

Beleidsvisie inzake pijnrevalidatie en revalidatietechnologie

december 2003

Hierbij zet ik mijn beleid uiteen op grond van artikel 8 Wet op bijzondere medische verrichtingen, ten behoeve van het aanwijzen van instellingen die zich in het bijzonder richten op pijnrevalidatie en revalidatietechnologie. Op grond van artikel 8, lid 2 van de WBMV kan een instelling mij verzoeken haar aan te wijzen voor de uitvoering van pijnrevalidatie en revalidatietechnologie. De criteria die zijn genoemd in deze Beleidsvisie vormen het beoordelingskader.

Pijnrevalidatie

Inleiding

Sinds aanvang jaren tachtig is er sprake van een toename van het aantal patiënten dat zich aandient met chronisch benigne pijnklachten of daaraan verwante syndromen, zoals fibromyalgie, whiplash, chronisch vermoeidheidssyndroom en bekkeninstabiliteit. Deze chronische pijnklachten veroorzaken groot psychisch, fysiek en sociaal leed bij patiënten, vaak leidend tot ernstige belemmeringen in de maatschappelijke participatie. Een aanzienlijk percentage van deze patiënten doorloopt een lang traject in het medische circuit, waarbij vaak rolstoel- of bedgebondenheid en arbeidsongeschiktheid niet uitgesloten kan worden.

Ter bevordering van de kennis en afstemming op het gebied van chronische complexe pijn zijn in 1994 vier academische ziekenhuizen (Groningen, Nijmegen, Rotterdam en Maastricht) aangewezen om te fungeren als Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn. Inmiddels hebben deze pijnkenniscentra (PKC's) een grote bijdrage geleverd aan onderzoek en innovatie op het gebied van pijnbehandeling. De hieruit voortvloeiende verbeterde inzichten en deskundigheid zijn geïmplementeerd in de diagnostiek en behandeling van patiënten waarmee de algemene kennis op curatief gebied is verbeterd. Ondanks het mede hierdoor ontstane grote scala aan pijnbestrijdingstechnieken kan

worden vastgesteld dat het aantal (chronische) patiënten dat zich met pijnproblematiek aandient eerder toedien dan afneemt.

Reeds in 1986 heeft de Gezondheidsraad advies uitgebracht over de problematiek van chronisch benigne pijn (advies d.d. 15 december 1986). Volgens de Gezondheidsraad zouden er twee à drie pijnmanagementcentra dienen te functioneren voor de multimodale behandeling van patiënten, welke centra zouden kunnen worden ondergebracht bij bestaande revalidatiecentra. De belangrijkste redenen hiervoor lagen in de daar reeds beschikbare deskundigheid en infrastructuur, waarmee het beste op de problemen van deze patiëntencategorieën zou kunnen worden ingespeeld.

De toename in de problematiek kan het hoofd worden geboden door enkele centra aan te wijzen als gespecialiseerd in de revalidatiezorg op het gebied van pijnklachten. Deze centra zullen zich niet alleen toeleggen op de verdere ontwikkeling van deskundigheid ter zake, maar eveneens overdracht bewerkstelligen van de ontwikkelde deskundigheid en kennis aan overige zorgverleners. In het navolgende zal ik mijn visie nader uiteenzetten.

Pijnrevalidatie

Zoals al werd aangegeven in het eerder genoemde advies van de Gezondheidsraad blijkt pijn niet een eenvoudig medisch probleem waarvoor de oplossing kan worden gevonden via de gebruikelijke lijn: klacht-onderzoek-diagnose-behandeling. Pijn is een fenomeen met vele aspecten, waarover nog relatief weinig bekend is. Men kan bovendien verschillende soorten pijn onderscheiden, waarbinnen de accenten op bepaalde aspecten onderling verschillen. Dit heeft consequenties voor de behandeling, die kan variëren van het voorschrijven van medicatie door een huisarts, behandeling door bijvoorbeeld een fysiotherapeut, tot aan gespecialiseerde revalidatie aan de andere kant van het spectrum van het zorgaanbod.

Als regel melden patiënten zich met pijnklachten bij de huisarts vanaf de acute fase (incident, episode en/of ongeval). In 90% van de gevallen gaat het bij pijnklachten om problemen met het bewegingsapparaat. In verschillende mate en op uiteenlopende wijze worden vervolgens de patiënten door de huisarts voor nadere diagnostiek en behandeling doorverwezen naar de tweede lijn. In enkele regio's is, soms in nauwe samenwerking met het pijnkenniscentrum, een screenings- en doorverwijzingsprotocol opgesteld. Het is in deze fase moeilijk te voorspellen in welke mate er kans op chroniciteit bestaat. Via diverse onderzoekstrajecten wordt momenteel nagegaan of determinanten en risicofactoren voor deze chroniciteit beter zijn vast te stellen, zodat daarop aangrijpende maatregelen overwogen kunnen worden.

