



Aan: Zorginstituut Nederland, raad van bestuur

T.a.v.: mevrouw mr. B. Blekkenhorst-Vis

Betreft: Reactie verzoek en inhoudelijke bezwaren herziening standpunt iMSR bij chronische pijn

Utrecht, 24.04.2025

Geachte mevrouw Blekkenhorst,

Op 8 april jl. zond u ons een concept standpunt interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (iMSR) bij patiënten met chronische pijn, zoals dat op 7 april jl. aan ons werd gepresenteerd. Op 10 april jl. ontvingen wij ook het verslag van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR).

Verzoek ZIN

U verzoekt ons commitment op de uitwerking opgenomen in de door u gehouden presentatie op 7 april jl. vanaf dia 9 en verder. Die dia's luiden:

Opstellen indicatieprotocol & verbeterde transparantie

- Om te waarborgen dat iMSR alleen wordt ingezet bij de juiste groep patiënten moet duidelijk afgebakend worden om welke groep patiënten het gaat.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet inzichtelijk gemaakt worden dat de betreffende patiënt de stappen uit het stepped care model heeft doorlopen en dat dit onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. Bijlage C3 van het standpunt Medisch-specialistische revalidatie – zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden (2023) moet hiervoor verder uitgewerkt worden
- Agenderen: ZIN
- Primair verantwoordelijk: VRA
- Betrokken partijen: ZN, patiëntenvereniging
- Tijdpad: Afronding vóór publicatie standpunt

Betere organisatie multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie (MER)

- MER is de derde stap in het stepped care model. Op dit moment is MER echter slechts beperkt beschikbaar. Om stepped care te kunnen doorlopen is van belang dat deze zorg beter georganiseerd wordt.
- Agenderen: ZIN
- Primair verantwoordelijk: ZN
- Betrokken partijen: VRA, beroepsverenigingen paramedici, NZA, patiëntenvereniging
- Tijdpad
 - Plan van aanpak: vóór publicatie van standpunt
 - Afronding: Q2 2026



Onderbouwing effectiviteit IMSR last resort patiënten

- De WAR heeft suggesties aangedragen voor het op te zetten onderzoek
- Nadere uitwerking van dit punt volgt in vervolgoverleg met de VRA
- Primair verantwoordelijk: VRA
- Betrokken partijen: ZIN, externe experts, ZN
- Advisering: WAR
- Tijdpad
 - Plan van aanpak: vóór publicatie van standpunt
 - Afronding: 2028

U geeft aan de groep patiënten verdeeld te hebben in een groep ‘matched care’ en een groep ‘stepped care’ waarbij het ZIN haar eigen uitgangspunten hanteert. Uit het verslag van het overleg met de WAR blijkt dat het door het Zorginstituut Nederland (ZIN) aangebrachte verschil en de minimale uitwerking en onderbouwing niet voldragen geacht wordt. Wij menen dat hierin eerst opheldering nodig is voordat wij commitment kunnen geven. De WAR wijst daarnaast op de onhaalbaarheid van de door ZIN gekozen tijdspaden. De WAR signaleert daarbij aan het ZIN dat er nog werk aan de winkel is:

Samenvattend:

- De commissie blijft bij haar standpunt dat er momenteel geen wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van IMSR bij zowel voor de matched care als de last resort groep.
- 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. Zonder heldere onderzoeksvraag levert onderzoek in 2028 opnieuw geen bruikbare antwoorden op.
- Er zijn zorgen over haalbaarheid van de plannen om de trial af te ronden in 2028.
- De WAR erkent de maatschappelijke urgentie en het ethische dilemma dat patiënten niet in de steek mogen worden gelaten. Maar effectiviteit van behandelingen blijft een wettelijke vereiste. ZIN kan niet op wetenschappelijke, maar wellicht wel op maatschappelijke of ethische gronden besluiten om IMSR beschikbaar te houden voor deze patiëntenpopulatie, maar dan in onderzoeksverband.
- Met dank aan ZIN voor de heldere toelichting sluit de voorzitter dit agendapunt. De commissie waardeert de bereidheid van ZIN om met de commissie in gesprek te gaan over dit complexe dossier. Tegelijkertijd is duidelijk geworden dat er nog werk aan de winkel is. De commissie blijft beschikbaar om mee te denken over een goede wetenschappelijke onderbouwing.

De invulling die ZIN geeft aan ‘stand van de wetenschap en praktijk’ (SW&P) maakt dat er, in tegenstelling tot de eigen WAR en de algemeen gebruikelijke werkwijze bij het opstellen van richtlijnen, geen ruimte zou zijn voor expert opinion of een door de beroepsgroep breed gedragen en geaccepteerde werkwijze in de medische praktijk. Hierdoor worden interventies die tot het gebruikelijke behandelarsenaal behoren zoals beschreven in richtlijnen en leidraden ten onrechte door ZIN niet meegenomen bij een duiding. Uw formulering ten aanzien van SW&P past daardoor niet op de overwegingen die uw eigen raad aan u meegeeft, noch op de invulling daarvan in wet- en regelgeving. Zoals u begrijpt is het voor onze leden van groot belang dat de beoordeling zoals het ZIN die aangeeft te doen navolgbaar is, voldoet aan de



algemene beginselen van behoorlijk bestuur en klopt met wet- en regelgeving en de professionele standaard. Wij hebben die vraag intussen juridisch uitgezet.

