



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

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

2024024957

Datum 9 juli 2024
Betreft Standpunt Neuromodulatie bij chronische pijnlijke polyneuropathieën

Zorginstituut Nederland
Zorg
Advies Pakket en Kwaliteit
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55
Contactpersoon
mw. mr. B. Blekkenhorst
T +31622748832

Onze referentie
2024024957

Geachte mevrouw Agema,

Hierbij zenden wij u het standpunt Neuromodulatie bij chronische pijnlijke polyneuropathieën.
Wij concluderen dat de behandeling bij de genoemde indicatie voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. De zorg komt daarom in aanmerking voor vergoeding ten laste van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering).

Aanleiding

Het Zorginstituut heeft in 2019 een standpunt¹ ingenomen over neuromodulatie bij chronische pijn en daarin werd geconcludeerd dat neuromodulatie voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' bij o.a. de volgende polyneuropathieën:

- Pijnlijke diabetische polyneuropathie (PDN)
- Dunnevezel neuropathie (DVN)

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft het Zorginstituut verzocht om een duiding van neuromodulatie bij alle chronische pijnlijke polyneuropathieën. De NVA is van mening dat vergoeding ten laste van de basisverzekering mogelijk is, omdat de oorzaak van de polyneuropathie per patiënt verschilt, maar het pathofysiologische proces waarop zich dit pijnsyndroom ontwikkelt een gezamenlijk pad doorloopt.

De volgende indicaties vallen volgens de NVA onder pijnlijke neuropathieën.

- o Chemotherapy induces polyneuropathy
- o Critical illness Polyneuropathy
- o Neuralgische amyotrofie
- o Alcohol induced polyneuropathy
- o chronische idiopathische axonale polyneuropathie

Standpunt

In het standpunt uit 2019 is geconcludeerd dat er voldoende evidence is dat neuromodulatie effectief is bij pijnlijke diabetische neuropathie (PDN). Omdat de

¹ [Standpunt neuromodulatie bij chronische pijn | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

pathofysiologie van dunne vezelneuropathie (DVN) hetzelfde is als bij pijnlijke diabetische neuropathie (PDN) vonden we het aannemelijk dat de positieve resultaten die werden gevonden voor PDN ook zouden gelden voor dunne vezelneuropathie. Om die reden is ook dunne vezelneuropathie aangemerkt als indicatie die voldoet aan SWEF.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Advies Pakket en Kwaliteit

Datum
9 juli 2024

Onze referentie
2024024957

Polyneuropathieën hebben zelfde pathofysiologische mechanisme

De NVA heeft een standpunt 'neuromodulatie bij chronische pijn; geprotocolleerde behandeling met neuromodulatie' aangeleverd waaruit blijkt dat bij de pathofysiologische mechanismen van verschillende soorten perifere neuropathie – diabetische neuropathie, door chemotherapie geïnduceerde perifere neurotoxiciteit (CIPN), kritieke ziekte neuropathie– dezelfde algemene mechanismen betrokken zijn bij de axonale afbraakroute verantwoordelijk voor perifere zenuwdysfunctie en neuropathie. Er blijkt een aanzienlijke overlap te bestaan tussen de ontwikkeling van verschillende typen neuropathie; met oxidatieve stress als gevolg van mitochondriale disfunctie, en centrale sensitisatie vaak aan het einde van de pathologische ontwikkelingsstrecther. Er wordt daarom verwacht dat behandeling met neuromodulatie van de verschillende soorten neuropathie een vergelijkbare mate van werkzaamheid zal hebben.

Omdat de pathofysiologie van pijnlijke diabetische neuropathie (PDN) hetzelfde is als andere chronische pijnlijke polyneuropathieën vindt het Zorginstituut het aannemelijk dat de positieve resultaten die werden gevonden in het standpunt uit 2019 voor PDN ook gelden voor chronische pijnlijke polyneuropathieën.

Gepaste zorg: opname indicatie in standpunt NVA en in uitkomstenregistratie

Om gepaste zorg te waarborgen geldt dat het protocol gevolgd moet worden voor indicatiestelling en de behandeling. Dat betekent dat het om volwassen patiënten gaat, bij wie chronische pijnlijke neuropathie is vastgesteld en die pijnklachten houden ondanks medische en paramedische behandeling:

- sprake is van ernstige pijn (de VAS- en/of NRS-pijnscore ≥ 5 is);
- de proefbehandeling positief is (afname van de pijn met tenminste 50%);
en
- de indicatiestelling plaatsvindt in multidisciplinair teamverband.

