



Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg
Advies Pakket en Kwaliteit
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
vragen@zinl.nl
T +31 (0)20 797 82 27

2026003819

Datum 17 april 2026
Betreft Standpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij patiënten met chronische pijn

Onze referentie
2026003819

Geachte mevrouw Hermans,

Hierbij sturen wij u het standpunt over interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn.

Aanleiding

IMSR bij chronische pijn is te verzekeren zorg, waarover het Zorginstituut in 2022 een positief standpunt heeft uitgebracht. Twee wetenschappelijk publicaties over studies die doorslaggevend waren voor het innemen van dat positieve standpunt zijn in 2024 teruggetrokken door het tijdschrift. De wetenschappelijke onderbouwing is daarom opnieuw beoordeeld in een intensief duidingsproces. De bevindingen en de consequenties voor het basispakket zijn hieronder toegelicht. Naar aanleiding van de inbreng van de betrokken partijen tijdens het proces is de patiëntgroep nu gesplitst in twee patiëntgroepen:

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

IMSR behoort niet in het basispakket voor patiënten die geen volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen

Alleen zorg die bewezen effectief is¹, behoort tot het basispakket. Alle relevante aspecten overwegende concluderen wij dat met het wegvallen van twee doorslaggevende studies, slechts één studie overblijft. Deze studie laat echter geen klinisch relevante verschillen zien tussen de interventie en controlegroep. Er zijn geen nieuwe studies gevonden. De effectiviteit van IMSR voor deze patiëntengroep is daarmee onvoldoende aangetoond. De conclusie uit 2022 is niet meer houdbaar. Dit betekent dat de zorg voor deze patiëntgroep uitstroomt uit het basispakket.

De ingangsdatum van dit standpunt is 14 april 2026. Wel komt er een overgangsmaatregel die loopt tot 1 november 2026 waarbij rekening is gehouden

¹ Het wettelijk criterium hiervoor is stand van de wetenschap en praktijk

met de duur van de behandeling en wachttijden. Patiënten die geïndiceerd of al gestart zijn op de publicatiedatum van dit standpunt mogen hun behandeling voortzetten tot 1 november 2026. Daarna wordt de zorg niet meer vergoed.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Advies Pakket en Kwaliteit

IMSR bij last resort patiënten met chronische pijn blijft voorlopig in het basispakket

Op dit moment doet het Zorginstituut geen uitspraak over de effectiviteit voor IMSR bij last resort patiënten. Dit betekent dat deze zorg in het basispakket blijft onder voorwaarden dat er afspraken gemaakt worden met partijen over passende zorg en onderzoek. Het gaat hier om een patiëntgroep met een zeer hoge ziektelast die geen andere behandelopties meer heeft. Hoewel de effectiviteit van IMSR bij deze patiënten niet vaststaat, wijzen de resultaten van de meeste beschikbare studies wel de goede kant op. Er is weinig verbetering te verwachten als deze patiënten niet worden behandeld. Naast de relevante beroepsgroepen en patiëntverenigingen steunen ook zorgverzekeraars het beschikbaar houden van de zorg voor deze patiënten.

Datum
17 april 2026

Onze referentie
2026003819

Wetenschappelijk adviesraad ondersteunt het standpunt

De wetenschappelijke adviesraad (WAR) van het Zorginstituut ondersteunt de beoordeling van het wetenschappelijk bewijs over IMSR bij patiënten voor wie deze behandeling geen last resort behandeling is. Zij is het eens met de conclusie dat dit onvoldoende is om een positieve uitspraak te doen over de stand van de wetenschap en praktijk.

Daarnaast ondersteunt de WAR de beoordeling van het wetenschappelijk bewijs over IMSR bij de last resort patiëntgroep. Het beschikbare bewijs is onvoldoende om een positieve uitspraak te doen over de stand van de wetenschap en praktijk. De WAR begrijpt de argumenten van het Zorginstituut om voor deze groep vervolgonderzoek te initiëren. Een vergelijkende studie is mogelijk bij deze patiëntgroep, en ook noodzakelijk. Ze vindt het van belang dat er een duidelijke definitie is van last resort patiënten, en een duidelijk onderzoeksprotocol waarmee de pakketvraag beantwoord kan worden.

Uitleg over IMSR bij patiënten met chronische pijn

Chronische pijn is een langdurig gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren een rol kunnen spelen. De factoren komen in wisselende mate en samenhang voor. Ze dragen bij aan pijnbeleving, pijngedrag, beperkingen in het dagelijks functioneren en afname van de kwaliteit van leven.

Bij de behandeling van patiënten met chronische pijn wordt gebruik gemaakt van een *stepped care*-benadering. Deze kent vier fases, en begint met preventie en zelfzorg, en wordt steeds intensiever als een voorgaande stap niet werkt: monodisciplinaire behandeling in de eerstelijns, multidisciplinaire behandeling in de eerstelijns en vervolgens multidisciplinaire behandeling in tweede of derde lijn (onder andere IMSR).

IMSR is een persoonsgericht revalidatieprogramma met lichamelijke training en gesprekken over het omgaan met klachten, vaak met cognitieve gedragstherapie. Onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts werken meerdere professionals samen aan één behandelplan, zoals fysiotherapeuten en psychologen. Het doel is dat deelnemers leren omgaan met pijn en de gevolgen daarvan.

Passende zorgafspraken

Het Zorginstituut heeft partijen een voorstel gedaan voor een traject om te komen tot passende zorg en wetenschappelijke onderbouwing voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Om passende zorg voor deze patiënten te waarborgen zijn drie aspecten van belang:

- (i) Een indicatiedocument met duidelijke definitie van last resort patiënten; Partijen hebben gezamenlijk een indicatiedocument opgesteld, dit document is opgenomen in het standpunt.
- (ii) Onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten. Zo mogelijk realiseren we dit via het programma Zorgevaluatie en Gepast gebruik (ZEGG) of het Kaderprogramma Passende Zorg (KPPZ). Het Zorginstituut zal vervolgens in 2030 een beoordeling doen van de stand van de wetenschap en praktijk, en
- (iii) Het breder toegankelijk maken van multidisciplinaire eerstelijns-revalidatie (MER). Hiervoor zijn zorgverleners in de eerste lijn aan zet, in samenwerking met patiënten, de beroepsgroep van revalidatieartsen, zorgverzekeraars, en de Nederlandse Zorgautoriteit. Het Zorginstituut zal dit traject begeleiden.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Advies Pakket en Kwaliteit

Datum
17 april 2026

Onze referentie
2026003819

Conclusie: IMSR bij patiënten met chronische pijn kan onder voorwaarden nog vergoed worden voor last resort patiënten

IMSR is niet voor alle patiënten met chronische pijn bewezen effectieve zorg. Aangezien het om bestaande zorg gaat, is een overgangsmaatregel afgesproken met betrokken partijen om de zorg geleidelijk te laten uitstromen. Voor een klein deel van de patiënten, de last resort patiënten, zal de zorg onder voorwaarden voorlopig in het basispakket opgenomen blijven. In het indicatiedocument is verduidelijkt om welke patiënten het gaat. Voor deze groep is samen met partijen een traject in ontwikkeling om de effectiviteit wetenschappelijk te onderbouwen. Het Zorginstituut zal na afloop van het onderzoek een uitspraak doen over de stand van de wetenschap en praktijk.

Om passende zorg voor patiënten met chronische pijn in de eerstelijns te realiseren stimuleren we partijen multidisciplinaire eerstelijns revalidatie op te zetten. Hiervoor is een plan van aanpak opgesteld dat in samenwerking met alle partijen nader vormgegeven zal worden. Dit traject blijven we faciliteren om zo nodig later een uitspraak te kunnen doen over de stand van de wetenschap en praktijk.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,



M.J. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur



Standpunt Zvw

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

Definitief | 14 april 2026

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Achtergrond	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Aandoening en interventie	6
1.3 Stand van wetenschap en praktijk	8
2 Effectiviteit van IMSR bij patiënten voor wie IMSR geen last resort behandeling is	10
2.1 Claim 10	
2.2 PICO 10	
2.3 Literatuur	11
2.4 Standpunt 2022: Resultaten literatuuronderzoek	11
2.5 Recente ontwikkelingen	12
2.6 Update literatuur search	12
2.7 Nederlandse richtlijn	13
2.8 Bespreking	13
2.9 Conclusie stand wetenschap en praktijk	16
2.10 Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)	16
3 Effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten	17
3.1 Claim 17	
3.2 PICO 17	
3.3 Aangedragen literatuur	18
3.3.1 Vergelijkende studies	18
3.3.2 Cohortstudies	20
3.3.3 Systematic review	23
3.3.4 SCEDs	25
3.3.5 fMRI studies	27
3.4 Bespreking	28
3.5 Conclusie	30
3.6 Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)	31
4 Consultatie conceptstandpunt	33
5 Consequenties voor de praktijk	43
5.1 Zorgactiviteiten en aanspraakcodes	43
5.2 Zorgverzekeraars	43
5.3 Financiële paragraaf	43
5.4 Overgangsmaatregel voor de groep patiënten voor wie IMSR geen last resort behandeling is	45
5.5 Overgangsmaatregel betreffende het indicatieprotocol voor de groep patiënten die stepped care zonder succes hebben doorlopen	45
5.6 Evaluatie en monitoring	45
5.7 Ingangsdatum standpunt	45
Referentielijst	46
Colofon	49
Bijlage 1 – Wet- en regelgeving	
Bijlage 2 – Exclusietabel	
Bijlage 3 – Indicatiedocument	

- Bijlage 4 – Plan van aanpak multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie**
- Bijlage 5 – Reacties van partijen op conceptstandpunt consultatie I**
- Bijlage 6 – Reacties van partijen op conceptstandpunt consultatie II**
- Bijlage 7 – Brief NZa**

Samenvatting

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

In dit standpunt beoordelen we of interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) in een revalidatiecentrum onder leiding van een revalidatiearts bij patiënten met chronische pijn voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dat betekent dat we beoordelen of deze zorg wel of niet thuishoort in het basispakket van de zorgverzekering. Hieronder volgt onze conclusie en leggen wij uit hoe we dit hebben onderzocht.

Conclusie: IMSR hoort niet in het basispakket voor patiënten die nog geen volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen

Onze conclusie is dat IMSR niet tot het basispakket behoort voor patiënten die nog geen volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen. De meerwaarde van IMSR bij patiënten die nog geen volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen staat niet vast. Deze patiënten zouden mogelijk ook goed geholpen kunnen worden door de huisarts, fysiotherapeut psycholoog in de eerste lijn. En moeten dus eerst dat traject doorlopen. Bij patiënten die zonder succes al een volledig traject hebben doorlopen in de eerste lijn zal onderzoek worden gedaan om uit te zoeken of IMSR meerwaarde heeft. Zolang dit onderzoek loopt, blijft IMSR voor deze groep vergoed.

Uitleg over de behandeling IMSR

IMSR is een revalidatieprogramma met lichamelijke training en gesprekken over het omgaan met klachten. Het bestaat uit uitleg en behandeling, vaak met cognitieve gedragstherapie. De invulling van het programma is afgestemd op de persoonlijke situatie van de patiënt. Een revalidatiearts is verantwoordelijk. Patiënten volgen het programma in een centrum of op de polikliniek. Bij IMSR werken zorgverleners intensief samen aan één behandelplan. Het doel is dat deelnemers leren om zelfstandig met pijn en de gevolgen daarvan om te gaan. Zo kan hun kwaliteit van leven verbeteren en kunnen ze beter functioneren en meekomen in het dagelijks leven.

Uitleg over ons onderzoek naar de effectiviteit van IMSR

Om uit te zoeken of IMSR effectief is, hebben we gekeken naar twee groepen:

- 1) patiënten die nog geen volledige behandeling in de eerste lijn hebben gehad, en
- 2) patiënten die al een volledige behandeling in de eerste lijn hebben gehad maar bij wie dat niet genoeg heeft geholpen.

Bij de eerste groep hebben we gekeken of IMSR beter helpt dan zorg in de eerste lijn. Hierover is weinig onderzoek beschikbaar. Het onderzoek dat wel beschikbaar is, laat niet zien dat IMSR betere resultaten opleverde dan eerstelijnszorg. De tweede groep patiënten heeft al een onsuccesvolle behandeling ondergaan in de eerste lijn. We hebben gekeken of IMSR bij deze patiënten wel verbetering oplevert. Hierover is wel wat meer onderzoek beschikbaar, maar de effectiviteit van IMSR bij deze groep is nog onzeker. Meer onderzoek hiernaar is dus nodig.

De stand van de wetenschap en praktijk

De belangrijkste taak van het Zorginstituut is het verduidelijken van de aard, inhoud en omvang van het basispakket, oftewel welke zorg in het basispakket thuishoort. Om effectieve zorg voor iedere burger te garanderen, gaan we nauwkeurig te werk bij het vaststellen van wat wel of geen verzekerde zorg is. De belangrijkste vraag daarbij is of de behandeling of zorg écht werkt. In de wet heet dit: of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit wordt beoordeeld aan de hand van gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast luisteren we naar argumenten van betrokken beroeps- en patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Die wegen we mee in ons uiteindelijke besluit.

Passende zorg

Passende zorg is de rode draad in alle taken van het Zorginstituut. Bij het verduidelijken van het basispakket stellen we steeds nadrukkelijker de vraag of de geleverde zorg passend is. Naast effectiviteit kijken we naar vragen als: is een behandeling goed en doelmatig

georganiseerd? Wordt er goede voorlichting voor patiënten ontwikkeld over de voor- en nadelen van deze zorg?

Om te waarborgen dat passende zorg wordt geleverd, zijn in dit geval drie zaken van belang:

- 1) Het moet duidelijk zijn welke patiënten in aanmerking komen voor de behandeling, hiervoor is een indicatieprotocol opgesteld.
- 2) Er moet nader onderzoek gedaan worden naar de meerwaarde van IMSR bij last resort patiënten. De eerste gesprekken met partijen zijn gestart.
- 3) Ook in de eerste lijn moet multidisciplinaire zorg breder beschikbaar komen voor deze patiënten. Een plan van aanpak is daarvoor opgesteld met partijen wat verder uitgewerkt gaat worden.

Over de standpunten van het Zorginstituut

Zorginstituut Nederland geeft aan welke zorg in het basispakket zit. Een behandeling of bepaalde zorg is pas verzekerde zorg, als voldoende bewezen is dat die écht werkt. Patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars hebben inspraak tijdens het opstellen van een standpunt. Zij kunnen aangeven welke vragen zij belangrijk vinden om mee te nemen bij de beoordeling. Ook kunnen zij op het standpunt reageren voordat het Zorginstituut dit vaststelt. Uiteindelijk worden alle standpunten van het Zorginstituut zorgvuldig gelezen en besproken door de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR). Hierin zitten onafhankelijke wetenschappers, artsen, apothekers, methodologen en gezondheidseconomen. Zij adviseren de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over het standpunt. Pas na hun advies kan de Raad van Bestuur het standpunt vaststellen en de minister van VWS informeren. Die informatie gaat dan ook naar de koepels van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Ook publiceren we het standpunt op onze website. Alle reacties van betrokken partijen en de WAR zijn daarin opgenomen. En het Zorginstituut beschrijft wat we met die reacties hebben gedaan. Zo krijgt iedereen duidelijkheid en bewaken we met elkaar dat het basispakket zorg van goede kwaliteit bevat, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Iedereen moet immers kunnen rekenen op goede en betaalbare zorg, nu en in de toekomst.

1 Achtergrond

1.1 Inleiding

Het Zorginstituut heeft in samenwerking met de beroepsgroep, patiëntenvereniging en zorgverzekeraars in 2023 een overkoepelend standpunt over medisch-specialistische revalidatie (MSR) uitgebracht. In dit standpunt wordt beschreven bij welke indicaties en onder welke voorwaarden interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) een te verzekeren prestatie is. Naar aanleiding van dit standpunt werd het Zorginstituut gevraagd duidelijkheid te geven over de effectiviteit van IMSR bij enkele indicaties, waaronder chronische pijn. We hebben destijds een duiding uitgevoerd en vastgesteld dat er voldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor de effectiviteit van IMSR bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, en complexe samenhangende problematiek. Hierover heeft het Zorginstituut in 2022 een apart standpunt uitgebracht. De conclusie was dat deze interventie-indicatie combinatie voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Voor deze conclusie waren twee artikelen van doorslaggevend belang (Monticone 2013, 2020). Deze twee artikelen zijn teruggetrokken door de betreffende tijdschriften (Statement of Retraction 2022, 2024).

