Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

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

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon
Johan de Wit
T +31 (0)20 797 87 97

0530.2015071599

Onze referentie
2015071599

Datum 25 juni 2015
Betreft Rapport Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden

Geachte mevrouw Schippers,

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland heeft het rapport 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' vastgesteld. Het doet ons genoegen u dit rapport aan te bieden.

Aanleiding voor dit standpunt vormden vragen van zorgverzekeraars, patiënten(organisaties) en zorgaanbieders over de aard, inhoud en omvang van te verzekeren medisch-specialistische revalidatiezorg. Door te duiden wanneer sprake is van medisch-specialistische revalidatie zoals medisch-specialisten (in dit geval revalidatieartsen) plegen te bieden, en door aandacht te besteden aan de afbakening met andere vormen van (revalidatie)zorg, levert het Zorginstituut met dit standpunt een bijdrage aan een gepast(er) gebruik van kwalitatief goede zorg.

Omdat tot nu toe veel verschil bestond over de vraag welke zorg als verzekerde medisch-specialistische revalidatie was aan te merken, bieden de declaratiegegevens onvoldoende houvast om de financiële consequenties van dit standpunt in beeld te brengen. Wij zullen met dit standpunt in de hand de kostenontwikkeling op het gebied van de medisch-specialistische revalidatie de komende jaren nauwlettend volgen om te onderzoeken of het verschil in interpretatie is afgenomen en welke consequenties dat heeft voor de kostenontwikkeling.

In het veld blijkt nog behoefte te bestaan aan nadere informatie over de effectiviteit van specifieke interventies en aan betere en begrijpelijkere informatie voor patiënten. Daarom bevelen wij de beroepsgroep, de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars aan om gezamenlijk de ontwikkeling en actualisering van richtlijnen en protocollen, inclusief patiëntenversies, op te pakken en deze tripartiet aan te bieden aan het Register van het Zorginstituut.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Medisch-specialistische revalidatie

Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden

Datum 22 juni 2015
Status Definitief

Colofon

Projectleider	Johan de Wit, adviseur Zorg Dichtbij
Volgnummer	2015020737
Opdrachtgever	Paula Polman, manager Zorg Dichtbij
Opdrachtnemer	Johan de Wit, adviseur Zorg Dichtbij
Contactpersoon	Johan de Wit +31 (0)20 797 87 97
Afdeling	Pakket
Uitgebracht aan	de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Auteurs	Marij van Eijndhoven, Marthein Gaasbeek Janzen, Jolanda Latta en Johan de Wit

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1 Inleiding—7
1.1 Aanleiding—7
1.1.1 Vragen vanuit de uitvoeringpraktijk—7
1.1.2 Wijziging in de vraag—7
1.1.3 Wijziging in het aanbod—7
1.1.4 Wijziging in de regelgeving—7
1.1.5 Duiding door het Zorginstituut—8
1.2 Centrale vraag—8
1.3 Werkwijze Zorginstituut—8
1.3.1 Onderzoek Tangram zorgadviseurs—8
1.3.2 Overleg VRA en RN—8
1.4 Opzet van dit rapport—9

2 De 'context' van medisch-specialistische revalidatie—11
2.1 Inleiding—11
2.2 Doelgroep—11
2.3 Beoogd doel medisch-specialistische revalidatie—12
2.4 Revalidatiegeneeskundige fasen—13
2.5 Randvoorwaarden vanuit het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde—14

3 Algemene medisch-specialistische revalidatie—15
3.1 Inleiding—15
3.2 Algemene medisch-specialistische revalidatie—15
3.3 Behandeling en medebehandeling—15
3.4 Consult—15

4 Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie—17
4.1 Inleiding—17
4.2 Omschrijving—17
4.3 Indicatiestelling—18
4.3.1 Algemeen—18
4.3.2 Complexe samenhangende problematiek—19
4.3.3 Klinisch versus poliklinisch—20

5 Beoordeling medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden—23
5.1 Inleiding—23
5.2 Plegen te bieden—23
5.2.1 Betekenis—23
5.2.2 Beoordelingswijze—23
5.2.3 Oordeel van het Zorginstituut—24
5.2.4 Handvat voor zorgverzekeraars—25
5.3 Stand van de wetenschap en praktijk—25

6 Afbakeningen in de revalidatiezorg—27
6.1 Inleiding—27
6.2 Medisch-specialistische revalidatie en geriatrische revalidatie—27

6.2.1 Algemeen—27
6.2.2 Mensen met CVA—28
6.3 Medisch-specialistische revalidatie en oncologische revalidatie—29
6.4 Medisch-specialistische revalidatie en SOLK—30
6.5 Medisch-specialistische revalidatie en arbeidsrevalidatie—31
6.6 Medisch-specialistische revalidatie en chronische pijn—32

7 Consultatie—33
7.1 Geconsulteerde partijen—33
7.2 Consultatievragen—33
7.3 Ontvangen reacties—33
7.3.1 Inleiding—33
7.3.2 De reikwijdte van het wettelijk criterium plegen te bieden—34
7.3.3 Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk—35
7.3.4 Factoren die een rol spelen in de overwegingen van de revalidatiearts—35
7.3.5 Afbakening medisch-specialistische revalidatie en andere vormen van (revalidatie)zorg—36
7.3.6 Reactie op overige onderdelen van het rapport—38

8 Standpunt medisch-specialistische revalidatie—41
8.1 Standpunt—41
8.2 Consequenties van dit standpunt—41

Samenvatting

In dit rapport duidt het Zorginstituut wat medisch-specialistische revalidatie is zoals medisch-specialisten (in dit geval revalidatieartsen) die plegen te bieden. Zorgverzekeraars, patiënten(organisaties) en zorgaanbieders hadden vragen over de reikwijdte van de medisch-specialistische revalidatie na wijzigingen in de zorgvraag, het aanbod en de regelgeving.

