



Standpunt ZvW

Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie bij
patiënten met chronische pijn

Datum 29 juni 2022
Status Concept

CONCEPT

Colofon

Zaaknummer 2021003660
Volgnummer 2022021369

Afdeling Zorg
Team Kwaliteit en Pakketbeheer

Inhoud

Colofon—3

Samenvatting—7

1 Inleiding—8

- 1.1 Aanleiding—8
- 1.2 Centrale vraag—8

2 Hoe toetst Zorginstituut Nederland?—9

- 2.1 De procedure in vogelvlucht—9
 - 2.1.1 Beoordeling geneeskundige zorg—9
 - 2.1.2 Beoordeling 'de stand van de wetenschap en praktijk'—9
 - 2.1.3 Beoordelingsstappen—9
 - 2.1.4 Welke partijen betrekken wij bij het beoordelingsproces?—10

3 De te beoordelen interventie en indicatie—11

- 3.1 Achtergrond—11
 - 3.1.1 Aandoening chronische pijn—11
 - 3.1.2 Prevalentie en incidentie—11
 - 3.1.3 Oorzaak—11
 - 3.1.4 Spontaan beloop—12
 - 3.1.5 Ziektebelasting—12
 - 3.1.6 Stappen in de behandeling van chronische pijn—12
- 3.2 De te beoordelen (nieuwe) interventie—13
 - 3.2.1 Korte beschrijving—13
 - 3.2.2 Interdisciplinaire samenwerking—14
 - 3.2.3 Positionering interventie ten opzichte van standaardbehandeling/gebruikelijke behandeling—14
 - 3.2.4 Claim—14
- 3.3 Beschrijving in richtlijnen en standpunten—14

4 Methode systematisch literatuuronderzoek—17

- 4.1 Opstellen PICO en onderzoeksprofiel—17
 - 4.1.1.1 Klinische relevantiegrenzen—18
 - 4.1.2 Passend onderzoeksprofiel—19
- 4.2 Zoeken en selecteren van de evidence—19

5 Resultaten systematisch literatuuronderzoek—20

- 5.1 Resultaten zoekactie—20

6 Vaststellen eindbeoordeling 'stand wetenschap en praktijk'—22

6.1 Bespreking relevante aspecten—22

- 6.1.1 Positionering en claim—22
- 6.1.2 Effectiviteit—22
- 6.1.3 Overige overwegingen—23
- 6.1.4 Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)—23
- 6.1.5 Afweging relevante aspecten—24
- 6.1.6 Conclusie—24

7 Beoordelingsproces en standpunt—25

- 7.1 Raadpleging partijen—25
- 7.1.1 Consultatie conceptstandpunt—25

8 Consequenties voor de praktijk—26

- 8.1.1 Zorgactiviteiten en aanspraakcodes—26
- 8.1.2 Zorgverzekeraars—26
- 8.1.3 Financiële paragraaf—26
- 8.1.4 Kosteneffectiviteitsanalyse—27
- 8.1.5 Evaluatie en monitoring—27
- 8.1.6 Ingangsdatum standpunt—27

9 Referenties—28

Bijlage 1 - Relevante wet- en regelgeving—30

Bijlage 2 - Standpunten, richtlijnen en lopende klinische studies—31

Samenvatting

PM

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Chronische pijn is een persisterend, multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren een rol spelen bij pijnbeleving, pijngedrag, beperkingen in het dagelijks functioneren en vermindering van de kwaliteit van leven. De ervaren beperkingen in het dagelijkse leven en de zorgbehoefte varieert van patiënt tot patiënt. Bij het opstellen van het behandelplan wordt gebruik gemaakt van stepped care, wat betekent dat wanneer een bepaalde behandelstap onvoldoende effect heeft, besloten kan worden over te stappen naar de volgende behandelstap met een grotere zorgwaarde. Het instapniveau wordt bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt. De volgende stappen worden onderscheiden:

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;

Stap 4: Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn.

Verwijzing naar een revalidatiearts (medisch specialistische revalidatie, MSR) voor diagnostiek is geïndiceerd indien 1) de pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat hevig is, 2) de reguliere pijnbehandeling (stap 1 t/m 3) geen oplossing heeft geboden of wanneer de kans aanzienlijk is dat deze behandelstappen niet succesvol zullen zijn, en 3) er aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren zijn, of psychosociale factoren een bijdrage lijken te leveren aan het in stand houden van de pijn of het verminderd functioneren. Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) is een revalidatieprogramma voor patiënten met klachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden. Dit vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Het doel is patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren.

Momenteel is het Zorginstituut in samenwerking met de beroepsgroep, patiëntenvereniging en zorgverzekeraars bezig met een overkoepelend standpunt over MSR. In dit standpunt wordt beschreven bij welke indicaties en onder welke voorwaarden IMSR een te verzekeren prestatie is. Tijdens de besprekingen bleek er een aantal indicaties/aandoeningen te zijn waarvoor IMSR zonder twijfel als effectieve zorg beschouwd kan worden. Echter, over een aantal andere indicaties, waaronder chronische pijn, bleek twijfel te bestaan. Om die reden is ZIN gevraagd duidelijkheid te geven over de vraag of IMSR bij chronische pijn beschouwd mag worden als effectieve zorg, oftewel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

1.2 Centrale vraag

De centrale vraag van dit standpunt is of IMSR voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Is dit het geval, dan valt de interventie bij de genoemde indicatie onder de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet.

2 Hoe toetst Zorginstituut Nederland?

Een wettelijke taak van het Zorginstituut is om – op eigen initiatief of op verzoek – op basis van de regelgeving te verduidelijken of zorg al dan niet tot het te verzekeren basispakket van de Zorgverzekeringswet behoort. Het maken van deze standpunten noemen wij 'duiding van zorg'.

In dit geval gaat het om een standpunt over de vraag of de te beoordelen interventie te scharen is onder de omschrijving van geneeskundige zorg. Verder moet worden getoetst of de interventie voldoet aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Voor de relevante wet- en regelgeving verwijzen wij naar bijlage 1.

2.1 De procedure in vogelvlucht

2.1.1 *Beoordeling geneeskundige zorg*

Wij stellen allereerst vast of de te beoordelen interventie valt onder de omschrijving 'geneeskundige zorg': is de interventie 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'? Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.¹ Toetsing aan 'het plegen te bieden-criterium' speelt in de beoordeling in de regel een ondergeschikte rol, omdat meestal duidelijk is resp. buiten twijfel staat dat de te beoordelen interventie tot het domein van één van de in het Besluit zorgverzekering genoemde beroepsgroepen behoort. Ook bij de beoordeling die in dit rapport aan bod komt, is dat het geval.

2.1.2 *Beoordeling 'de stand van de wetenschap en praktijk'*

Het draait in dit geval om de vraag of de interventie voldoet aan het andere vereiste, namelijk of het zorg is conform 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Kan de interventie bij de betreffende indicatie(s) als effectief worden beschouwd?