Wanneer het gaat om chronische pijn wordt bedoeld om reeds langer bestaande pijn die niet vanzelf op redelijke termijn verdwijnt. Als een patiënt voor zijn – chronische – pijnklachten is uitbehandeld in de eerste en/of tweede lijn en de klachten persisteren, is meestal revalidatie geïndiceerd. Immers, hoe langer de pijn bestaat, des te groter de kans dat in een bepaald stadium niet alleen fysieke maar ook psychische en sociale aspecten in toenemende mate een complexe rol spelen bij de instandhouding van de klachten. Revalidatie wordt ingezet om complexe of ingrijpende beperkingen en handicaps, samenhangend met stoornissen en/of beperkingen in het bewegingsvermogen te voorkomen, te herstellen of te verminderen. Het werkterrein van de revalidatie lag in eerste instantie bij mensen met primair een motorische handicap. Inmiddels valt een verbreding waar te nemen naar andere terreinen, waaronder die van de pijnklachten en chronische vermoeidheid. Een groot deel van de patiënten met chronische pijnklachten vindt afdoende baat bij multidisciplinaire aanpak die in algemene revalidatiecentra geboden wordt. Aanvankelijk was dat beperkt tot enkele centra waar de eer-

ste ontwikkelingen zijn gestart. De eerste verspreiding daarvan heeft plaatsgevonden, zodat inmiddels diverse revalidatiecentra vormen van pijnrevalidatie aanbieden.

Om de noodzaak in te zien voor de revalidatiebehandeling van pijnklachten op een hoger niveau dan dat van de algemene revalidatiecentra is het noodzakelijk naar de aard van de klachten te kijken. In dit kader is het werk van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) van de Vereniging van Revalidatieartsen van belang. Om diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijnklachten in houdings- en bewegingsapparaat inzichtelijker te maken, heeft deze werkgroep een indeling ontwikkeld ten aanzien van patiënten met het chronisch pijnsyndroom, waarbij de klachten langer dan zes weken bestaan. Het onderscheid in verschillende niveaus wordt voornamelijk bepaald door de mate waarin psychologische en maatschappelijke factoren een rol spelen bij het handhaven (ook wel onderhouden genoemd) van het disfunctioneren bij pijn.

De WPN heeft gekozen voor een grens van 6 weken omdat dan de kans op chroniciteit groot is. De door de WPN geformuleerde indeling is echter niet bedoeld als indicatiecriterium dat bepaalt dat patiënten in aanmerking komen voor revalidatie. Het is een indeling in complexiteit, in zwaartecategorieën als hulpmiddel om te bepalen waar de patiënt het beste behandeld kan worden. Dit kan zijn in de revalidatiecentra, de revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen, de PKC's maar ook in de eerste lijn wanneer daar voldoende kennis aanwezig is.

Het gaat samengevat om de volgende indeling:

WPN-niveau 1

Op dit niveau is er sprake van disfunctioneren bij pijnklachten in houdings- en bewegingsapparaat langer dan 6 weken bestaand, waarbij maatschappelijke en psychologische factoren geen belangrijke onderhoudende rol spelen.

WPN-niveau 2

Naast het disfunctioneren bij pijnklachten is er tevens sprake van problematiek op ergonomisch gebied en lichamelijke overbelasting, terwijl

maatschappelijke en psychologische factoren aanwezig zijn maar niet complex.

WPN-niveau 3

Hierbij zijn de maatschappelijke en psychologische factoren complex en spelen een belangrijke rol bij het onderhouden van pijnklachten.

WPN-niveau 4

Op dit niveau zijn de maatschappelijke en psychologische factoren zeer complex en spelen zij de belangrijkste onderhoudende rol.

Voor een succesvolle behandeling van patiënten op niveau 3 en 4 dient behandeling plaats te vinden in centra waar pijnrevalidatie wordt geboden die meer ingaat op de maatschappelijke en psychologische factoren dan elders het geval is. Op niveau 3 kan vaak met poliklinische behandeling worden volstaan, waarbij de revalidatiearts wordt bijgestaan door een revalidatieteam dat gespecialiseerd is in chronische pijn. Psychologie en/of maatschappelijk werk dienen bij de intake betrokken te zijn, en zo nodig is er sprake van multidisciplinaire observatie. Op niveau 4 is meestal klinische behandeling aangewezen, waarbij tevens een consulent psychiater aanwezig moet zijn.

In de afgelopen jaren is gebleken dat enkele revalidatiecentra een dergelijke rol zijn gaan invullen. In de Verenigde Staten heeft men ervaring opgedaan in een soortgelijke functie zoals die vervuld wordt door de 'Multidisciplinary Pain Centers'. Het gaat hierbij om een samenbundeling van enerzijds gespecialiseerde multidisciplinaire pijnrevalidatie alsook structurele inzet op het gebied van onderwijs en onderzoek volgens de normen van de International Association for the Study of Pain (IASP). Op deze wijze wordt aan hiervoor geïndiceerde patiënten de meest adequate zorg geboden, terwijl implementatie van de opgedane ervaring en via onderzoek verkregen nieuwe inzichten in een continuüm plaatsvindt.

