



Wat beweegt een mens?

Onderzoek naar de aangrijpingspunten voor
medisch specialistische revalidatie

Maart 2020



19 maart 2020

Rapport van Zorgvuldig Advies in opdracht van Zorginstituut Nederland

Auteurs: Laura van Steenveldt, Luc te Boekhorst, Piet de Bekker in samenwerking met Hans Slootman en Rienk Harkema

De auteurs zijn de leden van het expertteam (Yvonne Heerkens, Félicie van Vree en Sacha Langeveld) erkentelijk voor hun input. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het rapport ligt volledig bij de auteurs.



Inhoud

SAMENVATTING	5
1 AANLEIDING, OPDRACHT EN LEESWIJZER.....	7
1.1 AANLEIDING.....	7
1.2 OPDRACHT	7
1.3 LEESWIJZER	9
2 ONDERZOEKSMETHODEN EN PROCES	11
2.1 INLEIDING	11
2.2 GEHANTEERDE ONDERZOEKSMETHODEN	11
2.3 PROCES	12
3 WAT IS MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE?.....	13
3.1 INLEIDING	13
3.2 MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE EN DE REVALIDATIEARTS.....	13
3.3 CONTEXT	14
3.4 ALGEMENE EN INTERDISCIPLINAIRE MSR.....	15
4 ONTWIKKELINGEN	17
4.1 INLEIDING	17
4.2 MSR UITGAVEN EN AANTALLEN	17
4.3 BATEN VAN DE MSR	20
4.4 BEKOSTIGING EN FINANCIERING	20
4.5 INDICATIESTELLING MSR.....	22
4.6 VISIE GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSZORG.....	26
4.7 ANDERE ONTWIKKELINGEN	26
5 WAT BEPAALT OF MSR-BEHANDELING WORDT GEÏNDICEERD?	29
5.1 INLEIDING	29
5.2 FACTOREN DIE VAN BELANG ZIJN BIJ DE INDICERING VAN MSR-BEHANDELING	29
5.3 VOORWAARDEN	29
5.4 DIAGNOSE/STOORNIS	31
5.5 EXCLUSIECRITERIA	33
5.6 TUSSENCONCLUSIES.....	34
6 CLASSIFICATIESYSTEMEN	35
6.1 INLEIDING	35
6.2 OVERZICHT (CLASSIFICATIE)SYSTEMEN	35
6.3 INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD)	37
6.4 INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF)	38
6.5 TOEPASSING CLASSIFICATIESYSTEMEN ICD-10 EN ICF	40
6.6 TUSSENCONCLUSIE	41



7	UITWERKING VAN ONS ADVIES.....	42
7.1	INLEIDING	42
7.2	SAMENVATTING VAN DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN	42
8	BEWIJSLAST VAN DE EFFECTIVITEIT	47
8.1	INLEIDING	47
8.2	BEVINDINGEN	47
8.3	RICHTLIJNEN	48
8.4	CONFRONTATIE VAN DE AANGRIJPINGSPUNTEN VOOR MSR MET ONDERLIGGENDE BEWIJSLAST	52
8.5	TUSSENCONCLUSIE	54
9	BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN	55
9.1	INLEIDING	55
9.2	HOOFDVRAAG.....	55
9.3	DEELVRAGEN	55
	BIJLAGE 1: LITERATUURLIJST.....	57
	BIJLAGE 2: BESCHIKBARE LIJSTEN MET VEEL VOORKOMENDE DIAGNOSEGROEPEN.....	59
	BIJLAGE 3: OVERZICHT VAN CLASSIFICATIESYSTEMEN	61
	BIJLAGE 4: OVERZICHT VAN RICHTLIJNEN EN BEHANDELKADERS	67
	BIJLAGE 5: ICD10 EN ICF LIJST VERSIE ZIN DEFINITIEF (AFZONDERLIJKE EXCEL-BIJLAGE)	



Samenvatting

Revalidatiegeneeskunde beoogt het verbeteren van functies en vaardigheden, het optimaliseren van zelfredzaamheid, eigen regie en participatie van patiënten met beperkingen veroorzaakt door een aangeboren of verworven aandoening. Ondersteund met kennis vanuit wetenschappelijk onderzoek, het toepassen van (technologische) innovaties en het aangaan van zorgnetwerken draagt de revalidatiegeneeskunde actief bij aan het verbeteren van de zorg voor de revalidatie patiënt waarbij eigen regie en participatie centraal staat (VRA, 2015).

De *behandeling* bij medisch specialistische revalidatie (MSR) is primair gericht op het opheffen, verminderen, compenseren of waar mogelijk voorkomen van met ziekten/aandoeningen gepaard gaande problemen. Dit maakt de MSR een andersoortig en minder eenduidig specialisme dan andere medisch specialismen. Daarnaast is een kenmerk van de MSR de multidisciplinaire benadering van de problematiek.

Juist omdat de MSR een minder eenduidig specialisme is, zijn er vaak vragen over de reikwijdte en aanspraak. Om de onduidelijkheden op te heffen is de afgelopen jaren door verschillende partijen gewerkt aan de verduidelijking van het vak revalidatiegeneeskunde. Desondanks blijken in de uitvoeringspraktijk vragen te bestaan over wanneer MSR de aangewezen zorg is. Met name de patiënt ondervindt hier hinder van. Steeds vaker wordt door een zorgverzekeraar een machtiging voor (onderdelen van) de MSR-behandeling vereist, zorgaanbieders ervaren ongelijkheid in de beoordeling of MSR aangewezen is, en het risico bestaat dat patiënten mogelijk ongelijke toegang hebben tot zorg.

Om het standpunt over de te verzekeren prestatie MSR te actualiseren, zijn door het Zorginstituut meerdere deelprojecten opgezet, waarvan het nu voorliggende onderzoek er één is. Dit onderzoek gaat in op de duidelijkere omschrijving van de indicatie voor revalidatiebehandeling.

Hoofdvraag, deelvragen en antwoorden

'Is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen voor diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties beter en scherper te omschrijven welke diagnoses en/of stoornissen in lichaamsfuncties bij een bepaalde patiënt het aangrijpingspunt kunnen zijn voor MSR-behandeling?'

Ja, een lijst met specifieke diagnoses behorende tot een blok op basis van ICD-10 in combinatie met een lijst met specifieke stoornissen in functies en anatomische eigenschappen op basis van het ICF vormen een **aangrijpingspunt** voor MSR-behandeling. Deze zijn echter niet voldoende voor het eenduidig **stellen van de indicatie** (immers, die indicatiestelling is breder en nadrukkelijk gebaseerd op meer factoren dan alleen een diagnose of stoornis).

1. *Is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen, zoals de ICD-10 en/of het functie-/stoornisdeel van de ICF, het begrip 'stoornis van het bewegingsvermogen' te operationaliseren door middel van objectieveerbare diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties?*

Ja, het is mogelijk om op basis van de ICD-10 een objectieveerbare diagnose te stellen en op basis van de ICF de stoornissen in lichaamsfuncties te beschrijven om een stoornis van functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies of stoornis in anatomische eigenschappen te operationaliseren. In combinatie kunnen die leiden tot al dan niet een aangrijpingspunt voor MSR.



2. *Zo ja, bij welke diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties is er sprake van een stoornis in het bewegingsvermogen die een aangrijpingspunt kan vormen voor MSR-behandeling?*

Het antwoord op de vraag “Welke diagnoses vormen aangrijpingspunt voor MSR?” levert een concrete lijst met diagnoses behorende tot een blok op basis van de ICD-10¹ aangevuld met klassen uit de deelclassificatie anatomische eigenschappen op basis van de ICF in combinatie met klassen uit de deelclassificatie functies op basis van de ICF.

Hierbij merken we nadrukkelijk op dat het een levende lijst is die onderhoud vergt met liefst een jaarlijkse actualisatie. De lijst is nu gebaseerd op een lijst met declaratiecodes die in de praktijk zijn toegepast. Het onderhoud van de lijst zou een gezamenlijke exercitie moeten zijn van de revalidatieartsen in samenwerking met de zorgverzekeraars.

3. *Is het bij het nader omschrijven van de indicaties voor MSR-behandeling nodig om een onderscheid te maken tussen indicaties voor algemene MSR-behandeling en indicaties voor interdisciplinaire MSR-behandeling (IMSR-behandeling)?*

Pas na toepassing van diagnostiek en inschatten van de prognostiek, bepaalt een revalidatiearts of algemene dan wel interdisciplinaire MSR-behandeling aangewezen is. Bij (het aangrijpingspunt voor) de indicatie voor behandeling is het niet nodig om onderscheid te maken. De keuze voor algemene of interdisciplinaire MSR is een gevolg van de indicatie, geen oorzaak. Het is van belang bij het inrichten van het behandelplan, bij de feitelijke uitvoering van de MSR-behandeling.

4. *Welke onderbouwing (uit reviews/onderzoeksartikelen, richtlijnen en andere publicaties) is er beschikbaar voor de effectiviteit van MSR-behandeling bij de diverse te onderscheiden indicaties voor MSR-behandeling? Het gaat hierbij om een inventarisatie van de wijze waarop in de huidige praktijk (inclusief beschikbare reviews) de indicaties kunnen worden onderbouwd.*

Dit onderzoek geeft een lijst met aangrijpingspunten voor medisch specialistische revalidatie, geen harde en concrete lijst indicaties. Om die reden is het niet mogelijk een uitputtende lijst met onderbouwing van de bewijslast te geven. Wel zijn voor (vrijwel) alle diagnoses en stoornissen die we hebben aangemerkt als *direct aangrijpingspunt* voor medisch specialistische revalidatie, richtlijnen beschikbaar via de VRA-website of de Richtlijndatabase van de FMS. In deze richtlijnen wordt echter niet altijd daadwerkelijk expliciet MSR aanbevolen.

Een complicerende factor met betrekking tot de bewijslast van revalidatiezorg, is het gegeven dat de zorg uitgaat van compensatiestrategieën die veelal gericht zijn op het sociaal systeem van mensen. Een behandeling richt zich niet (of zelden) op herstel van de functie, maar op compensatie van de beperking naar aanleiding van de stoornis. De MSR-behandeling kan de functiestoornis niet veranderen. De essentie bestaat uit aanleren van strategieën hoe men kan omgaan met die stoornis. Door te werken aan (compensatie van) activiteiten en participatie, verhoogt MSR de kwaliteit van leven van mensen. In de bestudeerde richtlijnen worden veel beschrijvingen gegeven van dergelijke strategieën, waar ze in de tekst niet altijd expliciet herkenbaar zijn als MSR-behandeling.

Het is onzes inziens aan de VRA – desgewenst in samenwerking met anderen – om voor de verschillende behandelingen van patiënten die geïndiceerd zijn voor MSR de gewenste bewijslast te verzamelen. De opgestelde Kennisagenda helpt om in dit dynamische werkveld de onderzoeksprioriteiten af te stemmen.

¹ Op basis van de gevoerde gesprekken lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat het bepalen van de diagnose op basis van ICD-11 de indicatiestelling voor MSR-behandeling beter en scherper zal maken dan nu. Het zal echter nog een aantal jaren duren voordat ICD-11 breed geïmplementeerd kan worden.



1 Aanleiding, opdracht en leeswijzer

1.1 Aanleiding

Revalidatiegeneeskunde beoogt het verbeteren van functies en vaardigheden, het optimaliseren van zelfredzaamheid, eigen regie en participatie van patiënten met beperkingen veroorzaakt door een aangeboren of verworven aandoening. Ondersteund met kennis vanuit wetenschappelijk onderzoek, het toepassen van (technologische) innovaties en het aangaan van zorgnetwerken draagt de revalidatiegeneeskunde actief bij aan het verbeteren van de zorg voor de revalidatie patiënt waarbij eigen regie en participatie centraal staat (VRA, 2015).

Waar andere medisch specialismen zich vooral richten op de behandeling van ziekten of aandoeningen, wordt in de medisch specialistische revalidatie (MSR) de behandeling vooral gericht op het opheffen, verminderen, compenseren of waar mogelijk voorkomen van met ziekten/aandoeningen gepaard gaande problemen. Dit maakt de MSR een andersoortig en minder eenduidig specialisme dan andere medisch specialismen. Daarnaast is een kenmerk van de MSR de multidisciplinaire benadering van de problematiek.

Juist omdat de MSR een minder eenduidig specialisme is, zijn er bij de betrokken partijen regelmatig onduidelijkheden over de reikwijdte en aanspraak ervan. Om deze onduidelijkheden op te heffen is de afgelopen jaren door verschillende partijen gewerkt aan de verduidelijking van het vak revalidatiegeneeskunde. Zo heeft Zorginstituut Nederland (ZIN) in 2015 het rapport 'Medisch Specialistische Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden', uitgebracht. In dit rapport wordt door ZIN een duiding gegeven wat MSR inhoudt. Naar aanleiding van deze duiding heeft de beroepsgroep, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), in 2016 hun in 2012 verschenen 'Beroepskader Revalidatiegeneeskunde' aangepast en vervangen.

In dit beroepskader worden de randvoorwaarden beschreven die noodzakelijk zijn om de kwaliteit van de MSR te borgen. Ook is in 2016 de aangepaste Nota 'Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie' vastgesteld door de VRA en de branchevereniging Revalidatie Nederland (RN). De Nota Indicatiestelling is voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze partijen hebben de nota niet omarmd, vanwege de onduidelijkheden die er toch nog bestonden.

De reikwijdte van MSR is, ook na de hiervoor genoemde aangepaste documenten en standpunten, nog steeds onduidelijk. In de uitvoeringspraktijk blijken bij zorgverzekeraars vragen te bestaan over wanneer MSR de aangewezen zorg is. Met name de patiënt ondervindt hier hinder van. Steeds vaker wordt door een zorgverzekeraar een machtiging voor (onderdelen van) de MSR-behandeling vereist. Daarmee zijn zorgverzekeraars beter in staat te beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor MSR. Omdat dit niet bij elke zorgverzekeraar en bij elk onderdeel van de MSR-behandeling en/of instelling gebeurt, leidt dit tot veel onduidelijkheden en ongelijkheid bij toegang tot de zorg voor patiënten. Daarnaast leidt het tot een ongewenste verhoging van administratieve lasten bij revalidatieartsen, revalidatie instellingen/-afdelingen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

1.2 Opdracht

Om het standpunt over de te verzekeren prestatie MSR te actualiseren, zijn door ZIN vier deelprojecten opgezet. Deelproject 1 (het nu voorliggende onderzoek) betreft de duidelijkere omschrijving van de indicatie voor revalidatiebehandeling. In deelproject 2 wordt onderzoek gedaan naar mogelijkheden voor operationalisatie van het begrip 'complexe en samenhangende problematiek'. Deelproject 3 is gericht op verduidelijken van het concept 'stepped care'. En deelproject 4 tot slot, bestudeert de relatie tussen arbeidsrevalidatie en MSR. ZIN zal onder meer op basis van de uitkomsten van de vier deelprojecten het standpunt uit 2015 actualiseren.



De hoofdvraag van ZIN in dit deelproject is de volgende:

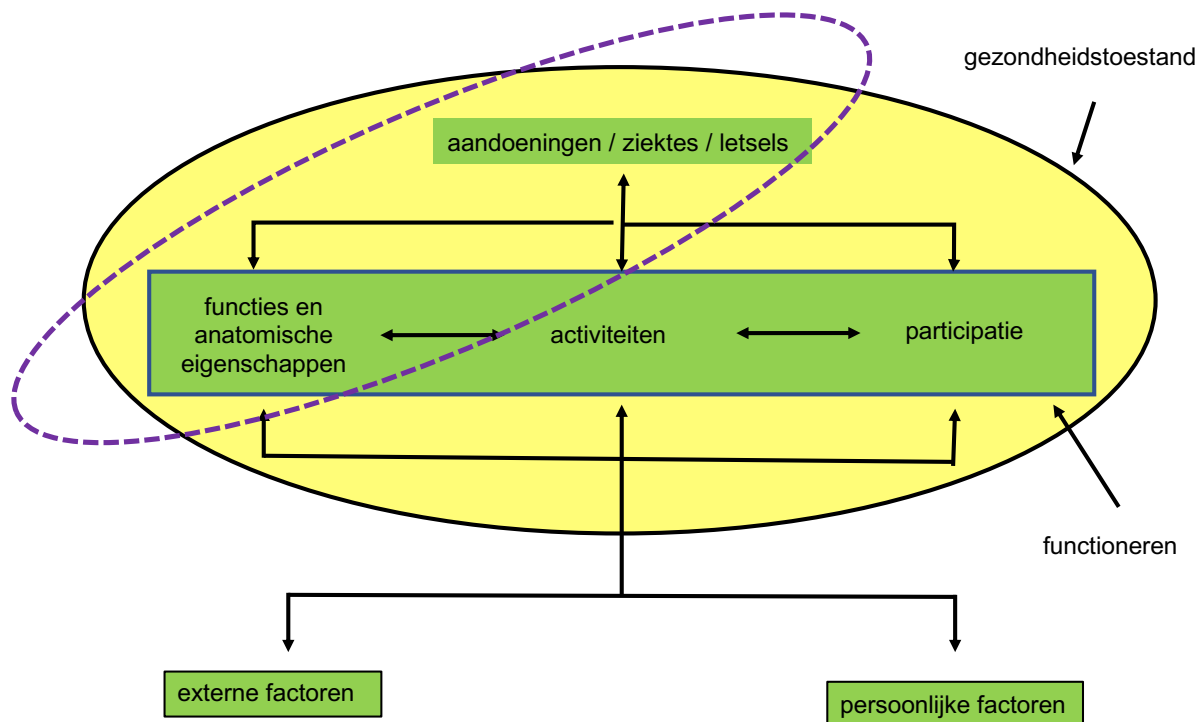
'Is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen voor diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties beter en scherper te omschrijven welke diagnoses en/of stoornissen in lichaamsfuncties bij een bepaalde patiënt het aangrijpingspunt² kunnen zijn voor MSR-behandeling?'

Als de conclusie is dat een dergelijke scherpere omschrijving van de behandelindicaties mogelijk is, dan wil ZIN ook graag weten hoe deze omschrijving eruitziet en welke onderbouwing beschikbaar is voor de effectiviteit van MSR-behandeling bij de indicaties die daarin benoemd worden.

Er zijn door ZIN vier deelvragen benoemd voor deelproject 1:

1. *Is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen, zoals de ICD-10 en/of het functie-/stoornisdeel van de ICF, het begrip 'stoornis van het bewegingsvermogen' te operationaliseren door middel van objectieveerbare diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties?*
2. *Zo ja, bij welke diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties is er sprake van een stoornis in het bewegingsvermogen die een aangrijpingspunt kan vormen voor MSR-behandeling?*
3. *Is het bij het nader omschrijven van de indicaties voor MSR-behandeling nodig om een onderscheid te maken tussen indicaties voor algemene MSR-behandeling en indicaties voor interdisciplinaire MSR-behandeling (IMSR-behandeling)?*
4. *Welke onderbouwing (uit reviews/onderzoeksartikelen, richtlijnen en andere publicaties) is er beschikbaar voor de effectiviteit van MSR-behandeling bij de diverse te onderscheiden indicaties voor MSR-behandeling? Het gaat hierbij om een inventarisatie van de wijze waarop in de huidige praktijk (inclusief beschikbare reviews) de indicaties kunnen worden onderbouwd.*

² In gesprekken met de revalidatieartsen is naar voren gebracht dat de term *aangrijpingspunt* een ongewenste associatie oplevert. Immers, letterlijk betekent dit het punt waarop een kracht of resultante zijn werking uitoefent. Bij een MSR-behandeling is goed denkbaar dat de behandeling zich richt op andere zaken die voortvloeien uit de complexe en samenhangende problematiek. De onderliggende diagnose of stoornis aanduiden met de term *aanknopingspunt* zou voor het gevoel van betrokkenen passender zijn. We hebben er in dit rapport voor gekozen om in navolging van de hoofdvraag de term *aangrijpingspunt* te blijven hanteren.



Figuur 1.1 De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren (ICF-model)

Er zijn vier fasen in de revalidatiegeneeskundige zorgverlening te onderscheiden (zie ook paragraaf 3.2):

1. Diagnostiek
2. Prognostiek
3. Behandeling
4. Evaluatie

Het onderhavige onderzoek richt zich op het derde deel, de scherpere omschrijving van de indicaties voor *MSR-behandeling*.

Alle groene elementen in Figuur 1.1 tezamen bepalen of behandeling door middel van MSR geïndiceerd is. De vraagstelling van ZIN richt zich specifiek op de paars omcirkelde elementen (als tenminste de ICD-10 en het ICF-model gehanteerd worden).

1.3 Leeswijzer

Dit rapport geeft weer hoe het onderzoek is aangepakt, wat de resultaten zijn en wat het advies is dat hieruit voortvloeit. Om tot de beantwoording van de vragen van ZIN te komen geven de onderzoekers eerst een totaalbeeld van wat MSR is en welke ontwikkelingen de MSR de afgelopen jaren heeft doorgemaakt. Dit wordt in hoofdstuk 3 'Wat is MSR?' en hoofdstuk 4 'Ontwikkelingen' beschreven. Op deze manier is de problematiek rond de reikwijdte van de MSR, de aanleiding van de vraagstelling van ZIN en de beantwoording hiervan beter te begrijpen en in de juiste context te plaatsen.

Het rapport is als volgt ingedeeld:

Hoofdstuk 2 beschrijft de onderzoeksmethoden en het proces om tot de beantwoording van de vragen te komen.

In hoofdstuk 3 wordt beschreven wat MSR inhoudt, welke rol de revalidatiearts heeft, in welke context MSR plaatsvindt en welke verschillende vormen van revalidatie er zijn.



Hoofdstuk 4 gaat in op de ontwikkelingen die de MSR de afgelopen jaren heeft doorgemaakt, zowel op het gebied van uitgaven, aantallen en bekostiging als op inhoud, waaronder de ontwikkelingen rond de indicatiestelling. Ook worden in dit hoofdstuk aan MSR verwante ontwikkelingen genoemd zoals de veranderende visie op gezondheid en gezondheidszorg, de opbouw van anderhalvelijnszorg en beleid rondom topsectoren.

In hoofdstuk 5 (Wat bepaalt of MSR-behandeling wordt geïndiceerd?) worden vervolgens de resultaten beschreven van de interviews en literatuurstudie, met name gericht op de factoren die bepalen of MSR wordt geïndiceerd. Om te bepalen of er een classificatiesysteem ten grondslag kan liggen aan het bepalen van het aangrijpingspunt van MSR, moet bekend zijn welke factoren hierin meespelen. Vervolgens wordt voor die factoren onderzocht of ze in een classificatiesysteem passen.

Hoofdstuk 6 geeft een korte beschrijving van de in de interviews genoemde en soms nog/al in de MSR gebruikte (classificatie)systemen en worden de meest gebruikte classificatiesystemen verder uitgewerkt.

In hoofdstuk 7 (Uitwerking van ons advies) komen de hoofdstukken 5 en 6 samen en wordt, naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek, het advies uitgewerkt.

Hoofdstuk 8 (Bewijslast van de effectiviteit) geeft een beschrijving van de toets in hoeverre de geleverde zorg – tenminste bij de diagnoses en/of stoornissen in lichaamsfuncties of anatomische eigenschappen waarvan het onderzoeksteam heeft geadviseerd dat ze direct aangrijpingspunt zijn voor MSR-behandeling – past bij de stand van wetenschap en praktijk.

Het rapport sluit in hoofdstuk 9 af met de antwoorden op de vragen van ZIN en bevat vervolgens enkele bijlagen met een literatuurlijst en nadere toelichtingen.



2 Onderzoeksmethoden en proces

2.1 Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode april-december 2019, en kent meerdere fasen. In dit hoofdstuk is weergegeven welke onderzoeksmethoden we daarbij hebben gehanteerd en hoe het proces verlopen is.

2.2 Gehanteerde onderzoeksmethoden

Literatuurstudie

We zijn gestart met een documentanalyse waarbij literatuur is verzameld en gescreend op relevantie. De literatuur is verzameld via zoekopdrachten op internet en via ons onderzoeks- en/of expertteam (zie verder). Aanvullend zijn artikelen en rapportages doorgenomen die in de loop van het onderzoek door gesprekspartners aangedragen zijn.

Van de documenten hebben we relevante aandachtspunten geïnventariseerd en bevindingen op een rij gezet. Hiermee is onder meer de leidraad voor de verdiepende interviews opgesteld. Een weerslag van de bevindingen is verwerkt in deze rapportage. De literatuurlijst in Bijlage 1 bevat alle doorgenomen relevante documenten. Waar we in de rapportage letterlijk gebruik maken van een bron, is dit met een duidelijke verwijzing zichtbaar gemaakt.

Interviews

Volgend op de documentanalyse vormen inzichten van stakeholders de primaire bron van informatie als het gaat om het signaleren, analyseren en verifiëren van huidige knelpunten met betrekking tot de reikwijdte van de MSR. Tijdens de interviews hebben we geïnventariseerd welke, op de MSR toepasbare, (erkende) classificatiesystemen er bestaan en of/hoe deze momenteel in de praktijk worden toegepast.

We hebben in totaal ruim 25 interviews uitgevoerd met een zeer diverse groep personen, variërend van personen bij organisaties die verantwoordelijk zijn voor wet- en regelgeving en zorgverzekeraars, tot (veel) revalidatieartsen en bestuurders bij diverse instellingen waar MSR wordt aangeboden. Bij de zorginhoudelijk betrokken personen hebben we gezorgd dat alle typen aanbieders (UMC, algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling, zelfstandig behandelcentrum (ZBC)) en ook de diverse domeinen (inclusief pijn- en orgaanrevalidatie, zowel vanuit somatisch als psychosociaal perspectief) vertegenwoordigd waren.

In Tabel 2.1 staat een overzicht van de achtergrond van de respondenten; doordat sommige personen in meerdere instellingen werken, of zowel revalidatiearts als bestuurder zijn, is er sprake van enige overlap.

Tabel 2.1 Achtergrond van de respondenten van interviews

Achtergrond	Aantal personen
Revalidatieartsen, werkzaam bij:	15
- UMC's	- 2
- Ziekenhuizen	- 3
- Revalidatiecentra	- 8
- ZBC's	- 2
Bestuurders	5
Zorgverzekeraars (medisch adviseurs)	2
Patiëntenorganisatie	1
Overig	3
Institutionele partijen (VWS, NZa, ZN)	3

Focusgroep

Eind oktober 2019 is een bijeenkomst georganiseerd met een focusgroep om de door het onderzoeksteam uitgewerkte voorstellen voor te leggen en te bespreken.



Deelnemers aan de focusgroep waren inhoudelijke professionals (tien revalidatieartsen en drie medisch adviseurs) die concreet in discussie gingen over de haalbaarheid van het conceptvoorstel. Er was enige overlap met de lijst geïnterviewden. De actieve en geanimeerde bijeenkomst heeft geleid tot een nadere uitwerking en onderbouwing van ons advies in hoofdstuk 7.

2.3 Proces

Inzet expertteam

Het onderzoeksteam is gedurende het complete traject met raad en daad bijgestaan door een tweetal vertegenwoordigers uit de sector met relevante kennis en expertise, te weten Hans Slootman en Rienk Harkema³.

