following Exposure In Vivo. Biol Psychiatry Glob Open Sci. 2021 Apr 8;1(1):28-36.
- 17 Timmers I, de Jong 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 Sep 17;13:970.
- 18 den Hollander M, Goossens M, de Jong J, Ruijgrok J, Oosterhof J, Onghena P, Smeets R, Vlaeyen JWS. Expose 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 Oct;157(10):2318-2329.
- 19 den Hollander M, Heijnders N, de Jong JR, Vlaeyen JWS, Smeets RJEM, Goossens MEJB. EXPOSURE IN VIVO VERSUS PAIN-CONTINGENT PHYSICAL THERAPY IN COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME TYPE I: A COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS. Int J Technol Assess Health Care. 2018 Jan;34(4):400-409.
- 20 Leeuw M, Goossens M, van Breukelen GJP et al. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. Randomized Controlled Trial. Pain 2008 Aug 15;138(1):192-207. doi: 10.1016/j.pain.2007.12.009.
- 21 Goossens ME, de Kinderen RJ, Leeuw M, de Jong JR, Ruijgrok J, Evers SM, Vlaeyen JW. Is exposure in vivo cost-effective for chronic low back pain? A trial-based economic evaluation. BMC Health Serv Res. 2015 Dec 14;15:549.
- 22 Dekker C, Goossens M, Winkens B, Remerie S, Bastiaenen C, Verbunt J. Functional Disability in Adolescents with Chronic Pain: Comparing an Interdisciplinary Exposure Program to Usual Care. Children (Basel). 2020 Dec 11;7(12):288. doi: 10.3390/children7120288

- 
- 23 de Jong JR, Vangronsveld K, Peters ML, Goossens ME, Onghena P, Bulté I, Vlaeyen JW. Reduction of pain-related fear and disability in post-traumatic neck pain: a replicated single-case experimental study of exposure in vivo. *J Pain*. 2008 Dec;9(12):1123-34. doi: 10.1016/j.jpain.2008.06.015
- 24 de Jong JR, Vlaeyen JWS, van Eijsden 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 Oct;153(10):2109-2118.
- 25 de Jong 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 Aug;116(3):264-275.
- 26 Smeets RJ, Severens JL, Beelen S. More is not always better: cost-effectiveness analysis of combined, single behavioral and single physical rehabilitation programs for chronic low back pain. *Randomized Controlled Trial*. *Eur J Pain* 2009 Jan;13(1):71-81. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.02.008. Epub 2008 Apr 22.
- 27 Ma TW, Yuen AS, Yang Z. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin J Pain*. 2023 Mar 1;39(3):147-157. doi: 10.1097/AJP.0000000000001096. PMID: 36827194.
- 28 Lumley MA, Schubiner H. Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. *Curr Rheumatol Rep*. 2019 May 23;21(7):30. doi: 10.1007/s11926-019-0829-6. PMID: 31123837; PMCID: PMC7309024.
- 29 Nicholas MK, Asghari A, Corbett M, Smeets RJEM, Wood B, Overton S, Perry C, Tonkin L, Beeston L. Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression, and disability in those with disabling chronic pain? *European Journal of Pain* 2012;16:93-104.
- 30 Meesters J, Volker G, Koele R et al. Problems in Functioning in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain Admitted for Multidisciplinary Rehabilitation. *Observational Study*. *Pain Pract* 2016 Jul;16(6):737-48. doi: 10.1111/papr.12327. Epub 2015 Jul 30.
- 31 Volker G, van Vree F, Wolterbeek R, van Gestel M, Smeets R, Köke A, Vliet Vlieland T. Long-term outcomes of multidisciplinary rehabilitation for chronic musculoskeletal pain. *Musculoskeletal Care* 2017;15:59-68
- 32 Lumley MA, Schubiner H. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain: rationale, principles and techniques, evidence, and critical review. *Curr Rheumatol Rep*. 2019;21(7):30. 9.
- 33 McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain*. 2014;15(3):221-34. 11.
- 34 Feliu-Soler A, Montesinos F, Gutiérrez-Martínez O, Scott W, McCracken LM, Luciano JV. Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *J Pain Res*. 2018;11:2145-59.
- 35 Macedo LG, Smeets RJEM, Maher CG, Latimer J, McAuley JH. Graded activity and graded exposure for persistent nonspecific low back pain: a systematic review. *Phys Ther*. 2010.

- 
- 36 Elbers S, Wittink H, Konings S, Kaiser U, Kleijnen J, Pool J, Koke A, Smeets RJEM. Longitudinal outcome evaluations of interdisciplinary multimodal pain treatment programs for patients with chronic primary musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, DOI 10.1002/ejp.1875
- 37 Kamper S, Apeldoorn A, Chiarotto A, Smeets R, Ostelo R, Guzman J et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;9:CD000963.
- 38 Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015 Feb 18;350:h444. doi: 10.1136/bmj.h444. PMID: 25694111; PMCID: PMC4353283.
- 39 Elbers S, Wittink H, Konings S, Kaiser U, Kleijnen J, Pool J, Koke A, Smeets R. Longitudinal outcome evaluations of Interdisciplinary Multimodal Pain Treatment programmes for patients with chronic primary musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*. 2022 Feb;26(2):310-335. doi: 10.1002/ejp.1875. Epub 2021 Nov 5. PMID: 34624159; PMCID: PMC9297911.
- 40 Waterschoot FPC, Dijkstra PU, Hollak N, de Vries HJ, Geertzen JHB, Reneman MF. Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. *Pain*. 2014 Jan;155(1):179-189. doi: 10.1016/j.pain.2013.10.006. Epub 2013 Oct 14. PMID: 24135435.
- 41 Package of interventions for rehabilitation. Module 2. Musculoskeletal conditions. Chapter 1. Low back pain. Geneva: World Health Organization; 2023 (Package of interventions for rehabilitation). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Package of interventions for rehabilitation
- 42 Rehabilitation 2030 (who.int)
- 43 Kaiser U, Harriet Wittink, Miroslav Backonja, Luciana Buin, Stefan Elbers, Michael Falcon, Babita Ghai, Lorimer Moseley, Michael Nicholas, Sumihisa Orita, Michiel Reneman, Julie Shulman, Kathleen Sluka, Johan Vlaeyen, Ian Gilron, Amanda Williams, Traci Butler. Interdisciplinary pain management and treatment programs: recommendations for key concepts and characteristics. Submitted 2025.
- 44 Mary O’Keeffe, Beatrice Korwisi, Rolf-Detlef Treede, Brona M Fullen, Ulrike Kaiser, Thomas R. Tölle, Kevin E Vowles, Michiel F Reneman. Proposal for a standardised definition of Multimodal Chronic Pain Treatment and Management: European Pain Federation EFIC Task Force recommendation statement. Manuscript in preparation.
- 45 Machalicek W, Gross DP, Armijo-Olivo S, Ferriero G, Kiekens C, Martin R, Walshe M, Negrini S; 5th Cochrane Rehabilitation Methodological Meeting participants. The role of single case experimental designs in evidence creation in

- 
- rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2024 Dec;60(6):1100-1111. doi: 10.23736/S1973-9087.24.08713-6. Epub 2024 Oct 7. PMID: 39374052; PMCID: PMC11729724.
- 46 Levack WM, Gross DP, Martin RA, Every-Palmer S, Kiekens C, Cordani C, Negrini S; Participants in the 5th Cochrane Rehabilitation Methodological Meeting. Designing studies and reviews to produce informative, trustworthy evidence about complex interventions in rehabilitation: a narrative review and commentary. Eur J Phys Rehabil Med. 2024 Dec;60(6):1088-1099. doi: 10.23736/S1973-9087.24.08459-4. Epub 2024 Jun 26. PMID: 38922317; PMCID: PMC11780669.
- 47 Pijn | NHG-Richtlijnen
- 48 Rapport van de gezondheidsraad over Fibromyalgie Aan: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Nr. 2024/05, Den Haag, 19 maart 2024 05\_Advies\_Fibromyalgie.pdf
- 49 [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lumbosacraal\\_radiculair\\_syndroom\\_lrs/startpagina\\_-\\_lrs.html#](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lumbosacraal_radiculair_syndroom_lrs/startpagina_-_lrs.html#RL-Lage-rugpijn-en-LRS-def-versie-2020.pdf)
- 50 [RL-Lage-rugpijn-en-LRS-def-versie-2020.pdf](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lumbosacraal_radiculair_syndroom_lrs/startpagina_-_lrs.html#RL-Lage-rugpijn-en-LRS-def-versie-2020.pdf) (nvab-online.nl)
- 51 Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017 Feb;76(2):318-328. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209724. Epub 2016 Jul 4. PMID: 27377815
- 52 [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/geinstrumenteerde\\_spinaalchirurgie/indicatiestelling\\_bij\\_spinaalchirurgie/indicatie\\_spinaalchirurgie\\_lage\\_rugpijn.html?query=revalidatiearts#recommendations](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/geinstrumenteerde_spinaalchirurgie/indicatiestelling_bij_spinaalchirurgie/indicatie_spinaalchirurgie_lage_rugpijn.html?query=revalidatiearts#recommendations)
- 53 Startpagina – Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie - Richtlijn - Richtlijndatabase
- 54 [AGENDA \(revalidatie.nl\)](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/geinstrumenteerde_spinaalchirurgie/indicatiestelling_bij_spinaalchirurgie/indicatie_spinaalchirurgie_lage_rugpijn.html?query=revalidatiearts#recommendations)
- 55 Zmudzki E, Smeets RJEM. Machine learning clinical decision support for interdisciplinary multimodal chronic musculoskeletal pain treatment. Frontiers Pain Research 4:1177070. Doi: 10.3389/fpain.2023.1177070
- 56 Mertens MGCAM, van Kuijk SMJ, Beckers LWME, Zmudzki F, Winkens B, Smeets RJEM. Prediction models for treatment success after an interdisciplinary multimodal pain treatment program. Seminars in arthritis and rheumatism DOI 10.1016/j.semarthrit.2024.152592
- 57 Vervullens S, Breugelmans L, Beckers L, van Kuijk SMJ, van Hooff M, Winkens B, Smeets RJEM. Clinical prediction model for interdisciplinary biopsychosocial rehabilitation in osteoarthritis patients. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2024 february;60(1):84-94. doi: 10.23736/s1973-9087.23.08071-1

## Interdisciplinary pain management and treatment programs: recommendations for key concepts and characteristics

### Aim of the IASP task force Interdisciplinary Pain Management/Treatment

In 2017, an IASP Task Force defined multimodal, multidisciplinary and interdisciplinary pain management or treatment programs (see IASP homepage <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>; last access 2025/01/09). Despite this, confusing and inconsistent use of terms has continued, leading to the European Federation of IASP Chapters (EFIC) Task Force appointment to define the term multimodal pain therapy (Reneman MF et. al., Proposal for a standardized definition of Multimodal Chronic Pain Treatment: European Pain Federation EFIC Task Force recommendation statement. In preparation)). In 2023, IASP re-initiated its Task Force and commissioned it to review and clarify the definition of the term interdisciplinary for pain treatment and management programs. The EFIC and IASP Task Forces worked closely together to clarify their respective tasks and to ensure consistency of both definitions. The ultimate goal is that the definition of multimodal pain treatment/management and the definition of interdisciplinary pain management/treatment should guide best practice in delivery of pain care.

### Introduction

#### Background

Pain is defined as *“An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage”* (Raja et al., 2020). From a bio-evolutionary perspective, pain is considered as an experience that usually follows a somatic signal of bodily disturbance that motivates the individual to act to preserve, maintain, or restore the body’s integrity. This makes pain a complex personal experience with multiple contributors and short-, mid- and long-term consequences.

In the establishment and development of specialized pain management centres, an important principle has been that more than one clinical discipline is needed to manage pain and related (biopsychosocial) problems. Assessment by primary care practitioners or other specialists may lead to referral of individuals experiencing chronic pain to specialized pain management

centers. At these centers, pain experts from different disciplines work together with the patient to plan the most effective care possible within local resources.

There is general consensus that recurrent or persistent pain and related problems are sufficiently complex to require multidimensional assessment and management. The IASP task force on pain treatment services (2009) defined pain treatment facilities as those which provide a range of professionally delivered treatments to patients with acute and chronic pain, including multidisciplinary pain centers (also known as multidisciplinary pain clinics).

One significant problem facing the field is that multiple terms are used interchangeably to describe health care for patients experiencing pain, including interdisciplinary, interprofessional, multidisciplinary, transdisciplinary, transprofessional, multicomponent or multimodal approaches. These terms are often not clearly defined or differentiated creating challenges in clinical care and research. Similarly, treatments are also described using similar terms, creating problems in identifying important elements of effective treatment (e.g., Waterschoot et al. 2015, Kamper et al. 2015). Kaiser et al. (2017) summarized the situation: some authors use terms such as multimodal, multidisciplinary or interdisciplinary interchangeably, so the same label (such as multidisciplinary or multimodal) refers to completely different treatment approaches, and different terms are used to describe the same approach. Thus, here we distinguish the terms interdisciplinary teams from multidisciplinary teams (Gatchel et al. 2014; Martin et al., 2022). While the term multidisciplinary is often used to describe integrative (therefore interdisciplinary) collaboration in pain care, the term risks creating misunderstanding because it does not distinguish care provided by different disciplines or professions (but without collaboration, hence multidisciplinary/multiprofessional) from collaborative, integrative care provided by a team with multiple professions working together (hence interdisciplinary/interprofessional).

Interdisciplinary teams are characterized by two or more practitioners from different professions who work together in a patient-centered manner, communicate frequently and regularly, and make joint decisions about treatment goals that align with the needs of the person experiencing pain (Martin et al., 2022). In such, the person with pain is always be considered and included when making treatment decisions. This synergistic care integration distinguishes interdisciplinary care from multidisciplinary, in which different professionals

work with the patient, but do not collaborate in diagnosis, treatment, or recommendations. (Gatchel et al., 2014).

Interdisciplinary teamwork is a process in which expertise, knowledge, and skills are combined to improve patient care as an integrated team. Despite increasing emphasis on interdisciplinary teamwork over the past decade, there is little evidence on the most effective ways of delivering it. Based on a thematic analysis, the following definition of teamwork in health care was proposed by *Xyrichis & Ream (2008)*: *“A dynamic process involving two or more health professionals with complementary backgrounds and skills, sharing common health goals and exercising concerted physical and mental effort in assessing, planning, or evaluating patient care. This is accomplished through interdependent collaboration, open communication, and shared decision-making. This in turn generates value-added patient, organizational and staff outcomes.” (Xyrichis & Ream, 2008, p. 238).*

The following sections describe an ideal version of interdisciplinary pain management or treatment. Task Force members acknowledge that at present this ideal form of collaboration in pain management and treatment is an aspirational goal rather than a common form of pain care. Resources in many countries or settings will not allow such an approach, and substantial compromises may be necessary. Interdisciplinary pain care faces challenges and constraints that exist beyond the team. For example, professional regulations, public and private funding and compensation systems, scopes of practice and locally recommended care vary between countries and settings. Differences also exist between countries and cultures in social roles, care-seeking norms, and understanding of pain in particular and health more broadly. Accessing interdisciplinary care varies according to a range of social determinants - for example rurality - and physical access is often determined by facility-level or system-level constraints. Such challenges and constraints clearly require political and social solutions.

Keeping the aims outlined here in mind – equity of access and treatment, patient focus, and interdisciplinarity to address the full range of problems associated with pain – can help to make the best possible use of available resources. The IASP website (<https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>) provides more specific guidance in ways these services can be developed.

## Members

First	Last	Role	Occupation	Specialty	Country
Ulrike	Kaiser	Co-Chair	Clinical Researcher	Psychology	Germany
Harriet	Wittink	Co-Chair	Clinical Researcher	Physiotherapy	Netherlands
Miroslav	Backonja	Member	Clinical Researcher	Neuroscience	USA
Luciana	Buin	Member	Clinical Researcher/Lived Experience Expert	Occupational Therapy	Brazil
Stefan	Elbers	Member	Trainee/Student	Psychology/Social Science	Netherlands
Michael	Falcon	GAPPA Rep	Educator/Lived Experience Expert	Occupational Therapist	USA
Babita	Ghai	Member	Clinical Researcher	Anesthesiologist	India
Lorimer	Moseley	Member	Clinical Researcher	Pain Education & Physiotherapy	Australia
Michael	Nicholas	Member	Clinical Researcher	Psychology/Social Science	Australia
Sumihisa	Orita	Member		Physician/orthopaedics	Japan
Michiel	Reneman	Member	Clinical Researcher	Physical Medicine & Rehabilitation	Netherlands
Julie	Shulman	Member	Clinical Researcher	Physical Therapy	USA
Kathleen	Sluka	Member	Basic Researcher	Neuroscience	USA
Johan	Vlaeyen	Member	Clinical Researcher	Psychology/Social Science	Belgium
Ian	Gilron	Member	Clinical Researcher	Anesthesiology	Canada
Amanda	Williams	Member	Clinical Researcher	Psychology/Social Science	UK

Traci	Butler	Staff Liaison	-	-	USA
-------	--------	---------------	---	---	-----

## Achievements

The task force worked between Sept 2023 and Dec 2024. Meetings were organized by IASP office and involved 12 zoom meetings of 60min each.

## Definitions

Reviewing the previous definition of interdisciplinary pain care, the Task Force decided to support the original because it concisely describes interdisciplinary collaboration (see table 1).

*Table 1 Definitions by IASP task force, published 2017 on IASP website*

<b>Multidisciplinary</b>	<i>Multimodal* treatment provided by practitioners from different disciplines. For example: the prescription of an anti-depressant by a physician alongside exercise treatment from a physiotherapist, and cognitive behavioral treatment by a psychologist, all the professions working separately with their own therapeutic aim for the patient and not necessarily communicating with each other.</i>
<b>Interdisciplinary</b>	<i>Multimodal* treatment provided by a multidisciplinary team collaborating in assessment and treatment using a shared biopsychosocial model and goals. For example: the prescription of an anti-depressant by a physician alongside exercise treatment from a physiotherapist, and cognitive behavioral treatment by a psychologist, all working closely together with regular team meetings (face to face or online), agreement on diagnosis, therapeutic aims and plans for treatment and review</i>

*\*Explanation: The Task Force decided to keep the definitions as proposed by the previous Task Force. The term „multimodal“ used here refers to the 2017 definition of „multimodal pain treatment and management“ and will be revised by an updated definition by EFIC Task Force.*

The definition of interdisciplinary collaboration in pain management or treatment programs includes the term „multimodal“. The original definition by IASP described multimodal as “The concurrent use of separate therapeutic interventions with different mechanisms of action within one discipline aimed at different pain mechanisms. For example: the use of pregabalin and opioids for pain control by a physician; the use of NSAID and orthosis for pain control by a physician.” (<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>; last access 2025/01/09). Thus, it was understood as the foundation of both, multi- and interdisciplinary pain

management or treatment. The importance of the distinction between the form of delivery of interventions (uni- vs. multimodal) and the form of team collaboration (multi- vs. interdisciplinary) was considered fundamental for further clarifications. The previous definitions assume that each form of team collaboration (multi- and interdisciplinary) creates a multimodal intervention by nature.

However, it became apparent that the previous definition of multimodal therapy did not do justice to the specifics of interdisciplinary pain therapy for people with chronic pain, so EFIC convened a task force to reconsider the previous definition of “multimodal pain treatment or management”, specifically to differentiate this from the standing IASP definition that applies to acute pain therapy. The EFIC task force now defines “multimodal chronic pain treatment or management” as ‘the coordinated simultaneous application of two or more therapeutic modalities from at least two domains of the biopsychosocial model for a person living with chronic pain’. A *modality* within multimodal pain treatment was defined as ‘a distinct therapeutic intervention with (a) distinct target(s)’. Thus, the new definition of “multimodal” can be added to the (adjusted) standing definition now and can build the foundation of both, the definition of multi- and interdisciplinary pain management or treatment.

Not included in previous Task Force reports or in Table 1 is the transdisciplinary approach, in which team members (from different disciplines or professions) provide joint evaluations and collaborate to develop patient-centered goals and to carry out interventions. This approach calls for one team member, often referred to as the primary provider, to be the individual with whom the patient interacts on a regular basis. The primary provider implements the intervention plan and consults other providers in the team. In some cases, the other providers will co-visit with the primary provider for a defined length of time to refine the intervention plan (<https://www.totalcommunication.com.sg/post/transdisciplinary-approach-what-does-it-mean>, last access 2025/01/09). Transdisciplinary collaboration is closely related to interdisciplinary pain management but is not always achievable because of limitations in the specific skills and competencies of members of the team.