Onze werkwijze om 'de stand van de wetenschap en praktijk' te beoordelen is uitgebreid beschreven in het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk* (geactualiseerde versie 2015).²

2.1.3 *Beoordelingsstappen*

De beoordeling is gebaseerd op de principes van Evidence Based Medicine (EBM) en kent de volgende stappen:

- Formuleren van de relevante vergelijking door het opstellen van een PICO;
- Zoeken en selecteren van de evidence;
- Samenvatten van de beschikbare gegevens uit literatuuronderzoek (de evidence) en beoordelen van de kwaliteit van de evidence;
- Vaststellen eindbeoordeling.

¹ Daarbij gaat het om het soort zorg en wat globaal het behandelaanbod inhoudt. Het plegen te bieden-criterium is niet bedoeld om te beoordelen of specifieke behandelingen (interventies) aangeboden worden en als effectief beschouwd worden. Dan draait het om een ander criterium, namelijk 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

² *Zorginstituut Nederland. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (geactualiseerde versie 2015). Diemen, 15 januari 2015. Dit rapport is te vinden op onze website: www.zorginstituutnederland.nl.*

2.1.4

Welke partijen betrekken wij bij het beoordelingsproces?

Wij hebben de beoordeling van 'de stand van de wetenschap en praktijk' van interventies ingebed in een proces, dat waarborgt dat de benodigde relevante input beschikbaar komt en dat een weloverwogen standpunt kan worden ingenomen. In beginsel worden professionals via hun wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars op verschillende momenten in het beoordelingstraject geconsulteerd.

Om ons te verzekeren van inbreng van actuele wetenschappelijke kennis en van ervaring met de medische praktijk, heeft ons instituut een Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) in het leven geroepen. Deze is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit externe, onafhankelijke leden met deskundigheid en ervaring op het terrein van assessment vraagstukken in de zorg. De WAR adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut op basis van de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs en de overige overwegingen/argumenten die naar haar inzicht een rol in de beoordeling spelen. De Raad van Bestuur weegt alle relevante informatie en formuleert op basis daarvan een standpunt over 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

3 De te beoordelen interventie en indicatie

3.1 Achtergrond

3.1.1 *Aandoening chronische pijn*

Chronische pijn is een persisterend, multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren in verschillende mate en in wisselende onderlinge samenhang bijdragen aan pijnbeleving, pijngedrag, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren en ervaren vermindering van de kwaliteit van leven ^[1].

Pijn wordt als chronisch beschouwd als de pijn langer bestaat dan van het normale beloop van het herstel mag worden verwacht. Een duidelijk afkappunt van een tijdsduur voor normaal herstel kan niet gegeven worden. Afhankelijk van de aandoening kan dat korter dan een maand zijn maar vaak wordt een langere duur gehanteerd. Daarnaast gaan verschillende aandoeningen gepaard met chronische pijn zonder dat normaal herstel plaatsvindt. Voorbeelden hiervan zijn reumatoïde artritis en artrose. Het is uiteindelijk steeds een inschatting van de behandelend arts of er sprake is van persisterende/chronische pijnklachten.

De pijn kan in het hele lichaam zitten (wijdverspreid) of juist meer op één bepaalde plek (regionaal). Vaak is er geen duidelijke medische oorzaak (meer) te vinden of is er geen behandelmogelijkheid (meer) zoals een operatie of medicijnen die de klachten doen verminderen of geheel doen afnemen.

Meestal zijn er naast de pijnklachten ook andere klachten zoals: verminderde belastbaarheid, vermoeidheid, moeite met slapen, problemen met geheugen en concentratie of somberheid. Als gevolg van alle klachten functioneert de persoon minder goed dan voorheen. Dagelijkse bezigheden, zoals werken, studeren, sporten of sociale activiteiten gaan moeilijker en kosten meer energie.

3.1.2 *Prevalentie en incidentie*

Chronische pijn is een veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Exacte cijfers over het vóórkomen van chronische pijn zijn niet bekend. Het begrip 'chronische pijn' is breed gedefinieerd en de gerapporteerde epidemiologie in de literatuur is dan ook afhankelijk van de gehanteerde definities ^[2]. Op basis van een grote Europese studie wordt geschat dat ongeveer één op de vijf volwassen Europeanen lijdt aan chronische pijn ^[3]. Daarmee is chronische pijn één van de meest voorkomende aandoeningen in Europa. Van deze groep heeft het merendeel klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Ook blijkt dat ongeveer een derde van de patiënten de pijn als zeer ernstig ervaren, zij scoren een 8 of hoger op een 10-puntsschaal (waarbij 1 geen pijn betekent en 10 de ergst denkbare pijn ^[3]) Voor de Nederlandse situatie komt dit neer op meer dan twee miljoen volwassenen die dagelijks pijn hebben en ca. 700.000 volwassenen die zeer ernstige pijn ervaren. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) geeft op basis van declaratiedata aan dat ca. 33.000 patiënten per jaar IMSR krijgen aangeboden.

3.1.3 *Oorzaak*

Pijn is een complex en multidimensionaal fenomeen ^[4]. Het is inmiddels algemeen aanvaard dat pijn systeemtheoretisch benaderd moet worden.³

³ Een 'systeemtheorie' wordt gezien als een geheel van elementen die elkaar wederzijds beïnvloeden en die een geïntegreerd geheel vormen.

Hierbij wordt het ervaren van pijn als een complexe respons beschouwd die voortkomt uit het samenspel van onderling afhankelijke neurologische, endocriene, immunologische en psychologische subsystemen ^[5]. Bij disfunctioneren van één of meerdere van de subsystemen of bij stoornissen in de communicatie tussen deze subsystemen, kan pijn ontstaan of verergeren. Op den duur kan de pijn een stoornis van (delen van) het pijnsysteem zelf worden en daarmee los komen te staan van nociceptie (weefselschade) ^[1]. Verstoring van dit algemene pijnsysteem wordt in de literatuur beschreven onder het begrip 'centrale sensitisatie'. Dit begrip wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als "een versterkte respons van nociceptieve neuronen in het centrale zenuwstelsel op normale of subliminale afferente input" ^[6].

Naast centrale sensitisatie kan ook sensitisatie van perifere neuronen een rol spelen bij het ontstaan of onderhouden van chronische pijn. Perifere sensitisatie is een verlaagde prikkel drempel en daarmee verhoogde respons van nociceptieve perifere neuronen bij stimulatie van hun receptieve velden. Dit proces wordt op gang gebracht door het vrijkomen van de verschillende pijnmediatoren waardoor de drempelwaarde voor activatie van de nociceptoren wordt verlaagd en signalen eerder als pijnlijk worden waargenomen. Perifere sensitisatie kan vervolgens centrale sensitisatie in gang zetten ^[7].

Als bovengenoemde sensitisatieprocessen te sterk en te langdurig aanwezig blijven, kan dat aanleiding geven tot het chronisch worden van pijn. Er kunnen in die situatie structurele veranderingen (afname van grijze massa, verandering in de concentraties neurotransmitters) plaatsvinden binnen het centrale zenuwstelsel zodat de pijn als het ware wordt verankerd ^[1].