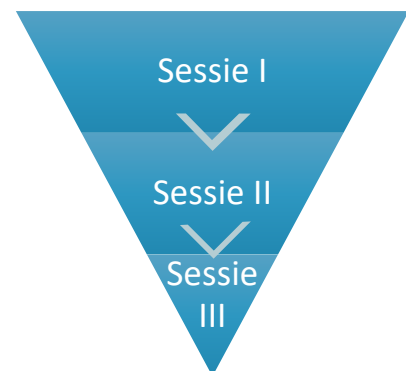
Daarnaast hebben we het onderzoeksteam aangevuld met experts om op die manier te beschikken over specifieke kennis over (erkende) classificatiesystemen waaronder de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) en bestaande klinimetrie binnen de MSR.

De volgende experts hebben meegedacht in dit vraagstuk:

- Yvonne Heerkens
- Félicie van Vree
- Sacha van Langeveld.

Met deze groep zijn meerdere 'denksessies' georganiseerd:

- Denksessie I: Operationaliseren van het begrip 'stoornis van het bewegingsvermogen' door middel van objectiveerbare diagnoses of stoornissen?
- Denksessie II: Inventarisatie (erkende) classificatiesystemen die mogelijk toepasbaar zijn om de toegang tot MSR te beschrijven?
- Denksessie III: Bij welke diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties is er sprake van een stoornis in het bewegingsvermogen die een aangrijpingspunt kan vormen voor MSR-behandeling?



Anoniem rapporteren

Tijdens de interviews zijn aantekeningen gemaakt om de leden van het onderzoeksteam te informeren. Er zijn geen verslagen teruggekoppeld aan de gesprekspartners en de lijst met geïnterviewden wordt niet openbaar gemaakt. Het was belangrijk om deze anonimiteit te garanderen, zodat alle gesprekspartners zich vrij konden opstellen tijdens de interviews.

Ook is in deze rapportage nergens een quote opgenomen die mogelijkerwijze herleidbaar zou kunnen zijn tot individuele personen. Wel hebben we bij de resultaten geprobeerd weer te geven als een bepaalde mening breder gedeeld werd, of dat één of enkele personen een bepaald, soms tegengesteld of minder gebruikelijk, standpunt hadden.

³ Rienk Harkema, van oorsprong ergotherapeut, heeft ongeveer 40 jaar in de revalidatie gewerkt en daarin verschillende projecten geleid onder andere op het gebied van productdefiniëring. Hans Slootman was ruim 30 jaar als revalidatiearts verbonden aan Heliomare. Hij heeft zijn sporen verdiend met kwaliteitsprojecten, ontwikkeling en implementatie van classificatiesystemen, databases, oprichten van netwerken en het opzetten van revalidatieprojecten in ontwikkelingslanden.



3 Wat is medisch specialistische revalidatie?

3.1 Inleiding

Revalidatie is een medische term die herstel of letterlijk weer valide worden na een ongeval, ziekte of medische ingreep zoals een operatie betekent. In dit hoofdstuk wordt beschreven wanneer sprake is van *medisch specialistische* revalidatie (MSR), wat de functie van de revalidatiearts is, waar MSR plaats kan vinden en welke verschillende vormen er zijn. Bij MSR is vaak sprake van een multidisciplinaire aanpak.

3.2 Medisch specialistische revalidatie en de revalidatiearts

Waar andere medisch specialismen zich vooral richten op de behandeling van ziekten of aandoeningen, richt de revalidatiearts zich in het bijzonder op het opheffen, verminderen of zo mogelijk voorkomen van de met de ziekte/aandoening gepaard gaande problemen. Het gaat hierbij niet alleen om de functies van het lichaam (bijvoorbeeld spierkracht) en anatomische eigenschappen (bijvoorbeeld afwezigheid van een onderdeel van het lichaam), maar ook om de gevolgen die een aandoening heeft op activiteiten (bijvoorbeeld lopen en zelfverzorging) en participatie (bijvoorbeeld werk of relaties). Het doel van de revalidatiegeneeskunde is participatieproblemen te voorkomen of te verminderen, zodat de patiënt optimaal kan functioneren in de maatschappij.

Revalidatiegeneeskunde is het geneeskundig specialisme dat zich specifiek bezighoudt met functionele diagnostiek, prognostiek en behandeling van patiënten met complexe problemen van motoriek en/of cognitie ten gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening (VRA, 2018). Het doel voor de patiënt is optimale zelfredzaamheid, eigen regievoering en maatschappelijke participatie.

Revalidatiegeneeskunde is een erkend medisch specialisme sinds 1977. MSR maakt deel uit van het basispakket in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ) is een poortspecialisme⁴ en onderdeel van de medisch specialistische zorg zoals deze in ziekenhuizen gegeven wordt. De VRA is de landelijke wetenschappelijke vereniging van de artsen die als revalidatiearts zijn ingeschreven in het register van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Volgens de website van de VRA (<https://revalidatiegeneeskunde.nl/>) zijn aandoeningen of ziekten waarbij, door hun complexiteit, de revalidatiearts van groot belang is voor kinderen en volwassenen onder andere:

- aangeboren afwijkingen;
- niet-aangeboren hersenletsel;
- progressieve neurologische aandoeningen;
- dwarslaesie;
- neuromusculaire aandoeningen;
- amputatie;
- gewricht gerelateerde aandoeningen;
- reumatische aandoeningen;
- multi-trauma;
- chronische pijn van het bewegingsapparaat;
- orgaanaandoeningen.

De zorg van de revalidatiearts wordt in vier fasen onderverdeeld (VRA en RN, 2016),

1. Diagnostiek
2. Prognostiek
3. Behandeling
4. Evaluatie

⁴ Een poortspecialist is de medisch specialist van het poortspecialisme waarnaar een patiënt wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Hier tegenover staan ondersteunend specialisten, die medisch specialistische handelingen uitvoeren in het kader van het zorgtraject van een poortspecialist en geen eigen zorgtraject hebben.



Diagnostiek

De revalidatiearts gebruikt in de diagnostiek zijn⁵ kennis en vaardigheden van aandoeningen die het bewegingsvermogen en de cognitie beïnvloeden. Hierbij wordt zijn specifieke expertise van biomechanica en de mechanismen van bewegingsaansturing ingezet. Hij kan hiervoor gebruik maken van specifieke diagnostische mogelijkheden, zoals instrumentele bewegingsanalyse, elektromyografie, röntgendiagnostiek en bloedonderzoek.

Prognostiek

Met de kennis van de relatie tussen de stoornissen in functies en anatomische eigenschappen, de beperkingen in activiteiten, de problemen ten aanzien van maatschappelijke participatie en met kennis van het natuurlijk beloop en het te verwachten effect van toe te passen behandelingen, bepaalt de revalidatiearts de functionele prognose. Op basis van diagnostiek en prognostiek wordt samen met de patiënt en/of diens naasten een revalidatiebehandelplan opgesteld met concrete behandeldoelen of er wordt (als consulent) een advies geformuleerd aan de hoofdbehandelaar.

Behandeling

De revalidatiearts kan als hoofdbehandelaar, als medebehandelaar en als consulent betrokken zijn bij alle vormen van revalidatie. De revalidatiearts werkt in zijn behandeling vaak samen met andere medisch specialisten, paramedici, orthopedisch technologen en psychosociale medewerkers in een multidisciplinair team. De revalidatiearts is binnen het team medisch verantwoordelijk voor de revalidatiegeneeskundige behandeling. Hij stelt behandeldoelen op en maakt een behandelplan in overleg met de patiënt, bepaalt de samenstelling van het behandelteam en stuurt het team aan. Binnen de revalidatiegeneeskunde zijn speciale behandeltechnieken ter beschikking, zoals onder andere virtual reality, sensortechnologieën, bijzondere injectietechnieken, (functionele) elektrostimulatie en robotica. Tevens wordt gebruik gemaakt van de specifieke deskundigheid binnen de orthesiologie, de prothesiologie en andere hulpmiddelen/voorzieningen.

Evaluatie

Regelmatige evaluatie maakt het mogelijk om vast te stellen in hoeverre behandeldoelen zijn behaald en om zo nodig aanpassingen aan te brengen in het behandelplan.

3.3 Context

Zorgaanbieders voor MSR kunnen worden ingedeeld in vier categorieën:

1. Zelfstandige behandelcentra;
2. Reguliere revalidatiecentra;
3. Afdelingen revalidatie in algemene ziekenhuizen;
4. Afdelingen revalidatie in UMC's.

Door kennis van en inzicht in de behandelmogelijkheden kan de revalidatiearts voor patiënten die in aanmerking komen voor MSR een centrale rol spelen bij triage, indicering, verwijzing en/of behandeling volgens de principes van stepped care. Dat wil zeggen dat de revalidatiearts patiënten primair de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling kan bieden (of adviseren), die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek (VRA-website, 2019a).

De MSR is onderdeel van de tweedelijnszorg, behoort tot de medisch specialistische zorg en wordt vergoed uit de Zvw. In 2017 waren de uitgaven aan de MSR in totaal ruim €701 miljoen (RN, 2019a); dit is 2,8% van het totale bedrag dat aan medisch specialistische zorg wordt uitgegeven.

⁵ Overal waar in dit rapport een mannelijk voornaamwoord staat (hij/hem/zijn) kan ook de vrouwelijke variant (zij/haar) gelezen worden.



3.4 Algemene en interdisciplinaire MSR

In de Nota Indicatiestelling MSR van 2016 heeft de VRA een onderscheid toegevoegd tussen algemene- (AMSR) en interdisciplinaire MSR (IMSR).

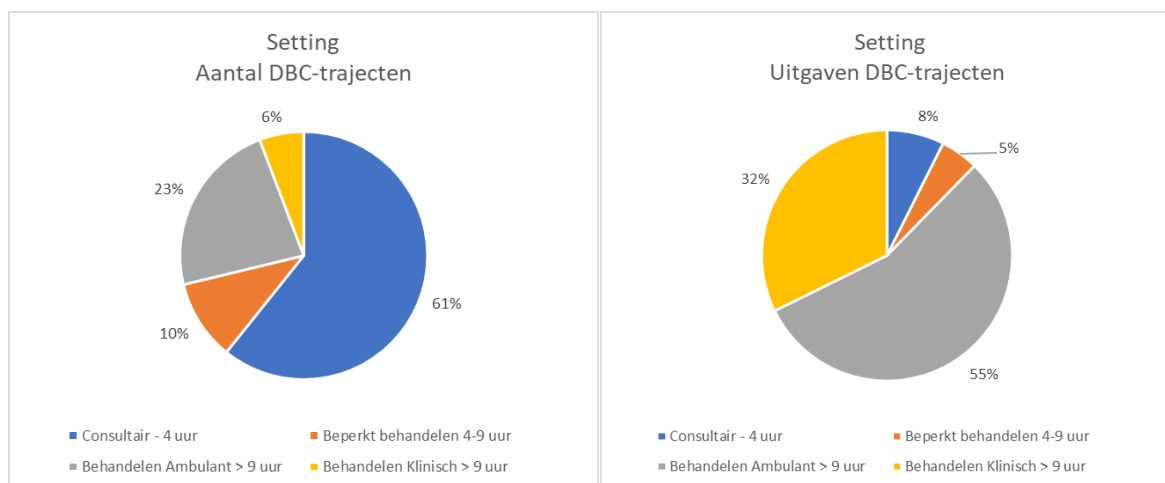
Algemene medisch specialistische revalidatie betreft onderzoek en behandeling van patiënten door de revalidatiearts. De revalidatiearts is hoofdbehandelaar, consulent (advies aan collega-specialist) of medebehandelaar.

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie betreft de behandeling van patiënten door de revalidatiearts met één of meer behandelaars van zijn multidisciplinair samengesteld revalidatieteam. De behandeling is intensief, heeft resultaatgerichte doelen, kent een breed palet aan specialistische interventies en kenmerkt zich door de geïnstitutionaliseerde interdisciplinaire samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van de revalidatiearts (VRA en RN, 2016).

Voor de bekostiging wordt onderscheid gemaakt in:

1. *consultair- en beperkt ambulant behandelen tot 4 gewogen behandeluren;*
2. *beperkt ambulant behandelen van 4 – 9 gewogen behandeluren*
3. *klinisch behandelen met meer dan 14 verpleegdagen en meer dan 9 gewogen behandeluren; en*
4. *ambulant behandelen met meer dan 9 gewogen behandeluren.*

In onderstaande figuren worden de verhoudingen weergegeven tussen bovengenoemde bekostigingscategorieën 1, 2, 3 en 4. Van de 353.622 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-trajecten die in 2017 zijn gestart is in 29% van de gevallen sprake van behandeltrajecten waar meer dan 9 behandeluren in voorkomen. Deze 29% vertegenwoordigt echter wel 87% van de uitgaven die in 2017 zijn gedaan (NZa, 2017).



Figuren 3.1 en 3.2 Verdeling DBC-trajecten op basis van aantallen en uitgaven 2017

Andere vormen van revalidatie

Naast de MSR worden er nog verschillende andere vormen van revalidatie en geneeskundige behandeling van het bewegingsapparaat aangeboden met of zonder inzet van revalidatieartsen:

- Hartrevalidatie en longrevalidatie

Als regel vindt, in die gevallen dat revalidatiebehandeling bij hart- en/of longproblemen is geïndiceerd, deze plaats onder verantwoordelijkheid van de cardioloog c.q. de longarts. Het betreft hier in het merendeel van de gevallen 'niet complexe' revalidatie en veelal programma-georiënteerde behandelingen waarbij verwacht wordt dat de patiënt na het doorlopen ervan succesvol zijn positie en rol in de maatschappij kan hervatten. De revalidatiearts kan als



medebehandelaar betrokken worden. Indien er echter – naast een diagnose van hart- en/of longproblemen – sprake is van één of meer van de volgende factoren, kan er een behandelindicatie ontstaan voor complexe hart- of longrevalidatie (MSR):

- een ernstig belemmerende dan wel expliciet aandacht vragende sociale context;
- comorbiditeit met aantoonbaar of te verwachten functionele gevolgen op cognitie en/of houdings- en bewegingsapparaat;
- (te verwachten) blijvende en/of complexere problemen in wonen, werken/dagbesteding, mobiliteit, zelfverzorging of 'meedoen in de maatschappij', waarbij de patiënt vanwege een blijvende verlaging van de fysieke belastbaarheid forse aanpassingen moet doen om een acceptabel niveau van deelname aan de samenleving te bereiken.

Dit wordt als maatwerktrajecten aangeboden binnen de MSR.

Voor de 'niet complexe' hart- en longrevalidatie is er een aantal zorgproducten ontwikkeld in de zorgproductgroep *Overige contacten gezondheidszorg - Contact in verband met specifieke verrichtingen/andere zorg*

- Arbeidsrevalidatie
Arbeidsrevalidatie wordt in verschillende vormen aangeboden. Dit kan in de eerste lijn zijn, maar ook als speciaal programma binnen de MSR. De vergoeding is afhankelijk van de vorm waarin het gegeven wordt en het type activiteiten dat wordt uitgevoerd. De arbeidsrevalidatie komt nader aan bod in deelproject 4 van ZIN en blijft verder buiten beschouwing in dit onderzoek.
- Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)
GRZ een vorm van geneeskundige zorg waarbij verblijf is aangewezen en zit in het basispakket van de Zvw. Bij GRZ is een specialist ouderengeneeskunde (SO) verantwoordelijk voor de zorg aan de verzekerde (ZIN, 2019a). GRZ is bedoeld voor kwetsbare ouderen, maar ook jongere mensen die bij ziekte of na trauma nog niet naar huis kunnen en een langdurige revalidatiebehoefte hebben kunnen in aanmerking komen voor GRZ. Doel is om hen te helpen terug te keren naar de thuissituatie en om zo goed mogelijk deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Meestal krijgen de betreffende kwetsbare ouderen GRZ nadat zij zijn opgenomen in een ziekenhuis voor een medisch specialistische behandeling, bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Om voor GRZ in aanmerking te komen moet bij de verzekerde volgens de regelgeving sprake zijn van:
 - kwetsbaarheid;
 - complexe multimorbiditeit; en
 - afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid.
- Multidisciplinaire revalidatiezorg in de eerste lijn
Dit zijn bijvoorbeeld eerstelijnspraktijken waar meerdere disciplines, waaronder bijvoorbeeld revalidatieartsen, arbeids- en (manueel)fysiotherapeuten, inspanningsfysiologen, GZ-psychologen, vitaliteitscoaches, care-managers en ergotherapeuten samen aan de revalidatie werken. In datzelfde kader is te denken aan hersteltrajecten onder supervisie van de oncoloog, die zien op nazorg op het terrein van met name fysieke conditie, psychische en sociale problemen en/of diëtetiek.



4 Ontwikkelingen

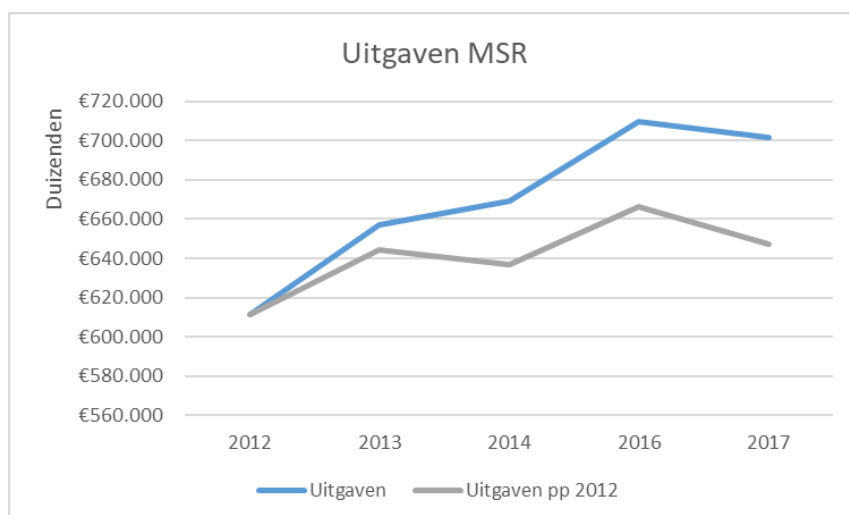
4.1 Inleiding

Door de jaren heen zijn er nogal wat ontwikkelingen geweest binnen de MSR. Het zorgaanbod is uitgebreid met zelfstandige behandelcentra, het patiëntaanbod is veranderd en ook in de bekostiging is een aantal zaken veranderd. In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen op de verschillende onderdelen toegelicht.

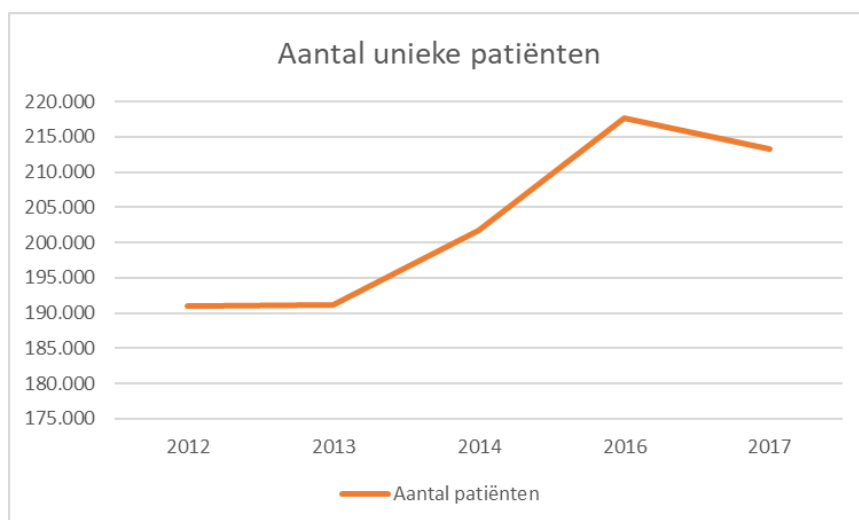
4.2 MSR uitgaven en aantallen

Onderstaande figuren laten de ontwikkelingen in aantallen patiënten en uitgaven MSR zien van 2012 t/m 2017 (RN, 2019a). Het jaar 2015 is in de figuren weggelaten omdat in dat jaar een technische aanpassing (de zogeheten doorlooptijdverkortings) is doorgevoerd. Dit had voor de MSR een (incidentele) schadelastdip van gemiddeld 15% tot gevolg die de trendmatige ontwikkeling vertroebelt.

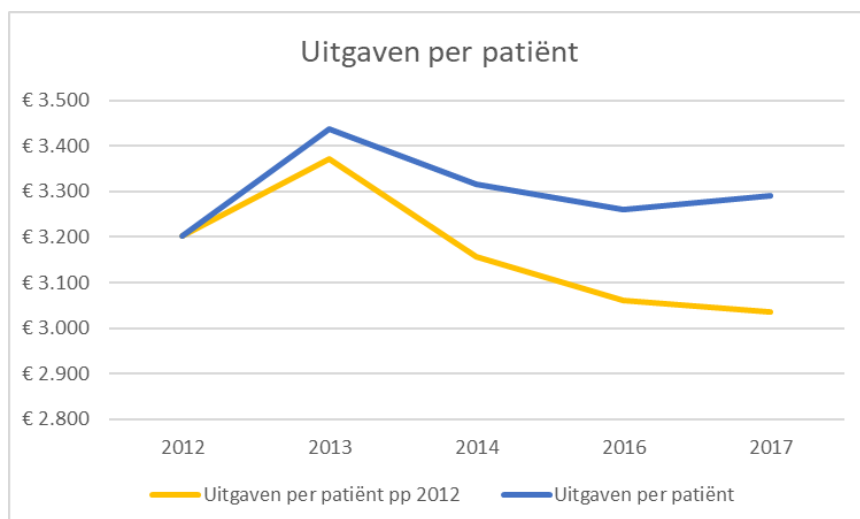
Van 2012 t/m 2016 zijn zowel de uitgaven aan MSR als het aantal patiënten dat gezien is in de MSR toegenomen (figuur 4.1 en 4.2). In 2017 is een daling waarneembaar in zowel de kosten als het aantal patiënten; die daling in de kosten is nog sterker als er wordt gecorrigeerd voor het prijspeil (pp) in 2012 (figuur 4.1). De uitgaven per patiënt geven vanaf 2013 ook een dalend beeld te zien (figuur 4.3). Dit kan betekenen dat de effectiviteit van behandelen is toegenomen. In 2017 is een lichte stijging te zien in de gemiddelde uitgaven per patiënt, waarbij in pp 2012 de daling wel nog steeds doorzet.



Figuur 4.1 Uitgavenontwikkeling MSR (2012-2017, exclusief 2015)



Figuur 4.2 Ontwikkeling aantal unieke patiënten binnen de MSR (2012-2017, exclusief 2015)

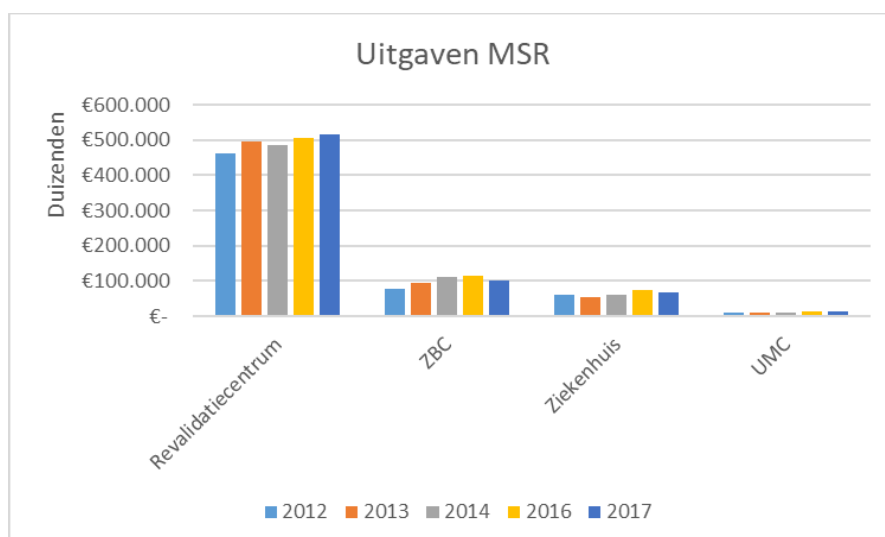


Figuur 4.3 Gemiddelde uitgaven per MSR-patiënt (2012-2017, exclusief 2015)

Uitgaven per setting

In de afgelopen jaren heeft een aantal veranderingen plaatsgevonden rondom de plaats waar de zorg geboden wordt en welke zorgaanbieder deze zorg declareert bij de zorgverzekering. Er zijn revalidatiecentra die de MSR-productie van de omliggende ziekenhuizen hebben overgenomen en daarmee ook inhoudelijk verantwoordelijk zijn voor de MSR-zorg die in de omliggende (universitaire) ziekenhuizen wordt geboden. Daarnaast zijn er revalidatiecentra die de MSR zorg van het (universitaire) ziekenhuis terug hebben gegeven aan het (universitaire) ziekenhuis, waarmee de verantwoordelijkheid voor de MSR-zorg weer bij het ziekenhuis kwam. Rekening houdend met deze achtergrondinformatie moeten de onderstaande cijfers geïnterpreteerd worden.

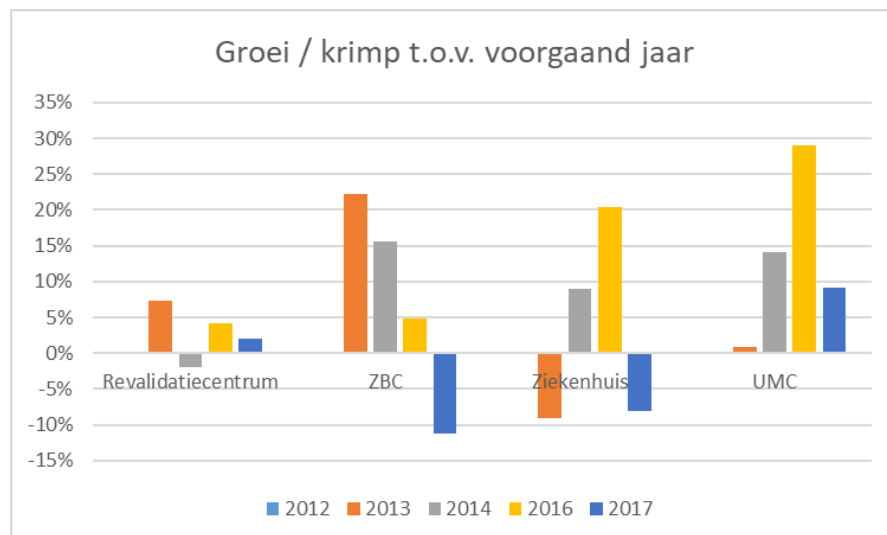
De (nominale) uitgaven aan MSR laten een groei zien bij alle verschillende settings van zorgaanbieders (figuur 4.4). Dit is echter wel enigszins vertekend, omdat de stijgende prijzen een deel van de uitgavengroei verklaren.