The Task Force aimed to develop more precise and detailed descriptions of specific key characteristics of interdisciplinary pain care. Key characteristics describe the integrated collaboration (cohesive, coordinated) and its requirements, while remaining patient-centered. The most important goal of interdisciplinary teamwork, compared to multidisciplinary

teamwork, is to achieve integration of different disciplines and perspectives to provide a cohesive, coordinated, and patient-centred approach to pain management or treatment. This coordinated team approach underpins shared treatment goals in alignment with the needs of the patient, while respecting the contributions of individual disciplines. Joint care coordination also involves collaborative prioritization of treatment modalities and strategies based on the needs and preferences of the individual patient. Adjustments to the treatment plan are discussed and determined jointly by the team in collaboration with the patient.

**Key characteristics of interdisciplinary collaboration in pain care considered by the Task Force:**

- **Core aims of interdisciplinary pain management or treatment**
- **Basic principles of interdisciplinary collaboration in pain management or treatment**
- **Patient engagement in interdisciplinary pain management or treatment**
- **Core competencies of team members in an interdisciplinary pain management or treatment team**
- **Core structures and procedures required for interdisciplinary pain management or treatment**

### Key characteristics of interdisciplinary pain management or treatment

Interdisciplinary team collaboration is an ideal in many areas of health care. Because pain is a biopsychosocial phenomenon, interdisciplinary collaboration is thought necessary to address the multiple biomedical, psychological and social aspects of each patient's pain problems. Thus, many recommendations apply more widely than pain care, and some have been formulated well in other fields of health care. The Task Force has considered literature from outside the pain field where it is helpful, to expand our understanding of interdisciplinary team collaboration in pain management or treatment.

### Core aims of interdisciplinary pain care

Interdisciplinary pain management/treatment uses a biopsychosocial approach to support patients in managing pain and to prevent worsening (Linton et al., 1987; Arnold et al., 2014). It has been extended and adapted for acute pain, aiming to prevent the transition of pain from acute to chronic (Linton et al., 1987; Arnold et al., 2014; Gatchel et al., 2018). Interventions using interdisciplinary pain care approaches have two primary targets. First, the biopsychosocial risk factors for the transition from acute to chronic pain, targeting to

preventing pain chronification and associated disability. Second, and far more commonly, they target the maintaining and/or reinforcing factors that contribute to chronic pain problems.

While specific interventions and goals are individualized for each patient, overarching aims and philosophies of interdisciplinary pain management or treatment delivery are necessary to guide team collaboration and support synchronization of interventions and education (Arnold et al., 2014). Objectives of interdisciplinary pain management or treatment commonly include improving quality of life by enabling changes to home life, social participation, and vocational activities that improved physical and mental functioning allows. Within this broad objective, the following subsidiary-objectives are often pursued, depending on the status, preference and needs of the patient(s):

***IPT s will enable patients to:***

1. Understand the biological, psychological and social factors involved in pain experience, their interrelatedness, and their interactions with pain and pain-related functioning.
2. Develop and understand personalized, individual biopsychosocial formulation of their experience.
3. Identify work towards realistic, achievable, and personally-relevant goals to improve physical, mental, emotional, and social well-being and/or functioning.
4. Optimize their use of current treatments, and understand the rationale for reducing reliance on unhelpful treatments.
5. Understand, normalize, and know how to respond to pain and other unpleasant bodily sensations to improve or maintain the ability to complete regular daily activities.
6. Optimize or maintain physical activity and understand how to self-progress functional and physical activity moving forward.
7. Participate in valued and necessary life activities, while managing pain: these include activities such as work/school/college, leisure activities, and socializing with friends and family.
8. Increase confidence in personal bodily, mental, emotional and social resources.
9. Re-establish helpful communication and social roles.
10. Apply the skills and strategies learned across various settings in everyday life.
11. Have a plan for recommended medical, physical, and psychological treatment options and/or self-management strategies to continue progress.

## Basic principles and steps in interdisciplinary collaboration in pain management or treatment

A core set of basic principles guides the implementation of interdisciplinary pain management or treatment, regardless of its format or context. In turn, these core principles are reflected in the processes followed by those providing care and are summarised in table 2.

*Table 2: Basic principles of interdisciplinary collaboration in pain management or treatment, and processes to be followed by team members*

<p><b>Principles</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A biopsychosocial framework underpins the interdisciplinary assessment and treatment plan.</li> <li>2. The patient is included by the treatment team in discussion of assessment findings, and in the treatment planning.</li> <li>3. The treatment team discusses the assessment outcome with the patient, and together they develop and agree on the treatment plan.</li> <li>4. The goals of the treatment plan align with those of the patient.</li> <li>5. The expected roles of those involved in the treatment, including the role of the patient, are understood and agreed by all participants, including the treating team members.</li> <li>6. Other relevant interested people in the patient's life (e.g., family, workplace, other carers) may be invited to participate in treatment, with the patient's consent (where able to provide consent).</li> <li>7. The treatment team listens to the patient and endeavour to reach agreement on modifications to the plan accordingly.</li> <li>8. Regular reviews of progress towards the goals of the treatment plan are conducted by the treatment team and discussed with the patient.</li> </ol>
<p><b>Processes</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Before any intervention is considered, the problems presented by the patient are assessed by each discipline in an interdisciplinary manner.</li> <li>2. Assessments characterise the problems being experienced by the patient; appreciate the patient's current understanding of their problem and their expectations of care and outcomes; identify likely biological, psychological, and social/environmental contributors.</li> <li>3. The treatment team discusses their assessment findings and agree on a <b>formulation</b> of the individual patient's presenting problems and contributing factors, and how those problems and factors interact.</li> <li>4. The treatment team (or its representative) meet with the patient to explain and discuss assessment outcomes and proposed formulation. If necessary, the formulation will be modified until agreement is reached between all patients and team.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. The treatment team and the patient then discuss and reach agreement on desirable and feasible <b>treatment goals</b>. It is critical that patients and team understand what has been agreed upon.</li> <li>6. The treatment team, or its representative, explains to the patient the treatment plan and the <b>expected roles</b> of both the treatment team and patient. This discussion should include mention of alternative approaches and their relative merits. It may include exploring the potential for relevant others to be involved in the implementation of the plan (e.g., family members, employer, other health professionals, etc).</li> <li>7. The treatment team regularly reviews progress of the treatment plan, and any proposed changes to the plan, with the patient, and any relevant others (e.g. family members, other health professionals involved and rehabilitation providers). Where the team is not available to meet with those others, one or more team members could undertake this.</li> </ol>
--	---

Core competencies of team members in interdisciplinary pain management or treatment

We defined interdisciplinary pain management as pain care by two or more health care providers of different disciplines who work as an integrated team. This requires that those health care providers possess both pain-related and teamwork-related competences needed to aim for the best possible health status of patients. Team members may share competences and therefore be able to perform some tasks and responsibilities of other team members in a transdisciplinary way. The definition leaves open which professions or disciplines should be involved because this differs across countries depending on their local health care systems, resources and jurisdictions. We describe competencies to enable IASP chapter members to adapt them to their own settings (Linton et al., 2024).

In the context of interdisciplinary pain treatment or management teams, two questions are relevant:

1. What are the competencies contributing to effective interdisciplinary pain management or treatment?
2. What are the competencies contributing to effective interdisciplinary teamwork?

**1. Competencies contributing to effective interdisciplinary pain management or treatment**

Interdisciplinary pain management or treatment involves constructing a potentially complex care package for individuals experiencing chronic pain or pain in transition. This process includes assessment, analysis, collective clinical reasoning, formulation of the problem, identifying intervention targets, and delivering the optimum interventions in a manner that is coherent, understood by the patient, and allows patients' full participation. Based on generic work by Roth and Pilling (2008) on competence for CBT, and core competences for pain management (Fishman et al., 2013), we identified the following competencies across multiple domains: contemporary knowledge about chronic pain, underlying pain processes and behavioral change; person-centered communication and care; clinical assessment; clinical reasoning processes; and treatment planning and implementation, as well as several meta-competencies concerning healthcare provider behaviour. Table 3 provides a more detailed list of competencies required to provide interdisciplinary pain management.

An important challenge of managing pain in a person experiencing a chronic painful condition is the constant need to ensure that some new medical condition (e.g. infection, cancer) has not developed with symptoms that may be confused with the symptoms of the chronic pain condition. This requires a close collaboration between the person being treated for pain, their primary care and other healthcare providers, and the pain management team.

*Table 3: list of competencies required to provide person-centered interdisciplinary pain management or treatment*

1. Knowledge	<p><u>Multidimensional nature of pain.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Understand the complex, multidimensional, and individual-specific nature of pain.</li> <li>b. Be familiar with theories and science for understanding pain.</li> <li>c. Define terminology for describing pain and associated conditions.</li> <li>d. Know the evidence for and justification of interdisciplinary teamwork for chronic pain.</li> <li>e. Identify the most common care priorities for people experiencing chronic pain.</li> <li>f. Know how cultural, institutional, societal, and regulatory influences affect assessment and management of pain experience.</li> <li>g. Implement educational strategies to enhance patient understanding of the above.</li> </ul>
2. Communication	<p><u>Demonstrate empathic and compassionate communication.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Use person-centered communication including validation and motivational techniques.</li> <li>b. Be able to maintain a therapeutic alliance and align care to patients' goals and perspectives.</li> </ul>

3. Assessment	<u>Pain assessment and measurement.</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Use valid and reliable tools appropriate for the clinical context and population to assess pain, affect, pain-related beliefs, disability, and potential contributors to these.</li> <li>Identify patients' pain-related goals and priorities.</li> <li>Assess patient, provider, and system factors that can facilitate or interfere with effective pain assessment and management.</li> <li>Recognize symptoms and signs of a new or additional condition that could require further assessment and treatment by medical colleagues(e.g. cancer, infection)</li> <li>continuously monitor pain and associated co-morbidities</li> </ol>
4. Clinical reasoning	<u>Integrate information from assessment</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Synthesize clinical information from assessment, interview/s and any physical/functional observations or assessments to identify targets for intervention.</li> <li>Involve the patient, and others as appropriate, in explanation and shared decision-making for treatment.</li> </ol>
5. Treatment	<u>Management or treatment of pain and disability</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identify and utilise optimal learning resources.</li> <li>Develop a management or treatment plan based on best available evidence on benefits and risks.</li> <li>Explain and teach strategies for self-management of pain.</li> <li>Monitor treatment outcomes and progress to adjust the plan of care as needed.</li> <li>In the context of opioid prescribing for pain management, differentiate physical dependence, substance use disorder, misuse, tolerance, addiction, and nonadherence.</li> <li>Co-design with the patient an implementable flare-up management plan</li> </ol>
6. Meta-competences	<ol style="list-style-type: none"> <li>Capacity to use clinical judgement when implementing treatment models.</li> <li>Capacity to adapt interventions in response to patient feedback.</li> <li>Capacity to identify and manage obstacles during treatment.</li> <li>Capacity to evaluate treatment outcomes.</li> </ol>

## 2. Competences contributing to effective interdisciplinary team functioning.

Core competencies for interprofessional team collaboration have been described (McLaney et al., 2022) as: communication, interprofessional conflict resolution, shared decision-making, reflection, role clarification, and interprofessional values and ethics. For each of these competences, we have adapted the behaviours suggested for pain management:

*Table 4 Core competencies to effective interdisciplinary team functioning*

Core Competency	Definition	Associated team behaviours
-----------------	------------	----------------------------

<p><b>Communication.</b></p>	<p>Interprofessional teams seek to achieve common understanding through communicating across roles and professions. They actively provide information to, and seek information from, other team members and other teams to ensure a thorough understanding of the situation. They create processes and tools and select varied media/approaches to enhance information exchange within and across teams.</p>	<p>Develops processes for exchanging information in a specific and timely manner, within and across teams. Explicitly considers which members need to be involved in giving and receiving which pieces of information. Communicates using language that is shared between professions by avoiding jargon and acronyms, providing explanations, and checking understanding.</p>
<p><b>Interprofessional conflict resolution.</b></p>	<p>Interprofessional teams respond to anticipated or occurring conflict situations with appropriate and skilled interventions in a timely manner by collaborating to create a range of solutions.</p>	<p>Identifies and proactively and effectively addresses conflicts within and across teams, as well as with external partners (e.g. referrers, patients ...). Listens open-mindedly to differing opinions and ideas from diverse roles and professions. Discusses difficult team issues and arrives at mutually agreed solutions.</p>
<p><b>Shared decision-making.</b></p>	<p>Interprofessional teams decide collaboratively on plans. Team members come together to determine appropriate actions. Where necessary, teams decide who will make the final decision and who holds accountability for which tasks.</p>	<p>Creates and implements interprofessional care plans that reflect what is most important to patient and relevant others. Decides collaboratively on goals that are shared across roles and professions. Identifies and designates accountability for all aspects of the work particularly where there is role overlap</p>
<p><b>Reflection.</b></p>	<p>Interprofessional teams learn from their history and experiences. Team reflection is both process- and performance-oriented. Team members evaluate their processes considering scientific development and consensus and their outcomes in light of valid, reliable and comprehensively collected in-house data. They are attentive to optimizing how they interact with one another and the impact that their team function may have on patient care/collective work. They evaluate and provide feedback for each other using agreed-upon frameworks.</p>	<p>The team:  Dedicates time to ongoing team reflection.  Develops processes and tools to support ongoing team reflection.  Identifies successes and gaps in their collaborative work and celebrates or strategizes accordingly.  Monitors on a regular basis how the team is doing collectively.</p>

<b>Role clarification.</b>	Interprofessional teams ensure that members understand each other's roles, scopes, and expertise. They explore interdependencies between their roles and optimize each member's scope with consideration of repetition and redundancies.	Members can articulate their role and/or scope of practice to others on the team: responsible, accountable, consulted, informed, where patients are part of the team. Members actively seek understanding of others' roles on their team, and explicitly define and recognize which member of the team takes leadership. Members recognize their limitations and consult one another according to knowledge, skills, roles, and scopes.
<b>Interprofessional values and ethics.</b>	Interprofessional teams create a climate of transparency, openness and willingness to collaborate. They maintain an inclusive approach and every team member's perspective is valued.	Develops an agreed charter of values and outcome priorities. Creates a safe environment for all members to speak up and advocate as necessary. Considers the values and ethics of the organization, regulatory bodies, and individual members in team discussions.

### Patient engagement in interdisciplinary pain care programs

Patient engagement requires a range of competencies. Establishing a trusting and respectful relationship to which both health care providers and patients bring expertise, and in which both/all parties agree and commit to treatment plans (e.g. Safran 2000; Clavel et al., 2021; Drovetta et al., 2022; Paltzat et al., 2023; Haroutounian et al., 2024), is an important part of patient-centred care. Where there are multiple providers in an interdisciplinary team, they should act collectively and consistently, both when working as a team with the patient and in one-on-one encounters (see table 5).

*Table 5 Key characteristics of patient engagement in interdisciplinary pain management or treatment*

<b>1 Generic competencies</b>	
<b><i>Generic therapeutic competencies for all disciplines</i></b> working in pain teams:	
<b>1.1</b>	Observe, understand and apply of professional and ethical guidelines.
<b>1.2</b>	Consider and be respectful differences of ethnicity, class, disability, sexual orientation, religion, age, sex and gender, and other social and cultural differences, and be willing to adapt to the patient's norms.
<b>1.3</b>	Develop a therapeutic relationships in all assessment and treatment interactions between provider/s and patient: establishing rapport, empathy and trust by demonstrating warmth and genuineness; by active listening to patients'

	accounts; by fostering full participation by the patient, and exploring similarities and differences in understanding of the problem.
1.4	Provide guidance with clarity, transparency and welcoming and friendly communication. Avoid negative interpersonal behaviours such as insincerity, or criticism of the patient.
1.5	Understand patients' varied accessibility requirements, and make suitable provision.
1.6	Address language requirements, providing online or in-person interpreters for those who need it, and recognising the need for language accessible to those with little educational attainment.
1.7	Adapt service practices and procedures as required for patients with special needs, such as sensory impairment, limited mobility, or cognitive impairment.
1.8	Inform patients before clinical appointments of what to expect in terms of procedures, time taken, and health care providers involved; ask about special needs. After the appointment advise on availability and accessibility, if any, of health care providers on phone/email.
1.9	Where permitted by local laws and guidelines, patients have access to their own medical records.
<b>2 Assessment</b>	
<i>Assessment covers a range of practices: interviewing the patient to elicit his/her medical and related history; physical examination of the patient; observation of the patient in activities; ordering and reviewing results of tests (X-rays, blood tests, biopsies, etc.). Multiple competencies are involved.</i>	
2.1	Listen to and respect patients' accounts of their experience
2.2	Provide information, including information that is inconsistent with the patient's account, in language and tone that is accepting, sensitive, and authoritative.
2.3	Explain the purposes of assessment procedures (investigations).
2.4	Provide clear feedback (face to face, written, etc.) on the results of procedures and tests, with explanation of what they mean, and time for patients to ask and understand answers to questions.
2.5	Engage. in transparent, non-discriminatory dialogue with patients and their nominated representatives about treatment participation, while addressing any concerns about treatment engagement in a collaborative manner.
<b>3 Treatment</b>	
<i>Treatment includes any intervention offered to the patient with the aim of alleviating pain, or otherwise improving the quality of life. Patients have the right to decline treatment, unless they are formally judged not to have the capacity to make decisions. Concerns about agreeing to treatment should be explored, as they may be resolved by providing accurate information, but where this is not the case, health care providers still owe a duty of care to the patient.</i>	
There are multiple related <i>competencies concerning evidence-based treatment.</i>	

3.1	Providing accurate information about the benefits and risks of possible interventions, and their availability; providing accurate information about the benefits and risks of not intervening; enabling the patient to explore the importance of each of these factors for him/herself.
3.2	Implementing shared decision-making processes by engaging patients in open dialogue about treatment options, incorporating patient preferences into treatment planning, building consensus through collaborative discussion, responding to patient questions and concerns with openness and professionalism.
3.3	Empowering patients and fostering self-efficacy in patient by joint decision-making.
3.4	Patient and health care provider discuss and agree on realistic goals of treatment/s, and their approximate likelihood.
3.5	The health care provider enquires about any difficulties foreseen or experienced in adhering to the agreed treatment and offer help problem-solving to reduce these difficulties.
3.6	Treatment outcomes are reviewed together, with mutual acknowledgement of achievements and opportunities for improvement (disappointments). Health care providers should avoid appearing to blame the patient for treatment failure or underperformance, but discussion of adherence is appropriate.

Core structures and procedures that contribute to effective interdisciplinary pain care programs

Teams typically work together in-person in a shared clinical space. Interdisciplinary pain management or treatment is resource intensive. Best-practice recommendations for the organizational structure and processes within these teams are described below (table 6, adapted from Nancarrow et al. 2013; Pfingsten et al., 2019; Kayser et al., 2022). Team members, processes, and procedures should embody the core competencies discussed in the previous section.

Table 6 Core structures and process- best practice recommendations

Resource Best Practice Recommendations:	
Space	Programs should include: <ul style="list-style-type: none"> <li>Necessary space and equipment to conduct the program or treatment approach</li> <li>Dedicated meeting rooms</li> <li>Team members practice within the same physical location</li> </ul>
Staffing	Team members should: <ul style="list-style-type: none"> <li>Be generally consistent from day to day.</li> <li>Hold appropriate qualifications for their role</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Have an appropriate mix of skills and disciplines to support patient medical, physical, social, and emotional needs.</li> <li>• Have adequate staff to patient ratio to run the program, accounting for staff leave (e.g., maternity leave, illness, vacation)</li> <li>• Have opportunities for health care provider growth and development</li> <li>• Include administrative staff to support day to day operations and billing</li> </ul>
<b>Procedural Best Practice Recommendations:</b>	
<b>Schedules and Routines</b>	<p>The following support more predictable and fluid day to day operations:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prior to admission to the program: interdisciplinary assessment/evaluation to determine the appropriate diagnosis and treatment recommendations.</li> <li>• Systematic identification of biopsychosocial treatment aims together with patient and interdisciplinary team.</li> <li>• Consistent treatment schedule for day-to-day operations</li> <li>• Regular patient/significant other(s) meetings with interdisciplinary team</li> <li>• Regular, scheduled meetings for interdisciplinary collaboration (health care providers only)</li> </ul>
<b>Communication</b>	<p>The following support efficient and effective interdisciplinary communication:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardized procedures for team meetings:</li> <li>• Predictable meeting structure that allows all team members the opportunity to provide input.</li> <li>• The agenda should focus on discussing treatment barriers and the interdisciplinary goals and plan of care. Discussions should be solution-oriented. Action items are assigned to individuals or small groups for follow through.</li> <li>• Technology to support intermittent communication throughout the treatment day to communicate changes in patient status or treatment plans (e.g., email, text messages, in-person/live support)</li> <li>• Technology to conduct in-person, virtual, and hybrid meetings with staff or patients</li> <li>• Technology to support outcome assessment</li> </ul>
<b>Leadership</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A clear leadership organizational structure should be defined noting who is responsible and accountable for decision-making.</li> <li>• When appropriate, leadership decisions consult the interdisciplinary team.</li> <li>• Roles within the program and organizational decision making are clearly defined for all staff</li> <li>• Regular reflection on opportunities for program, process, and personal development to inform quality improvement changes.</li> </ul>

## Conclusion and outlook

A key theme through this document is the critical nature of teamwork and collaboration with, and for, the patient experiencing pain. Our work provides a foundation for better defining interdisciplinary pain treatment key characteristics and competencies upon that may serve as benchmarks for clinical care and research. There is still much work to be done.