Update standpunt 2022

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

Reacties partijen op update

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

Update standpunt met splitsing patiëntgroep

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

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

In voorliggend conceptstandpunt zijn alle reacties na twee consultaties, bespreking in de WAR in maart 2025 en februari 2026 en bestuurlijke overleggen met partijen verwerkt.

1.2 Aandoening en interventie

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

Stap 1: Preventie en zelfzorg;

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

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

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

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

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

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

IMSR is een revalidatieprogramma dat bestaat uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden. Volgens de VRA omvat IMSR educatie en behandeling, waarbij de behandeling bestaat uit een opbouw van functioneren in combinatie met cognitieve gedragstherapie (CGT). Afhankelijk van de problematiek van de patiënt worden één of meerdere modules van CGT ingezet.¹ De VRA geeft aan dat de laatste 20 jaar veel ontwikkelingen en innovatie op het gebied van IMSR hebben plaatsgevonden. De inhoud van sommige behandelmodules is verbeterd; dit is bijvoorbeeld het geval bij de behandeling van

¹ Reactie VRA op conceptstandpunt IMSR bij chronische pijn. Mail van 14 februari 2025.

bewegingsangst waar aanvankelijk de behandeling bestond uit activiteiten op geleide van de pijn (graded activity), terwijl tegenwoordig een meer confronterende aanpak wordt gekozen (exposure in vivo).

IMSR vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts, in een instelling of op de polikliniek. Het doel is om patiënten zelfstandig te leren omgaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. In vergelijking met een multidisciplinaire behandeling vereist een interdisciplinair revalidatieprogramma intensievere samenwerking tussen zorgprofessionals, en een gezamenlijk behandelplan en doel dat geheel is afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. In Nederland komen circa 23.500 unieke patiënten met chronische pijn per jaar in aanmerking voor IMSR.²

1.3 Stand van wetenschap en praktijk

Het standpunt dat het Zorginstituut in 2022 heeft uitgebracht heeft betrekking op patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, en complexe samenhangende problematiek. Uit voorgaande paragraaf wordt duidelijk dat daar zowel patiënten die eerstelijns revalidatiezorg hebben gehad, maar bij wie dat niet heeft gewerkt, als patiënten die geen of onvolledige behandeling in de eerste lijn hebben gehad onder vallen. Partijen hebben aangegeven dat de nadruk zou moeten liggen op de groep patiënten die al een volledig³ traject in de eerste lijn hebben doorlopen zonder succes. Het is volgens hen van belang dat voor deze groep IMSR beschikbaar blijft, omdat er voor hen geen andere behandelopties meer bestaan dan IMSR. Deze groep duiden wij in dit standpunt als de 'last resort groep' aan. Wij hebben er daarom voor gekozen om de patiëntengroep waar het standpunt uit 2022 betrekking op heeft, op te splitsen in twee groepen:

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

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

Ad. 1

Om te beoordelen of IMSR voor de groep patiënten voor wie IMSR geen last resort is voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, beoordelen wij of IMSR als voldoende bewezen effectief kan worden beschouwd ten opzichte van behandeling in de eerste lijn (stap 2 en 3). Immers, als patiënten direct verwezen kunnen worden voor IMSR, ook zonder dat zij stepped care hebben doorlopen, dan is het van belang dat met voldoende zekerheid is aangetoond dat IMSR leidt tot betere resultaten dan revalidatiezorg in de eerste lijn. IMSR is namelijk intensiever, duurder en verder van huis dan eerstelijns revalidatiezorg. Is het antwoord daarop positief, dan voldoet IMSR voor deze groep patiënten aan de stand van de wetenschap en praktijk. Is het antwoord daarop negatief, dan is er onvoldoende vertrouwen dat IMSR voor deze groep meerwaarde biedt ten opzichte van eerstelijns revalidatiezorg, en voldoet het niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) wordt de beoordeling van de effectiviteit van IMSR bij de groep van patiënten voor wie IMSR geen last resort is besproken.

Ad. 2

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

² Aantal unieke patiënten bepaald op basis van Vektis declaratiedata 2024, januari 2026 (het totaal aantal patiënten is niet gelijk aan het totaal aantal unieke patiënten omdat een patiënt meerdere zorgproducten (consult en behandeling) per jaar kan declareren).

³ Het gaat erom dat patiënten alle benodigde stappen van stepped care hebben doorlopen. Zolang MER niet beschikbaar is, kan niet vereist worden dat patiënten deze stap hebben doorlopen voor ze toegang krijgen tot IMSR.

als voldoende bewezen effectief kan worden beschouwd ten opzichte van een afwachtend beleid.

2 Effectiviteit van IMSR bij patiënten voor wie IMSR geen last resort behandeling is

2.1 Claim

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

2.2 PICO

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

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

Tabel 1. Patiënten, interventie en controlebehandeling

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

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

Tabel 2. Cruciale uitkomsten en follow-up duur

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

7) Inclusief activiteit en ervaren beperkingen

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

Tabel 3. Belangrijke uitkomsten en follow-up duur

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

2.3 Literatuur

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

2.4 Standpunt 2022: Resultaten literatuuronderzoek

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

Ronzi (2017)

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

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

Tabel 4. Resultaten Ronzi (2017)

Lange termijn (12 maanden)	FRP (n=43)		AIP (n=31)	
	Mediaan	IQR	Mediaan	IQR
Fysiek functioneren				
Dagelijkse activiteiten Dallas pijn vragenlijst (0-100)	51	12-64,5	54	36-63
Kwaliteit van leven (KvL)				
SF36 PCS (0-100)	39,1	33,8-50,4	37,5	33,0-46,8
SF36 MCS (0-100)	48,3	41,1-53,4	48,9	41,4-54,8
Participatie				
Ziekteverlof (dag)	50,5	0-200	45	0-98
Sociale interactie Dallas pijn vragenlijst (0-100)	15	0-42,5	25	15-50
Werk en vrije tijd Dallas pijn vragenlijst (0-100)	45	10-65	40	25-65,5

2.5 Recente ontwikkelingen

De artikelen van Monticone (2013, 2020) zijn teruggetrokken door de tijdschriften (Statement of Retraction 2022, Retraction Notice 2024). In een publicatie van O'Connell (2022) werden zorgen geuit over de validiteit van de bevindingen van meerdere RCT's gepubliceerd door Monticone, inclusief bovengenoemde artikelen. Deze zorgen hadden onder meer betrekking op retrospectieve registratie van de studie en onduidelijkheid of een studieprotocol was ontwikkeld en geëvalueerd. Ook werden in verschillende artikelen van Monticone dubieuze cijfers gerapporteerd. Omdat Monticone deze zorgen niet kon wegnemen, was er onvoldoende vertrouwen in de data en is door de tijdschriften tot dit besluit overgegaan.

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

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

2.6 Update literatuur search

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

revalidatiesetting. Daarmee blijft alleen de studie van Ronzi (2017) over als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR versus eerstelijns revalidatiezorg, zie paragraaf 2.3.

2.7 Nederlandse richtlijn

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

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

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

- * Beoordeling van revalidatiegeneeskundig onderzoek middels de GRADE methodiek leidt vrijwel standaard tot een afwaardering van de kwaliteit van bewijs met drie niveaus vanwege de complexiteit van de patiëntenpopulatie, variëteit van de interventies, onmogelijkheid om 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 2024) treedt verbetering op na de IMSR behandeling.
- * De meta-analyse van Elbers (2021) naar de effectiviteit van interdisciplinaire revalidatie bij patiënten met chronische musculoskeletale pijn laat op basis van 20 RCT's, 37 case series en 9 overige studies een significante vooruitgang zien in fysiek en psychisch welbevinden, ook 1 jaar na einde van de behandeling.
- * De effectiviteit van IMSR ten opzichte van eerstelijnsbehandeling staat niet ter discussie, de focus ligt daarom op het identificeren van effectievere vormen van IMSR.

2.8 Bespreking

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

Literatuur

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

Het betreft een Franse studie. De VRA heeft aangegeven dat deze studie niet meegenomen zou moeten worden in de beoordeling, omdat de studiepopulatie en de onderzochte behandeling niet overeenkomen met de doelgroep en behandeling zoals die in Nederland worden gehanteerd. De patiënten in de studie van Ronzi hebben volgens de VRA⁴ minder pijn en minder ernstige fysieke en mentale klachten dan patiënten die in Nederland met IMSR worden behandeld. Zij baseren dit op verschillen op baseline in ernst van de pijn en kwaliteit van leven tussen de patiënten die zijn opgenomen in de studie van Ronzi en de studie van Breugelmans (2024), namelijk een pijnscore van 5,4 vs 6,5, kwaliteit van leven physical component score (PCS) van 35,7 vs 31,2, en kwaliteit van leven mental component score (MCS) van 43,3 vs 36,6, respectievelijk.⁵ De PCS en MCS worden beide gemeten op een schaal van 0-100 waarbij een hogere score een betere kwaliteit van leven betekent. Op deze schaal zijn de aangehaalde verschillen van 4,5 punten (PCS) en 6,7 punten (MCS) tussen de studies niet zo groot dat het om een totaal andere doelgroep gaat. In een andere Nederlandse studie (den Hollander, 2016) is de MCS 60,3 bij start van de studie. De VRA heeft deze studie aangedragen als onderbouwing voor de effectiviteit en beschouwt dit als de juiste populatie. Als de studiepopulatie in Ronzi hiermee vergeleken wordt, dan lijkt het in de studie van Ronzi juist om ernstiger aangedane patiënten te gaan dan de patiënten die in Nederland behandeld worden (MCS 43,3 vs 60,3).

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

Richtlijn

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

⁴ Reactie VRA op Conceptstandpunt IMSR bij chronische pijn. Zie tabel in hoofdstuk 3b op blz. 11. Mail van 14-2-2025

⁵ Cijfers Nederlandse situatie zijn gebaseerd op de baseline waarden in de studie van Breugelmans (2024)

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

Overwegingen met betrekking tot de richtlijn

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

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

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

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

Stand wetenschap én praktijk

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

betekent het dat de 'praktijk' bepaalt of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als voldoende wetenschappelijke evidence ontbreekt.

2.9 Conclusie stand wetenschap en praktijk

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

2.10 Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)

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

3

Effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten

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

3.1 Claim

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

3.2 PICO

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

De stappen van stepped care zijn:

Stap 1: Preventie en zelfzorg;

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

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

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

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

Tabel 5. Patiënten, interventie en controlebehandeling

Patiënten	Volwassen patiënten met chronische aspecifieke of specifieke ¹ pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Er is sprake van complexe samenhangende problematiek, wat wil zeggen dat de pijnklachten aanleiding geven tot beperkingen in functies, activiteiten en participatie, en dat psychosociale factoren en/of omgevingsfactoren invloed hebben op het (ervaren) niveau van functioneren. Bij gebruik van WPN classificatie betreft het WPN-klasse 3 en 4. ² Het gaat om patiënten die stepped care hebben doorlopen en bij wie dit onvoldoende verbetering heeft opgeleverd (last resort patiënten).
Interventie	Een door de revalidatiearts (medisch specialist revalidatiegeneeskunde) gesuperviseerd, interdisciplinair ³ , activerend en op herstel van functioneren gericht behandelprogramma in een revalidatiesetting. ^{4, 5}
Controle behandeling	Afwachtend beleid ⁶

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

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

3.3 Aangedragen literatuur

Door de VRA en het KNGF en via het contactcentrum van het Zorginstituut zijn wetenschappelijke artikelen aangedragen die bijdragen aan de onderbouwing van de effectiviteit van IMSR voor last resort patiënten. Hieronder beschrijven wij in het kort de klinische studies naar de effectiviteit van een door een revalidatiearts gesuperviseerde IMSR behandeling onder volwassen patiënten met chronische pijn. Studies onder kinderen en studies waarin de interventie geleverd wordt zonder supervisie van een revalidatiearts laten wij hier buiten beschouwing omdat die onvoldoende antwoord geven op de vraag zoals die is geformuleerd in paragraaf 3.2. Ook beschrijvende reviews laten wij buiten beschouwing omdat die geen antwoord geven op de voorliggende vraag. Bij kosteneffectiviteitsstudies zijn we nagegaan of gegevens over kwaliteit van leven of participatie zijn beschreven. Als dat niet het geval is, worden ze buiten beschouwing gelaten.

In de beschreven studies wordt een breed scala aan meetinstrumenten gebruikt. Er zijn vooraf niet voor alle instrumenten klinische relevantiegrenzen bepaald. Ten behoeve van de interpretatie van de resultaten vermelden we de ranges van de scores van de instrumenten. Bij sommige studies wordt vermeld welke klinische relevantiegrens in de studie zelf is gehanteerd. In dat geval vermelden we deze grens bij de beschrijving van de resultaten. Voor de meeste instrumenten geldt dat een hoge score meer beperkingen of een slechtere gezondheid betekent. Uitzonderingen hierop zijn: EuroQol 5 dimensions (EQ-5D), Short Form-36 Health Survey (SF-36), Short Form-12 Health Survey (SF-12), RAND-36 Health Survey (RAND-36), Life Satisfaction Questionnaire (LISAT) en de Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ).

3.3.1 Vergelijkende studies

Er zijn twee vergelijkende studies aangedragen door partijen: Wingerden (2026) en Smeets (2006).

In Wingerden 2026 werd een vergelijking gemaakt tussen patiënten met chronische pijn die een IMSR behandeling kregen (n=123) en patiënten die nog op de wachtlijst stonden (n=105), er was geen sprake van randomisatie. De data zijn verzameld in 2010 bij patiënten die werden verwezen naar het Spine and Joint centre in Rotterdam. Vanwege restricties door zorgverzekeraars was er sprake van een wachtlijst. Een deel van de wachtlijstgroep wachtte niet af maar regelde zelf andere behandelingen (n=45). De interventie vond plaats in een revalidatiecentrum onder supervisie van een revalidatiearts. Fysiotherapeuten, beweegtherapeuten, psychologen, ergonomen en revalidatieartsen werkten samen om patiënten aan te moedigen om hun gedrag te veranderen. De behandeling was vooral gericht op het verminderen van dysfunctionele coping strategieën, het bevorderen van gunstig gedrag door positieve feedback en het opbouwen van beweging. De interventie duurde 8 weken.

Patiënten kregen 2-3 uur aan behandeling per week in groepen van 8 patiënten. Op basis van de beschrijving van de samenwerking tussen de zorgverleners lijkt het te gaan om een interdisciplinaire aanpak. Volgens de auteur is de behandeling en de manier van dataverzameling sindsdien niet fundamenteel veranderd, en is deze studie dus representatief voor de huidige praktijk. Het gaat om last resort patiënten. De patiënten zijn onsuccesvol behandeld in de eerste lijn en werden beschouwd als therapieresistent. Welke behandelingen doorlopen zijn in de eerste lijn is niet beschreven. De duur van de klachten ligt rond de zes jaar, de gerapporteerde standaarddeviatie is echter hoger dan het gemiddelde wat wijst op een scheve verdeling.

Er werd gemeten op baseline en na 8 weken (direct na de behandeling). Vervolgens kreeg een deel van de wachtlijst groep ook de interventie (n=51). Ook bij deze groep werd direct na de behandeling gemeten. In de interventiegroep werd op 3 maanden een follow-up meting gedaan. Er werd gekeken naar functioneren gemeten met de Quebec Back Pain Disability Scale (QBDS), pijn gemeten met de VAS (gemiddeld, minimaal en maximaal) en bewegangst gemeten met de Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). Na 8 weken (direct na de behandeling) was het verschil op de QBDS tussen de interventiegroep en de controlegroep -9,20 (-13,67 tot -4,73). Op de VAS (gemiddelde pijn score) was het verschil -14,5 (-21,02 tot -7,98) punten. Op de TSK was het verschil -9,10 (-11,83 tot -6,37). In de wachtlijstgroep vielen 19 patiënten uit.

Tabel 7. Resultaten Wingerden 2026

Uitkomst	Baseline		Post treatment (8 weken)			3 maanden
	Interventie (n=123)	Controle (n=86)	Interventie (n=123)	Controle (n=86)	Verschil	Interventie (n=123)
Functioneren (QBDS, 0-100)	45,1 (SD 15,3)	43,3 (SD 17,4)	32,9 (SD 15,4)	42,1 (SD 16,8)	-9,20 (-13,67 tot -4,73)	31,0 (SD 16,7)
Pijn gemiddeld (VAS, 0-100)	54,1 (SD 22,0)	52,0 (SD 23,6)	34,8 (SD 23,6)	49,3 (SD 23,7)	-14,5 (-21,02 tot -7,98)	37,9 (SD 26,9)
Beweegangst (TSK, 17-68) (n=I 94/C ?)	36,5 (SD 8,5)	38,8 (SD 8,7)	30,0 (SD 7,3)	39,1 (SD 9,1)	-9,10 (-11,83 tot -6,37)	30,7 (SD 8,7)

De wachtlijstgroep kreeg na 8 weken alsnog de interventie. Vervolgens werd hier ook gelijk na de behandeling gemeten. De resultaten (niet weergegeven in tabel) zijn vergelijkbaar met de resultaten die werden gemeten in de interventiegroep. De resultaten in de interventiegroep bleven behouden op het meetmoment na 3 maanden.