Figuur 4.4 Uitgaven MSR per setting zorgaanbieder (2012-2017, exclusief 2015)



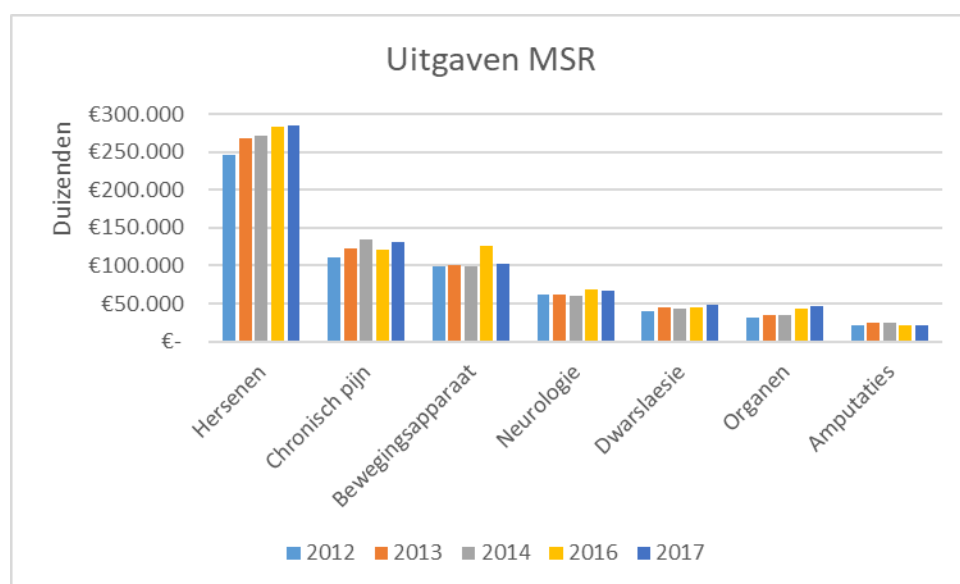
In de onderstaande figuur (4.5) wordt zichtbaar dat het percentage groei ten opzichte van het voorgaande jaar erg verschilt per soort zorgaanbieder. ZBC's laten na een grote groei in 2013 een minder sterke groei en in 2017 zelfs een afname zien in de groei. UMC's en de algemene ziekenhuizen groeien daarentegen steeds harder. Hierbij moet de aantekening gemaakt worden dat er verplaatsing van zorg heeft plaatsgevonden tussen de ziekenhuizen en revalidatiecentra.



Figuur 4.5 Procentuele uitgavenontwikkeling per setting ten opzichte van voorgaande jaar, (2012-2017, exclusief 2015)

Uitgaven per DBC-diagnosehoofdgroep

Als er over de jaren heen naar de uitgaven binnen de verschillende DBC-diagnosegroepen wordt gekeken valt op dat er een (grote) groei is binnen de diagnosegroepen 'Hersenen' en de groep 'Organen'. In 2016 was er een grote groei binnen de diagnosegroep 'Aandoeningen van het bewegingsapparaat', maar in 2017 liggen de uitgaven weer op het niveau van 2014. In 2016 lijkt er een tijdelijke verschuiving te hebben plaatsgevonden van Chronisch pijn naar Bewegingsapparaat.



Figuur 4.6 Uitgaven per DBC-diagnosehoofdgroep (2012-2017, exclusief 2015)



4.3 Baten van de MSR

Tegenover de kosten die worden gemaakt in de revalidatiesector staan de baten die de MSR oplevert. Deze baten bestaan voornamelijk uit een hogere kwaliteit van leven van de behandelde patiënten. Daarnaast zijn er baten in de vorm van een hogere kwaliteit van leven van de partners van behandelde patiënten, lagere kosten voor overige gezondheidszorg en meer productie doordat patiënten (eerder) weer aan het werk gaan (SEO economisch onderzoek, 2008). Dit is lastig in getal en maat uit te drukken. Toch is hiertoe door SEO economisch onderzoek in opdracht van RN in 2008 een poging gedaan in het onderzoek 'Kosten en baten van de revalidatie'. SEO economisch onderzoek concludeerde in haar onderzoek naar de opbrengsten van MSR, waarbij op basis van onderzoek bij drie patiëntengroepen (beroerte, hartfalen en chronische pijn) werd geëxtrapoleerd naar alle andere patiëntengroepen in de MSR, dat tegenover de kosten van € 395 miljoen (dit waren de totale kosten van MSR in 2007) baten stonden van € 1,2 miljard. Dit betekent dat iedere euro die aan MSR werd uitgegeven in 2007, vijf euro opbracht. Uiteraard gaat dit om een grove schatting van de waarde van MSR. Het is voor een aanzienlijk deel van de MSR-behandelingen niet bekend wat het effect is. Want juist bij die patiëntengroepen waar hoge effecten worden verwacht, zijn er geen effectmetingen omdat het onethisch is behandelingen te onthouden aan deze patiënten. Voor deze groepen zijn aannames gedaan in het onderzoek van SEO.

Naast de opbrengsten van de MSR is het wenselijk om in kaart te brengen hoe de vervolgcosten na een MSR-behandeling eruitzien in vergelijking tot de kosten die worden gemaakt bij patiënten die geen MSR-behandeling hebben gehad. Ook dit onderzoek is niet voor alle patiëntengroepen uit te voeren vanwege dezelfde reden als waarom er aannames zijn gedaan in het onderzoek van SEO economisch onderzoek. De resultaten van het onderzoek naar zowel de opbrengsten van MSR als vervolgcosten na een MSR-behandeling zouden echter wel de uitgaven beter in perspectief kunnen plaatsen.

4.4 Bekostiging en financiering

De afgelopen jaren is de bekostiging en financiering van de MSR aan vele ontwikkelingen onderhevig geweest.

Financiering

Voorheen werd de productie van MSR-aanbieders berekend volgens consulten en klinische en poliklinische revalidatie behandeluren (RBU's). Daaraan werden, bij klinische trajecten, de verpleegdagen toegevoegd.

In 2009 zijn Revalidatie DBC's ingevoerd die, meer dan de RBU's, aansluiten bij de aard van de revalidatiezorg. Zo zijn behandelinzet in het kader van het behandelplan (de patiëntgerichte tijd) en de behandelvorm bepalend voor een Revalidatie DBC. De Revalidatie DBC bevat bovendien een aantal prikkels voor efficiency, zoals de klinische intensiteitsfactor en de patiëntgerichte tijd. In de productstructuur wordt een onderscheid gemaakt tussen klinische en poliklinische trajecten waarvoor aparte DBC's met specifieke tarieven bestaan.

In 2011 is de productstructuur verder ontwikkeld waarbij werd getracht te komen tot meer medische herkenbaarheid. Bepalend voor de DBC-zorgproducten waren hierbij de verrichte inspanningen en de diagnose hoofdgroepen. Echter, de aanbieders van MSR hadden nog steeds een budget en werden nog niet afgerekend op de DBC's.

Bekostiging

In 2012 is de eerste stap gezet naar prestatiebekostiging, waarbij de aanbieders van MSR ook daadwerkelijk werden afgerekend op de DBC-productie. Deze overstap werd ondersteund door een driejarig transitieproces, waarbij een schaduwbudget als vangnet fungeerde.

Een belangrijke ontwikkeling die niets te maken had met de (inhoud van de) MSR, maar met de algemene regels rond de bekostiging van medisch specialistische zorg, is de doorlooptijdverkorting van de DBC's van 365 naar 120 dagen, die in 2015 is doorgevoerd. Hiermee kreeg de minister sneller inzicht in mogelijke over-/onderschrijding van het Budgettair Kader Zorg (tegenwoordig het Uitgavenplafond). Dit had een groot effect op de, vaak lange, trajecten van de MSR.



In de prestatiebekostiging zijn verschillende segmenten te onderscheiden. Zo is er een A- en een B-segment. Het A-segment betreft de gereguleerde, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalde, tarieven en het B-segment bevat vrije tarieven. De aanbieders van MSR vallen al sinds de invoering van prestatiebekostiging onder het gereguleerde segment en hebben te maken met maximumtarieven, vastgesteld door de NZa. Deze tarieven zijn voor 2014 vastgesteld o.b.v. kostprijsaanleveringen van een beperkt aantal revalidatie instellingen en zijn daarna elk jaar (t/m 2020) geïndexeerd.

Zorgverzekeraars maken als concern contractafspraken met zorgaanbieders over de zorg die vergoed wordt. Dit betreft meestal eenjarige 'omzet plafondafspraken'. Bij deze afspraken wordt veelal een korting op het product bedongen. Dit is per zorgaanbieder verschillend. Indien een zorgaanbieder geen contract heeft geldt het passantentarief (door de instelling bepaald tarief met als maximum het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa). Afhankelijk van de polis van de verzekerde wordt hiervan het gehele of een gedeelte van het bedrag vergoed.

Plafondafspraken hebben tot gevolg dat als een zorgaanbieder meer declareert dan afgesproken, het overschreden bedrag 'terugbetaald' moet worden. Deze zorgaanbieder moet dan vaak van de zorgverzekeraar wel tot het einde van het jaar zorg blijven leveren (doorleverplicht). Indien het plafond niet gehaald wordt krijgt de zorgaanbieder geen compensatie voor het resterende bedrag.

Er zijn zorgaanbieders die MSR leveren en geen afspraken hebben met zorgverzekeraars voor (een deel van) hun aanbod. Patiënten moeten dan eerst toestemming, in de vorm van een machtiging, krijgen van de zorgverzekeraar om in behandeling te mogen bij deze zorgaanbieder. Hoe het standpunt van de zorgverzekeraars ten aanzien van het afgeven van een machtiging tot stand komt staat beschreven in hoofdstuk 5.3. De zorgverzekeraars kijken hierbij onder andere naar de inhoudelijke zorg die geboden wordt door zorgaanbieders. Hierbij wordt onder andere het beroepskader van de VRA, maar ook het profiel van geleverde zorgproducten gebruikt om machtigingen goed of af te keuren. Inmiddels zijn hierdoor al zorgaanbieders gestopt met het leveren van MSR of zelfs failliet gegaan.

Het leveren van zorg buiten de gecontracteerde zorg kan leiden tot overschrijding van het uitgavenplafond zorg, hetgeen weer voor alle aanbieders gevolgen kan hebben.

De bekostiging van de MSR is gebaseerd op DBC-producten die als basis een aantal NZa zorgactiviteiten bevatten die bepalen welk product er gedeclareerd mag worden. Deze producten zijn mandjes met polikliniekbezoeken (inclusief zorg op afstand), gewogen behandeluren en verpleegdagen. Er mag pas directe en indirecte patiëntgebonden behandeltime geregistreerd worden als de tijd die besteed wordt aan de patiënt in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan is. Onder patiënt kan eveneens worden verstaan een persoon die de patiënt vertegenwoordigt, bijvoorbeeld een lid van het patiëntsysteem (partner, familie) (NZa, 2019).

Behandelmodules

De NZa wil al heel lang de bekostiging meer laten aansluiten bij de inhoud. De bekostiging van de MSR zou moeten worden afgestemd op de individuele omstandigheden en ambities van de patiënt. Hiertoe liep het project 'Behandelmodules en Bekostiging'. Sinds 2014 is er door de VRA en de leden van RN gewerkt aan de ontwikkeling van de behandelmodules als fundament voor een nieuw bekostigingssysteem. Met de modules zou inzichtelijk gemaakt moeten worden welke zorg er in de MSR geleverd wordt in plaats van louter de bestede tijd. Hiermee zou de bekostiging een meer inhoudelijk karakter moeten krijgen en iets moeten zeggen over de behandeling van MSR-patiënten. Patiënten zouden hiermee vergelijkbaar worden en door middel van benchmark zou de zorg efficiënter en effectiever moeten worden.

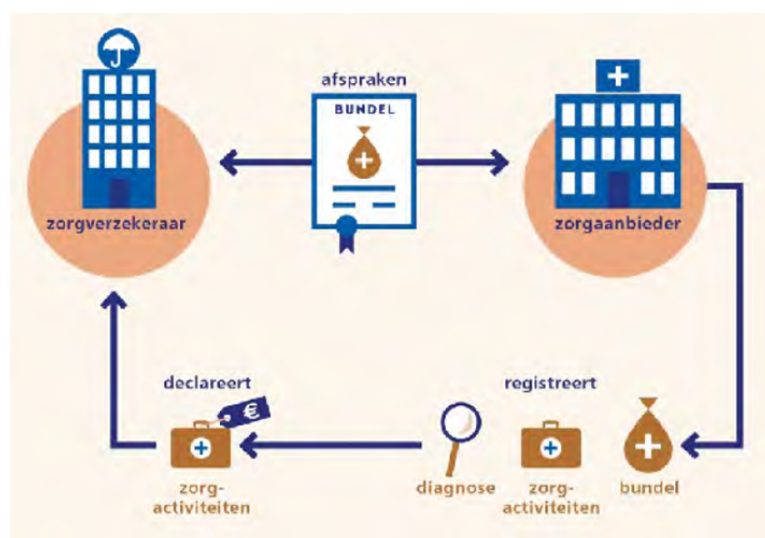
Na vijf jaar ontwikkeling en registratie is echter, na analyse door de NZa, RN en VRA, gebleken dat de behandelmodules niet geschikt zijn voor declaratie. De inzet die gepleegd wordt binnen de behandelmodules en de bedachte producten zijn niet kosten homogeen waardoor de financiële risico's te groot zijn om hier een bekostigingssysteem van te maken. Met de behandelmodules beoogden RN en de VRA meer inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de revalidatiezorg te krijgen en te geven.

Een gezamenlijke commissie van RN en de VRA ('Toekomst Registratie Behandelmodules') heeft in de zomer van 2019 onderzocht of dit doel met de huidige, hybride registratie bereikt kan worden. De conclusie was dat dit niet het geval is. In de RN ledenvergadering van oktober 2019 is daarom besloten om de huidige registratie te beëindigen.

Toekomstige ontwikkeling bekostiging

De NZa is al een aantal jaar met alle betrokken partijen bezig om een nieuwe visie op de bekostiging te ontwikkelen omdat zij vindt dat de huidige bekostiging van medisch specialistische zorg vooral is gebaseerd op een systeem dat het *leveren* van zorg beloont. De bekostiging bevat momenteel te weinig prikkels om samenwerking, zorg op maat, kwaliteit en innovatie te stimuleren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken veelal budgetafspraken en onderhandelen niet of nauwelijks over de prijs en/of kwaliteit van de zorg. De NZa wil toe naar een bekostiging waarin kwalitatieve goede zorg wordt beloond en zorg zonder meerwaarde voor de patiënt juist niet (NZa, 2018).

Dit zou bereikt kunnen worden door de bekostiging en declaratie uit elkaar trekken, waarbij de declaratie gebaseerd moet zijn op wat er is gedaan en de afspraken over de bekostiging moeten gaan over de inhoud zoals in figuur 4.7 het geval is.



Figuur 4.7 Twee parallelle sporen voor afspraken over bekostiging en de declaratie (NZa, 2018)

Voor de MSR zou dit betekenen dat bijvoorbeeld de behandelmodules (of soortgelijk systeem) gebruikt worden voor de inhoudelijke afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, en dat parallel de afzonderlijke zorgactiviteiten worden gedeclareerd.

4.5 Indicietelling MSR

In de afgelopen decennia is veelvuldig gesproken en geschreven over de afbakening van MSR. Dit slaat neer in diverse documenten, zoals onder meer diverse nota's over indicatiestelling (in 1993, 1994, 2001, 2013 en 2016), het algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde (VRA, 2012 en 2016) en een werkwijzer medisch specialistische revalidatiezorg (VAGZ, 2018).

In juni 2015 verscheen het rapport 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden', met daarin een duiding door ZIN van de reikwijdte van MSR. Aanleiding voor het standpunt waren de vragen over de reikwijdte van MSR na wijzigingen in de zorgvraag, het aanbod en de regelgeving.

Uit de diverse documenten blijkt dat in de loop der jaren de reikwijdte van de MSR regelmatig gewijzigd is.



Nota Indicatiestelling 2001

In mei 1993 is de eerste Nota Indicatiestelling Revalidatiezorg uitgebracht. Een tweede versie van de Nota verscheen in juli 1994, naar aanleiding van een verschil van inzicht over de indicatie voor revalidatiezorg voor patiënten met verkregen cognitieve stoornissen zonder (resterende) motorische stoornissen. Op basis van vervolgonderzoek werd in 2001 een nieuwe versie van de nota opgesteld door RN en VRA, afgestemd met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), ZN en de Contactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ). In deze nota werd revalidatiezorg als volgt omschreven:

Revalidatiezorg omvat de kennis, vaardigheid en faciliteiten van specifiek revalidatiegeneeskundige aard op specialistisch niveau, die zich richten op de complexe en/of ingrijpende blijvende gevolgen, in de zin van stoornissen en beperkingen van:

- *somatische ziekten, -trauma's of aangeboren afwijkingen van het houdings- en bewegingsapparaat;*
- *somatische ziekten of aandoeningen die tot complexe en/of ingrijpende beperkingen in het bewegingsvermogen leiden;*
- *somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel, leidend tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;*
- *somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel leidend tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, in principe in persisterende aanwezigheid van defecten in het bewegingsvermogen.*

In deze Nota Indicatiestelling werden in de toelichting orgaanaandoeningen, waaronder hart en long, genoemd als aangrijpingspunt voor MSR-behandeling, mits deze aandoeningen stoornissen veroorzaken welke tot zodanige beperkingen (kunnen) leiden dat revalidatiezorg benodigd is.

Voor de beoordeling van het functioneren in de zin van beperkingen in activiteiten en participatieproblemen wordt in deze nota nog aangesloten bij de in de revalidatiegeneeskunde ontwikkelde SAMPC- (Somatisch, Algemene dagelijkse levensinrichting, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief welbevinden) en/of RAP- (Revalidatie Activiteiten Profiel) methodiek. Aan de hand hiervan worden de gevolgen van stoornissen beschreven als beperkingen in activiteiten en participatieproblemen op een aantal gebieden.

De uitvoeringspraktijk van gehanteerde procedures bij de indicering voor revalidatiezorg was in die tijd al zeer divers en kon variëren van een systematiek van individuele machtiging van de zorgverzekeraar, tot een collectieve melding achteraf.

In een bijlage bij de Nota Indicatiestelling 2001 staat een lijst met diagnosegroepen waar het merendeel van de revalidatie behandelindicaties onder zou vallen (die lijst is integraal opgenomen in onze Bijlage 2).

Beroepskader 2012 en Nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie 2013

Vanwege de groeiende vraag naar gespecialiseerde revalidatiebehandeling en het toenemende aanbod op de revalidatiemarkt heeft het bestuur van de VRA in 2011 besloten een Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde te ontwikkelen. Dit beroepskader heeft tot doel de noodzakelijke kwaliteit van revalidatiegeneeskunde vast te stellen. Het eerste beroepskader is uiteindelijk in augustus 2012 tot stand gekomen waarna in 2013 een kleine wijziging is doorgevoerd. In dit beroepskader is het domein van de MSR uitgebreid ten opzichte van de Nota Indicatiestelling uit 2001. In het beroepskader staan aanvullend op de eerdergenoemde aandoeningen (stoornissen en beperkingen):

- *Chronische pijn van het bewegingsapparaat, zowel aspecifiek (er is geen of zijn onvoldoende lichamelijke afwijkingen voor de klachten) als specifiek (er is een lichamelijke afwijking die de klachten verklaart) die leidt tot ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie;*
- *Kanker en/of beperkingen ten gevolge hiervan (oncologische revalidatie);*
- *Diabetes (diabetesrevalidatie);*



- *Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie.*
- *Beperkingen op het niveau van arbeidsparticipatie.*

Bij het hoofdstuk waarin de doelgroepen worden beschreven staat de opmerking dat de inhoud hiervan nog ter discussie staat omdat de Nota Indicatiestelling uit 2001 moest worden herzien. Aan de hand van de herziene Nota Indicatiestelling zou deze inhoud nog aangepast worden.

In 2013 is de Nota Indicatiestelling geactualiseerd. In deze nota wordt inzicht gegeven in het indicatiegebied van de MSR en de begrenzingen daarvan. Wat de doelgroepen betreft wordt aangesloten bij het hiervoor beschreven Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en aanvullend hierop worden in deze nota factoren genoemd die bepalend zijn bij de vraag of de indicatie (klinische) MSR wordt gesteld bij de betreffende patiënt, wat de afbakening van MSR is, wat het beoogd resultaat van MSR is, de methoden en technieken van de MSR, de verschillende fasen van onderzoek en behandeling, en ontwikkeling en innovatie.

In zowel het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde als de Nota Indicatiestelling wordt, in afwijking van de eerdere nota indicatiestelling uit 2001, waar SAMPC en/of RAP-methodiek de basis was, het inmiddels ontwikkelde ICF-model genoemd als basis van het handelen van de revalidatiearts.

Rapport ZIN 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden'

Vanwege wijzigingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de regelgeving waren er veel vragen van zorgverzekeraars, patiënten(organisaties) en zorgaanbieders over de aard, inhoud en omvang van de MSR in de Zvw. Dit vormde aanleiding voor ZIN de MSR te duiden.

Om meer inzicht te krijgen in de manier waarop verzekeraars en zorgaanbieders in de praktijk invulling geven aan de te verzekeren prestatie MSR heeft ZIN Tangram zorgadviseurs gevraagd hiernaar onderzoek te doen. In vervolg op het rapport van Tangram zorgadviseurs heeft in 2013 en 2014 intensief overleg plaatsgevonden met de VRA en RN. Met deze partijen is onder meer gesproken over (de actualisering van) het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en de nota Indicatiestelling en aan de hand van deze documenten over de zorg die revalidatieartsen als professioneel juist beschouwen en welke criteria een rol spelen bij de indicatiestelling voor die zorg

In juni 2015 is het rapport over deze duiding verschenen, waarin ZIN concludeert dat de beroepsgroep op een gedegen manier heeft omschreven welke MSR zorg zij als professioneel juist beschouwen. De doelgroepen zoals genoemd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde worden door ZIN onderschreven. ZIN maakt onderscheid tussen AMSR en IMSR, welke in hoofdstuk 3.5 reeds zijn toegelicht.

Position Paper Revalidatiegeneeskunde (2015), Nota indicatiestelling en Algemeen Beroepskader 2016

Naar aanleiding van het hiervoor beschreven rapport 'Medisch specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' van ZIN is door de beroepsgroep in 2015/2016 opnieuw gewerkt aan een actualisering van de Nota Indicatiestelling en het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. Ook heeft de VRA in die periode het 'Position Paper Revalidatiegeneeskunde' uitgebracht, waarin de beroepsgroep toelicht wat revalidatiegeneeskunde als vakgebied omvat en waar de VRA zich sterk voor maakt. In dit Position Paper wordt ook het onderscheid tussen de termen revalidatie, MSR, revalidatiegeneeskunde en orgaanrevalidatie beschreven:

- Revalidatie: 'het (weer) valide worden' is een overkoepelende term die in grote lijnen onderverdeeld kan worden in MSR, Revalidatiegeneeskunde, eerstelijnsrevalidatie en GRZ.
- MSR: specialistische revalidatiezorg die meestal wordt geleverd door de revalidatiearts en zijn team, maar kan in het geval van orgaanrevalidatie soms ook door een andere specialist en het revalidatieteam geleverd worden.



- Revalidatiegeneeskunde: het geneeskundig specialisme dat zich specifiek bezig houdt met functionele diagnostiek, prognostiek en behandeling van patiënten met complexe problemen van motoriek en/of cognitie ten gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening. Het doel voor de patiënt is optimale zelfredzaamheid, eigen regievoering en maatschappelijke participatie. Revalidatiegeneeskunde wordt uitgevoerd door een revalidatiearts met of zonder revalidatieteam.
- Orgaanrevalidatie: revalidatie van patiënten met problematiek als gevolg van (chronische) aandoeningen van organen zoals hart en longen of oncologie. De complexe orgaanrevalidatie staat in principe onder leiding van een revalidatiearts met ondersteuning van een revalidatieteam.

Het Position Paper Revalidatiegeneeskunde (VRA, 2015) vormt samen met de Nota Indicatiestelling en het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde een samenhangend geheel dat de MSR beschrijft. De geactualiseerde versie van de Nota Indicatiestelling vervangt de eerdere versies uit 1993/1994, 2001 en 2013. Hierin wordt MSR als volgt beschreven:

“Medisch specialistische revalidatie is toegerust voor diagnostiek en behandeling van kinderen en volwassenen met complexe, vaak blijvende en met elkaar samenhangende problemen van (de ontwikkeling van) functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag.

Bovengenoemde problemen kunnen worden veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of aandoeningen (beschadigingen) van het houdings- en bewegingsapparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel, de cardiovasculaire of pulmonale systemen of van een combinatie hiervan. Niet in alle gevallen (bijvoorbeeld bij jonge kinderen) is zo'n oorzaak (al) vast te stellen.

Bovengenoemde problemen hebben gevolgen voor activiteiten als zelfverzorging, zich verplaatsen, denken en handelen en/of communiceren, met mogelijk ernstige consequenties voor de participatie in interpersoonlijke relaties, de rol in gezin, het huishouden, school of werk en vrijetijdsbesteding en voor sociaal-maatschappelijke functioneren.”

In deze nota wordt (opnieuw) uiteengezet dat MSR zorg betreft voor kinderen en volwassenen met complexe, vaak blijvende en met elkaar samenhangende problemen, uitgeoefend door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. In deze nota wordt, aansluitend op het rapport van ZIN uit 2015, het onderscheid tussen AMSR en IMSR geïntroduceerd en nader uitgewerkt. Ook het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde is hierop aangepast.

Net als bij de eerdere versies van de Nota Indicatiestelling is een bijlage met diagnosegroepen opgenomen die als mogelijke oorzakelijke aandoening bij het merendeel van de indicaties voor MSR-behandeling wordt gezien. In deze lijst, welke overigens niet als uitputtend wordt bestempeld en slechts als voorbeeld geldt, zijn in de laatste versie van de Nota Indicatiestelling de gevolgen van diabetes mellitus bij orgaanaandoeningen en Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) bij chronische pijn als voorbeeld toegevoegd (ook deze lijst is integraal opgenomen in onze Bijlage 2).

Naar aanleiding van de geactualiseerde Nota Indicatiestelling en Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde heeft de werkgroep medisch specialistische revalidatiezorg VAGZ (Vereniging Artsen Volksgezondheid) de werkwijzer 'Medisch Specialistische Revalidatiezorg' geactualiseerd. Deze werkwijzer heeft tot doel een handleiding aan medisch adviseurs van zorgverzekeraars te geven bij de inkoop van MSR. Uit deze werkwijzer valt op te maken dat de werkgroep medisch specialistische revalidatiezorg VAGZ de geactualiseerde versies van de Nota Indicatiestelling en Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde op een aantal vlakken niet uitgebreid/specifiek genoeg vindt voor de beoordeling van de kwaliteit van de MSR en adviseert daarom een aantal aanvullende randvoorwaarden/ eisen, onder andere op het gebied van de rol van de revalidatiearts in de behandeling van de patiënt, supervisie van betrokken professionals en omvang van het aantal fte revalidatiearts ten behoeve van patiëntenzorg. Verder gaat de werkwijzer onder andere in op de afbakening van MSR versus multidisciplinaire eerstelijns revalidatie en tussen MSR en andere specialismen of andere vormen van revalidatie en geeft het extra overwegingen bij een aantal diagnosegroepen mee.