At the moment we mostly state principles rather than evidence. Interdisciplinary pain management and treatment as a complex form of interventions requires a deeper understanding in terms of non-specific factors, such as therapeutic alliance between team members and patients, or the extent to which the multidisciplinary team members share an understanding of pain and aspirations for treatment outcomes. To date, supporting concepts of these can be extrapolated from research in psychological therapies where they have been shown over years of study to be important in-patient engagement (and attrition), in treatment outcomes, and in staff satisfaction and retention (Baier et al. 2020; Roth & Fonagy 2006; Wampold & Imel 2015). We assume that these dynamics and factors do not radically differ in the field of pain, but the challenge to investigate them is substantially greater: the professions combining as a team for pain management and treatment bring different models of pain, different ways of relating to patients, and different priorities for outcomes. These aspects of teamwork urgently need study, in order to provide practical ways to maximise interdisciplinary team working, to the benefit of both patients and staff.

## References

- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR, Diezemann A, Gralow I, Irnich D, ... & Söllner W (2014). Multimodal pain therapy for treatment of chronic pain syndrome: Consensus paper of the ad hoc commission on multimodal interdisciplinary pain management of the German Pain Society on treatment contents. *Der Schmerz*, 28: 459-472.
- Baier AL, Kline AC, Feeny NC (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: a systematic review and evaluation of research. *Clin Psychol Rev*, 82:101921.
- Fishman SM, Young HM, Lucas Arwood E, Chou R, Herr K, Murinson BB, Watt-Watson J, Carr DB, Gordon DB, Stevens BJ, Bakerjian D, Ballantyne JC, Courtenay M, Djukic M, Koebner IJ, Mongoven JM, Paice JA, Prasad R, Singh N, Sluka KA, St Marie B, Strassels SA (2013). Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit. *Pain Med*, 14(7): 971-981.
- Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B (2014) Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol* 69(2): 119.
- Gatchel RJ, Reuben DB, Dagenais S, Turk DC, Chou R, Hershey AD, ... & Horn SD (2018). Research agenda for the prevention of pain and its impact: report of the work group on the prevention of acute and chronic pain of the Federal Pain Research Strategy. *The Journal of Pain*, 19(8), 837-851.
- Haroutounian S, Holzer KJ, Kerns RD, Veasley C, Dworkin RH, Turk DC, ... & Vollert J (2022). Patient engagement in designing, conducting, and disseminating clinical pain research: IMMPACT recommended considerations. *Pain*, 10-1097.
- Kaiser U, Treede RD, Sabatowski R (2017). Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain—gold standard or need for further clarification?. *Pain*, 158(10), 1853-1859.
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Kayser H, Schneider N, Schmiemann G. [Presentation of an innovative interdisciplinary and cross-sector therapeutic concept for pain patients as part of a regional selective contract]. *Schmerz* 2022;36(5):363-370.

Linton SJ (1987). Chronic pain: the case for prevention. *Behaviour research and therapy*, 25(4), 313-317.

Linton SJ, O'Sullivan PB, Zetterberg HE, Vlaeyen JW (2024). The "future" pain clinician: Competencies needed to provide psychologically informed care. *Scandinavian journal of pain*, 24(1), 20240017.

Martin AK, Green T L, McCarthy A L, Marcin Sowa P, Laakso EL (2022) Healthcare Teams: Terminology, Confusion and Ramifications. *J Multidiscip Healthc* 15: 765-772.

McLaney E, Morassaei S, Hughes L, Davies R, Campbell M, Di Prospero L. A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthc Manage Forum* 2022;35(2):112-117.

Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health* 2013;11:19.

Paltzat K, Scott S, Dhaliwal KK, Saunders-Smith T, Manns BJ, Campbell T, Ivers N, Pannu R, Campbell DJT (2023). Patient perspectives on a tailored self-management education and support intervention for low-income seniors with chronic health conditions. *CJC Open*; 5: 808-815. Doi:10.1016/j.cjco.2023.08.002

Pfingsten M, Arnold B, Böger A, Brinkschmidt T, Casser HR, Irnich D, ... & Sabatowski R (2019). Cross-sectoral interdisciplinary multimodal pain therapy: Recommendations on structural and process parameters of the ad hoc commission "Interdisciplinary Multimodal Pain Therapy" of the German Pain Society (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.). *Der Schmerz*, 33, 191-203.

Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, ... & Vader K (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982.

Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research, 2nd edition. New York, Guilford Press, 2006.

Roth AD, Pilling S. (2008). Using an Evidence-Based Methodology to Identify the Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for Depression and Anxiety Disorders. *Behav Cogn Psychother*, Mar;36(2):129-47.

Safran JD and Muran JC (2000) *Negotiating the therapeutic alliance* New York: Guilford Press.

Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. Hove UK: Routledge; 2015.

Waterschoot FP, Dijkstra PU, Hollak N, de Vries HJ, Geertzen JH, Reneman MF (2014). Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. PAIN®, 155(1), 179-189.

Xyrichis A, Ream E (2008). Teamwork: a concept analysis. J Adv Nurs, Jan;61(2):232-41.

De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

Orteliuslaan 871  
3528 BE Utrecht  
Postbus 1539  
3500 BM Utrecht  
030 297 03 03

info@patientenfederatie.nl  
www.patientenfederatie.nl

IBAN NL07RABO0188933328  
BIC RABONL2u  
BTW-nr. NL801406134B01  
KVK 40482340

datum 14 februari 2025  
ons kenmerk  
voor informatie K. Spijkers  
uw kenmerk  
onderwerp **Steunverklaring IMSR bij chronische pijn**

Geachte heer, mevrouw,

Door middel van deze brief wil Patiëntenfederatie Nederland haar steun betuigen aan de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen inzake de Interdisciplinaire Revalidatiebehandeling van mensen met langdurige chronische pijnklachten.

Interdisciplinaire revalidatie maak al decennia deel uit van het behandelarsenaal als interventie bij chronische pijn. Het gaat hier om een behandeling die wordt ingezet als het natuurlijk herstel en andere behandelopties geen optie meer zijn. Een optie die zeer belangrijk is voor patiënten met langdurige pijnklachten.

De behandeling is onderdeel van intensieve samenwerking binnen het zorglandschap voor de patiënt met chronische pijn en is voor zowel voor de eerste als de tweede en derde lijn een belangrijke behandeloptie gericht op het herstel van de participatie, en daarmee belangrijk onderdeel van kwaliteit van leven van patiënten.

Patiëntenfederatie Nederland met de patiëntenverenigingen van pijnpatiënten zullen er bij het ZIN op aandringen op continuïteit in de zorg aan patiënten met een complexe chronische-pijn zorgvraag. Van de 3,5 miljoen patiënten met chronische pijn, wordt maar 1% doorverwezen naar de medisch specialistische revalidatie. En van die 1% krijgt nog niet de helft een MSR-behandeling -de rest is consultair. Kortom: het gaat om een kleine groep met een complexe vraag waarvoor een gespecialiseerde en integrale oplossing nodig is.

Wij steunen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen bij het in stand houden van de behandeling voor deze patiëntengroep.

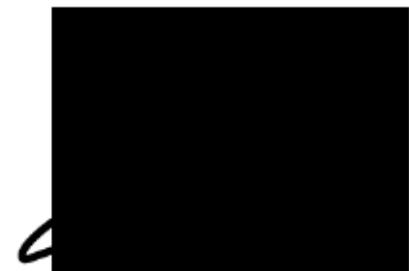
kenmerk:

datum: 14 02 25

blad: 2 van 2



Utrecht, 14-02-2025



Manager Team Medisch Specialistische Zorg

Aan: Nederlandse vereniging van Revalidatieartsen,

Geachte mevrouw [REDACTED],

Als respectievelijke onafhankelijke voorzitter, prof dr. Monique Steegers en co-voorzitter prof. dr. André Wolff van de PAIN (Pijn Alliantie in Nederland) en vertegenwoordigers van diens leden, alle beroepsverenigingen die betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijn, en als voorzitter van de werkgroep Leidraad Organisatie en Werkwijze Chronische Pijn, prof. dr. André Wolff, willen wij onze grote zorgen uiten over de ontwikkelingen rond de duiding van interdisciplinaire medisch specialistische pijnrevalidatie (IMSR).

De revalidatiegeneeskunde is altijd zeer intensief betrokken geweest bij eerst de Dutch PAIN Society, later de PAIN. Het gedachtengoed van de pijnrevalidatie en de diagnostische- en behandel mogelijkheden zijn onmisbaar in deze organisatie en in de diagnostiek en interdisciplinaire behandeling van de patiënt met chronische pijn. In de recent opgestelde leidraad komt de pijnrevalidatie ook naar voren als een essentieel onderdeel in de zorgketen, met name wanneer eerdere behandelingen of in de lagere lijnen geen of onvoldoende verbetering gaven. Daarbij zijn de multi specialistische en de onderlinge samenwerking binnen deze keten belangrijk. De leidraad heeft tot doel de zorg voor de patiënt zo te organiseren dat deze zo snel mogelijk op de juiste plaats plaatsvindt en wordt juist ondersteund door het Zorg Instituut Nederland. De pijnrevalidatie daarin weglaten maakt deze leidraad tot een leidraad waarin de stap naar de behandeling voor de meest complexe patiënten niet meer mogelijk is. Het zou een omissie zijn dit te laten gebeuren.

Hopende op een goede uitkomst tekenen wij,

[REDACTED]

[REDACTED], anesthesioloog-pijnspecialist  
Onafhankelijk Voorzitter van en namens de PAIN

[REDACTED]

Met vriendelijke groet,

[REDACTED], anesthesioloog-pijnspecialist  
Co-voorzitter van en namens de PAIN en voorzitter van de werkgroep Leidraad Organisatie en Werkwijze Chronische Pijn

**PA!N**  
Pijn Alliantie in Nederland

<https://pijnalliantieinnederland.nl>

[info@pijnalliantieinnederland.nl](mailto:info@pijnalliantieinnederland.nl)



To: Zorginstituut Nederland.  
From: European Pain Federation EFIC  
Re: EFIC position on Multimodal pain therapy and management  
Date: Brussels, 6 February 2025

### **Statement**

EFIC supports the application of multimodal pain therapy and management, and considers it 'best practice'.

EFIC's executive board has endorsed the definition proposed by the EFIC taskforce (February 2025, O'Keeffe et al, manuscript in preparation).

- The Taskforce defined multimodal chronic pain treatment / management as 'the coordinated simultaneous application of two or more therapeutic modalities from at least two domains of the biopsychosocial model for a person living with chronic pain'. A modality within multimodal chronic pain treatment was defined as 'a distinct therapeutic intervention with (a) distinct target(s)'.

Yours sincerely,



President

European Pain Federation EFIC®

**PRESIDENT**

Andrew Rice  
*United Kingdom*

**PRESIDENT-ELECT**

Mary Suma Cardosa, MD  
*Malaysia*

**PAST-PRESIDENT**

Catherine Bushnell, PhD  
*United States of America*

**TREASURER**

Michael Gold, PhD  
*United States of America*

**SECRETARY**

Michele Sterling, PhD,  
MPhty, BPhy, FACP  
*Australia*

**COUNCILORS**

Ulrike Bingel, MD, PhD  
*Germany*

Fiona Blyth, PhD  
*Australia*

Margarita Calvo, PhD  
*Chile*

Marsha Campbell-Yeo, RN  
MN, NNP-BC, PhD, FANN  
*Canada*

Thomas Graven-Nielsen,  
PhD, DMSc  
*Denmark*

Lester Jones, PhD  
*Singapore*

Massieh Moayedli, PhD  
*Canada*

Supraanee Niruthisard, MD  
*Thailand*

Romy Parker, PhD  
*South Africa*

Felipe Reis, PhD  
*Brazil*

Jennifer Stinson, RN-EC,  
MScN, PhD, CPNP, FAAN  
*Canada*

Takahiro Ushida, MD, PhD  
*Japan*

Johan Vlaeyen, PhD  
*Belgium*

Jan Vollert, PhD  
*United Kingdom*

Ursula Wesselmann  
MD, PhD, DTM&H  
*United States of America*

To: Zorginstituut Nederland

From: International Association for the Study of Pain

Re: IASP Position on Interdisciplinary Pain Therapy and Management

Date: 10 February 2025

The International Association for the Study of Pain (IASP) is the primary global association for professionals engaged in clinical pain management, research and education. IASP has been established for over 50 years has members in 113 countries and 98 national Chapters.

As such the interdisciplinary approach to pain management, education and research is a longstanding core ethos of IASP and considers it 'best practice'.

An IASP taskforce on interdisciplinary approaches to clinical pain management (Chair – Dr. Ulrike Kaiser, Germany) has recently completed its work and its key output has been submitted for publication . Their work has been endorsed by the IASP Executive Board.

IASP strongly support and endorse interdisciplinary approaches to pain management.

's-Hertogenbosch, 14-02-2025  
Referentie: JC/LK/2025/010

Betreft: Steunverklaring IMSR bij Chronische pijn

Geachte heer, mevrouw,

Door middel van deze brief wil de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) haar steun betuigen aan de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen inzake de Interdisciplinaire Revalidatiebehandeling van mensen met langdurige chronische pijnklachten.

Interdisciplinaire revalidatie maak al decennia deel uit van het behandelarsenaal als interventie bij chronische pijn. Het gaat hier om een behandeling die wordt ingezet als het natuurlijk herstel en andere behandelopties geen optie meer zijn.

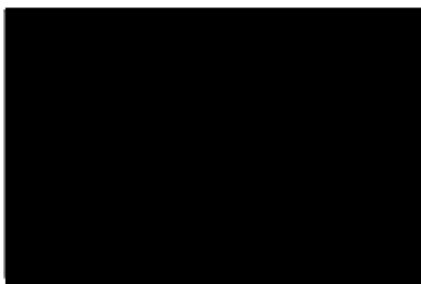
De behandeling is onderdeel van intensieve samenwerking binnen het zorglandschap voor de patiënt met chronische pijn en is voor zowel voor de eerste als de tweede en derde lijn een belangrijke behandeloptie gericht op het herstel van de participatie.

Behandelingen zoals deze laten zich niet goed onderzoeken door middel van RCT's door de vele factoren die een rol spelen bij het in stand houden van de klachten.

Wij steunen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen bij het in stand houden van de behandeling voor deze patiëntengroep.

Met vriendelijke groet,

Jacob Caron, Voorzitter NOV



VRA, Nederlandse Vereniging van  
Revalidatieartsen  
T.a.v. de heer [REDACTED]

donderdag 13 februari 2025

Geachte [REDACTED]

Wij namen kennis van uw activiteiten in samenspraak met Zorginstituut Nederland om te voorkomen dat multidisciplinaire pijnrevalidatie uit de verzekerde zorg verdwijnt.

Als beroepsvereniging van bedrijfsartsen benadrukken wij het belang van multidisciplinaire pijnrevalidatie binnen de verzekerde zorg. Wij zien in de praktijk dat chronische pijn een diepgaande impact heeft op de belastbaarheid en arbeidsparticipatie van werkenden. Zonder integrale behandeling dreigt langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, met aanzienlijke maatschappelijke en economische gevolgen. Eveneens voorzien wij het veelvuldig gebruikmaken van andere behandelvormen – met minder resultaat – bij deze patiëntengroep.

Wij steunen uw initiatief deze zorg toegankelijk te houden voor wie deze nodig heeft.

Met vriendelijke groet,



Boyd Thijssens, bedrijfsarts  
Voorzitter NVAB

Soest, 10-2-2025

**Betreft: Steunbetuiging werkgroep Pijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie**

L.S.

De werkgroep Pijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) steunt nadrukkelijk de voortzetting van interdisciplinaire behandelingen voor patiënten met chronische musculoskeletale pijn, zoals die momenteel worden verleend door revalidatieartsen in verschillende centra in Nederland. Deze behandelingen, worden al meer dan 30 jaar gegeven en zijn naar onze stellige mening effectief. Wij zijn eveneens stellig van mening dat dergelijke behandelingen ook bij andere vormen van chronische pijn zinvol, effectief en doelmatig zijn en daarom dus ook zouden moeten worden vergoed.

Chronische musculoskeletale pijn is zelden een puur fysiek probleem. De chroniciteit leidt meestal tot complexe combinaties van biologische-, psychologische- en sociale ontregelingen die veelal een aanzienlijke impact hebben. Niet alleen op het werk, maar ook op het algehele functioneren van patiënten in het dagelijks leven. Revalidatieartsen, werkend in interdisciplinaire teams, zijn bij uitstek geschikt om de integrale zorg te kunnen leveren die het volledige spectrum van deze uitdagingen vergt.

Wetenschappelijk onderzoek en vooral ook de tientallen jaren klinische ervaring hebben consequent aangetoond dat deze integrale aanpak de kwaliteit van leven, functionele uitkomsten en maatschappelijke participatie van patiënten, die meestal al "overal geweest zijn", verbetert. Aangetekend kan worden dat het, gezien de pluriformiteit van de patiëntenpopulatie soms lastig is om de causaliteit van sommige behandelingen vast te stellen, maar dat is wat ons betreft inherent aan de problematiek en dat zullen we dus moeten accepteren.

Het is, wat ons betreft, zeer zorgwekkend dat het voortbestaan van deze behandelingen nu wordt bedreigd door eventuele opgelegde financiële beperkingen. Het beperken of stopzetten van de toegang tot deze essentiële programma's zal ertoe leiden dat deze grote groep zeer kwetsbare chronische patiënten, "die nergens anders meer heen kan", een effectieve behandeling gaat worden ontzegd. Dat is niet alleen onethisch, maar op termijn ook zeer onverstandig. Het gaat ertoe leiden dat patiënten gaan vervallen in een veel grotere seriële monodisciplinaire- én chroniciteit bevorderende 2<sup>e</sup> lijns-zorgconsumptie; dus leidend tot gezondheidsschade en vele malen hogere kosten, welke ook nog eens veel minder transparant zullen zijn. Allesbehalve tot doelmatigheid dus.

De werkgroep Pijn van de NVN dringt er daarom op aan om de onvervangbare waarde van interdisciplinaire behandelingen voor chronische patiënten met musculoskeletale pijn te blijven erkennen en die dus ook te blijven vergoeden.

Met vriendelijke groet,

neuroloog,

Namens de werkgroep Pijn van de NVN

**Aan:** de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen  
**Betreft:** Steunverklaring IMSR bij Chronische pijn

Uden, 12 februari 2025

Geachte heer, mevrouw,

Door middel van deze brief wil het pijnnetwerk Brabant haar steun betuigen aan de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen inzake de Interdisciplinaire Revalidatiebehandeling van mensen met langdurige chronische pijnklachten.

Interdisciplinaire revalidatie maak al decennia deel uit van het behandelarsenaal als interventie bij chronische pijn. Het gaat hier om een behandeling die wordt ingezet als het natuurlijk herstel en andere behandelopties geen optie meer zijn.

De behandeling is onderdeel van intensieve samenwerking binnen het zorglandschap voor de patiënt met chronische pijn en is voor zowel voor de eerste als de tweede en derde lijn een belangrijke behandeloptie gericht op het herstel van de participatie.

Behandelingen zoals deze laten zich niet goed onderzoeken door middel van RCT's door de vele factoren die een rol spelen bij het in stand houden van de klachten. Zij voldoet zeker aan de stand van de praktijk en heeft daarin een onmisbare rol.