Er is één RCT aangedragen die de effectiviteit van medisch-specialistische revalidatie ten opzichte van afwachtend beleid onderzoekt. In Smeets (2006) wordt bij patiënten met chronische aspecifieke rugpijn een vergelijking gemaakt tussen actieve fysieke behandeling (APT), cognitieve gedragstherapie (CBT), een combinatie van APT en CBT (CT) en een wachtlijstcontrole (WL). De behandelingen vonden plaats in een revalidatiecentrum onder supervisie van een revalidatiearts. Uit de beschrijving wordt niet duidelijk of de behandeling interdisciplinair is. De behandeling duurde 10 weken en werd 3 keer per week gegeven. Er werden 223 patiënten gerandomiseerd over de vier behandelingen, uiteindelijk waren gegevens van 212 patiënten beschikbaar. Er wordt vermeld dat 97% van de patiënten een fysieke of medische behandeling heeft gekregen voor chronische lage rugpijn voorafgaande aan de studie. De duur van de klachten verschilt tussen de groepen maar ligt rond de 60 maanden. Het lijkt daarmee om last resort patiënten te gaan. De gemiddelde score op de Roland Disability Questionnaire (RDQ, range 0-24) op baseline ligt tussen de 13,51 en 14,15 in de vier behandelarmen. De follow-up duur was 12 maanden na het einde van de behandeling.

In de wachtlijst controlegroep werd gemeten op baseline en op t = 10 weken. Vervolgens kreeg deze groep alsnog een revalidatiebehandeling. Van de andere groepen waren ook data beschikbaar na 6 en 12 maanden.

Voor de onderbouwing van de effectiviteit van IMSR ten opzichte van afwachtend beleid kijken we in deze studie naar de vergelijking tussen CT en WL. Op de RDQ is het verschil tussen WL en CT post-treatment -2,56 (-4,27 tot -0,85) punten. Een verschil van meer dan 2,5 punten werd in deze studie beschouwd als klinisch relevant. Op de Beck Depression inventory (BDI, range 0-63) was er geen verschil tussen de groepen. De uitkomstmaat main complaints bestond uit drie door de deelnemers zelf geselecteerde activiteiten waarin zij beperkingen ervaren door de chronische pijn, er wordt niet vermeld om welke activiteiten het gaat. Main complaints werd gemeten met een 100mm VAS schaal. Hierbij was het verschil -17,84 (-26,54 tot 9,14). In de studie wordt ook een vergelijking gemaakt tussen de gecombineerde behandeling (CT) en de afzonderlijke behandelingen (APT en CBT). CT bleek geen betere resultaten op te leveren dan alleen APT of alleen CBT. In Smeets (2009) werd voor deze RCT een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd op 12 maanden. Gegevens over kwaliteit van leven (EQ-5D, QALY) en participatie (arbeidsverzuim) zijn beschikbaar voor de CT groep maar niet voor de WL groep. EQ-5D is alleen gerapporteerd op baseline, en QALYs en arbeidsverzuim alleen na 12 maanden. Dat betekent dat een vergelijking met WL niet mogelijk was en ook een vergelijking ten opzichte van baseline niet.

3.3.2 Cohortstudies

Er zijn vier niet-vergelijkende cohortstudies aangedragen door partijen: Breugelmans (2024), Völker (2017), Reneman (2018) en Leeuw (2008).

De studie van Breugelmans (2024) is een Nederlandse prospectieve cohortstudie. In een eerdere publicatie over deze studie (Breugelmans, 2022) worden onder meer de patiëntselectie, de interventie en dataverzameling beschreven. De IMSR behandeling bestaat uit een 10-weken durend programma met verschillende modules die kunnen worden ingezet, zoals Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Graded Activity (GA), exposure in vivo (EXP), Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET), experiëntieel leren middels bewegen en pain neuroscience education (PNE). Er wordt expliciet benoemd dat het om een interdisciplinaire behandeling gaat. De cohortstudie heeft in totaal 2.309 patiënten met een diagnose WPN klasse 3 of 4 geïnccludeerd. De studie beschrijft niet welke behandelingen patiënten voorafgaand aan IMSR hebben doorlopen. Aangezien 25% van de patiënten 2-5 jaar klachten had en 37% langer dan 5 jaar klachten had, gaat het waarschijnlijk om last resort patiënten.

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

Deze studie toont gemiddeld genomen een groot effect op de uitkomstmaten ervaren beperkingen, werkcapaciteit en fysieke en mentale kwaliteit van leven (zie tabel 8). Ook na een jaar zijn deze verbeteringen nog zichtbaar. Het percentage responders, i.e. patiënten met klinisch relevante verbeteringen, op de verschillende uitkomstmaten was circa 50%.

Tabel 8. Resultaten Breugelmans (2024)

Uitkomstmaten	Baseline	10 wk (verschil*)	Cohen's d	12 mnd (verschil*)	Cohen's d
PDI (0-70)	38,9 (0,26)	-12,3 (0,30)	-1,01	-9,86 (0,57)	-0,81
NRS werkcapaciteit	3,13 (0,06)	+1,54 (0,07)	+0,59	+2,52 (0,15)	+0,97

(0-10)					
SF12-fysiek (0-100)	31,2 (0,14)	+7,37 (0,18)	+1,13	+7,47 (0,38)	+1,15
SF12-mentaal (0-100)	36,6 (0,21)	+8,78 (0,23)	+0,90	+6,80 (0,45)	+0,70

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

Een kanttekening bij deze studie is dat het percentage ontbrekende data zeer hoog tijdens de follow-up (56% na 3 maanden, 65% na 6 maanden en 73% na 12 maanden). Zie tabel 9.

Tabel 9. Ontbrekende data

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

* Aantallen voor Pain Disability Index (PDI)

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

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

De auteurs lichten dit nader toe. Ten eerste was de non-response rate van de vragenlijsten hoog, vooral op de latere meetmomenten. In de analyses is hiermee omgegaan door gebruik te maken van een repeated measures model met een likelihood based approach.⁶ Aan 127 patiënten werd gevraagd waarom ze de vragenlijst niet teruggestuurd hadden. De redenen hiervoor waren: vergeten (46%), te druk (13%) en niet ontvangen (12%). Daarnaast waren niet alle vragenlijsten opgestuurd door organisatorische problemen. Op het meetmoment na 3 maanden hadden 241 patiënten geen vragenlijst gekregen, bij 6 maanden 228 patiënten en op het meetmoment na een jaar 129 patiënten. Een deel van de patiënten ($n=129$) stopte met de behandeling voor week 5 vanwege aan de behandeling gerelateerde redenen, zoals gebrek aan motivatie. Deze patiënten hadden mogelijk slechtere uitkomsten. Omdat het om een beperkt percentage (6,4%) gaat heeft dit volgens de auteurs weinig invloed gehad op de resultaten.

Völker (2017) is een Nederlandse prospectieve cohortstudie. Het behandelprogramma duurt 15 weken en bestaat uit cognitieve gedragstherapie, educatie, een beweeginterventie, relaxatie en hydrotherapie. De behandeling vindt plaats onder supervisie van een revalidatiearts. Er lijkt sprake van interdisciplinariteit bij de screening. De revalidatiearts, fysiotherapeut en psycholoog bepalen gezamenlijk of een patiënt voor de behandeling in aanmerking komt. Het is minder duidelijk of de behandeling zelf ook interdisciplinair is. In de studie zijn 165 patiënten met chronische musculoskeletale pijn geïnccludeerd. Het gaat waarschijnlijk om last resort patiënten; 22% van de patiënten had 2-5 jaar klachten en 65% had langer dan 5 jaar klachten. Bij de intake hadden patiënten in de laatste 12 maanden gemiddeld 4 (range 1-13) zorgverleners bezocht in verband met hun pijnklachten. Er is gemeten op baseline, na de behandeling, en vervolgens op 3, 12 en 24 maanden. Er is gekeken naar verschillende uitkomstmaten, waaronder pijnintensiteit (NRS pain), functioneren (PDI), kwaliteit van leven (RAND-36), vermoeidheid (NRS fatigue) en werkstatus. De resultaten worden weergegeven in de tabel. Op basis van Hedges g is er sprake van kleine tot redelijk grote effecten na 24 maanden op de verschillende uitkomstmaten.

Tabel 10. Resultaten Völker (2017)

Uitkomst	Baseline n=165	Post treatment n=154	3 maanden n=137	12 maanden n=125	24 maanden n=120	Hedges' g 24m

⁶ Alle beschikbare data worden gebruikt; alle deelnemers met ten minste 1 meting zitten in de analyses.

						tov baseline
Pijnintensiteit (NRS, 0-10)	6,6 (SD 1,6)	5,2 (SD 2,0)	5,5 (SD 1,9)	6,0 (SD 2,0)	5,3 (SD 2,2)	0,71
Functioneren (PDI, 0-70)	37,8 (SD 10,3)	28,4 (SD 11,5)	31,3 (SD 12,1)	31,9 (SD 12,4)	29,7 (SD 13,2)	0,70
Kwaliteit van leven – fysiek functioneren (RAND-36, 0-100)	46,4 (SD 19,7)	56,4 (SD 21,4)			53,4 (SD 25)	0,32
Kwaliteit van leven – mentaal (RAND-36, 0-100)	61,3 (SD 18,3)	71,0 (SD 15,6)			70,1 (SD 17,0)	0,49
Vermoeidheid (NRS, 0-10)	7,3 (SD 1,6)	5,8 (SD 2,1)	6,4 (SD 1,8)	6,8 (SD 2,0)	6,3 (SD 2,2)	0,58
Werkstatus (% werkend)	77 (48%)				58 (50%)	

Reneman (2018/2020) is een studie waarin patiënten werden gerandomiseerd naar de standaardbehandeling (n=102) of een verkorte behandeling (n=99). We beschouwen dit als 2 IMSR-armen, we rapporteren hier de resultaten van de groep die de standaardbehandeling kreeg. Het betrof patiënten met musculoskeletale pijn die waren verwezen naar een revalidatiecentrum. De behandeling werd gecoördineerd door de revalidatiearts. Er was sprake van interdisciplinaire samenwerking. Het standaardprogramma duurde 12, 16 of 20 weken, afhankelijk van de complexiteit van de problemen van de patiënt. Patiënten gerandomiseerd naar de verkorte behandeling kregen 4 weken (ongeveer 10 contacturen) minder dan vastgesteld door het team. De studie is voortijdig stopgezet. Eén van de vooraf opgestelde regels was dat er gestopt zou worden wanneer bij meer dan 25% in de controlegroep verlenging van de behandeling nodig was. Bij 36% van de deelnemers in de controlegroep werd de behandeling verlengd. De meerderheid van de patiënten had langer dan 1 jaar klachten, er wordt niet vermeld in hoeverre zij al behandeld waren in de eerste lijn. Het is daarmee onduidelijk of het om last resort patiënten gaat. De gebruikte meetinstrumenten waren de PDI (range 0-70) en de EQ-5D (range <0-1). Er werd gemeten op baseline en na het afronden van de behandeling. In de standaardbehandeling groep ontvingen 81 patiënten uiteindelijk de behandeling, het verschilde per uitkomstmaat van hoeveel patiënten data beschikbaar waren na de behandeling. De standaardbehandeling groep (n=58) had 10,8 (SD 13,2) punten verbetering op de PDI na afronding van de behandeling. Op de EQ-5D (n=51) was het verschil met baseline 0,11 (SD 0,19). Er is sprake van aanzienlijke uitval (29%).

Leeuw (2008) is een RCT waarin patiënten werden gerandomiseerd naar exposure in vivo (EXP) of graded activity (GA). In Goossen (2015) wordt voor deze studie een kosten-effectiviteitsanalyse uitgevoerd. We beschouwen de RCT als een vergelijking van 2 IMSR-armen en bespreken hier alleen de EXP-arm. Het behandelprogramma duurt 3 maanden en bestaat uit 16 sessies van een uur, startend met 2 sessies per week en afnemend richting het einde van de behandeling. De follow-up duur is 6 maanden (Leeuw (2008)) en 12 maanden (Goossens (2015)) na afloop van de behandeling. Bij EXP worden patiënten gestimuleerd bewegingen te maken waar pijn bij optreedt en angst voor bestaat. Het is gebaseerd op een groepsbehandeling die de principes van cognitieve gedragstherapie volgt en bestaat uit pijneducatie, fysiotherapie, interventies gericht op een verbeterde ergonomie en training in coping strategieën. Ook zijn er individuele sessies met het behandelteam. De behandeling vindt plaats onder supervisie van een revalidatiearts. Daarnaast bestaat het team uit een psycholoog, fysiotherapeut en/of ergotherapeut. Verder lijkt er sprake te zijn van interdisciplinariteit. In de studie zijn 85 patiënten met ernstige chronische lage rugklachten

geïnccludeerd, waarvan 42 patiënten EXP kregen. Het gaat waarschijnlijk om last resort patiënten aangezien de mediane duur van de klachten 9 jaar is.

Er is gemeten op baseline, na behandeling en vervolgens op 6 en 12 maanden. Er is gekeken naar verschillende uitkomstmaten, waaronder functioneren (Quebec Back Pain Disability Scale, QBPDS), kwaliteit van leven (utility score afgeleid van de SF36)⁷, en pijnintensiteit (McGill Pain Questionnaire, MPQ). De resultaten worden weergegeven in de tabel.

Tabel 11. Resultaten Leeuw (2008)

Uitkomst	Baseline n=42	Na behandeling n=42	6 maanden n=38	12 maanden n=31
Functioneren (QBPDS, 0-100)	53,6 (SD 11,6)	35,9 (SD 20,4)	39,0 (SD 20,9)	38,2 (SD 20,8)
Kwaliteit van leven (utility afgeleid van SF36, 0-1)	0,58 (SD 0,05)			0,66 (SD 0,14)
Pijnintensiteit (MPQ, 0-100)	52,5 (SD 12,8)	43,7 (SD 21,2)	41,2 (SD 22,3)	

3.3.3

Systematic review

In de systematic review van Elbers (2022) zijn 66 studies geïnccludeerd bij volwassen patiënten met chronische musculoskeletale pijn gedurende ten minste 3 maanden, waarvan het merendeel observationele studies zijn. Wij hebben alle artikelen uit deze SR bestudeerd. We hebben studies geselecteerd waarin het ging om last resort patiënten, de behandeling interdisciplinair was en de follow-up duur minimaal een jaar was. Dit resulteerde in vier studies, namelijk: Gerdle (2016), Merrick (2009 en 2012) en de Rooij (2014). Deze bespreken we hieronder.

Gerdle (2016) is een cohortstudie die plaatsvond in 2 centra in Zweden⁸ met een follow-up duur van 12 maanden. Het behandelprogramma duurt 6-8 weken met ten minste 20 uur per week. Het is gebaseerd op een groepsbehandeling die de principes van cognitieve gedragstherapie volgt en bestaat uit pijneducatie, fysiotherapie, interventies gericht op een verbeterde ergonomie en training in coping strategieën. Ook zijn er individuele sessies met het behandelteam. De behandeling vindt plaats onder supervisie van een revalidatiearts. Daarnaast bestaat het team uit een fysiotherapeut, een psycholoog en een ergotherapeut. In de studie zijn 464 patiënten met ernstige chronische musculoskeletale pijn geïnccludeerd, waarvan voor 227 patiënten ook gegevens beschikbaar zijn na 12 maanden.

Er is gemeten op baseline, na behandeling en vervolgens op 12 maanden.⁹ Er is gekeken naar verschillende uitkomstmaten, waaronder functioneren (SF36-PF), kwaliteit van leven (EQ5D), coping (Chronic Pain Acceptance Questionnaire - Activity Engagement (CPAQ-AE), TSK) en pijnintensiteit (NRS-7days). De resultaten worden weergegeven in de tabel.

Tabel 12. Resultaten Gerdle (2016)

Uitkomst	Baseline n=227	12 maanden n=227
Functioneren (SF36-PF, 0-100)	56,1 (SD 19,3)	64,9 (SD 19,5)
Kwaliteit van leven (EQ5D, 0-1)	0,33 (SD 0,31)	0,45 (SD 0,32)
Coping (CPAQ-AE, 0-66)	25,8 (SD 10,9)	33,8 (SD 11,9)

⁷ Afkomstig uit Goossens 2015

⁸ Revalidatiecentra in Umea en Linköping met data over de periode 2008-2012.