4.6 Visie gezondheid en gezondheidszorg

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 – Een gezond vooruitzicht (RIVM, 2019) geeft aan dat het goed gaat met onze volksgezondheid. We worden steeds ouder, en de meeste mensen voelen zich gezond en niet beperkt. Toch staan we voor een aantal grote toekomstige opgaven die relevant zijn voor de MSR.

Er komen meer ouderen en mensen bereiken vaker een hoge leeftijd (81,5 nu naar 86 in 2040). Hierdoor hebben meer mensen een chronische aandoening zoals artrose, nek- en rugklachten, diabetes en dementie.

De samenleving ervaart steeds meer prestatiedruk. Leefstijl en leefomgeving hebben invloed op gezondheid. Er is vaak opeenstapeling van gezondheids- én sociale problemen zoals eenzaamheid bij kwetsbare groepen.

Er is een omslag van de focus op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Hiermee samenhangend is er een ander concept van gezondheid (Huber et.al., 2011): "Het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven."

Daarbij is het van groot belang dat waarde gedreven zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd. Het gedachtengoed rond "de juiste zorg op de juiste plek" (JZOJP) is duurdere zorg te voorkomen, zorg dichtbij mensen te brengen en zorg te vervangen door bijvoorbeeld eHealth. JZOJP kan, aansluitend op het hiervoor genoemde andere concept van gezondheid, leiden tot empowerment en zelfregie van patiënten en daarmee potentieel tot een betere kwaliteit van leven.

4.7 Andere ontwikkelingen

VRA-toekomstvisie 2025

Als vervolg op het eerdergenoemde Position Paper Revalidatieartsen heeft de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) in 2018 een nieuw beleidsplan opgesteld 'Revalidatiegeneeskunde 2025'. In dit plan worden de volgende ambities van de VRA beschreven aan de hand van vier ontwikkelingen:

1. De unieke patiënt en de moderne revalidatiearts in 2025:
 - Ambitie om de eigen regie van de patiënt structureel te verankeren in de MSR;
 - Ambitie om de betrokkenheid bij en invloed van patiënten en naasten op de ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde in de volle breedte te vergroten;
 - Ambitie om de bevoegdheid bij en 'geneesplezier' voor de revalidatiearts te stimuleren.
2. Richting netwerkgeneeskunde:
 - Ambitie om de revalidatiearts in de eerste lijn van waarde te maken op het gebied van MSR;
 - Ambitie dat alle medisch specialisten en andere relevante zorgprofessionals kennis hebben van de revalidatiegeneeskunde en de toegevoegde waarde kennen voor de patiënt;
 - Ambitie om de rol van de revalidatiearts in het ziekenhuis te versterken;
 - Ambitie om de relatie tussen MSR en GRZ te versterken;
 - Ambitie om samenwerking tussen kinderrevalidatiegeneeskunde en het onderwijs te intensiveren.
3. Revalidatiegeneeskunde voorop in vernieuwing:
 - Ambitie dat iedere patiënt inzicht heeft in de toegevoegde waarde van de revalidatiegeneeskunde;
 - Ambitie dat innovaties met een directe toegevoegde waarde voor de patiënt beter en sneller worden geïmplementeerd in de revalidatiesector;
 - Ambitie dat de revalidatiearts, het revalidatieteam en de patiënt in elk innovatietraject een belangrijke positie hebben;
 - Ambitie dat wetenschappelijk onderzoek binnen de revalidatie wordt gestimuleerd.
4. Betrokken bij gezondheid en gedrag:
 - Ambitie om patiënten en hun naasten bewust te maken van de invloed van leefstijl op gezondheid en hen te stimuleren ongezonde leefstijl te veranderen.



Anderhalvelijnszorg

Anderhalvelijnszorg is gericht op het voorkómen van onnodige verwijzingen vanuit de eerstelijns huisartsenzorg naar de tweedelijns specialistische ziekenhuiszorg. Lang niet alle zorg die revalidatieartsen nu leveren, hoeft in de gespecialiseerde tweede lijn te gebeuren. Anderhalvelijnszorg heeft een brede scope met als hoofdaspect versterking van de eerstelijns, met consultatiemogelijkheid vanuit de tweedelijns, inclusief mogelijkheden voor multidisciplinaire behandelingen en coördinatie daarvan. Bijvoorbeeld bij aandoeningen aan hand en pols kan een multidisciplinair team van gespecialiseerde fysio- en ergotherapeuten ook een deel van de coördinatie en uitvoering rond de revalidatie op zich nemen. De uitvoering, regie en coördinatie van het behandeltraject komt dan voor een groot deel te liggen bij de gespecialiseerde fysio- en ergotherapeut. De revalidatiearts doet de intake en is beschikbaar voor overleg.

Op dit moment lopen meerdere pilots om ervaring op te doen met dit type anderhalvelijnszorg. Er wordt hiermee door verschillende zorgaanbieders, vaak in combinatie met zorgverzekeraars en overheden, ervaring opgedaan. In Limburg is hier bijvoorbeeld in drie proeftuinen de afgelopen jaren mee geëxperimenteerd. Specialisten uit het ziekenhuis komen daar naar de patiënt toe, zo wordt de juiste zorg op de juiste plaats gegeven. Tot op heden is het domein van de MSR beperkt tot niet betrokken bij deze proeftuinen.

Er zijn bij sommige aanbieders van MSR lange wachtlijsten voor pijnrevalidatie. Het blijkt dat maar 20% van deze patiënten uiteindelijk ook MSR-behandeling krijgt. Momenteel loopt er een pilot bij Basalt in Leiden waarbij een eerste indicatiestelling voor MSR-behandeling gedaan wordt buiten de DBC-financiering om. Een manueel therapeut doet onder supervisie van een revalidatiearts een screening. Dit gebeurt mede op basis van een aantal eerder afgenomen gevalideerde vragenlijsten.

Opties zijn vervolgens:

- Terug naar de verwijzer met een advies;
- Zorg vanuit de 1e lijn binnen een netwerk (ET, FT, PS, etc.);
- Verwijzing naar de MSR;
- Verwijzing naar de GGZ.

De pilot bij Basalt is een onderdeel van het subsidieprogramma JZOJP van ZonMw. De essentie van het ZonMw-programma is zorg voorkomen, verplaatsen en vervangen.

Onderzoek ten behoeve van wetenschappelijke onderbouwing (Zorgevaluaties)

De best passende zorg voor de patiënt, dat is de kern van het vak van medisch specialist. De zorg die patiënten dagelijks krijgen, is deels gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en deels op pathofysiologisch redeneren of ervaring. Van de helft van de behandelingen is de winst voor de gezondheid niet of onvoldoende wetenschappelijk onderzocht en/of niet aangetoond. Dat wil niet zeggen dat een dergelijke behandeling niet goed is, maar dat de uitkomst van die behandeling niet wetenschappelijk is onderzocht in relatie tot de indicatie (FMS, 2016).

In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken om gepast gebruik van medisch specialistische zorg verder te bevorderen, door het proces van zorgevaluatie naar een hoger plan te tillen. Daarvoor zijn veel bestaande initiatieven. Er blijkt ruimte voor groei van wetenschappelijke onderbouwing. In een studie in het Verenigd Koninkrijk naar 3.000 regulier toegepaste therapieën bleek 41% bewezen effectief en 8% bewezen niet effectief. Daarnaast bleek van 51% van de onderzochte behandelingen de effectiviteit onbekend. Er zijn goede redenen om aan te nemen dat vergelijkbare getallen gelden voor de Nederlandse situatie. Een indicatie hiervoor valt af te leiden uit de medische richtlijnen waarin ruim de helft van de conclusies of aanbevelingen berusten op beperkte bewijsvoering ofwel conclusies niveau 3 of 4 (FMS, 2016).



Wetenschappelijke medische verenigingen hebben de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet in het opstellen van kennisagenda's om het grote hiaat aan kennis over effectiviteit van gangbare behandelingen te verkleinen. De zorgevaluaties die daaruit voortvloeiden, geven nieuwe inzichten in de waarde van verschillende behandelingen. Zorgevaluatie is daarmee de laatste jaren het begrip geworden voor het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg. Uitgangspunt is dat over vijf jaar zorgevaluatie onderdeel is van de reguliere zorgprocessen en zorgverlening en leidt tot gepast gebruik.

Topsectorenbeleid

Het ministerie van Economische Zaken heeft in zijn topsectorenbeleid missies opgesteld voor vier thema's: energietransitie en duurzaamheid; landbouw, water en voedsel; gezondheid en zorg; veiligheid. Deze missies zijn samen met de sleuteltechnologieën richtinggevend voor de door de topsectoren op te stellen Kennis- en Innovatieagenda's.

Bij het thema Gezondheid en zorg staat dat de topsectoren (in het bijzonder topsector Life Sciences & Health) een belangrijke rol spelen om Nederland 'gezond en wel' te houden (vanwege groeiende veelzijdige technologische mogelijkheden). Revalidatie is één van de manieren waarop invulling kan worden gegeven aan de behoefte aan maatschappelijke participatie en het opheffen van beperkingen in activiteiten.



5 Wat bepaalt of MSR-behandeling wordt geïndiceerd?

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de factoren zijn die bepalen of MSR-behandeling is geïndiceerd en welke voorwaarden hier door de verschillende betrokkenen bij worden gesteld. Verder worden de rol van de diagnose en stoornis in de indicatiestelling en de exclusiecriteria beschreven. Tenslotte worden tussenconclusies getrokken. De basis van hetgeen beschreven is in dit hoofdstuk ligt bij de resultaten van de interviews aangevuld door literatuur. Belangrijk is om nogmaals te benadrukken dat het gaat om de **behandeling** binnen de MSR. Hier ligt altijd een op te stellen of uit te voeren behandelplan aan ten grondslag. Zolang er nog geen behandelplan is betreft het bij contact met de revalidatiearts wel MSR, maar géén behandeling.

5.2 Factoren die van belang zijn bij de indicering van MSR-behandeling

In tegenstelling tot alle onduidelijkheid van de afgelopen jaren over de indicatiestelling van MSR, blijkt uit het merendeel van de interviews dat het in de spreekkamer van de dokter helder is wanneer een patiënt in aanmerking komt voor een MSR-behandeling. De revalidatieartsen die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek gaven allemaal aan dat de 'klinische blik die een revalidatiearts heeft' bepalend is bij de indicatiestelling van MSR-behandeling. Echter, voor dit onderzoek is het van belang te weten of er andere, meer objectieve, factoren zijn die bepalen of MSR-behandeling is aangewezen. De vraag naar relevante factoren is daarom uitgebreid besproken in de interviews.

In zijn algemeenheid wordt deze vraag vaak vanuit een andere kant, terug redenerend benaderd: 'is MSR de juiste, passende zorg?' in plaats van aan de voorkant te bepalen of de patiënt door zijn of haar klachten wordt geïndiceerd voor MSR-behandeling. Wat verder vaak wordt opgemerkt is dat er hele andere factoren dan de indicatie een rol spelen bij de beslissing of een patiënt is aangewezen voor een MSR-behandeling. Dat begint met de cruciale inschatting in hoeverre er sprake is van beperkingen in activiteiten die leiden tot participatieproblemen. Maar daarnaast spelen bij doorverwijzingen vaak andere factoren een rol. Regelmatig gehoorde redenen voor de indicatiestelling MSR zijn ziekenhuizen die 'af willen' van patiënten, het bestaan van lange wachtlijsten bij andere sectoren zoals de GGZ of het gegeven dat er geen passende zorg in de omgeving beschikbaar is. Ook kan het zijn dat de expertise van het revalidatieteam zo specialistisch is, zoals het geval bij handrevalidatie, soms bij amputatie en bij louter cognitieve problematiek na een CVA, dat niet de complexiteit van de vraag, maar juist die specialistische kennis bepaalt dat MSR-behandeling is aangewezen.

Uit de interviews met de zorgverzekeraars bleek dat voor hun 'vertrouwen in de organisatie' een belangrijke factor is bij het bepalen of MSR-behandeling moet worden ingezet bij de betreffende patiënt.

5.3 Voorwaarden

In tegenstelling tot andere medisch specialismen, waar de diagnose en stoornis bepalen of en welke behandeling wordt ingezet, is bij MSR juist de *context* van patiënt van doorslaggevend belang bij het bepalen of MSR-behandeling daadwerkelijk moet worden ingezet.

Wat bij vrijwel alle interviews terugkwam is dat een patiënt, om behandeld te kunnen worden binnen de MSR, klachten (gerelateerd) aan het bewegingsapparaat moet hebben. Het moet daarbij gaan om complexe problematiek op meerdere gebieden (o.a. lichamelijk, psychosociaal en maatschappelijk). Wat verder een voorwaarde is voor MSR-behandeling, is dat de patiënt een duidelijke hulpvraag heeft en gemotiveerd is, en dus tijd vrij maakt voor de behandeling. Het kan voorkomen dat een patiënt met een bepaalde klacht de ene keer dat hij de revalidatiearts bezoekt niet in behandeling wordt genomen wegens gebrek aan motivatie, maar twee jaar later voor dezelfde klacht wel, als de motivatie van die patiënt veranderd is. Daarnaast moet de patiënt belastbaar zijn en moeten er verandermogelijkheden in de problematiek van de patiënt zijn.



Of er dus MSR-behandeling wordt geïndiceerd en hoe deze behandeling eruitziet, is afhankelijk van de specifieke situatie van de patiënt. Wat zijn de behoeften en mogelijkheden van de patiënt? Welke beperkingen komt de patiënt tegen in het dagelijks leven, welke problemen leveren die op en hoe kunnen die problemen worden opgelost? Het gaat hierbij niet alleen om de functies van het lichaam (bijvoorbeeld spierkracht), maar ook om de gevolgen die een aandoening heeft op activiteiten (zoals lopen en zelfverzorging) en participatie (bijvoorbeeld werk of relaties). Dit is, los van de (eventuele) aandoening die de patiënt heeft, essentieel bij het bepalen of een patiënt in aanmerking komt voor MSR-behandeling.

Ook andere factoren, zoals de woonsituatie van een patiënt, zijn bepalend of een patiënt MSR-behandeling krijgt. Van twee patiënten met dezelfde onderliggende ziekte, waarvan de ene patiënt in een flat zonder lift woont en de andere patiënt in een woning op de begane grond kan het zijn dat de patiënt uit de flat eerder voor MSR-behandeling in aanmerking komt dan de andere patiënt.

Zoals gezegd is complexe problematiek op meerdere gebieden de bepalende factor voor de indicatie van MSR. Revalidatieartsen geven in de interviews aan dat de definitieve indicatie afhangt van het aantal 'rode vlaggen' zoals zij dat noemen, dat wordt 'gescoord' op de componenten activiteiten, participatie en de persoonlijke en externe factoren. Hiermee bedoelen zij het aantal factoren waarop een patiënt problemen ervaart en die van invloed zijn op de MSR-behandeling en waarop ze via MSR-behandeling invloed kunnen uitoefenen. Dit is een subjectieve beoordeling, waardoor verschillende artsen anders kunnen indiceren.

Vanwege de onduidelijkheid rond de reikwijdte van de MSR is toestemming nodig van de zorgverzekeraar voor steeds meer behandelingen binnen de MSR. Hoe dit in zijn werk gaat is uitvoerig besproken met de zorgverzekeraars. Zij gaven aan dat bij het bepalen of toestemming, in de vorm van een machtiging, wordt gegeven de zorgverzekeraars, naast de inhoudelijke voorwaarden, administratief, procedurele voorwaarden hanteren. Dat begint met de vraag of er een verwijzing is en waarvoor de patiënt verwezen wordt. Dan wordt gekeken of de patiënt al adequate stepped care heeft gehad. Vervolgens vindt de check plaats hoe de diagnose tot stand is gekomen. De revalidatiearts moet aantoonbaar betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de diagnose. Ten slotte is belangrijk wat de inzet van de revalidatiearts en het multidisciplinaire team bij de behandeling van de patiënt is. Als de revalidatiearts alleen bij de start van het traject is betrokken en verder de patiënt niet meer ziet, is er volgens de zorgverzekeraars geen sprake van MSR-behandeling. Ook wanneer de behandeling voor 80% wordt uitgevoerd door één discipline, bijvoorbeeld de fysiotherapeut, is er geen sprake van MSR-behandeling. Om te verduidelijken hoeveel disciplines in de praktijk worden betrokken bij de behandelingen, is in de onderstaande tabel (5.1) de inzet van de verschillende disciplines per diagnosegroep te zien (RN, 2017). Hieruit blijkt dat het zwaartepunt bij de meeste diagnoses ligt bij een combinatie van de arts, ergotherapeut en fysiotherapeut. Bij een aantal diagnoses speelt de psycholoog daarnaast een grote rol in de behandeling.

Zorgaanbieders geven in interviews aan dat bij de ene aanbieder vrijwel alle machtigingen worden afgekeurd en bij een andere aanbieder de meeste machtigingen worden goedgekeurd, ondanks dat in beide gevallen wordt voldaan aan richtlijnen en er bewijslast van de resultaten beschikbaar is. Dit beleid en de hoeveelheid afkeuringen verschilt soms ook nog per zorgverzekeraar.


Tabel 5.1 Inzet van de verschillende disciplines per diagnosegroep

	Aandoeningen bewegingsapparaat	Amputaties	Chronische pijn en psychische stoornissen	Dwarvlaesie	Hersenen	Neurologie	Organen
Activiteiten begeleiding	1,03%	2,39%	0,52%	1,68%	1,85%	0,91%	2,21%
Arts	16,85%	24,08%	11,91%	20,97%	11,81%	16,36%	18,19%
Bewegingsagoog/sportbegeleiding	3,58%	5,18%	3,18%	3,67%	2,28%	2,83%	6,80%
Cognitief trainer	2,36%	0,31%	3,06%	1,44%	1,76%	0,69%	0,40%
Diëtetiek	0,40%	0,98%	0,10%	1,06%	0,47%	1,23%	3,62%
Ergotherapie	21,68%	16,77%	18,76%	20,54%	19,71%	21,05%	8,56%
Fysiotherapie	28,34%	32,04%	25,13%	26,90%	21,29%	26,29%	29,87%
Geestelijke verzorging	0,06%	0,27%	0,02%	0,25%	0,10%	0,13%	0,03%
Hydrotherapie	0,55%	0,33%	0,26%	0,30%	0,33%	0,48%	0,20%
Logopedie	1,40%	0,15%	0,49%	1,27%	11,62%	5,24%	2,44%
Maatschappelijk werk	5,49%	5,68%	7,75%	6,32%	6,33%	8,93%	9,33%
Muziektherapie	0,37%	0,22%	0,34%	0,32%	0,74%	0,75%	0,31%
Orthopedagogie	0,62%	0,09%	0,85%	0,32%	1,53%	0,75%	0,43%
Psychologie	12,18%	3,73%	24,16%	4,39%	9,38%	7,72%	10,70%
Psychologisch medewerker	0,33%	0,08%	1,14%	0,49%	1,72%	0,89%	0,41%
Therapeutische peuterleiders	0,92%	0,01%	0,16%	0,82%	3,49%	1,45%	1,21%
Therapie assistenten	3,85%	7,69%	2,17%	9,27%	5,58%	4,30%	5,30%
Totaal	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

In de verschillende interviews gaven zowel de revalidatieartsen als de zorgverzekeraars aan dat er checklists/meetlatten zijn (zowel bij zorgaanbieders als bij zorgverzekeraars) aan de hand waarvan men bepaalt of MSR-behandeling wordt geïndiceerd. Helaas zijn deze 'lijstjes' door niemand beschikbaar gesteld.

5.4 Diagnose/stoornis

Ondanks de hiervoor genoemde bepalende factoren bij de indicatiestelling van MSR-behandeling, blijkt uit de interviews dat de diagnose en/of de stoornis wel veelal het vertrekpunt is. Want hoewel een klein aantal geïnterviewden aangaf dat niet de diagnose, maar alleen de met deze diagnose gepaard gaande problemen een rol spelen bij de bepaling of MSR-behandeling al dan niet is aangewezen, geeft het overgrote deel van de geïnterviewden aan dat de diagnose en/of stoornis wel degelijk een rol speelt bij de vraag of een patiënt überhaupt in aanmerking komt voor MSR-behandeling.

Een groot deel van de geïnterviewden gaf aan dat er bij de problematiek van de patiënt wel op zijn minst een relatie met het bewegingsapparaat moet zijn voordat MSR-behandeling wordt geïndiceerd. Ook een patiënt die alleen maar cognitieve stoornissen heeft en/of problemen met spraak ten gevolge van een stoornis in de hersenen, heeft daarmee een aangrijpingspunt voor MSR-behandeling. Diagnoses als 'buikklachten', 'vermoeidheid' of 'conversie' hebben geen relatie met het bewegingsapparaat en vormen dus geen aangrijpingspunt voor MSR-behandeling.

Hoog over zou gesteld kunnen worden dat elke diagnose die invloed heeft op het bewegingsapparaat kan leiden tot MSR-behandeling. Echter, vanuit de interviews is gebleken dat wanneer hierop wordt ingezoomd een veel specifiekere beschrijving wenselijk en mogelijk is.



Er lijkt geen discussie te zijn over een aantal kerndomeinen. Het hart van de MSR wordt gevormd door diagnoses als:

- dwarslaesie;
- amputatie;
- niet Aangeboren Hersenletsel (waaronder CVA);
- cerebrale parese.

Hier vallen enkele diagnosegroepen onder waar niet per definitie sprake hoeft te zijn van stoornissen in houding of het bewegingsapparaat, maar waar de MSR-behandeling ook alleen gericht kan zijn op uitgebreide cognitieve problemen of spraakstoornissen als gevolg van een stoornis in de hersenen.

Er is onder diverse respondenten wel verschil van mening over andere diagnoses, zoals chronische pijn, SOLK en aandoeningen van organen. Bij die diagnoses is niet voor iedereen in dezelfde mate helder en scherp dat de medische aandoening als zodanig voldoende aangrijpingspunten biedt voor een indicatie voor MSR-behandeling. Daarom wordt hieronder nader ingezoomd op deze diagnosegroepen.

Pijn

De diagnose 'pijn' wordt gesteld bij volwassen patiënten met een verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Deze klachten moeten langer dan 6 weken bestaan. De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) onderscheidt de volgende niveaus (VRA,2013):

- WPN 1: Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol;
- WPN 2: Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol;
- WPN 3: Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol;
- WPN 4: Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.

Uit de interviews blijkt dat in zijn algemeenheid de groep WPN 1 patiënten in de eerstelijns wordt behandeld. De groep WPN 2 patiënten heeft multidisciplinaire zorg nodig, maar dit hoeft geen medisch specialistische zorg te zijn. De groep WPN 3 heeft, met uitzondering van de onderkant van deze groep, medisch specialistische zorg nodig en dit geldt ook voor de groep WPN 4 patiënten, hoewel een groot deel van deze laatste groep binnen de psychiatrie thuishoort. Als patiënten die zijn geclassificeerd als WPN 4 binnen de MSR worden behandeld, gebeurt dit, in tegenstelling tot de andere WPN-niveaus, soms klinisch.

Op basis van de gesprekken valt af te leiden dat in de afgelopen jaren steeds meer (ook wetenschappelijke) aandacht is gekomen voor pijnrevalidatie. De werkgroep pijnrevalidatie heeft daarbij voorstellen gedaan om beter af te bakenen wie in aanmerking komt voor MSR. Het 'Handboek pijnrevalidatie' (Verbunt et.al., 2019) bevat daarvoor tevens een wetenschappelijke onderbouwing.

Pijn komt dus in verschillende vormen en mate van ernst voor. De diagnose 'pijn' betekent volgens veel geïnterviewden dan ook niet automatisch dat er een aangrijpingspunt is voor MSR-behandeling. Er moet ook hier weer sprake zijn van stoornissen van het bewegingsapparaat en beperkingen in motorische activiteiten alvorens MSR in beeld komt. 'De oorzaak moet liggen in het lijf'.

Wat verder een rol speelt bij deze patiëntengroep is of de patiënt adequate stepped care heeft gehad, dus bijvoorbeeld al in de eerstelijns is behandeld. Dit is overigens geen hard criterium, want bij sommige patiënten is het van groot belang om direct binnen de MSR behandeld te worden en niet eerst binnen de eerstelijns. Een pijnklacht kan in dat geval chronisch worden, wat misschien voorkomen had kunnen worden door bij de eerste klachten een kort (medisch-specialistisch) revalidatietraject in te zetten.



SOLK

De meeste geïnterviewden gaven aan dat Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke Klachten (SOLK) geen indicatie opleveren voor MSR. SOLK hoort volgens het merendeel thuis in de psychiatrie, maar wordt, vanwege wachtlijsten in de GGZ, vaak binnen de MSR behandeld. SOLK bestaat uit vier clusters:

1. vermoeidheid (duizeligheid);
2. hart/spanning – a specifiek;
3. spastische darmklachten;
4. musculoskeletale SOLK.

Het vierde cluster komt veelal overeen met ‘chronische pijn’ wat vaker wordt behandeld in de MSR. Wanneer dit, net als bij ‘pijn’, klachten in het bewegingsapparaat en beperkingen in motorische activiteiten met zich meebrengt zou dit een aangrijpingspunt voor MSR kunnen betekenen, vindt een aantal geïnterviewden.

Organen en oncologie

Een groot deel van de geïnterviewden, waaronder zowel revalidatieartsen als verzekeraars, geeft aan dat orgaanrevalidatie niet zonder meer tot de MSR behoort. Het is evident dat deze groep conditionele problemen heeft waarvoor een, veelal multidisciplinaire, behandeling aangewezen is. Dit betekent echter niet dat deze behandeling in de MSR moet plaatsvinden. Dit kan onder verantwoordelijkheid van de behandelend specialist worden uitgevoerd. Dit geldt ook voor oncologie, vindt een groot deel van de geïnterviewden.

Wanneer sprake is van bijkomende (complexe) problematiek in het bewegingsapparaat, waarbij stoornissen van functies in het bewegingsapparaat aan de orde is, zou er wel een aangrijpingspunt voor MSR-behandeling kunnen zijn. Maar dan is deze bijkomende problematiek met de bijbehorende diagnose eigenlijk het aangrijpingspunt, niet de diagnose op basis van de initiële aandoening.

Er wordt door een beperkt aantal artsen aangegeven dat de setting en de knowhow van de MSR de enige setting is om complexe problematiek bij patiënten binnen de genoemde diagnosegroepen te behandelen, ondanks dat er niet direct stoornissen van functies in het bewegingsapparaat aan de orde zijn. Het betreft hier overigens een zeer klein gedeelte van de totale patiëntenpopulatie binnen de diagnoses die betrekking hebben op organen en oncologie.

Kinderen

Indicatiestelling gebeurt bij kinderen op een vergelijkbare manier als bij volwassenen. Een groot verschil tussen kinderen en volwassenen is echter wel, dat bij kinderen de problematiek nog niet is geïntegreerd in de persoonlijkheid en daardoor (dus) beter te behandelen door de revalidatiearts. Zo wordt bijvoorbeeld conversie bij kinderen wel behandeld in tegenstelling tot bij volwassenen die in een dergelijk geval naar de psychiatrie worden doorverwezen. Het moet overigens bij deze kinderen wel gaan om een conversiestoornis met een relatie tot het bewegingsapparaat. Als er sprake is van somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten bij kinderen zijn deze aangewezen op MSR als het gaat om klachten van het bewegingsapparaat. Andere onverklaarbare klachten zoals bijvoorbeeld chronische buik- of hoofdpijn horen ook bij kinderen niet tot de MSR.