De NVA heeft naar aanleiding van het standpunt neuromodulatie bij chronische pijn uit 2019 van het Zorginstituut samen met de patiëntenvereniging en zorgverzekeraars Nederland bovenstaande aandachtspunten uitgewerkt in hun 'standpunt neuromodulatie bij chronische pijn; geprotocolleerde behandeling met neuromodulatie'. Daarnaast heeft de NVA een registratie neuromodulatie opgezet en publiceert jaarlijks op hun website 'uitkomstregistratie neuromodulatie'. Wij hebben de NVA verzocht om hun 'standpunt neuromodulatie bij chronische pijn; geprotocolleerde behandeling met neuromodulatie' te herzien en deze indicatie hierin op te nemen. Ook hebben we gevraagd om deze indicatie mee te nemen in de uitkomstenregistratie. De NVA heeft hier positief op gereageerd en toegezegd dit voor het einde van dit jaar te kunnen realiseren.

Conclusie

Het Zorginstituut concludeert dat neuromodulatie bij chronische pijnlijke polyneuropathieën voldoende bewezen effectief is bij deze groep patiënten. Als gevolg hiervan behoort deze zorg tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.

Het standpunt is vastgesteld tijdens de vergadering van de Raad van Bestuur van 9 juli 2024.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg
Advies Pakket en Kwaliteit

Datum
9 juli 2024

Onze referentie
2024024957



Standpunt neuromodulatie bij chronische pijnlijke polyneuropathieën

Inleiding

Bij onduidelijkheid over de effectiviteit van een interventie-indicatiecombinatie of een vraag om verduidelijking hiervan start het Zorginstituut gewoonlijk met een screening. Dit houdt in dat de vraag wordt verhelderd, de literatuur en richtlijnen worden gescreend en de grootte van het indicatiegebied wordt nagaan. Daarnaast wordt een inschatting gemaakt van het totale kostenbeslag van de interventie. Op basis van deze screening wordt de passende vervolgstap bepaald. Als op basis van de verzamelde informatie duidelijk is dat de zorg wel of juist niet voldoet aan de wettelijke criteria (stand wetenschap en praktijk dan wel plegen te bieden-criterium) en er geen andere risico's gezien worden, bijvoorbeeld op het gebied van indicatie uitbreiding of ongunstige kosteneffectiviteit, dan kan een minder intensief duidingsproces (marginale toetsing) volstaan.

In dit geval is na een deliberatief proces waarin verschillende bevindingen zijn afgewogen, geconcludeerd dat de conclusie over de stand van de wetenschap en praktijk na een minder intensief duidingsproces standhoudt. De uitkomst hiervan is een conclusie over de stand van de wetenschap en praktijk en het product wordt aangemerkt als een standpunt.

Aanleiding

Het Zorginstituut heeft in 2019 een standpunt¹ ingenomen over neuromodulatie bij chronische pijn en daarin werd geconcludeerd dat neuromodulatie voldoet aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' bij o.a. de volgende polyneuropathieën:

- Pijnlijke diabetische polyneuropathie (PDN)
- Dunnevezel neuropathie (DVN)

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft het Zorginstituut verzocht om een duiding van neuromodulatie bij alle chronische pijnlijke polyneuropathieën. De NVA is van mening dat vergoeding ten laste van de basisverzekering mogelijk is, omdat de oorzaak van de polyneuropathie per patiënt verschilt, maar het pathofysiologische proces waarop zich dit pijnsyndroom ontwikkelt een gezamenlijk pad doorloopt.

De volgende indicaties vallen volgens de NVA onder pijnlijke neuropathieën.