⁹ In de publicatie zijn alleen baseline gegevens en resultaten na 12 maanden gerapporteerd.

Coping (TSK, 17-68)	37,6 (SD 8,1)	32,8 (SD 8,0)
Pijnintensiteit (NRS, 0-10)	6,8 (SD 1,8)	5,7 (SD 2,2)

Merrick (2009) is een cohortstudie¹⁰ uit Zweden met een follow-up duur van 12 maanden. Het behandelprogramma duurt 5 weken en omvat 6 uur per dag. Het is gebaseerd op een groepsbehandeling die de principes van cognitieve gedragstherapie volgt en bestaat uit pijneducatie, beweeginterventie, coping strategieën en relaxatie. Ook zijn er individuele sessies met het behandelteam. Het team bestaat uit een revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog, ergotherapeut en sociaal werker. In de studie zijn 255 patiënten met ernstige chronische musculoskeletale pijn geïncludeerd, waarvan voor 168 patiënten volledige gegevens beschikbaar zijn na de behandeling en na 12 maanden.

Er is gemeten op baseline, na behandeling en vervolgens 12 maanden na afloop van het programma. Er is gekeken naar verschillende uitkomsten, waaronder functioneren (Disability Rating Index, DRI), kwaliteit van leven (LiSat-11), participatie (DRI) en pijnintensiteit (VAS-7days). De resultaten (mediaan) worden weergegeven in de tabel.

Tabel 13. Resultaten Merrick (2009)

Uitkomst	Baseline n=255	Na behandeling n=168	12 maanden n=168
Functioneren (DRI, 0-100)			
Stair climbing	13	21 (NS)	20 (NS)
Outdoor walks	17	16 (NS)	20 (NS)
Exercise/sport	64	53 (p<0,001)	56 (p<0,01)
Kwaliteit van leven (My life as a whole, 1-6)		No change	No change
Participatie (DRI, 0-100)			
Light work	44	36 (NS)	35 (NS)
Heavy work	91	86 (NS)	88 (NS)
Pijnintensiteit (VAS, 0-100)	66 (range 15-98)	Δ-9 (p<0,01)	Δ-4 (NS)

Merrick (2012) is een cohortstudie¹¹ uit Zweden met een follow-up duur van 12 maanden. Het behandelprogramma duurt 4 weken. Het is gebaseerd op een groepsbehandeling die de principes van cognitieve gedragstherapie volgt en bestaat uit pijneducatie, fysiotherapie, ergotherapie, en coping strategieën. Ook zijn er individuele sessies met het behandelteam. Het team bestaat uit een revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog, ergotherapeut en sociaal werker. In de studie zijn 296 patiënten met ernstige chronische musculoskeletale pijn geïncludeerd, waarvan op basis van een 2-daagse interdisciplinaire assessment 76 geschikt waren voor IMSR. Eén patiënt was geëxcludeerd op baseline vanwege missing data. Van 51 patiënten waren gegevens beschikbaar na 12 maanden. Dus er was een drop-out van 32% (24/75).

Er is gemeten op baseline en vervolgens op 12 maanden. Er is gekeken naar verschillende uitkomsten, waaronder functioneren (DRI), kwaliteit van leven (LiSat-11), participatie (DRI) en pijnintensiteit (VAS-7days). De resultaten worden weergegeven in de tabel.¹²

¹⁰ Revalidatiecentrum in Umea met data over de periode maart 1999-oktober 2002

¹¹ Revalidatiecentrum in Umea met data over de periode 1 oktober 2007 - 30 september 2008

¹² Mediaan en interkwartielen voor DRI; mean en SD voor VAS

Tabel 14. Resultaten Merrick (2012)

Uitkomst	Baseline n=51	12 maanden n=51
Functioneren (DRI, 0-100)		
Stair climbing	22	15 (p<0,05)
Outdoor walks	22	11 (NS)
Exercise/sport	47	31 (p<0,05)
Kwaliteit van leven (My life as a whole, 1-6)		No change
Participatie (DRI, 0-100)		
Light work	31	17 (p<0,001)
Heavy work	88	65 (p<0,005)
Pijnintensiteit (VAS, 0-100)	64 (SD 22)	47 (SD 27)

De Rooij (2014) is een cohortstudie uit Nederland met een follow-up duur van 18 maanden. Het behandelprogramma duurt 7 weken met 7 uur behandeling per week. Het is gebaseerd op een groepsbehandeling en bestaat uit pijneducatie, cognitieve gedragstherapie, fysiotherapie, relaxatie en assertiviteitstraining. Ook zijn er individuele sessies met het behandelteam. Het team bestaat uit een revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog, ergotherapeut en sociaal werker. In de studie zijn 138 patiënten met ernstige chronische pijn geïnculdeerd, waarvan voor 114 patiënten ook gegevens beschikbaar na 18 maanden.

Er is gemeten op baseline, na 6 maanden en na 18 maanden. Er is gekeken naar verschillende uitkomsten, waaronder functioneren gemeten met de Multidimensional pain inventory subschaal Interference (MPI) en pijnintensiteit (NRS). De resultaten worden weergegeven in de tabel.

Tabel 15. Resultaten De Rooij (2014)

Uitkomst	Baseline n=133	6 maanden n=120	18 maanden n=114
Functioneren – MPI (0-6)	4,07 (SD 1,06)	3,87 (SD 1,13)	3,79 (SD 1,29)
Pijnintensiteit – NRS (0-10)	6,08 (SD 2,08)	6,08 (SD 1,89)	5,81 (SD 2,33)

3.3.4

SCEDs

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

Er zijn drie SCED studies van De Jong (2005, 2008 en 2012) aangedragen als onderbouwing. De eerste SCED studie van De Jong (2005) was bij patiënten met complex regionaal pijn syndroom type I (CRPS-I) en substantiële bewegingsangst (Tampa Scale for Kinesiophobia, TSK, >39). Een ABCD-design werd gebruikt, waarbij A staat voor een baseline periode (BAS) zonder nieuwe behandelingen. Na deze periode kregen patiënten educatie (EDU) gevolgd door een no-treatment periode (B). Vervolgens werd graded exposure in vivo (GEXP) ingezet gedurende 10 weken (C) en ten slotte was er na 6 maanden een follow-up periode van een week (D). De behandeling werd gegeven door een gedragstherapeut die gesuperviseerd werd door een revalidatiearts. Twee typen uitkomstmaten werden gebruikt: ten eerste dagelijkse metingen met behulp van een dagboek en ten tweede metingen voor en na elke interventie en na 6 maanden door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten. Acht patiënten met CRPS-I en tevens een substantiële angst om te bewegen werden geïnculdeerd in de studie. De gemiddelde duur van de klachten was 3,0 jaar (SD±1,1). De resultaten laten op individueel

niveau een significant effect (pre-post) zien voor pijn-gerelateerde angst¹³ en voor pijnintensiteit bij alle patiënten. Op groepsniveau was GEXP¹⁴ succesvol in het verminderen van de functiebeperking en pijn-gerelateerde angst. In alle gevallen gaat het om de vergelijking BAS-GEXP en EDU-GEXP, terwijl de vergelijking BAS-EDU geen verschil liet zien. Participatie en kwaliteit van leven zijn niet gemeten.

De tweede studie van De Jong (2008) was bij patiënten met post-traumatische nekpijn en substantiële bewegingsangst (TSK \geq 40). Gemiddelde duur van de functiebeperkingen was 44,4 maanden (range 27,6-67,2 maanden). In totaal werden acht opeenvolgende patiënten random verdeeld over twee interventie volgordes: GEXP gevolgd door GA of vice versa. Het programma startte met een no-treatment baselineperiode van 2 weken, een behandelperiode in een revalidatiecentrum van 16 weken (6 weken GEXP en 10 weken GA of andersom) en na 6 maanden een follow-up periode van een week. Behandelaren waren een gedragstherapeut en een ergotherapeut of fysiotherapeut met ervaring in de cognitieve-gedragsrevalidatie van patiënten met chronische pijn. De resultaten lieten op individueel niveau bij alle patiënten een significante verandering zien na GEXP voor pijn-gerelateerde angst en pijnintensiteit.¹⁵ Na GA daarentegen was er geen sprake van een zichtbare verandering in deze uitkomsten. Op groepsniveau was een afname¹⁶ van functiebeperking en pijn-gerelateerde angst alleen te zien na GEXP maar niet na GA. Participatie en kwaliteit van leven zijn niet gemeten.

De derde studie van De Jong (2012) was bij patiënten met werk-gerelateerde pijn aan de bovenste extremiteiten (work-related upper extremity pain, WRUEP). Er werd een ABC design gebruikt met een minimum van 12 observaties in fase A, 28 observaties in fase B, en 7 observaties in fase C. De studie vergeleek GEXP (fase B) met een no-treatment baseline periode (BAS; fase A) en een follow-up periode na 6 maanden (FU; fase C). De volgorde van de interventies was BAS-GEXP-FU, en de duur van BAS werd random bepaald in een tijdvenster variërend van 12 tot 21 dagen. Gedurende BAS, GEXP, en 7 dagen van FU, werden dagelijkse dagboekmetingen verzameld voor pijn-gerelateerde angst, catastroferen van pijn en pijnintensiteit. Daarnaast werden vragenlijsten afgenomen bij de start van BAS, na GEXP en bij de FU voor pijn-gerelateerde angst, functioneren en participatie. Behandelaren waren een cognitieve-gedragstherapeut en een paramedicus met ervaring met EXP bij patiënten met chronische pijn. In totaal werden 8 opeenvolgende patiënten geïncludeerd met substantiële bewegingsangst (TSK $>$ 39). De gemiddelde duur van WRUEP was 16 maanden (range 8-26 maanden). Bij alle patiënten was sprake van werk/studie verzuim. In het artikel werd verder vermeld dat vier patiënten voorafgaande aan de studie andere behandelingen kregen voor hun pijnklachten, zoals fysiotherapie of een multidisciplinair pijnmanagement programma. De resultaten toonden aan dat op individueel niveau pijn-gerelateerde angst en het catastroferen van pijn¹⁷ significant daalden na introductie van GEXP. Voor pijnintensiteit was pas sprake van een significante daling tijdens de follow-up periode. De metingen op groepsniveau toonden klinisch relevante verbeteringen¹⁸ aan voor functioneren, participatie, en pijn-gerelateerde angst. Deze gunstige veranderingen waren ook na 6 maanden nog aanwezig. Kwaliteit van leven is niet gemeten.

Recent is een Nederlandse SCED studie naar chronische pijn gepubliceerd door Bontinck (2022). Het betrof een studie met 3 fasen: baseline periode van 5 dagen of langer (fase A), behandelperiode van 5-14 weken (fase B) en post-interventie periode van 2 weken (fase C).

¹³ Dagelijks dagboekje waarbij bewegingsangst is gemeten mbv TSK en pijn mbv VAS-score.

¹⁴ Voor functioneren, gebaseerd op de Walking Stairs Questionnaire (WSQ), Questionnaire Rising and Sitting Down (QRS) en de Radboud Skills Questionnaire (RASQ), is een verschil van 50% succesvol. Voor bewegingsangst, gebaseerd op de Tampa Scale for Kinesiophobia vragenlijst (TSK), is een verschil van 30% succesvol.

¹⁵ Dagelijks dagboekje waarbij bewegingsangst is gemeten mbv TSK en pijn mbv VAS-score.

¹⁶ Er wordt in deze studie gesproken van een succesvolle afname wanneer functiebeperking, gemeten met de Neck Disability Index (NDI), een verandering van 5 punten laat zien op een schaal van 0-10. Voor bewegingsangst, gemeten met TSK, was een afname van 50% vereist om van een klinisch relevante verbetering te spreken.

¹⁷ Dagelijks dagboekje waarbij bewegingsangst is gemeten mbv Pain Anxiety Symptom Scale (PASS) en doemdenken mbv Pain Catastrophizing Scale (PCS).

¹⁸ Voor functioneren, gemeten m.b.v. Shortened Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (Quick DASH), werd in deze studie een verschil van 30% ten opzichte van baseline gezien als klinisch relevant. Ook voor participatie, gemeten met de Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA), werd een verschil van 30% gehanteerd. Voor bewegingsangst, gemeten met Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) werd een verschil van 50% ten opzichte van baseline gezien als klinisch relevant.

De behandeling startte met pijneducatie gevolgd door exposure in vivo. Het behandelteam bestond uit een revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog en een ergotherapeut. In deze studie zijn in totaal 23 patiënten geïncludeerd waarvan 20 zijn meegenomen in de analyses. Bij 13 patiënten was sprake van chronische lage rugpijn met een duur van de klachten van 2-5 jaar en bij 7 patiënten ging het om CRPS-I met een duur van de klachten van 1-2 jaar. In alle gevallen was pijn-gerelateerde angst een belangrijke factor die bijdroeg aan het voortduren van de functiebeperkingen. De resultaten laten op individueel niveau een significant effect (pre-post) zien voor pijn-gerelateerde angst bij 65% van de patiënten en voor pijnintensiteit bij 20%.¹⁹ Op groepsniveau zijn functioneren (PDI 0-70; $-27,4 \pm 15,4$; $p < 0,001$), pijn (VAS 0-10; $-1,64 \pm 2,16$; $p = 0,003$), en bewegingsangst (TSK 17-68; $-10,7 \pm 7,39$; $p < 0,001$) verbeterd na de behandeling, maar angst en depressie niet (HADS 0-21; $-2,35 \pm 7,17$; $p = 0,16$). Participatie en kwaliteit van leven zijn niet gemeten.

Ummels 2025 is een SCED met een AB design bij patiënten met chronische musculoskeletale pijn en pijn-gerelateerde angst. Het effect van exposure in vivo wordt onderzocht. De baseline fase (fase a) duurt 2, 4 of 6 weken, de baselineduur wordt gerandomiseerd. De interventie (fase b) duurt 12 weken. In deze 12 weken worden 16 individuele sessies gegeven door een fysiotherapeut en psycholoog en 3 consulten door een revalidatiearts. De behandeling is interdisciplinair. Er zijn 10 deelnemers. Het is niet duidelijk of het om last resort patiënten gaat. Patiënten moesten minimaal 3 maanden klachten hebben om deel te nemen, de daadwerkelijke duur van de klachten wordt niet genoemd. Er wordt niet omschreven of patiënten eerdere behandelingen hebben doorlopen. Patiënten moesten iedere dag 3 scores doorgeven. Het gaat om de Patient Specific Functional Status (PSFS), een verkorte (4 items) pain-related disability Pain Disability Index (PDI), en een verkorte (4 items) Pain Catastrophizing Scale (PCS). Op 3 meetmomenten vulden patiënten vragenlijsten uit de Dataset Pain Rehabilitation (DDPR) in. Ten slotte had iedere patiënt twee evaluatiegesprekken. De informatie uit de evaluatiegesprekken werd getrianguleerd met de dagelijkse metingen en de vragenlijsten. Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden op basis van de dagelijkse metingen. Op basis van de triangulatie rapporteerden 9 van de 10 deelnemers gemiddelde tot grote positieve effecten. Er bestaat dus een discrepantie tussen de metingen en de inschatting van de patiënt zelf.

3.3.5 fMRI studies

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

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

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

¹⁹ Dagelijkse niveaus van pijn intensiteit en pijn-gerelateerde angst van 3 persoonlijk relevante activiteiten uit het dagelijkse leven werden door patiënten ingeschat en dagelijks gerapporteerd in een dagboek. Deze activiteiten gericht op de individuele patiënt werden geselecteerd op basis van een ranking van activiteiten mbv Photograph series of daily activities (PHODA). Scores zijn gemeten op een VAS-schaal van 0-100.

3.4 Bespreking

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

Literatuur

De effectiviteit van IMSR versus afwachtend beleid wordt bij voorkeur onderzocht in vergelijkend onderzoek, al dan niet gerandomiseerd, onder een groep patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die stepped care hebben doorlopen zonder succes, waarbij uitkomstmaten gebruikt worden die inzicht geven in het effect op de cruciale uitkomsten fysiek functioneren, participatie en kwaliteit van leven. De studies die hier het meest dichtbij komen zijn de vergelijkende studie van Wingerden (2026) waarin een vergelijking is gemaakt tussen patiënten die IMSR kregen en patiënten op de wachtlijst, de RCT van Smeets (2006) waarin een combinatie van actieve fysieke behandeling en cognitieve gedragstherapie wordt vergeleken met een wachtlijst controlegroep, en vier van de aangedragen SCED studies (De Jong (2005), De Jong (2012), Bontinck (2022) en Ummels (2025)) waarin een vorm van IMSR (exposure in vivo) wordt vergeleken met een afwachtend beleid bij een subgroep van patiënten met chronische pijn en bewegingsangst.