5.5 Exclusiecriteria

Ondanks dat een patiënt misschien aan alle hierboven beschreven factoren voldoet, dus de juiste diagnose met als gevolg stoornissen in het bewegingsapparaat en beperkingen in motorische activiteiten, zijn er factoren die bepalen dat MSR in ieder geval niet de aangewezen behandeling is voor de patiënt.



Als psychische problemen (onder andere depressie, suïcidaliteit, persoonlijkheidsstoornissen, borderline en verslavingsproblematiek) dominant zijn in de problematiek van de patiënt of externe factoren zoals mishandeling of schulden een dusdanige invloed hebben op de behandelbare doelen binnen de MSR, is MSR niet de aangewezen zorg voor de betreffende patiënt. De HADS⁶ is een instrument dat gebruikt wordt om vast te stellen of iemand niet in aanmerking komt voor de MSR.

Soms is de problematiek van een patiënt te complex, waardoor MSR niet de aangewezen zorg is. Dit is moeilijker vast te leggen in harde criteria, maar berust meestal op het 'gevoel' van de revalidatiearts. Revalidatieartsen noemen als exclusie criterium bijvoorbeeld betrokkenheid bij een letselschadezaak. Een gebrekkige communicatie (taal onmachtig) of laag IQ (opdrachten niet kunnen uitvoeren) is reden voor exclusie, omdat dan een MSR-behandeling niet werkt.

Een laatste groep is de buik- en hoofdpijn of chronische vermoeidheid waarbij geen relatie is met het bewegingsapparaat. In die gevallen, zo geven revalidatieartsen aan, is MSR niet de aangewezen zorg.

5.6 Tussenconclusies

- Vele factoren tezamen bepalen of MSR-behandeling wordt geïndiceerd.
- Niet de diagnose zelf, maar de context hiervan of de met de diagnose gepaard gaande problematiek bepaalt of MSR-behandeling wordt ingezet.
- Bij de indicatie voor MSR-behandeling moet het gaan om complexe problematiek op meerdere gebieden, waarbij minimaal sprake is van stoornissen van het bewegingsapparaat en beperkingen in motorische activiteiten.
- Ook een patiënt die alleen maar cognitieve stoornissen heeft en/of problemen met spraak ten gevolge van een stoornis in de hersenen, heeft daarmee een aangrijpingspunt voor MSR-behandeling.
- Omdat het aangrijpingspunt voor MSR niet altijd scherp is, ontstaat ruimte voor diversiteit bij de indicatiestelling tussen artsen en zorgverzekeraars, waarbij andere voorwaarden een doorslaggevende rol spelen.
- Een deel van de diagnoses kan over de volle breedte op brede steun rekenen als aangrijpingspunt voor MSR-behandeling.
- Bij een ander deel van de diagnoses (organen, oncologie, chronische pijn en SOLK) is in principe MSR-behandeling niet de aangewezen zorg. MSR-behandeling is alleen aangewezen voor deze groep wanneer sprake is van bijkomende (complexe) problematiek in het bewegingsapparaat waarbij er primair een stoornis is van functies van het bewegingssysteem of aan beweging verwante functies of een stoornis in de anatomische eigenschappen aan de orde is.
- Exclusiecriteria voor de indicatie van MSR zijn dominante psychische problemen (onder andere depressie, suïcidaliteit, persoonlijkheidsstoornissen, borderline en verslavingsproblematiek) of externe factoren zoals mishandeling of schulden die een substantiële invloed hebben op de behandelbare doelen binnen de MSR.

⁶ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) meet kernklachten van angst en depressie zonder daarbij lichamelijke klachten te betrekken (Zigmond AS, Snaith RP (1983, 1992, 1994) <http://www.gl-assessment.co.uk/>)



6 Classificatiesystemen

6.1 Inleiding

Door middel van een literatuuronderzoek en via de interviews is er geïnventariseerd welke classificatiesystemen er zijn en gebruikt worden, en welke bruikbaar zijn voor het doel van dit onderzoek. Veel classificatiesystemen zijn (nog) steeds in ontwikkeling en vaak worden voorlopers nog gebruikt of genoemd. Ook worden er niet-classificatiesystemen genoemd die worden of werden gebruikt bij het indiceren en of behandelen. In dit hoofdstuk geven we een korte beschrijving van de genoemde en soms nog gebruikte (classificatie)systemen. Vervolgens werken we de meest gebruikte classificatiesystemen verder uit.

6.2 Overzicht (classificatie)systemen

In de interviews werden de volgende (classificatie)systemen genoemd (in willekeurige volgorde):

- ICD
- ICF
- ICIDH
- SAMPC
- RAP
- SNOMED CT
- Behandelmodules
- Zorgvraag Index
- Livre
- Eigen systeem

Iedereen die we gesproken hebben en die MSZ verleent maakt gebruik van het ICF-model. Omdat de ICD-10 codering verplicht is in de bekostiging wordt ook door iedereen dit classificatiesysteem gebruikt om een diagnose vast te leggen. Soms gebeurt dit op basis van de ICD-9 codering die vertaald is naar een Revalidatieversie (Dutch Extension) waar bij een aantal diagnoses een toevoeging is gedaan.

In deze paragraaf worden alle genoemde systemen kort toegelicht waarna in aparte paragrafen de ICD-codering en het ICF-model worden behandeld.

Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICIDH)

(G.J. Lankhorst, J. Halbertsma en M.W. de Kleijn-de Vrankrijker, 1990)

De ICIDH (WHO, 1980) is de voorloper van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO, 2011). De ICIDH bestond uit drie deelfclassificaties, berustend op de begrippenreeks ziekte – stoornis – beperking – handicap. Deze indeling is inmiddels achterhaald en wordt bijna nergens meer gebruikt en is niet geschikt voor indicatiestelling voor de MSZ op basis van diagnoses en stoornissen.

SAMPC-model

Beperkingen in activiteitengebieden die het gevolg zijn van stoornissen (somatisch, cognitie/gedrag en/of communicatie), werden voor de komst van de ICF vaak beschreven volgens andere modellen.

SAMPC staat voor vijf aandachtsgebieden die worden belicht (Opsteker, 2019):

- Somatisch (somatische basisvaardigheden).
Gericht op het in kaart brengen van de lichamelijke conditie.
- Algemene dagelijkse levensinrichting (ADL, ook wel activiteiten dagelijks leven)
Gericht op het in kaart brengen van de mate aan mobiliteit en zelfredzaamheid.
- Maatschappelijk (maatschappelijk functioneren, waaronder het deelnemen aan het arbeidsproces een rol kan spelen)
Gericht op in kaart brengen van de toestand van het sociale netwerk.



- Psychisch (psychisch functioneren)
Gericht op het in kaart brengen van het welbevinden met betrekking tot cognitieve functies zoals geheugen, oriëntatie, stemming, ziekte-inzicht, etc.
- Communicatief welbevinden (ook wel communicatief functioneren).
Gericht op het in kaart brengen van de communicatieve vaardigheden zoals spreken, horen, zien en begrijpen

Alle betrokkenen (artsen, verpleegkundigen, familie en mantelzorg) kunnen het SAMPC-proces inzien en input leveren. Ordening volgens SAMPC brengt de voortgang van (verpleeg)problemen in kaart. Het wordt continu ter registratie van de algehele voortgang gebruikt. Daarmee biedt SAMPC snel zicht op de actuele stand van zaken wat betreft de al gehele zorgproblematiek, gerapporteerd door alle betrokken disciplines.

SAMPC is een manier van vastleggen van gegevens en niet geschikt voor de indicatiestelling op basis van diagnoses en stoornissen.

RAP-model

RAP staat voor Revalidatie Activiteiten Profiel en is bedoeld als multidisciplinair communicatie-instrument, waarbij activiteiten centraal staan. Ordening met behulp van het RAP-model gaat uit van de volgende aandachtsgebieden:

- Communicatie
- Mobiliteit
- Persoonlijke verzorging
- Dagvulling (waaronder het deelnemen aan het arbeidsproces een rol kan spelen)
- Relaties

Het RAP-model wordt door veel behandelteams gebruikt om doelen te stellen en om de voortgang te monitoren. Er is ook een kinder-RAP.

Het RAP is een communicatie-instrument gericht op de behandelfase en is niet geschikt voor de indicatiestelling op basis van diagnoses en stoornissen.

SNOMED CT

De internationale standaard SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms), is niet genoemd tijdens interviews, maar op basis van literatuur en vanwege de samenloop met ICD-10 is de standaard wel relevant.

SNOMED CT is een internationaal, medisch terminologiestelsel en bevat een grote verzameling medische begrippen (ca. 350.000) en hun synoniemen. De termen worden in de directe patiëntenzorg gebruikt voor de vastlegging van klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen, interventies, diagnoses, resultaten en besluitvorming. Maar er staan ook hele andere termen in SNOMED CT, zoals land van herkomst, hulpmiddelen, sexe, instrumenten, etc.; allemaal termen die relevant kunnen zijn binnen een EPD. Gegevens die met SNOMED CT zijn vastgelegd, zijn uitermate geschikt voor overdracht en hergebruik.

De terminologiestelsels SNOMED CT en ICD-10 kunnen beiden worden gebruikt voor het vastleggen van diagnoses. Het zijn geen concurrerende terminologiestelsels. De kracht van SNOMED CT ligt in het bieden van gedetailleerde termen, waarmee eenduidige registratie van medische gegevens van een patiënt in het primaire proces gerealiseerd worden. De kracht van ICD-10 ligt onder andere in de aggregatie van medische gegevens voor nationale en (internationale) statistieken en rapportages. Door een goede samenwerking tussen de twee stelsels kan uiteindelijk eenmalige registratie voor meervoudig gebruik gerealiseerd worden (Nictiz, 2014).

Met behulp van SNOMED CT worden de termen die een patiënt, een huisarts en de medisch specialist gebruikt over en weer vertaald, waardoor iedereen het over hetzelfde heeft. De termen zijn (deels) zowel in het Nederlands als in andere talen beschikbaar.



SNOMED CT heeft meer dan 350.000 termen en is daarmee niet bruikbaar om te bepalen of een 'term' in aanmerking komt voor indicatiestelling. SNOMED CT kan wel helpen om tot een eenduidige ICD-10 codering te komen. Overigens leiden niet alle termen tot een ICD-10 code.

Behandelmodules

Behandelmodules is een conceptsysteem dat ontwikkeld is om, naast een nieuwe bekostigingsstructuur, inzicht te geven welke zorg er in de MSR geleverd wordt. Inmiddels is vastgesteld dat de behandelmodules niet geschikt zijn voor bekostiging en ook niet bruikbaar zijn om inhoudelijk iets te zeggen over de geleverde zorg.

Behandelmodules zijn derhalve niet geschikt voor indicatiestelling op basis van diagnoses en stoornissen.

Zorgvraagindex

De zorgvraagindex (ZVI) is ontwikkeld voor de huidige productstructuur ingaande op 1 januari 2013 en was bedoeld om op basis van domeinen van het ICF een inschatting te kunnen maken welk behandelproduct uiteindelijk gedeclareerd zou moeten worden (RN, 2012).

Dit werd gedaan door te bepalen of er doelstellingen en substantiële behandelinzet waren op een aantal (ICF) domeinen 'Communicatie', 'Mobiliteit', 'Zelfverzorging' en/of 'Huishouden', 'Tussenmenselijke interacties en sociale relaties', 'Belangrijke levensgebieden', 'Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven'. Daarnaast werd er een oordeel gegeven op de invloed van de externe- en persoonlijke factoren van de patiënt.

Door de invoering van de doorlooptijdverkorting van DBC's en de komst van de behandelmodules is dit concept niet meer toepasbaar voor het doel waarvoor het bedacht was. Daarbij gaat deze classificatie over de behandelfase en is het niet geschikt voor de indicatiestelling op basis van diagnoses en stoornissen.

Livre

Livre (Landelijk Informatiesysteem Voor Revalidatie) is een oud systeem waar weinig informatie over te vinden is. Doelstelling van Livre was om informatie te verschaffen over patiënten in het revalidatiecircuit ten behoeve van beleidsontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, zowel op het niveau van de revalidatie-instelling als op landelijk niveau.

6.3 International Classification of Diseases (ICD)

De ICD is rond 1850 ontstaan en is een classificatie van problemen die met gezondheid verband houden. De World Health Organization (WHO) beheert de ICD. Deze classificatie is een onderdeel van een verzameling van internationale classificaties. Het fungeert als taalafhankelijk raamwerk en is in meer dan veertig talen beschikbaar. Zorgverleners gebruiken de ICD om gezondheidsproblemen te registreren in het dossier van de patiënt. De WHO gebruikt deze classificaties voor nationale mortaliteit- en morbiditeitstatistieken (Nictiz, 2019; RIVM, 2011).

De ICD-componenten

Binnen de MSR worden twee versies van de ICD gebruikt: De ICD-9 DE Rev (ICD-9 Dutch Extension Revalidatie) en de ICD-10. Bij de ICD-9 DE Rev zijn aan de officiële classificatie toevoegingen gedaan om de aandoeningen binnen de MSR herkenbaarder te maken. De ICD-10 is de actuele en momenteel meest gebruikte versie van het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses en deze moet verplicht geregistreerd worden om een factuur te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Op 25 mei 2019 is door de WHO de opvolger van de ICD-10, namelijk de ICD-11 vastgesteld. Deze is nog niet in het Nederlands beschikbaar en wordt momenteel vertaald. Volgens het RIVM zal de ICD-11 op zijn vroegst in 2024 volledig geïmplementeerd zijn in Nederland.



ICD-10

De ICD-10 kan worden gebruikt voor het classificeren van ziekten en andere gezondheidsproblemen die met vragenlijsten en in formulieren en dossiers worden vastgelegd. De ICD-10 bestaat uit drie delen waarbij in deel 1 de coderingen staan die vastgelegd worden ten behoeve van de diagnose. Deel 1 bestaat uit een classificatie van 22 hoofdstukken, onderverdeeld in blokken, categorieën en subcategorieën.

De ICD-10 is niet bedoeld voor het indexeren van afzonderlijke klinische bevindingen en is als zodanig ook niet geschikt. Binnen de classificatie van de ICD-10 passen niet alle revalidatiediagnoses. Een aantal diagnoses (bijvoorbeeld dwarslaesie) zijn namelijk niet direct herkenbaar te klasseren. Daarnaast kunnen verrichtingen (bijvoorbeeld plaatsing nieuwe hartklep) en veranderingen in anatomische eigenschappen (bijvoorbeeld geamputeerd been) er niet mee worden vastgelegd. Veel revalidatiediagnoses vallen daarom onder 'overig' of 'niet gespecificeerd'.

De ICD-10 *alleén* voldoet derhalve niet om de mogelijke indicatiestelling voor MSR-behandeling op basis van diagnoses en stoornissen te klasseren omdat niet alle diagnoses/stoornissen ermee kunnen worden vastgelegd.

ICD-11

De ICD-11 bevat meer mogelijkheden dan de ICD-10 om herkenbaarder te klasseren. De ICD-11 heeft een aantal extra hoofdstukken:

- 08. Diseases of the nervous system
- 17. Conditions related to sexual health
- 26. Supplementary Chapter Traditional Medicine Conditions - Module I
- V Supplementary section for functioning assessment (gebaseerd op de ICF)
- X Extension Codes

In hoofdstuk 08 kan de diagnose dwarslaesie herkenbaarder worden vastgelegd in vergelijking tot de ICD-10, in hoofdstuk 21 kan pijn herkenbaarder worden vastgelegd. Amputatie blijft echter een probleem, ook in de ICD-11. Dit is namelijk een *verrichting als gevolg van* een diagnose, en de *gevolgen van die verrichting* vormen het aangrijpingspunt voor MSR.

De ICF-11 voldoet veel beter dan de ICD-10 aan de wensen van de MSR, omdat revalidatiediagnoses hier herkenbaarder in zijn. Echter ook deze versie *alleén* voldoet niet om het aangrijpingspunt voor MSR-behandeling vast te stellen.

6.4 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

In de interviews en uit de documentanalyse is gebleken dat alle MSR-aanbieders op één of andere manier gebruik maken van de ICF.

De ICF is een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Iemands functioneren is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Van invloed op het functioneren zijn medische, externe (omgeving) en persoonlijke factoren. Gezondheid is aldus te beschrijven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Aangezien iemands functioneren – en de problemen daarmee – plaatsvinden in een bepaalde context, bevat de ICF ook een classificatie van externe/omgevingsfactoren. Persoonlijke factoren zijn wel benoemd, maar er is hier nog geen classificatie van beschikbaar. De medische factoren kunnen worden beschreven met de ICD.

De ICF is van nut voor het begrijpen en meten van gezondheidsuitkomsten en kan worden gebruikt in klinische situaties, in beleid, en in gezondheidsonderzoek op individueel en bevolkingsniveau. De ICF vult aldus de ICD-10 aan en kijkt daarmee verder dan mortaliteit en ziekte.

De ICF is een begrippenkader (een taal, soort woordenboek) waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren te beschrijven plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Naast de ICF is er ook een versie voor kinderen en jeugd: de ICF-CY (Children & Youth). (RIVM, 2011)

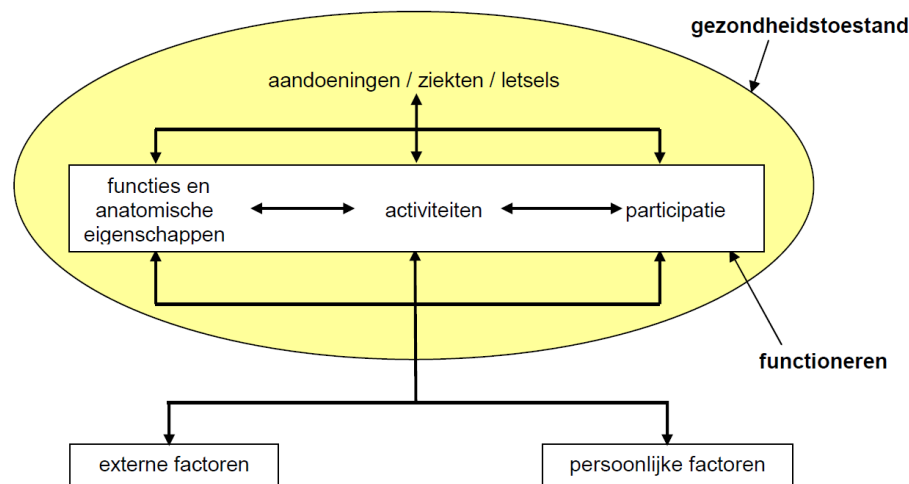
We hebben bij het uitvoeren van deze opdracht ervaren dat er regelmatig sprake is van spraakverwarring en onduidelijkheid, omdat mensen bepaalde termen inconsistent gebruiken. Als voorbeeld: zelfs de VRA gebruikt op hun website oude termen zoals handicap in plaats van participatieproblemen en spreekt niet over de invloed van de externe- en persoonlijke factoren hierop.

Een belangrijke constatering is derhalve: de ICF biedt een helder kader om de diverse termen consequent te omschrijven, maar dan moet iedereen wel dezelfde terminologie en definities gebruiken.

Definitie ICF

De ICF beschrijft iemands functioneren vanuit drie perspectieven (WFCC, 2002):

- Perspectief 1: de mens als organisme
- Perspectief 2: het menselijk handelen
- Perspectief 3: participatie



Figuur 6.1 De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren

De drie perspectieven staan in het middelste witte blokje benoemd. Daarnaast wordt het functioneren beïnvloed door een aantal andere aspecten zoals de aandoening of ziekte, externe factoren en persoonlijke factoren.

Perspectief 1: de mens als organisme

Perspectief 1 bestaat uit de componenten 'Functies en anatomische eigenschappen'. **Functies** zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Deze zijn opgedeeld in acht domeinen, die weer bestaan uit een aantal (sub)categorieën. **Anatomische eigenschappen** betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Ook hier wordt een onderverdeling gemaakt in acht verschillende domeinen, die weer bestaan uit een aantal (sub)categorieën. Binnen deze componenten kunnen stoornissen optreden. **Stoornissen** zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Gedurende de kindertijd en adolescentie kunnen stoornissen optreden in de vorm van achterstand of vertraging in de ontwikkeling van functies of anatomische eigenschappen.



Perspectief 2: het menselijk handelen

Perspectief 2 bestaat uit de component **activiteiten** welke weer onderverdeeld is in 9 domeinen met een aantal (sub)categorieën en activiteiten zoals schoonmaken, boodschappen doen en het nemen van beslissingen. Zijn er problemen met het uitvoeren van een activiteit dan spreekt men van een **beperking**.

Perspectief 3: participatie.

Participatie is iemands deelname aan het maatschappelijk leven en bevat dezelfde onderverdeling als de component activiteiten. **Participatieproblemen** zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Gedurende de kindertijd en adolescentie kan achterstand of vertraging in de uitvoering van of deelname aan activiteiten en participatie optreden.

Naast de eventueel aanwezige ziekte/aandoening – zijn ook **externe factoren** en **persoonlijke factoren** van invloed op het functioneren van mensen. De component externe factoren bevat 5 domeinen met daaronder weer een aantal (sub)categorieën. De component persoonlijke factoren is niet verder uitgewerkt in de ICF.

Core sets

Voor de revalidatie is er binnen de ICF een core set samengesteld; een selectie van voor de revalidatie relevante klassen binnen de vier verschillende classificaties waaruit de ICF bestaat (functies, anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie, externe factoren). Daarnaast is er ook voor een aantal diagnoses een core set samengesteld. Dit betreft diagnoses binnen de gebieden musculoskeletaal, cardiopulmonaal, neurologie en een aantal overige diagnoses. Deze core sets helpen om een snellere selectie te maken uit de ruim 1.400 klassen binnen de vier ICF-classificaties. De core sets zijn te vinden via: <https://www.icf-core-sets.org/>

6.5 Toepassing classificatiesystemen ICD-10 en ICF

Uit de interviews is gebleken dat er vrijwel altijd een stoornis moet zijn in het 'b7 domein'; 'b7 Functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies' binnen de component Functies (zie bijlage 3 voor een toelichting). Bijna alle gesprekspartners geven aan dat het bij MSR moet gaan om een motorische beperking als gevolg van een stoornis in lichaamsfunctie. Meer specifiek: dit betreft een beperking in een activiteit gerelateerd aan mobiliteit. Met andere woorden, het gaat om problemen die mensen ervaren met lopen, staan, gaan zitten, reiken, fietsen, et cetera. Daarnaast kwam naar voren dat er patiënten zijn die alleen cognitieve problemen en/of problemen met stem en spraak hebben als gevolg van een aandoening in de hersenen (aantal specifieke categorieën binnen domein b1 Mentale functies). Ook dit kan een aangrijpingspunt vormen voor MSR-behandeling.

Bovendien geven gesprekspartners aan dat complexiteit van belang is (er moet sprake zijn van problemen op meerdere domeinen). Hoewel zeer relevant voor de indicatiestelling, is deze factor voor dit onderzoek ondergeschikt. De focus ligt immers op de onderliggende diagnose (ICD) of stoornis/anatomische eigenschap (ICF) die aangrijpingspunt kan zijn voor MSR.

Er zijn diverse exclusiecriteria (contra-indicaties) die aansluiten bij hetgeen eerder opgemerkt is.

Vrijwel alle zorgprofessionals die we hebben gesproken gebruiken (op een of andere manier) ICF bij het concretiseren van de beperkingen in activiteiten.

Voor de redenen van verwijzing, diagnosestelling en (eventueel) goedkeuring van machtigingen zijn diverse lijstjes in omloop bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze zouden zicht kunnen geven op de onderliggende argumentatie van de indicatiestelling en het (al dan niet) goedkeuren van de MSR-behandeling. Helaas willen de gesprekspartners deze lijstjes niet met ons als onderzoekers delen, met als belangrijkste argument dat men het onwenselijk vindt gelet op de jurisdisering van het onderwerp.



Voor de hartrevalidatie zijn in 2019 door de NVVC richtlijnen in concept opgesteld waarin beschreven staat wanneer er een indicatie voor MSR-behandeling is. Die richtlijnen worden naar verwachting op korte termijn openbaar.

6.6 Tussenconclusie

Uit onze inventarisatie volgt de constatering dat ICD-10 in combinatie met ICF bruikbaar is om vast te stellen of een diagnose of stoornis het aangrijpingspunt is voor MSR-behandeling.



7 Uitwerking van ons advies

7.1 Inleiding

Naar aanleiding van de resultaten van ons onderzoek (literatuurstudie en interviews), hebben we een advies uitgewerkt. Dit advies staat in dit hoofdstuk beschreven. Nadere toelichting en achtergrondinformatie is te vinden in Bijlage 5 (opgenomen als een los Excel-bestand bij dit rapport).

7.2 Samenvatting van de belangrijkste bevindingen

Het lijkt mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen voor diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties beter en scherper te omschrijven welke diagnoses en/of stoornissen in lichaamsfuncties bij een bepaalde patiënt het aangrijpingspunt kunnen zijn voor MSR-behandeling.

Een lijst met specifieke diagnoses op basis van ICD-10 in combinatie met een lijst met specifieke stoornissen in functies en anatomische eigenschappen op basis van het ICF-model vormen een **aangrijpingspunt** voor MSR-behandeling. Deze zijn echter niet voldoende voor het eenduidig **stellen van de indicatie**, immers, die indicatiestelling is breder en nadrukkelijk gebaseerd op meer factoren dan alleen een diagnose of stoornis en heeft betrekking op alle componenten uit de ICF (Functies/anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe- en persoonlijke factoren).

We adviseren om uit te gaan van een **concrete lijst met diagnoses op basis van de ICD-10⁷, aangevuld met onderdelen uit de deelclassificatie anatomische eigenschappen op basis van de ICF**. Daarbij geldt dat in een deel van de gevallen de diagnose en/of de anatomische eigenschap zelf direct het aangrijpingspunt biedt (waarna gekeken kan worden naar overige complexiteit in de vorm van beperkingen of participatieproblemen en de invloed van de externe- en persoonlijke factoren). In een ander deel van de gevallen is de diagnose of anatomische eigenschap in principe niet zelf direct het aangrijpingspunt, maar biedt deze wel een aangrijpingspunt in combinatie met een bepaalde specifieke stoornis in lichaamsfunctie zoals kan worden vastgesteld met behulp van de ICF⁸. In feite levert de situatie dan een "Nee, tenzij ...". Het gaat dus om een lijst met specifieke diagnoses op basis van de ICD-10 in combinatie met een lijst met specifieke stoornissen in functies en anatomische eigenschappen op basis van de ICF.⁹

Concreet betekent dit dat de ICD-10 gebruikt wordt om een diagnosecode vast te leggen. Daarnaast kan, indien van toepassing, ook vastgelegd worden of er een stoornis is binnen de deelclassificatie 'Anatomische eigenschappen' uit de ICF. Door deze toe te voegen aan de lijst met ICD-10 ontstaat er een gecombineerde lijst waarmee een **eerste** selectie is gemaakt of iemand mogelijk in aanmerking komt voor MSR. We merken hierbij wel op dat de ICD-11 veel beter voldoet dan de ICD-10, omdat revalidatiediagnoses herkenbaarder zijn. Wij adviseren het ICD-10 deel uit ons advies zo spoedig mogelijk te vervangen door de ICD-11.