Wij steunen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen bij het in stand houden van de behandeling voor deze patiëntengroep en voorzien grote gevolgen voor de Nederlandse gezondheidszorg en de maatschappij als deze vorm van behandeling niet meer tot het verzekerde pakket zou gaan behoren.



Marcel Schenkels, Anesthesioloog-pijnspecialist  
Voorzitter Pijnnetwerk NO Brabant



Aan het Zorginstituut Nederland

Nijmegen, 29 december 2024

Geachte dames en heren,

Recent hebben we vernomen dat u van mening bent dat de Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie (ISMR) voor patiënten met chronische pijn onvoldoende wordt onderbouwd door wetenschappelijke studies. Daardoor ziet u onvoldoende noodzaak dat deze vorm van zorg in aanmerking moet blijven komen voor vergoeding uit de basisverzekering.

Pijnpatiënten naar één stem is van mening dat ISMR waardevolle zorg is, die vergoed moet blijven uit de basisverzekering voor vele tienduizenden patiënten in Nederland.

Patiënten ervaren door de IMSR-behandeling dat zij beter grip krijgen op hun pijn en dat hun functioneren en participeren toenemen. Veelal leren zij anders om te gaan met de pijn, door fysiotherapie leren zij beter te functioneren en door ergotherapie leren zij hun zelfstandigheid te vergroten. Bovenal werken deze disciplines samen en is er gedeeld beleid in de zorg voor deze patiënten die ook nog eens gezamenlijk wordt aangeboden. En vergeet daarbij niet dat psychologische ondersteuning hierbij van groot belang is om mensen verder op weg te helpen naar een evenwichtiger en vooral waardevoller leven. Hierdoor krijgen essentiële waarden weer betekenis en daardoor wordt het leven van alledag meer betekenisvol.


Doordat de geboden zorg multidisciplinair is, wordt bij uitstek voldaan aan de multidisciplinaire aanpak die de Zorgstandaard Chronische Pijn aanbeveelt. Deze Zorgstandaard is niet voor niets opgenomen in uw Kwaliteitsregister.

We verzoeken u dringend om een advies uit te brengen aan het Ministerie van VWS dat uitgaat van de positieve ervaringen van pijnpatiënten met deze vorm van revalidatie. Daardoor kunnen deze patiënten in belangrijke domeinen van hun leven als volledig mens functioneren. De (verbetering van de) kwaliteit van hun leven is in het geding als deze zorg niet meer voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking zou komen.

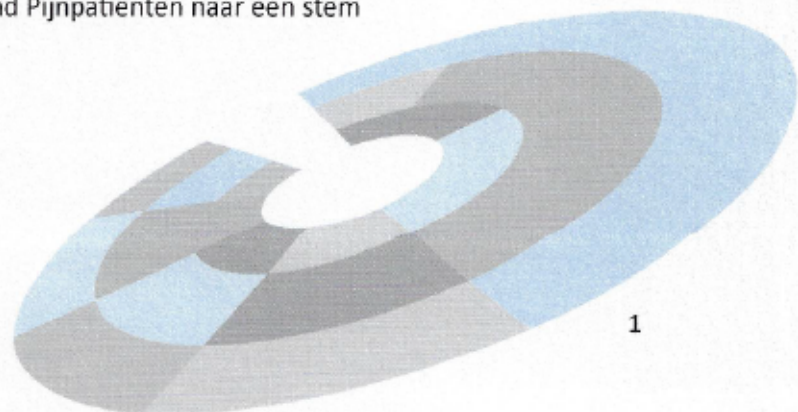
En om het argument te ontkrachten dat er onvoldoende wetenschappelijke studies zouden zijn om deze multidisciplinaire revalidatie te onderbouwen: Pijnpatiënten naar één stem doet een dringend beroep op alle betrokken zorgpartijen om zich in te zetten voor een extra inventarisatie van thans bestaande wetenschappelijke studies die IMSR met wetenschappelijke argumenten onderbouwen als een waardevolle aanpak voor mensen die op deze zorg zijn aangewezen.

Hoogachtend,

Namens het bestuur van Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem

  
Drs. I.L. Thomassen-Hilgersom

Voorzitter





**Aan: de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen**  
**Betreft: Steunverklaring IMSR bij Chronische pijn**

Breda, 13-02-2025

Geachte heer, mevrouw,

Door middel van deze brief wil de Landelijke Pijn Organisatie (LPO) haar steun betuigen aan de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen inzake de Interdisciplinaire Revalidatiebehandeling van mensen met langdurige chronische pijnklachten.

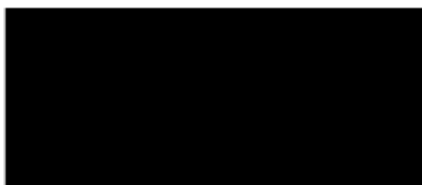
Interdisciplinaire revalidatie maak al decennia deel uit van het behandelarsenaal als interventie bij chronische pijn. Het gaat hier om een behandeling die wordt ingezet als het natuurlijk herstel en andere behandelopties geen optie meer zijn.

De behandeling is onderdeel van intensieve samenwerking binnen het zorglandschap voor de patiënt met chronische pijn en is voor zowel voor de eerste als de tweede en derde lijn een belangrijke behandeloptie gericht op het herstel van de participatie.

Behandelingen zoals deze laten zich niet goed onderzoeken door middel van RCT's door de vele factoren die een rol spelen bij het in stand houden van de klachten. Zij voldoet zeker aan de stand van de praktijk en heeft daarin een onmisbare rol.

Wij steunen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen bij het in stand houden van de behandeling voor deze patiëntengroep en voorzien grote gevolgen voor de Nederlandse gezondheidszorg en de maatschappij als deze vorm van behandeling niet meer tot het verzekerde pakket zou gaan behoren.

Breda, 13-02-2025



Namens Bestuur Stichting Landelijke Pijn Organisatie

Secretaris

[www.landelijkepijnorganisatie.nl](http://www.landelijkepijnorganisatie.nl)

**Aan:** de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen  
**Betreft:** Steunverklaring IMSR bij Chronische pijn

Utrecht, datum

Geachte heer, mevrouw,

Door middel van deze brief wil de Dutch Spine Society haar steun betuigen aan de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen inzake de Interdisciplinaire Revalidatiebehandeling van mensen met langdurige chronische pijnklachten.

Interdisciplinaire revalidatie maak al decennia deel uit van het behandelarsenaal als interventie bij chronische pijn. Het gaat hier om een behandeling die wordt ingezet als het natuurlijk herstel en andere behandelopties geen optie meer zijn.

De behandeling is onderdeel van intensieve samenwerking binnen het zorglandschap voor de patiënt met chronische pijn en is voor zowel voor de eerste als de tweede en derde lijn een belangrijke behandeloptie gericht op het herstel van de participatie.

Behandelingen zoals deze laten zich niet goed onderzoeken door middel van RCT's door de vele factoren die een rol spelen bij het in stand houden van de klachten. Zij voldoet zeker aan de stand van de praktijk en heeft daarin een onmisbare rol.

Wij steunen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen bij het in stand houden van de behandeling voor deze patiëntengroep en voorzien grote gevolgen voor de Nederlandse gezondheidszorg en de maatschappij als deze vorm van behandeling niet meer tot het verzekerde pakket zou gaan behoren.

Den Haag, 4 maart 2025



Godard de Ruiter  
Voorzitter Dutch Spine Society



NEDERLANDSE  
VERENIGING VAN  
**REVALIDATIEARTSEN**

# IMSR bij chronische pijn

*Dr. Paulien H. Goossens*  
*Voorzitter VRA*  
*p.goossens@basaltrevalidatie.nl*  
*06-41782316*

- 
1. IMSR
  2. AANLEIDING
  3. PICO
  4. BESCHIKBAAR BEWIJS
  5. WAT DAN WEL



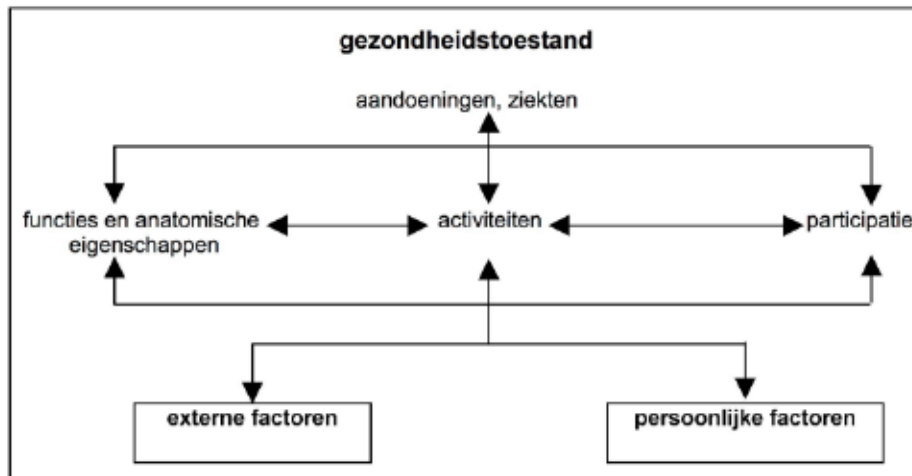


NEDERLANDSE  
VERENIGING VAN  
**REVALIDATIEARTSEN**

# **1. IMSR**

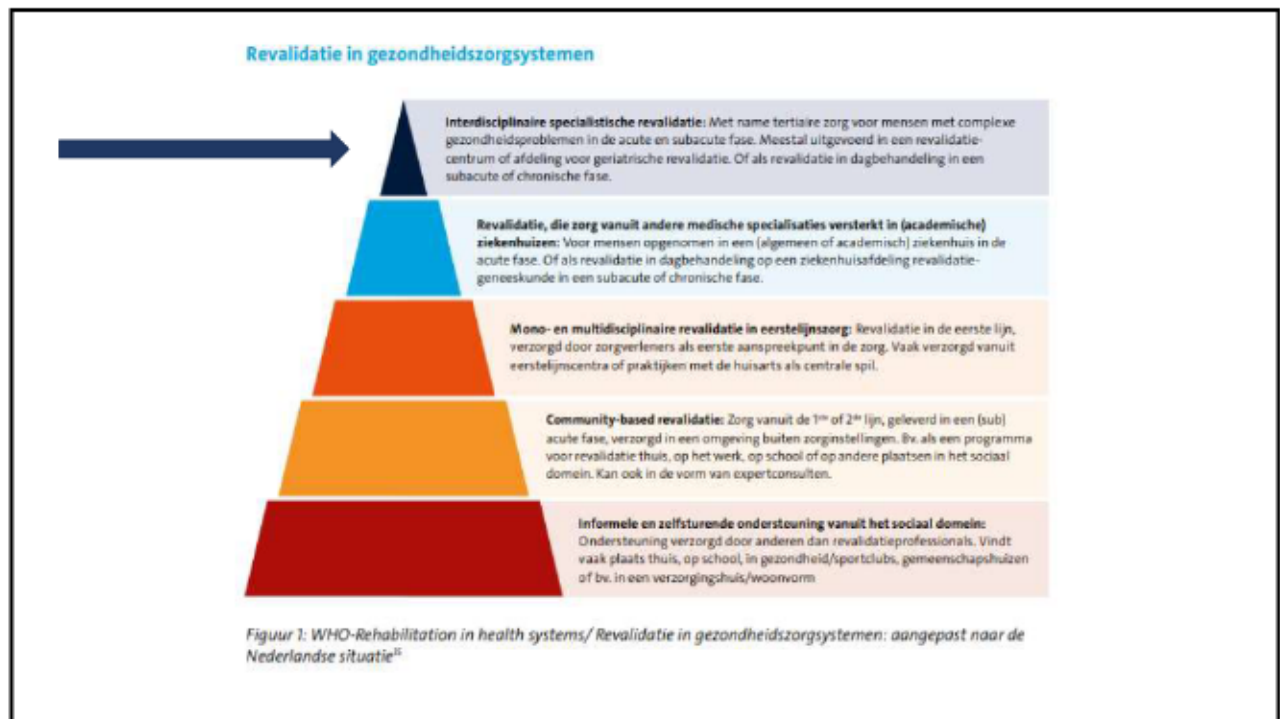
## **Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie**

## ICF-MODEL



Het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health) is door de WHO ontwikkeld als framework voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. De revalidatiearts levert passende zorg door de verschillende domeinen betreffende aspecten van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem op systematische wijze in kaart te brengen.

Een patient met een bepaalde aandoening en stoornis van functies zal gemiddeld in Nederland dezelfde revalidatiebehandeling krijgen. Bij de individuele patient zijn het echter de persoonlijke factoren, externe factoren en de hulpvraag die bepalend zijn voor de invulling van het behandelplan.



Revalidatiegeneeskundige behandeling is bedoeld voor patiënten die in hun revalidatie niet (alleen) toekunnen met zelfzorg, steun uit de omgeving of 1<sup>e</sup> lijns behandeling (huisarts, fysiotherapie, ergotherapie, maatschappelijk werk, praktijk ondersteuner huisarts, psychosomatisch fysiotherapie, psycholoog)

**Matched care:** de meest effectieve, minst belastende en meest doelmatige vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek.

**Stepped care:** de meest effectieve, minst belastende en meest doelmatige vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek.

[Uit: Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf \(zorginzicht.nl\)](#)

Bij revalidatie van patiënten met chronische pijn betekent dit dat vrijwel alle patiënten eerst uitgebreid door meerdere disciplines in de eerstelijns zijn behandeld met onvoldoende effect voordat IMSR in beeld komt.

De I= IMSR  
bij  
chronische  
pijn

Gatchel, 2014;  
VRA, 2018;  
Kaiser, 2017



Behandeling

- \* Gezamenlijke filosofie
- \* Biopsychosociaal model
- \* Cognitieve gedragstherapie (ACT)



Actieve participatie van de patiënt

- \* Trainen
- \* Thuis oefenen
- \* Taak-geïntereerd



Behandelproces

- Revalidatiearts +  $\geq 2$  behandelaars
- Duur behandeling
- \* Interdisciplinaire werkwijze



Organisatie van zorg

- \* Adviesconsult
- \* Expertconsult
- \* Stepped / matched care

De kenmerken van de interventie staan uitgebreid beschreven in richtlijn, behandelkader en leidraad.

## INDICATIESTELLING CHRONISCHE PIJN



WPN	Invloed participatie	Psychosociale problematiek	Belemmering functioneren
1	Nee	Geen/minimaal	Nauwelijks
2	Matig	Minimaal	In enige mate
3	Matig tot ernstig	Aanwezig	Ernstig
4	Ernstig	Ernstig	Zeer ernstig

Op hoofdlijnen zijn dit de inhoudelijke indicatiecriteria, die altijd in samenhang worden beoordeeld met de vraag of er reeds afdoende en adequate behandeling in de eerstelijns heeft plaatsgevonden.

## PATIENTKARAKTERISTIEKEN IN IMSR



Duur klachten:	38 % > 5 jaar	25 % 2- 5 jaar
NRS pijn	7.69 (0.04)	
PDI	38,85 (0,26)	
PCS (SF-12)	31.19 (0.14)	
MCS (SF-12)	36.61 (0.21)	
Betaald werk	68%	
	30% geen verzuim	
	35% parttime verzuim	
	35% volledig verzuim	

NRS: numeric rating schale

PDI: pain disability index.

Het instrument meet iemands beperkingen in het uitvoeren van allerlei dagelijkse activiteiten die men normaliter zou willen doen. Een hoge score komt overeen met veel beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten

SF12: short form 12. De scores worden zodanig getransformeerd dat een hogere score duidt op een betere gezondheidstoestand.

PCS: physical component score

MCS: mental component score



NEDERLANDSE  
VERENIGING VAN  
**REVALIDATIEARTSEN**

## 2. AANLEIDING

## DE GESCHIEDENIS

---



2016: ZN constateert toename IMSR bij chronische pijn

1-3-2017: Zembla programma CIRAN

Zorgverzekeraars nemen steekproeven

Rechter: ZN mag niet op stoel arts zitten

2018: ZN vraagt ZIN om duiding

ZIN duiding: wel / niet in basispakket



Dit is de geschiedenis zoals wij die vanuit VRA percipiëren. De zorgverzekeraars hebben blijkbaar onvoldoende mogelijkheden om variatie in indicatiestelling vanuit inhoud te onderzoeken of in te perken. Daarop volgde de vraag om een duiding.

Spoiler voor later in de presentatie: de VRA kan daar wel een rol spelen, maar blijkbaar was in 2016 de tijd daarvoor nog niet rijp.

## DIT LOST HET PROBLEEM NIET OP



ZN: steekproeven in de praktijk, diensten  
Rechter: zorg, de rechter zitten  
VRA: wantrouwen  
FMS: visie-instrument  
ZIN: wel niet in basispakket

Hier komen we later op terug, in het hoofdstuk: wat dan wel



NEDERLANDSE  
VERENIGING VAN  
**REVALIDATIEARTSEN**

## 3. PICO

P: patiënt met chronische pijn  
I: revalidatiearts + 3 disciplines (=IMSR)  
C: therapie in 1e lijn  
O: functioneren

Cochrane 2022: 8 RCT's - 5 niet van toepassing = 3 RCT's

ZIN 2022: 2 uit 3 RCT's positief = positieve duiding

Huidige situatie: 2 positieve Italiaanse RCT's teruggetrokken  
1 neutrale Franse RCT over

VRA heeft bezwaar tegen de PICO

- de PICO beschrijft niet de Nederlandse situatie
- de PICO is door de selectie van patiënten die vrijwel allemaal al eerstelijns behandeling hebben gehad niet haalbaar

VRA heeft bezwaar tegen de gevonden RCT's

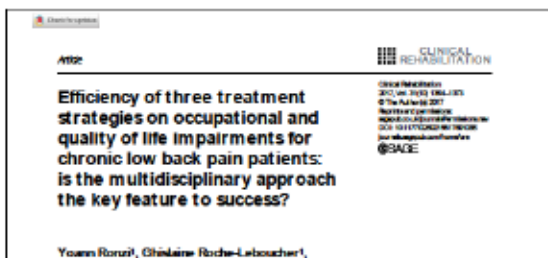
- de RCT's beschrijven niet de Nederlandse situatie

Zie ook de uitleg op de volgende dia's.

## Franse RCT: RONZI, 2017

**Functional Restoration Program (FRP)** involved six hours of treatment a day, five days a week in group of six to eight patients for 5 weeks.

- Exercises in a group supervised by a physiotherapist. Progressive increase of load  
The endurance training is adapted to each patient's heart rate
- Work simulations during occupational therapy sessions.
- Each week, patients attend a clinic with the rehabilitation specialist who supervises the program.
- They are referred to the psychologist at least once in the first week and for further treatment if requested. Dietary advice is given.



**Voldoet niet aan beschrijving  
Ned. Pijnrevalidatie**

Zie richtlijn pijnrevalidatie

0 artikelen over voor de duiding

Dit is de enige RCT die overblijft op basis van de door het ZIN opgestelde PICO.

Deze RCT beschrijft niet de NL situatie:

- het betreft een andere patiëntengroep dan wij in Nederland zien;
- het betreft een andere interventie dan wij in Nederland doen.

Zie ook volgende dia's voor meer uitleg.

Onze conclusie is dan ook dat er geen geschikte RCT's zijn gevonden en er derhalve naar ander bewijs moet worden gekeken.

**April 2021**

Reactie VRA  
op PICOT  
Eerste  
commentaar  
ronde

> Uw reactie / onderbouwing:

"Wij zijn het oneens met de claim zoals die door ZIN is geformuleerd. De claim dient te worden genuanceerd.

De iMSR en de paramedisch zorg in de eerste lijn zijn beide onderdeel van de huidige zorg voor mensen met chronische pijn. Volgens de principes van stepped en matched care, hebben beide zorgvormen hun eigen doelgroep. De paramedische zorg is bedoeld voor patiënten met licht tot matig complexe pijnproblematiek en de iMSR voor patiënten met hoog complexe pijnproblematiek.

Aangezien > 95% van de mensen die momenteel binnen de iMSR behandeld worden, reeds niet succesvolle eerste lijnbehandeling heeft gehad, achten wij dat de vergelijking tussen beide zorgvormen uitsluitend dient te worden onderzocht binnen een populatie die hoort bij de iMSR; een patiëntenpopulatie met hoog complexe pijnproblematiek (zie ook vraag 2).