De betekenis van het wettelijk criterium 'plegen te bieden' en de wijze waarop het Zorginstituut dit criterium beoordeelt, is vastgelegd in de rapporten 'Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden' (uitgave CVZ 2008, publicatienummer 268) en 'Pakketbeheer in de praktijk deel 3' (uitgave CVZ, 14 oktober 2013). Samengevat gaat het bij 'plegen te bieden' om de zorg die de zorgverlener volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde behandelarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwd.

Het Zorginstituut neemt als standpunt in dat de zorg zoals omschreven in de hoofdstukken drie en vier van dit rapport (binnen de in hoofdstuk twee gegeven context) medisch-specialistische revalidatiezorg is die voldoet aan het wettelijk criterium plegen te bieden. Het Zorginstituut biedt betrokken partijen hiermee duidelijkheid over de reikwijdte van de medisch-specialistische revalidatie en illustreert dit met een aantal casussen.

Het Zorginstituut concludeert dat de beroepsgroep op een gedegen manier heeft omschreven welke zorg medisch-specialistische revalidatiezorg zij als professioneel juist beschouwen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen algemene en inter-disciplinaire medisch-specialistische revalidatie, is een fasering in de werkwijze aangebracht waarin stepped care het uitgangspunt is en zijn criteria benoemd die een rol spelen bij de beoordeling van de complexiteit van de patiënt (met inbegrip van zijn omgeving) en zijn zorgvraag. Daarnaast is transparant gemaakt wat de minimale kwaliteitseisen zijn die gesteld kunnen worden aan de praktijkvoering binnen de revalidatiegeneeskunde.

Doordat in dit standpunt, naast zorginhoudelijke aspecten, ook transparant is gemaakt welke minimale kwaliteitseisen kunnen worden gesteld aan de praktijkvoering binnen de revalidatiegeneeskunde, draagt dit standpunt bij aan een gepast(er) gebruik van kwalitatief goed zorg.

Omdat er tot nu toe veel verschil bestond over de vraag welke zorg als verzekerde medisch-specialistische revalidatie was aan te merken, bieden de declaratiegegevens onvoldoende houvast om de financiële consequenties van dit standpunt in beeld te brengen. Wij zullen met dit standpunt in de hand de kostenontwikkeling op het gebied van de medisch-specialistische revalidatie de komende jaren nauwlettend volgen om te onderzoeken of het verschil in interpretatie is afgenomen en welke consequenties dat heeft voor de kostenontwikkeling.

Het Zorginstituut zal dit standpunt als toetsingskader hanteren voor beoordelingen of er in specifieke gevallen sprake is van te verzekeren medisch medisch-specialistisch revalidatie. Met toepassing van dit toetsingskader doet het Zorginstituut in hoofdstuk zes van dit rapport een handreiking aan de

uitvoeringspraktijk hoe om te gaan met afbakeningsvraagstukken van medisch-specialistische revalidatie en enkele andere vormen van (revalidatie)zorg.

Zorgverzekeraars kunnen dit standpunt als handvat gebruiken om te beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs in aangewezen op (interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en of deze revalidatie al dan niet gepaard moet gaan met medisch noodzakelijk verblijf. Daarnaast kan dit standpunt ook dienen als hulpmiddel voor de zorginkoop.

Uit de consultatie is gebleken dat in de uitvoeringspraktijk nog behoefte is aan nadere informatie. Voor zorgverzekeraars gaat dit bijvoorbeeld om informatie over de effectiviteit van interventies die de revalidatiearts pleegt en voor patiënten om betere en begrijpelijke patiënteninformatie.

Het Zorginstituut beveelt de beroepsgroep, de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties aan deze uitdaging gezamenlijk op te pakken door bijvoorbeeld het tripartiete ontwikkelen dan wel actualiseren van richtlijnen en protocollen, inclusief patiëntenversies, en deze aan te bieden aan het register van Zorginstituut.

De beroepsgroep en Revalidatie Nederland hebben aangeven te willen komen tot een nieuw Algemeen Beroepskader en een nieuwe nota Indicatiestelling. Het Zorginstituut zal op het moment dat deze documenten zijn vastgesteld nagaan of dit standpunt moet worden geactualiseerd.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

1.1.1 Vragen vanuit de uitvoeringpraktijk

Met regelmaat ontvangt het Zorginstituut vragen van zorgverzekeraars, patiënten(organisaties) en zorgaanbieders over de aard, inhoud en omvang van de medisch-specialistische revalidatie in de Zorgverzekeringswet en, hieruit voortvloeiend, of de geboden zorg terecht als medisch-specialistische revalidatie wordt geleverd en gedeclareerd. Wijzigingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en in de regelgeving liggen ten grondslag aan deze vragen

1.1.2 Wijziging in de vraag

De behoefte aan revalidatiezorg groeit niet alleen, maar verandert ook. Door de verbeterde medische technologie blijven mensen met meer complexe beperkingen in leven en doen een beroep op de revalidatiezorg. Ook het overheidsbeleid (denk bijvoorbeeld aan de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg) is erop gericht om mensen te ondersteunen bij langer zelfstandig wonen leven. Dit soort maatschappelijke ontwikkelingen leveren een verschuiving van hulpvragen op. Ook worden patiënten sneller uit het ziekenhuis ontslagen, waardoor de vraag naar de revalidatiezorg toeneemt.

1.1.3 Wijziging in het aanbod

Ook aan de aanbodzijde is sprake van verandering door de jaren heen. Een toenemend aantal zorginstellingen is de term 'revalidatie' gaan gebruiken en gebruik gaan maken van de mogelijkheden om revalidatiezorg te declareren. Het gaat enerzijds om nieuwe toetreders (Zelfstandige Behandelcentra) op de 'revalidatiemarkt', die zich met name manifesteren op het grensvlak van medisch specialistische revalidatie en arbeidsintegratie. Het gaat hierbij vooral om de poliklinische behandeling van chronische pijn en van aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Anderzijds zijn er aanbieders die zich bijvoorbeeld als revalidatiehotel presenteren voor mensen die na een ziekenhuisopname nog niet naar huis kunnen, of revalidatiecentrum voor hoogwaardige fysiotherapie na bijvoorbeeld een sportblessure. Vaak werken gespecialiseerde fysiotherapeuten hierbij samen met andere disciplines of met ziekenhuizen. Wanneer aan deze toegelaten zorginstellingen een revalidatiearts is verbonden, is het praktisch mogelijk deze revalidatiezorg als medisch-specialistische revalidatie te declareren.