Concrete uitwerking advies

Een **diagnose** behoort in de ICD-10 tot een 'blok' en een 'hoofdstuk', een **stoornis** binnen de deelclassificatie anatomische eigenschappen in de ICF hoort tot een bepaald 'domein'. De basis van de lijst ICD-10 codes is een in 2017 door de VRA samengesteld overzicht van ICD-10 codes die zij hebben gebruikt voor de ontwikkeling van modules (VRA, 2017; zie de losse Bijlage 5). In dit overzicht staan de, volgens de VRA, voor MSR relevante ICD-10 codes op basis van feitelijke declaraties en diagnoses in de voorgaande jaren.

⁷ Op basis van de gevoerde gesprekken lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat het bepalen van de diagnose op basis van ICD-11 de indicatiestelling voor MSR-behandeling beter en scherper zal maken dan nu.

⁸ Toepassing van ICF kan beter en scherper dan nu. Het is omvangrijk en complex. Consequent en eenduidig gebruik helpt. Er zijn verschillende "core sets" samengesteld, waaronder een core set voor de revalidatie. Deze bieden hulp bij het **concretiseren van beperkingen in activiteiten en problemen bij participatie** (Hoofdstukken 4, 5, 6, 8, 9 > daarin zit motorische component verwerkt). De core set revalidatie bevat géén functies en anatomische eigenschappen.

⁹ Wanneer er nog geen medische diagnose in termen van ICD 10 is vastgesteld, kan het toch voorkomen dat op grond van het totaalbeeld van stoornissen en beperkingen gestart wordt met behandelen. Voorbeeld is jonge kinderen, waarbij pas rond het 4e jaar echt een diagnose gesteld kan worden, maar waarbij toch behandeling al geïndiceerd kan zijn. Hierbij zal een werkdiagnose of tijdelijke diagnose gehanteerd worden.



Deze opsomming is vervolgens door het onderzoeksteam aangepast op basis van de resultaten van de interviews. De lijst die hieruit voortkwam is voorgelegd aan de focusgroep, waar revalidatieartsen en medisch adviseurs van zorgverzekeraars aan deelnamen.

De focusgroep was enthousiast over methodiek en zag hierin een (grote) stap voorwaarts in de problematiek rond de reikwijdte van de MSR. Met de focusgroep is ook inhoudelijk gekeken naar de lijst met diagnoses (op basis van de ICD-10) en onderdelen uit de deelclassificatie anatomische eigenschappen (op basis van de ICF). Aan de hand daarvan is een aantal onderdelen gewijzigd of toegevoegd. De onderdelen waar een grote mate van consensus in de groep over leek te bestaan zijn uiteindelijk overgenomen door de onderzoekers. Hiermee is een gedragen methodiek ontstaan die kan worden gehanteerd bij het bepalen of er een aangrijpingspunt is voor MSR.

Ons voorstel voor die lijst ligt in de basis klaar (zie Bijlage 5). Eén van de patiëntgroepen die hier onvoldoende in terugkomt is de groep patiënten met alleen cognitieve stoornissen en/of problemen met spraak ten gevolge van een aandoening in de hersenen zoals een hersentumor of trauma in de hersenen. De cognitieve stoornissen en problemen met spraak zijn terug te vinden in het ICF-domein 'mentale stoornis' bij één van de categorieën b164, b167, b176, maar de relatie met een aandoening in de hersenen is op basis van die classificatie niet concreet te maken.

Wij adviseren de lijst periodiek te bespreken met revalidatieartsen en (medisch adviseurs van) zorgverzekeraars. Bovendien werd in de focusgroep duidelijk gemaakt dat een coulanceregeling voor exceptionele gevallen wenselijk is, de zogenaamde 'witte raven'. Bij MSR zou hierbij gedacht kunnen worden aan bijvoorbeeld (de gevolgen van) Q-koorts en aandoeningen aan de schildklier.

In de lijst met diagnoses (op basis van de ICD-10) en onderdelen uit de deelclassificatie anatomische eigenschappen (op basis van de ICF) zijn er drie mogelijkheden als score:

- **Wel (2);** Dit kan een aangrijpingspunt zijn voor MSR
- **Niet, tenzij functiestoornis ICF (1);** Naast de constatering van de diagnose en/of anatomische afwijking moet er in ieder geval een stoornis zijn binnen het domein 'b7 FUNCTIES VAN BEWEGINGSSYSTEEM EN AAN BEWEGING VERWANTE FUNCTIES' (b710 t/m b799) en/of een specifieke stoornis in het domein 'b1 MENTALE STOORNIS' ('b164 hogere cognitieve functies', 'b167 Mentale functies gerelateerd aan taal', 'b176 Bepalen sequentie bij complexe bewegingen')¹⁰. Als dat het geval is kan dit een aangrijpingspunt zijn voor MSR.¹¹
- **Niet (0);** Deze diagnose en/of anatomische afwijking is GEEN aangrijpingspunt voor MSR.

Voorbeelden (zie **tevens geel gearceerd op de volgende pagina**):

Er wordt een diagnose vastgelegd volgens de ICD-10. Deze diagnose valt binnen een bepaald blok:

- **F20-F29** valt onder **Niet (0)** en leidt NIET tot verder onderzoek of er een indicatie bestaat voor MRS-behandeling.
- **F50-F59** valt onder **Niet, tenzij functiestoornis ICF (1)** dus zal gekeken moeten worden of er een stoornis is in Functies b1 (mits het gevolg van een aandoening in de hersenen) en/of b7.
- **G50-G59** valt onder **Wel (2)** en leidt direct tot verder onderzoek of er een indicatie bestaat voor MSR-behandeling.

Er wordt een stoornis vastgelegd binnen Anatomische eigenschappen van de ICF:

¹⁰ Zoals eerder opgemerkt, geldt bij de stoornissen in het domein 'b1 MENTALE STOORNIS' dat onderliggend sprake moet zijn van een aandoening in de hersenen om een aangrijpingspunt te zijn voor MSR. De betreffende aandoeningen in de hersenen zijn echter niet logisch herkenbaar in de ICD-lijst. Dit vergt nadere uitwerking.

¹¹ In het geval dat een patiënt alleen een stem- of spraakprobleem (domein 'b3 STEM EN SPRAAK') heeft als gevolg van een aandoening aan de hersenen, komt via dit systeem niet het aangrijpingspunt voor MSR-behandeling naar voren, terwijl uit de interviews bleek dat dit wel degelijk een aangrijpingspunt kan zijn voor MSR-behandeling. Dit zal als uitzondering moeten worden meegenomen in de verdere uitwerking.



- **s750** valt onder **Niet, tenzij functiestoornis ICF (1)** en er zal gekeken moeten worden of er een stoornis is in Functies b1 en/of b7.

Tabel 7.1 Voorbeelden van de scoremogelijkheden

V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (F00-F99)	
F00-F09 organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen	1
F10-F19 psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van psychoactieve middelen	1
F20-F29 schizofrenie, schizotypische stoornissen en waanstoornissen	0
F30-F39 stemmingsstoornissen [affectieve stoornissen]	0
F40-F48 neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen	1
F50-F59 gedragssyndromen samengaand met lichamelijke symptomen en stoornissen	1
F60-F69 stoornissen van persoonlijkheid en gedrag op volwassen leeftijd	0
F70-F79 zwakzinnigheid	1
F80-F89 stoornissen in psychische ontwikkeling	1
F90-F98 gedragsstoornissen en emotionele stoornissen die doorgaans op kinderleeftijd of in adolescentie beginnen	1
F99-F99 psychische stoornis, niet nader omschreven	0
VI Ziekten van zenuwstelsel (G00-G99)	
G00-G09 ontstekingsprocessen van centraal zenuwstelsel	2
G10-G14 systeematrofieën die primair het centraal zenuwstelsel aantasten	2
G20-G26 extrapiramidale aandoeningen en aandoeningen met abnormale bewegingen	2
G30-G32 overige degeneratieve ziekten van zenuwstelsel	2
G35-G37 demyeliniserende ziekten van centraal zenuwstelsel	2
G40-G47 aandoeningen met episodisch en paroxismaal verloop	2
G50-G59 aandoeningen van zenuwen, zenuwwortels en zenuwplexus	2
G60-G64 polyneuropathieën en overige aandoeningen van perifere zenuwstelsel	2
G70-G73 ziekten van neuromusculaire overgang en spieren	2
G80-G83 cerebral palsy en overige paralytische syndromen	2
G90-G99 overige aandoeningen van zenuwstelsel	2
s7 ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN VAN STRUCTUREN VERWANT AAN BEWEGING	
s710 Anatomische eigenschappen van hoofd en nek	1
s720 Anatomische eigenschappen van schoudergordel	1
s730 Anatomische eigenschappen van bovenste extremiteit	1
s740 Anatomische eigenschappen van bekkengordel	1
s750 Anatomische eigenschappen van onderste extremiteit	1
s760 Anatomische eigenschappen van romp	1
s770 Anatomische eigenschappen van extra structuren verwant aan beweging	1
s798 Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, anders gespecificeerd	1
s799 Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging, niet gespecificeerd	1

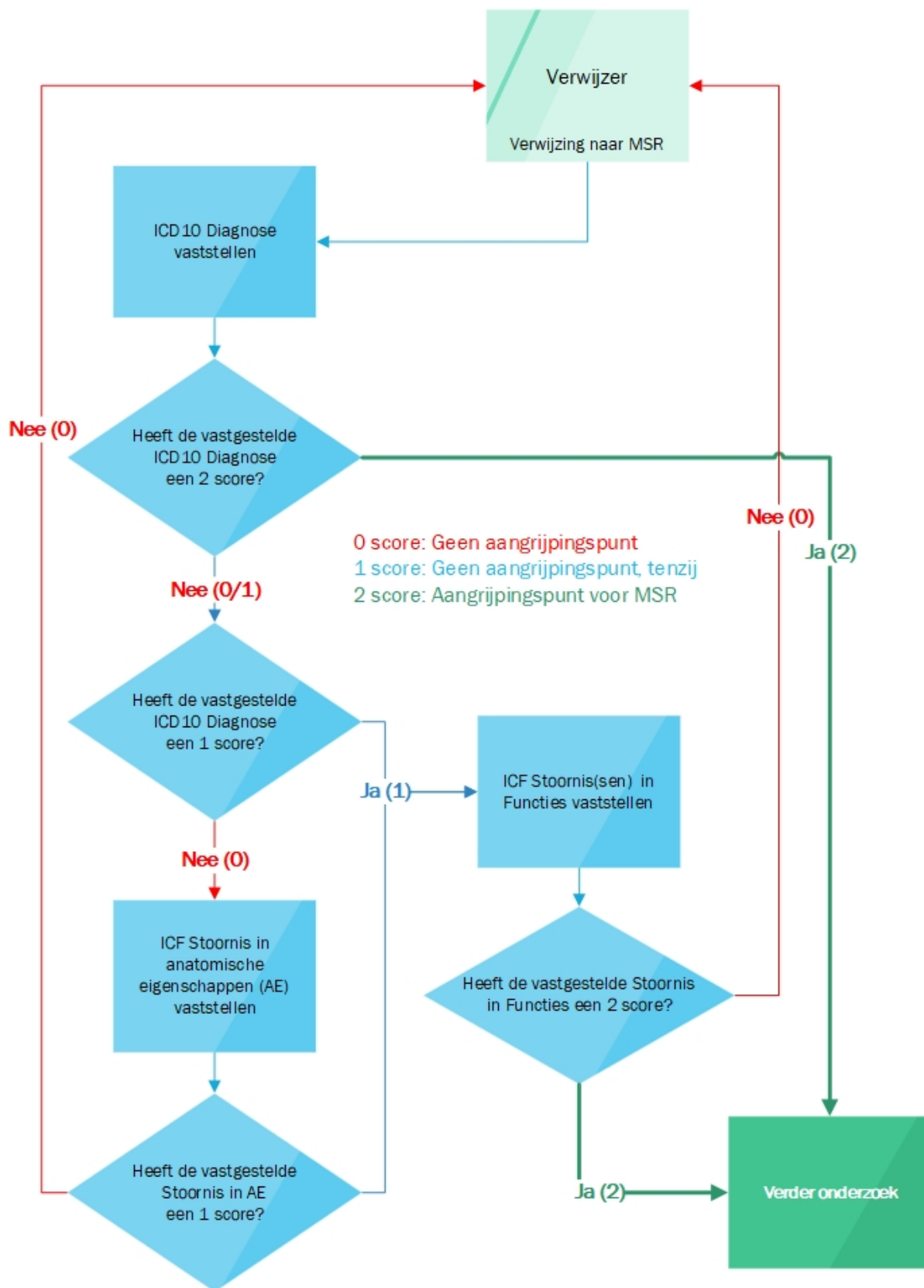
Als de registratie leidt tot **Niet, tenzij functiestoornis ICF (1)** dan zal er in ieder geval een stoornis gescoord moeten worden op minimaal één van de categorieën b164, b167, b176¹² of een categorie binnen het domein b7 om te komen tot een aangrijpingspunt voor MSR.

¹² Gekoppeld aan een onderliggende hersenaandoening/hersenletsel.



B FUNCTIES	2
b1 MENTALE FUNCTIES	2
⊕ b110-b139 ALGEMENE MENTALE FUNCTIES	0
⊖ b140-b189 SPECIFIEKE MENTALE FUNCTIES	2
b140 Aandacht	0
b144 Geheugen	0
b147 Psychomotorische functies	2
b152 Stemming	0
b156 Perceptie	0
b160 Denken	0
b164 Hogere cognitieve functies	2
b167 Mentale functies gerelateerd aan taal	2
b172 Mentale functies gerelateerd aan rekenen	0
b176 Bepalen sequentie bij complexe bewegingen	2
b180 Ervaren van zelf en tijd	0
b189 Specifieke mentale functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd	0
⊕ b198 Mentale functies, anders gespecificeerd	0
⊕ b199 Mentale functies, niet gespecificeerd	0
⊕ b2 SENSORISCHE FUNCTIES EN PIJN	0
⊕ b3 STEM EN SPRAAK	0
⊕ b4 FUNCTIES VAN HART EN BLOEDVATENSTELSEL, HEMATOLOGISCH SYSTEEM, AFWEERSYSTEEM EN HET ADEMHALINGSTELSEL	0
⊕ b5 FUNCTIES VAN SPIJSVERTERINGSSTELSEL, METABOOL STELSEL EN HORMOONSTELSEL	0
⊕ b6 FUNCTIES VAN UROGENITAAL STELSEL EN REPRODUCTIEVE FUNCTIES	0
⊖ b7 FUNCTIES VAN BEWEGINGSSYSTEEM EN AAN BEWEGING VERWANTE FUNCTIES	2
⊖ b710-b729 FUNCTIES VAN GEWRICHTEN EN BOTTEN	2
b710 Mobiliteit van gewrichten	2
b715 Stabiliteit van gewrichten	2
b720 Mobiliteit van botten	2
b729 Functies van gewrichten en botten, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd	2
⊖ b730-b749 SPIERFUNCTIES	2
b730 Spiersterkte	2

Ter toelichting is een beslisboom gemaakt.



Figuur 7.2 Beslisboom terugverwijzing of verder onderzoek naar MSR-indicatie



8 Bewijslast van de effectiviteit

8.1 Inleiding

We hebben geconstateerd dat een meer heldere omschrijving op basis van erkende classificatiesystemen mogelijk is om te bepalen welke diagnoses en/of stoornissen in lichaamsfuncties of anatomische eigenschappen bij een bepaalde patiënt het aangrijpingspunt kunnen zijn voor MSR-behandeling. Vervolgens is van belang om te toetsen in hoeverre de geleverde zorg past bij de stand van wetenschap en praktijk.

MSR is een dynamisch vakgebied. Innovatieve ontwikkelingen kunnen leiden tot nieuwe behandelprogramma's of aanpassingen van bestaande programma's. Daarbij is er altijd al sprake geweest van een sterke roep om de bewijslast van (kosten)effectiviteit te verzorgen. Om voor de revalidatiegeneeskunde in kaart te brengen waar in de zorg de belangrijkste kennishiaten liggen, heeft de VRA in 2017 een 'Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde' opgesteld. Door middel van deze agenda kan worden ingezet op het versterken van de wetenschappelijke basis van de zorg, waardoor betere en meer efficiënte zorg kan worden verleend. Dit leidt potentieel tot gezondheidswinst voor de patiënt, doelmatigheidswinst en veiligere zorg. De actuele beleidsontwikkeling met het programma 'Zorgevaluaties en gepast gebruik' (ZEGG) geeft hier een nieuwe en sterke impuls aan (zie ook paragraaf 4.7).

8.2 Bevindingen

Interviews

In de interviews is gevraagd naar beschikbare bewijslast voor de effectiviteit van behandelen. De hoofdvraag van dit onderzoek is bij welke diagnoses en of stoornissen er een aangrijpingspunt is voor MSR-behandeling. Of er vervolgens ook behandeld gaat worden hangt (zoals onder meer in hoofdstuk 4 genoemd) voornamelijk van andere factoren af. De effectiviteit van behandelen heeft vaak geen directe relatie met de diagnose en/of onderliggende stoornissen, maar met samenhangende en complexe problemen zoals beperkingen, participatieproblemen en beïnvloeding van de externe- en persoonlijke factoren.

Uit de interviews kwam onder andere naar voren dat de effectiviteit van behandelen binnen de MSR versus een andere vorm van behandeling belangrijk is. Als de effectiviteit van de behandeling bijvoorbeeld in de eerste lijn net zo goed is als in de MSR, maar tegen minder kosten, dan zou behandeling in de eerste lijn de voorkeur moeten hebben. Dat wil dus niet zeggen dat de MSR-behandeling niet effectief is.

Onderzoekers die we geïnterviewd hebben geven aan dat een overzicht van onderzoeken naar MSR versus andere vormen van revalidatie een onoverzichtelijk geheel is. Zo werd aangegeven dat onderzoek naar de effectiviteit van MSR-behandeling versus géén revalidatie niet bestaat in Nederland omdat dit niet meer ethisch gevonden wordt.

Enkele aangrijpingspunten om te komen tot een onderbouwing van de bewijslast zijn:

- <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030-call-for-action/en/> , het Rehabilitation 2030 action plan van de WHO;
- <https://www.who.int/disabilities/care/1000-The-costs-of-failing-to-provide-rehab-David-McDaid.pdf> , over de (kosten) effectiviteit van revalidatie;
- <https://scireproject.com/evidence/rehabilitation-evidence/> , over de effectiviteit van interventies bij dwarslaesiebehandeling;
- <https://rehabilitation.cochrane.org/> , in de Cochrane library zijn veel systematische reviews te vinden;
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> , zoeken op "multidisciplinary rehabilitation" en "trial of effectiveness";
- Kosten en baten van revalidatie (SEO economisch onderzoek, 2008)
- En tot slot de Nederlandse richtlijndatabase <https://richtlijndatabase.nl/> (zie paragraaf 8.3).



Wij hebben deze bronnen doorgenomen op zoek naar informatie over effectiviteit van MSR-behandeling en de bewijslast die ten grondslag ligt aan aanbevelingen in bijvoorbeeld richtlijnen.

Opvallend is dat momenteel veel zorgaanbieders die pijnrevalidatie aanbieden zeer actief zijn met het onderbouwen van de behandelmethode en meten van uitkomsten. Veel hiervan is beschreven in het Handboek pijnrevalidatie (Verbunt et.al, 2019). Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan het afnemen van gevalideerde klinimetrie instrumenten (PDI, USER-P) en aan vervolgonderzoeken, na de behandeling om ook de lange termijn resultaten aan te tonen.

Een aardig voorbeeld is het Spine & Joint Centre dat daarover in 2018 een brochure uitbracht (Spine & Joint et.al., 2018). Sinds 1996 legt men namelijk behandelresultaten vast en beoordeelt het centrum de resultaten aan het eind van de behandeling, drie maanden na de behandeling en een jaar na de behandeling. Bijna 90% van de patiënten voelt zich aan het eind van de behandeling beter (34%) of veel beter (55%). Hiervan ervaart 60% klinisch herstel dat blijvend is. Tweederde van de respondenten bezoekt na de behandeling geen medisch specialist meer. Ook heeft 65% na de behandeling geen onderzoeken als MRI of röntgen laten uitvoeren.

Toch blijkt het in de praktijk erg lastig om een echt goede bewijslast op te bouwen door dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek te doen. De populatie is vaak te klein en de stoornissen (functies), beperkingen (activiteiten) en problemen (participatie) te divers. Bovendien wordt het onethisch gevonden om een behandeling te onthouden aan patiënten, zelfs al is deze eminence- of consensus-based..

Revalidatie IMPACT

Door te meten hoeveel een patiënt na de behandeling vooruit is gegaan, wordt duidelijk of een behandeling succesvol is. Bovendien is deze informatie te gebruiken om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Zorgaanbieders kunnen zichzelf immers op die manier spiegelen met anderen en zichzelf verbeteren richting de “best practice”. Het vastleggen van uitkomsten in een landelijke databank wordt dan ook steeds belangrijker.

RN en VRA hebben zich voorgenomen om gezamenlijk met de zorgverzekeraars een landelijke databank in te richten voor het verzamelen, analyseren en rapporteren van uitkomstmetingen. Daarmee verkrijgen zij inzicht in de resultaten van de MSR-behandelingen. De databank dient uiteindelijk meerdere doelen:

- Revalidatie instellingen en VRA: benchmarking en kwaliteitsverbetering;
- RN: faciliteren leden, en externe verantwoording van geleverde kwaliteit;
- Zorgverzekeraars: kwaliteitsinformatie t.b.v. zorginkoop;
- Patiënten: keuze-informatie bij het kiezen van een zorgverlener.

Er wordt een start gemaakt met de uitkomstmaten USER en PDI. De USER (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie) is een meetinstrument om het resultaat van de klinische revalidatie te meten. De vragenlijst PDI (Pain Disability Index) is een korte vragenlijst voor patiënten met chronische pijn over de invloed die de pijnklachten op hun algemeen dagelijks functioneren (ADL) hebben (RN, 2019b).

8.3 Richtlijnen

Richtlijnen vormen de basis van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten en vormen een brug tussen wetenschap en praktijk. Een richtlijn geeft aanbevelingen die zorgprofessionals ondersteunen in hun klinische besluitvorming. Deze aanbevelingen berusten op resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aanvullende expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Richtlijnen zijn primair bedoeld voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg (SKMS/FMS, 2015). Alle richtlijnen zijn in te zien en te downloaden via de Richtlijnendatabase (FMS, 2019).

De VRA waakt over de kwaliteit van revalidatiezorg en heeft vanuit dat perspectief richtlijnen en behandelkaders opgesteld. Behandelkaders geven echter geen wetenschappelijke onderbouwing van de kwaliteit en bevatten geen aanbevelingen over een (bewezen effectieve) behandeling. Wij hebben in Bijlage 4 een overzicht opgenomen van richtlijnen én behandelkaders. Dit hoofdstuk focust op de richtlijnen.



Een complicerende factor met betrekking tot de bewijslast van revalidatiezorg, is het gegeven dat de zorg uitgaat van compensatiestrategieën die veelal gericht zijn op het sociaal systeem van mensen. Een behandeling richt zich niet (of zelden) op herstel van de functie, maar op compensatie van de beperking naar aanleiding van de stoornis. Functiestoornissen zijn immers afwijkingen die samenhangen met verlies van functie (dwarslaesie) of met een anatomische eigenschap (amputatie). De MSR-behandeling kan die functiestoornis niet veranderen. De essentie bestaat uit aanleren van strategieën hoe men kan omgaan met die stoornis. Door te werken aan (compensatie van) activiteiten en participatie, verhoogt MSR de kwaliteit van leven van mensen. In de bestudeerde richtlijnen worden veel beschrijvingen gegeven van dergelijke strategieën, waar ze in de tekst niet altijd expliciet herkenbaar zijn als MSR-behandeling.

Van de volgende geautoriseerde richtlijnen is de VRA de (mede-)regiehouder (VRA, 2019b). Daarbij is cursief vermeld of de richtlijn evidence based is of niet, en daarnaast kort aangemerkt of er aanbevelingen worden gedaan over MSR-behandeling (inclusief bewijslast).

