

Verslag van ACP 38: Vergadering Adviescommissie Pakket CVZ d.d. 17 mei 2013

Leden:

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort
dr. A. Boer (voorzitter)
drs. M.C. Dekker
mw. prof. dr. H.M. Dupuis
mw. H.B.M. Grobbink CCMM
prof. dr. J. Kievit
drs. ing. A.H.J. Moerkamp
dr. C. Smit
prof. dr. G.J. van der Wilt

Ondersteuning:

H.J. Trouw MSc, adviseur (notulen)
mw. drs. J. Zwaap, secretaris (notulen)

Afwezig:

-

1. Opening en mededelingen

De voorzitter opent om 11.00 uur de vergadering.

2. Verklaringen conflicterende belangen

De bijgevoegde verklaringen geven geen aanleiding tot opmerkingen over mogelijk conflicterende belangen.

3. Stukken ter kennisneming

Er zijn geen opmerkingen bij de stukken die ter kennisneming zijn toegezonden.

4. Verslag vergadering 5 april

Er zijn geen opmerkingen bij het verslag.

Scoping onderwerpen

5. Verkenning medisch specialistische revalidatie

De secretaris merkt op dat het onderwerp eerder in de commissie aan de orde is geweest voor een eerste verkenning. Naar aanleiding van deze eerste bespreking is besloten een verkennend onderzoek te laten uitvoeren door Tangram naar de medisch specialistische revalidatie. Daarvan liggen de resultaten nu voor. De secretaris vat kort samen wat destijds de opmerkingen van de commissie. Zij zegt toe de betreffende passage uit het verslag aan dit verslag toe te voegen (zie bijlage). Vervolgens introduceren de auteurs kort het onderwerp. Op zich kan de medisch specialistische revalidatie bijdragen aan de participatie in de samenleving. Maar er zijn wel een aantal vragen gerezen, zoals:

- indicatiestelling: wie komt in aanmerking?
- Afbakening tussen de eerste en tweede lijn
- Aanbieders: afgrenzing tussen werkgever/ verzekering
- Wat is er bekend over de kosteneffectiviteit?

Dit zijn redenen om dit onderwerp nu op de agenda te zetten. De vragen aan de commissie zijn: wat vindt de commissie van de bevindingen en welke vervolgstappen zouden moeten worden gezet?

Door de commissieleden worden de volgende opmerkingen gemaakt en vragen gesteld:

- Revalidatie is ook één van de deelprogramma's van Zon/MW. Daarin wordt onderzocht wat de medisch wetenschappelijke kwaliteit is van de sector. Dit is niet meegenomen in het onderzoek. Datzelfde geldt voor de inspanningen die de sector zelf heeft verricht op het gebied van indicatiestelling en het ontwikkelen van indicatoren.

- Er is een duidelijke spanning tussen het traditionele aanbod en nieuwe aanbieders.
- Er zijn gelijkenissen met de GGZ casus klachten en stoornissen. Waar mag je als persoon zelf voor verantwoordelijk worden geacht en waarvoor niet? Er wordt veel onder de Zorgverzekeringswet geschoven wat niet altijd terecht lijkt te zijn.
- Als het gaat om participatie, wat is medisch en wat is arbogereleerd (bv. burn outs)? In het laatste geval is ook een relatie met de GGZ.
- De onduidelijkheid over de indicatiestelling zet gepast gebruik onder druk.
- Wat weten we over de evidence van deze zorg?
- Het gaat hier om een grote bak met behandelingen; daar zou eerst een ordening in aangebracht moeten worden.
- Het verschil tussen ZBC's en andere instelling is opvallend en duidt op perverse prikkels.
- Waarom richt de behandeling zich vooral op chronische pijn. Is dit lucratief?
- Wat gebeurt er op preventief gebied in de sector? Is het mogelijk door preventief te handelen chroniciteit te voorkómen?
- Het rapport is vooral gericht op experts en daardoor moeilijk leesbaar.

De voorzitter concludeert uit de vragen die naar voren komen dat er behoefte is in de commissie aan verklaringen. Een lid vindt het in dat kader interessant ook naar het proces vóór en na de revalidatiebehandeling te kijken. Hij ziet hierin bepaalde vooroordelen bevestigd, namelijk dat er vertroebeling is in de indicatiestelling. Op zich is chronische pijn een ernstige aandoening, maar is daar altijd sprake van? De groep is onduidelijk. Een whiplash is bv. ernstig, maar de groepen daaromheen hebben wellicht veel minder ernstige problematiek.