Reacties veldpartijen

De Vereniging van revalidatie-instellingen in Nederland (VRIN) heeft bij brief van 19 oktober 2001 (kenmerk 01344 Pe/BN) te kennen gegeven de toepassing te onderschrijven van artikel

8 WBMV, teneinde aan de functie pijnrevalidatie alsmede de hierna te behandelen revalidatietechnologie een bovenregionale status te geven. Hierbij heeft toetsing plaatsgevonden aan het vigerende beleidskader van de revalidatiebranche inzake gespecialiseerde zorgvormen en kenniscentra, zoals neergelegd in de nota 'Werken aan revalidatie' (VRIN, januari 2000). Het standpunt van de VRIN is mede gebaseerd op het signaleringsrapport revalidatie (rapportnummer 509) van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ).

De VRIN meent dat concentratie van beide functies in een beperkt aantal revalidatiecentra gewenst is. Naast realisatie van het reguliere zorgaanbod, zouden aan deze centra bijzondere taken dienen te worden toegekend met als doel het bevorderen en ontsluiten van geconcentreerde kennis en ervaring. De VRIN geeft aan dat na sondering bij de leden van de VRIN en gehoord de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde (VRA) geconcludeerd kan worden dat er breed draagvlak is voor de toekenning van een bovenregionale status aan de functies pijnrevalidatie en revalidatietechnologie. Daarbij wordt nadrukkelijk aangekend dat bij de aanwijzing van revalidatiecentra met een bovenregionale status voorwaarden moeten worden opgenomen, die garanderen dat de inzichten en behandelwijzen, die binnen deze functies worden gegeneerd, ten goede komen aan de gehele behandelende sector. Hierin is voorzien bij de bij beide functies gestelde criteria voor aanwijzing.

De VRIN steunt de aanwijzing van de centra Het Roessingh te Enschede en Stichting Revalidatie Limburg (SRL) te Hoensbroek.

Een concept-beleidsvisie is toegestuurd aan betrokken veldpartijen. Hieronder volgen in het kort de reacties van partijen. Sommige elementen uit deze reacties zijn in de beleidsvisie verwerkt. Andere elementen worden hier als achtergrondinformatie weergegeven.

Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) meent dat er op grond van de concept-beleidsvisie en de nu beschikbare gegevens onvoldoende aanleiding is om de complexe pijnrevalidatie onder de werking van de WBMV te brengen. Dit temeer daar in de beleidsvisie wordt aangegeven dat er sprake is

van zelfregulering omdat al een versnelde en geconcentreerde opbouw van kennis en ervaring in gang is gezet door enkele revalidatiecentra.

Hoewel enkele instellingen zich op dit terrein inderdaad verdienstelijk maken, heeft dit tot op heden in onvoldoende mate geleid tot een geconcentreerde opbouw van kennis en ervaring op het terrein van chronische pijn waar andere centra van kunnen profiteren. Zo vindt ten aanzien van specifiek wetenschappelijk onderzoek onvoldoende coördinatie plaats. Er ontbreekt consensus over kwaliteitscriteria voor behandelprogramma's en de beschikbare kennis over diagnostiek en behandeling van chronische pijn wordt in onvoldoende mate overgedragen naar andere revalidatiecentra, revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen alsmede de eerste lijn. Ook de ontwikkeling van nieuwe revalidatieprogramma's stagneert als gevolg van gebrek aan bundeling van kennis. De stimulans die uitgaat van deze beleidsvisie is gericht op deze activiteiten en niet op de zorgverlening.

Dat de bekostiging van de huidige zorgverlening aan complexe pijnpatiënten correct verloopt via de inzet van extra RBU's naarmate de behandeling intensiever is, zoals het CTG terecht constateert, betreft slechts een gering aspect van de problematiek en doet niets af aan het feit dat de met deze beleidsvisie beoogde ontwikkelingen zonder gerichte sturing en bekostiging van de overheid in de praktijk onvoldoende van de grond blijken te komen. Het gaat hier juist om de coördinatie van activiteiten op landelijk of internationaal niveau, het wetenschappelijk onderzoek dat inzicht kan geven in de effectiviteit van de toegepaste diagnostiek en behandeling alsmede verspreiding van nieuwe inzichten. Daarnaast blijken verzekeraars in het lokaal overleg bezwaar te hebben tegen het hoge RBU-tarief hetgeen voor een gedeelte wordt veroorzaakt door bovenregionale patiënten. Hiermee is ook de vergelijkbare vraag van het CBZ beantwoord.

Het CTG vraagt bij de aanwijzing van instelling rekening te houden met de spreiding van zorg. Hoewel beide beoogde instellingen voor zover het CTG dit kan overzien voldoen aan de criteria, wordt vanuit dit oogpunt een

vraagteken gesteld bij de aanwijzing van met name de SRL.

Het punt van regionale spreiding komt ook aan de orde bij de reactie van de VRIN. Algemeen gesteld geeft de VRIN aan, samen met de VRA, in te stemmen met de beleidsvisie. Voor wat betreft de medisch inhoudelijke aspecten is deze reactie kortgesloten met de WPN.