De studie van Wingerden heeft resultaten op één van de drie cruciale uitkomsten gerapporteerd, namelijk functioneren. Effecten op kwaliteit van leven en participatie zijn niet gemeten. De studie toonde na 8 weken een verbetering van 9,2 punten in de IMSR groep ten opzichte van de wachtlijstgroep op de Quebec Back Pain Disability Scale (schaal van 0 tot 100). Er werden geen resultaten op lange termijn gerapporteerd vanwege cross-over naar de interventie. Het beperkte verschil tussen de groepen op de korte termijn geeft weinig vertrouwen in de lange termijn effecten van de interventie. De data zijn prospectief verzameld, de analyse heeft recent plaatsgevonden.

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

In de SCED studies ondergingen in totaal 46 patiënten met chronische pijn zowel een periode van geen behandeling als een periode met exposure in vivo. In drie studies tonen de resultaten een vermindering van functiebeperking en pijn gerelateerde angst na exposure in vivo. Één studie liet geen verbeteringen zien op de vragenlijst maar wel in de gesprekken. In één van de vier studies was ook sprake van een verbetering van participatie. Kwaliteit van leven is niet gemeten.

Deze zes studies geven daarmee enige onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR bij patiënten met chronische pijn in vergelijking met een afwachtend beleid. Het wordt echter uit de meeste publicaties niet duidelijk of het patiënten betreft met complexe samenhangende problematiek. Wat betreft het hebben doorlopen van stepped care, wordt in de publicatie van Wingerden wel vermeld dat de patiënten 'therapieresistent' waren, en in de publicaties van Smeets (2006) en De Jong (2012) wordt vermeld dat patiënten voorafgaand aan IMSR in de eerste lijn behandelingen hebben ondergaan. Het blijft in de andere publicaties echter onduidelijk of het om last resort patiënten gaat die stepped care zonder succes hebben doorlopen. Ook zijn niet voor alle cruciale uitkomsten metingen gedaan. Functiebeperkingen zijn gemeten in alle zes de studies. Kwaliteit van leven is alleen in Smeets (2009) gemeten, maar de gegevens zijn niet bruikbaar omdat een vergelijking met wachtlijst dan wel baseline niet mogelijk was. Participatie is in twee studies (Smeets 2009, De Jong 2012) gemeten, maar ook hier zijn de gegevens van Smeets niet te gebruiken.

De VRA geeft aan dat voor de subgroep van last resort patiënten niet-vergelijkend onderzoek meegenomen kan worden bij de beoordeling, omdat zonder behandeling bij deze patiëntengroep geen verbetering in fysiek functioneren, participatie en kwaliteit van leven te verwachten is. Dit laatste wordt onderbouwd aan de hand van onderzoek waarin is aangetoond dat patiënten op de wachtlijst geen verbetering van het klinisch beeld laten zien (Smeets (2006)). In deze RCT van Smeets, die in paragraaf 3.3.1 is beschreven, wordt IMSR (10 weken) onder andere vergeleken met geen behandeling (wachtlijst groep) (ook 10 weken). In de wachtlijst groep werd geen verandering op alle primaire en secundaire uitkomstmaten gezien, wat volgens de VRA aangeeft dat er geen natuurlijk herstel te verwachten valt in deze groep. Daarom zijn de niet-vergelijkende studies van Breugelmans (2024), Völker (2017), Reneman (2018), Leeuw (2018), Gerdle (2016), Merrick (2009, 2012) en De Rooij (2014) aangedragen als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten. Van deze studies zijn vooral Breugelmans (2024), Gerdle (2016), Merrick (2009) en De Rooij (2014) van belang. Deze studies zijn van redelijke tot grote omvang, hebben een follow-up duur van minimaal een jaar en betreffen waarschijnlijk last resort patiënten en een interdisciplinaire behandeling, hoewel het niet helemaal duidelijk wordt uit de publicaties of het om last resort patiënten gaat die alle benodigde stappen van stepped care hebben doorlopen. De studies beschrijven niet welke behandelingen patiënten voorafgaand aan IMSR hebben doorlopen. De gemiddelde duur van de klachten is echter meerdere jaren, daarom verwachten we wel dat een groot deel van de patiënten al meerdere behandelingen in de eerste lijn heeft gehad. Breugelmans (2024) laat verbeteringen zien bij een groot deel van de patiënten op de uitkomsten ervaren beperkingen, fysieke en mentale kwaliteit van leven en werkcapaciteit. Het betreft patiënten die geclassificeerd zijn als WPN 3 of 4. Bij Gerdle (2016) is na 12 maanden sprake van een verschil op kwaliteit van leven ten opzichte van baseline. De andere studies laten geen of kleine verschillen zien op de cruciale uitkomsten. De studies hebben geen controlegroep, waardoor het onduidelijk is in hoeverre de gevonden verbeteringen toe te wijzen zijn aan de behandeling dan wel het natuurlijk beloop. Daarnaast is er sprake van aanzienlijke loss to follow-up in alle vier de studies.

Naast bovengenoemde studies is er nog één andere SCED studie beschikbaar als onderbouwing (De Jong 2008). Deze studie vergelijkt twee verschillende vormen van IMSR bij bewegingsangst, namelijk graded activity en exposure in vivo. Hiervoor geldt hetzelfde als voor de studies van Den Hollander (2016) en Leeuw (2008) die in respectievelijk paragraaf 2.8 en 3.3.2 worden besproken: deze studies hebben de effectiviteit van twee IMSR behandelingen onderzocht bij een subgroep van patiënten met substantiële bewegingsangst, en geven onvoldoende onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR in de breedte bij de totale groep patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek.

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

Passend onderzoek

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

Overwegingen met betrekking tot literatuur en passend onderzoek

De studies die bijdragen aan de onderbouwing van de effectiviteit van IMSR ten opzichte van een afwachtend beleid bij last resort patiënten, zijn de vergelijkende studie van Wingerden (2026), de RCT van Smeets (2006), de SCED studies van De Jong (2005, 2012), Bontinck (2022) en Ummels (2025) en de cohortstudies van Breugelmans (2024), Gerdle (2016), Merrick (2009) en De Rooij (2014). Verschillende studies tonen verbeteringen op het gebied van functioneren na IMSR. Twee studies laten een verbetering van participatie zien na IMSR (De Jong 2012, Breugelmans 2024) en één studie een verbetering van kwaliteit van leven (Breugelmans 2024).

Ondanks positieve studieresultaten in verschillende studies blijft de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten onzeker. Dit heeft de volgende redenen. Naast de studies die positieve resultaten laten zijn er ook studies die geen of slechts kleine verschillen laten zien. Daarnaast is vaak niet duidelijk of het de juiste patiëntenpopulatie betreft. Breugelmans heeft patiënten geïncludeerd die chronische pijn en complexe samenhangende problematiek hebben (patiënten die geclassificeerd zijn als WPN 3 of 4), maar van de andere studies is het onduidelijk of de geïncludeerde patiënten complexe samenhangende problematiek hebben. Wat betreft het hebben doorlopen van stepped care, wordt in de publicaties van De Jong (2012) en Smeets (2006) vermeld dat patiënten voorafgaand aan IMSR in de eerste lijn behandelingen hadden ondergaan. In Wingerden wordt aangegeven dat het gaat om 'therapieresistente patiënten', wat er op wijst dat zij al eerder onsuccesvol behandelingen hebben ondergaan. Het blijft in de andere publicaties echter onduidelijk of het om last resort patiënten gaat die stepped care zonder succes hebben doorlopen. Dit zijn wel belangrijke patiëntkarakteristieken om te weten, omdat inclusie van patiënten met minder complexe samenhangende problematiek, of patiënten die stepped care niet hebben doorlopen, tot een vertekend beeld van de effectiviteit kan hebben geleid. De effectiviteit van IMSR kan immers verschillen tussen patiënten met en patiënten zonder complexe samenhangende problematiek. Mogelijk zijn de patiënten met meer complexe problematiek minder goed behandelbaar waardoor de effecten van IMSR minder gunstig uitpakken. Hetzelfde geldt voor patiënten die uitbehandeld zijn in de eerste lijn versus patiënten die nog geen of onvolledige behandeling hebben ondergaan. Mogelijk zijn de in de eerste lijn uitbehandelde patiënten ernstiger aangedaan en moeilijker te behandelen dan patiënten die nog geen of onvolledige behandeling in de eerste lijn hebben ondergaan.

Naast de onduidelijkheid over de geïncludeerde patiënten is in de SCED studies de effectiviteit van IMSR in een subgroep van patiënten met substantiële bewegingsangst onderzocht. In deze studies is niet de effectiviteit van IMSR in de breedte onderzocht, maar enkel van exposure in vivo. Ook is in de aangedragen studies met name gekeken naar het effect van IMSR op functioneren. Het effect op de andere twee cruciale uitkomsten (participatie en kwaliteit van leven) is in maar twee respectievelijk één studie onderzocht. Ten slotte kan de aanzienlijke uitval op de verschillende uitkomstmaten in de cohortstudies tot vertekende resultaten geleid hebben.

3.5 Conclusie

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

Passende zorg voor last resort patiënten

Gezien deze uitzonderlijke situatie heeft het Zorginstituut een voorstel gedaan voor een traject om te komen tot passende zorg en wetenschappelijke onderbouwing voor last resort patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Over de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten doet het Zorginstituut op dit moment geen uitspraak. Dat betekent dat IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die

zonder succes stepped care hebben doorlopen vooralsnog vergoed kan worden ten laste van de basisverzekering.

Passende zorg

Om passende zorg voor deze last resort patiënten te waarborgen zijn drie aspecten van belang:

- (i) Het is essentieel dat IMSR alleen wordt ingezet bij de juiste patiënten. Hiertoe zijn in samenwerking met de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Revalidatie Nederland (RN) onder begeleiding van het Zorginstituut afspraken gemaakt die zijn voorgelegd aan het Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem. De VRA heeft deze nieuwe afspraken opgenomen in het indicatiedocument (bijlage 3). In het indicatiedocument is daarnaast opgenomen dat revalidatieartsen van iedere patiënt die zij behandelen data aanleveren voor de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) en Stichting Revalidatie Impact (SRI). De VRA, het samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem en ZN hebben bestuurlijk akkoord gegeven op het indicatiedocument. RN is akkoord op voorwaarde dat de eerstelijnspartijen akkoord zijn met de afspraken over het aanleveren van informatie. Eerstelijnspartijen vinden het belangrijk dat IMSR behouden blijft voor een specifieke patiëntengroep. Ze geven daarbij wel aan dat ze de gevraagde informatie uit het indicatiedocument over de al doorlopen eerstelijnsbehandelingen op dit moment nog niet volledig kunnen aanleveren. Hiervoor zijn aanpassingen aan het rapportagesysteem nodig. Ook moet er goed gekeken worden welke informatie gedeeld mag worden rekening houdend met de regels rond privacy. Er is een overgangsmaatregel opgenomen in het standpunt om partijen de gelegenheid te geven hier met elkaar goede afspraken over te maken, zodat toegewerkt kan worden naar een situatie waarin de informatieverstrekking goed geregeld is. Het Zorginstituut zal dit proces faciliteren.
- (ii) Daarnaast moet nader onderzoek gedaan worden naar de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten. We zijn voornemens dit onderzoek via het Kaderprogramma passende zorg te laten lopen of via het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG).
- (iii) Ten slotte moet, om alle stappen uit het stepped care model te kunnen doorlopen, multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie (MER) breder beschikbaar worden gemaakt. Hiervoor zijn zorgverleners in de eerste lijn (huisartsen, paramedici, psychologen) aan zet, in samenwerking met patiënten, de beroepsgroep van revalidatieartsen, zorgverzekeraars, en de Nederlandse Zorgautoriteit. Het Zorginstituut zal dit traject begeleiden. Het plan van aanpak hiervoor is opgenomen in bijlage 4.

Het Zorginstituut zal in ieder geval in 2030 opnieuw de stand van de wetenschap en praktijk van IMSR bij last resort patiënten beoordelen aan de hand van de resultaten van het hierboven onder (ii) genoemde nadere onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten.

3.6 Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)

We hebben het conceptstandpunt op 31 maart 2025 ter advisering voorgelegd aan de WAR. De WAR geeft aan dat op basis van de beschikbare evidence de interventie niet beschouwd kan worden als voldoende bewezen effectieve behandeling. Voor het voorgestelde vervolgonderzoek moeten duidelijke keuzes gemaakt worden, met name over de definitie van de doelgroep, de onderzoeksvragen, geschikte uitkomstmaten en de manier waarop data verzameld en verwerkt worden. De commissie blijft beschikbaar om mee te denken over een goede wetenschappelijke onderbouwing.

Het standpunt is naar aanleiding van de reacties van partijen en aanvullende studies nogmaals besproken in de WAR van 9 februari 2026. De WAR geeft aan dat de reacties van partijen en de aanvullende studies geen aanleiding geven om de conclusie of aanpak ten aanzien van IMSR bij last resort patiënten te herzien. De WAR geeft daarnaast enkele aandachtspunten mee aan het Zorginstituut. De WAR adviseert een goede registratie van alle patiënten die IMSR krijgen. Een herbeoordeling in 2029 is mogelijk niet realistisch gezien het nog te doorlopen traject, de commissie adviseert om dit aan te passen. Daarnaast merkt de

commissie op dat er waarschijnlijk sprake zal zijn van substitutie effecten doordat patiënten die niet meer in aanmerking komen voor IMSR andere vormen van zorg zullen gebruiken. Hoewel exacte cijfers hierover niet bekend zijn, adviseert de commissie om wel te benoemen in de budgetimpact analyse dat er waarschijnlijk substitutie effecten zullen optreden. Deze punten zijn aangepast in het definitieve standpunt.

Consultatie conceptstandpunt

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

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

Hierna geven wij de reacties van partijen en ons commentaar daarop weer. In bijlage 5 is de integrale tekst van de ontvangen reactie opgenomen.

PICO

De VRA geeft aan dat de claim en PICO niet vooraf met de VRA zijn gedeeld en vraagt zich af of dit consistent is met de procedures van het Zorginstituut. De VRA vraagt zich daarnaast af waarom een subgroep van IMSR, namelijk patiënten met persisterende pijn waarvoor arbeid de enige of de hoofddoelstelling van de behandeling is, niet is meegenomen. Het KNGF stelt dat het onduidelijk is wat precies bedoeld wordt met afwachtend beleid en dat in de praktijk nooit sprake zal zijn van afwachtend beleid omdat patiënten reeds het hele behandeltraject hebben doorlopen.

Reactie Zorginstituut Nederland

In dit dossier is een ander proces doorlopen dan gebruikelijk. Het proces wordt toegelicht in paragraaf 1.1. Studies waarin arbeid het hoofddoel van de behandeling is, zijn niet bij voorbaat uitgesloten. Als deze studies voldoen aan de PICO hebben we ze geïnccludeerd. Bovendien hebben we arbeid meegenomen bij de cruciale uitkomst participatie. Dit omvat werkstatus/arbeidsverzuim maar ook bijvoorbeeld taken binnen huishouden/gezin. Er is gekozen om afwachtend beleid als vergelijkende behandeling op te nemen, omdat het om patiënten gaat die alle mogelijke behandelopties in de eerste lijn al hebben doorlopen zonder succes. Voor hen zou afwachten – in het geval dat IMSR niet beschikbaar zou zijn – de enige optie zijn. Onder afwachtend beleid verstaan we geen behandeling, het voorschrijven van pijnmedicatie, en/of het benadrukken van het belang om actief te blijven. Dit zullen we alsnog opnemen in tabel 5 (hoofdstuk 3) waar de PICO beschreven wordt.

Last resort vs niet last resort

De VRA, RN en het NHG hebben principiële bezwaren tegen de tweedeling van patiënten in een groep waarvoor IMSR geen last resort is en een groep waarvoor dit wel het geval is, omdat de groepen onderling niet relevant verschillen qua patiëntkenmerken. Het onderscheid is kunstmatig en daarom niet makkelijk te maken in wetenschappelijk onderzoek. Zoals in de Zorgstandaard en Richtlijn staat, wordt het instapniveau bepaald op basis van initiële biopsychosociale problematiek. Er kunnen goede redenen zijn om te besluiten dat het niet juist is om alle stappen in de eerste lijn te doorlopen voordat een patiënt aan een IMSR-behandeling kan beginnen. Dit komt voor bij een zeer kleine groep patiënten (1-5%). Bij hen kan worden beargumenteerd waarom eerstelijnsbehandeling niet zinvol, niet effectief en dus ook niet doelmatig wordt geacht. Verder wordt door de eis dat een patiënt eerst het volledige traject moet hebben ondergaan de wettelijke bevoegdheid en de medisch-inhoudelijke expertise van de revalidatiearts miskend. EN vermeldt dat het splitsen van patiënten in twee groepen (wel/geen last resort) een werkbare keuze lijkt die recht doet aan de huidige visie zoals geformuleerd in de Leidraad Chronische Pijn.