1.1.4 Wijziging in de regelgeving

Tot slot speelt ook de overgang van de Ziekenfondswet naar de Zorgverzekeringswet in 2006 een rol.

Artikel 23 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering gaf de volgende beschrijving van revalidatie:
Revalidatie omvat onderzoek, behandeling en advisering van specialistische, paramedische gedragswetenschappelijke en revalidatie technische aard te verlenen door een aan een instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.

In de toelichting op dit artikel (Stb. 1995, 430) werd aangegeven dat dit multidisciplinair team onder meer bestaat uit: een revalidatiearts, een psycholoog/orthopedagoog, een maatschappelijk werker, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist, een verpleegkundige en een revalidatietechnicus.

In 2001 is door betrokken partijen (Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland (nu: RN), Vereniging van Academische Ziekenhuizen en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) de nota Indicatiestelling vastgesteld waarmee een verdere invulling werd gegeven aan de omschrijving van revalidatie in de Ziekenfondswet.

In de Zorgverzekeringswet zijn de aanspraken open omschreven. Medisch-specialistische revalidatie valt onder de geneeskundige zorg. Het gaat om zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv). De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv).

1.1.5 Duiding door het Zorginstituut

Het veranderende 'speelveld', de vragen van de zorgverzekeraars en ook van zorgaanbieders over de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en andere vormen van revalidatiezorg, zijn voor het Zorginstituut aanleiding te duiden wat 'medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden' is.

1.2 Centrale vraag

Wanneer is sprake van medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden?

1.3 Werkwijze Zorginstituut

1.3.1 Onderzoek Tangram zorgadviseurs

Om meer inzicht te krijgen in de manier waarop verzekeraars en zorgaanbieders in de praktijk invulling geven aan de te verzekeren prestatie medisch-specialistische revalidatie heeft het Zorginstituut Tangram *zorgadviseurs* gevraagd hiernaar onderzoek te doen. Het rapport van Tangram zorgadviseurs (mei 2013) treft u aan als bijlage 1.

1.3.2 Overleg VRA en RN

In vervolg op het rapport van Tangram heeft in 2013 en 2014 intensief overleg plaatsgevonden met de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en Revalidatie Nederland (RN). De VRA is de landelijke wetenschappelijke vereniging van artsen, die als revalidatiearts zijn ingeschreven in het register van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). RN is de vereniging van revalidatiecentra en revalidatieafdelingen in ziekenhuizen.

Met deze partijen is onder meer gesproken over (de actualisering van) het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde (bijlage 2) en de nota Indicatiestelling (bijlage 3) 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. Daarbij is onderscheid aangebracht tussen algemene medisch-specialistische revalidatie en interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (zie verder de hoofdstukken twee en drie).

1.4 Opzet van dit rapport

In hoofdstuk twee geeft het Zorginstituut de context van de medisch-specialistische revalidatie weer en in de hoofdstukken drie en vier beschrijft het Zorginstituut welke medisch-specialistische revalidatiezorg de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt en welke criteria een rol spelen bij de indicatiestelling voor die zorg. In hoofdstuk vijf duidt het Zorginstituut wat hij beschouwt als medisch-specialistische revalidatie is zoals revalidatieartsen plegen te bieden.

In hoofdstuk zes doet het Zorginstituut een handreiking aan de uitvoeringspraktijk over hoe kan worden omgegaan met vragen over de afbakening van de medisch-specialistische revalidatie met andere vormen van (revalidatie)zorg. Hoofdstuk zeven bevat de van betrokken partijen in de consultatie ontvangen reacties. In hoofdstuk acht komt het Zorginstituut tot zijn besluit.

2 De ‘context’ van medisch-specialistische revalidatie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij de context van de medisch-specialistische revalidatie op basis van de documenten van de beroepsgroep en Revalidatie Nederland, namelijk het Algemeen Beroepskader Revalidatie en de nota Indicatiestelling (bijlagen 2 en 3).

In deze documenten is de medisch-specialistische revalidatie als volgt omschreven:

Revalidatiegeneeskunde stelt het bevorderen van de autonomie van de patiënt en haar participatie in de maatschappij centraal. Waar andere medisch-specialisten zich bezighouden met de behandeling van ziekten en aandoeningen, richten revalidatieartsen zich in de behandeling ook nadrukkelijk op het verminderen van de gevolgen en waar mogelijk preventie daarvan.

Met de ‘context’ bedoelen wij de doelgroep voor medisch-specialistische revalidatie (paragraaf 2.2), het beoogd doel van de medisch-specialistische revalidatie (paragraaf 2.3), de te onderscheiden revalidatiegeneeskundige fasen (paragraaf 2.4) en de randvoorwaarden om revalidatiegeneeskunde op verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren (paragraaf 2.5).

In het aanbod van medisch-specialistische revalidatie kan onderscheid gemaakt worden tussen:
- Algemene medisch-specialistische revalidatie;
- Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

Dit onderscheid is verder uitgewerkt in de hoofdstukken drie en vier. De ‘context’ die in dit hoofdstuk aan de orde is, geldt voor beide hierboven genoemde vormen van medisch-specialistische revalidatie.