De VRIN maakt onderscheid tussen enerzijds de ontwikkelingsfunctie van centra en anderzijds centra waar de al dan niet gespecialiseerde kennis wordt toegepast. De eerste categorie kan naar de mening van de VRIN heel goed geconcentreerd worden; de tweede vraagt om uitdrukkelijke afwegingen van patiëntenbelangen.

Met betrekking tot de ontwikkelingsfunctie hecht de VRIN aan ontwikkeling van de pijnrevalidatie in de context van de totale pijnkennisketen. Daarom dient aansluiting te worden gezocht bij de activiteiten van de vier Pijnkenniscentra (PKC's). De voortrekkersrol van Het Roessingh en SRL wordt daarbij erkend.

Samenwerking met de PKC's is in lijn met de reactie van de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ). De VAZ stelt dat het niet doelmatig zou zijn een nieuwe infrastructuur te creëren met aanwijzing in het kader van deze beleidsvisie waar PKC's al veel ervaring hebben met kennisontwikkeling op het gebied van pijn. De beoogde instellingen hebben echter een meerwaarde in de ontwikkeling van kennis juist door de combinatie met diagnostiek en behandeling van aanzienlijke aantallen patiënten uit de doelgroep, hetgeen bij PKC's niet het geval is. Zie verder het advies van het CVZ ten aanzien van PKC's wat hieronder wordt besproken.

Met betrekking tot de specifieke behandelingsfunctie meent de VRIN dat patiënten met chronische benigne pijn zo dicht mogelijk bij huis gebruik zouden moeten maken van dit aanbod, mits aan de kwaliteitscriteria wordt voldaan. Bij de aanwijzing van de eventuele derde instelling dient hier rekening mee te worden gehouden. In dit kader onderstreept de VRIN het belang van kennisoverdracht naar de reguliere behandelpraktijk in de revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen, hetgeen met deze beleidsvisie wordt beoogd.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) kan zich goed

verenigen met de hoofdlijnen die zijn aangegeven in de beleidsvisie. De NVZ vindt evenals de VRIN dat de zorg zo dicht mogelijk bij patiënten kan worden aangeboden. Mede met het oog hierop acht de NVZ de verspreiding en implementatie van de ontwikkelde kennis en nieuwe behandeltechnieken naar onder andere de ziekenhuizen met revalidatieafdelingen van groot belang.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) adviseerde in eerste instantie de beleidsvisie niet vast te stellen. Het CVZ geeft te kennen te vrezen dat de aanwijzing van de gespecialiseerde centra contraproductief gaat werken en juist leidt tot ondoelmatige zorgverlening en onnodige kostenstijging. Het CVZ adviseert allereerst een evaluatie uit te voeren van de resultaten van de bestaande PKC's en Neuromodulatie. Op grond van de resultaten kan geanalyseerd worden wat de resterende knelpunten zijn, alvorens een vervolgstap wordt gezet.

Ten aanzien van de pijnrevalidatie is deze vrees met name gebaseerd op het hanteren van de grenswaarde van 6 weken door de WPN voordat men spreekt van chronische pijn. Het CVZ vermoedt dat er dan een grote toestroom naar de revalidatie dreigt. Met andere woorden dat er een aanzuigende werking optreedt die tot een ernstige kostenstijging zou kunnen leiden. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) had een vergelijkbare opmerking gemaakt.

De WPN heeft gekozen voor een grens van 6 weken omdat dan de kans op chroniciteit groot is. De door de WPN geformuleerde indeling is echter niet bedoeld als indicatiecriterium dat bepaalt dat patiënten in aanmerking komen voor revalidatie. Het is een indeling in complexiteit, in zwaartecategorieën als hulpmiddel om te bepalen waar de patiënt het beste behandeld kan worden. Dit kan zijn in de revalidatiecentra, de revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen, de PKC's maar ook in de eerste lijn wanneer daar voldoende kennis aanwezig is. Patiënten met klachten die langer dan zes weken bestaan hoeven dus niet per definitie gerevalideerd te worden maar kunnen over het algemeen heel goed in de eerste lijn behandeld worden. De erkenning van de aan te wijzen instellingen zal er juist ook toe bijdragen dat kennis naar deze eerste lijn wordt overgedragen om een adequate behandeling en preventie mogelijk te maken met als

doel minder doorverwijzingen naar tweede of derde lijn en minder medische consumptie. Dit is geheel in lijn met het advies van het CVZ dat de nadruk moet liggen op het realiseren van een tijdige en passende interventie in de eerste lijn en gerichte verwijzing op indicatie naar de tweede lijn.

Het CVZ stelt terecht dat de WPN-indeling niet overeenkomt met het classificatiesysteem en het pijndatamanagementsysteem (PDMS) dat binnen het kader van de Samenwerkende Kenniscentra is ontwikkeld. De WPN-indeling blijkt echter in de revalidatiebranche een adequate aanvulling hierop om zoals gezegd te beoordelen bij welke zorg de patiënt het meeste is gebaat. De conclusie van het CVZ dat gebrek aan eenheid van taal een ongunstige ontwikkeling is wordt dan ook niet geschraagd door de ervaringen in de praktijk.