3.1.4 *Spontaan beloop*

Bij een normaal beloop zal pijn (behandeld of onbehandeld) geleidelijk verminderen. Bij patiënten met chronische pijn is er een afwijkend beloop. Beperkingen in dagelijkse activiteiten of participatie nemen niet af maar blijven gelijk of nemen zelfs toe. Er wordt van een afwijkend beloop of vertraagd herstel gesproken als er gedurende een bepaalde periode (afhankelijk van de aandoening) na ontstaan van de acute klachten geen duidelijke toename is van activiteiten of participatie ^[8].

3.1.5 *Ziektelast*

Chronische pijn heeft grote impact op dagelijks functioneren, stemming, sociale interactie, arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid. Veel patiënten met chronische pijn zoeken naar een balans tussen mogelijkheden, verplichtingen en verwachtingen. Dit proces vraagt om keuzes maken, regie voeren en afstemmen met de omgeving ^[1]. Patiënten met chronische pijn scoren hun kwaliteit van leven lager dan patiënten met migraine en patiënten met kanker ^[9]. In een rapportage over de 'Global Burden of Disease', waarin de Disability Adjusted Life Years (DALYs) van 291 ziekten zijn vergeleken, staan twee vormen van chronische pijn hoog op de lijst van West-Europese landen: rugpijn op nummer één en nekpijn op nummer vier ^[10].

3.1.6 *Stappen in de behandeling van chronische pijn*

De ervaren beperkingen in het dagelijks leven en de zorgbehoefte varieert bij patiënten met chronische pijn. Bij het opstellen van het behandelplan wordt gebruik gemaakt van stepped care, wat betekent dat wanneer een bepaalde behandelstap onvoldoende effect heeft, besloten kan worden over te stappen

naar de volgende behandelstap met een grotere zorgzwaarte. Het instapniveau wordt bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt. De volgende stappen worden onderscheiden:

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;

Stap 4: Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn.

Stap 1: Preventie en zelfzorg

Preventie van het chronisch worden van pijn bestaat uit algemene voorlichting over pijn en pijnverloop. Zelfzorgprogramma's zijn beschikbaar via verschillende media zoals internet, e-health, boeken of lotgenotencontacten. Preventieve voorlichting, zelfmanagement en mogelijkheden voor zelfzorg worden ook aangeboden door instellingen, patiëntenverenigingen of beroepsverenigingen.

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

Een eerste aanzet voor diagnostiek en behandeling wordt gezet binnen de eerste lijn. De behandeling bestaat uit bijv. fysiotherapie of psychologische hulp. Deze behandeling volstaat veelal bij patiënten wanneer er sprake is van laag-complexe chronische pijn, weinig lijdensdruk of een eenvoudige hulpvraag.

Stap 3: Multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn

Wanneer complexere problematiek wordt vermoed, wanneer monodisciplinaire behandeling in de eerste lijn stagneert of wanneer er sprake is van hoge lijdensdruk, zou de patiënt moeten worden verwezen naar een multidisciplinair behandelteam waarbij de zorg deels in de eerste lijn en deels in de tweede lijn wordt aangeboden. De patiënt wordt bijvoorbeeld onderzocht door een medisch specialist en/of een multidisciplinair team waarbij de behandeling (deels) in de eerste lijn wordt uitgevoerd.

Dit standpunt heeft betrekking op stap 4 en zal zodoende hieronder verder worden uitgewerkt.

3.2 De te beoordelen (nieuwe) interventie

3.2.1 Korte beschrijving

Wanneer stappen 1, 2 en 3 onvoldoende effect hebben gehad, of wanneer de problematiek (zeer) ernstig is, dan wordt de patiënt verwezen naar een tweede- of derdelijns multidisciplinaire behandeling (stap 4). Hier wordt in het algemeen interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) aangeboden. IMSR is een revalidatieprogramma dat bestaat uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden. Dit vindt plaats onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Behandeling kan klinisch of poliklinisch plaatsvinden. Het doel van IMSR bij patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat is hen te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. In vergelijking met multidisciplinaire behandeling vereist een interdisciplinair revalidatieprogramma een hoger niveau van samenwerking, afstemming en

coördinatie, waarbij men in samenspraak en met gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkelt.

In een pijnrevalidatieteam zijn in ieder geval de volgende disciplines beschikbaar: revalidatiegeneeskunde, ergotherapie, fysiotherapie, psychologie, maatschappelijk werk en (bij klinische opname) verpleegkunde/groepsleiding. Daarnaast kan een professional met specifieke kennis op het gebied van arbeid (bijv. een arbeidsconsulent) en bewegingsagogie onderdeel zijn van het team. Deze disciplines kunnen op indicatie bij een patiënt worden ingezet, afhankelijk van de hulpvraag. Op indicatie kunnen ook andere disciplines ingeschakeld worden.

3.2.2 *Interdisciplinaire samenwerking*

Het voor de specifieke patiënt samengestelde team ontwerpt een behandelplan op basis van een biopsychosociale analyse van het pijnprobleem in relatie tot de hulpvraag. De behandeling is primair gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven, de ervaren beperkingen in dagelijkse activiteiten, de ervaren beperkingen in participatie en het verbeteren van het algeheel welbevinden. Pijnvermindering is geen primair behandelgoal. Bij IMSR is er sprake van intensieve samenwerking van het team. Dat blijkt uit het feit dat:

- er gemeenschappelijk wordt gewerkt aan het doel van de patiënt;
- de behandelingen van de verschillende disciplines op elkaar zijn afgestemd;
- er interdisciplinair wordt vergaderd over de voortgang van de patiënt.

IMSR heeft daarmee in vergelijking tot de reguliere pijnbehandeling een intensievere samenwerking tussen zorgprofessionals, een gezamenlijk behandelplan en doel dat geheel afgestemd is op de zorgvraag van de patiënt. Uit een systematische review gericht op verschillende elementen van interdisciplinariteit binnen een interdisciplinaire behandeling bij patiënten met chronische pijn laat zien dat behandelingen met o.a. een case manager en een gestructureerde (eventueel telefonische) follow-up effectief zijn ten opzichte van reguliere zorg ^[11].

3.2.3 *Positionering interventie ten opzichte van standaardbehandeling/gebruikelijke behandeling*

Zoals hierboven beschreven vindt behandeling van patiënten met chronische pijn waar mogelijk plaats in de eerste lijn (stap 1 en 2), en zo nodig in samenwerking met de tweede lijn (stap 3). Verwijzing naar een revalidatiearts is geïndiceerd indien de reguliere pijnbehandeling (stap 1 t/m 3) geen oplossing heeft geboden of dat de kans aanzienlijk is dat deze behandelstappen niet succesvol zullen zijn.

3.2.4 *Claim*

De claim is dat IMSR bij volwassen patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, en complexe samenhangende problematiek superieur is aan - d.w.z. 'het beter doet dan' - (voortzetten van) mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste lijn of anderhalve lijn in het verbeteren van (fysiek) functioneren, participatie en kwaliteit van leven op de korte en lange termijn.