- o Chemotherapy induces polyneuropathy
- o Critical illness Polyneuropathy
- o Neuralgische amyotrofie
- o Alcohol induced polyneuropathy
- o chronische idiopathische axonale polyneuropathie

Achtergrond

Zoals hierboven al beschreven heeft het Zorginstituut in 2019² geconcludeerd dat neuromodulatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij pijnlijke diabetische polyneuropathie (PDN). In standpunt uit 2019 is geconcludeerd dat er voldoende evidence is dat neuromodulatie effectief is bij pijnlijke diabetische neuropathie (PDN). Omdat de pathofysiologie van *dunne vezelneuropathie* (DVN) hetzelfde is als bij pijnlijke diabetische neuropathie (PDN) vonden we het aannemelijk dat de positieve resultaten die werden gevonden voor PDN ook zouden gelden voor dunne vezelneuropathie. Om die reden is ook

¹ [Standpunt neuromodulatie bij chronische pijn | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

² Neuromodulatie voldoet ook aan SWEP voor FBSS, FNSS en CRPS, maar voldoet niet aan SWEP voor de indicaties: postherpetische neuralgie (PHN), neuropathische pijn door letsel, refractaire angina pectoris (AP) en perifeer arterieel vaatlijden (PAV)/ischemische pijn.

dunne vezelneuropathie aangemerkt als indicatie die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Indicatie, interventie, positionering en claim

Indicatie

Klinisch beeld en diagnostiek

Een polyneuropathie is een symmetrische aandoening van de perifere zenuwen, die wordt gekenmerkt door sensibele en/of motorische afwijkingen die in de regel distaal meer dan proximaal en aan de benen meer dan aan de armen aanwezig zijn. Polyneuropathie is een klinische diagnose die gesteld wordt op basis van anamnese en neurologisch onderzoek en die met EMG bevestigd en nader onderverdeeld kan worden in een axonale of demyeliniserende polyneuropathie. Als er klinisch duidelijke aanwijzingen zijn voor een polyneuropathie, dan worden er bij EMG-onderzoek meestal afwijkingen gevonden. EMG onderzoek hoeft dus niet afwijkend te zijn om toch de diagnose polyneuropathie te kunnen stellen. De meeste polyneuropathieën geven zowel sensibele (o.a. brandende pijn, prikkelingen, tintelingen) als motorische klachten (krachtsverlies, spierkramp). Polyneuropathieën zijn vaak secundair aan andere systemische ziekten, waaronder diabetes en infectieuze oorzaken zoals het humaan immuno-deficiëntievirus en het hepatitis C-virus. Bovendien kunnen perifere neuropathieën iatrogen zijn, voortkomend uit zenuwtoxiciteit van b.v. antiretrovirale geneesmiddelen of chemotherapeutica. Een deel van de patiënten blijft ernstige pijn houden ondanks conservatieve behandeling.

Standaardbehandeling

De behandeling bestaat waar mogelijk uit het behandelen van de onderliggende oorzaak van de polyneuropathie, zoals diabetes mellitus, overmatig alcohol gebruik, schildklier aandoeningen, vit b6 en b12 deficiëntie en chemotherapie of chronische idiopathische axonale polyneuropathie (CIAP). Patiënten met enkelvoudig lichte problematiek worden verwezen naar therapeuten in de eerste lijn en er kan een verwijzing naar een revalidatiearts overwogen worden voor nader advies. Patiënten met complexere problemen worden verwezen naar een revalidatiearts met kennis van neuromusculaire aandoeningen. Voor medicamenteuze behandeling van chronische pijn bij polyneuropathie wordt geadviseerd de pijnladder te volgen. Hierbij wordt geadviseerd om terughoudend te zijn met voorschrijven met (langwerkende) opioïden. Er kan overwogen worden om patiënten te verwijzen naar de revalidatiearts.

Positionering van neuromodulatie

Neuromodulatie is een behandeling waarbij een neuromodulator in het lichaam wordt geïmplantéerd met de bedoeling de chronische pijn die de patiënt ervaart, te verlichten door pijnsignalen tussen het ruggenmerg en de hersenen te verstoren. Neuromodulatie wordt ingezet bij patiënten bij wie conservatieve behandeling geen effect heeft gehad, de pijnklachten ernstig zijn en er geen andere niet-invasieve behandelopties meer zijn.

Claim

Neuromodulatie neemt de oorzaak van de pijn niet weg, maar zou de ervaren pijn verlichten. De claim is dat neuromodulatie de ervaren pijn bij chronische pijnlijke polyneuropathieën verlicht door pijnsignalen tussen het ruggenmerg en de hersenen te verstoren; de oorzaak van de pijn wordt niet weggenomen.

Richtlijnen, standpunten en protocollen

De richtlijn 'polyneuropathie'³ (NVN, 2019) heeft betrekking op alle patiënten met een subacute en chronische polyneuropathie. Pijn en beperkingen in de mobiliteit zijn vaak klachten die bij patiënten met een chronische polyneuropathie op de voorgrond staan. De behandeling bestaat waar mogelijk uit het behandelen van de onderliggende oorzaak van de polyneuropathie, zoals diabetes mellitus, overmatig alcohol gebruik, schildklier aandoeningen, vit b6 en b12 deficiëntie en chemotherapie of chronische idiopathische axonale polyneuropathie (CIAP).