Het CVZ vermeldt dat binnen de WBMV de pijnbehandeling op dit moment naast de PKC's ook is geregeld voor de Neuromodulatie. De pijnbehandeling in het kader van Neuromodulatie heeft vooral betrekking op pijnbestrijding in engere zin met medicatie en zenuwblokkades. Bij de PKC's is de benadering weliswaar multidisciplinair zoals dat ook het geval is bij de revalidatiecentra, maar het accent ligt bij de behandeling op de somatiek. De beleidsvisie heeft betrekking op de pijnrevalidatie volgens cognitief-gedragsmatige principes. Vanzelfsprekend is bij een bundeling van krachten en deskundigheid binnen de revalidatie op dit terrein samenwerking en afstemming met de PKC's van groot belang. Het bevorderen van de gewenste ontwikkelingen in pijnrevalidatie is echter dringend gewenst, heeft groot draagvlak en kan goed gerealiseerd worden ongeacht de uitkomsten van een evaluatie van de PKC's en Neuromodulatie.

Het CBZ ondersteunt de beleidsvisie, maar heeft hier wel enkele kanttekeningen en aanvullingen bij gemaakt. Als eerste ziet het CBZ graag een verduidelijking van de samenhang van de twee functies waar de beleidsvisie betrekking op heeft. In reactie hierop kan gesteld worden dat hoewel de doelgroepen voor de pijnrevalidatie en de revalidatietechnologie verschillende zijn, de functie van ontwikkelcentrum een aantal gemeenschappelijke kenmerken heeft. Beide ontwikkelcentra hebben

betrekking op revalidatie, beide hebben betrekking op de combinatie van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs en beide hebben betrekking op vergelijkbare knelpunten in de dagelijkse praktijk.

Het CBZ merkt terecht op dat de beleidsvisie aansluit bij het in 1997 door de toenmalige minister in gang gezette beleid gericht op versterking van het revalidatieonderzoek (brief aan de Tweede Kamer inzake standpunt revalidatieonderzoek d.d. 25 augustus 1997). Met dit beleid wordt beoogd om door samenwerkingsverbanden tussen revalidatie-instellingen, universiteiten en academische ziekenhuizen de kwaliteit en effectiviteit van het revalidatieonderzoek te verbeteren en de implementatie van nieuw ontwikkelde kennis te bevorderen.

Hiervoor werd door de minister de term 'academisering revalidatie-instellingen' geïntroduceerd. In het standpunt werd de revalidatietechnologie een bijzonder aandachtspunt genoemd, waarmee eveneens de samenhang wordt onderbouwd tussen beide terreinen die de beleidsvisie beslaat.

Het CBZ heeft eveneens geadviseerd de beleidsvisie aan te vullen met meer recente wetenschappelijke inzichten inzake de effectiviteit van de multimodale cognitief-gedragsmatige aanpak voor chronische pijnklachten dan uit het Gezondheidsraadadvies van 1986. Het verdient volgens het CBZ de aanbeveling om de effectiviteit van een cognitief-gedragsmatige behandelstrategie gedurende de looptijd van de regeling voor de Nederlandse situatie nader te evalueren. Dit is een van de kernactiviteiten die de aan te wijzen instellingen zullen gaan uitvoeren: het meten van de effecten van de behandeling en het verwerken en implementeren van de daaruit verkregen gegevens.

In vervolg op betreffende opmerking van het CBZ is de doelstelling van de beleidsvisie aangescherpt. Duidelijker komt tot uitdrukking dat de beleidsvisie beoogt dat de opbouw van kennis en ervaring wordt versneld door concentratie van ervaring en kennis en bundeling van krachten enerzijds, waarna juist diffusie van de gevonden inzichten plaatsvindt waar het gehele zorgveld van kan profiteren. Ook zijn enkele criteria voor de aan te wijzen instellingen aangepast met name op het punt van kwaliteitscriteria en patiëntenaantallen.

Het CBZ wijst erop dat de (complexe)

pijnrevalidatie binnen de kaders van bestaande bouwkundig-functionele maatstaven gerealiseerd kan worden.

Beleidsvisie

Gelet op de genoemde ontwikkelingen in de zorgvraag met betrekking tot complexe pijnklachten hecht ik grote waarde aan een versnelde en geconcentreerde opbouw van kennis en ervaring op dit gebied zoals die al in gang is gezet door enkele centra. De ontwikkelcentra dienen een bovenregionale functie te vervullen waardoor zij dusdanige aantallen patiënten zien dat zij die versnelling inderdaad mogelijk maken vergeleken bij een regionaal werkende instelling. Tegelijkertijd acht ik het van wezenlijk belang dat de ontwikkeling, implementatie en diffusie van nieuwe behandelstrategieën daarbij niet alleen ten goede komt aan de patiëntenpopulatie van het betreffende centrum: de kennis dient in horizontale zin overgedragen te worden naar andere revalidatiecentra, alsmede in verticale zin naar de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De relatie tussen de bovenregionale patiëntenzorg en de kennisopbouw en verspreiding moet hecht zijn om een hoog kwaliteitsniveau te kunnen handhaven. Het gaat hierbij om bovenregionale activiteiten waarvoor separate bekostiging aangewezen is teneinde de continuering te waarborgen van bedoelde specifieke functie naast de reguliere patiëntenzorg.