3.3 **Beschrijving in richtlijnen en standpunten**

In 2017 hebben de Dutch Pain Society (is overgegaan in Pijn Alliantie in Nederland (PAiN), bestaande uit alle verenigingen en organisaties die zich in Nederland met pijn bezig houden) en het 'Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem' de Zorgstandaard Chronische pijn gepubliceerd.

De inhoud van deze zorgstandaard is onder meer gebaseerd op actuele richtlijnen. De zorgstandaard beschrijft zowel de inhoud en organisatie van de zorg voor chronische pijn, als de wijze waarop de verschillende zorgverleners optimaal met elkaar kunnen samenwerken. Het heeft betrekking op de gehele zorgketen, waarvan ISMR onderdeel uitmaakt. In de zorgstandaard wordt het principe van *stepped care* als uitgangspunt genomen conform de beschrijving in paragraaf 3.1.6.

Na publicatie van deze zorgstandaard hebben betrokken partijen ook een implementatieagenda opgesteld. Onderdeel van deze implementatieagenda is het ontwikkelen van een multidisciplinaire leidraad voor chronische pijn. Daar wordt op dit moment aan gewerkt.

De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN, onderdeel van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, VRA) heeft een position paper over chronische pijn (2017) opgesteld waarin een kader is beschreven voor MSR bij patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Dit kader geeft een beschrijving van de gewenste werkwijze en de randvoorwaarden waaraan deze behandeling volgens de WPN en VRA moet voldoen.^[12] In de position paper wordt ook beschreven welke patiënten volgens de werkgroep in aanmerking zouden 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 (zie tabel 3.3). Patiënten die worden geclassificeerd als WPN 3 of WPN 4 hebben volgens deze indeling een indicatie voor IMSR.

Tabel 3.3 WPN classificatie ^[12]:

<p>WPN-niveau 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.</p>
<p>WPN-niveau 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.</p>
<p>WPN-niveau 3 en 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.</p>

De revalidatieartsen houden hierbij enkele contra-indicaties aan:

- De patiënt is onvoldoende belastbaar om een actieve behandeling te kunnen volgen.
- De patiënt heeft psychiatrische symptomen/kenmerken die zelfs met

ondersteuning van psychiatrische medebehandeling, een werkzame behandelrelatie binnen een revalidatiegeneeskundige setting onmogelijk maakt.

- De patiënt heeft een aanzienlijk risico op psychische decompensatie door een revalidatiebehandeling.
- Er zijn taal- of communicatieproblemen die het volgen van een revalidatieprogramma onmogelijk maken.

Relatieve contra-indicatie: de patiënt is niet in staat tot gedragsverandering en/of acceptatie van de gevolgen van de pijnproblematiek door persoonlijkheidsproblematiek, stemmingsproblemen, sociale omstandigheden, systeemproblematiek, bezwaar- en/of letselschade procedures of anderszins.

NICE heeft de guideline *Chronic pain in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* gepubliceerd. Hierin is beoordeeld of een pijnprogramma effectief is bij patiënten met chronische pijn. Een pijnprogramma wordt daarbij gedefinieerd als "any intervention that has 2 or more components, including a physical and a psychological component, delivered by trained people, with some interaction/coordination between the 2 components." De aanbeveling is gebaseerd op een systematische review waarin 26 studies zijn geïnccludeerd ^[13]. NICE heeft daarbij alle patiënten met chronische pijn geïnccludeerd, en niet specifiek patiënten met complexe samenhangende problematiek (WPN 3 en 4). Ook zijn alle programma's geïnccludeerd, inclusief programma's die worden uitgevoerd in de eerste lijn onder regie van een huisarts. De conclusie is dat een pijnprogramma noch aangeraden noch afgeraden wordt bij alle patiënten met chronische pijn. Ze zijn het er wel over eens dat een tailored pijnprogramma moet worden toegepast nadat er uit een patiëntgerichte beoordeling is gebleken dat er een indicatie is voor een pijnprogramma.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Duitsland heeft in 2019 geoordeeld dat interdisciplinaire multimodale programma's / revalidatie bij patiënten met chronische rugpijn onderdeel is van het verzekerde pakket. Deze aanbeveling (Level A, sterke aanbeveling) is gebaseerd op 3 systematische reviews ^[14-16].

Overige richtlijnen en standpunten

Bovenstaande richtlijnen en standpunten en die van overige organisaties zijn opgenomen in bijlage 2.

4 Methode systematisch literatuuronderzoek

4.1 Opstellen PICO en onderzoeksprofiel

De centrale vraag van dit standpunt is of interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) een effectieve behandeling is in vergelijking met mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn of anderhalve lijn bij patiënten met chronische pijn met complexe samenhangende problematiek.

De onderzoeksvraag formuleren wij als PICO:

- *Patient* = de relevante patiëntenpopulatie, waarbij ook de setting van belang kan zijn (bijvoorbeeld: huisartsenpraktijk versus medisch specialistische praktijk);
- *Intervention* = de te beoordelen interventie;
- *Comparison* = bestaande interventie (controle-interventie);
- *Outcome* = de cruciale uitkomsten;
- *Time* = de minimale behandel en/of follow-up periode per uitkomst.

Daarnaast bepalen wij:

- De klinische relevantiegrens per uitkomstmaat (het minimale verschil tussen de interventie en controlegroep om van een klinisch relevant verschil te kunnen spreken);
- Het passend onderzoeksprofiel.

Scoping

We hebben een concept PICO en klinische relevantiegrenzen voorgelegd aan relevante partijen. De discussiepunten n.a.v. de scoping van de concept PICO zijn besproken en verwerkt in de definitieve PICO.

Definitieve PICO

Tabel 4.1 geeft een beschrijving van de patiënten, interventie en controlebehandeling. Tabellen 4.2 en 4.3 bevatten de uitkomsten, inclusief de benodigde follow-up tijd. Vanuit de GRADE methodiek onderscheiden we 'cruciale' en 'belangrijke' uitkomsten. Bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk zijn de cruciale uitkomsten leidend. Dit betekent dat wij aan de hand van de cruciale uitkomsten beoordelen of een interventie effectief is. Indien de cruciale uitkomsten niet conclusief zijn, worden de belangrijke uitkomsten meegenomen in de beoordeling. Dit betekent overigens niet dat belangrijke uitkomsten aan de orde zijn indien voor de cruciale uitkomsten de gradering van de kwaliteit van bewijs (zeer) laag is.

Tabel 4.1. Patiënten, interventie en controlebehandeling

Patiënten	Volwassen patiënten met chronische aspecifieke of specifieke ⁴ 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. ⁵ Het gaat over het algemeen om patiënten die reeds een niet-succesvolle behandeling in de
-----------	---

⁴ 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.