Dit leidt echter tot de volgende tegenstrijdige situatie: De meeste mensen die in Nederland aan iMSR beginnen, hebben reeds paramedische zorg in de eerste lijn gehad. Wanneer dit voor hen effectief was, zouden zij niet zijn aangemeld voor iMSR. Patiënten, die wel worden aangemeld voor iMSR, hebben dus vrijwel altijd eerst paramedische eerstelijnszorg gehad die voor hen niet effectief was.

Als dit de bedoeling is, dient het ZIN uitsluitend studies te selecteren waarin het effect van iMSR (Interventie onder toetsing) wordt vergeleken met het effect van paramedische behandeling (controle conditie) bij patiënten die reeds niet-succesvolle paramedische zorg hebben gehad EN voldoen aan het criterium van hoge complexiteit.

Wij zijn van mening dat het kernprobleem op dit moment daarom niet ligt in de vergelijking van A versus B, maar in het stellen van de juiste indicatie voor A of B. Dit hebben wij in de afgelopen jaren reeds meermaals met het ZIN gecommuniceerd. Dit heeft niet geleid tot een inhoudelijke reactie, maar het doorzetten van een duidingstraject met een vraagstelling die met de huidige stand van de wetenschap niet beantwoord kan worden.

Deze reactie gaf de VRA al in 2021 op de PICO.

## P: DE IMSR – PATIËNTEN

---

Chronische pijn

Houdings- en bewegingsapparaat

Complexe en samenhangende problematiek (WPN 3/4)

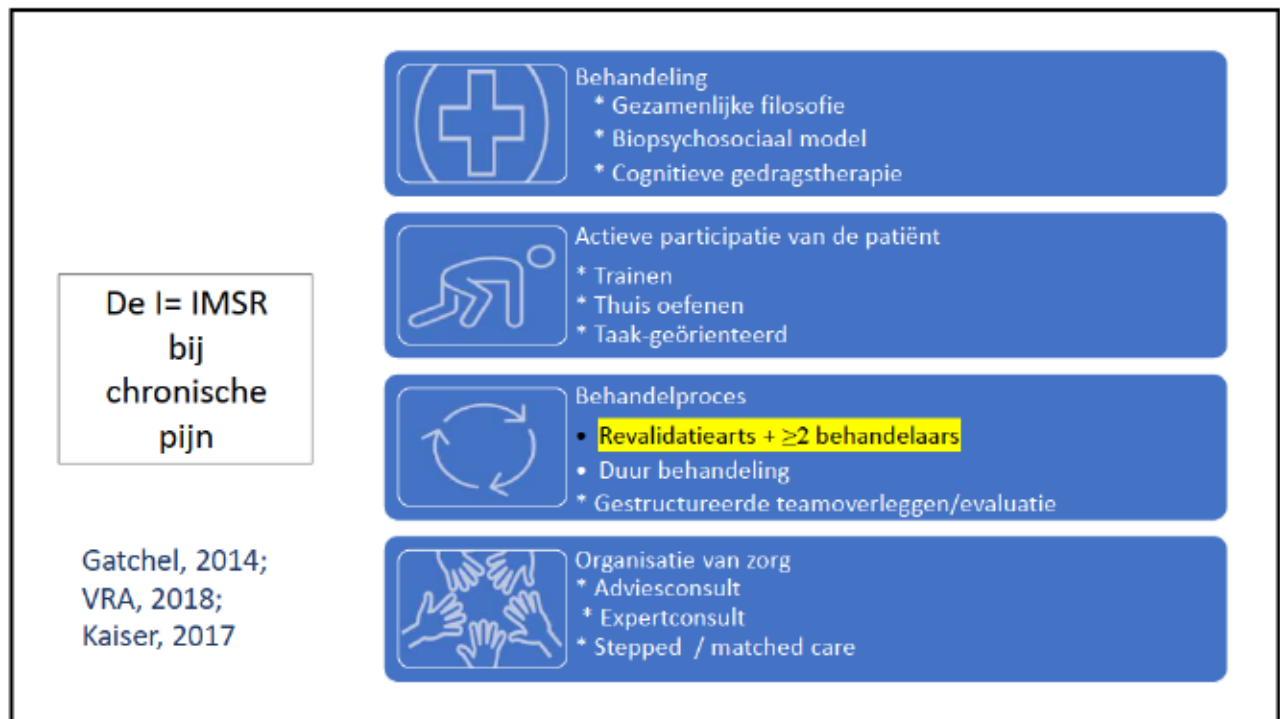
- fysiek
- psychosociaal
- hinderend in participatie

STEPPED CARE: last resort geneeskunde



In de PICO lijkt vooral gekeken naar de geel gearceerde kenmerken.

Patiënten die vanwege chronische pijn worden behandeld in IMSR hebben echter altijd complexe en samenhangende problematiek. En daarbij is ook belangrijk dat het patiënten zijn die therapie in de 1<sup>e</sup> lijn al doorlopen hebben.



In de PICO is vooral gekeken naar de geel gearceerde kenmerken.

Zie eerder: Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende en meest doelmatige vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Revalidatieartsen hebben voorkeur voor de term matched care, maar de facto komen beide termen op hetzelfde neer.

## C: THERAPIE IN DE 1<sup>E</sup> LIJN

---



Patiënten in ander deel spectrum  
1<sup>e</sup> lijns behandeling niet zinvol gebleken  
IMSR bij WPN 3/4 = gouden standaard

RCT vergelijking IMSR-pt met 1<sup>e</sup> lijn:      niet mogelijk

RCT vergelijking 1<sup>e</sup> lijns pt met IMSR:      niet zinvol



Het opzetten van een RCT met reeds voor IMSR geïndiceerde patiënten is niet mogelijk. Het betreft patiënten uit een zeer specifiek deel van het spectrum, bij wie 1<sup>e</sup> lijns behandeling niet zinvol is gebleken. Patiënten zullen hieraan niet willen deelnemen. Een METC zal hiervoor geen toestemming geven.

### Relatieve effectiviteit

Voor het beoordelen of een interventie (diagnostiek of behandeling) voldoet aan SWP wordt uitgegaan van relatieve effectiviteit ('comparative effectiveness'). Relatieve effectiviteit van een interventie betreft het geheel aan effecten op gunstige en ongunstige uitkomsten van de interventie bij de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Dit kan ook 'best ondersteunende zorg' zijn.

Om een uitspraak te kunnen doen over de relatieve effectiviteit van de te beoordelen interventie wordt een aantal stappen doorlopen waarbij een oordeel wordt gegeven over de kwaliteit van bewijs.

### Comparison (de behandeling waarmee wordt vergeleken)

Bij de beoordeling of de interventie-indicatiecombinatie voldoet aan SWP worden de effecten van de te beoordelen interventie vergeleken met de effecten van de op dat moment geldende standaardbehandeling of de gebruikelijke behandeling. De standaardbehandeling is de behandeling die in de richtlijn of praktijk wordt gezien als eerstekeusbehandeling en waarvan de effectiviteit (doorgaans) is bewezen. **Een vergelijking met de gebruikelijke behandeling is aan de orde als er geen standaardbehandeling is. Het gaat dan om de behandeling die het vaakst wordt toegepast bij de gedefinieerde doelgroep, en waar op dat moment in de dagelijkse praktijk de meeste ervaring mee is.** Ook kan de vergelijkende behandeling bestaan uit 'best ondersteunende zorg'.

Voor het kiezen van de juiste vergelijkende behandeling worden de richtlijnen, standaarden of standpunten van de beroepsgroepen geraadpleegd. Indien deze niet beschikbaar zijn, worden de relevante beroepsgroepen geraadpleegd.



Het Zorginstituut merkt zelf op “**Een vergelijking met de gebruikelijke behandeling is aan de orde als er geen standaardbehandeling is. Het gaat dan om de behandeling die het vaakst wordt toegepast bij de gedefinieerde doelgroep, en waar op dat moment in de dagelijkse praktijk de meeste ervaring mee is.**”

De standaardbehandeling is de behandeling die op dat moment in de richtlijn wordt genoemd als gebruikelijke interventie. In het geval van deze specifieke groep patiënten is IMSR dus de standaardbehandeling en niet fysiotherapie.

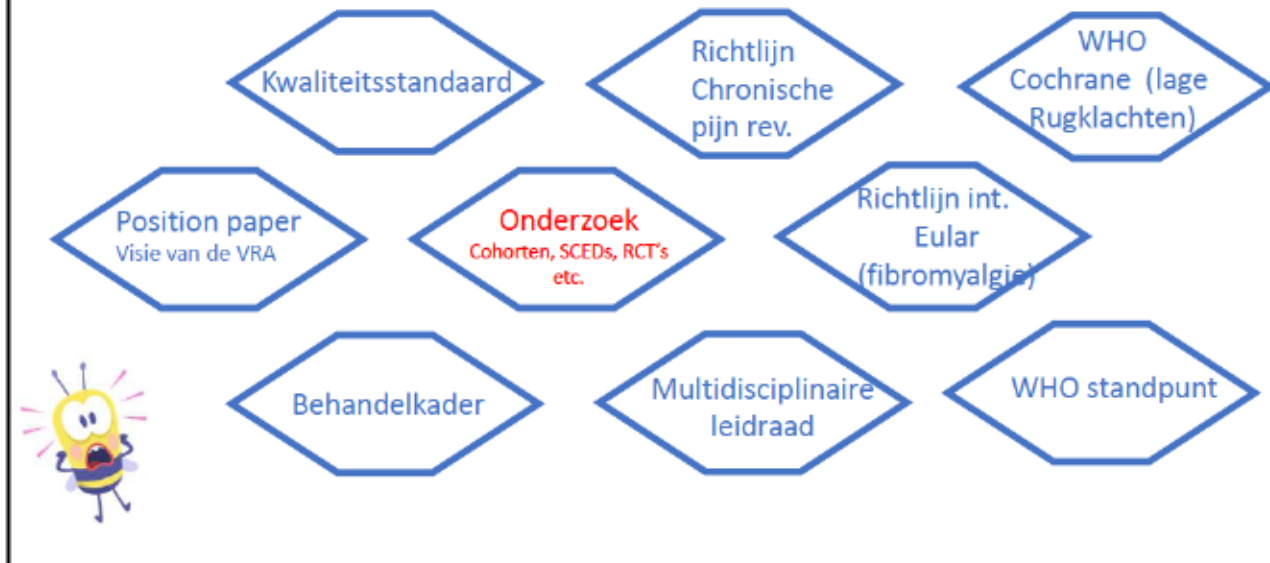
In de onderzoeken die plaatsvinden om het vak verder te ontwikkelen wordt uiteraard, conform deze aanbeveling, IMSR als controle-conditie gebruikt.



NEDERLANDSE  
VERENIGING VAN  
REVALIDATIEARTSEN

## 4. BESCHIKBAAR BEWIJS

## STAND VAN WETENSCHAP EN PRAKTIJK



De stand van wetenschap en praktijk is op nationaal niveau uitgebreid beschreven in de kwaliteitsstandaard, behandelkader, richtlijn en in de multidisciplinaire mede door het ZIN tot stand gekomen leidraad chronische pijn. Daarnaast zijn er meerdere internationale richtlijnen die IMSR bij chronische pijn onderschrijven. Ook de WHO onderschrijft in zijn standpunt de meerwaarde van IMSR bij o.a. chronische pijn. [Rehabilitation \(who.int\)](http://www.who.int/rehabilitation)

# Single Case Experimental Design: Exposure in vivo behandelings



IASP



## Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (CRISP): Effects of exposure in vivo

Arno H. de Jong<sup>1,2</sup>, Sjaak W. Meijer<sup>1,2</sup>, Margriet van't Hof-Grootenboer<sup>1,2</sup>, Patrick Oghene<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Occupational, Environmental, Biomedical Sciences (OEB), <sup>2</sup>Institute for Work and Health (IWH), University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>3</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>4</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>5</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>6</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>7</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>8</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>9</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>10</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>11</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>12</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>13</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>14</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>15</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>16</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>17</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>18</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>19</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>20</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands



PAIN

## Reduction of pain-related fear in complex regional pain syndrome type I: The application of graded exposure in vivo

Arno H. de Jong<sup>1,2</sup>, Sjaak W. Meijer<sup>1,2</sup>, Margriet van't Hof-Grootenboer<sup>1,2</sup>, Patrick Oghene<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Occupational, Environmental, Biomedical Sciences (OEB), <sup>2</sup>Institute for Work and Health (IWH), University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>3</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>4</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>5</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>6</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>7</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>8</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>9</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>10</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>11</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>12</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>13</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>14</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>15</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>16</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>17</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>18</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>19</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>20</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands



PAIN

## Reduction of Pain-Related Fear and Disability in Post-Traumatic Neck Pain: A Replicated Single-Case Experimental Study of Exposure in Vivo

Arno H. de Jong<sup>1,2</sup>, Karoline Vingerhoets<sup>1,2</sup>, Madelon J. Patten<sup>1</sup>, Marjolijn E. J. B. Grootenboer<sup>1,2</sup>, Patrick Oghene<sup>1,2</sup>, Sjaak W. Meijer<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Occupational, Environmental, Biomedical Sciences (OEB), <sup>2</sup>Institute for Work and Health (IWH), University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>3</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>4</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>5</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>6</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>7</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>8</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>9</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>10</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>11</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>12</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>13</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>14</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>15</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>16</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>17</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>18</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>19</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

<sup>20</sup>Department of Occupational Health and Safety, University of Twente, Enschede, The Netherlands

Er zijn meerdere meta-analyse van SCED beschikbaar waarbij randomisatie plaatsvindt m.b.t. de wachttijd tot start van de revalidatiebehandeling. Hiermee wordt gecorrigeerd voor natuurlijk beloop. Tijdens de wachttijd vindt geen verbetering van functioneren plaats, na behandeling wel.

# Doelmatigheidsstudies

Department of BMC Health Services Research (H2012) BMC Health Services Research

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Is exposure in vivo cost-effective for chronic low back pain? A trial-based economic evaluation

Maria E. J. S. Goossens<sup>1,2\*</sup>, Femke J. A. de Kromen<sup>3</sup>, Marike tennoo<sup>4</sup>, Jeanne H. de Jong<sup>1,2</sup>, Joop Rutgers<sup>1</sup>, Sita M. A. A. Smeets<sup>1</sup> and Johan W. S. Vlaeyen<sup>1,2</sup>

### Abstract

**Background:** Back pain is one of the most expensive health complaints. Comparing the economic aspects of back pain interventions may therefore contribute to a more efficient use of available resources. This study reports on a long-term cost-effectiveness analysis (CEA) and cost-utility analysis (CUA) of two treatments as viewed from a societal perspective: 1) exposure in vivo treatment (EIV), a newly developed cognitive behavioral treatment for patients with chronic low back pain who have exhausted pain-related therapies and 2) the more commonly investigated activity-based treatment.

**Methods:** Long-term patients with non-specific chronic low back pain received either EIV or CA. Primary data were collected at the participating treatment centers in the Netherlands. Primary outcomes were self-reported disability, the Euro QoL and quality-adjusted life years (QALY) through cost, health care utilization, patient and family costs, and production losses were measured by analyzing therapy records and cost claims. Data were gathered before, during and after treatment, and at 0, 4 and 12 months after treatment. Nonparametric bootstrapping analyses were used to quantify the uncertainty concerning the cost-effectiveness ratio, to address cost-effectiveness profiles and cost-effectiveness acceptability curves were performed.

**Results:** EIV proved a tendency to reduce disability, increase quality-adjusted life years and decrease costs compared to CA. The incremental cost-effectiveness ratios of both the CEA and CUA are in favor of EIV.

**Conclusions:** Based on these results, implementing EIV for this group of patients seems to be the best decision.

**Trial registration:** NCT01802077

**Keywords:** Chronic low back pain, exposure in vivo, economic evaluation, costs, QALYs

**Background:** Non-specific chronic low back pain (CLBP) is not only one of the most common health problems in Western societies, it also is one of the most expensive in terms of health care costs and costs to society [1]. The economic management of chronic pain are not only for the patient's own parties, such as the family, social environment, health care providers, and employers are all directly or indirectly

affected by the consequences of CLBP. In the Netherlands, the total costs of back and neck pain have been estimated at 1–2 % of the gross national product [2, 3]. The most common diagnosis of the musculoskeletal system and syndromes and ill-defined conditions which include non-specific CLBP were among the top five most expensive disorders in the Netherlands [4, 5]. These figures are comparable to those from Australia, Canada, France, Germany, Japan, Spain, the United Kingdom, and the United States [1]. Overall, costs among these problems are expected for more than 30 % of the total costs associated with CLBP [6–9]. The most favorable treatment approach for non-specific CLBP encompasses cognitive behavioral therapy (CBT)

International Journal of Behavioral Health Services, BMC Health Services Research, BMC Health Services Research

Assessment

## EXPOSURE IN VIVO VERSUS PAIN-CONTINGENT PHYSICAL THERAPY IN COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME TYPE I: A COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS

Reinier Jan Bultman  
Department of Clinical Psychology, Radboud University  
Department of Rehabilitation, Radboud University Medical Centre  
Radboud Centre of Expertise in Rehabilitation  
re.j.bultman@isg.umcn.nl

Bernie Krijnen

Reinier Jan Bultman

Department of Rehabilitation, Radboud University Medical Centre

Radboud Centre of Expertise in Rehabilitation

UMCG – Clinical for Health Health and Primary Care, Department of Rehabilitation Medicine, Radboud University

Wim R.S. Peeters

Department of Clinical Psychology, Radboud University

Radboud University Medical Centre

UMCG – School for Public Health and Primary Care, Department of Rehabilitation Medicine, Radboud University

Department of Rehabilitation and Psychology, Radboud University

UMCG – School for Public Health and Primary Care, Department of Rehabilitation Medicine, Radboud University

UMCG – School for Public Health and Primary Care, Department of Rehabilitation Medicine, Radboud University

UMCG – School for Public Health and Primary Care, Department of Rehabilitation Medicine, Radboud University

UMCG – School for Public Health and Primary Care, Department of Rehabilitation Medicine, Radboud University

**Background:** The aim of this study was to evaluate the cost-effectiveness of exposure in vivo (EIV), a cognitive behavioral treatment targeting pain-related fear in Complex Regional Pain Syndrome Type I (CRPS-I), compared to pain-contingent physical therapy (PT).

**Methods:** Data from a randomized controlled trial were used to assess the cost-effectiveness of EIV versus PT from a societal perspective. Intervention costs, other healthcare costs, costs to society and family, and productivity losses were included. The main outcomes were changes in the SF-36 physical component subscale and quality-adjusted life-years (QALYs) over 12 months after treatment. Uncertainty was estimated using nonparametric bootstrapping analysis, and cost-effectiveness acceptability curves and cost-effectiveness profiles.

**Results:** Patients who received EIV and PT together compared the study. After 12 months, EIV resulted in greater improvement in physical health-related quality of life and quality-adjusted life-years than PT. Quality higher initial treatment costs, EIV showed a tendency to reduce all costs related with PT. Healthcare costs were significantly reduced. Furthermore, the non-healthcare costs were in favor of EIV. Sensitivity analyses for different patient costs and support costs only, confirmed robustness of these findings.

**Conclusions:** EIV, a cognitive behavioral treatment, was more cost-effective than PT in CRPS-I patients with pain-related fear. The total higher costs for EIV are offset by a larger reduction of costs for healthcare costs, and a tendency to lower work absenteeism and indirect societal costs. Cost to the employer costs, reduction of disability compared to health needs.

**Keywords:** CRPS-I, cost-effectiveness analysis, randomized trial, cost care in vivo, rehabilitation

In this paper, the impact of all individuals with CRPS-I who participated in the study, as well as their families, as much as possible, where to be included. The study included the costs of the procedure, including therapy and costs with the other costs of the patient's medical, behavioral, cognitive, or home expenditures and with the indirect benefits of 100, or more in 1997. General support for work was included in the following: CRP, JCI, permanent benefits for Radboud University, costs of traveling to the nearest location (train, bus, car, bicycle, taxi, etc.).

Complex regional pain syndrome type I (CRPS-I) is a chronic pain condition affecting one of the limbs, without peripheral nerve injury, and usually after an injury or trauma. In addition to persistent pain, characteristic is its severity to any underlying osteoarthritic pathology, other signs and symptoms may occur. These include allodynia, peripheral swelling, abnormal vascular reactivity, and functional impairment [1]. Despite the

IMSR bij chronische pijn blijkt kosteneffectief als breder dan alleen zorgkosten wordt gekeken.