In de richtlijn 'Pijnlijke diabetische polyneuropathie (NIV, 2017)⁴' wordt over ruggenmergstimulatie aangegeven dat deze uitsluitend moet worden overwogen bij patiënten met ernstige PDN en nadat conservatieve medicamenteuze en niet invasieve niet-medicamenteuze therapie hebben gefaald. In de buitenlandse richtlijn van European Federation of Neurological Societies (EAN)⁵ wordt een zwakke positieve aanbeveling gedaan voor SCS bij PDN. De International Association for the Study of Pain Neuropathic Pain Special Interest Group (NeuPSIG) geeft aan dat aanvullende klinische studies nodig zijn voordat SCS kan worden aanbevolen bij PDN gezien de lage kwaliteit van de beschikbare studies en de potentiële complicaties. De Neurostimulation Appropriateness Consensus Committee (NASS) stelt dat DRGS effectief kan zijn bij PDN, maar dit is gebaseerd op beperkte evidence.

Literatuur

Passend onderzoek

In het standpunt van 2019 werd beschreven dat voor het aantonen van de effectiviteit een goed uitgevoerde randomized controlled trial (RCT) vereist is. Gezien het feit dat de cruciale uitkomsten (pijn, percentage responders en functioneren) subjectief zijn, is blinding van belang. Een shamgecontroleerde studie is daarom de meest optimale vergelijking. Voor het beoordelen van complicaties worden naast RCT's ook case series meegenomen.

Resultaten neuromodulatie bij PDN

In ons standpunt uit 2019 zijn 2 RCT's opgenomen waarin de effectiviteit van SCS bij PDN is onderzocht. In de gepoolde uitkomst van deze RCT's wordt een groot klinisch relevante afname van pijn en een groot percentage responders gezien na behandeling met SCS ten opzichte van best medical treatment (BMT). Ook op de uitkomst functioneren zien we een klinisch relevante verbetering. De kwaliteit van het bewijs voor de uitkomsten pijn en percentage responders is als middelmatig beoordeeld en voor de uitkomst functioneren als zeer laag. De effecten op pijn en percentage responders houden vijf jaar aan (kwaliteit van bewijs is zeer laag).

Na publicatie van dit standpunt zijn nog een aantal studies gepubliceerd waarin neuromodulatie bij PDN onderzocht.

- De studie van Henson et al. 2021⁶ is een SR met als doel de veiligheid en effectiviteit van SCS bij PDN te onderzoeken. Uit literatuuronderzoek kwamen 14 prospectieve studies⁷ naar voren. De auteurs concluderen dat er sprake is van matige kwaliteit bewijs voor de veiligheid en werkzaamheid van SCS bij deze indicatie.

³ https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/polyneuropathie/startpagina_-_polyneuropathie.html

⁴ NIV. Richtlijn Pijnlijke diabetische neuropathie. 2018.

⁵ Cruccu G, Garcia-Larrea L, Hansson P, et al. EAN guidelines on central neurostimulation therapy in chronic pain conditions. Eur J Neurol 2016; 23: 1489-99.

⁶ Henson, JV., Varhabhatla, NC., Bebic, Z, et al. Spinal Cord Stimulation for Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: A Systematic Review. Pain Ther 2021, 10(2), 895-908. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00282-9>.

⁷ Studies die geïncludeerd werden waren gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's), retrospectieve, case-control en prospectieve observationele studies ter beoordeling van ruggenmergstimulatie voor PDN bij zowel type 1 als type 2 diabetici die 18 jaar of ouder waren.

- In de RCT van Peterson et al. 2022⁸ is het verschil in pijn en kwaliteit van leven onderzocht tussen SCS en conventionele behandeling met medicatie (CMM). De SCS-behandeling resulteerde in klinisch relevante pijnverlichting en verbetering van de algehele kwaliteit van leven na 12 maanden. Ook de groep patiënten die na 6 maanden overstapte op SCS laten deze resultaten zien.
- De studie van Zuidema et al. 2022⁹ onderzocht de lange termijn effecten (>8 jaar) van SCS bij DPN. 63% (25) van de aanvankelijke geïmplanteerde 40 patiënten waren na >8 jaar nog geïmplanteerd met SCS. Van 19 van hen waren de langetermijnresultaten beschikbaar. Gemiddelde NRS-scores voor pijnintensiteit overdag en 's nachts daalden met respectievelijk $2,3 \pm 2,5$ en $2,2 \pm 2,4$ punten vanaf baseline tot follow-up op lange termijn. Dit is een klinisch relevante afname van de pijn.