2.2 Doelgroep

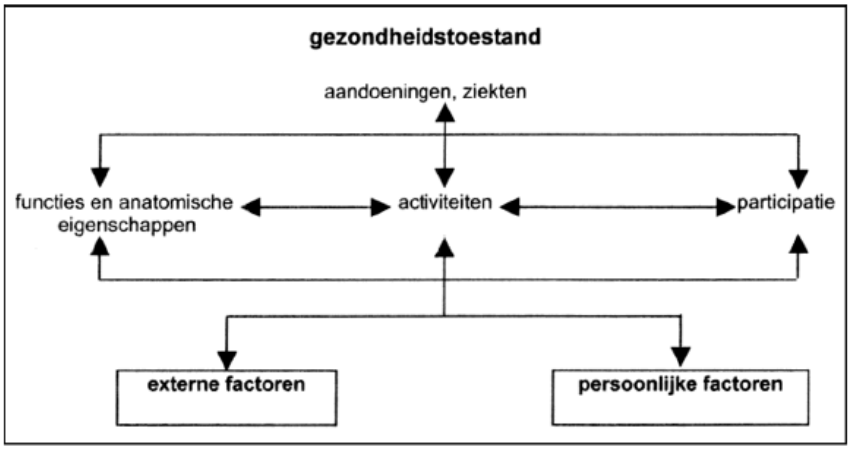
Medisch-specialistische revalidatie richt zich op de patiënten(groepen) met:
1) somatische ziekten, trauma's of aangeboren afwijkingen van het bewegings- en houdingsapparaat;
2) somatische ziekten of aandoeningen die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;
3) somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;
4) somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (inclusief sensitisatie bij chronische pijn) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn;
5) 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;
6) kanker en/of beperkingen ten gevolge hiervan (oncologische revalidatie);

7) diabetes (diabetesrevalidatie);
8) somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie;
9) beperkingen op het niveau van arbeidsparticipatie.

Hoewel de indicatie voor revalidatie patiëntgericht is, is de revalidatieaanpak die volgt mede systeemgericht. Daarmee maakt ook het systeem van de patiënt deel uit van de doelgroep.

Aan de hand van het doorlopen van de revalidatiegeneeskundige behandelfasen (zie hierna), bepaalt de revalidatiearts, in overleg met de patiënt, welke behandeling gelet op de te behalen revalidatiedoelen het meest passend is.

De revalidatiearts maakt in zijn handelen gebruik van instrumenten en terminologie die passen binnen het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model.



Binnen het ICF-model wordt het menselijk functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn benaderd vanuit de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en de externe en persoonlijke factoren. In het ICF-model staat de gehele patiënt en zijn omgeving centraal.

2.3 Beoogd doel medisch-specialistische revalidatie

De overkoepelende doelstelling van de medisch specialistische revalidatie is het bevorderen van de autonomie en de zelfredzaamheid van de patiënt en zijn naasten.

De medisch specialistische revalidatie beoogt:

1. inzicht te verwerven in oorzaken en (huidige en toekomstige) gevolgen van de door de patiënt en zijn naasten ervaren problemen;
2. een inschatting te maken van de mogelijkheid om en de mate waarin deze problemen door middel van medisch specialistische interventies zijn te voorkomen, te verbeteren dan wel te beperken;
3. de patiënt en zijn naasten te informeren en adviseren over de diagnose en de daarmee samenhangende gevolgen en over de prognose op korte en middellange termijn;

4. functies van de patiënt zoals motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag te optimaliseren dan wel achteruitgang te voorkomen of te vertragen;
5. zo nodig door middel van hulpmiddelen of technische voorzieningen het functioneren van de patiënt te optimaliseren;
6. de patiënt toe te rusten voor het zoveel mogelijk zelfstandig onderhouden van zijn gezondheid en functionele mogelijkheden en de zelfmanagementvaardigheden met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen te versterken;
7. de (te voorziene) gevolgen van zijn aandoening voor dagelijkse activiteiten en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de patiënt en zijn naasten te voorkomen dan wel te beperken.

2.4 Revalidatiegeneeskundige fasen

In het handelen van de revalidatiearts zijn de vier fasen te onderscheiden:
- diagnostiek;
- prognostiek;
- behandeling;
- evaluatie.

In de diagnostische fase gaat de revalidatiearts (alleen of in samenwerking met het revalidatiebehandelteam) door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek na welke beperkingen in functies, activiteiten en participatie aanwezig zijn en/of te verwachten zijn en in welke mate. De revalidatiearts gebruikt hiervoor zijn kennis en vaardigheden van aandoeningen die het bewegingsvermogen en de cognitie beïnvloeden. De revalidatiearts kan hiervoor gebruik maken van specifieke diagnostische mogelijkheden, zoals instrumentele bewegingsanalyse, elektromyografie, röntgendiagnostiek, bloedonderzoek etc..

In de prognostische fase gebruikt de revalidatiearts zijn kennis van de relatie tussen de stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en problemen ten aanzien van maatschappelijke participatie. Tevens gebruikt hij hierbij zijn kennis van het natuurlijk beloop en het te verwachten effect van toe te passen behandelingen.

Na het doorlopen van de diagnostische en de prognostische fasen bestaat er duidelijkheid over de behandeling die door de revalidatiearts zelf wordt ingezet, over eventuele terugverwijzing naar een zorgverlener in de eerste lijn of over doorverwijzing naar een ander specialisme. De revalidatiearts hanteert hierbij het principe van stepped care.

Als geen terugverwijzing of doorverwijzing plaatsvindt, voert de revalidatiearts het revalidatiebehandelplan uit. Het kan dan gaan om algemene medisch-specialistische revalidatie of om interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (zie hoofdstukken drie en vier). Welke behandeling wordt ingezet is afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag en de daaruit voortvloeiende behandeling.

Tijdens de behandeling kan worden samengewerkt met andere specialisten, para- en perimedici, en orthopedische technici. Binnen de revalidatiegeneeskunde zijn specifieke behandeltechnieken beschikbaar, zoals diverse injectietechnieken (botulinetoxine bij spasticiteit, pees- en gewrichtsinjecties bij ontstekingen), (functionele) elektrostimulatie, robot ondersteunende technieken, virtual reality therapy en ‘serious gaming’. Ook wordt gebruik gemaakt van de specifieke deskundigheid van bovengenoemde disciplines op het gebied van orthesiologie, prothesiologie en aanpassingen/voorzieningen.