Reactie Zorginstituut Nederland

De VRA heeft in het gesprek van 27 januari 2025 aangegeven dat de doelgroep voor IMSR bestaat uit patiënten die al een volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen zonder succes. Deze patiënten heeft het Zorginstituut aangeduid als 'last resort' omdat zij geen andere behandelmogelijkheden meer hebben. Voor patiënten die nog géén (volledige) behandeling in de eerste lijn hebben gehad, is IMSR geen last resort behandeling. De tweedeling die we in het standpunt maken betreft dus het onderscheid tussen last resort patiënten en patiënten waarvoor IMSR géén last resort is omdat er ook nog andere behandelmogelijkheden benut kunnen worden.

Partijen stellen dat sommige patiënten lichtere vormen van zorg kunnen overslaan wanneer daar medisch gezien aanleiding toe is. Op dit moment zijn er echter geen concrete en toetsbare indicatiecriteria op basis waarvan vastgesteld kan worden wanneer er sprake is van een dussdanige situatie dat alle behandelingen in de eerste lijn overgeslagen moeten worden. Het wel of niet hebben doorlopen van stepped care is wél concreet en toetsbaar. Daarom beschouwen wij dat als voorwaarde.

Wij zijn het eens met partijen dat het in wetenschappelijke publicaties vaak lastig is te achterhalen of het wel of niet om patiënten gaat die zijn uitbehandeld in de eerste lijn. We zouden het liefst in detail willen weten welke behandelingen patiënten in een studie voorafgaand aan IMSR hebben gehad. Vaak was daar maar in beperkte mate informatie over beschikbaar. Bij de inclusiecriteria werd soms aangegeven dat patiënten behandelingen hebben gehad in de eerste lijn maar dat deze niet succesvol waren. Onduidelijk was dan om welke behandelingen het precies ging. Dat betekent niet dat deze studies niet meegenomen kunnen worden als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR. Als duidelijk is dat er behandelingen in de eerste lijn geprobeerd zijn, en als de studie vervolgens klinisch relevante effecten van IMSR laat zien, dan kan dit bijdragen aan het vertrouwen in de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten. Dat is ook het geval als uit de baseline karakteristieken van de studiepopulatie blijkt dat de klachten al meerdere jaren bestaan. In dat geval kunnen we ervan uitgaan dat er al behandelingen geprobeerd zijn, en kunnen de resultaten gebruikt worden als onderbouwing voor de effectiviteit van IMSR. Op deze manier wordt de best beschikbare evidence gebruikt om een inschatting te maken van de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten.

Vergelijkende behandeling

De VRA, RN en het KNGF zijn van mening dat een vergelijking met eerstelijnsrevalidatiezorg niet passend is binnen de Nederlandse context. Nederlandse patiënten voor wie IMSR geïndiceerd is hebben per definitie een hogere ziektelast en een complexer profiel dan patiënten voor wie eerstelijnsbehandeling geïndiceerd is. Omdat het om onvergelijkbare patiëntgroepen gaat, kan zo'n onderzoek naar relatieve effectiviteit niet uitgevoerd worden en zijn die onderzoeken er dientengevolge niet. Bovendien heeft het merendeel van deze patiënten reeds een behandeling in de eerste lijn ondergaan, met onbevredigend resultaat. Aangezien IMSR de laatste stap in het stepped care model vormt, is een vergelijking met afwachtend beleid wél logisch en relevant.

Reactie Zorginstituut Nederland

Bovenstaande bezwaren, die in de reacties op het eerdere conceptstandpunt reeds zijn benoemd, hebben ertoe geleid dat wij twee PICO's hebben opgesteld. Voor patiënten die uitbehandeld zijn in de eerste/anderhalve lijn, is vergelijking van IMSR met deze zorg inderdaad niet aan de orde. In dat geval is vergelijking met afwachtend beleid passend. Maar voor patiënten die nog niet alle behandelmogelijkheden hebben benut, is vergelijking met zorg in de eerste/anderhalve lijn wel relevant. Voor deze laatste groep willen we vaststellen of IMSR meerwaarde heeft t.o.v. revalidatiezorg in de eerste/anderhalve lijn. De vraag die dan beantwoord moet worden, is of revalidatiezorg in een revalidatiesetting onder leiding van een revalidatiearts en interdisciplinair²⁰ uitgevoerd toegevoegde waarde heeft.

²⁰ EN benadrukt dat IMSR zich met name onderscheidt van naast elkaar bestaande monodisciplinaire eerstelijnsbehandelingen (ook wel multidisciplinair genoemd) door een gemeenschappelijke behandelvisie en -filosofie waarin alle teamleden zijn geschoold, die als definiëring van de aangrijpingspunten onder het behandelprogramma ligt, waardoor professionals automatisch op dezelfde

Passend bewijs

Verschillende partijen geven aan er gekeken moet worden naar 'passend bewijs'. Een RCT is hier niet geschikt omdat het hier om persoonsgerichte zorg gaat die niet in strakke protocollen te vatten is.

Reactie Zorginstituut Nederland

Voor het beantwoorden van de pakketvraag is het van belang dat er voldoende zekerheid is over de effectiviteit van de interventie. Een goed uitgevoerde RCT geeft de kleinste kans op bias, waardoor verschillen in uitkomst tussen de interventie en de controlegroep met meer zekerheid aan de interventie kunnen worden toegeschreven. Door deze hoge interne validiteit levert een RCT het meest overtuigende bewijs voor een causale relatie tussen interventie en uitkomst. Dat er sprake is van persoonsgerichte zorg maakt niet per definitie dat een RCT niet passend is. Er kan gerandomiseerd worden tussen de interventie (IMSR) waarin patiënten zorg op maat ontvangen, en een controlegroep waarin patiënten mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste lijn ontvangen.

In sommige gevallen is een RCT echter niet haalbaar. Het Zorginstituut hanteert daarom de 'passend onderzoek' benadering (zie ook kopje 'GRADE').

GRADE

Verschillende partijen geven aan dat de GRADE methode niet geschikt is voor het beoordelen van revalidatiezorg. Binnen GRADE wordt geen afweging gemaakt over welk type bewijs passend is voor een specifieke zorgvraag. Het Zorginstituut heeft weliswaar alternatieve studiedesigns meegenomen in het conceptstandpunt, maar deze worden nog steeds beoordeeld volgens de GRADE methode. De VRA verwijst in hun reactie naar de richtlijn Chronische Pijnrevalidatie waarin wordt toegelicht waarom GRADE niet geschikt is voor het beoordelen van deze zorg. In de richtlijn staat kortgezegd: IMSR is interdisciplinair en individueel afgestemd, waardoor interventies moeilijk te standaardiseren en reproduceren zijn. Rapportages bevatten vaak onvoldoende detail over modules en uitvoering, en sluiten niet aan bij de eisen van medische of psychologische domeinen. De complexe patiëntenpopulatie, variatie in interventies, onmogelijkheid tot blinding en heterogene uitkomstmaten zorgen voor methodologische uitdagingen. RCT's in revalidatie zijn bovendien kostbaar en kleinschalig, wat in GRADE leidt tot automatische afwaardering. Hierdoor worden studies vrijwel standaard drie niveaus afgewaardeerd.

Reactie Zorginstituut Nederland

Met behulp van GRADE wordt op een transparante manier de kwaliteit van het bewijs beoordeeld, ongeacht de zorgvorm. Het wordt gebruikt om belangrijke aspecten van onderzoek zoals bias, onnauwkeurigheid en inconsistentie in beeld te brengen. Hiermee wordt vastgesteld of er voldoende vertrouwen is in de gevonden effectiviteit. Dat in sommige gevallen alleen onderzoek gedaan is dat een (zeer) lage kwaliteit van bewijs oplevert, is geen reden om GRADE niet te hanteren. Ook niet als beter onderzoek niet mogelijk zou zijn. Het blijft van belang om eventuele tekortkomingen in de evidence op transparante wijze inzichtelijk te maken.

Het klopt wel dat er in GRADE niet specifiek gekeken wordt welk type bewijs passend is voor een specifieke onderzoeksvraag. Niet alle onderzoeksdesigns zijn in alle gevallen haalbaar. Het Zorginstituut hanteert naast GRADE daarom de 'passend onderzoek' benadering. Hierbij wordt gekeken welke onderzoekskenmerken wenselijk en haalbaar zijn. Het gaat om randomisatie, een controlegroep en blinding van de patiënt, zorgverlener en effectbeoordelaar. Tezamen beschrijven de wenselijk en haalbaar geachte onderzoekskenmerken de contouren van mogelijke onderzoeksdesigns. In het geval van IMSR is blinding van patiënt, zorgverlener en effectbeoordelaar niet mogelijk. Dit geeft bij gebruik van subjectieve uitkomstmaten risico op bias. Hoge kwaliteit van bewijs zal daarom niet haalbaar zijn. Bij een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk wordt daar rekening mee gehouden: het Zorginstituut maakt

lijzen zitten, zonder te hoeven overleggen, want men spreekt elkaars taal. Dit zullen we in het standpunt onder hoofdstuk 1.2 opnemen.

uiteindelijk op basis van de grote van gevonden effecten, de kwaliteit van het bewijs (in kaart gebracht aan de hand van GRADE), passend onderzoek argumenten, en contextuele factoren de afweging of een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het is daarmee mogelijk om op basis van bewijs van redelijke of lage kwaliteit tot een positieve conclusie ten aanzien van de effectiviteit van een interventie te komen. Dan moet er nog steeds wel voldoende vertrouwen zijn dat de gevonden effectiviteit kan worden toegeschreven aan de interventie.

Criterium stand van de wetenschap en praktijk

Verschillende partijen geven aan dat de "stand van de praktijk" niet mee is genomen in de beoordeling. Het KNGF geeft aan: *"Het KNGF onderkent dat SWP één geïntegreerde wettelijke maatstaf is, waarin zowel wetenschappelijke evidentie als praktijkervaring worden verenigd. Tegelijkertijd concludeert het KNGF dat er concrete en consistente aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van IMSR. Indien echter wordt vastgehouden aan de eis dat uitsluitend wetenschappelijk bewijs met redelijke tot hoge zekerheid volgens GRADE bepalend is, dan stelt het KNGF dat de huidige literatuur wederom geen finaal uitsluitsel biedt. In dat geval moet de interdisciplinaire consensus over doelmatigheid en de consistentie van aanbevelingen in richtlijnen nadrukkelijk worden meegewogen."* RZN geeft aan dat niet geconcludeerd kan worden dat de zorg niet voldoet aan SWP. Als er onvoldoende bewijs is, zou volgens RZN geconcludeerd moeten worden dat er geen uitspraak gedaan kan worden. EN geeft mee: *"Wij pleiten er daarnaast voor dat er ruimte is voor het perspectief dat de afwezigheid van bewijs niet gelijk staat aan bewezen niet-effectief."*

Reactie Zorginstituut Nederland

Het klopt dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, verenigd zijn. Dit wordt nader toegelicht in paragraaf 2.8.

Praktijkervaring of een brede consensus kunnen op zichzelf niet voldoende zijn om te concluderen dat een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij een lage kwaliteit van bewijs maar een brede consensus of duidelijke richtlijnen kan in sommige gevallen geconcludeerd worden dat zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In dit geval is de wetenschappelijke onderbouwing daarvoor echter nog onvoldoende (zeer lage kwaliteit bewijs).

Hoewel het klopt dat de afwezigheid van bewijs iets anders is dan bewezen niet effectief wordt in beide gevallen niet voldaan aan het criterium. Er kan dan niet op basis van 'de praktijk' geconcludeerd worden dat de zorg toch voldoet aan SWP.

Onder het kopje 'GRADE' gaan wij in op de (rol van de) GRADE methode.

Opmerkingen met betrekking tot relevante studies

De VRA geeft aan dat hun eerder geuite bezwaren tegen de inclusie en interpretatie van de studie van Ronzi (2017) niet adequaat verwerkt zijn. De bezwaren die betrekking hebben op een niet-vergelijkbare doelgroep en een niet-vergelijkbare behandeling ten opzichte van de Nederlandse situatie blijven bestaan.

Wat betreft de studie van Breugelmans (2024) is de VRA het niet eens met de opmerking van het Zorginstituut dat patiënten die de behandeling eerder zijn gestopt vanwege aan de behandeling gerelateerde redenen, mogelijk slechtere uitkomsten hebben. De studies van Breugelmans (2024) en van Stollenga (2020)²¹ ontkrachten deze veronderstelling. Naar aanleiding van de opmerking van het Zorginstituut dat het in de studie van Breugelmans onduidelijk is of het om last resort patiënten gaat, verwijst de VRA naar de update van de SR van Elbers (2021). In deze aanvullende, recent uitgevoerde analyse blijkt dat bij 16 studies last resort patiënten zijn geïnccludeerd. Ze vragen zich af waarom deze aanvullende informatie niet is verwerkt.

²¹ Stollenga D, Schiphorst Preuper HR, Dijkstra PU, Boonstra AM, Reneman MF. Early termination in interdisciplinary pain rehabilitation: numbers, timing, and reasons. A mixed method study. *Disability and Rehabilitation* 2020, 44 (8): 1321-1327.

Met betrekking tot de studie van Smeets (2006), maakt het Zorginstituut een opmerking die volgens de VRA niet correct is. Het Zorginstituut schrijft dat de patiënten die de combinatiebehandeling kregen het niet beter deden dan de patiënten die alleen actieve fysieke behandeling, of alleen cognitieve gedragstherapie kregen. Dit is onjuist gerapporteerd en voor de vraagstelling niet relevant. Verder is er in de studie van Smeets (2009)²² een economische analyse verricht. Dat betekent dat er wel gegevens beschikbaar zijn over kwaliteit van leven en participatie i.t.t. wat beweerd werd in het conceptstandpunt.

Verder vraagt de VRA zich af waarom de studies van Volker (2017)²³ en Reneman (2018)²⁴ niet in de search van het Zorginstituut zijn meegenomen in aanvulling op Breugelmans (2024). Hoewel in de RCT van Reneman de vraagstelling gericht was op het bestuderen van de dosis van IMSR, worden hier resultaten van 2 prospectieve IMSR-cohorten gerapporteerd met PDI en EQ5D als uitkomstmaten.

Reactie Zorginstituut Nederland

In het conceptstandpunt hebben we beargumenteerd waarom wij de studie van Ronzi (2017) relevant genoeg vinden om te includeren. De VRA geeft aan dat hun bezwaren desondanks blijven bestaan. Wij zijn in het conceptstandpunt ingegaan op de verschillen en overeenkomsten tussen deze studie uitgevoerd in Frankrijk en de Nederlandse situatie. Hierbij hebben we ons gefocust op de studiepopulatie en de onderzochte behandeling. Hoewel er uiteraard verschillen zijn, zijn er ook belangrijke overeenkomsten. Wat betreft de doelgroep lijkt het te gaan om patiënten met complexe samenhangende problematiek (WPN-niveau 3 of 4) aangezien de mate van beperkingen groot is met daarbij veel werkverzuim en de aanwezigheid van gevoelens van angst en depressie. Wat betreft de behandeling liggen de overeenkomsten in de betrokkenheid van meerdere disciplines, de verantwoordelijkheid en leiding van de revalidatiearts in het hele traject en de uitvoering in een revalidatiesetting. Het klopt dat in de behandeling in Nederland cognitieve gedragstherapie een grotere rol speelt dan dat die heeft gespeeld in de studie van Ronzi. Helaas zijn er geen studies die 100% passen op onze PICO en daarom moeten we het doen met de best passende evidence. Alles afwegende zijn wij nog steeds van mening dat de studie van Ronzi relevant genoeg is om mee te nemen.