# Afgeleide uitkomstmaat

<p><b>Exposure <i>in vivo</i> Induced Changes in Neural Circuitry for Pain-Related Fear: A Longitudinal fMRI Study in Chronic Low Back Pain</b></p> <p>Age Bekkering<sup>1,2*</sup>, Armin R. de Jong<sup>3,4</sup>, Marleen Buisson<sup>1,2</sup>, Justine A. Bekkering<sup>1,2</sup>, Pim A. Bevers<sup>1,2</sup> and Amanda L. Kosa<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup>Department of Behavioral Medicine, Maastricht University, Maastricht, Netherlands; <sup>2</sup>Department of Cognitive Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, Netherlands; <sup>3</sup>Department of Neurobiology, Psychology and Health Studies, Maastricht University, P.O. Box 616, Maastricht, Netherlands; <sup>4</sup>Department of Psychology, Maastricht University, P.O. Box 616, Maastricht, Netherlands; <sup>5</sup>Department of Cognitive Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, Netherlands; <sup>6</sup>Department of Clinical Psychology, Maastricht University, Maastricht, Netherlands; <sup>7</sup>Department of Clinical Psychology, Maastricht University, Maastricht, Netherlands; <sup>8</sup>Department of Psychology, Maastricht University, Maastricht, Netherlands</p> <p>Exposure <i>in vivo</i> (EIV) is a cognitive behavioral treatment aimed at reducing pain-related fear in chronic pain, and has proven successful in reducing pain-related disability in patients with chronic low back pain (CLBP). The current longitudinal study aimed to reveal the neural correlates of changes in pain-related fear as a result of EIV. Twenty-three patients with CLBP were included in this study. Patients with CLBP underwent fMRI scanning pre-treatment (pre-EIV), post-treatment (post-EIV), and 8 months after end of treatment (FU-EIV). Functional connectivity was assessed at two time points. In the baseline, participants were presented with pictures involving pain-related movements, evoking pain-related fear. In patients, pre-treatment, functional MRI revealed increased activation in right posterior insula and increased deactivation in medial prefrontal cortex (mPFC) in patients compared to controls. Post-treatment, patients reported reduced fear and pre-EIV group differences were no longer present. Contrasting pre- to post- and FU-EIV in patients revealed that stimulus-evoked neural responses changed in amplitude as well as cognitive/affective brain regions. Lastly, exploratory analyses revealed a tendency toward an association between changes in neural activation and changes in fear ratings, including the hippocampus and temporal base (pre- to post-EIV changes), and mPFC and anterior cingulate cortex (pre- to FU-EIV changes). Taken together, we show evidence that neural circuitry for pain-related fear is modulated by EIV, and that changes are associated with self-reported decreases in pain-related fear.</p> <p><b>Keywords:</b> chronic pain, fear, research, anxiety, self-rated fear, rehabilitation, chronic low back pain</p> <p><b>OPEN ACCESS</b></p> <p><b>EDITED BY</b>          Michael Sperkovic, University of Colorado, United States</p> <p><b>REVIEWED BY</b>          Silvia Ballesteros, University of Zurich, Switzerland          Michael John, University of York, United Kingdom          Christiana Lim, University of York, United Kingdom</p> <p><b>*CORRESPONDENCE</b>          Age Bekkering, age.bekker@maastrichtuniversity.nl</p> <p><b>RECEIVED</b> 05 July 2018  <b>ACCEPTED</b> 26 August 2018  <b>PUBLISHED</b> 01 September 2018</p> <p><b>CITATION</b>          Bekkering A, de Jong AR, Buisson M, Bekkering JA, Bevers P and Kosa AL (2018) Exposure <i>in vivo</i> Induced Changes in Neural Circuitry for Pain-Related Fear: A Longitudinal fMRI Study in Chronic Low Back Pain. <i>Front. Behav. Neurosci.</i> 12:141. doi: 10.3389/fnbeh.2018.00141</p>	<p><b>Archival Report</b></p> <p><b>Corticolimbic Circuitry in Chronic Pain Tracks Pain Intensity Relief Following Exposure <i>In Vivo</i></b></p> <p>Inge Timmer, Vincent S. van de Ven, Johan W.S. Vlaeyen, Rob J.E.M. Smeets, Justine A. Wehust, Jeroen R. de Jong, and Amanda L. Kosa</p> <p><b>ABSTRACT</b>  <b>BACKGROUND:</b> A subset of patients with chronic pain who receive exposure <i>in vivo</i> (EIV) treatment experience clinically relevant relief of pain intensity. Although pain relief is not an explicit therapeutic target, it is important to understand how and why this important effect occurs in some patients but not others. This longitudinal study therefore aimed to characterize brain connectivity as well as to explore pre-treatment factors related to pain relief.  <b>METHOD:</b> Twelve daily functional magnetic resonance imaging (fMRI) scans were acquired in 20 patients with chronic pain. Twenty-three patients completed EIV, and 8 months later up to six were available in 13 patients (pre-treatment vs. post-treatment vs. follow-up). Pain-free control data were acquired at two time points (0- to 28, 8- to 10). Data-based resting-state functional connectivity (rsFC) analyses were performed, with focus in the amygdala, hippocampus, and nucleus accumbens.  <b>RESULTS:</b> Pain-related EIV was highly variable, with 60% of patients reporting a clinically relevant improvement. Amygdala rsFC with the nucleus accumbens (NAc) decreased significantly over time in patients but was not associated with pain relief. In contrast, greater pain relief was associated with greater decreases over time in hippocampal rsFC with the prefrontal cortex, which was related to reductions in catastrophizing (EIV treatment target). In well. Greater pain relief was also associated with lower pre-treatment rsFC between nucleus accumbens and prefrontal cortex.  <b>CONCLUSIONS:</b> While changes in hippocampal rsFC were associated with pain relief after EIV, pre-treatment rsFC between nucleus accumbens and prefrontal cortex predicted amount of pain relief. Our findings further support the importance of corticolimbic circuitry in chronic pain, emphasizing its relation to pain relief and identifying potential underlying mechanisms and potential targets for new, targeted fear or anxiety treatment in experimental samples.</p> <p><a href="https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00141">https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00141</a></p> <p>Chronic pain is a significant health problem and a leading cause of disability. For a subset of patients, pain-related distress (e.g., anxiety, fear) is elevated, contributing to the development and maintenance of chronic pain (1, 2). Acute and chronic pain is thought to manifest as an emotional state (3) with potential alterations in cognitive behavioral learning (4) and in neurobiological circuits that may underlie attentional selective pain mechanisms (5). The cognitive behavioral treatment, exposure <i>in vivo</i> (EIV), has been successful in reducing pain and disability in several patients with pain, including chronic low back pain (CLBP) and complex regional pain syndrome type I (CRPS-I) (6–10).</p> <p>As a clinical strategy of exposure learning, EIV exposes patients to fear-provoking daily-life movements and activities while working and challenging worries, interpretations, and expectations about movement and pain as a signal for injury or impaired bodily functioning (11, 12). Importantly, patients are encouraged to engage in activities with the (often) feared movements, postures, and postures (13–15).</p> <p>Research in chronic low back pain would help understand and optimize treatment approaches to moderate pain relief, even when not targeted.</p> <p>Some pain reduction after EIV may be explained based on neurobiological models (16) and meta-analytic findings that in chronic pain conditions pain-related fear and pain intensity (17). However, pain intensity does not appear to modulate the relationship between pain-related fear and disability (18), and remains unclear whether and how reductions in fear intensity are related to reductions in pain intensity. Moreover, there is a need to characterize whether pain-related fear reduction is modulated by cognitive and emotion factors (e.g., fear, appraisal, motivation), suggesting that cognitive bias and emotion play roles in pain behavior through such mechanisms. Interaction with corticolimbic circuitry, especially connected to the ability to integrate bodily functioning (19, 20), is important. Research in chronic low back pain would help understand and optimize treatment approaches to moderate pain relief, even when not targeted.</p>
---	--

IMSR-behandeling leidt tot objectieerbare veranderingen, bijvoorbeeld met fMRI.

## Nationale en internationale richtlijnen



Blz 22

*Naast het zoeken naar artikelen waarin relevante studieresultaten worden gerapporteerd, **zoeken we naar nationale en internationale richtlijnen**. Deze vinden wij in databases zoals Diligide, de Richtlijnen database van de Federatie Medisch Specialisten<sup>44</sup>, de websites van wetenschappelijke verenigingen, of via de **World Health Organization (WHO)** of het Guidelines International Network (GIN).<sup>45</sup> In sommige gevallen kunnen ook beoordelingsrapporten van buitenlandse zusterorganisaties relevant zijn voor de beoordeling. In het geval van geneesmiddelenbeoordelingen maken de rapporten van de European Medicines Agency (EMA), zoals de European Public Assessment Report (EPAR) en de Summary of the Product Characteristics (SPC), ook onderdeel uit van de beoordeling.*

Het zorginstituut heeft in de eigen procesbeschrijvingen staan dat er breder dient te worden gekeken dan alleen RCT's en wetenschappelijk bewijs in engere zin.

## Internationale richtlijn: Euler: fibromyalgia

### Recommendations

#### EXTENDED REPORT

### EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

G J Macfarlane,<sup>1</sup> C Frensch,<sup>1,2</sup> L E Deane,<sup>1</sup> F Azzi,<sup>1</sup> W Hülsmann,<sup>4,5</sup> E Flus,<sup>6</sup> E Choy,<sup>6</sup> E Kocak,<sup>7</sup> K Armita,<sup>8</sup> J Blanco,<sup>9</sup> F Dinzer,<sup>10</sup> P Leino-Arjas,<sup>11</sup> K Longley,<sup>12</sup> G M McCarthy,<sup>13</sup> S Maki,<sup>14</sup> S Peret,<sup>15</sup> P Szabo-Putins,<sup>16</sup> A Taylor,<sup>17</sup> G T Jones<sup>1</sup>

#### Handling editor

Dr L. Jones  
 • Additional material is published online only to see peer review for this article.  
<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-025741>  
 for further information on all articles.

Correspondence to:  
 Professor G J Macfarlane,  
 Edinburgh Napier University,  
 10 Colinton Road, Edinburgh  
 EH10 5DT, UK.  
 Email: g.j.macfarlane@napier.ac.uk

Received 12 July 2018  
 Accepted 14 June 2019  
 Published online first  
 4 July 2019

#### ABSTRACT

**Objective:** The revised European League Against Rheumatism recommendations for managing fibromyalgia assessed evidence up to 2019. The priority of evidence based on the recommendations were ranked based on:

**Methods:** A multidisciplinary group from 12 countries assessed evidence with a focus on patients, evidence and best practice, consistent with pharmacological and non-pharmacological management for fibromyalgia. A review in May 2019, identified eligible publications and key outcomes assessed were pain, fatigue, sleep and daily functioning. The grading of recommendations, assessment, confidence, and individual opinion was used for making recommendations.

**Results:** 2197 titles were identified from three 275 full papers were selected for review and 150 relevant findings were analysed and ranked. Based on the analysis, the only strong (A) therapy based recommendation is the guideline was evidence. Based on expert opinion, a graduated approach, the following four main steps are suggested and underpinned by shared decision-making with patients: brief management, should involve patient education and focus on non-pharmacological therapies. In case of non-response, further the use of which is not evaluated as 'best' or 'based on expert opinion' should be tailored to the specific needs of the individual and may involve psychological therapies for mood disorders and analgesic therapy (opioids, pharmacotherapy) for severe pain or sleep disturbance under a multimodal education programme for severe chronic pain. Considerable evidence is underpinned by high-quality evidence and meta-analyses. The size of effect for most treatments is relatively modest. The target research priorities include who will benefit from specific interventions, their effect in combination and separation of treatment options to optimize outcome.

Although pain is the dominant symptom in fibromyalgia, other symptoms such as fatigue, mood, disturbed sleep, sexual disturbance and cognitive impairment are common. In our review, there is an important influence on quality of life and evidence that it is a heterogeneous and complex condition.<sup>1-3</sup>

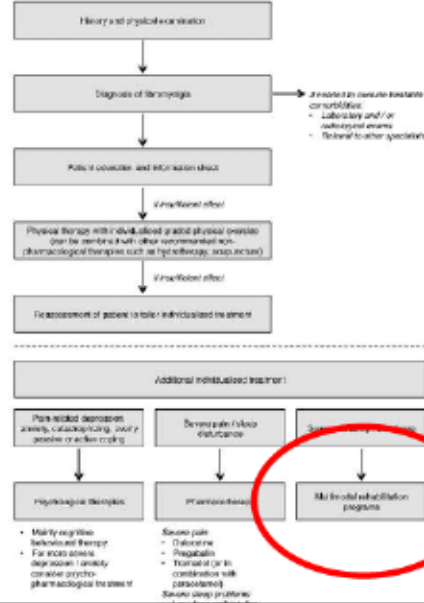
The aim of European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of fibromyalgia assessed evidence up to and including 2019.<sup>4</sup> Given the paucity of information and poor quality of the studies available, it was recommended that the guidelines be revised after a period of 4 years. However, no subsequent review was planned and thus it is desirable to review the recommendations with the aim of making them more evidence based. In the time since the original recommendations, there have been a considerable number of individual trials assessing pharmacological and non-pharmacological interventions and it is necessary that these have been systematically reviewed for study all of the commonly used management strategies. Our aim therefore was, using the systematic review method and taking into account their quality, to make evidence-based recommendations for the use of individual pharmacological and non-pharmacological approaches, and how these could be combined. Further, we aimed to identify priority areas for future research.

#### METHODS

**The working group membership**  
 The working group included 19 members from 12 European countries (clinical rheumatology, dermatology, general practice, pain medicine and sports science), non-clinical scientists (neurological health, psychology), patient representatives and the official health professionals (nursing).

**Eligibility, search strategy and quality assessment**  
 We searched an electronic sources (public or reference

### Recommendations



EXTRA DIA: ook international richtlijnen bevelen IMSR aan.

## WHO. Lancet 2021: Low back pain

This table includes evidence on the effectiveness of rehabilitation interventions for different functioning outcomes for the 25 selected health conditions. The evidence is based on Cochrane systematic reviews and is further grouped into 1) moderate to high quality evidence and 2) low quality evidence. It is important to note that the low-quality evidence in some of the reviews is either due to insufficient number of trials or due to the fact that blinding and randomization which are considered in the evaluation of the evidence are nearly impossible to be applied in rehabilitation trials.

Health Condition	Rehabilitation interventions based on Cochrane systematic reviews	
	Moderate to high quality evidence	Low quality evidence
<b>Musculoskeletal disorders</b>		
Low back pain	Multidisciplinary rehabilitation for return to work and disability (1), Back school for pain (2), Motor control exercise for pain (3), Exercise for low back pain and pelvic pain (4), Therapeutic ultrasound for back specific functioning (5), Biopsychosocial rehabilitation for pain and disability (6), Exercise for reduction of recurrences (7), Staying active for pain relief and functioning (8), Operant therapy and Behavioural treatment for pain relief (9)	Rehabilitation for pain and disability (10), Intense physical conditioning for return to work (11)
Neck pain	Exercise, Cervico-scapulothoracic and upper extremity strength training for pain and function (12), Static-dynamic cervico-scapulothoracic strengthening/endurance exercises including pressure biofeedback immediate post treatment for pain and function (12), Cervical manipulation for pain, function and quality of life (13), Thoracic manipulation for pain and function (13)	Cognitive behavioural therapy for pain and quality of life (14)



Articles

---

**Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019**

*Wan-Ping Guo, Deep Khanna, Anne Teal, et al. Lancet 2021; S0140-6736(21)00400-0*

**Summary**  
 Background Global estimates for a clear, basic need for a disability-specific service, needed for only part of the population, through the Global Burden of Disease study 2019, will allow us to better understand the global burden of disability and the need for rehabilitation services. We present global, regional, and country data for the number of people who would benefit from a disability-specific service during the course of their disability and a history.

**Methods** We estimate the need for rehabilitation, also from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2019.

**Results**

EXTRA DIA: idem dia 26 maar dan voor rugpijn



NEDERLANDSE  
VERENIGING VAN  
**REVALIDATIEARTSEN**

## 5. WAT DAN WEL

## WAT DAN WEL?

---



1. RCT'S nieuwe interventie vs IMSR
2. Prognostisch onderzoek gericht op identificatie van subgroepen
3. VRA beleidsplan: overal in NL goede kwaliteit en doelmatigheid
  - **Praktijkvariatie**
  - **Transparantie**
  - **Spreiding en concentratie**

RCTs die nieuwe interventies vergelijken met huidige vorm van IMSR laten zien dat voor bepaalde subpopulaties nieuwe interventies leiden tot een grotere verbetering van het functioneren dan “klassieke IMSR”

De VRA zet de komende 5 jaar in op het verminderen van praktijkvariatie ten behoeve van een uniforme kwalitatief goede én doelmatige behandeling van patiënten overal in Nederland. Transparantie naar patiënten, elkaar en de maatschappij is daarbij een voorwaarde. Hieraan hangt “spreiding en concentratie” direct vast.

**Spreiding:** Wat in de 0<sup>e</sup> of 1<sup>e</sup> lijn kan moet ook vooral daar gebeuren. Digitale behandelvormen en multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie lijken hierin kansrijke strategieën die verder ontwikkeld en onderzocht moeten worden.

**Concentratie:** Daarnaast zal ook niet elke revalidatie-instelling elke vorm van revalidatiebehandeling kunnen blijven aanbieden.

Research Paper

# PAIN

## Expose 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

Marlies den Hollander<sup>a,b,1,\*</sup>, Mariëtte Goossens<sup>a,b</sup>, Jeroen de Jong<sup>a,b,t</sup>, Joop Ruijgrok<sup>c</sup>, Jan Oosterhof<sup>d</sup>, Patrick Onghena<sup>e</sup>, Rob Smeets<sup>b,c,e</sup>, Johan W. S. Vlaeyen<sup>a,g</sup>

**P:** CRPS 1  
**I:** exposure

**C:** gebruikelijke IMSR

**O:** disability

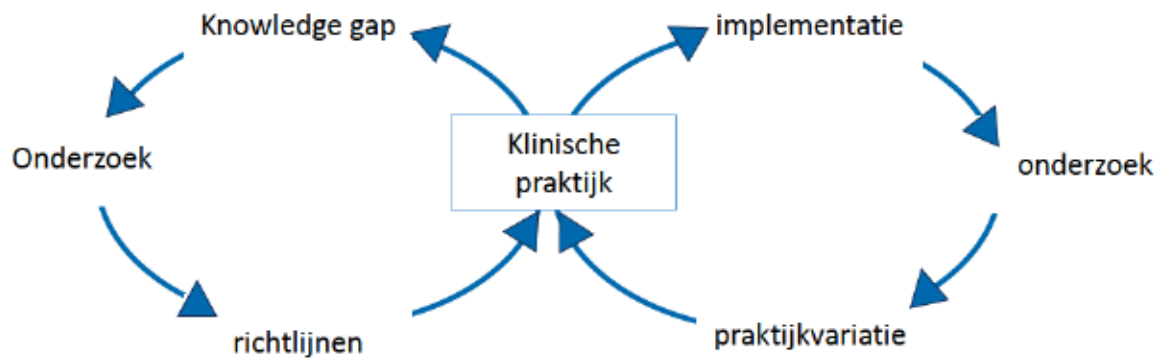
**Abstract**  
Complex regional pain syndrome type I (CRPS-I) highly affects patients' ability to perform daily life activities. Pain-related fear might be a key target to reduce disability in chronic pain. Current treatments aiming at reducing pain show little improvements on pain and disability, whereas novel exposure-based treatments targeting pain-related fears have shown to be promising. We conducted a randomized controlled trial (N = 48) comparing exposure in vivo (EXP) with pain-contingent treatment as usual (TAU), for CRPS-I patients with at least moderate levels of pain-related fear. Primary outcome is self-reported disability, for upper and lower extremity, respectively. Secondary outcomes are self-reported pain-intensity, pain-catastrophizing, perceived harmfulness of physical activity, and health-related quality of life. Pretreatment to posttreatment and pretreatment to 6-month follow-up change scores were tested using randomization-based inference. EXP was superior to TAU in reducing upper extremity disability from pretreatment to posttreatment (between-group difference, 1.082; 95% confidence interval [CI], 0.563-1.601;  $P = 0.001$ ) and from pretreatment to 6-month follow-up (1.303; 95% CI, 0.917-1.690;  $P = 0.001$ ). EXP was superior in reducing lower extremity disability from pretreatment to 6-month follow-up (3.824; 95% CI, 0.467-7.181;  $P = 0.02$ ) but not from pretreatment to posttreatment (3.055; 95% CI, -0.019 to 6.128;  $P = 0.054$ ). All secondary outcomes significantly favored EXP pretreatment to posttreatment, as well as pretreatment to 6-month follow-up. Exposure to daily activities shows to be more effective than a protective pain-contingent TAU in reducing self-reported disability in daily life of CRPS-I patients with at least moderate levels of pain-related fear.