Criteria voor het aanwijzen van centra als ontwikkelcentra voor pijnrevalidatie
Conform de internationale normen, de aanbevelingen van de Gezondheidsraad uit 1986 en de beoordeling van de praktijk zijn de kenmerken te omschrijven van de aan te wijzen ontwikkelcentra voor pijnrevalidatie. Voor de aanwijzing dient aan alle criteria te worden voldaan.

– Het dient te gaan om centra die in termen van de Vereniging van Revalidatieartsen in Nederland alle vier (WPN-)niveaus van pijnrevalidatie aanbieden.

– De centra dienen zich te conformeren aan de door de VRIN en de VRA ontwikkelde kwaliteitscriteria.

– Er dienen zodanige patiëntenaantallen gezien te worden dat de ervaringsdeskundigheid optimaal op peil te houden is en er sprake is van minimaal een dubbele bezetting op alle therapeutische posities (multidisciplinaire patiënt-

tenzorg op bovenregionaal niveau).
Vooralsnog wordt hierbij als vuistregel een aantal van 150 à 200 patiënten gehanteerd.

- Er dienen binnen de regio zorgketen-afspraken te bestaan omtrent doorverwijzing en indicatiestelling (adequate inbedding in de zorginfrastructuur).
- Er dient samenwerking te zijn met (één van) de Pijnkenniscentra.
- De centra dienen aantoonbaar betrokken te zijn bij enkele onderzoekslijnen op het gebied van pijnrevalidatie, blijkend uit betrokkenheid van personen, publicaties en promoties. Aantoonbaar dient dit tot zorginnovaties te leiden, opnieuw blijkend uit publicaties (ontwikkelingsfunctie).
- De centra dienen structureel wetenschappelijke evaluaties uit te voeren van de revalidatieprogramma's.
- De centra dienen aanwijsbaar betrokken te zijn bij kennisoverdracht en onderwijs hetgeen een meer dan incidenteel karakter dient te hebben (onderwijs). De kennisoverdracht dient ten goede te komen aan de gehele behandelende sector, waaronder in ieder geval de revalidatiecentra en de ziekenhuizen met revalidatieafdelingen.
- De centra dienen mee te werken aan de evaluatie van de beleidsvisie.

Procedure

Het Roessingh te Enschede en Stichting Revalidatie Limburg te Hoensbroek zijn van oudsher de ervaren voortrekkers zijn op dit gebied, waarbij zij voldoen aan de bovengestelde criteria. In reactie op hun verzoek hiertoe worden deze instellingen op grond van deze beleidsvisie bij aparte beschikking formeel aangewezen krachtens de WBMV als ontwikkelcentrum voor pijnrevalidatie.

Gezien de noodzaak van regionale spreiding wordt aan maximaal drie te erkennen centra gedacht. Voor het aanvragen van een aanwijzing als ontwikkelcentrum pijnrevalidatie moeten geïnteresseerde instellingen uiterlijk 1 maart 2004 een verzoek hiertoe bij mij indienen (artikel 8, tweede lid, WBMV). Het verzoek wordt middels deze beleidsvisie inhoudelijk beoordeeld. Alleen indien een centrum aan alle met betrekking tot deze functie gestelde criteria voldoet zal ik tot aanwijzing als ontwikkelcentrum voor pijnrevalidatie overgaan.

Revalidatietechnologie

Inleiding

Technologie speelt een steeds grotere rol in wonen, werken en het dagelijks leven. Ook in de gezondheidszorg zijn ontwikkelingen gaande die mede het gevolg zijn van nieuwe inzichten en kennis verkregen door onderzoek en implementatie van nieuwe technologie. Deze technologische ontwikkelingen doen zich voor op alle terreinen van de gezondheidszorg. In onderstaande beleidsvisie wordt ingegaan op de rol hiervan binnen de revalidatiezorg.

Beleidsvisie

In de revalidatiezorg is er sprake van een tweeledige toepassing van de technologische ontwikkelingen. Op de eerste plaats is ten gevolge van deze ontwikkelingen op andere specialistische terreinen de kans op overleven in een betere conditie toegenomen, waardoor meer patiënten voor revalidatie in aanmerking komen. Op de tweede plaats is de technologie geleidelijk aan een integraal onderdeel van de revalidatie aan het worden; voor diagnostiek als therapieonderdeel of als functieondersteuning of -vervanging. Daarbij zijn technologische toepassingen steeds belangrijker bij het verwerven en handhaven van een bepaalde mate van maatschappelijke participatie.