- Richtlijn voor Diagnostiek en behandeling van kinderen, adolescenten en volwassenen met Developmental Coordination Disorder (DCD) (2019)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Inclusief aanbeveling over verwijzing naar en betrokkenheid van (kinder)revalidatiearts bij MSR-behandeling;*
 - *Bewijslast is niet expliciet en herkenbaar gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.*
- Richtlijn SMA type I (2018)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Inclusief aanbevelingen over begeleiding door een revalidatieteam van een ziekenhuis of een revalidatiecentrum met ruime ervaring met kinderen met SMA type 1;*
 - *Bewijslast is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Maar meestal met de opmerking dat, na de systematische literatuuranalyse en raadpleging van de volledige tekst uiteindelijk geen artikelen zijn geselecteerd voor beantwoording van deelvragen.*
- Richtlijn Ataxie van Friedreich (2018)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: (voornamelijk) consensus based;*
 - *Deze richtlijn is niet opgenomen in de Nederlandse richtlijndatabase, maar een vertaling van de internationale richtlijn;*
 - *Er zijn expliciete aanbevelingen voor klinische (intensieve) revalidatie. Soms zijn aanbevelingen (ook voor revalidatie) met GRADE onderbouwd;*
 - *De 46 literatuurverwijzingen die de aanbevelingen onderbouwen worden vermeld.*
- Richtlijn Hereditaire motorische sensorische neuropathie (HMSN) (2018)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Er wordt aanbevolen dat het multidisciplinaire team bij voorkeur bestaat uit een revalidatiearts met specifieke kennis van HMSN, naast andere disciplines*
 - *De richtlijn gaat echter in op operaties (voet, heup, hand) door orthopedisch chirurg of handchirurg, niet over MSR-behandeling;*
 - *Alle studies zijn maximaal C-level studies waardoor de conclusie niet hoger is dan level 3.*
- Richtlijn Facioscapulohumerale dystrofie (FSHD) (2018)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *De richtlijn bevat als aanbeveling dat de revalidatiearts (met specifieke kennis van FSHD) in de behandel fase de coördinerende rol heeft;*
 - *Voor de module 'organisatie van zorg' heeft de literatuursearch geen concrete resultaten opgeleverd voor het schrijven van conclusies volgens de GRADE. De werkgroep heeft vervolgens de methodiek van consensus-based richtlijnontwikkeling gehanteerd.*
- Richtlijn Medisch Specialistische Revalidatie bij Oncologie (2018)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*



- *Er is een heel schema voor signalering en verwijzing naar MSR bij Oncologie, en er zijn aanbevelingen over de coördinerende rol van de revalidatiearts bij het opstellen en uitvoeren van het medisch specialistisch revalidatieplan;*
 - *Toch is de effectiviteit van revalidatie tijdens de behandeling expliciet vermeld als kennishiaat¹³.*
- Richtlijn Neuropsychiatrische gevolgen na NAH bij volwassenen (2017)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Er zijn geen aanbevelingen over medisch specialistische revalidatie opgenomen, dus ook eventuele bewijslast daaromtrent ontbreekt.*
- Richtlijn Dwarslaesierevalidatie (2017)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *De richtlijn gaat over diverse facetten in het leven van een persoon met een dwarslaesie. Deze zorg wordt doorgaans door, of onder regie/coördinatie van een medisch specialistische revalidatiearts gegeven. MSR-behandeling als zodanig is niet expliciet vermeld.*
 - *Bewijslast volgens de GRADE systematiek is veelal laag.*
- Richtlijn Behandeling van cerebrale en/of spinale spasticiteit bij volwassenen (2017)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Betrokkenheid van revalidatieartsen wordt regelmatig aanbevolen, al is onduidelijk waaruit die betrokkenheid (behandeling) moet bestaan.*
 - *Bewijslast is niet expliciet en herkenbaar gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.*
- Richtlijn Spastische cerebrale parese bij kinderen (2015)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Er zijn meerdere aanbevelingen over de inzet van een (kinder)revalidatiearts. De medische zorg wordt zowel vanuit ziekenhuizen (algemene en academische) als vanuit revalidatiecentra al of niet in combinatie met een mytyl (tytyl) school gegeven. Wel is de tendens om zo mogelijk thuis behandelingen te laten plaatsvinden, vooral bij jonge kinderen.*
 - *Behandeling van kinderen met CP met complexe problematiek moet gecoördineerd worden vanuit multidisciplinaire teams. Er is echter geen bewijs in de literatuur dat multidisciplinaire behandeling inhoudelijk beter is dan monodisciplinaire behandeling.*
- Richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 (2014)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Er zijn aanwijzingen dat een multidisciplinair revalidatieprogramma een positief effect heeft (inclusief verwijzing naar literatuur, bewijslast niveau C). Dat onderzoek betreft de effecten van een multidisciplinair revalidatieprogramma, bestaande uit fysiotherapie, ergotherapie, hydrotherapie, en psychologische groepsbehandeling. De rol van de revalidatiearts of MSR-behandeling komt nergens aan de orde.*
- Richtlijn Loopvaardigheid van kinderen en adolescenten met Spina Bifida (2013)
 - *Geen expliciete vermelding van type verantwoording, al wordt wel de AGREE methode gehanteerd en is wetenschappelijk bewijs beoordeeld op methodologische kwaliteit;*
 - *In Nederland worden nagenoeg alle kinderen en adolescenten met SB periodiek gezien door een van de regionale multidisciplinaire SB teams. De revalidatiearts maakt onderdeel uit van het team, al is de inzet per team verschillend. Er is een aanbeveling over de transitie van zorg naar een revalidatiearts voor volwassenen die een coördinerende rol behoudt bij de verdere behandeling gericht op de optimale loopvaardigheid van de (jong)volwassene met SB.*

¹³ Op Oncoline (<https://www.oncoline.nl/medisch-specialistische-revalidatie-bij-oncologie>) staat "de effectiviteit van interdisciplinaire medische specialistische revalidatie bij oncologie tijdens de in opzet curatieve behandeling op de geselecteerde uitkomstmaten is vooralsnog onbekend. Er is onderzoek geweest die deze benadering vergelijkt met monodisciplinaire interventies. (...) Verder onderzoek zal ook de body of evidence voor uni- of multimodale ondersteunende interventies tijdens de in opzet curatieve behandeling verder moeten verbreden. (...)
Het effect van medisch specialistische revalidatie en van monodisciplinaire interventies die in het kader van herstel bij kanker kunnen worden ingezet, op het volhouden van de medische behandeling dient verder te worden onderzocht in gerandomiseerd onderzoek. Er zijn gerandomiseerde studies nodig naar het effect op overleving van medisch specialistische revalidatie en van monodisciplinaire interventies die in het kader van herstel bij kanker kunnen worden ingezet."



- *Er is echter niet of nauwelijks literatuur te vinden over dit onderwerp. De wetenschappelijke bewijslast ontbreekt derhalve.*
- Richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en arbeidsparticipatie (2012)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: evidence based;*
 - *Deze richtlijn ziet echter vooral op arbeidsrevalidatie, en de aandacht die er tijdens de revalidatie al moet zijn voor terugkeer in het arbeidsproces. De richtlijn geeft verder geen aanbevelingen over eventuele MSR-behandeling.*
- Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit (2012)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn; evidence based¹⁴;*
 - *De werkgroep beveelt aan om in de ziekenhuisfase rond de amputatiepatiënt een team te vormen dat minimaal bestaat uit een chirurg, revalidatiearts, anesthesioloog en fysiotherapeut bij voorkeur aangevuld met andere disciplines;*
 - *Het revalidatietraject na amputatie kent diverse aanbevelingen en overwegingen, waar vaak wetenschappelijk bewijs onder ligt. Toch blijkt geen van de studies geschikt voor de wetenschappelijke onderbouwing hoe een optimaal revalidatietraject kan worden georganiseerd.*
- Richtlijn Beenorthesen naar maat (2012) - (niet vindbaar via richtlijndatabase)
 - *Methode ontwikkeling richtlijn: combinatie (wetenschappelijke studies en klinische expertise);*
 - *De beschrijvingen van deze zorgplannen zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies (evidence-based) en op de klinische ervaring van de betrokken disciplines (consensus-based). Omdat de evidentie uit wetenschappelijke studies echter beperkt is in omvang, zijn de beschrijvingen in belangrijke mate gebaseerd op consensus tussen de bij de verstrekking van orthesen betrokken disciplines (revalidatieartsen, orthopedisch instrumentmakers, bewegingswetenschappers, gebruikers, beleidsmakers en zorgverzekeraars).*

Er zijn ook andere richtlijnen in de FMS-Richtlijndatabase die in de revalidatiegeneeskunde worden gebruikt maar op initiatief en onder verantwoordelijkheid van een ander specialisme zijn ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld Revalidatie na herseninfarct of hersenbloeding (NVN, 2017 > *evidence based*).

Een compleet overzicht van de richtlijnen die in de revalidatiegeneeskunde worden gebruikt danwel in ontwikkeling zijn, is te vinden via

https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/overzicht_richtlijnen_-_voor_website_1-2-2020.pdf (VRA, 2020) en is tevens opgenomen als Bijlage 4.

Van enkele van bovengenoemde richtlijnen én van een reeks andere richtlijnen is een samenvatting verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde (NTR). Hieronder een overzicht van de richtlijnen waarvoor de afgelopen jaren in NTR samenvattingen zijn verschenen (VRA, 2019c).

- Richtlijn Diagnostiek en behandeling spastische cerebrale parese bij kinderen (NTR 2018/1)
- Richtlijn Niet-acute cerebellaire ataxie (NTR 2017/1)
- (Aspecifieke) KANS volgens de CBO-richtlijn en nieuwste behandelinzichten (NTR 2016/5)
- Richtlijn Intracranieel meningeoom (NTR 2016/4)
- Richtlijn Lymfoedeem – diagnostiek en behandeling (NTR 2016/3)
- Richtlijn Wervelmetastasen (NTR 2016/1)
- Richtlijn Amyotrofische Laterale Sclerose – ALS (NTR 2015/6)
- Richtlijn Signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking (2014) (NTR 2015/5)
- Richtlijn Complex Regionaal Pijnsyndroom type 1 - CRPS-1 (2014) (NTR 2015/4)
- Richtlijn Neurogene blaas (2012) (NTR 2015/3)
- Richtlijn Myotone Dystrofie type 1 (2013) (NTR 2015/2)
- Richtlijn Loopvaardigheid van kinderen en adolescenten met Spina Bifida (2013) (NTR 2015/1)

¹⁴ Hoewel richtlijndatabase.nl bij de methode ontwikkeling vermeldt dat de richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit “consensus based” is (laatst bezocht op 10 februari 2020), geven betrokken aan dat deze richtlijn wel degelijk evidence based is.



- Richtlijn Beenorthesen naar maat bij slappe verlammingen (2012) (NTR 2015/1)
- Richtlijn Multiple Sclerose (2012) (NTR 2014/6)
- Richtlijn Subacriomiale Pijnsyndroom - SAPS (2013) (NTR 2014/4)
- Richtlijn Lymeziekte (2012) (NTR 2014/4)
- Richtlijn Chronisch Vermoeidheidssyndroom - CVS (2012) (NTR 2014/3)
- Richtlijn Subarachnoidale Bloeding - SAB (2013) (NTR 2014/1)
- Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit - APOE (2012) (NTR 2014/1)
- Richtlijn voor screening en behandeling van slaapapneu bij patiënten met een beroerte (NTR 2013/2)
- Richtlijn Hartrevalidatie (2011) (NTR 2013/1)
- Richtlijn Oncologische Revalidatie (2011, richtlijn wordt momenteel herzien) (NTR 2012/4)
- Veldnorm Chronische beademing (2012) (NTR 2012/3)
- Richtlijn Niet Aangeboren Hersenletsel en arbeidsparticipatie (2012) (NTR 2012/1)
- Richtlijn Guillain Barré Syndroom - GBS (2010) (NTR 2011/4)

8.4 Confrontatie van de aangrijpingspunten voor MSR met onderliggende bewijslast

Uit de voorgaande paragrafen is af te leiden dat rond veel MSR-behandelingen aanbevelingen zijn geformuleerd om zorgprofessionals te ondersteunen. Voor de items in onze lijst met aangrijpingspunten hebben we bestudeerd of er bestaande richtlijnen of behandelkaders zijn die voorzien in de gewenste onderliggende bewijslast.

Hieruit blijkt enerzijds dat de richtlijnen/behandelkaders en de door ons gehanteerde ICD-10 diagnoses of anatomische eigenschappen uit de ICF niet altijd goed op elkaar aansluiten¹⁵. Vanuit het onderzoeksteam hebben we de concrete lijst met directe aangrijpingspunten voor MSR doorgenomen met onze experts. Dat leidt tot diverse observaties.

Allereerst en overkoepelend merken de experts op dat er bij allerlei spierziekten consensus based afspraken zijn gemaakt over bijvoorbeeld de inzet van genetische diagnostiek, klinisch diagnostische behandeling (neuroloog), en revalidatiecentrum (RA). De ene keer is de revalidatiearts daarin leidend, een andere keer de neuroloog.

Met betrekking tot de concrete "lijst met directe aangrijpingspunten":

- We vinden geen richtlijn gericht op "virusinfecties van het centraal zenuwstelsel" (**A80-A89**), maar wel is bekend dat bepaalde infecties die samenhangen met virale encefalitis blijvende schade kunnen aanrichten, waarna de effecten vergelijkbaar kunnen zijn als bij multipale sclerose (MS, richtlijn beschikbaar) of niet-aangeboren hersenletsel (NAH, diverse richtlijnen beschikbaar).
 - *Search op PubMed levert over dit onderwerp geen heldere systematic reviews op.*
 - *Aandachtspunt vanuit de experts: let op, er is veelal een (te) kleine N > niet voldoende voor wetenschappelijk onderzoek.*
- **G00-G09** betreft bacteriële ontstekingen waarbij het zenuwstelsel onherstelbare schade kan oplopen en opnieuw de richtlijnen rondom NAH van toepassing kan zijn.
 - *Search op PubMed levert over dit onderwerp enkele systematic reviews op die meerwaarde van MSR suggereren.*

¹⁵ Er is beperkt aansluiting tussen de richtlijnen en de ICD-10 diagnoses of anatomische eigenschappen die in dit onderzoek het aangrijpingspunt vormen voor MSR. Het is wellicht mogelijk om de effectiviteit van MSR-behandeling inzichtelijk te maken op het niveau van functiestoornissen, maar vanwege de focus van dit onderzoek (aangrijpingspunt voor indicatiestelling) was dit niet mogelijk binnen de context van het door ons uitgevoerde onderzoek.



- *"Evidence suggests the potential for a beneficial effect of rehabilitation interventions in patients with infectious encephalitis. Future research is required to identify all effect modifiers and to determine the effect of time in the natural course of recovery."*¹⁶
- **G10-G14** gaat over systeematrofieën waaronder de ziekte van Huntington, cerebellaire ataxie, spastische paraplegie en spinale spieratrofieën en dit valt primair onder de neuromusculaire aandoeningen (meerdere richtlijnen en behandelkaders beschikbaar, zoals de eerder besproken richtlijnen voor FSHD, SMA en HMSN).
- **G20-G26** heeft als belangrijkste diagnose de ziekte van Parkinson (bijbehorende overkoepelende richtlijn beschikbaar). Deze richtlijn wordt ook gebruikt bij overige degeneratieve ziekten van het zenuwstelsel (**G30-G32**).
 - *De rol van de revalidatiearts is in de richtlijn omschreven, en het aanbieden van goed gecoördineerde multidisciplinaire zorg heeft een duidelijke meerwaarde. Een goede wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt echter nog.*
- De diagnose die primair behoort bij **G35-G37** (demyeliniserende ziekten van het centraal zenuwstelsel) is Multipale Sclerose, waarvan zowel een multidisciplinaire richtlijn als een behandelkader beschikbaar zijn.
 - *Bij problemen op het gebied van activiteiten en participatie bij mensen met MS wordt multidisciplinaire revalidatiebehandeling aanbevolen. (...) De uitgebreidheid en complexiteit van de activiteiten- en participatieproblemen en de sociale situatie, wensen en doelen van de patiënt bepalen in welke setting en met welke intensiteit de revalidatiebehandeling wordt uitgevoerd.*
 - *Wetenschappelijke onderbouwing Niveau 1.*
- **G40-G47** betreft aandoeningen met een episodisch en paroxismaal verloop, zoals epilepsie en vertebrobasilaarsyndroom. De laatstgenoemde categorie raakt aan het behandelkader CVA, maar is niet als zodanig terug te vinden.
 - *Search op PubMed levert over dit onderwerp geen systematic reviews op.*
- Onder **G50-G59** (aandoeningen van zenuwen, zenuwwortels en zenuwplexus) valt onder meer Neuralgische amyotrofie, een spierziekte die mogelijk samenhangt met de aansturing in de hersenen. Er is nog geen richtlijn of behandelkader beschikbaar, maar er loopt wel een wetenschappelijk onderzoek om te komen tot een gerichtere behandeling (Prinses Beatrixfonds, 2019).
 - *Search op PubMed levert over dit onderwerp geen systematic reviews op.*
- **G60-G64** betreft polyneuropathieën en overige aandoeningen van perifeer zenuwstelsel, waarbij richtlijnen beschikbaar zijn voor hereditaire motorische en sensorische neuropathie en voor het syndroom van Guillain Barré (GBS).
 - *Bij neuropathie (HMSN) is in de richtlijnen database een multidisciplinaire richtlijn beschikbaar, gaat niet specifiek over MSR.*
 - *In de richtlijn GBS revalidatietriage staat een passage over de keuze tussen poliklinische en klinische revalidatiegeneeskunde. De aanbevelingen zijn in dit geval consensus based.*
- Bij **G70-G73** gaat het om ziekten van neuromusculaire overgang en spieren, zoals bijvoorbeeld myasthenia gravis, (Duchenne) spierdystrofie of myopathie.
 - *Het behandelkader Neuro Musculaire Aandoeningen (NMA) uit 2013 is hierbij van toepassing.*
 - *Er is een richtlijn Duchenne spierdystrofie in ontwikkeling:*
<https://www.demedischspecialist.nl/agenda/invitational-conference-richtlijn-duchenne-spierdystrofie>
- De aandoeningen binnen **G80-G83** (Cerebral palsy en overige paralytische syndromen) worden in de betreffende richtlijnen voor kinderen en volwassenen voorzien van een wetenschappelijk onderbouwde behandeling (zie eerder).
- **I60-I69** (cerebrovasculaire ziekten) heeft een eigen behandelkader en valt onder de richtlijnen voor NAH (zie eerder).

¹⁶ Christie S, Chan V, Mollaveya T, et al. Systematic review of rehabilitation intervention outcomes of adult and paediatric patients with infectious encephalitis. BMJ Open 2018;8:e015928. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015928



- De meest voorkomende aandoening bij **Q00-Q07** (congenitale misvormingen van zenuwstelsel) is spina bifida. Er is een richtlijn die zich richt op de loopvaardigheid bij kinderen en volwassenen (zie eerder).
- **Q65-Q79** (congenitale misvormingen van het bot-spiersstelsel) zijn dermate specifiek, dat er in principe altijd sprake is van maatwerk en geen richtlijnen zijn ter onderbouwing.
- Voor **R25-R29** (symptomen betreffende zenuwstelsel en bot-spiersstelsel), een groep aandoeningen die gepaard gaat met spasmes of een gebrek aan coördinatie, is geen huidige richtlijn of behandelkader beschikbaar.
 - *Search op PubMed levert over dit onderwerp geen heldere systematic reviews op.*
- Tot slot is er een lijst (**S00-T98**) met letsels, vaak als gevolg van een trauma, die op zichzelf een aangrijpingspunt kunnen zijn voor medisch specialistische revalidatie, maar waarbij het uiteindelijk optreden van beperkingen of problemen bepaalt welke behandeling aangewezen is, en vervolgens welke bewijslast daar aan ten grondslag ligt.

8.5 Tussenconclusie

Vanwege het ontbreken van een harde en concrete lijst indicaties is het niet goed mogelijk om een uitputtende lijst met bewijslast te geven. Toch is regelmatig een wetenschappelijke onderbouwing voorzien via een richtlijn voor vrijwel alle diagnoses die een logisch aangrijpingspunt kunnen zijn voor medisch specialistische revalidatie. Daar moet echter de kanttekening bij worden gemaakt, dat in niet alle richtlijnen expliciet aandacht wordt besteed aan MSR-behandeling. Als er wel aandacht voor is, dan is de wetenschappelijke onderbouwing vaak van een laag niveau of afwezig.

De kwaliteit van de onderbouwing is door ons in dit onderzoek niet uitputtend onderzocht, het was niet mogelijk om binnen het tijdbestek van dit onderzoek een complete richtlijnanalyse uit te voeren¹⁷. Wel zijn bij alle bestudeerde richtlijnen steekproefsgewijs nog veel kennislacunes geïdentificeerd. Dit voedt het beeld dat er winst te behalen is bij de verdere opbouw van wetenschappelijke bewijslast.

Het is onzes inziens aan de VRA om voor de verschillende behandelingen van patiënten die geïndiceerd zijn voor MSR de gewenste bewijslast van voldoende wetenschappelijke kwaliteit te verzamelen. De opgestelde Kennisagenda helpt om in dit dynamische werkveld de onderzoeksprioriteiten af te stemmen.

Tegelijkertijd constateren we dat er veel tijd en energie wordt besteed aan de opbouw van de wetenschappelijke kennis. Enkel concluderen dat een behandeling niet effectief is omdat de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt is vaak kort door de bocht. Revalidatie richt zich vaak op voorkomen van erger, niet op het genezen van een stoornis. Soms scoren patiënten op harde uitkomstmaten niet beter, maar voelen ze zich beter geëquipeerd om met hun beperkingen om te gaan. Dan heeft die behandeling dus wel degelijk effect gehad.

Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik is erop gericht om zorgevaluaties onderdeel te maken van het reguliere zorgproces, waarbij het onbekende wordt geëvalueerd, bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd en de patiënt daardoor de bewezen beste zorg krijgt (Repping, 2019). Ook revalidatieartsen zijn aan zet om bewijs dat er wel is aan te leveren en bewijs dat er nog niet is op te bouwen.

Op basis van ons onderzoek adviseren we betrokken partijen om meer gericht aan te geven wat de literatuur is waar men zich op baseert, daarnaast duidelijk te maken waar lacunes zitten.

¹⁷ Een complete richtlijnanalyse was ook niet het doel van voorliggende exercitie. Primair is het onderzoek gericht geweest op het identificeren van de aangrijpingspunten voor medisch specialistische revalidatie, en als afgeleide daarvan een inventarisatie van de beschikbare bewijslast.



9 Beantwoording van de vragen

9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een compact antwoord op de onderzoeksvragen. De argumentatie is eerder in dit rapport gegeven. Nadere toelichting en achtergrondinformatie is te vinden in Bijlage 5 (opgenomen als een los Excel-bestand bij dit rapport).

9.2 Hoofdvraag

Is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen voor diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties beter en scherper te omschrijven welke diagnoses en/of stoornissen in lichaamsfuncties bij een bepaalde patiënt het aangrijpingspunt kunnen zijn voor MSR-behandeling?

Ja, een lijst met specifieke diagnoses behorende tot een blok op basis van ICD-10 in combinatie met een lijst met specifieke stoornissen in functies en anatomische eigenschappen op basis van het ICF vormen een **aangrijpingspunt** voor MSR-behandeling. Deze zijn echter niet voldoende voor het eenduidig **stellen van de indicatie** (immers, die indicatiestelling is breder en nadrukkelijk gebaseerd op meer factoren dan alleen een diagnose of stoornis).

9.3 Deelvragen

Is het mogelijk om op basis van erkende classificatiesystemen (ICD-10 en/of functie-/stoornisdeel van ICF), het begrip 'stoornis van het bewegingsvermogen' te operationaliseren door middel van objectieveerbare diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties?

Wij interpretern het begrip "stoornis van het bewegingsvermogen" als een stoornis van functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies of stoornis in anatomische eigenschappen.

Ja, het is mogelijk om op basis van de ICD-10 een objectieveerbare diagnose te stellen en op basis van de ICF de stoornissen in lichaamsfuncties te beschrijven om een stoornis van functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies of stoornis in anatomische eigenschappen te operationaliseren. In combinatie (zie figuur 7.2) kunnen die leiden tot al dan niet een aangrijpingspunt voor MSR.

Bij welke diagnoses of stoornissen in lichaamsfuncties is er sprake van een stoornis in het bewegingsvermogen die een aangrijpingspunt kan vormen voor MSR-behandeling?

Wij interpretern het begrip "stoornis van het bewegingsvermogen" als een stoornis van functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies of stoornis in anatomische eigenschappen.

Het antwoord op de vraag "Welke diagnoses vormen aangrijpingspunt voor MSR?" levert een concrete lijst met diagnoses behorende tot een blok op basis van de ICD-10¹⁸ aangevuld met klassen uit de deelclassificatie anatomische eigenschappen op basis van de ICF in combinatie met klassen uit de deelclassificatie functies op basis van de ICF.

Hierbij merken we nadrukkelijk op dat het een levende lijst is die onderhoud vergt met liefst een jaarlijkse actualisatie. De lijst is nu gebaseerd op een lijst met declaratiecodes die in de praktijk zijn toegepast. Het onderhoud van de lijst zou een gezamenlijke exercitie moeten zijn van de revalidatieartsen in samenwerking met de zorgverzekeraars.

¹⁸ Op basis van de gevoerde gesprekken lijkt de verwachting gerechtvaardigd dat het bepalen van de diagnose op basis van ICD-11 de indicatiestelling voor MSR-behandeling beter en scherper zal maken dan nu. Het zal echter nog een aantal jaren duren voordat ICD-11 breed geïmplementeerd kan worden.



Vervolgens is voor de indicatiestelling nog van belang of er een beperking en/of participatieprobleem is of kan ontstaan dan wel dat er omgevingsfactoren of persoonlijke factoren zijn die van invloed kunnen zijn, maar dat is voor het onderhavige onderzoek niet relevant.

Is het bij nader omschrijven van de indicaties voor MSR-behandeling nodig om onderscheid te maken tussen indicaties voor algemene of interdisciplinaire MSR-behandeling?

Pas na toepassing van diagnostiek en inschatten van de prognostiek, bepaalt een revalidatiearts of algemene dan wel interdisciplinaire MSR-behandeling aangewezen is. Bij (het aangrijpingspunt voor) de indicatie voor behandeling is het niet nodig om onderscheid te maken. De keuze voor algemene of interdisciplinaire MSR is een gevolg van de indicatie, geen oorzaak. Het is van belang bij het inrichten van het behandelplan, bij de feitelijke uitvoering van de MSR-behandeling.

Welk onderbouwing (uit reviews/onderzoeksartikelen, richtlijnen en andere publicaties) is er beschikbaar voor de effectiviteit van MSR-behandeling bij de diverse te onderscheiden indicaties voor MSR-behandeling? Het gaat hierbij om een inventarisatie van de wijze waarop in de huidige praktijk (inclusief beschikbare reviews) de indicaties kunnen worden onderbouwd.

Dit onderzoek geeft een lijst met aangrijpingspunten voor medisch specialistische revalidatie, geen harde en concrete lijst indicaties. Om die reden is het niet mogelijk een uitputtende lijst met onderbouwing van de bewijslast te geven. Wel zijn voor (vrijwel) alle diagnoses en stoornissen die we hebben aangemerkt als *direct aangrijpingspunt* voor medisch specialistische revalidatie, richtlijnen en behandelkaders beschikbaar via de VRA-website of de Richtlijnendatabase van de FMS. Het is onzes inziens aan de VRA om voor de verschillende behandelingen van patiënten die geïndiceerd zijn voor MSR de gewenste bewijslast te verzamelen. De opgestelde Kennisagenda helpt om in dit dynamische werkveld de onderzoeksprioriteiten af te stemmen.



Bijlage 1: Literatuurlijst

FMS (2016), Adviesrapport Zorgevaluatie – Van project naar proces

FMS (2019a) via <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/richtlijnen>, 2019 bezocht op dd. 21 oktober 2019

Hirs, W.J. et.al. (RIVM, 2011), Internationale classificaties in Nederland: Nut, toepassing en noodzaak

Huber Machteld, Knottnerus J André, Green Lawrence, Horst Henriëtte van der, Jadad Alejandro R, Kromhout Daan et al. How should we define health? BMJ 2011; 343 :d4163

Lankhorst, G.J. et.al. (1990), De Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps van de Wereldgezondheidsorganisatie

Nictiz (2014), Whitepaper SNOMED CT en ICD-10

Nictiz (2019), via <https://www.nictiz.nl/standaarden/icd-10/> bezocht op dd. 17 september 2019

NZa (2017), Open DIS 2017

NZa (2018), Advies bekostiging medisch specialistische zorg belonen van zorg die waarde toevoegt

NZa (2019), Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2001a, 2019

Opsteker (2019), Uitleg SAMPC-anamnese, via <http://www.opsteker.com/wp-content/uploads/2019/03/Opsteker-uitleg-SAMPC-anamnese-PDF.pdf>

Prinses Beatrixfonds (2019), via <https://www.prinsesbeatrixspierfonds.nl/restverschijnselen-bij-neuralgische-amyotrofie/>, bezocht op 2 december 2019

Repping, S. (2019), Rapportage kwartiermakersfase Zorgevaluatie en Gepast Gebruik

RIVM (2019), De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 – Een gezond vooruitzicht

RN (2012), Functioneel ontwerp zorgvraagindex

RN (2017), Brancherapport Revalidatie Nederland

RN (2019a), Gegevens op basis van declaratiedata van Vektis C.V.