**Keywords:** Pain-related fear, Avoidance, CRPS-I, Exposure in vivo, Cognitive-behavioral treatment

1. Introduction cannot be cured.<sup>36,37,42,51</sup> Symptoms such as allodynia, edema,

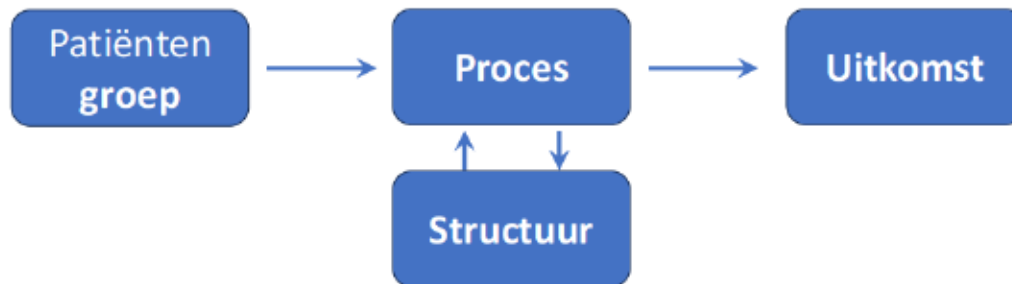
Een voorbeeld van doorontwikkeling van het vak is de RCT naar exposure versus gebruikelijke IMSR. Het is daarbij wel belangrijk te constateren dat dit om een geselecteerde patiëntengroep gaat en dus niet geldt voor alle patiënten met chronische pijn.

## ZE&GG UITGANGSPRINCIPE



ZE&GG presenteerde tijdens het diner met de wetenschappelijke verenigingen een model dat goed aansluit op onze visie. De klinische praktijk is gebaat bij voldoende evidence en voortdurende doorontwikkeling van het vak. Tegelijkertijd vinden veranderingen in de praktijk pas hun plek na implementatie, waarbij de aanwezigheid van spiegelinformatie essentieel is om implementatie te bevorderen en dus praktijkvariatie te verminderen. De wetenschappelijke verenigingen hebben hierin een belangrijke rol om de redenen van praktijkvariatie te duiden en om kwaliteit en doelmatigheid te bewaken.

## STICHTING REVALIDATIE IMPACT MODEL VAN DONABEDIAN



Initiatief van VRA – RN – NPF

Doel: verbeteren kwaliteit en doelmatigheid

VRA, RN en NPF hebben in 2017 de Stichting Revalidatie Impact (SRI) opgericht, met als doel verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid van revalidatiebehandelingen in Nederland. Alle instellingen die lid zijn van Revalidatie Nederland hebben zich gecommitteerd om deel te nemen aan SRI. De database is momenteel gevuld met de groepen hersenletsel, amputatie en jonge kinderen met een ontwikkelingsachterstand. De eerste zeer zinvolle spiegelgesprekken zijn inmiddels gevoerd over het proces van revalidatiebehandeling bij hersenletsel. De leden van RN hebben december 2024 besloten dat de benchmark voor de leden op naam inzichtelijk zal zijn.

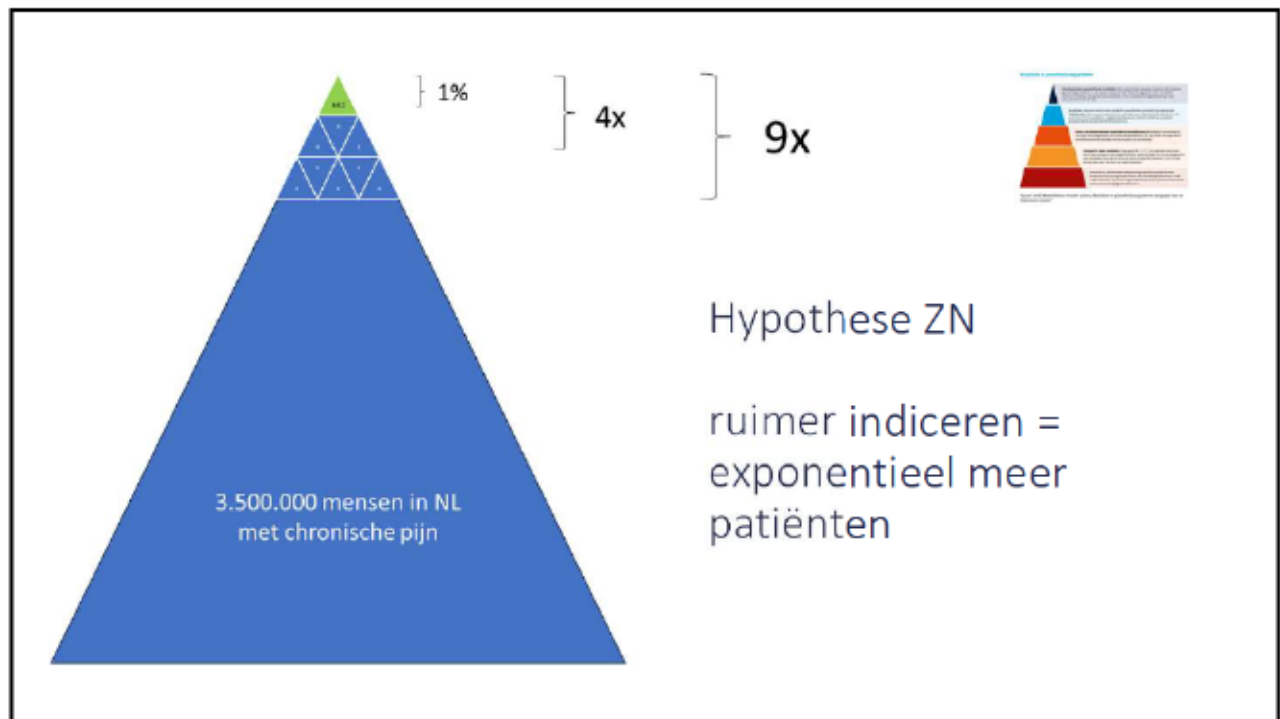
NB: SRI staat ook open voor aanbieders die geen lid zijn van RN

Het model van Donabedian maakt duidelijk dat het belangrijk is om bij zorgevaluatie een duidelijk onderscheid te maken tussen

- specifieke patiëntengroepen met bepaalde kenmerken
- het proces dat patiënten doorlopen
- de uitkomsten van de behandeling.

De structuur van de behandeling is hierbij alles wat tevoren bedacht is, dus bijvoorbeeld het voor de diagnosegroep vastgestelde behandelplan en de in te zetten disciplines. Het proces is hetgeen wat de patiënt daadwerkelijk als behandeling heeft

gekregen. In de praktijk verschillen structuur en proces vaak.



Een kleine variatie in de toepassing van indicatiecriteria kan al een groot verschil maken in de inclusie van patiënten. De VRA heeft voor patiënten met chronische pijn geen inzicht in de variatie in de indicatiestelling van de verschillende instellingen die IMSR bij chronische pijn aanbieden.

## VOORSTEL VRA

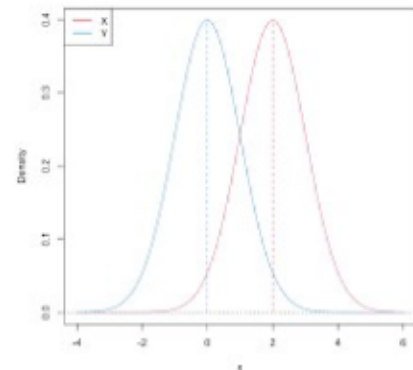
---

Focus op praktijkvariatie

Principe: “leg uit of pas aan”

Afspraken over:

- rollen van partijen;
- deelnemende instellingen;
- methodiek;
- verantwoordelijkheden;
- governance;
- tijdspad;
- etc



Overwogen kan worden dit traject aan te gaan met ZE&GG, omdat zij neutrale ondersteuning kunnen bieden en ervoor kunnen zorgen dat alle aanbieders van IMSR meedoen.



NEDERLANDSE  
VERENIGING VAN  
**REVALIDATIEARTSEN**

## **Pitch chronische pijnrevalidatie** **Paulien Goossens, voorzitter VRA**

### **De situatie**

ZIN en VRA zijn sinds 2018 met elkaar in vergadering over het dossier chronische pijn. De focus lag daarbij op “de duiding van de stand van wetenschap en praktijk” en op de beschrijving van de “indicatiestelling voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie”. Deze wegen leiden, zo lijkt het, niet tot een oplossing en de discussie is zich zelfs aan het verharderen.

Het eigenlijke onderliggende probleem lijkt niet zozeer de effectiviteit van IMSR-behandeling bij patiënten met complexe samenhangende chronische pijnproblematiek voor wie 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijns revalidatie niet toereikend is. De indruk bestaat dat zorgverzekeraars vermoeden dat er veel variatie bestaat in zowel indicatiestelling als in behandelintensiteit en -duur.

Als VRA vragen wij ons af of we met de discussie over de duiding van de chronische pijn wel het juiste gesprek aan het voeren zijn. Wij zijn van mening dat het echte gesprek moet gaan over doelmatige en toekomstbestendige IMSR bij chronische pijn.

### **Oplossingsrichting**

We realiseren ons als VRA goed dat zorgverleners ook zelf aan zet zijn om de zorg zo in te richten dat kwalitatief goede zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten beschikbaar is en blijft.

De Stichting Revalidatie Impact (SRI) is door de revalidatiebranche (VRA en RN) opgezet om kenmerken van patiëntengroepen en uitkomsten van behandelingen te verzamelen, te vergelijken en vervolgens te verbeteren. Ook data over het zorgproces zijn beschikbaar. De eerste resultaten van spiegelgesprekken zijn inmiddels bekend. Alle revalidatie-instellingen die lid zijn van RN nemen deel aan SRI. We werken aan het uitbreiden van doelgroepen en uitkomstmaten.

Daarnaast dragen we vanuit de VRA actief bij aan zorgvernieuwingen: multidisciplinaire eerstelijns revalidatie en -zeker zo belangrijk- digitale applicaties die zorg naar de 1<sup>e</sup> en 0<sup>e</sup> lijn kan brengen.

### **Voorstel**

In plaats van met elkaar steeds te spreken over de duiding van chronische pijn, zouden we liever met elkaar willen spreken over hoe we op basis van o.a. bovenstaande oplossingsrichtingen het feitelijke probleem kunnen adresseren en het vertrouwen over en weer kunnen herstellen. Het is onze wens om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen.

Graag zouden wij in een klein bestuurlijk overleg (Karin Timm namens ZIN, Geert van Hoof namens RN, Michel Dutree namens RN en Paulien Goossens namens VRA) exploreren of we tot een door alle partijen gedragen oplossing kunnen komen voor het dossier chronische pijnrevalidatie.

---

**Van:** [REDACTED]

**Verzonden:** woensdag 22 januari 2025 14:11

**Aan:** [REDACTED]

**CC:** [REDACTED]

**Onderwerp:** Re: Consultatie conceptstandpunt iMSR bij chronische pijn (nu met document)

U ontvangt niet vaak e-mail van [REDACTED]. [Ontdek waarom dit belangrijk is](#)

Beste [REDACTED],

Bedankt voor uw bericht. Fijn dat het Zorginstituut na het terugtrekken van de artikelen van Monticone opnieuw een analyse heeft gedaan van de literatuur die er tot nu toe over de effectiviteit van iMSR bij chronische pijn bekend is.

Op basis van de verslaglegging over deze analyse zijn naar onze mening alle relevante studies meegenomen om tot een eindoordeel te komen. Gezien het gebrek aan geschikte onderzoeken zal het moeilijk zijn om aanvullend bewijs te vinden dat de effectiviteit van iMSR bij chronische pijn aantoonbaar maakt.

Daarnaast denken wij dat het vinden van bewijs voor de effectiviteit van iMSR verder bemoeilijkt wordt door de timing van de verwijzingen naar de tweede lijn. Pijn kan bij een te late doorverwijzing zo gecentraliseerd zijn dat het veel moeilijker wordt om deze pijn nog terug te brengen tot een behandelbaar geheel. Een effect van een behandeling zal bij deze gecentraliseerde pijn niet goed meer mogelijk zijn. Het zou zinvol zijn om de doelgroep "patiënten die reeds een niet-succesvolle behandeling in de eerstelijnszorg hebben gehad" concreter meetbaar te maken. Op basis van welke criteria wordt iemand als moeilijk te behandelen beschouwd? En hoe kan worden gewaarborgd dat er snel en tijdig wordt doorverwezen naar de tweede lijn, voordat de pijn te ver gecentraliseerd is? Pas als deze doorverwijzing op het juiste moment plaatsvindt, kunnen we effectief onderzoek doen naar de meerwaarde van iMSR voor deze specifieke doelgroep. Het is belangrijk dat de juiste patiënten op het juiste moment worden behandeld. Wij zijn van mening dat er nog veel winst te behalen valt in dit proces van doorverwijzing.

We blijven hopen dat een interdisciplinaire aanpak uiteindelijk een standaard zal worden in de behandeling van chronische pijn bij reuma. De voordelen van deze aanpak voor de kwaliteit van leven van mensen met reuma kunnen we niet genoeg benadrukken. Wij pleiten dan ook stellig voor een lobby om financiering beschikbaar te stellen voor gedegen onderzoek naar iMSR bij chronische pijn. Hierin denken wij vanuit patiëntenperspectief van mensen met reuma van harte mee.

Namens de Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland,

[REDACTED]  
Patiëntenparticipatie & Communicatie

P.S. Fijn om de naam van onze organisatie als volgt in de documentatie te schrijven: Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland. Hartelijk dank.

---

Werkdagen ma, di, woe, do

Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland

Postbus 58, 6500 AB Nijmegen

[www.reumazorgnederland.nl](http://www.reumazorgnederland.nl)

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Zorginstituut Nederland  
T.a.v. [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 3	14 februari 2025		Consultatiereactie 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 niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij patiënten met chronische pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, met complexe samenhangende problematiek.

Onze reactie 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 betreft een kwetsbare doelgroep die sterk beperkt wordt in het functioneren als gevolg van de chronische pijn. Deze groep heeft vaak veel zorg ontvangen, waarbij de resultaten niet afdoende zijn geweest. Het KNGF ondersteunt dat voor deze doelgroep iMSR een effectieve behandeling betreft. Dit is dan ook nadrukkelijk een andere doelgroep dan de doelgroep die in de eerstelijnszorg gezien wordt.

De kern van onze reactie betreft de vraag of er wetenschappelijke argumenten zijn om het standpunt van het ZIN in vraag te stellen. Hiervoor zijn volgens het KNGF inderdaad redenen aan te geven. Deze hebben betrekking op:

1) Er is geen gerandomiseerd effectonderzoek voorhanden waarin de interventiegroep en de controlegroep enerzijds een voldoende groot contrast hebben om een verschil te laten zien (conclusie van het ZIN), en anderzijds een realistische afspiegeling vormen van de Nederlandse pijnzorg. Deze zorg is vormgegeven volgens een stepped-care principe. Stepped care start met de minst intensieve vorm van adequate behandeling en zet indien nodig steeds een stap verder (Bower 2005). Het instapniveau wordt bepaald aan de hand van de benodigde zorgzwaarte waarmee matched care wordt beoogd (zie ook onze reactie op het standpunt uit 2022). Studies waarin iMSR wordt vergeleken met eerstelijnszorg is dan ook geen realistische afspiegeling van de praktijk van de pijnzorg. Patiënten die in de interventiegroep worden geïncludeerd zullen per definitie een hogere ziektelast hebben en een complexer profiel.



2) Gegeven het feit dat er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is waarin in een gerandomiseerd design een vergelijking gemaakt kan worden tussen de effecten van verschillende interventies zouden ook andere typen onderzoeksdesigns moet worden betrokken in de formulering van standpunt door het ZIN. Gerandomiseerd en geblindeerd onderzoek kent belangrijke beperkingen, met name in populaties met een complex en heterogeen karakter zoals die van mensen met chronische pijn (problemen met het geven van een uniforme interventie, onmogelijkheid van blinderen, aanwezigheid van complicerende co-morbiditeiten c.q. psycho-sociale problematiek etc.). Single Case Experimental Design (SCED) studies zijn in de huidige discussie relevant omdat zij bovengenoemde nadelen van gerandomiseerde studies overkomen en de effectiviteit van complexe interventies als iMSR kunnen laten zien. Hierbij is het belangrijk om aan te merken dat het Oxford Centre for Evidence-Based Medicine gerandomiseerde N=1 studies als Level 1 evidence aanmerkt, naast systematische reviews en gerandomiseerde effectstudies.

3) Zo laten SCED-studies uitgevoerd binnen de context van de iMSR zien dat exposure in vivo (een interventie die specifiek wordt uitgevoerd binnen de iMSR) een positief effect heeft op het verminderen van pijngerelateerde vrees en ervaren pijn en beperkingen bij volwassenen en adolescenten (Bontinck et al, 2022, den Hollander et al 2016, Dekker et al 2020). Daarnaast blijkt deze interventie ook kosteneffectief te zijn. (den Hollander et al 2018) Simons et al (2020) laten in hun SCED-studie zien dat een graded-exposure interventie bij jongeren met chronische pijn (en pijn-gerelateerde vrees) resulteert in een verminderen van pijn, pijngerelateerde beperkingen en pijnacceptatie bij 80% van de studiepopulatie na 6 maanden. Resultaten bij Nederlandse adolescenten die bevestigd worden in de studie van Dekker et al (2020). Een SCED-studie van Schermer et al. (2018) laat zien dat zowel psychologische interventies als cognitief-gedragsmatige en exposure behandelingen een positief effect hebben op pijn, pijn-gerelateerde beperkingen, pijn-gerelateerde vrees en acceptatie bij mensen met chronische lage rugpijn na zes maanden. Studies als deze laten consistent zien interventies die in de Nederlandse pijnzorg onderdeel zijn van multidisciplinaire revalidatieprogramma's positieve effecten hebben op pijn, beperkingen en hiermee samenhangende psychosociale factoren. Bewijs voor effectiviteit kan ook gevonden worden in veranderingen in activatie van neurale circuits in het brein als gevolg van de exposure behandeling (Timmer et al 2019)

4) Gegeven het feit dat de stand van de wetenschap momenteel geen finaal uitsluitsel geeft over de vraag naar de effectiviteit van iMSR moet ook interdisciplinaire consensus worden gewogen. In dat kader is het relevant om de richtlijn multidisciplinaire revalidatie en de leidraad chronische pijn te noemen. In beide documenten wordt aangegeven dat behandeling van mensen met chronische pijn moet plaatsvinden binnen een biopsychosociaal model, met betrokkenheid van verschillende disciplines waar nuttig en nodig. Een stepped/matched care beleid is hierbij ingegrepen wat veronderstelt dat er ook behandeling in de vorm van iMSR aanwezig is. Deze vorm van zorgverlening kan niet worden weggedacht.

5) Vanuit een fysiotherapeutisch perspectief sluit de inhoud van de leidraad chronische pijn en de multidisciplinaire richtlijn pijnrevalidatie aan bij het KNGF standpunt Fysiotherapie bij patiënten met pijn.

Met vriendelijke groet,

Namens het KNGF bestuur,





#### Referenties

Bontinck J, den Hollander M, Kaas AL, De Jong JR, Timmers 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.

I.J Clin Med. 2022 Mar 1;11(5):1360. doi: 10.3390/jcm11051360.

den Hollander M, Goossens M, de Jong J et al . Expose or protect? A RCT of exposure in vivo vs pain-contingent treatment as usual in patients with complex regional pain syndrome type 1. Pain. 2016;157:2318.

Pagina  
3 van 3

Dekker C, Goossens M, Verbunt J et al. Functional Disability in Adolescents with Chronic Pain: Comparing an Interdisciplinary Exposure Program to Usual Care. Children 2020 11;7:288.

den Hollander M, Heijnders N, Goossens MEJB et al. EXPOSURE IN VIVO VERSUS PAIN-CONTINGENT PHYSICAL THERAPY IN CRPS TYPE I: A COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS. Int J Technol Assess Health Care. 2018;34(4):400.