⁵ 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).

	eerstelijnszorg hebben gehad.
Interventie	Een door de revalidatiearts (medisch specialist revalidatiegeneeskunde) gesuperviseerd, interdisciplinair ⁶ , activerend en op herstel van functioneren gericht behandelprogramma in een revalidatiesetting. ⁷
Controle-behandeling	(Voortzetten van) mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste lijn of anderhalve lijn door paramedische zorgverleners (zoals fysio- en oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten), psychologen, maatschappelijk werkers, huisarts en/of praktijkondersteuners. ⁸

Tabel 4.2 Cruciale uitkomsten en follow-up duur

Cruciale uitkomsten	Follow-up duur
Fysiek functioneren ⁹	Korte termijn (in het 1ste jaar na start behandeling) en lange termijn (> 12 mnd)
Participatie ¹⁰	
Kwaliteit van leven	

Tabel 4.3 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)	

4.1.1.1

Klinische relevantiegrenzen

Voor fysiek functioneren, participatie en kwaliteit van leven zal als klinische relevantiegrens een Standard Mean Difference (SMD) van 0,4 worden gehanteerd. Dit betekent dat een SMD > 0,4 als klinisch relevant wordt gezien. Dit is in lijn met hetgeen in het standpunt Neuromodulatie bij chronische pijn weergegeven wordt.¹¹ Voor neuromodulatie werd een hogere SMD (namelijk 0,5) gehanteerd aangezien het een invasieve behandeling betreft. In genoemd standpunt werd aangegeven dat voor niet-invasieve behandelingen een lagere SMD als klinische relevantiegrens gehanteerd kan worden. IMSR is een niet-invasieve behandeling en zodoende kan in dit geval een lagere SMD worden toegepast.

Indien er een beperkt aantal studies gevonden wordt met betrekking tot een specifieke uitkomst, en een specifiek meetinstrument wordt toegepast, waarvoor bovendien een MCID gepubliceerd is, dan worden de resultaten op dat specifieke instrument vergeleken met de gepubliceerde MCID. Daarbij wordt indien mogelijk ook het percentage patiënten weergegeven bij wie een

⁶ Een interdisciplinaire behandeling bestaat uit diverse op elkaar afgestemde behandelmethoden, met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. In vergelijking met multidisciplinaire behandeling vereist dit een hoger niveau van samenwerking, afstemming en coördinatie, waarbij men in samenspraak en met gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkelt. De revalidatie bestaat uit verschillende behandelingen die in samenhang worden aangeboden: fysieke training, psychosociale begeleiding, voeding en dieet, coaching/energieverdeling, psycho-educatie en/of cognitief gedragsmatige therapie.

⁷ Revalidatiecentrum of revalidatieafdeling van een ziekenhuis

⁸ Studies waarin de controlebehandeling alleen uit pijnmedicatie bestaat worden niet geïncludeerd.

⁹ Inclusief activiteiten en ervaren beperkingen

¹⁰ Inclusief werkstatus / arbeidsverzuim, maar ook taken binnen huishouden/gezin, vrijwilligerswerk e.a.

¹¹ www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/11/12/standpunt-neuromodulatie-bij-chronische-pijn

effect optreedt dat groter is dan de MCID in de groep die de interventie krijgt, versus de groep die de controlebehandeling ontvangt. In dat geval zullen we als klinische relevantiegrens een $RR > 1,25$ hanteren, hetgeen gebaseerd is op de GRADE default waarden.

4.1.2 *Passend onderzoeksprofiel*

De optimale studieopzet voor het bepalen van de effectiviteit van IMSR ten opzicht van mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste lijn of anderhalve lijn is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) van voldoende omvang en kwaliteit.

Vanwege het verschil in de aard van de interventie en controlebehandeling tezamen met het type uitkomsten waarnaar gekeken wordt, is blindering van patiënt en behandelaar niet mogelijk.

Indien nodig zullen ook observationele (vergelijkende) studies van voldoende omvang en kwaliteit meegenomen worden ter ondersteuning van de resultaten. Dit is het geval bij afwezigheid van RCT's, bij aanwezigheid van RCT's maar met een andere invulling van IMSR dan in de Nederlandse situatie, of bij afwezigheid van RCT's met voldoende follow-up tijd om de lange termijn effectiviteit te bepalen.

4.2 **Zoeken en selecteren van de evidence**

Het zoeken, selecteren, samenvatten en beoordelen van de kwaliteit van de evidence is uitgevoerd door Cochrane Netherlands, in samenspraak met het Zorginstituut. Voor een toelichting op de werkwijze, zie het Cochrane Netherlands rapport (bijlage 3).

Daarnaast hebben wij gezocht naar richtlijnen en standpunten van andere organisaties en naar lopende klinische studies. Deze zijn weergegeven in bijlage 2.

5 Resultaten systematisch literatuuronderzoek

5.1 Resultaten zoekactie

De resultaten van de systematische review die door Cochrane Netherlands is uitgevoerd staan beschreven in bijlage 3. De belangrijkste conclusies uit het rapport worden hieronder weergegeven. Deze conclusies zijn 1:1 overgenomen uit het rapport van Cochrane Netherlands. De gebruikte terminologie van high, moderate, low en very low certainty of evidence komt overeen met de door het Zorginstituut gebruikte termen bewijs van hoge, redelijke, lage en zeer lage kwaliteit.

Fysiek functioneren

- Bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek leidt IMSR op korte termijn waarschijnlijk tot beter fysiek functioneren dan een mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste of anderhalve lijn (6 onderzoeken, *moderate certainty of evidence*). Drie onderzoeken vonden een klinisch relevant verschil ten gunste van IMSR en in drie onderzoeken kon een effect in het voordeel van IMSR worden aangetoond, noch worden verworpen. De twee onderzoeken waarvan de populatie en interventies in hoge mate overeenkwamen met de PICOTs¹², vonden beide een klinisch relevant verschil in fysiek functioneren ten gunste van IMSR.
- Bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek leidt IMSR 12 maanden na afronden van de interventie mogelijk tot beter fysiek functioneren dan een mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste of anderhalve lijn (7 onderzoeken, *low certainty of evidence*). Drie onderzoeken vonden een klinisch relevant verschil ten gunste van IMSR en in de overige vier onderzoeken kon een effect in het voordeel van IMSR worden aangetoond, noch worden verworpen. Van de drie onderzoeken waarvan de populatie en interventies in hoge mate overeenkwamen met de PICOTs, vonden er twee een klinisch relevant verschil in fysiek functioneren ten gunste van IMSR.