De revalidatiearts evalueert regelmatig met de patiënt of de revalidatiedoelen zijn bereikt. Als deze doelen zijn bereikt, of wanneer na voldoende inzet is gebleken dat deze doelen (ook na eventuele bijstelling van die doelen of van het behandelplan) niet te bereiken zijn en overeengekomen is de behandeling te staken, zorgt de revalidatiearts voor overdracht van de patiënt naar de huisarts, medisch specialist en/of eventuele andere partners in de zorgketen. Na de revalidatieperiode blijft de revalidatiearts aanspreekbaar voor vragen vanuit de zorgketen.

2.5 Randvoorwaarden vanuit het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde

Om revalidatiegeneeskunde op verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren, is door de VRA een aantal randvoorwaarden gesteld in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde (bijlage 2).

Dit beroepskader is geschreven om transparant te maken wat de minimale kwaliteitseisen zijn die gesteld kunnen worden aan de praktijkvoering binnen de revalidatiegeneeskunde. Het document beschrijft de kwaliteit van de beroepsbeoefenaar, de revalidatiearts en zijn team, de organisatorische voorwaarden van de instelling waarbinnen de revalidatiegeneeskunde wordt geboden. Dit beroepskader wordt door de beroepsgroep gebruikt bij kwaliteitsvisitaties. Bij de kwaliteitsvisitaties wordt de revalidatiearts zowel individueel als medisch specialist gevisiteerd als de werkomgeving waarbinnen de revalidatiearts zijn werkzaamheden vervuld. Voor de revalidatiearts wordt gekeken naar de competenties en de noodzakelijke bij- en nascholing. Voor de werksituatie wordt gekeken naar de kwaliteit van het revalidatieteam en de inrichtingseisen van de revalidatieafdeling.

3 Algemene medisch-specialistische revalidatie

3.1 Inleiding

In hoofdstuk twee hebben we aangegeven dat in het behandelaanbod onderscheid kan worden gemaakt tussen algemene en interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. In dit hoofdstuk beschrijft het Zorginstituut wat de beroepsgroep verstaat onder algemene medisch-specialistische revalidatie.

3.2 Algemene medisch-specialistische revalidatie

Van algemene medisch-specialistische revalidatie, ook de revalidatiegeneeskundige behandeling genoemd, is sprake wanneer de revalidatiearts:

- op de polikliniek patiënten behandelt op verwijzing van een andere specialist, van de huisarts, de jeugdarts of bedrijfsarts of in het ziekenhuis medebehandelt;
- in consult wordt geroepen voor een revalidatieadvies door bijvoorbeeld een andere medisch-specialist, de huisarts, of de bedrijfsarts.

3.3 Behandeling en medebehandeling

Bij behandeling door de revalidatiearts gaat het bijvoorbeeld om het voorschrijven van hulpmiddelen (orthese, prothese, schoen etc.), het doen van verrichtingen zoals botuline-injecties bij spasticiteit, het vullen van baclofenpompen voor de behandeling van spasticiteit of voor revalidatieadvies bij een CVA- of complexe traumapatiënt. In het ziekenhuis heeft de revalidatiearts ook een functie als consulent voor of medebehandelaar bij patiënten met complexe problematiek.

3.4 Consult

De huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch-specialist kan verwijzen naar de revalidatiearts met de vraag voor een revalidatieadvies. Een revalidatiearts kan een complexe situatie (eerdere behandelingen, omgevingsfactoren, angsten, beperkingen) ontwarren. Hierbij verricht de revalidatiearts specialistische diagnostiek, adviseert de patiënt en verwijst terug naar de verwijzer of eventueel door (zie casussen hierna).

In de eerste twee revalidatiegeneeskundige fasen (diagnostiek en prognostiek), kan de revalidatiearts tijdens het poliklinische consult, tot de conclusie komen dat een behandeling door de revalidatiearts (medisch-specialistische revalidatie) niet is aangewezen. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn als behandeling van de patiënt, gelet op zijn problematiek, ook in de eerste lijn kan plaatsvinden, bijvoorbeeld door de huisarts en/of praktijkondersteuner of door een fysio- of oefentherapeut. In die situatie verwijst de revalidatiearts met een behandeladvies terug naar de eerste lijn.

Casus: Dhr. Molenaar, 35 jaar oud, jong gezin, CV-installateur. Rugklachten sinds ca. 10 jaar, in episoden, daarbuiten klachtenvrij. Soms enkele behandelingen manuele therapie; kortdurend arbeidsverzuim. Sinds 3 weken houdt rugpijn aan, door neuroloog verwezen naar revalidatiearts in hetzelfde ziekenhuis met de vraag of aanvullende behandeling zinvol is.

***Bevindingen revalidatiearts**: Ernst van de pijn, aangegeven door patiënt, varieert van 4-7 (0=geen pijn; 10= ergst denkbare pijn). Bij lichamelijk onderzoek stijve spieren, rug weinig beweeglijk. Psychosociaal: laatste weken niet naar voetbaltraining; wat meer bureauwerk; niet mee naar Snowworld met gezin*

***Analyse als aandoening aspecifieke lage rugklachten**, leidend tot functiestoornissen in bewegen, leidend tot milde beperkingen in activiteiten en enige*

participatieproblemen, met weinig beïnvloedende persoonlijke factoren. Relevante externe factoren: jong gezin met bijbehorende eisen en fysiek zwaar werk. Van belang is verder de korte duur van de klachten en nauwelijks eerdere, niet-effectieve therapie. Complexiteit laag.