Met betrekking tot de studie van Breugelmans (2024) en de patiënten (n=129) die de behandeling voortijdig zijn gestopt (voor week 5 (T1)), wordt in de discussie van het artikel zelf aangegeven dat deze patiënten mogelijk slechtere uitkomsten zouden hebben gehad omdat de reden van stoppen gerelateerd is aan de behandeling (gebrek aan motivatie om het programma te volgen, meningsverschil tussen team en patiënt over de inhoud van het programma, programma te intensief). De conclusie uit de studie van Stollenga (2022) dat vroegtijdig stoppen van IMSR niet per se negatieve redenen hoeft te hebben maar ook te maken kan hebben met het feit dat patiënten vroegtijdig hun doel bereiken, is in dit geval niet van toepassing op de hierboven genoemde patiënten uit de studie van Breugelmans (2024), omdat deze patiënten zijn gestopt om redenen gerelateerd aan de behandeling zelf. De systematic review van Elbers (2021) met 66 geïncludeerde studies hebben wij bestudeerd. Bij een aantal studies lijkt het inderdaad te gaan om last resort patiënten, maar nagenoeg al deze studies vallen om andere redenen af (geen revalidatiearts, niet interdisciplinair dan wel onduidelijk). De vier relevante studies (Gerdle 2016, Merrick 2009, Merrick 2012 en de Rooij 2014) bij last resort patiënten die overbleven zijn opgenomen in hoofdstuk 3.

De tekst ten aanzien van combinatiebehandeling ten opzichte van alleen actieve fysieke behandeling of alleen cognitieve gedragstherapie in de studie van Smeets (2006) beschouwen wij als relevante context bij de interpretatie van de resultaten.

²² 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, 13 (1): 71-81.

²³ Volker G, van Vree F, Wolterbeek R, van Gestel M, Smeets R, Koeke A, Vlieland TV. Long-term outcomes of multidisciplinary rehabilitation for chronic musculoskeletal pain. *Musculoskeletal Care* 2017, 15 (1): 59-68.

²⁴ Reneman MF, Waterschoot FPC, Burgerhof JGM, Geertzen JHB, Schiphorst-Preuper HR, Dijkstra PU. Dosage of pain rehabilitation programmes for patients with chronic musculoskeletal pain: a non-inferiority randomised controlled trial. *Disability and Rehabilitation* 2018, 42 (6): 814-821.

In de studie van Smeets (2009) over kosteneffectiviteit zijn gegevens beschikbaar over kwaliteit van leven en participatie. Deze uitkomsten zijn opgenomen in het standpunt. De studies van Völker (2017) en Reneman (2018) zijn ook opgenomen in hoofdstuk 3.

Financiële paragraaf

RN roept het Zorginstituut op om in de impactanalyse mee te nemen:

- de financiële effecten (op de MSR-sector en op de totale zorgkosten -naast Zvw ook Wlz en Wmo- en rekening houdend met substitutie-effecten)
- de verwachte gevolgen voor patiënten met chronische pijn. Waar kunnen deze terecht wanneer ze niet meer de tot nu gebruikelijke behandelingen kunnen krijgen?

De VRA geeft aan dat gepubliceerde economische analyses over (onderdelen en vormen van) IMSR niet door ZIN zijn geanalyseerd.

Reactie Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut stelt voor zijn standpunten een budgetimpactanalyse (BIA) op. Hierin wordt een inschatting gemaakt van de impact van de vergoeding van een interventie op het zorgbudget. Een analyse van de financiële impact op de (MSR) sector maakt hier geen onderdeel van uit. Substitutie-effecten worden in sommige gevallen meegenomen voor de berekening van de BIA. In dit geval is daar echter onvoldoende informatie over beschikbaar.

Voor patiënten met chronische pijn blijft zorg in de eerste lijn beschikbaar. Het gaat dan om zorg door fysio- of oefentherapeuten, ergotherapeuten, psychologen en de POH-GGZ. Met uitzondering van fysio- en oefentherapie is deze zorg onderdeel van de basisverzekering. Patiënten zullen voor fysiotherapie een aanvullende verzekering moeten afsluiten of deze zorg zelf moeten betalen. Overigens gold dit ook voor publicatie van dit standpunt al.

Aanname 50% last resort

ZN, RN en de VRA geven aan dat zij zich niet kunnen vinden in de aanname dat 50% van de patiënten in de last resort groep valt. RN geeft aan dat zij op basis van eigen data inschatten dat 95% van de patiënten eerder zonder succes in de eerste lijn is behandeld.

Reactie Zorginstituut Nederland

Met het opsplitsen van het standpunt in twee PICO's moet ook de BIA opgesplitst worden. Hierbij is in het conceptstandpunt pragmatisch gekozen voor een percentage van 50%. Het Zorginstituut heeft partijen in de consultatie van het conceptstandpunt gevraagd om te onderbouwen welk aandeel van de patiënten last resort patiënten betreft. RN geeft aan dat zij op basis van eigen data inschatten dat 95% van de patiënten eerder zonder succes in de eerste lijn is behandeld. Hiermee is echter niet gezegd dat deze patiënten ook voldoen aan de criteria zoals nu opgesteld in het indicatiedocument.

Het is op dit moment niet goed in te schatten welk percentage van de patiënten last resort patiënten betreft. In het definitieve standpunt houden we nu het percentage van 50% aan. Dit percentage moet niet gezien worden als oordeel of doelstelling. Met het toepassen van het nieuwe indicatieprotocol zal moeten blijken om hoeveel patiënten het gaat.

Juridische grond

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

Reactie Zorginstituut Nederland

De NZa heeft bevestigd dat zij het standpunt van het Zorginstituut als leidend zien. Tot het moment dat het Zorginstituut voor deze 'last resort' patiëntgroep een nieuw standpunt inneemt, is het 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. De reactie van de NZa is opgenomen in bijlage 7.

Vergoeding en beschikbaarheid stappen stepped care

Het NHG, RN en de VRA geven aan dat het ontbreken van vergoeding voor de eerste stappen van het stepped care model een risico vormt voor de toegankelijkheid van de zorg en kan zorgen voor ongelijkheid tussen patiënten. De MER is daarnaast nog niet ontwikkeld en nog niet getoetst op effectiviteit, en daarmee ook nog niet geduid als structureel aanbod in het zorgsysteem. Als MER positief wordt geduid, dan is deze vorm van zorg daarmee niet direct landelijk beschikbaar en toegankelijk. EN pleit ervoor dat zolang deze multidisciplinaire zorg in de eerste lijn niet beschikbaar is, WPN2/begin 3 patiënten toe te laten tot IMSR.

Reactie Zorginstituut Nederland

De zorg door ergotherapeuten, psychologen en de POH-GGZ is onderdeel van het basispakket. De zorg door fysio- en oefentherapeuten niet. Patiënten zullen hiervoor een aanvullende verzekering moet afsluiten of deze zorg zelf moeten betalen. Verschillende partijen maken zich zorgen om de patiënten die dit niet kunnen betalen. Het Zorginstituut begrijpt deze zorg, tegelijkertijd kan het Zorginstituut dit op dit moment niet oplossen.

We gaan ervan uit dat alle partijen zich zullen inzetten voor het opzetten van MER en dat deze zorg uiteindelijk landelijk beschikbaar zal worden. Tot die tijd zal deze stap geen verplichte stap worden voordat overgegaan kan worden op IMSR. Wanneer MER beschikbaar is zullen partijen het indicatieprotocol in overleg herzien. Het tijdelijk toelaten van WPN2 patiënten tot IMSR is niet aan de orde. IMSR is namelijk alleen bestemd voor patiënten met chronische pijn en complexe psychosociale problematiek. Dat is niet het geval wanneer er sprake is van een WPN niveau-2 classificatie.

Indicatieprotocol

Het KNGF onderschrijft het belang van heldere indicatiecriteria en inzicht in het doorlopen van een stepped care traject. Het door de VRA opgestelde document 'Indicatiestelling Interdisciplinaire medisch Specialistische Revalidatie (IMSR) bij aanhoudende pijn' van 10-9-2025 biedt hiervoor een passend uitgangspunt. ZN geeft aan dat duidelijke kaders voor de last resort patiënt er nog niet zijn. Het ontbreekt aan een concrete omschrijving wanneer een stepped care traject met onvoldoende succes is doorlopen.

Reactie Zorginstituut Nederland

De VRA, ZN en RN hebben onder regie van het Zorginstituut het indicatiedocument van de VRA aangevuld en aangepast om te komen tot een document waarmee navolgbaar kan worden vastgesteld of IMSR geïndiceerd is. Hiermee is verhelderd wanneer er sprake is van een last resort situatie. De VRA, ZN en samenwerkingsverband pijnpatiënten naar één stem zijn akkoord met het document. RN is voorwaardelijk akkoord.

Opmerkingen met betrekking tot het uit te voeren effectiviteitsonderzoek

Verschillende partijen maken opmerkingen ten aanzien van het uit te voeren onderzoek naar IMSR bij last resort patiënten. RZN geeft aan dat duidelijker vermeld moet worden wanneer dit onderzoek afgerond moet zijn, daarnaast geven zij aan dat de ervaringsdeskundigen betrokken moeten worden. EN geeft aan dat overwogen moet worden om COPM als uitkomstmaat mee te nemen en geeft aan dat participatie op lange termijn onderzocht zou moeten worden. De VRA en RN vragen om vooraf aan te geven bij welke uitkomst van het onderzoek naar IMSR bij de last resort groep voldaan wordt aan SWP. RN geeft daarnaast aan dat er duidelijkheid moet komen over de financiering van het onderzoek. ZN geeft aan dat een RCT de voorkeur heeft.

Reactie Zorginstituut Nederland

Zorginstituut zal in IMSR bij last resort patiënten in 2030 beoordelen. We zijn voornemens om het onderzoek via Zorgevaluatie & gepast gebruik (ZE&GG) te laten lopen of via het Kaderprogramma Passende Zorg (KPPZ). Via ZE&GG wordt geborgd dat ook patiënten en ervaringsdeskundigen worden betrokken. In een ZE&GG traject wordt in gezamenlijkheid (co-creatie) de onderzoeksopzet, inclusief uitkomstmaten en follow-up duur, verder uitgewerkt. Ook worden hierin de klinische relevantiegrenzen bepaald, die een belangrijke rol spelen in de afweging of IMSR voldoet aan SWP. Hiermee wordt een zo goed mogelijk passend onderzoek opgezet en uitgevoerd. Via het Kaderprogramma Passende Zorg moet een onderzoeksgroep in

de juiste samenstelling een complete onderzoeksopzet en subsidieaanvraag opstellen die getoetst zullen worden op pakketwaardigheid.

In 2030 zal opnieuw een volledige beoordeling uitgevoerd worden. Dan zal ook een nieuwe literatuursearch wordt gedaan. Eventuele nieuwe relevante studies zullen in de beoordeling worden meegenomen. Het Zorginstituut zal vervolgens op basis van de gevonden literatuur en aan de hand van het beoordelingskader nagaan of er voldoende vertrouwen is in de effectiviteit van IMSR.

Plan van aanpak MER: Betrokken partijen en governance

Verschillende partijen geven in hun reactie aan dat het belangrijk is om te kijken welke partijen bij een onderwerp betrokken moeten zijn. Zowel RN als de VRA geven aan dat commitment van alle partijen aan de voorkant een noodzakelijke voorwaarde is. Zowel wat betreft inzet, uitkomst als proces. Daarnaast geeft de VRA aan dat het belangrijk is dat er go/no go-criteria komen.

Reactie Zorginstituut Nederland

We vinden het belangrijk om van meet af aan alle voor de samenwerking in MER-CP relevante partijen te betrekken. Aan het begin van elk tijdsblok zal verdere afstemming plaatsvinden over welke partijen relevant zijn voor de uitwerking van elk vraagstuk. Deze partijen zullen deel uitmaken van de werkgroep die voor dat tijdsblok wordt ingericht. Deze werkgroep houdt zich dan bezig met de onderdelen van elk vraagstuk die in dat tijdsblok aan de orde komen. Verder is de governancestructuur meer uitgewerkt. Het voorstel is een werkgroep (op bureauniveau) waarin alle betrokken partijen aanwezig zijn die relevant zijn voor de onderdelen van elk vraagstuk waaraan in dat tijdsblok gewerkt wordt. Per tijdsblok kan de werkgroep dus veranderen van samenstelling. We werken daarnaast met een stuurgroep (op bestuursniveau) om bij knelpunten tot besluiten te komen en om vast te stellen of de beoogde resultaten zijn bereikt om door te kunnen naar het volgende blok.

We onderschrijven dat commitment van alle betrokken partijen noodzakelijk is, die tot uiting moet komen in de betrokkenheid en input van alle partijen die nodig zijn om tot goede resultaten te komen.

Plan van aanpak MER: Financiering van de zorg en het onderzoek

Ergotherapie Nederland, het KNGF, het NHG/LHV, RN en de VRA geven aan dat financiering van de zorg en het onderzoek tijdens de onderzoeksfase essentieel is om tot de ontwikkeling van de MER te komen. Bij eerdere initiatieven waren er knelpunten rondom de declaraties.

Reactie Zorginstituut Nederland

We onderschrijven dat afspraken over de financiering, declaratiewijze, coördinatie en afstemming tijdens de onderzoeksfase essentieel zijn. De uitvoering van het plan van aanpak kan pas van start als er voldoende zicht is op dat deze financiering rond gaat komen.

We zijn ons bewust van de eerdere knelpunten rond de bekostiging. We hebben hierom bekostiging als een van de vier bouwstenen in dit plan van aanpak een plek gegeven. Hierbij besteden we expliciet aandacht aan de implementatie middels contractering en het declaratieproces.

Plan van aanpak MER: Aanspraak MER-CP

Het KNGF, RN en de NZa geven aan dat het belangrijk is dat er eerst duidelijkheid komt over de aanspraak vanuit de Zorgverzekeringswet.

Reactie Zorginstituut Nederland

De aanspraak tijdens de onderzoeksfase voor de MER-CP is opgenomen in bouwsteen 2 van het plan van aanpak. Het is hiervoor belangrijk om de beschikbare evidence over MER-CP voorafgaand aan de onderzoeksfase van MER-CP in kaart te brengen.

Plan van aanpak MER: Fasering en tijdslijn

Verschillende partijen, waaronder de NZa, het KNGF, RN en de VRA geven aan dat onderdelen van het plan van aanpak onderling van elkaar afhankelijk zijn en dat hier meer rekening mee moet worden gehouden in de uitvoering van het plan van aanpak. Ook is het volgens partijen beter om sommige onderwerpen gezamenlijk aan te pakken, in plaats van los van elkaar. Daarnaast vragen het KNGF, RN en de VRA zich af of het tijdsplan realistisch is.

Reactie Zorginstituut Nederland

We onderschrijven de onderlinge afhankelijkheid van de onderdelen in het plan van aanpak. We hebben hierom meer fasering in het plan van aanpak aangebracht en de onderdelen in vier vraagstukken geclusterd. Zo wordt de samenhang tussen onderwerpen zoals inhoud en organisatie van multidisciplinaire eerstelijnszorg beter zichtbaar. Daarnaast is de fasering in het plan van aanpak nu opgedeeld in vier tijdsblokken. Na ieder blok zal gezamenlijk worden vastgesteld of aan de vooraf vastgestelde beoogde resultaten is voldaan voordat we doorgaan naar het volgende blok.

Plan van aanpak MER: Detailniveau

Verschillende partijen, waaronder het KNGF en de NZa, geven aan dat op sommige plaatsen in het plan van aanpak al teveel invulling wordt gegeven. Dit speelt onder andere bij de bekostigingsvormen en de invulling van het multidisciplinair zorgaanbod. Ook geven het KNGF en de VRA aan dat het in het plan van aanpak moet gaan over 'multidisciplinaire' eerstelijnsrevalidatie en niet over 'interdisciplinaire' eerstelijnsrevalidatie.

Reactie Zorginstituut Nederland

Waar mogelijk is het plan van aanpak in de definitieve versie meer op hoofdlijnen beschreven. De details worden uitgewerkt in de uitvoeringsfase. De term interdisciplinair is gewijzigd in multidisciplinair, waarbij wordt aangetekend dat interdisciplinaire zorg niet wordt uitgesloten aangezien dit een bijzondere vorm is van multidisciplinaire zorg.

Plan van aanpak MER: Uitvoeringsvraagstukken

Een aantal reacties van verschillende partijen gaat over uitvoeringsvraagstukken. Zo vroeg de VRA zich af hoe potentiële aanbieders van MER-CP worden geïnformeerd over deelname aan MER. En het KNGF gaf aan dat er specifiek aandacht moet zijn voor toegang tot zorg voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en lage sociaaleconomische status.

Reactie Zorginstituut Nederland

Dit zijn zaken waar we met elkaar invulling aan moeten geven tijdens de uitvoering van het plan van aanpak. Hier zullen we mee starten tijdens de kick-off bijeenkomst.