Deze studies ondersteunen de positieve resultaten bij PDN beschreven in het standpunt 'neuromodulatie bij chronische pijn'.

In het standpunt van 2019 beschrijven we dat uit de literatuur een aantal aspecten naar voren komt die de effectiviteit van de behandeling bij DNP mede bepalen of beïnvloeden, te weten:

- Zorgvuldige indicatiestelling/'last resort' behandeling: neuromodulatie is bij deze indicatie een 'last resort' behandeling. Het is dan ook van belang dat duidelijk is welke behandelingen een patiënt gehad moet hebben, voordat hij/zij in aanmerking komt voor neuromodulatie.
- Voldoende ervaring en expertise behandelaren: zorgvuldige indicatiestelling is vereist. Dit betekent dat de indicatiestelling moet plaatsvinden door een multidisciplinair team, waarin - vanwege de diagnostisering van pijnlijke diabetische neuropathie en het uitsluiten van psychologische contra-indicaties - naast een anesthesioloog-pijnspecialist, ook een neuroloog en een psycholoog zitting hebben. Daarbij kan ook worden betrokken in welke gevallen het medisch inhoudelijk gewenst is om een revalidatiearts te betrekken.
- Proefplaatsing: voorafgaand aan de definitieve plaatsing van een implantaat bij een patiënt moet altijd eerst een proefstimulatie worden gedaan om na te gaan of daadwerkelijk effect (> 50% afname van de pijn) te verwachten is van een definitieve plaatsing.
- Effectiviteit op lange termijn. Het is onduidelijk wat de effecten op lange termijn zijn. Daarom moeten het vervolgtraject en de nazorg helder zijn: hoe vaak moeten controles bij de patiënt plaatsvinden en wanneer kan/moet eventueel gestopt worden met neuromodulatie? Een set van heldere stopcriteria is hiervoor noodzakelijk.
- Patiëntenregistratie: mede gelet op voorstaande punten, dient er een patiëntenregistratie te komen waarin (lange termijn) uitkomsten (pijn, functioneren en kwaliteit van leven) en complicaties/bijwerkingen (in relatie tot type stimulator) worden vastgelegd en geëvalueerd.
- Beperkt aantal gecertificeerde centra: gelet op de lastige indicatiestelling, de complexiteit van de behandeling die specifieke expertise van behandelaren vergt en de vele verschillende indicaties, is het wenselijk dat de behandeling in een bij voorkeur beperkt aantal gecertificeerde centra wordt uitgevoerd, waarbij getoetst wordt aan door de relevante beroepsgroep(en) opgestelde kwaliteitscriteria voor behandelcentra.

⁸ Petersen, EA., Stauss, T., Scowcroft, JA. et al. High-Frequency 10-kHz Spinal Cord Stimulation Improves Health-Related Quality of Life in Patients With Refractory Painful Diabetic Neuropathy: 12-Month Results From a Randomized Controlled Trial. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*, 2022, 6(4), 347-360.

⁹ Zuidema, X., van Daal, E., van Geel, I., et al. Long-term Evaluation of Spinal Cord Stimulation in Patients With Painful Diabetic Polyneuropathy: An Eight-to-Ten-Year Prospective Cohort Study. *Neuromodulation*. 2022 <https://doi.org/10.1016/j.neurom.2022.12.003>

De NVA heeft naar aanleiding van het standpunt neuromodulatie bij chronische pijn van het Zorginstituut samen met de patiëntenvereniging en Zorgverzekeraars Nederland bovenstaande aandachtspunten uitgewerkt in haar 'standpunt neuromodulatie bij chronische pijn; geprotocolleerde behandeling met neuromodulatie'.¹⁰ Daarnaast heeft de NVA een registratie neuromodulatie opgezet en publiceert jaarlijks op haar website 'uitkomstregistratie neuromodulatie'.