Ik ben van mening dat het aanbeveling verdient een centrum aan te wijzen met een bijzondere functie op het gebied van de revalidatietechnologie. Onder revalidatietechnologie wordt daarbij het volgende verstaan: 'Revalidatietechnologie is het multidisciplinaire vakgebied dat zich bezighoudt met onderzoek én de toepassing van de technologie in de revalidatie. Het omvat technologie voor diagnose, therapie en voor ondersteuning van lichaamsfuncties.'

Ondersteuning en versterking van deze functie is van belang voor de ontwikkeling van kennis en disseminatie van technologische toepassingen die voor mensen met motorische beperkingen een verbetering kunnen betekenen voor hun maatschappelijke participatie. Het gaat daarbij niet om het stimuleren van de technologische innovaties zelf, maar om het invoeren van innovaties in de zorgpraktijk na het stadium van het prototype en/of de eerste experimentele klinische toepassingen, alsmede

verspreiding van de verworven kennis, ervaring en inzichten.

Revalidatietechnologie wordt met de bovenomschreven doelstellingen toegepast afhankelijk van het ziektebeeld en de persoonlijke mogelijkheden van de patiënt. Het betreft toepassingen ten behoeve van functionele diagnostiek, ten behoeve van de evaluatie van behandeling, als onderdeel van therapie en ter ondersteuning van de zelfstandigheid van de revalidant. De revalidatietechnologie vormt een integraal onderdeel van de revalidatiezorg van het te erkennen revalidatiecentrum en wordt als geheel state of the art toegepast. Er dient dus sprake te zijn van waarborgen van het toepassen van de nieuwste technieken en inzichten. Verschillende vormen van revalidatietechnologie worden in enkele centra in Nederland toegepast. Het is echter de bedoeling een kenniscentrum revalidatietechnologie aan te wijzen, waarin vrijwel alle actuele technologische toepassingsmogelijkheden aanwezig zijn. Dit is slechts mogelijk als er sprake is van implementatie van de meest actuele technologische mogelijkheden binnen de revalidatiebehandeling en een op innovatie toegesnedene infrastructuur en een nauw samenwerkingsverband met een technische universiteit.

Reacties veldpartijen

Zoals aangegeven bij pijnrevalidatie is een concept-beleidsvisie toegestuurd aan veldpartijen. De VRIN geeft de aanbeveling dat de criteria voor aanwijzing van ontwikkelcentra voor revalidatietechnologie aangevuld worden met de voorwaarde dat van een structurele samenwerking van een (Technische) universiteit sprake dient te zijn. Het Roessingh voldoet aan deze alsmede aan alle overige gestelde voorwaarden. De VRIN meent dat, gelet op de snelheid waarmee technologische ontwikkelingen plaatsvinden, er ruimte moet zijn voor twee en maximaal drie ontwikkelcentra.

Het CVZ stelt dat, net als met betrekking tot pijnrevalidatie, voor het benoemen van een kenniscentrum voor revalidatietechnologie onvoldoende argumenten worden aangedragen. Momenteel wordt deze functie uitgevoerd door Het Roessingh, aldus het CVZ. Daarnaast wordt op diverse andere revalidatiecentra maar ook onderzoeksinstituten toegepast onderzoek uitgevoerd. Het CVZ meent dat bundeling van krachten en deskundig-

heid meerwaarde heeft terwijl het concentreren op een plaats eerder contra-productief zal werken.

Bij het realiseren van het voorgestelde ontwikkelcentrum gaat het echter juist om versnelde en geconcentreerde opbouw van kennis en ervaring waarvan andere instellingen kunnen profiteren. Belangrijke knelpunten daarbij zijn de invoering van zorginnovaties in de zorgpraktijk en het verspreiden van kennis inzake de nieuwe technologieën. Bij de criteria voor het aanwijzen van een dergelijk centrum zijn uitdrukkelijk stringente voorwaarden geformuleerd ten aanzien van samenwerking met relevante partijen en inbedding in de patiëntenzorg. Als aan deze criteria wordt voldaan, zoals bij Het Roessingh het geval is, dan is er duidelijk sprake van meerwaarde, een bundeling van krachten en samenwerking tussen partijen die de patiëntenzorg zal verbeteren.

Het CBZ plaatst de precisering dat de stimulatie in het kader van deze beleidsvisie zich richt op de fase in de ontwikkelingscyclus van een technologie na de eerste experimentele klinische toepassing ervan. De tekst is aangepast aan deze opmerking. Verder bepleit het CBZ ruimte te laten voor de aanwijzing van twee centra.

Evenals met betrekking tot de pijnrevalidatie geeft het CBZ aan dat het functioneren als ontwikkelcentrum voor revalidatietechnologie geen bijzondere bouwkundige voorzieningen vergt.

Criteria voor het aanwijzen van centra als ontwikkelcentrum voor revalidatietechnologie

Om voor de kwalificatie 'ontwikkelcentrum revalidatietechnologie' in aanmerking te komen moet aan alle navolgende criteria worden voldaan.