***Prognose**: volledig herstel binnen 6 weken.*

***Conclusie:** rugklachten WPN 1[1]: patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek.*

***Beleid**: conform stepped care: verwijzing fysiotherapiepraktijk waarmee regelmatig overleg is voor behandeling conform richtlijn d.w.z. actieve benadering, training.*

Ook kan het zijn dat een patiënt weliswaar kandidaat is voor een behandeling door de revalidatiearts, maar dat er sprake is van bijkomende problematiek, bijvoorbeeld een ernstige depressie, die eerst op een adequate wijze moet worden behandeld voordat medisch-specialistische revalidatie kan worden ingezet. In dat geval verwijst de revalidatiearts door naar een andere behandelaar.

Casus: Dhr. de Boer, 35 jaar oud, jong gezin, CV-installateur. Rugklachten sinds ca. 10 jaar, in episoden, daarbuiten klachtenvrij. Soms enkele behandelingen manuele therapie; kortdurend arbeidsverzuim. Sinds een jaar gaat het steeds slechter. Naar revalidatiearts verwezen met vraag of revalidatiebehandeling zinvol is. Fysiotherapie heeft niet geholpen; neuroloog constateerde geen hernia, zelfs morfine helpt niet, injecties via pijnpoli hebben ook niet geholpen. Een psychiater constateerde eerder een chronische therapieresistente posttraumatische stress stoornis en recidiverende depressies.

***Bevindingen revalidatiearts:** Ernst van de pijn 8-10. Zit op 1 bil, kan niet recht zitten, opstaan uit stoel moeizaam, kan niet bukken, blijft staan tijdens consult vanwege de pijn, alles is pijnlijk, kan niet ontspannen, loopt met rollator. Somber, bang voor de toekomst, doodswens c.q. euthanasievraag, relatieproblemen. Ligt grootste deel van de dag op bed, echtgenote verzorgt hem maar kan het niet meer aan, crisisdienst is al een keer langs geweest.*

***Analyse:** persoonlijke factoren spelen de grootste instandhoudende rol, daardoor zeer ernstige beperkingen in activiteiten en participatie.*

***Prognose:** ook op langere termijn zal revalidatiebehandeling het niveau van functioneren niet verbeteren. Optimalisering met aanpassingen, voorzieningen en professionele zorg aan huis is het maximum haalbare.*

***Conclusie:** rugklachten WPN 4, met contra-indicatie voor revalidatiebehandeling.*

Beleid: terugverwijzing naar de huisarts met het advies te overleggen met de GGZ met de vraag of er nog behandelmogelijkheden zijn bijvoorbeeld via een gecombineerde afdeling, zoals een medisch-psychiatrische unit. Anders richten op aanpassingen, voorzieningen en professionele zorg aan huis.

[1] De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) heeft in 1994 niveaus van complexiteit van de problematiek van pijnpatiënten benoemd. Deze 4 niveaus, WPN 1 (laag-complex) tot en met WPN 4 (zeer complex) worden ook gebruikt in het Behandelkader Pijnrevalidatie van de VRA (herzien in 2013)

4 Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie

4.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk twee aangegeven, kan er binnen het zorgaanbod van de medisch-specialistische revalidatie onderscheid worden gemaakt tussen algemene en interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. In hoofdstuk drie zijn we ingegaan op de algemene medisch-specialistische revalidatie. In dit hoofdstuk beschrijven wij wat de beroepsgroep verstaat onder interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is alleen aangewezen voor patiënten met complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere (ICF)domeinen van het functioneren (bijvoorbeeld mobiliteit, communicatie, zelfverzorging en participatie). Voor de goede orde: het gaat hier dus om de complexiteit van de problematiek van de patiënt en zijn of haar hulpvraag en zijn of haar omgeving en niet per se om de complexiteit van de geboden zorg.

Kenmerk van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie is dat in het revalidatieteam gericht gewerkt wordt aan het verbeteren van de participatie gegeven de (rest)beperkingen van de aangeboren of verworven aandoening.
Het revalidatieteam kan, naast de revalidatiearts, onder meer bestaan uit: een psycholoog/orthopedagoog, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een verpleegkundige, een logopedist en een revalidatietechnicus. De revalidatiearts is hierbij medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de revalidatiezorg die wordt geleverd door een *interdisciplinair* team.

In de nota Indicatiestelling is beschreven welke patiënten zijn aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en of die revalidatie dan klinisch of poliklinisch dient plaats te vinden (zie verder paragraaf 4.3).

4.2 Omschrijving

De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) definieert interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie als zorg die wordt uitgeoefend in de tweede lijn door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts[2] en die voldoet aan de eisen zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde (bijlage twee)[3]. De interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie richt zich op patiënten van alle leeftijden en onderscheidt zich door de dynamische setting waarin de revalidatiebehandeling wordt aangeboden, de beschikbaarheid van een breed palet aan specialistische interventies en de intensiteit en resultaatgerichtheid van de behandeling.

De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van revalidatiegeneeskundige zorg geleverd door het interdisciplinair team. De

[2] Waar in deze nota de revalidatiearts staat genoemd, kan in bijzondere gevallen en bij bepaalde doelgroepen, de behandelend medisch specialist een andere zijn dan de revalidatiearts. Het revalidatieteam kan aangestuurd worden door een andere medisch specialist met specifieke affiniteit voor medisch specialistische revalidatie indien deze daartoe deskundig en bekwaam is en deze behandeling aanbiedt op een vergelijkbaar kwaliteitsniveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.

[3] Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, *'Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde'*, Utrecht, september 2012.

revalidatiearts heeft het overzicht over het hele proces en is als zodanig niet gebonden aan een component of domein.

Binnen een revalidatieteam is samenwerken geïnstitutionaliseerd, er wordt intensief samengewerkt onder leiding van een revalidatiearts. Interdisciplinair wil zeggen dat er vanuit verschillende professies aan hetzelfde behandeldoel van een patiënt wordt gewerkt (RM 2014;20(1):16-17). Er is sprake van samenhangend, integraal team van professionals, zij moeten een diepgaandere kennis hebben van de andere revalidatiedisciplines binnen het team. Binnen het interdisciplinaire team kan gebruik worden gemaakt van principes van cognitieve gedragstherapie. De eisen die aan een interdisciplinair team worden gesteld zijn zwaarder dan bij multidisciplinaire zorg, waarbij weliswaar ook verschillende disciplines betrekken zijn bij één patiënt, maar waarbij iedere zorgverlener zijn eigen behandeling geeft, zonder bovenstaande integratie.