Bespreking

Bij de pathofysiologische mechanismen van verschillende soorten perifere neuropathie – diabetische neuropathie, door chemotherapie geïnduceerde perifere neurotoxiciteit (CIPN), kritieke ziekte neuropathie– zijn dezelfde algemene mechanismen betrokken bij de axonale afbraakroute verantwoordelijk voor perifere zenuwdysfunctie en neuropathie (zie bijlage).

De drie belangrijkste factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van pijnlijke polyneuropathieën zijn:

- Mitochondriale schade,
- Vertraagd axonaal transport met axonale degeneratie en
- Centrale sensitisatie.

Deze mechanismen komen samen en leiden tot axondisfunctie en symptomen van neuropathie. Daarom wordt gezegd dat pijnlijke polyneuropathieën, ondanks verschillende etiologieën, niet als verschillende ziekte-toestanden moeten worden beschouwd.

Het blijkt dus dat er een aanzienlijke overlap bestaat tussen de ontwikkeling van verschillende typen neuropathie; met oxidatieve stress als gevolg van mitochondriale disfunctie, en centrale sensitisatie vaak aan het einde van de pathologische ontwikkelingstrechter. Er wordt daarom verwacht dat SCS-behandeling van de verschillende soorten neuropathie een vergelijkbare mate van werkzaamheid zal hebben¹¹.

Omdat de pathofysiologie van pijnlijke diabetische neuropathie (PDN) hetzelfde is als andere chronische pijnlijke polyneuropathieën vindt het Zorginstituut het aannemelijk dat de positieve resultaten die werden gevonden voor PDN ook gelden voor chronische pijnlijke polyneuropathieën.

Volume en kosten

De NVA geeft aan dat het om ongeveer 20 patiënten per jaar gaat. We hebben ook een expert op het gebied van polyneuropathieën benaderd. Deze gaf aan dat het aantal patiënten per jaar dat in aanmerking komt voor neuromodulatie tussen de 20 tot 50 patiënten zal zijn. De kosten liggen tussen circa 900.000 euro en 2 miljoen euro.

Conclusie stand wetenschap en praktijk

Op basis van de huidige wetenschappelijke onderbouwing en aanvullende argumenten concludeert het Zorginstituut dat neuromodulatie bij patiënten met pijnlijk polyneuropathieën voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Gevolg hiervan is dat deze interventie bij genoemde indicatie behoort tot te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet.

Om gepaste zorg te waarborgen geldt dat het protocol gevolgd moet worden voor indicatiestelling en de behandeling. Dat betekent dat het om volwassen patiënten gaat, bij wie chronische pijnlijke polyneuropathie is vastgesteld en die pijnklachten houden ondanks medische en paramedische behandeling:

¹⁰ anesthesiologie.nl/documenten/standpunt-neuromodulatie-bij-chronische-pijn

- sprake is van ernstige pijn (de VAS- en/of NRS-pijnscore ≥ 5 is);
- de proefbehandeling positief is (afname van de pijn met tenminste 50%); en
- de indicatiestelling plaatsvindt in multidisciplinair teamverband.

De volgende indicaties vallen onder pijnlijke polyneuropathieën

- o Chemotherapy induces polyneuropathy
- o Critical illness Polyneuropathy
- o Neuralgische amyotrofie
- o Alcohol induced polyneuropathy
- o chronische idiopathische axonale polyneuropathie

Gepaste zorg: opname indicatie in standpunt NVA en in uitkomstenregistratie

Het Zorginstituut heeft de NVA verzocht om hun 'standpunt neuromodulatie bij chronische pijn; geprotocolleerde behandeling met neuromodulatie' te herzien en deze indicatie hierin op te nemen. Ook hebben we gevraagd om deze indicatie mee te nemen in de uitkomstenregistratie. De NVA heeft hier positief op gereageerd en toegezegd dit voor het einde van dit jaar te kunnen realiseren.

Partijen

Beroeps-, wetenschappelijke verenigingen:

- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Specifieke organisaties voor neuromodulatie c.q. pijn:

- Pijn Alliantie in Nederland (PAiN)
- Vereniging voor Neuromodulatie Nederland (VvNN)
- Stichting Landelijk Kwaliteitssysteem Neuromodulatie (SLKN)

Patiëntenverenigingen:

- Patiënten Vereniging voor Neuromodulatie (PVvN)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar 1 Stem91

Zorgverzekeraars:

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Ingangsdatum

De ingangsdatum van dit standpunt is 9 juli 2024.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

