

Verslag VRA informatiebijeenkomst Chronische pijn 14 mei 2025

Op 14 mei heeft het VRA bestuur een informatiebijeenkomst georganiseerd voor alle VRA leden om hen bij te praten over de stand van zaken rondom het dossier. Paulien Goossens heeft een korte presentatie gegeven over de uitgangspunten van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) en de geschiedenis van het dossier chronische pijn (zie dia's). Correcter is het om te spreken van aanhoudende lichamelijke klachten van het bewegingsapparaat, maar omdat ZIN het over "chronische pijn" heeft gebruiken we die term in dit verslag.

De strategie wordt mondeling toegelicht, mede omdat er net voor deze bijeenkomst op 14 mei nog een afspraak was met de Wetenschappelijke AdviesRaad (WAR) van het ZorgInstituut Nederland (ZIN). Hieronder treffen jullie een korte samenvatting aan.

De huidige koers van de VRA komt tot stand in een voortdurende afstemming tussen dagelijks bestuur, algemeen bestuur, werkgroep pijnrevalidatie (WPN, de diagnose-gebonden werkgroep van de VRA), Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN; dat zijn een aantal revalidatie-instellingen die nauw samenwerken op het gebied van chronische pijn), Clinics in revalidatie (CIR), de hoogleraren op het gebied van chronische pijn en de brancheorganisatie Revalidatie Nederland (RN). We hebben deze informatieavond georganiseerd omdat we graag uitleg geven over de gevoerde koers en openstaan we voor discussie. Tegelijkertijd is het goed te realiseren dat het kan gebeuren dat de vereniging een koers vaart waarin een minderheid een andere mening heeft.

ZIN

ZIN heeft als voornaamste taak de bevoegdheid om een duiding te doen of zorg in het basispakket thuishoort. Zij kunnen daarbij vragen om te specificeren voor welke groep de zorg bedoeld is. Het is vervolgens aan de medisch specialist om te beoordelen of een patiënt binnen de gemaakte afspraken geïndiceerd is voor de betreffende zorg. ZIN heeft besloten dat IMSR bij chronische pijn in elk geval tot het basispakket behoort tot 1 juli 2025. Om ook daarna een vorm van vergoeding te behouden heeft het ZIN aan de VRA de volgende opdrachten meegegeven:

- Maak een indicatieprotocol voor patiënten met chronische pijn voor 1 juli 2025;
- Denk mee over multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER) in co-creatie met Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Werk mee aan wetenschappelijk onderzoek om IMSR bij chronische pijn verder te onderbouwen.

Deze opdrachten zijn wat betreft de VRA redelijk en uitvoerbaar. We zien het ook als een kans om MER op te zetten en om verdere wetenschappelijke onderbouwing van IMSR bij chronisch pijn te verkrijgen en te implementeren. Bij elke stap zullen we monitoren of er geen ongewenste eisen bij komen vanuit ZIN. Revalidatie Nederland zal vragen om een impactanalyse door ZIN.

Indicatiestelling

Bij zorg die wordt vergoed vanuit het basispakket is landelijke dekking met gelijke toegang van zorg en consistent goede kwaliteit een basisprincipe in Nederland en daarmee zowel voor ZIN, ZN als de VRA het uitgangspunt. Dit betekent dat er uniforme uitgangsprincipes nodig zijn bij indicatiestelling. Met de Zorgstandaard Indicatiestelling IMSR hebben we hierin als VRA een belangrijke stap gezet.

Het is de revalidatiearts die de indicatie IMSR bij chronische pijn stelt. Tegelijk is er een vermoeden dat hierin flinke praktijkvariatie bestaat. Als wetenschappelijke vereniging van revalidatieartsen houdt de VRA de regie op dit proces door een meer uitgewerkt protocol van indicatiestelling te ontwikkelen.

Bestaande protocollen en werkwijzen vormen hiervoor de basis. Het NPN en CIR zijn hiermee aan de slag en de uitkomsten hiervan zullen in juni aan de WPN worden voorgelegd.

Stand Wetenschap en Praktijk

Wanneer zorg in het basispakket betwist wordt, beoordeelt het ZIN de huidige praktijk altijd in relatie tot wetenschappelijk onderzoek. In eerste instantie wordt daarbij naar systematic reviews en Randomized Clinical Trials (RCT's) gekeken. Alleen als deze niet beschikbaar zijn wordt ander wetenschappelijk bewijs beoordeeld. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) maakt zich momenteel sterk om ervoor te zorgen dat ander onderzoek dan RCT's ook direct als hooggradig bewijs geaccepteerd wordt door ZIN, zeker als dat meer passend is bij de situatie. Ook goed om te realiseren: expert opinion, laboratoriumonderzoek en preklinisch onderzoek spelen nooit een rol bij de beoordeling van wetenschappelijk bewijs door het ZIN.