Simons LE, Vlaeyen JWS, Declercq L, Smith AM, Beebe J, Hogan M, Li E, Kronman CA, Mahmud F, Corey JR, Sieberg CB, Ploski C Avoid or engage? Outcomes of graded exposure in youth with chronic pain using a sequential replicated single-case randomized design. .Pain. 2020 Mar;161(3):520-53

Schemer L, Vlaeyen JWS, Doerr JM, Skoluda N, Nater UM, Rief W, Glombiewski JA Treatment processes during exposure and cognitive-behavioral therapy for chronic back pain: A single-case experimental design with multiple baselines. Behav Res Ther. 2018 Sep;108:58-67.

Timmers I, de Jong 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 Sep 17;13:970. doi: 10.3389/fnins.2019.00970. eCollection 2019.

---

**Van:** Richtlijnen VvOCM <richtlijnen@vvocm.nl>

**Verzonden:** donderdag 13 februari 2025 10:31

**Aan:** [REDACTED]

**Onderwerp:** RE: Consultatie conceptstandpunt iMSR bij chronische pijn (nu met document)

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

Beste [REDACTED]

Dank voor het delen van het conceptstandpunt met betrekking tot iMSR.

We hebben verder geen op/ aanmerkingen, dan alleen de aanbeveling om vooral op te zoek te gaan naar een revalidatiesetting waarin de meerwaarde wel kan worden aangetoond.

Als aanvulling willen wij graag het Landelijk Netwerk Chronische Pijn (NCP) onder de aandacht brengen:

Sinds begin vorig jaar is het Landelijk Netwerk Chronische Pijn (aanvankelijk een zelfstandige organisatie) ondergebracht bij de VvOCM als onderdeel van het "Platform Psychosomatiek & Netwerk Chronische Pijn".

Het Netwerk Verenigt bijna 300 therapeuten verdeeld over 20 Regionale Netwerken in heel Nederland. De therapeuten worden geschoold in een eenduidige behandelwijze, vastgelegd in het Protocol Chronische Pijn & Aanverwante Aandoeningen. Dit Protocol wordt jaarlijks aangescherpt op basis van de laatste wetenschappelijke en evidence based practice inzichten. De behandeling volgens het Protocol Chronische Pijn & Aanverwante Aandoeningen richt zich op een betere kwaliteit van leven en bewegen voor de patiënt, waarbij eigen regie en een behandelprogramma op maat centraal staan. Het Netwerk Chronische Pijn werkt samen met verwijzers zoals revalidatieartsen, reumatologen, revalidatiecentra, neurologen, pijnpoli's en andere professionals in de 1e lijn. De samenwerking en eenduidige behandelwijze is uniek binnen de eerstelijnszorg aan chronisch pijnpatiënten in Nederland.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]

[REDACTED] | [Beleidsmedewerker kwaliteit en wetenschap](#) |

[Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck](#) |

[Orteliuslaan 750](#) | [3528 BB Utrecht](#) | [030-2625627](#) |

[richtlijnen@vvocm.nl](mailto:richtlijnen@vvocm.nl) | [Aanwezig: maandag, dinsdag en donderdag](#)

[www.vvocm.nl](http://www.vvocm.nl) | [www.oefentherapie.nl](http://www.oefentherapie.nl) |

## **Reactie Ergotherapie Nederland op concept standpunt op de effectiviteit van IMRS revalidatie bij chronische pijn**

VRA heeft een aantal redenen genoemd waarom de GRADE methodiek niet als gouden standaard de RCT niet van toepassing is op de revalidatiegeneeskunde, en dus ook niet op IMRS bij patiënten met chronische pijn. Valide redenen waar Ergotherapie Nederland volledig achterstaat:

- 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 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).
- 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 2023) 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 monodisciplinaire behandeling staat niet ter discussie, de focus ligt daarom op het identificeren van effectievere vormen van IMSR.

Het Zorginstituut houdt vast aan de werkwijze om RCT als gouden standaard te handhaven. U gaat hiermee voorbij aan het vernieuwende en waardevolle onderzoek van Elbers dat laat zien dat wanneer er naast RCT's ook andere onderzoeksmethodes worden toegelaten, er wel degelijk bewijs kan worden gevonden voor de effectiviteit van behandelingen voor de patiënt met chronische pijn.

Wij zien dat het Zorginstituut ook vasthoudt aan de noodzaak om IMSR te vergelijken met mono en/of multidisciplinaire zorg in de eerste lijn. Zo wordt het waardevolle onderzoek van den Hollander o.a. bekritiseerd om het feit dat er geen vergelijking heeft plaatsgevonden met zorg uit de eerste lijn. Deze handelwijze en kritiek delen wij niet. In hun inleiding onderschrijven ze de stepped care praktijk zoals deze beschreven in de Zorgstandaard chronische pijn. Deze stepped care betekent dat verwijzing naar een behandeling in de tweede of derde lijn alleen aan de orde is indien de reguliere behandeling onvoldoende effect heeft gehad, of als de kans aanzienlijk is dat deze behandelstappen niet succesvol zullen zijn (matched care). Deze stepped care is al jaren praktijk in Nederland. Het is de ervaring dat patiënten met chronische pijn ook niet openstaan voor een gedragsmatige aanpak zoals in de IMSR wordt aangeboden als ze niet eerst andere meer laagdrempelige hulp zoals in de eerste lijn hebben geprobeerd.

Het standpunt van VRA om de focus te leggen op het identificeren van effectievere vormen van IMSR, wordt daarom onderschreven door Ergotherapie Nederland.

**Van:** [bureau VAV](#)  
**Aan:** [REDACTED]  
**Onderwerp:** Fwd: Consultatie conceptstandpunt IMSR bij chronische pijn  
**Datum:** donderdag 20 februari 2025 23:15:46  
**Bijlagen:** [PastedGraphic-6.tiff](#)

---

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

Beste [REDACTED]

Het bestuur van de VAV heeft uw mail doorgestuurd naar haar werkgroep die hier over gaat.

De werkgroep heeft zich erover gebogen, echter mede gezien de beperkte tijd hebben ze geen advies kunnen geven over dit complexe vraagstuk.

Namens het VAV bestuur,

Met vriendelijke groet,



[REDACTED]  
Secretariaat VAV  
E: [bureau@vavolksgezondheid.nl](mailto:bureau@vavolksgezondheid.nl)  
Churchillaan 11, 7e etage  
3527 GV Utrecht

Zorginstituut Nederland

[Redacted]

per mail [Redacted]

Onderwerp      Reactie ZN op marginale toets iMSR bij chronische pijn  
Datum            13 februari 2025  
Uw kenmerk      --  
Ons kenmerk     ZN-25-003158  
Contactpersoon   [Redacted]

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

Geachte [Redacted]

Eind november 2024 bevestigde een marginale toets, ondersteund door de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR), dat iMSR bij chronische pijn niet langer aan SWP voldoet. Het Wetenschappelijk Advies Team van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) reageert graag inhoudelijk hierop via deze consultatieronde. Daarbij is ook het verslag van het overleg tussen de Vereniging Revalidatie Artsen (VRA) en het Zorginstituut op 27 januari 2025 meegenomen.

### Inleiding

In 2022 oordeelde het Zorginstituut dat interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (iMSR) bij chronische pijn voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk (SWP), gebaseerd op drie RCT's (Monticone 2013, 2020; Ronzi 2017). Na het intrekken van de studies van Monticone ontbreekt echter de wetenschappelijke basis voor dit oordeel. Een recente update van het Zorginstituut leverde bovendien geen nieuwe relevante studies op.

### Beperkingen van alternatieve onderzoeksmethoden

#### *Geen geschikte alternatieve onderzoekdesigns*

Voorafgaand aan het standpunt in 2022 formuleerde het Zorginstituut een PICO, die ter consultatie is voorgelegd aan betrokken partijen, waaronder de VRA en ZN. Op basis hiervan werd een literatuuronderzoek uitgevoerd, waarbij RCT's als voorkeursdesign werden vastgesteld om de effectiviteit van iMSR te beoordelen. Hoewel andere onderzoekdesigns, zoals cohort- of observationele studies, beschikbaar zijn, hebben deze beperkingen. Non-RCT's moeten factoren die de uitkomst kunnen beïnvloeden onder controle houden via studieopzet of statistische analyse. Cohortstudies zijn alleen bruikbaar als het effect groot genoeg is om vertekening uit te sluiten.

Casestudies, zoals voorgesteld door de VRA, beschrijven individuele gevallen en kunnen niet worden gegeneraliseerd. Hierdoor is ook een systematische beoordeling van casestudies (SCED) niet mogelijk. Dit werd bevestigd door prof. Bossuyt tijdens overleg met de VRA en het Zorginstituut.<sup>1</sup> Bovendien erkent de VRA dat zowel behandelingen als indicaties per patiënt verschillen, wat een consistente analyse bemoeilijkt.<sup>2</sup> Buitenlands onderzoek is volgens de VRA niet één-op-één toepasbaar op de Nederlandse situatie, wat de noodzaak van gedegen onderzoek onderstreept.

### ***fMRI geen geschikte uitkomstmaat***

De VRA suggereerde fMRI als alternatieve uitkomstmaat, maar dit biedt geen oplossing. Hoewel fMRI hersenactiviteit in beeld brengt, is het ontstaansmechanisme van chronische pijn en de werking van iMSR nog onvoldoende begrepen om deze te kunnen interpreteren als een uitkomst van behandeling. Er is ook geen duidelijke relatie bekend tussen fMRI-beelden en het effect van iMSR op chronische pijn. Daarom is fMRI niet geschikt als uitkomstmaat.

Bij de beoordeling van de *stand van de wetenschap en praktijk* (SWP) kijkt het Zorginstituut naar de balans tussen beschikbaar en noodzakelijk bewijs. Hoe lager de kwaliteit van het bewijs, hoe sterker aanvullende argumenten – zoals passend onderzoek en medische context – moeten zijn om toch een positief oordeel te krijgen. Het Zorginstituut weegt daarbij af of beter bewijs haalbaar is. ZN is van mening dat, door de eerdergenoemde methodologische bezwaren, nieuw onderzoek (bijvoorbeeld via een ZE&GG-traject of een aangepaste PICO) geen haalbare oplossing biedt.

### **Welke mogelijkheden zijn er dan nog?**

Uit de marginale toets blijkt dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van iMSR bij chronische pijn. Toch ervaren sommige patiënten mogelijk baat. Er is dus mogelijk een discrepantie tussen de 'stand van de wetenschap' en de 'stand van de praktijk'. Voor een kleine groep 'last resort'-patiënten, bij wie eerdere behandelingen niet effectief waren, blijft de vraag naar een oplossing bestaan. Mocht het Zorginstituut op zoek zijn naar een regeling voor deze groep, dan stellen wij hieronder 2 opties voor:

#### ***Optie 1: iMSR als 'last resort'-behandeling***

Eén optie is om iMSR voor een duidelijk afgebakende patiëntengroep als 'last resort'-behandeling te erkennen in de nieuwe Duiding. Dit betreft patiënten die alle stappen van het stepped-care-model hebben doorlopen: preventie en zelfzorg (stap 1), monodisciplinaire zorg in de eerste lijn (stap 2) en multidisciplinaire behandeling in samenwerking met de tweede lijn (stap 3). Daarnaast moet diagnostiek en behandeling binnen het biopsychosociale model zonder resultaat zijn gebleken. Deze criteria worden

---

<sup>1</sup> Verslag Overleg PICO(ts) m.b.t. iMSR bij chronische pijn, VRA en Zorginstituut Nederland, 27 januari 2025

<sup>2</sup> Zie ook: NICE [Evidence review for pain management programmes for chronic pain \(chronic primary pain and chronic secondary pain\)](#) - NCBI Bookshelf

genoemd in bijlage C van het standpunt *Medisch-Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden*.<sup>3</sup>

Om een aanspraak mogelijk te maken voor deze groep is het nodig dat bijlage C wordt herzien met heldere criteria en onderdeel wordt van de Duiding; opname in een Kwaliteitsstandaard is onvoldoende. Bovendien vergt het om succesvol te zijn, een daadwerkelijke operationalisering van de stepped-care-aanpak in de praktijk. Zonder daadwerkelijke operationalisering verandert er niets t.o.v. de huidige situatie en zal de last-resortgroep niet goed afgebakend, en dus te groot, worden.

#### ***Optie 2: IMSR wordt ondergebracht onder de Vergunningen Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)***

IMSR mag nog alleen worden uitgevoerd door revalidatiecentra met een bijzondere status. Zo kan men denken aan die centra die destijds deze zorg hebben onderzocht via een BRI. Of centra waarin onderzoek en onderwijs deel uitmaken van de geleverde diensten en waarin een hoogleraar op het betreffende onderwerp werkzaam is.

#### **Bekostigingsvoorstellen**

Mocht het Zorginstituut besluiten dat voor (een deel van de) patiënten met chronische pijn, IMSR ten laste mag worden gebracht van de Zvw, dan adviseren de zorgverzekeraars bovendien nog een aantal wijzigingen met betrekking tot de bekostiging. De hieronder genoemde adviezen daadwerkelijk overwegen, vinden de zorgverzekeraars belangrijk. We hebben hier immers te maken met kostbare zorg, in zowel arbeidsinzet als middelen, waarvan SWP ontbreekt.

- De bekostiging van deze zorg wordt beperkt tot maximaal Klasse 3 zorgproducten;
- Een Klasse 3 behandeltraject mag eenmalig worden doorlopen in een revalidatie instelling waar de revalidatiearts persoonlijk aanwezig is. Instellingen waarin de revalidatiearts slechts voor consultatie beschikbaar is, mogen alleen tot en met Klasse 2 producten declareren. In het model van de Wbmv blijft de inzet van Klasse 4 zorgproducten mogelijk;
- Met partijen (VRA en NZa) willen wij graag in gesprek over de behandel DBC's. 14D837 betreft maximaal 48 uur en 14D838 max 130 uur. Zorgverzekeraars menen dat er een te grote stap zit tussen deze beide DBC's, waar bij een kleine overschrijding van 48 uur een zeer zware DBC in rekening kan worden gebracht.

ZN staat open voor overleg met het Zorginstituut en andere betrokken partijen om bovengenoemde opties verder uit te werken.

---

<sup>3</sup> Standpunt Medisch-Specialistische Revalidatie – zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, Zorginstituut Nederland, juni 2023.


### **Toch nieuwe PICO en literatuursearch**


Als het Zorginstituut toch van mening is dat ondanks de eerder aangehaalde methodologische bezwaren het mogelijk is een nieuwe PICO te formuleren dan verwacht het Wetenschappelijk Advies Team van ZN op de gebruikelijke wijze te worden geconsulteerd.

### **Conclusies**

- ZN vreest dat het opstellen van een nieuwe PICO en het uitvoeren van een aansluitende nieuwe Duiding geen helderheid zal verschaffen m.b.t. de effectiviteit van iMSR bij chronische pijn.
- ZN ziet geen heil in het uitvoeren van een onderzoeksprogramma via ZEGG, omdat de heterogeniteit van de patiëntengroep en van de behandeling, niet vergelijkbare groepen zal opleveren.
- ZN begrijpt dat er redenen kunnen zijn om deze vorm van zorg voor een selecte groep patiënten als behandeling te behouden. Zij noemt twee opties 'last resort' of 'Wbmv' die mogelijk verder onderzocht kunnen worden.
- Omdat de facto hiermee het SWP-issue niet is opgelost, bepleit ZN om de zorgkosten te beperken en daarvoor de bekostiging op punten aan te passen.

Met vriendelijk groet,

  
Adviserend geneeskundige ZN

- cc: Karin Timm, lid raad van bestuur – Zorginstituut  
 – Zorginstituut

Zorginstituut Nederland  
Team Pakket en Kwaliteit  
Sector Zorg  
T.a.v. [REDACTED]  
Per e-mail: [REDACTED]

Utrecht, 18 februari 2025

Onderwerp : **reactie NHG op conceptstandpunt IMSR bij Chronische pijn**

Geachte heer, mevrouw,

Door middel van deze brief wil het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn zorgen uiten over het voornemen van het Zorginstituut Nederland om Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatiebehandeling (IMSR) van mensen met chronische pijnklachten niet langer te vergoeden vanuit het basispakket.

Interdisciplinaire revalidatie maakt al decennia deel uit van het behandelarsenaal als interventie bij chronische pijn. Chronische pijn komt veel voor in de huisartsenpraktijk en interdisciplinaire revalidatie is een behandeloptie die in de NHG-Standaard Pijn wordt geadviseerd als behandelingen in de eerste lijn onvoldoende effectief zijn geweest. Als deze vorm van behandeling niet meer tot het verzekerde pakket behoort, betekent dit dat huisartsen hun patiënten met chronische pijn niet langer conform hun eigen beroepsstandaard kunnen behandelen.

Interdisciplinaire revalidatie voldoet aan de stand van de praktijk en is gericht op het verbeteren van het functioneren en participatie. Behandelingen zoals deze laten zich niet goed onderzoeken door middel van RCT's door de vele factoren die een rol spelen bij het in stand houden van de klachten, en door de heterogene patiëntengroep. Wij pleiten ervoor om bij dit soort behandelingen ook goed opgezet observationeel onderzoek onderdeel te maken van de bewijsvoering.

Deze reactie is, conform uw verzoek daartoe, afgestemd met het bestuur van het NHG.

Met vriendelijke groet,

Namens het NHG:

[REDACTED]  
Senior wetenschappelijk medewerker cluster Richtlijnontwikkeling NHG



Nijmegen, 6 februari 2025

Geachte dames en heren,

Met enige opluchting hebben we mogen constateren dat het overleg tussen Zorginstituut Nederland, afgevaardigden van de VRA en twee experts ertoe heeft geleid dat er ruimte is gekomen om met een gewijzigde PICO te komen die gebaseerd is op de praktijk met onderzoeken en tevens op ervaringen en deskundigheid van de revalidatieartsen. Dat is beter passend bij de Nederlandse situatie in de afgelopen jaren voor onderzoek op het domein van IMSR chronische pijn.

De weging om tot het oordeel te komen dat IMSR relevant is voor de behandeling bij patiënten met een complexe situatie en die al veel behandelingen zonder positief effect hebben ondergaan in de 1<sup>e</sup> lijn, wordt daardoor op meer onderzoeksvormen gebaseerd.

Wij ondersteunen deze nieuwe opzet om de toegevoegde waarde van IMSR duidelijk te maken in de beschrijving van de P (patiënt) en op basis van een aanvulling van artikelen. Dit in het belang van de groep patiënten waarvoor IMSR een laatste strohalm is om beter om te gaan met die erge pijn en weer te kunnen participeren in veel domeinen van hun leven.

We hopen dat er uiteindelijk een duiding en weging komen die zowel voor de patiënten, het Zorginstituut Nederland en de VRA een positieve inslag hebben.

Met vriendelijke groet,



Drs. I.L. Thomassen-Hilgersom

voorzitter



# Bijlage 7 – Brief NZa



Zorginstituut Nederland

[Redacted]  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

**Behandeld door**  
directie Regulering

**Telefoonnummer**  
088 – 770 87 70

**E-mailadres**  
info@nza.nl

**Kenmerk**  
0545414/1741326

**Onderwerp**  
Standpunt IMSR en consequenties voor de verantwoording

**Datum**  
23 januari 2026

Geachte mevrouw [Redacted]

Zorginstituut Nederland heeft in samenspraak met veldpartijen gewerkt aan een standpunt over IMSR bij patiënten met chronische pijn. Het Zorginstituut neemt hierin een standpunt in over de zogenoemde 'matched care' patiëntgroep. Over een andere patiëntgroep, de last resort patiëntgroep, neemt het Zorginstituut nog geen nieuw standpunt in. Intentie is om partijen de tijd te geven om een aanvullende onderbouwing aan te dragen. Deze onderbouwing kan het Zorginstituut vervolgens meenemen bij het innemen van een nieuw standpunt op een later moment.

Op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland heeft u mij gevraagd om te verduidelijken hoe zorgverzekeraars de verantwoording van kosten voor zorg voor deze 'last resort' patiëntgroep op dit moment moeten inrichten.

Het standpunt van het Zorginstituut is hierbij leidend. Tot het moment dat het Zorginstituut voor deze 'last resort' patiëntgroep een nieuw standpunt inneemt, is de huidige situatie van kracht en blijft de aanspraak voor deze patiëntgroep bestaan. Voor deze zorg geldt dan hetzelfde wettelijke regime als voor alle andere zorg die binnen de aanspraak van de Zvw valt.

Ik vertrouw erop dat ik u hiermee voldoende duidelijkheid heb kunnen geven.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

[Redacted signature and name]