Kwaliteit van leven

- Bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek leidt IMSR op korte termijn mogelijk tot een hogere kwaliteit van leven, gemeten met de Short Form Health Survey bestaande uit 36 items, dan een mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste of anderhalve lijn (3 onderzoeken; *low certainty of evidence* voor de subschalen fysiek functioneren en lichamelijke pijn; *moderate certainty of evidence* voor de subschalen vitaliteit, sociaal functioneren en emotionele rol; en *high certainty of evidence* voor de subschalen fysieke rol, algemene gezondheid en mentale gezondheid). In de twee onderzoeken waarvan de populatie en interventies in hoge mate overeenkwamen met de PICOTs, werd voor de subschalen algemene gezondheid en vitaliteit een klinisch relevant verschil gevonden in beide onderzoeken, voor de subschalen fysieke rol, sociaal functioneren, emotionele rol en mentale gezondheid in één van beide onderzoeken en voor de subschalen fysiek functioneren en lichamelijke pijn in geen van beide onderzoeken.
- Bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek leidt IMSR 12 maanden na afronden van de interventie mogelijk tot een hogere kwaliteit van leven, gemeten met de Short Form Health Survey bestaande uit 36 items, dan een mono- of

¹² Volgens het Zorginstituut geeft de bewoording 'met de meeste zekerheid' beter de selectie weer dan 'in hoge mate'.

multidisciplinaire behandeling in de eerste of anderhalve lijn. O.b.v. 3 onderzoeken zijn er aanwijzingen voor een effect in het voordeel van IMSR met *low certainty of evidence* voor de subschalen fysiek functioneren en lichamelijke pijn, *moderate certainty of evidence* voor de subschalen vitaliteit en sociaal functioneren en *high certainty of evidence* voor de subschalen fysieke rol, algemene gezondheid, emotionele rol en mentale gezondheid. In een vierde onderzoek kon een effect in het voordeel van IMSR worden aangetoond, noch worden verworpen (*very low certainty of evidence*). M.b.t. de twee onderzoeken waarvan de populatie en interventies in hoge mate overeenkwamen met de PICOTs, werd voor de subschalen fysieke rol, algemene gezondheid, vitaliteit, sociaal functioneren, emotionele rol en mentale gezondheid een klinisch relevant verschil gevonden in beide onderzoeken, voor de subschaal lichamelijke pijn in één onderzoek en voor de subschaal fysiek functioneren in geen van beide onderzoeken.

Participatie

- Er werden geen onderzoeken geïdentificeerd over participatie van patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek op korte termijn na IMSR in vergelijking met een mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste of anderhalve lijn.
- Het is onduidelijk¹³ of bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek IMSR 12 maanden na afronden van de interventie leidt tot betere participatie dan een mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste of anderhalve lijn op basis van het aantal dagen ziekteverlof (2 onderzoeken, *very low certainty of evidence*) of de Dallas Pain Questionnaire (2 onderzoeken, *very low certainty of evidence*).

¹³ Het Zorginstituut zou hier zeggen: het is zeer onzeker

6 Vaststellen eindbeoordeling 'stand wetenschap en praktijk'

6.1 Bespreking relevante aspecten

6.1.1 *Positionering en claim*

Chronische pijn is een veelvoorkomend gezondheidsprobleem met vaak grote impact op het leven van de patiënt. In eerste instantie worden de patiënten met chronische pijn in de eerste lijn behandeld. Echter, niet alle patiënten hebben hier voldoende baat bij, en soms is al gelijk duidelijk dat het probleem te complex is om in de eerste lijn behandeld te worden. In die gevallen, waarbij er in het algemeen sprake is van ernstige pijn, die onderhouden wordt door een mix van lichamelijke, psychische en sociale factoren, zou interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) ingezet kunnen worden. Dit is een pijnrevalidatieprogramma bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts, met als doel om de patiënt te leren omgaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren.

De claim is dat IMSR leidt tot betere resultaten op het gebied van fysiek functioneren, participatie in de maatschappij en kwaliteit van leven, dan voortzetten van zorg in de eerste of anderhalve lijn.

6.1.2 *Effectiviteit*

Cochrane Netherlands heeft een systematische review uitgevoerd. In totaal werden 8 gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) naar de effectiviteit van revalidatiezorg bij patiënten met chronische pijn geselecteerd. Echter, in de geselecteerde artikelen ontbraken vaak de benodigde details in de beschrijving van de studipopulatie en de inhoud van de interventie om met (voldoende) zekerheid te kunnen zeggen dat deze overeenkwamen met de vooraf gedefinieerde PICO. Om duidelijkheid te krijgen of de studipopulatie bestond uit patiënten met chronische pijnklachten en complexe samenhangende problematiek, oftewel WPN-klasse 3 en 4, werden de tabellen met baseline karakteristieken van de geselecteerde artikelen in detail bestudeerd. Indien de mate van beperkingen van de geïncludeerde patiënten groot was en/of de gezondheidsstatus laag met daarbij bijv. beperkingen in activiteiten, werkverzuim, hoge mate van angst/depressie of kinesiofobie, dan werd geconcludeerd dat de studipopulatie inhogevate van zekerheid overeenkwam met de doelpopulatie voor IMSR zoals deze in de PICO is geformuleerd. Hetzelfde werd gedaan voor de inhoud van IMSR: de beschrijving van de interventie werd bestudeerd, en er werd nagegaan of de interventie een door de revalidatiearts geïnitieerd/gesuperviseerd, activerend en op herstel van functioneren gericht behandelprogramma betrof in een revalidatiesetting, waarbij aanwijzingen waren voor interdisciplinaire samenwerking. Als dat het geval was, dan werd geconcludeerd dat de interventie in de studie met hoge mate van zekerheid overeenkwam met IMSR zoals beschreven in de PICO. Op deze manier werden drie van de acht door Cochrane Netherlands gevonden RCT's geselecteerd [17-19]. Voor de beoordeling van de effectiviteit van IMSR bij patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek focussen wij op deze drie RCT's. Alle drie de RCT's hebben het effect van IMSR op fysiek functioneren gemeten. Twee van deze drie RCT's laten grote klinisch relevante effecten zien op fysiek functioneren op zowel de korte (SMD -5,32, 95% BI -6,21 tot -4,42 en -1,77, 95% BI -2,15 tot -1,40) als de lange termijn (SMD -5,38, 95% BI -6,29 tot -4,48 en -2,95, 95% BI -3,42 tot -2,48) [17, 18]. De derde RCT heeft alleen het effect van IMSR op fysiek

functioneren op de lange termijn gemeten en vond geen verschil ten opzichte van de controlegroep ^[19]. Ook hebben alle de drie RCT's het effect van IMSR op kwaliteit van leven onderzocht ^[17-19]. Eén van deze studies laat klinisch relevante effecten op de korte en de lange termijn zien op de kwaliteit van leven subschalen algemene gezondheid en vitaliteit, fysieke rol, sociaal functioneren, emotionele rol en mentale gezondheid [18]. De tweede RCT laat klinisch relevante effecten zien op de lange termijn op dezelfde kwaliteit van leven subschalen en daarnaast ook op de subschaal pijn [17]. De derde RCT vond geen verschillen tussen IMSR en de controlegroep op kwaliteit van leven ^[19]. Ten slotte heeft één van de drie RCT's de effectiviteit van IMSR op participatie geëvalueerd op de lange termijn waarbij geen verschil werd gevonden tussen IMSR en de controlegroep ^[19]. Geen van de RCT's heeft naar het korte termijn effect van IMSR op participatie gekeken; het blijft daarom onduidelijk of IMSR op de korte termijn effectief is op participatie.