Een commissielid merkt op dat het goed is dat dit onderwerp tijdig is opgepakt. Het is een interessante vraag of er sprake is van een toegenomen behoefte of van wildgroei. Waarschijnlijk is er sprake van beiden. In dat geval is het belangrijk het kaf van het koren te scheiden. Hij ziet twee belangrijke vragen:

- de domeinvraag: die beantwoorden we met het instrumentarium dat we hebben, namelijk de Stand van de wetenschap en praktijk (SWP) en de pakketcriteria. Hier is het veld zelf aan zet.
- Uitvoeringsvragen: naast de pakketvraag is de vraag of deze zorg altijd uitgevoerd moet worden door medische specialisten. Dit heeft niet altijd meerwaarde. Een ander commissielid vult daarop aan dat de medische specialist vaak alleen voor consultatie en advies nodig is, en dat de uitvoering bij ligt bij anderen, zoals de fysiotherapeut.

Een commissielid brengt een eigen ervaring in waarbij met een investering van 4000 euro voor revalidatie hij van een hoop andere ellende af was. Dit om ook de positieve effecten die revalidatie kan hebben, te benadrukken.

De voorzitter vat de discussie als volgt samen:

- In het rapport van Tangram zijn sommige bronnen onderbelicht gebleven: de activiteiten van Zon/MW en het kwaliteitsbeleid van de sector zelf.
- Ook ontbreken in het rapport verklaringen en onderliggende mechanismen.
- Ten aanzien van de aanpak vindt de commissie dat het veld aan zet is om met bewijslast en antwoorden te komen.

De auteurs reageren op de discussie in de commissie. Er zijn veel touwtjes om aan te trekken bij dit onderwerp. De organisatie zal proberen aanvullende informatie op de vragen van de commissie te verzamelen. Daarvoor gaan we niet terug naar de onderzoekers. Niet alleen de scheidslijn tussen oud en nieuw aanbod is interessant, dat geldt ook voor de praktijkvariatie tussen aanbieders. De directe verwijzing door de bedrijfsarts blijkt zowel positieve als negatieve kanten te kennen. In het rapport is vooral ingegaan twee indicaties waar veel variatie is. Voor andere indicaties die niet zijn genoemd, zoals dwarslaesie, is dat niet het geval. Een commissielid vindt dit een belangrijke nuancering en vraagt dat ook zo te communiceren.

Naar verwachting zal het CVZ eind augustus een werkconferentie organiseren over dit onderwerp. Dan zullen de resultaten van het onderzoek aan de orde worden gesteld. Dit zal gebeuren aan de hand van de concrete pakket- en uitvoeringsvragen die aan de orde zijn geweest. Een commissielid stelt voor ook andere partijen dan de gevestigde uit te nodigen; dat levert misschien interessante ideeën en informatie op. De voorzitter besluit dat de commissieleden ook worden uitgenodigd en wellicht ook een rol bij de conferentie kunnen vervullen.

Ter bespreking

6. Pakketscan COPD

Een van de auteurs geeft een presentatie over de pakketscan. Naast de inhoudelijke resultaten, is een belangrijke ontwikkeling dat de pakketscan in de toekomst online zal worden gemaakt. Daarmee wordt de aanpak interactiever. Er zullen geen boekjes meer uitkomen.

De voorzitter mist in de presentatie het doorlopen proces. Kennelijk zijn de resultaten al besproken met de Long Alliantie Nederland (LAN)? De LAN is inderdaad nauw betrokken bij de ontwikkeling van de scan. Na de zomer wordt gesproken over gesignaleerde knelpunten. LAN heeft een landelijk actieprogramma met streefdoelen en knelpunten. Een van de streefdoelen is het verhogen van de doelmatigheid van geneesmiddelen. De implementatie van de zorgstandaard COPD staat op de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut, dus dat komt allemaal mooi bij elkaar.

Over de pakketscan en de presentatie hebben de commissieleden de volgende opmerkingen:

- De methodiek en structurele aanpak zijn mooi, maar omvangrijk.
- De neutrale opstelling bij pakketkwestie A mag wel anders; er mag stelling worden genomen tegen het ontbreken van therapietrouw.
- Mooi en leesbaar rapport. Jammer als dat niet meer zo bereikbaar is. Hopelijk blijft het ware karakter van de pakketscan behouden, ook op het internet.
- Het feit dat COPD meer voorkomt bij lagere SES is ernstig; daar zouden we iets mee moeten doen.
- Twijfel of artrose een goed nieuw onderwerp is. Beter om te kiezen voor een breed ziektebeeld.
- Hier zou je internationaal iets mee moeten doen.
- Associatie met de commissie Dunning; welke definitie geef je aan ziekte en gezondheid: individueel- ik zeg het; professioneel- de dokter zegt het; maatschappij- de samenleving zegt het. Dat komt in deze scan bij elkaar.
- Interessant waar de cirkels niet over elkaar heen vallen. Waar wringt het en moeten we hier iets mee?
- Uit de conclusies komen weinig pakketvragen naar voren, wel kwaliteitsvragen.
- Conclusies naar voren halen en een ordening in de knelpunten aanbrengen aan de hand van: iets doen?, wie? En wat?
- Belangrijk om verwachtingen van de LAN te managen. Wij gaan niet al hun knelpunten oplossen. Dat moet het veld zelf doen.
- Boek laten bestaan en mogelijk een e book uitgeven.
- Fysiotherapie is destijds van de lijst van vergoede behandelingen gehaald. Het is niet helder of een wens is dat dit weer terug komt in het pakket. Meer wensen ten aanzien van het pakket schuurt met het huidige beleid om meer behandelingen voor eigen rekening te laten komen. Er zouden meer programma's moeten worden ontwikkeld om mensen te ondersteunen en niet verwachten dat dit allemaal uit het pakket betaald kan worden.
- Voor donorlongen bestaan wachtlijsten. Hier speelt een actuele "end of life" discussie. Dit is geen kosteneffectieve behandeling. Er zou meer moeten worden gedaan om deze situatie te vermijden door bv. tv programma's "help,