Het gesprek met de WAR van ZIN, net voorafgaand aan de informatiebijeenkomst, was positief. De WAR ziet af van de eis dat we een RCT moeten aanleveren om effect aan te tonen. De WAR staat na toelichting van de hoogleraren meer open voor de onderbouwing die er ligt. De WAR geeft daarbij wel aan dat de lage respons op de vervolgmetingen in het beschikbare onderzoek niet voldoende is om nu een positieve duiding af te geven. Daarnaast is multicenter onderzoek nodig om de zeggingskracht versterken. Het is daarom van groot belang dat er vanuit de instellingen tijd wordt gemaakt voor (evaluatie)onderzoek en om te zorgen voor voldoende respons. Om een dataverzameling op te bouwen is het belangrijk dat alle revalidatieaanbieders gegevens gaan aanleveren via Stichting Revalidatie Impact (SRI). De Wet Kwaliteitsregistraties Zorg is onlangs goedgekeurd in de Tweede Kamer, dat maakt de datacollectie via SRI makkelijker en waarschijnlijk zelfs verplicht voor alle aanbieders van IMSR. De WAR denkt graag aan de voorkant mee of de onderzoeksopzet passend is om de gewenste uitkomst met de juiste bewijslast te krijgen. Gekeken wordt of een onderzoek kan worden opgezet via bijvoorbeeld het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). Een vervolgspraak hiervoor wordt gepland.

De aanwezigen spreken dank uit voor de toelichting en geven aan de inspanningen van het VRA-bestuur te waarderen.

Overige punten die werden besproken:

- De Leidraad Chronische Pijn ontbreekt in de presentatie omdat deze formeel nog niet is afgerond. Deze leidraad wordt in de gesprekken met het Zorginstituut wel meegenomen.
- De patiënt wordt gemist in het hele verhaal. Goed punt van aandacht! De betrekkingen met de patiëntenvereniging zijn goed en we trekken samen op. Dat komt inderdaad in bovenstaande niet goed tot uitdrukking.
- Deze discussie gaat over volwassenen, leden van de Kindersectie zijn ook aangesloten bij de WPN, dus indirect worden zij wel meegenomen. Het bestuur maakt zich er sterk voor dat DBC's voor kinderen blijven bestaan. De kinderrevalidatie wil zich ook voorbereiden en kunnen bijdragen. Het bestuur adviseert om aan te haken bij de junivergadering van de WPN, mee te werken aan onderzoek en te proberen om praktijkvariatie tussen instellingen (vooral op duur en intensiteit van behandeling) zoveel mogelijk te verminderen, uniforme vragenlijsten te gebruiken en uitkomstmaten vast te leggen.
- De Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling (I)MSR is nog niet vastgesteld door ZIN. Volgens ZIN is de kwaliteitsstandaard niet specifiek genoeg voor specifieke diagnosegroepen, waaronder

chronische pijn. Een oplossing zou kunnen zijn om een zin toe te voegen zoals ‘voor sommige diagnosegroepen kan een specifiek indicatieprotocol gelden’.

- De discussie over het verschil tussen matched en stepped care is een kunstmatige discussie. In beide vormen staat centraal dat een patiënt de meest doelmatige vorm van zorg krijgt. Het grootste bezwaar tegen stepped care is dat zorgverzekeraars dit soms interpreteren als “eerst moet dit voordat dat”. De discussie die nu plaatsvindt verandert niet door een andere term te gebruiken.
- (Buitengewone) leden van Topzorggroep (TZG) doen een beroep op de VRA. Als we nu teveel meebewegen in het overleg met ZIN, zo stellen zij, lopen we het risico dat er geen juridische uitspraak komt op het kort geding van TZG over stand wetenschap en praktijk en indicatiestelling. Deze uitspraak is, zo stellen zij, wel van belang. Het VRA-bestuur heeft zich hierover uitgebreid laten informeren door haar eigen advocaat en overlegt met de Federatie Medisch Specialisten (Federatie), WPN, NPN, CIR en de hoogleraren op het gebied van chronische pijn en RN. Ze voelen zich door de uitkomsten van deze overleggen gesteund in het besluit om het ingezette proces te blijven volgen. De VRA geeft aan dat zij zich niet door ZIN onder druk laat zetten. De VRA ondersteunt nadrukkelijk het verzoek om elkaar wederzijds te blijven informeren over de stappen en de voortgang.
- Hoe werken WPN en NPN samen? Reactie vanuit voorzitter WPN: Voor elk onderwerp is afgesproken dat of NPN of WPN uitwerkt en het in het andere gremium neerlegt. Voor de indicatiestelling maakt NPN/CIR een stuk en legt dat aan de WPN voor. Andere partijen kunnen altijd beslissen, hier gaan we in mee of niet. Het protocol dat CIR hanteert wordt gezien als een geaccepteerd protocol, dus goed om daarop voort te borduren en voorzichtig te zijn met het doorvoeren van wijzigingen. CIR heeft ook veel wetenschappelijke onderbouwing aangeleverd. Het bestuur heeft behoefte om op later moment het gesprek aan te gaan over WPN en NPN om te kijken hoe we hier meer in kunnen samenwerken.