4.3 Indicatiestelling

4.3.1 Algemeen

De VRA en RN hebben in de nota Indicatiestelling het indicatiegebied van de interdisciplinaire medisch-specialistische beschreven.

Voor zowel kinderen als volwassenen is er een indicatie voor diagnostiek en/of behandeling binnen de medisch specialistische revalidatie als:

- er sprake is van een gerichte verwijzing door huisarts, jeugdarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- er door ziekte of aandoening sprake is (of dreigt te zijn) van complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag, waardoor activiteiten als zelfverzorging, zich verplaatsen, denken en handelen en/of communiceren (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaal-maatschappelijke rol te vervullen of, in geval van het zich ontwikkelende kind, deze te gaan vervullen;
- bovengenoemde problemen (mogelijk) worden veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of aandoeningen van het houdings- en bewegings-apparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel, de cardiovasculaire of pulmonale systemen of een combinatie hiervan.
- er op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring, verwacht kan worden dat door medisch specialistische revalidatie deze belemmeringen of beperkingen kunnen worden voorkomen, verminderd of overwonnen en de patiënt weer geheel of gedeeltelijk invulling kan geven aan zijn rol in het gezin, op school of werk, in vrijetijdsbesteding, etc.;
- de patiënt in staat is (of op afzienbare termijn zal zijn) om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatieprogramma waarmee vooraf overeengekomen resultaten bereikt kunnen worden;

of

- als verwacht kan worden dat door specifieke revalidatiegeneeskundige interventies, specifieke symptomen (bijvoorbeeld spasticiteit) en/of secundaire gevolgen (zoals decubitus) van de ziekte of aandoening kunnen worden voorkomen, verminderd of opgeheven.

4.3.2 *Complexe samenhangende problematiek*

Mede op basis van verschillende overleggen tussen de VRA en het Zorginstituut heeft de beroepsgroep nader gedefinieerd wanneer sprake is van complexe met elkaar samenhangende problematiek (tweede punt van paragraaf 4.3.1.). Dit is van belang om de toegang tot interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie voor de juiste patiënten(groep) te borgen.

Verschillende factoren spelen een rol bij de beoordeling of de problematiek van de patiënt (en zijn omgeving) als complex moet worden aangemerkt. Het is juist de deskundigheid van de revalidatiearts om die factoren te wegen en om te bepalen wanneer sprake is van een complexe samenhangende problematiek waarvoor interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is aangewezen. Voor deze weging maakt de revalidatiearts gebruik van klinimetrie, het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten. Welke meetinstrumenten daarbij worden gebruikt is onder andere weergegeven in de desbetreffende behandelkaders.

De revalidatiearts betrekt de volgende factoren:

- de ernst van de functiestoornissen, de comorbiditeit in combinatie met de duur van de bestaande klachten (o.a. pijn);
- wat is uitgangssituatie van de patiënt en de participatieambitie van de patiënt wat betreft het maatschappelijk functioneren, dit is van belang voor de te verwachten (functionele) prognose;
- bij lang bestaande klachten en stoornissen, wat is de voorgeschiedenis van de patiënt, welke behandelingen hebben in het verleden al plaats gevonden;
- de persoonsgebonden factoren van de revalidant, bestaat er een neiging tot catastroferen en/of is er sprake van angst, wat is de leerbaarheid en de motivatie en is er sprake van interactie tussen deze factoren en de ervaren problemen;
- de externe factoren van de revalidant en/of de omgeving, relevant daarbij is de psychosociale context, de belastbaarheid, leerbaarheid en de motivatie van de omgeving en de interactie van deze factoren met de ervaren problemen;
- wat is de moeilijkheidsgraad, de complexiteit van de hulpvraag/het revalidatiedoel;
- wat is de noodzakelijke intensiteit van de behandeling, wat is de moeilijkheidsgraad en welke specialisatie therapeutische interventies zijn aangewezen (d.w.z. de benodigde inzet van disciplines om de verwachte functionele prognose te bereiken).

Casus : De heer Visser, 35 jaar, jong gezin, CV-installateur. Rugklachten sinds ongeveer 10 jaar in episoden, daarbuiten klachtenvrij. Soms enkele behandelingen manuele therapie en kortdurend arbeidsverzuim. Sinds een jaar gaat het steeds slechter, naar revalidatiearts verwezen met vraag of revalidatiebehandeling zinvol is. Fysiotherapie heeft niet geholpen; neuroloog constateerde geen hernia, zelfs morfine helpt niet, injecties via pijnpoli hebben ook niet geholpen.

Bevindingen revalidatiearts: Ernst van de pijn 8-10. Zit op 1 bil, kan niet recht zitten, opstaan uit stoel moeizaam, kan niet bukken, blijft staan tijdens consult vanwege de pijn, alles is pijnlijk, kan niet ontspannen, loopt met rollator. Somber, bang voor de toekomst, relatieproblemen. Ligt grootste deel van de dag op bed, echtgenote verzorgt hem.

Analyse als aandoening aspecifieke lage rugklachten, leidend tot ernstige functiestoornissen, leidend tot ernstige beperkingen in activiteiten en ernstige participatieproblemen. Beïnvloedende persoonlijke en externe factoren: bewegingsangst met vermijdingsgedrag en doemdenken, sombere stemming,

verstoorde gezinsrol en arbeidsongeschiktheid. Van belang is verder de lange duur van de klachten en de uitgebreide eerdere, niet-effectieve therapie. Complexiteit zeer hoog.