Plan van aanpak MER: Vervolgstappen na plan van aanpak

RN geeft in hun reactie aan vervolgstappen na het plan van aanpak te missen. Het commitment van de betrokken partijen moet verder gaan dan de experimenteerperiode. Wil de collectieve investering in MER renderen, dan moeten betrokken partijen nog in de projectfase bindende afspraken maken over de landelijke uitrol (aanspraak, bekostiging, organisatie en capaciteit).

Reactie Zorginstituut Nederland

Wanneer als resultaat van de uitvoering van het PvA de randvoorwaarden en uitgangspunten zijn gecreëerd om daarna de MER succesvol te ontwikkelen en onderzoeken, zal bij gebleken positieve onderzoeksresultaten verdere implementatie aan de orde zijn. In de transitie naar passende zorg zal langdurige inzet nodig zijn van alle betrokken partijen. Bij het MER-traject is het van belang om gefaseerd alle stappen hiervoor te zetten. Het is in dit stadium niet mogelijk om vooruit te lopen op de implementatiefase, omdat dit afhangt van de uitkomsten van de voorgaande fases.

Beschikbaarheid MER vóór onderzoek last resort patiënten

VAV en ZN geven aan dat MER beschikbaar zou moeten zijn voordat het onderzoek bij last resort patiënten van start gaat: "ZN is ook van mening dat het onderzoek bij last resort patiënten pas kan worden gestart nadat stap 3 van het stepped care model (MER zorg)

beschikbaar is en patiënten deze stap hebben doorlopen. Anders is er per definitie geen sprake van last resort patiënten en geen goede patiënt selectie mogelijk. Dit betekent dat deze effectiviteitsstudie voorlopig nog niet kan worden gestart en het dus waarschijnlijk niet realistisch is dat hier in 2029 resultaten zijn behaald. ZN vraagt zich dan ook af of het ZINL in 2029 daadwerkelijk een uitspraak kan doen aan de hand van resultaten van het nog nader uit te voeren onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last-resort patiënten."

Reactie Zorginstituut Nederland

VAV en ZN geven aan dat alleen patiënten die MER hebben doorlopen kunnen deelnemen aan het onderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij last resort patiënten, omdat er slechts dan sprake is van een last resort situatie. Volgens het stepped care model zou inderdaad eerst MER ingezet moeten worden, en alleen als dit niet succesvol is, is er sprake van een last resort situatie. Echter, in de praktijk is MER niet of zeer beperkt beschikbaar in Nederland. De maximale zorg die de meeste patiënten in de eerste lijn kunnen krijgen is daarmee monodisciplinaire zorg geleverd door paramedici en psychologen. Omdat het onderzoeken en vervolgens opzetten van MER lange tijd in beslag zal nemen, is het onwenselijk om het onderzoek naar en het duiden van de effectiviteit van IMSR zo lang uit te stellen. In het indicatiedocument zijn daarbij criteria overeengekomen tussen de VRA, RN en ZN waarmee de last resort situatie zo concreet als mogelijk gedefinieerd is (zie kopje 'indicatieprotocol')

Overige opmerkingen

De VRA geeft aan dat de update van de literatuursearch niet transparant is.

VAV maakt zich zorgen dat het grotere volksgezondheidsvraagstuk uit het oog wordt verloren. De hulpvraag van patiënten met chronische pijn staat niet ter discussie, maar wel het toekomstbestendig inrichten van passende zorg voor deze doelgroep.

Reactie Zorginstituut Nederland

Voor PICO 1 hebben we een update van de literatuursearch uitgevoerd terwijl we ons voor PICO 2 alleen hebben gebaseerd op aangedragen artikelen uit het veld. Om de update voor PICO 1 meer transparant te maken, hebben we in bijlage 2 een tabel toegevoegd waarin we de uitgesloten onderzoeken hebben opgenomen. Het betreft in totaal 29 studies die relevant leken op basis van titel en/of abstract (zie ook paragraaf 2.6). Van deze studies werd het volledige artikel bekeken en uiteindelijk vielen alle studies af. De redenen van exclusie zijn beschreven in de tabel.

Wij zijn het met de VAV eens dat het grotere gezondheidsvraagstuk niet uit het oog moet worden verloren. Het Zorginstituut heeft zich daarom ingezet voor een oplossing voor de situatie die is ontstaan na het terugtrekken van de artikelen door de betreffende tijdschriften. Het Zorginstituut werkt ernaar toe om samen met verschillende belanghebbende partijen de zorg zo goed mogelijk vorm te geven.

5 Consequenties voor de praktijk

5.1 Zorgactiviteiten en aanspraakcodes

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

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

5.2 Zorgverzekeraars

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

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

5.3 Financiële paragraaf

In deze paragraaf presenteren wij een inschatting van de budgetimpact van de vergoeding van IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek, indien deze zorg in het basispakket blijft.

Voor de berekening van de budgetimpact gaan wij ervan uit dat jaarlijks circa 23.500 unieke patiënten in Nederland, met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek, in aanmerking komen voor IMSR.²⁵ Om de directe kosten te berekenen, gaan wij uit van de bedragen uit tabel 8. Daarnaast nemen wij aan wegens het ontbreken van valide gegevens hierover, dat voor 50% van de patiënten (n=11.750) IMSR een last resort behandeling is en voor de overige 50% niet. Voor de gemiddelde kosten per unieke patiënt per jaar gaan wij uit van een bedrag van € 3.509 (€ 82.469.383 / 23.500 unieke patiënten).²⁵

²⁵ Bedrag bepaald op basis van Vektis declaratiedata 2024, januari 2026.

Tabel 8 Directe kosten IMSR¹

Directe kosten	Zorgproduct	Zorgproduct omschrijving	Aantal patiënten ²	Totaal
Consulten	990027198	Consult(en) en/of behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners tot maximaal 4 behandelingen bij revalidatiebehandeling	12.731	€ 5.695.806
Subtotaal			12.731	€ 5.695.806
Poliklinische behandelingen	990027193	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 130 behandelingen bij chronische pijn of een psychische stoornis	9	€ 201.467
	990027194	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 48 tot maximaal 130 behandelingen bij chronische pijn of een psychische stoornis	4.977	€ 38.119.477
	990027195	Behandeling met een of meerdere zorgverleners tot maximaal 48 behandelingen bij chronische pijn of een psychische stoornis	5.613	€ 24.278.435
	990027199	Behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners met meer dan 4 tot maximaal 9 behandelingen bij revalidatiebehandeling	7.331	€ 7.691.124
Subtotaal			17.930	€ 70.290.503
Klinische behandelingen	990027188	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 173 tot maximaal 296 behandelingen met meer dan 14 verpleegdagen bij chronische pijn of een psychische stoornis	11	€ 597.471
	990027189	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 89 tot maximaal 173 behandelingen met meer dan 14 verpleegdagen bij chronische pijn of een psychische stoornis	121	€ 4.408.425
	990027190	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 41 tot maximaal 89 behandelingen met meer dan 14 verpleegdagen bij chronische pijn of een psychische stoornis	61	€ 1.452.717
	990027191	Behandeling met een of meerdere zorgverleners met tot maximaal 41 behandelingen met meer dan 14 verpleegdagen bij chronische pijn of een psychische stoornis	2	€ 24.461
Subtotaal			195	€ 6.483.074
Totaal			30.856	€ 82.469.383

¹ Aantallen en bedragen zijn bepaald op basis van Vektis declaratiegegevens 2024, januari 2026.

² Het totaal aantal patiënten is niet gelijk aan het totaal aantal unieke patiënten omdat een patiënt meerdere zorgproducten (consult en behandeling) per jaar kan declareren.

Raming budgetimpact voor patiënten waarvoor IMSR geen last resort behandeling is

Op basis van voorgaande gegevens ramen wij de directe uitgaven aan IMSR voor patiënten voor wie IMSR geen last resort is, indien deze zorg in het basispakket zou blijven, op een bedrag van € 41.230.750 (11.750 patiënten x € 3.509) per jaar.

IMSR is voor patiënten met chronische pijn voor wie IMSR geen last resort is, geen te verzekeren prestatie. Indien enkel gekeken wordt naar de directe kosten van IMSR voor maximaal 11.750 patiënten, leidt het niet vergoeden van deze behandeling naar schatting tot vermeden directe uitgaven van € 41,2 miljoen per jaar. Naar verwachting zullen er substitutie-effecten optreden doordat patiënten gebruik zullen gaan maken van andere vormen van zorg.²⁶

Raming budgetimpact IMSR voor last resort patiënten

Voor de berekening van deze budgetimpact gaan wij ervan uit dat jaarlijks 11.750 van de patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek in Nederland als last resort patiënten te beschouwen zijn en daarmee in aanmerking komen voor IMSR. Op basis van voorgaande gegevens ramen wij de budgetimpact voor IMSR, indien deze zorg voor deze groep patiënten in het basispakket blijft, op een bedrag van € 41.230.750 (11.750 patiënten x € 3.509) per jaar.

Het handhaven van de IMSR vergoeding voor last resort patiënten vanuit het basispakket, kost naar schatting maximaal € 41,2 miljoen per jaar.²⁷ Hierbij kan worden opgemerkt dat er in deze raming geen rekening gehouden is met eventuele substitutie-effecten en andere indirecte kosten omdat precieze gegevens hierover ontbreken.

²⁶ In deze raming is geen rekening gehouden met substitutie-effecten en andere indirecte kosten omdat precieze gegevens hierover ontbreken.

²⁷ Indien enkel gekeken wordt naar de directe kosten van IMSR voor maximaal 11.750 patiënten.

5.4 Overgangsmaatregel voor de groep patiënten voor wie IMSR geen last resort behandeling is

IMSR bij patiënten voor wie IMSR geen last resort behandeling is, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor deze groep patiënten komt de vergoeding vanuit de basisverzekering te vervallen. Wel komt er een overgangsmaatregel voor patiënten die op moment van publicatie van dit standpunt al zijn geïndiceerd voor een IMSR-behandeling of die al zijn gestart met een IMSR-behandeling. Deze overgangsmaatregel loopt tot 1 november 2026. Patiënten die geïndiceerd of al gestart zijn op het moment van publicatie van dit standpunt mogen hun behandeling voortzetten tot die datum. Daarna wordt de zorg niet meer vergoed. Nieuwe IMSR-behandelingen waarvoor patiënten alleen nog maar zijn doorverwezen danwel die starten vanaf de datum van publicatie van dit standpunt komen niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.

5.5 Overgangsmaatregel betreffende het indicatieprotocol voor de groep patiënten die stepped care zonder succes hebben doorlopen

Voor patiënten die stepped care zonder succes hebben doorlopen kan de zorg vergoed blijven worden. Voor deze groep patiënten is een traject gestart om te komen tot passende zorg en wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling. Na afloop daarvan, maar in ieder geval in 2030, zal het Zorginstituut een uitspraak doen over de stand van de wetenschap en praktijk van IMSR bij deze groep patiënten. Onderdeel van dit passende zorg traject is het indicatieprotocol waarin de beroepsgroep nadere indicatiecriteria en kwaliteitseisen is overeengekomen en heeft vastgelegd. Dit indicatieprotocol is opgenomen in bijlage 3 bij dit standpunt. Om in aanmerking te komen voor de IMSR-behandeling dienen patiënten te zijn geïndiceerd conform dit indicatieprotocol. Dit geldt voor alle behandelingen waarvoor patiënten zijn verwezen danwel die starten vanaf de datum van publicatie van dit standpunt. Aan één onderdeel van het indicatieprotocol hoeft nog niet vanaf de datum van publicatie van dit standpunt voldaan te worden. Het gaat om het aanleveren van informatie door de verwijzer: De verwijzer dient informatie aan te leveren over het doorlopen traject in de eerste lijn, inhoudende:

- Inhoud behandelingen
- Aantal behandelingen
- Resultaat behandelingen

Om partijen de gelegenheid te geven om deze werkwijze te implementeren geldt dit vereiste vanaf 1 november 2026.

5.6 Evaluatie en monitoring

Het Zorginstituut zal met belangstelling de toekomstige wetenschappelijke publicaties volgen over IMSR bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek voor wie IMSR geen last resort is. In het indicatiedocument is opgenomen dat revalidatieartsen van iedere patiënt die zij behandelen data aanleveren voor de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP) en Stichting Revalidatie Impact (SRI). Deze data is mogelijk bruikbaar bij de evaluatie en monitoring van het standpunt.

5.7 Ingangsdatum standpunt

Gebruikelijk is om aan een negatief standpunt geen terugwerkende kracht te verbinden. Als datum van inwerkingtreding van het standpunt wordt in dat geval aangehouden: de datum waarop het standpunt door het Zorginstituut is vastgesteld, te weten 14 april.

Referentielijst

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

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

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

Effect of a Long-lasting Multidisciplinary Program on Disability and Fear-Avoidance Behaviors in Patients With Chronic Low Back Pain Results of a Randomized Controlled Trial: Retraction. *Clin J Pain*. 2024 Apr 1;40(4):199

Gerdle B, Molander P, Stenberg G, Stalnacke B, Enthoven P. Weak outcome predictors of multimodal rehabilitation at one-year follow-up in patients with chronic pain – a practice based evidence study from two SQRP centres. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2016; 17: 490.

Goossens MEJB, Kinderen de RJA, Leeuw M, Jong de JR, Ruijgrok J, Evers SMAA, Vlaeyen JWS. Is exposure in vivo cost-effective for chronic low back pain? A trial-based economic evaluation. *BMC Health Services Research* 2015; 15: 549.

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

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

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

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

Leeuw M, Goossens MEJB, Breukelen van GJP, Jong de JR, Heuts PHTG, Smeets RJEM, Koke AJA, Vlaeyen JWS. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain* 2008; 138: 192-207.

Merrick D, Sjolund BH. Patients'pretreatment beliefs about recovery influence outcome of a pain rehabilitation program. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45: 391-401.

Merrick D, Sundelin G, Stalnacke B. One-year follow-up of two different rehabilitation strategies for patients with chronic pain. *J Rehabil Med* 2012; 44: 764-773.

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

Retraction Notice. *Clin J Pain* 2024; 40 (4): 199. | DOI: 10.1097/AJP.0000000000001203

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

Statement of Retraction. *Disabil Rehabil* 2023; 45(18): 3032. 28 januari 2026 geraadpleegd via: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2022.2121034>

O'Connell NE, Moore RA, Stewart G, Fisher E, Hearn L, Eccleston C, Williams ACC. Investigating the veracity of a sample of divergent published trial data in spinal pain. *Pain*. 2023; 164(1):72-83.

Reneman MF, Waterschoot FPC, Burgerhof JGM, Geertzen JHB, Schiphorst Preuper HR, Dijkstra PU. Dosage of pain rehabilitation programmes for patients with chronic musculoskeletal pain: a non-inferiority randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation* 2020; 42: 814-821.

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

Rooij de A, Boer de MR, Leeden van der M, Roorda LD, Steultjens MPM, Dekker J. Cognitive mechanisms of change in multidisciplinary treatment of patients with chronic widespread pain: a prospective cohort study. *J Rehabil Med* 2014; 46: 173-180.

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

Smeets RJ, Severens JL, Beelen S, Vlaeyen JW, Knottnerus JA. More is not always better: cost-effectiveness analysis of combined, single behavioral and single physical rehabilitation programs for chronic low back pain. *Eur J Pain* 2009; 13: 71-81.

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

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

Ummels D, Hollander den M, Onghena P, Koning de A, Mooij de M, Beckers L, Smeets RJEM. Treatment compliance and results of exposure in vivo for patients with musculoskeletal pain after implementation in a rehabilitation center: a series of single case studies. *Disab and Rehab* 2025.

Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatienten naar één stem, Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017. 17 juli 2025 geraadpleegd via:

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf>

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

VRA. Richtlijn Chronische pijnrevalidatie 2024. 17 juli 2025 geraadpleegd via:
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_pijnrevalidatie/startpagina_richtlijn_chronische_pijnrevalidatie_2024.html

Wingerden van JP, Opstal van T. Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in chronic low back pain: a pragmatic study with a waiting list control group. Eur J Pain 2026; 30: e70209.

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

WPN. Medisch specialistische revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat, Position paper, 2022. 18 maart 2024 geraadpleegd via:
https://www.revalidatie.nl/wp-content/uploads/2022/10/position_paper_chronische_pjn.pdf

Zorginstituut Nederland. Standpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn. Diemen, 13 september 2022. Dit rapport is te vinden op onze website: www.zorginstituutnederland.nl

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

Colofon

Afdeling
Team

Zorg
Advies Pakket en Kwaliteit, Mona Wets

Telefoon:
E-mail:

020 7978227
vrAGEN@zinl.nl