RN (2019b), Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde: Focus op Pijnrevalidatie (themanummer)

SEO economisch onderzoek (2008), Kosten en baten van revalidatie

SKMS/FMS (2015), Magazine Kwaliteitsgelden voor medisch-specialistische zorg in de praktijk

Spine & Joint Centre, Ronchetti en Van Wingerden (2018). Het langetermijneffect van de Spine & Joint Centre behandelmethode

VAGZ (2018), Werkwijzer medisch specialistische revalidatiezorg

Verbunt, J., Swaan, L., Schiphorst Preuper, R. en Schreurs, K. (2019), Handboek pijnrevalidatie

VRA en RN (1993, 1994, 2001, 2013 en 2016), Nota's Indicatiestelling MSR

VRA (2012 en 2016), Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde, 2012

VRA (2013), Behandelkader pijnrevalidatie

VRA (2015), Position Paper Revalidatiegeneeskunde



VRA (2017), VRA-lijst met ICD-10 codes: Export_relatie_icd_9_10_diagnosegroep_moduleset_v2017.xlsx

VRA (2018), Beleidsplan Revalidatiegeneeskunde 2025

VRA (2019a), via <https://revalidatiegeneeskunde.nl/de-revalidatiearts>, bezocht dd. 10 september 2019

VRA (2019b), via <https://revalidatiegeneeskunde.nl/richtlijnen>, bezocht dd 21 oktober 2019

VRA (2019c), via <https://revalidatiegeneeskunde.nl/samenvattingen-richtlijnen>, bezocht 2 december 2019

VRA (2019d), via <https://revalidatiegeneeskunde.nl/behandelkaders>, bezocht dd. 21 oktober 2019

VRA (2020), via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/overzicht_richtlijnen_-_voor_website_1-2-2020.pdf, bezocht dd. 11 februari 2020

WFCC (2002), ICF Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health', in RIVM-brochure via <https://www.whofic.nl/sites/default/files/2018-05/BrochureICF.pdf>

WHO (1980), International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)

WHO (2011), International Classification of Functioning, Disability and Health, via:
<https://www.who.int/classifications/icf/en/> en <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

WHO (2019), via <https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf>

ZIN (2015), Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden

ZIN-website (2019a), via <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatische-revalidatiezorg-zvw>, bezocht dd. 17 september 2019



Bijlage 2: Beschikbare lijsten met veel voorkomende diagnosegroepen

Bijlage II

Indien er sprake is van een revalidatiebehandelingsindicatie zal de oorzakelijke aandoening meestal tot de volgende diagnosegroepen behoren:

- A Chirurgische en orthopedische groep
- amputaties en misvorming van extremiteiten
 - gewrichtsaandoeningen en -afwijkingen, zoals arthritis, arthrose, osteochondrose, osteochondritis, traumata, contracturen, ankylose, status na athrodese, endoprothese
 - multitraumapatiënten
 - brandwonden
 - handletsels
 - aandoeningen van de wervelkolom
- B Neurologische groep
- cerebrale beschadigingen
 - bij of vanaf de geboorte aanwezig (infantiele encephalopathiën en neurologische dysfuncties die tot complexe en ernstige handicaps (kunnen) leiden
 - later verkregen (cva, traumata, infecties, tumoren)
 - dwarsleasies, myelomeningocèles
 - perifere Zenuwletsels
 - polyneuritis en polyradiculitis
 - neuromusculaire aandoeningen
 - multiple sklerose, amyotrofische lateraalsklerose
 - M. Parkinson
 - poliomyelitis
 - reflexdystrofieën
- C Reumatische aandoeningen
- reumatoïde arthritis
 - spieraandoeningen en collageenziekten
 - M. Bechterew.
- D Orgaanaandoeningen
- hart- en longaandoeningen alleen, indien ondanks optimale fysieke reconditionering, toch nog ernstige en complexe beperkingen en handicaps resteren of op korte termijn te verwachten zijn

Figuur B2.1 Lijst met diagnosegroepen waar het merendeel van de revalidatie behandelindicaties onder zou vallen volgens de Nota Indicatiestelling (VRA, 2001)



Diagnose hoofdgroepen	Voorbeelden
<i>Aandoeningen bewegingsapparaat</i>	• Aandoeningen van het houdings en bewegingsapparaat (aangeboren of verworven) • Reumatische aandoeningen • Multitrauma.
<i>Amputaties</i>	• Amputaties onderste extremiteit • Amputaties bovenste extremiteit
<i>Hersenen</i>	• Cerebrale Parese (CP) • Cerebro Vasculair Accident (CVA) • Developmental Coordination Disorder (DCD) • Contusio cerebri • Infectieuze hersenaandoeningen • Tumor cerebri • Ontwikkelingsstoornissen
<i>Neurologie</i>	• Neurologie cerebrospinaal • Plexusletsel • Perifeer zenuwletsel • Zenuwaandoeningen • Neuromusculaire aandoeningen
<i>Dwarslaesie</i>	• Dwarslaesie en Conus Caudalaesie • Spina Bifida • Ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie
<i>Organen</i>	• Decubitus • Brandwonden • Gevolgen van respiratoire aandoeningen • Gevolgen van cardiale aandoeningen • Gevolgen van oncologische aandoeningen • Gevolgen van diabetes mellitus
<i>Chronische pijn</i>	• Chronisch pijnsyndroom • Somatisch onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Figuur B2.2 Lijst met diagnosegroepen waar het merendeel van de revalidatie behandelindicaties onder zou vallen volgens de Nota Indicatiestelling (VRA/RN, 2006)



Bijlage 3: Overzicht van classificatiesystemen¹⁹

Inleiding

Classificaties zijn in essentie boeken (in papieren of elektronisch vorm) met op een systematische wijze geordende 'standaardtaal' om een bepaald onderwerp of fenomeen te benoemen. De WHO heeft een aantal classificaties ontwikkeld om gegevens over de gezondheidstoestand van personen eenduidig vast te leggen (WHO Family of International Classifications, WHO-FIC).

Voor de zorgsector, en in het kader van gezondheidszorgbeleid, welzijnsbeleid en algemeen maatschappelijk beleid, zijn twee WHO-classificaties van bijzonder belang. Dit zijn de ICD-10 (de Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen, tiende revisie) en de ICF (de Internationale Classificatie van menselijk functioneren).

Gerelateerde Classificaties	Referentieclassificaties	Afgeleide Classificaties
International Classification of Primary Care (ICPC)	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)	International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition (ICD-O-3)
International Classification of External Causes of Injury (ICECI)	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders
ISO9999 Technical aids for persons with disabilities – Classification and Terminology	International Classification of Health Interventions (ICHI) (in ontwikkeling)	International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version (ICF-CY)
The Anatomical, Therapeutic, Chemical (ATC) classification system with Defined Daily Doses (DDD)		Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, Third Edition (ICD-DA)
		Application of the International Classification of Diseases to Neurology (ICD-10-NA)

Figuur B3.1 Overzicht van classificaties binnen de WHO-FIC (Hirs et.al., 2011)

¹⁹ De tekst in deze bijlage is grotendeels gebaseerd op/ontleend aan de RIVM Rapport 270553004 'Internationale Classificaties in Nederland. Nut, toepassing en noodzaak' (Hirs, W.M. et.al., 2011).



ICD-10

De Tiende Revisie van de Internationale Statistische Classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-10) bestaat uit drie delen:

1. de classificatie, structuur en principes;
2. de hulp aan gebruikers;
3. de alfabetische lijst.

Het grootste gedeelte van deel 1 wordt in beslag genomen door de hoofdclassificatie, die bestaat uit de lijst van drie-tekencategorieën en de systematische lijst van inclusies en vier-tekensubcategorieën; dit deel is ook online te gebruiken, <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla>. De 3-tekenclassificatie is het niveau voor rapportage aan de WHO-mortaliteitsregistratie en voor algemene internationale vergelijking, waartoe de lidstaten van de WHO zich verplicht hebben. Deze 3-tekenclassificatie bevat tevens titels van hoofdstukken en blokken. De systematische lijst geeft alle details van het 4-tekenniveau weer. Structuur, principes en toepassing van de ICD-10 zijn meer gedetailleerd beschreven in een afzonderlijke Bijlage ICD-10 detaillering. Hieruit blijkt onder meer dat inzicht in de waarde van ICD-gegevens de nodige studie vereist die nauw samenhangt met het doel en de mogelijkheden voor het verzamelen van die gegevens. Deel 2 en 3 benoemen we in dit rapport verder niet.

De kern van de ICD-10 bestaat uit een classificatie van 22 hoofdstukken, onderverdeeld in blokken, categorieën en subcategorieën:

Hoofdstuk	Blok	Omschrijving
I	A00-B99	Infectieziekten en parasitaire aandoeningen
II	C00-D48	nieuwvormingen
III	D50-D89	Ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van het immuunsysteem
IV	E00-E90	Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen
V	F00-F99	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen
VI	G00-G99	Ziekten van zenuwstelsel
VII	H00-H59	Ziekten van oog en adnexen
VIII	H60-H95	Ziekten van oor en processus mastoideus
IX	I00-I99	Ziekten van hart en vaatstelsel
X	J00-J99	Ziekten van ademhalingsstelsel
XI	K00-K93	Ziekten van spijsverteringsstelsel
XII	L00-L99	Ziekten van huid en subcutis
XIII	M00-M99	Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel
XIV	N00-N99	Ziekten van urogenitaal stelsel
XV	O00-O99	Zwangerschap, bevalling en kraambed
XVI	P00-P96	Bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode
XVII	Q00-Q99	Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen
XVIII	R00-R99	Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geassocieerd
XIX	S00-T98	Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken
XX	V01-Y98	Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte
XXI	Z00-Z99	Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg
XXII	U00-U99	Coderingen voor speciale doeleinden



Binnen een hoofdstuk zijn een aantal blokken gedefinieerd. Bijvoorbeeld in hoofdstuk XIII de volgende blokken:

M00-M25: artropathieën

M30-M36: systeemziekten van bindweefsel

M40-M54: dorsopathieën

M60-M79: aandoeningen van weke delen

M80-M94: osteopathieën en chondropathieën

M95-M99: overige aandoeningen van bot-spierstelsel en bindweefsel

Deze blokken zijn weer onderverdeeld in subcategorieën. Bijvoorbeeld in blok M60-M79 aandoeningen van weke delen:

M60-M63 aandoeningen van spieren

M60: myositis

M61: calcificatie en ossificatie van spier

M62: overige aandoeningen van spier

M63*: aandoeningen van spier bij elders geclassificeerde ziekten

Nut van de ICD-10

De ICD-10 kan worden gebruikt voor het classificeren van ziekten en andere gezondheidsproblemen die met vragenlijsten en in formulieren en dossiers worden vastgelegd. Oorspronkelijk is de ICD bedoeld voor het klasseren van oorzaken van sterfte die in overlijdensverklaringen worden vermeld. Later zijn diagnosen hieraan toegevoegd.

Niet elk probleem of elke reden voor het in aanraking komen met de gezondheidszorg kan echter als doodsoorzaak of diagnose worden gecategoriseerd. De ICD-10 voorziet daarom in een grote verscheidenheid van symptomen, afwijkende bevindingen, klachten en sociale omstandigheden die in dossiers in de plaats kunnen staan van een doodsoorzaak of diagnose (zie deel 1, hoofdstukken XVIII en XXI).

De ICD-10 kan worden gedefinieerd als een stelsel van categorieën waarmee, aan de hand van vastgestelde criteria, gegevens, zoals diagnose, reden voor opname, behandelde aandoening, reden voor consult en dergelijke, worden vastgelegd. Het doel is de systematische opslag, analyse, interpretatie en vergelijking van mortaliteits- en morbiditeitsgegevens mogelijk te maken, die in verschillende landen of gebieden en in verschillende perioden zijn verzameld. De ICD-10 wordt gebruikt om diagnosen van ziekten en andere gezondheidsproblemen in coderingen om te zetten, zodat opslag, ontsluiting en analyse van die gegevens wordt vergemakkelijkt. In feite is de ICD-10 de internationale standaard diagnostische classificatie voor alle algemene epidemiologische doeleinden en voor vele andere doelstellingen bij het beleid in de gezondheidszorg. Deze doelen hebben betrekking op de analyse van de algemene gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen, de controle op het voorkomen en de verspreiding van ziekten en andere gezondheidsproblemen in relatie tot andere variabelen, zoals de kenmerken en omstandigheden van de betrokken individuen.

De ICD-10 is niet, zoals een terminologisch systeem, bedoeld voor het indexeren van afzonderlijke klinische bevindingen en is als zodanig ook niet geschikt. Vanwege de vaak ingewikkelde regelgeving en uitvoering van de bekostiging van de gezondheidszorg in de verschillende lidstaten van de WHO zijn er beperkingen ten aanzien van het direct gebruik van de ICD-10 voor bestudering van financiële aspecten, zoals het factureren, of toekennen van (financiële) middelen. In Nederland wordt niettemin geprobeerd de bekostiging mede te baseren op de ICD-10, zie paragraaf 4.3.



ICF

De ICF, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (WFCC, 2002), bestaat uit een raamwerk van deelclassificaties die tezamen een gestandaardiseerd begrippenapparaat vormen voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden.

Met behulp van de ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven:

1. Het perspectief van het menselijk organisme.
2. Het perspectief van het menselijk handelen.
3. Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Het eerste perspectief is uitgewerkt in de component functies van het organisme en anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn uitgewerkt in de component activiteiten en participatie. De classificatie is online te gebruiken: <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>.

De ICF ordent op systematische wijze verschillende domeinen²⁰ van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem. De term 'menselijk functioneren' verwijst naar functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. De term 'functioneringsprobleem' verwijst naar stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Daarnaast bevat de ICF een lijst met externe factoren die van invloed kunnen zijn op elk domein. Deze factoren kunnen ondersteunend of belemmerend werken. Al deze aspecten tezamen kunnen een zinvol beeld geven van iemands functioneren.

Het menselijk functioneren en de problemen daarmee worden opgevat als de uitkomst van een dynamische wisselwerking²¹ tussen iemands gezondheidsproblemen (ziekten, aandoeningen, ongevallen, trauma's, enzovoort), en de context waarin die problemen zich voordoen. Het zal duidelijk zijn dat in de ICF gevallen (zieken of sterfgevallen) niet de eenheid van classificatie zijn, zoals in de ICD. De ICF deelt geen mensen in, maar biedt termen voor het beschrijven van situaties van individuen.

²⁰ Een domein is een praktisch en zinvol stel met elkaar verband houdende fysiologische functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, taken of levensgebieden.

²¹ De uitkomst van deze wisselwerking kan aan de hand van de termen in de ICF worden beschreven op een gegeven ogenblik in de tijd. Voor een beschrijving van het proces, de wijze waarop die uitkomst tot stand komt, zijn meer beschrijvingen in de tijd nodig.

**Tabel B3.2 De verschillende componenten van de ICF met de onderliggende domeinen**

Funcities	Anatomische eigenschappen van	Activiteiten en participatie	Externe factoren
mentale funcities	zenuwstelsel	leren en toepassen van kennis	producten en technologie
sensorische funcities en pijn	oog, oor en verwante structuren	algemene taken en eisen	natuurlijke omgeving en veranderingen van de mens daarin
stem en spraak	structuren betrokken bij stem en spraak	communicatie	ondersteuning en relaties
funcities van hart en bloedvatenstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem, ademhalingsstelsel	hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel	mobiliteit	attitudes
funcities van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel	spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel	zelfverzorging	diensten, systemen en beleid
funcities van urogenitaal stelsel en reproductieve funcities	urogenitaal stelsel	huishouden	
funcities van bewegingssysteem en aan beweging verwante funcities	structuren verwant aan beweging	tussenmenselijke interacties en relaties	
funcities van huid en verwante structuren	huid en verwante structuren	belangrijke levensgebieden	
		maatschappelijk, sociaal, burgerlijk leven	

De situatie is er bovendien altijd een binnen de context van externe en persoonlijke factoren. De laatste worden wel genoemd, maar niet als zodanig geclassificeerd in de ICF vanwege de grote sociale en culturele verschillen die erin voorkomen. De componenten zijn onderverdeeld in categorieën en (sub)categorieën en soms een detaillering daarvan. Meer categorieën vormen een blok om de gebruiker te helpen; ze maken geen deel uit van de hiërarchische structuur van de classificatie en codering. Op (sub)categorieniveau van de funcities, activiteiten en participatie en externe factoren wordt opgesomd (vooral extensionele definities) wat eronder valt. Vergelijkbaar met de ICD-10 worden (sub)categorieën afgesloten met anders (8) en niet gespecificeerd (9). Er zijn ook inclusies en exclusies. De domeinen bestaan uit neutrale termen. Per domein wordt in principe aangegeven hoe een negatieve en positieve typering aan de codering kan worden gehecht om te kunnen spreken van stoornissen in functie en anatomische eigenschap, beperkingen in activiteiten, participatieproblemen en belemmerende en ondersteunende externe factoren.

Binnen de component funcities zijn in hoofdstuk 7 'funcities van het bewegingssysteem en aan beweging verwante funcities' zijn weer een aantal (sub)categorieën.



De mate of omvang van een stoornis wordt als volgt gescoord:

- 0 = GEEN stoornis (geen, afwezig, verwaarloosbaar, ...) 0-4%
- 1 = LICHTЕ stoornis (gering, laag, ...) 5-24%
- 2 = MATIGE stoornis (tamelijk, ...) 25-49%
- 3 = ERNSTIGE stoornis (aanzienlijk, hoog, sterk, ...) 50-95%
- 4 = VOLLEDIGE stoornis (totaal, ...) 96-100%
- 8 = niet gespecificeerd
- 9 = niet van toepassing

In de component anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging is weer een verdere onderverdeling gemaakt in domeinen en (sub)categorieën:



De aard van de stoornis in anatomische eigenschap wordt als vastgelegd:

- 0 = geen verandering in de anatomische eigenschap
- 1 = volledige afwezigheid
- 2 = gedeeltelijke afwezigheid
- 3 = extra deel
- 4 = afwijkende dimensies
- 5 = discontinuïteit
- 6 = afwijkende positie
- 7 = kwalitatieve veranderingen in anatomische eigenschap, inclusief ophoping van vocht
- 8 = niet gespecificeerd
- 9 = niet van toepassing



Bijlage 4: Overzicht van richtlijnen en behandelkaders

Richtlijnen

Een totaal en actueel overzicht van de richtlijnen die in de revalidatiegeneeskunde worden gebruikt dan wel in ontwikkeling zijn, is te vinden via de website van de VRA. De meest recente lijst is verschenen op 1 februari 2020:

https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/overzicht_richtlijnen_-_voor_website_1-2-2020.pdf (VRA, 2020)

Richtlijn	Houder	Status	Jaar
Anterieure kniepijn	VSG	1 In ontwikkeling	
Richtlijn Chronische beademing	VSCA	1 In ontwikkeling	
Richtlijn Enterale toegang	NVMDL	1 In ontwikkeling	
Schouderprothese	NOV	1 In ontwikkeling	
Subarachnoidale bloeding	NVN	1 In ontwikkeling	
Palliatieve zorg voor patiënten met ALS	IKNL	1 In ontwikkeling	
Distale radiusfracturen	NVvH	1 In ontwikkeling	
Nazorg en revalidatie van IC-patiënten	VRA	1 In ontwikkeling	
Hoofd-halstumoren	NVKNO	1 In ontwikkeling	
Fysieke fitheid bij oncologische patiënten	VSG	1 In ontwikkeling	
Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en arbeidsparticipatie	VRA	1 In ontwikkeling	
Lage rugklachten en LRS	NVAB/NVVG	1 In ontwikkeling	
Lage rugpijn	KNGF	1 In ontwikkeling	
Multiple sclerose - Diagnostiek, behandeling en functioneren bij	VRA	1 In ontwikkeling	
Osteoporose en fractuurpreventie	NIV	1 In ontwikkeling	
Duchenne spierdystrofie	VRA	1 In ontwikkeling	
Parkinson - Ziekte van	NVN	2 Commentaarfase	
Lumbosacraal Radiculair Syndroom	NVN	2 Commentaarfase	
Niet gerupteerd intracranieel aneurysma	NVN	2 Commentaarfase	
Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit	VRA	2 Commentaarfase	
Vermoeidheid bij kanker in de palliatieve fase	IKNL	4 Geautoriseerd	2019
Polyneuropathie	NVN	4 Geautoriseerd	2019
Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding	NVA	4 Geautoriseerd	2019
Acute Traumatische Wervelletfels	NOV	4 Geautoriseerd	2019
Juveniele idiopathische artritis - Medicamenteuze behandeling van kinderen met	NVK	4 Geautoriseerd	2019
Dravet syndroom	VKGN	4 Geautoriseerd	2019
Developmental Coordination Disorder (DCD) - Diagnostiek en behandeling van kinderen met	VRA	4 Geautoriseerd	2019



Onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten bij kinderen (SOLK kinderen)	NVK	4 Geautoriseerd	2019
Fracturen bij kinderen	NVvH	4 Geautoriseerd	2019
Handfracturen	NVvH/NVPC	4 Geautoriseerd	2019
Artrose heup en knie (conservatieve behandeling)	NOV	4 Geautoriseerd	2019
Cerebral Visual Impairment	NOG	4 Geautoriseerd	2018
Flexorpeesletsel	NVPC	4 Geautoriseerd	2018
Spinale Musculaire Atrofie (SMA) type I	Spierziekten Nederland / VRA	4 Geautoriseerd	2018
Artrose heup en knie	KNGF	4 Geautoriseerd	2018
Spastische Cerebrale Parese bij kinderen - module Chirurgie	VRA	4 Geautoriseerd	2018
Ongeinstrumenteerde wervelkolomchirurgie	NVvN	4 Geautoriseerd	2018
Ataxie van Friedreich	Spierziekten Nederland / VRA	4 Geautoriseerd	2018
Hereditaire Motorische en Sensorische Neuropathie (HMSN)	Spierziekten Nederland / VRA	4 Geautoriseerd	2018
Facio Scapulo Humeral Dystrofie (FSHD)	Spierziekten Nederland / VRA	4 Geautoriseerd	2017
Neuropsychiatrische gevolgen van niet- aangeboren hersenletsel (NAH) - Behandeling van	VRA	4 Geautoriseerd	2017
Medisch specialistische revalidatie bij oncologie	VRA	4 Geautoriseerd	2017
Herseninfarct en hersenbloeding	NVN	4 Geautoriseerd	2017
Enkelfracturen	NVvH	4 Geautoriseerd	2017
Dwarslaesierevalidatie	VRA	4 Geautoriseerd	2017
Spasticiteit na niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen - Behandeling van	VRA	4 Geautoriseerd	2017
Dysfagie (slikstoornissen)	KNO	4 Geautoriseerd	2017
Spinaalchirurgie - Geïstrumenteerde	NOV	4 Geautoriseerd	2017
Diabetische voet	NIV	4 Geautoriseerd	2017
Open Crurisfractuur	NVvH	4 Geautoriseerd	2016
Follow-up van kinderen na opname op een IC	NVK	4 Geautoriseerd	2016
Pijn bij patiënten met kanker - Diagnostiek en behandeling van	NVA	4 Geautoriseerd	2016
Cmc 1 artrose	Ned Ver Handchirurgie	4 Geautoriseerd	2015
Wervelmetastasen	IKNL	4 Geautoriseerd	2015
Spastische Cerebrale Parese bij kinderen	VRA	4 Geautoriseerd	2015
Pijn in de verstandelijk gehandicaptenzorg	V&VN	4 Geautoriseerd	2014
Meningeoom	Landelijke Werkgroep Neuro Oncologie	4 Geautoriseerd	2014
Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 (CRPS 1)	VRA/NVA	4 Geautoriseerd	2014
Lymfoedeem	NVDV	4 Geautoriseerd	2014
Ataxie - Niet-acute cerebellaire	NVN	4 Geautoriseerd	2014
Spina Bifida - Loopvaardigheid van kinderen en adolescenten met	VRA	4 Geautoriseerd	2013
Myotone dystrofie	VKGN	4 Geautoriseerd	2013
Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)	NOV	4 Geautoriseerd	2013
Aspecifieke klachten arm, nek en/of schouders (KANS)	KNGF	4 Geautoriseerd	2012
Chronisch Vermoeidheidssyndroom	CBO	4 Geautoriseerd	2012



Lymeziekte	richtlijnconsortium NL / CBO	4 Geautoriseerd	2012
Neurogene blaas	NVU	4 Geautoriseerd	2012
Reumatoide artritis en participatie in arbeid	NVVG	4 Geautoriseerd	2012
Decubitus	V&VN	4 Geautoriseerd	2011
Enkelbandletsel - Acuut lateraal	KNGF	4 Geautoriseerd	2011
Hartrevalidatie	NVVC	4 Geautoriseerd	2011
Hydrocephalus bij 0-2 jarigen - Behandeling	NVVN	4 Geautoriseerd	2011
Aspecifieke lage rugklachten (ketenzorgrichtlijn)	KNGF/NHG/NOV/NVAB	4 Geautoriseerd	2010
COPD - Diagnostiek en behandeling van (ketenzorgrichtlijn)	LAN/NVALT/NHG	4 Geautoriseerd	2010
Guillain-Barré syndroom	Spierziekten Nederland / NVN / V	4 Geautoriseerd	2010
Hoofd/hersenletsel - Opvang van patienten met licht traumatisch	NVN	4 Geautoriseerd	2010
Kinderkanker - Follow-up na	SKION	4 Geautoriseerd	2010
Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen	Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ	4 Geautoriseerd	2010
Whiplash Associated Disorder I / II - Diagnostiek en behandeling van mensen met	NVN	4 Geautoriseerd	2008
Motorische ontwikkeling (JGZ richtlijn)	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)	5 Niet geautoriseerd	2019
Kanker en Werk	NVAB	5 Niet geautoriseerd	2019
Dysplastische heupontwikkeling	JGZ	5 Niet geautoriseerd	2018
Complexe wondzorg	NVVH, NVPC, NVDV	5 Niet geautoriseerd	2018
Afasie bij volwassenen - Diagnostiek en behandeling van	NVLF	5 Niet geautoriseerd	2016
Nazorg vroeg/SGA-geboorte	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)	5 Niet geautoriseerd	2013
Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen	Verenso	5 Niet geautoriseerd	2013
Zorgvuldigheidscriteria rondom onderzoek	NVK	Stopgezet	

Behandelkaders

De VRA heeft een groot aantal diagnose gebonden werkgroepen die zich onder andere bezighouden met het opstellen van behandelkaders (VRA, 2019d). Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde doelgroep van patiënten. Het behandelkader is inhoudelijk afgestemd met de landelijke richtlijn. Het bevat echter geen wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van een behandeling. Om die reden zijn de behandelkaders opgenomen in de bijlage. Op basis van een behandelkader kunnen behandelprogramma's op lokaal niveau worden ontwikkeld.

De VRA is (mede)houder van de volgende geautoriseerde behandelkaders:

- Beenamputatie (2019)
- Dwarslaesie (2019)
- Armamputatie en transversale congenitale reductiedefecten bovenste extremiteit (2016)
- CVA (2016)
- Revalidatie van kinderen/jongeren met niet aangeboren hersenletsel (2016)
- Oncologische revalidatie (2015)
- Parkinson en aanverwante bewegingsstoornissen (2015)
- Multiple Sclerose (MS) (2013)



- Neuromusculaire aandoeningen (2013) met Addendum Kwaliteitscriteria ALS behandelteams (2016)
- Pijnrevalidatie (2013)
- Traumatisch hersenletsel bij volwassenen (2013)
- Kinderrevalidatie (2012) met Addendum Therapeutische Peutergroep (2016)
- Cognitieve revalidatie (2008)