Bovenbeschreven studies wijzen erop dat IMSR bij patiënten met chronische pijn WPN klasse 3 of 4 leidt tot klinisch relevante effecten op twee van de drie cruciale uitkomsten, namelijk fysiek functioneren en kwaliteit van leven. Daarbij merken wij nog op dat deze studies weliswaar qua inhoud van IMSR en geïnccludeerde patiënten overeenkomen met de PICO, maar dat de controlebehandeling in veel studies plaatsvond in dezelfde setting als IMSR (revalidatiecentrum of gespecialiseerde kliniek), wat niet overeenkomt met de standaardbehandeling in Nederland (eerste of anderhalve lijn). Naar verwachting heeft dit in de geselecteerde studies tot minder contrast tussen de interventie- en controlegroepen geleid: het is – in ieder geval in Nederland – aannemelijk dat zorgverleners in een dergelijke revalidatiesetting laagdrempelig multidisciplinair kunnen overleggen, ook al is dat niet in een formele overlegstructuur gegoten. Dit heeft er mogelijk toe geleid dat de gerapporteerde effectiviteit ten opzichte van de controlebehandeling in de geselecteerde studies een onderschatting is van de werkelijke effectiviteit van IMSR die in de Nederlandse situatie te verwachten is.

6.1.3 *Overige overwegingen*

Zowel de multidisciplinair ontwikkelde zorgstandaard Chronische pijn, als de position paper van de beroepsgroep geven een duidelijke plek voor IMSR aan als onderdeel van de stepped-care behandeling van chronische pijn. De patiëntenpopulatie die in aanmerking komt voor IMSR is hierin helder omschreven en afgebakend van de patiënten die in een eerdere lijn behandeld kunnen/moeten worden. Het draagvlak voor het toepassen van IMSR bij deze patiëntengroep is daarmee aanwezig. Ook lijken de beschrijving en afbakening van de doelgroep voldoende te borgen dat IMSR alleen aan die patiënten aangeboden wordt, die niet uitkomen in de eerste en anderhalve lijn, en die vanwege de complexiteit van de problematiek baat kunnen hebben bij een meer holistische aanpak. Daarnaast wegen wij mee dat IMSR een niet-invasieve behandeling betreft, die daarmee niet de risico's van een operatie of (chronisch) gebruik van pijnstillers kent. Het is te beschouwen als een in wezen veilige behandeling.

6.1.4 *Advies Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)*

Wij hebben het conceptstandpunt op 13 juni 2022 voorgelegd aan de WAR. De WAR is van mening dat op basis van de hierboven beschreven drie studies is aangetoond dat IMSR effectief is bij deze patiëntengroep. In combinatie met de andere overwegingen, namelijk dat 1) er een zorgstandaard Chronische pijn aanwezig is waarin de meerwaarde van deze interventie wordt ondersteund door zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars, 2) de patiëntenpopulatie die in aanmerking komt voor IMSR hierin helder is

omschreven en afgebakend, en 3) deze patiënten een hoge ziektelast ervaren, is de WAR van mening dat ISMR gezien kan worden als zorg die voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

6.1.5 *Afweging relevante aspecten*

Wij hebben beoordeeld of ISMR een effectieve behandeling is ten opzichte van (voortzetten van) paramedische behandeling in de eerste of anderhalve lijn bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, en complexe samenhangende problematiek. De drie gerandomiseerde studies die qua interventie en studiepopulatie sterk overeenkomen met de inhoud van ISMR en de doelgroep voor ISMR in Nederland, wijzen erop dat ISMR leidt tot een klinisch relevante verbetering van het fysiek functioneren en de kwaliteit van leven. Of ISMR ook leidt tot meer of betere participatie van patiënten met chronische pijn is vooralsnog onduidelijk. Ondanks dat het onduidelijk is of met ISMR een betere participatie bereikt wordt, concluderen wij, op basis van de positieve effecten op fysiek functioneren en kwaliteit van leven, samen met de hoge ziektelast waarmee chronische pijn gepaard gaat en het gegeven dat ISMR te beschouwen is als een in wezen veilige behandeling, dat ISMR leidt tot relevante meerwaarde voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek. Daarbij wegen wij ook mee dat de zorgstandaard voldoende borgt dat ISMR alleen wordt ingezet bij die patiënten met complexe samenhangende problematiek, die niet uitkomen met mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste of anderhalve lijn.

6.1.6 *Conclusie*

Op basis van de beschikbare literatuur en een afweging van de relevante aspecten concluderen wij dat ISMR beschouwd kan worden als een voldoende bewezen effectieve behandeling bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, met complexe samenhangende problematiek. ISMR voldoet bij de genoemde indicatie daarmee aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Gevolg hiervan is dat ISMR bij deze indicatie behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.

7 Beoordelingsproces en standpunt

7.1 Raadpleging partijen

7.1.1 Consultatie conceptstandpunt

8 Consequenties voor de praktijk

8.1.1 *Zorgactiviteiten en aanspraakcodes* <volgt later>

8.1.2 *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.

Onrechtmatige vergoeding uit het basispakket moet worden voorkomen. Zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop gericht afspraken maken. Wij adviseren zorgverzekeraars dan ook de in dit standpunt genoemde elementen als handvat te gebruiken bij de inkoop van deze zorg.

Ook de modelovereenkomst is een instrument voor de zorgverzekeraar om op dit punt te sturen.

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 IMSR bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, met complexe samenhangende problematiek. Deze behandeling kan worden verstrekt dan wel vergoed ten laste van de basisverzekering. We adviseren zorgverzekeraars hun verzekerden duidelijk kenbaar te maken onder welke voorwaarden zij in aanmerking komen voor verstrekking danwel vergoeding van deze behandeling. Op die manier dragen zij bij aan de effectieve toepassing van zorg. Aanvullende eisen zoals voorafgaande toestemming en het overleggen van een behandelplan, zijn ook geschikt om te bepalen of een verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.

8.1.3 *Financiële paragraaf*

Voor de berekening van de budget impact gaan wij er vanuit dat er in Nederland circa 33.000 patiënten, met chronische pijn, per jaar in aanmerking komen voor IMSR.¹⁴ Om de directe kosten te kunnen berekenen, gaan wij uit van de aantallen en bedragen uit onderstaande tabel.

Tabel 5 Aantal patiënten en totale kosten per diagnose 2019

Diagnose	Aantal patiënten	Totale kosten
0713 Chronische Pijnsyndroom WPN 3	28.071	€ 81.827.916
0714 Chronische Pijnsyndroom WPN 4	5.161	€ 14.741.093
Totaal	33.232	€ 96.569.009

Bron: Vektis declaratiedata 2019, april 2021.

Op basis van voorgaande gegevens komt de budget impact van IMSR naar

¹⁴ Aantallen bepaald op basis van schriftelijke mededeling van de VRA, per e-mail van 29 april 2021.

schatting uit op € 96,6 miljoen per jaar. Hierbij kan worden opgemerkt dat er in deze berekening geen rekening gehouden is met eventuele substitutie-effecten, complicaties en indirecte kosten omdat precieze gegevens hierover ontbreken. Daarbij dient bovendien opgemerkt te worden dat IMSR momenteel wordt vergoed vanuit de Zvw.