Inhoudelijke criteria

– Er dient state of the art technologische diagnostiek en therapie plaats te vinden. Diverse vormen van gangbeeldanalyse en dynamisch EMG, zitdrukmeetsystematiek voor decubitus en wondproblemen bij liggen, zitten en lopen zijn voorbeelden van de benodigde diagnostiek. Met betrekking tot therapeutische toepassingen zijn functionele elektrostimulatie bij diverse patiëntencategorieën ten behoeve van arm-, hand-, been- en blaasfunctie voorbeelden.

– Op het gebied van adaptatietechniek dient sprake te zijn van de meest

geavanceerde toepassingen binnen de revalidatie en een nauwe samenwerking met partijen die voorop lopen ten aanzien van technologische aanpassingen van hulpmiddelen, computerbesturingsprogramma's, spraaktechnologie en dergelijke.

– Gelet op de steeds sterkere interferentie tussen diagnostiek, behandeling, netwerkontwikkeling en het gebruik van ICT, dient het centrum een laboratoriumfunctie te hebben op het gebied van informatie- en communicatietechnologie.

Criteria met betrekking tot inbedding centrum en deskundigheid

Teneinde ook op langere termijn deze functie te kunnen vervullen is het van belang dat het revalidatiecentrum dat deze aanwijzing krijgt, alle relevante revalidatiefuncties heeft (dit betekent zowel kinder- als volwassenenrevalidatie, maar ook een revalidatieteam voor niet-aangeboren hersenletsel en dwarslaesiebehandeling). Er dient aantoonbaar toepassing van bovengenoemde technologieën te zijn en uitzicht op innovaties, die in de komende jaren geïmplementeerd gaan worden. Er dient een nauwe samenwerking met een researchorganisatie te zijn, met een technische universiteit en een medische faculteit.

Samenwerking met een groot algemeen ziekenhuis dat over neurochirurgie en bijzondere functies op het gebied van neurologie beschikt is daarbij van belang. Tenslotte is essentieel voor het daadwerkelijk tot ontwikkeling brengen van de verschillende technologieën dat er kanalen zijn voor het samenwerken met het bedrijfsleven voor het vermarkten van verschillende producten en/of productvernieuwingen.

Criteria met betrekking tot diffusie van nieuwe technologieën

Om het kenniscentrum effectief te laten zijn moet niet alleen een infrastructuur binnen het centrum aanwezig zijn om nieuwe kennis en technologieën te genereren. Het is essentieel dat er ook ervaring bestaat met kennisoverdracht en diffusie van nieuwe technologie. Dit dient aantoonbaar te zijn in voorbeelden van diffusie van revalidatietechnologie in de recente periode, door directe introductie in andere centra of door deelname aan scholing of andere vormen van kennisoverdracht. De kennisoverdracht dient ten goede te komen

aan de gehele behandelende sector, waaronder in ieder geval de revalidatiecentra en de ziekenhuizen met revalidatieafdelingen.

De instelling dient mee te werken aan de evaluatie van de beleidsvisie.

Procedure

Het Roessingh te Enschede voldoet aan de bovengestelde criteria. In reactie op het verzoek hiertoe wordt op grond van deze beleidsvisie deze instelling bij aparte beschikking formeel aangewezen krachtens de WBMV als ontwikkelcentrum voor revalidatietechnologie. De mogelijkheid wordt opengelaten een tweede centrum aan te wijzen als ontwikkelcentrum revalidatietechnologie. Geïnteresseerde instellingen moeten hiertoe uiterlijk 1 maart 2004 een verzoek bij mij indienen (artikel 8, tweede lid, WBMV). Het verzoek wordt middels deze beleidsvisie inhoudelijk beoordeeld. Alleen indien een centrum aan alle met betrekking tot deze functie gestelde criteria voldoet zal ik tot aanwijzing als ontwikkelcentrum voor revalidatietechnologie overgaan.

Bekostiging

Tot op heden was het gebruikelijk dat er voor de bekostiging van een voorziening, die onder de werking van de WBMV werd gebracht, een separate budgetbeleidsregel werd vastgesteld. De achtergrond daarvan is dat dergelijke voorzieningen zo duur zijn dat bekostiging uit het reguliere ziekenhuisbudget niet in de rede ligt. Bovendien hebben deze centra veelal een bovenregionale functie.

Inmiddels is het beleid dat beoogt de DBC-systematiek te introduceren zo ver gevorderd dat voor de bekostiging van de onderhavige WBMV-voorzieningen DBC's kunnen worden vastgesteld en geïntroduceerd. Per 1 juli 2004 zullen in het electieve segment ten dele vrijeprisonderhandelingen over DBC's plaatsvinden. De resterende 90%, waaronder de kosten van WBMV-voorzieningen zoals onderhavige, blijft onder het budgetregime vallen. Het budget hiervoor zal niet meer via verpleegtarieven, maar via door het CTG vastgestelde DBC-tarieven aan verzekeraars in rekening worden gebracht.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
J.F. Hoogervorst.*