Werk aan de winkel

De tweedeling zoals het ZIN die aanbrengt tussen *matched care* en *stepped care* past niet op de werkelijkheid. Van het ZIN mag worden verwacht dat zij zorgvuldig onderzoekt op welke wijze de patiëntenpopulatie zou zijn opgebouwd en voor zover het al aan de orde zou moeten zijn, hetgeen wij niet delen, die tweedeling aan te brengen. Wij missen hierin zowel een deugdelijke motivering als een zorgvuldig onderzoek.

Matched care wordt in het ZIN-concept standpunt gebruikt om een groep aan te duiden die in iMSR behandeling wordt genomen zonder behandeling in de 1^e lijn. Dat is niet de betekenis van *matched care*. *Matched care* gaat uit van de juiste zorg op het juiste moment. Bij *matched care* kan lichtere zorg overgeslagen worden, maar alleen als er aanwijzingen zijn dat intensievere zorg effectiever is gezien de aard en ernst van het probleem. De definitie van *matched care* is opgenomen in de kwaliteitsstandaard indicatiestelling IMSR. Daarin is dus al opgenomen wat de beroepsgroep verstaat onder de professionele standaard.

Stepped care gebruikt het ZIN in dit concept-standpunt voor alle patiënten die naar zijn zeggen “*adequate 1^e lijns behandeling hebben doorlopen*”. Dat is niet de definitie van *stepped care*. Bij *stepped care* wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende en meest doelmatige vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Dat geldt altijd. Ook bij *matched care*.

Dit betekent dat de meeste patiënten met chronische pijn zowel bij *matched care* zoals bepaald door de beroepsgroep als bij *stepped care* zoals bedoeld in de zin van juiste zorg op de juiste plek, zullen starten met eerstelijnsbehandeling, en alleen direct in IMSR-behandeling worden genomen als daar medisch inhoudelijk gezien aanleiding toe is.

Op dia 9 verwijst u naar een op te stellen indicatieprotocol. Zoals u weet ligt het wettelijke primaat voor de indicatiestelling bij de medisch specialist. We hebben hiertoe recent een kwaliteitsstandaard indicatiestelling opgeleverd. Deze kwaliteitsstandaard betreft alle diagnosegebieden binnen de revalidatiegeneeskunde. Binnen diagnosegebonden richtlijnen wordt hier verder invulling aan gegeven. Voor patiënten met chronische pijn die geïndiceerd worden voor iMSR betekent dit dat patiënten in beginsel zorg in de 1^e lijn hebben gehad. Voor de doelgroep chronische pijn zien wij nu geen aanleiding de indicatiestelling te wijzigen. Dat kan in de toekomst anders zijn, bijvoorbeeld als gezamenlijk vastgestelde definities of data daar aanleiding toe geven. Wij vinden het belangrijk om hierbij te benadrukken dat het proces van indicatiestelling, voor welke diagnosegroep dan ook, nooit een oneigenlijke drempel mag opwerpen.

Op dia 10 geeft u aan dat Zorgverzekeraars Nederland verantwoordelijk is voor de invulling van multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER). Hoewel er geen enkele evidence is voor MER kunnen we ons conceptueel in de gedachte vinden dat MER nadere exploratie verdient. Het is echter niet de taak van ZN om een dergelijk nog niet bestaand product in te richten. Zij schieten daarvoor bovendien ook tekort in kennis en kunde. Om MER als nieuw concept te laten slagen is zowel inhoudelijke kennis, kennis van het gezondheidssysteem als een solide financieel product nodig. Daarmee kan MER alleen een succes worden als dit product in co-creatie met de VRA tot stand komt. De door u opgenomen tijdlijn is onrealistisch.



Op dia 11 geeft u ten slotte aan dat er nieuw onderzoek moet worden uitgevoerd met een tijdlijn tot gereedkomen van 2028. De WAR heeft al aangegeven dat de tijdlijn onrealistisch en niet haalbaar is. Wij gaan graag in gesprek met de WAR zelf om inhoudelijk van gedachten te wisselen. In de beoordeling van de literatuur maakt de WAR een aantal essentiële denkfouten. We lichten daarom graag toe waarom wij van mening zijn dat de door ons aangedragen RCT, SCED's en cohortstudies voldoende evidentie bieden om de praktijk uit de SW&P te ondersteunen.

De beste revalidatiegeneeskunde voor de patiënt vraagt om een gedegen inhoudelijke beoordeling binnen reële tijdskaders. Dat is wat er naar wij menen mist. Instemming op uw verzoek om commitment kunnen wij u gezien het voorgaande op dit moment niet geven.

Met vriendelijke groet,

Dr. Paulien Goossens, Voorzitter Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
Namens het bestuur van de VRA