8.1.4 *Kosteneffectiviteitsanalyse*

Het Zorginstituut heeft literatuuronderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie kosteneffectief ten opzichte van mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn of anderhalve lijn bij patiënten met chronisch pijn met complexe samenhangende problematiek in de Nederlandse situatie. De uitgevoerde literatuurstudie leverde slechts één mogelijk relevante kosteneffectiviteitsstudie op. Deze studie betreft een Nederlands kosteneffectiviteitsonderzoek uit 2003 waarbij interdisciplinaire behandeling werd vergeleken met een monodisciplinaire behandeling, beide uitgevoerd in een tweedelijnsinstelling. De resultaten van de studie zijn echter onvoldoende bruikbaar voor onze onderzoeksvraag vanwege methodologische en tijdsafhankelijke aspecten. Ten eerste is de conclusie dat de interventie gedomineerd wordt in tegenspraak met de effectiviteitsconclusies uit het standpunt. De resultaten uit deze studie zijn daarom niet bruikbaar voor het berekenen van een incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER). Het Zorginstituut concludeert dat het niet mogelijk is om een uitspraak te kunnen doen over de kosteneffectiviteit van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie ten opzichte van mono- of multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn of anderhalve lijn bij patiënten met chronische pijn met complexe samenhangende problematiek in de Nederland situatie.

8.1.5 *Evaluatie en monitoring*

Het Zorginstituut zal met belangstelling de data, patiëntaantallen en de toekomstige wetenschappelijke publicaties volgen over IMSR bij patiënten met chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, met complexe samenhangende problematiek. Indien de toekomstige data daar aanleiding toegeven, zullen wij een herbeoordeling overwegen.

8.1.6 *Ingangsdatum standpunt*

De ingangsdatum van dit standpunt ligt in het verleden, namelijk december 2020.

Bij een positief standpunt is het van belang om aan te geven op welk moment voldaan is aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Dat is het moment waarop de zorg tot de te verzekeren prestaties is gaan behoren (indien ook aan de overige voorwaarden is voldaan). Het gaat er dan om dat wordt vastgesteld op welk moment de gegevens die bepalend, doorslaggevend zijn voor de omslag (de conclusie dat de zorg is gaan voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk') door publicatie openbaar zijn geworden. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de gegevens uit een bepaald wetenschappelijk onderzoek of de binnen de beroepsgroep bereikte consensus de doorslag geven. De publicatiedatum van de betreffende gegevens is dan de datum van omslag.

In dit geval is van doorslaggevende betekenis de publicatiedatum van Monticone et al. 2020 ^[17].

9 Referenties

- [1] Zorgstandaard Chronische Pijn, Leiden, Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem, 28 maart 2017.
- [2] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) Rapport Neuromodulatie bij Chronische Pijn (2012)
- [3] Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006, 10:287-333.
- [4] Huygen FJPM, van Kleef M, Vissers KCP, Zuurmond, WWA (Red). Handboek pijngeneeskunde. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom, 2014. IASP Task Force on Taxonomy. Part III Pain Terms, a current list with definitions and notes on usage Classification of Chronic Pain. Seattle: ISAP Press, 1994. p. 209-14.
- [5] Chapman CR, Tuckett RP, Song CW. Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions. *J Pain* 2008, 9:122-45.
- [6] Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of Chronic Pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. International Association for the Study of Pain, IASP task force on taxonomy. Seattle: IASP Press, 1994.
- [7] Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011,152(3 Suppl.): S2-15.
- [8] KNGF-richtlijn KANS. Amersfoort: KNGF, 2012
- [9] Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef Mv, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain* 2005, 9:15-24.
- [10] Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012,380:2163–96.
- [11] Connell NB, Prathivadi P, Lorenz KA, Zupanc SN, Singer SJ, Krebs EE, Yano EM, Wong HN, Giannitrapani KF. *Gen Intern Med.* 2022 Mar 3. Online ahead of print.
- [12] VRA, werkgroep pijnrevalidatie Nederland. Medisch Specialistische Revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat: position paper 2017. https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Laatste_nieuws/2017/position_paper_chronische_pijn.pdf
- [13] NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
- [14] van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20(1):19-39. DOI: 10.1007/s00586-010-1518-3.

- [15] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane 21 Database Syst Rev* [online]. 2014(9):CD000963. URL:
- [16] Waterschoot FP, Dijkstra PU, Hollak N, et al. Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. *Pain* 2014;155(1):179-89. DOI: 10.1016/j.pain.2013.10.006.
- [17] 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. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1863480>.
- [18] 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. doi: 10.1097/AJP.0b013e31827fef7e [published Online First: 2013/01/19]
- [19] Ronzi Y, Roche-Leboucher G, Bègue C, et al. Efficiency of three treatment strategies on occupational and quality of life impairments for chronic low back pain patients: is the multidisciplinary approach the key feature to success? *Clinical rehabilitation* 2017;31(10):1364-73. doi: <https://doi.org/10.1177/0269215517691086>

Bijlage 1 - Relevante wet- en regelgeving

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

Artikel 10 Zorgverzekeringswet

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

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

Artikel 2.1 Besluit zorgverzekering

(...)

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

Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering

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

Bijlage 2 – Standpunten, richtlijnen en lopende klinische studies

Tabel 1: Richtlijnen

Organisatie	Richtlijn, aanbevelingen
Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem	Zorgstandaard Chronische pijn Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf (zorginzicht.nl)
Werkgroep pijnrevalidatie Nederland	Medisch Specialistische Revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat: Position Paper
NICE	Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain https://www.nice.org.uk/guidance/ng193 <i>The committee agreed that because of this evidence, and uncertainty about cost effectiveness, they were unable to make a recommendation for or against the use of pain management programmes for chronic primary pain. They agreed that management options should be tailored after a patient-centred assessment.</i>

Tabel 2: Standpunten

Organisatie	Standpunt
G-BA, Gemeinsame Bundesausschuss	Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 16. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz - Dokumentation), www.g-ba.de/downloads/40-268-5778/2019-04-18_DMP-A-RL_chronischer_Rueckenschmerz_TrG.pdf <i>Zu Nummer 1.5.3 Multimodale Schmerztherapie Nach erfolgloser Anwendung der unter 1.5.1 beschriebenen Basismaßnahmen und gegebenenfalls zusätzlicher individueller Maßnahmen gemäß 1.5.2 ist der Einsatz einer stationären oder teilstationären intersziplinären multimodalen Schmerztherapie entsprechend den Empfehlungen der NVL 2017 [3] zu erwägen.</i>
AETNA	<i>Chronic pain programs</i> http://www.aetna.com/cpb/medical/data/200_299/0237.html
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	Medicaid Strategies for Non-Opioid Pharmacologic and NonPharmacologic Chronic Pain Management https://www.medicare.gov/federal-policy-guidance/downloads/cib022219.pdf

Tabel 3: Lopende studies

Auteur / setting	Studie	Design	Patiënten	Interventie /comparator	Eindpunten + Follow-up
Geen lopende studies gevonden					