mijn man rookt door...”. Er moet ook een bewustzijn komen in lagere sociale klassen.

- Wordt er niet geëxperimenteerd met een vaccinatie tegen roken? Een van de auteurs weet dat deze experimenten zijn gestopt vanwege slechte resultaten.

De voorzitter vat de opmerkingen van de commissie als volgt samen:

- De methodiek is grondig; de verschillende bronnen schetsen een goed beeld. Houd dit product vast, ook als het interactiever wordt en doe er iets internationaal mee. Uitbrengen als E-book.
- Verbind consequenties aan de scan en stel prioriteiten. Op pakketgebied zijn dat er weinig. Op maatschappelijk gebied zou een gesprek kunnen gestart.
- Soms schuren aanbevelingen tegen pakketprincipes. Daar moet je verantwoording voor afleggen. Plaats niet de actuele discussie buiten haken, maar sla een brug.
- Er zijn verschillende meningen over de opbrengst en de doorlooptijd van de pakketscan.

7. Rondvraag en sluiting

Omdat de volgende (14 juni) drie leden niet aanwezig kunnen zijn, is het verzoek te kijken of verschuiving mogelijk is. Het secretariaat zal hier nog op terugkomen. De voorzitter sluit de vergadering.

Actiepunten

Nr.	Onderwerp	Actie
38.1	Toevoegen aan verslag passage over bespreking medisch specialistische revalidatie in eerdere ACP vergadering (11 mei 2012)	Secretariaat
38.2	Kijken naar vergaderdatum 14 juni	Secretariaat

Bijlage 1 bij verslag ACP 17 mei 2013: passage uit verslag 11 mei 2012

5. Verkenning uitvoeringspraktijk revalidatie

De auteurs schuiven aan en geven een korte toelichting.

De ACP geeft een aantal adviezen:

- Een ACP-lid geeft aan dat er interessante kwesties spelen in de verhouding tussen arbeidsgeneeskunde en revalidatie en dat het onderscheid tussen de twee lijkt te vervagen. De auteur geeft aan dat dit grensvlak uitdrukkelijk aan de orde komt.
- Een ACP-lid vraagt hoe het voorstel zich verhoudt tot de pakketcriteria. De auteur antwoordt dat hier de wet als vertrekpunt is genomen. De ACP vult aan dat het ook mogelijk is gelijktijdig het probleem ook vanuit de pakketcriteria te benaderen. Je zou achtereenvolgens kunnen kijken naar de domeinvraag, de effectiviteitsvraag en de kosteneffectiviteitsvraag.
- Een ACP-lid adviseert om een duidelijke zwart-wit benadering te kiezen en duidelijk te zijn over wat wel en ook wat niet onder revalidatie valt.
- Een ACP-lid geeft aan dat in deze discussie het maatschappelijk rendement van een behandeling erg relevant is en dat dit nadrukkelijk moet worden meegenomen. De ACP ondersteunt deze opmerking, maar vult wel aan dat dit erg complex kan zijn. Hierbij wordt ook opgemerkt dat het belangrijk is dat het maatschappelijk nut niet koste wat het kost ondergeschikt wordt gemaakt aan het systeem.
- Een ACP-lid geeft aan dat de problemen rond arbeidsintegratie ook erg de aandacht hebben van de patiëntenverenigingen. Er zijn signalen uit de praktijk dat het steeds moeilijker wordt om terug te keren in het arbeidsproces.
- De ACP signaleert dat de discussie rond bewijs voor effectiviteit van behandelingsmethoden lastig is. Het ontbreken van passend bewijs kan leiden tot een te snel afschrijven van behandelmethoden. Daarnaast is het belangrijk om van tevoren goed te bedenken welk bewijs passend bewijs is.
- Gezien de discussie wordt toegezegd een tussenrapportage (na de "fact finding") in de ACP te agenderen. Een nadere planning volgt nog.