Prognose: partieel herstel op het gebied van gezinsrol en vrije tijdsbesteding; definitief arbeidsongeschikt voor eigen werk.

Conclusie: rugklachten WPN 4. Complexe met elkaar samenhangende problematiek.

Beleid: klinische pijnrevalidatie 8 weken, poliklinische nabehandeling ter generalisatie. Behandelende disciplines: revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, bewegingsagoog, psycholoog, maatschappelijk werk, verpleging, consulent psychiater.

4.3.3 *Klinisch versus poliklinisch*

De interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatiebehandeling kan zowel klinisch als poliklinisch plaatsvinden.

In de afweging voor klinische versus een poliklinische behandeling spelen volgens de beroepsgroep de volgende factoren een rol:

- een zodanig laag belastbaarheidniveau van patiënt dat een poliklinische behandeling tot (verdere) overbelasting zal leiden;
- een grote reisafstand gecombineerd met een zodanig laag belastbaarheidniveau dat een poliklinische behandeling tot (verdere) overbelasting zal leiden;
- complexe psychische problematiek waarbij een intensief therapeutisch klimaat nodig is om goede observatie / diagnostiek van de problematiek te kunnen realiseren;
- de noodzaak tot dusdanig veel verpleegkundige zorg/verzorging (bijvoorbeeld na multitrauma of voor wondbehandeling) dat poliklinische behandeling geen voorkeur verdient:
- de patiënt mogelijk te maken om zijn/haar gedrag te veranderen;
- complexe sociale problematiek waarbij het belangrijk is om de patiënt tijdelijk afstand te laten nemen van zijn systeem.

Mw. E. 36 jaar, leidinggevende functie. Alleenstaand. Risicofactoren: roken, pilgebruik.

Bevindingen revalidatiearts: 3 dagen geleden ischemisch CVA Li hemisfeer. Matige parese Re, geen incontinentie, goede rompbalans. Transfers en staan zonder problemen, lopen verminderd stabiel maar wel veilig. Expressieve afasie, kan zich met moeite duidelijk maken, begrip is goed. Kan zich niet zelfstandig redden, zelfstandige toiletgang is wel veilig mogelijk.

Functionele prognose: terugkeer naar zelfstandig functioneren in eigen woning op termijn haalbaar. Prognose t.a.v. werk nog onzeker, intensieve logopedische en cognitieve evaluatie en behandeling noodzakelijk.

Beleid: De omgeving van een patiënt is medebepalend voor het beleid. Nu het in deze casus gaat om een alleenstaande patiënt is opname regionaal revalidatiecentrum (MSR) aangewezen. Zodra patiënte volledig ADL zelfstandig is en zich in eenvoudige communicatiesituaties kan redden, ontslag naar huis. Voortzetting interdisciplinaire MSR in poliklinische setting.

Zou deze verzekerde niet alleenstaand zijn geweest, is ontslag naar huis met

intensieve poliklinische interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie wel mogelijk als de partner zou kunnen compenseren voor ADL beperkingen en vervoer

Er is een specifieke indicatie voor klinische behandeling als:

- aannemelijk is dat de patiënt op termijn (weer) in een eigen, eventueel aangepaste woonsituatie kan gaan functioneren maar waarbij door de medische situatie en/of door de noodzakelijke intensiteit van verpleging en behandeling, verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is;

of

- op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring verwacht kan worden dat klinische revalidatiebehandeling tot betere (of snellere) resultaten leidt dan poliklinische revalidatiebehandeling;

of

- geriatrische revalidatie is geïndiceerd, maar aannemelijk is dat revalidatiegeneeskundig advies of een korte interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling het resultaat van de geriatrische revalidatie aanzienlijk kan versterken;

of

- verblijf in een verpleeghuis of andere instelling geïndiceerd is, maar aannemelijk is dat door kortdurende interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, de mate van zorgbehoefte en/of de mate van zelfstandig functioneren in deze instelling zal verbeteren.

5 Beoordeling medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden

5.1 Inleiding

In de hoofdstukken twee, drie en vier zijn wij ingegaan op de 'context' van de medisch-specialistische revalidatie, en op de twee vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) die door de beroepsgroep worden onderscheiden.

In dit hoofdstuk geeft het Zorginstituut aan hoe deze beschrijving van de inhoud van de medisch-specialistische revalidatie zich verhoudt tot het wettelijke kader van de Zvw.

De overheid stelt de inhoud en omvang van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vast. In de Zvw en in de daarop gebaseerde lagere regelgeving – het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) - is de omschrijving van het basispakket neergelegd. De prestaties waarvoor zorgverzekeraars in de zorgverzekeringen die zij op de markt brengen, dekking moeten bieden worden de 'te verzekeren prestaties' genoemd. Een interventie behoort alleen tot het te verzekeren basispakket, indien deze valt onder de omschrijving van een te verzekeren prestatie.

Een wettelijke taak van het Zorginstituut Nederland is om – op eigen initiatief of op verzoek – op basis van de genoemde regelgeving te verduidelijken of zorg al dan niet tot het te verzekeren basispakket behoort.

De aanspraken in de Zvw zijn open omschreven. In artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv is bepaald dat:
'Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden ….'.

5.2 Plegen te bieden

5.2.1 Betekenis

De betekenis van het criterium plegen te bieden en de wijze waarop het Zorginstituut dit criterium beoordeelt, heeft het toenmalige College voor zorgverzekeringen beschreven in de rapporten 'Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden' (uitgave CVZ 2008, publicatienummer 268) en 'Pakketbeheer in de praktijk deel 3' (uitgave CVZ, 14 oktober 2013).

De term 'zoals ….. plegen te bieden' was bij de invoering van de Zvw noodzakelijk in verband met de functionele prestatieomschrijving, waarbij niet meer dwingend wordt voorgeschreven door welke zorgverlener de betreffende zorg moet worden verleend. Verzekerd was niet meer de zorg van bijvoorbeeld een huisarts, maar zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners is een nadere invulling gegeven aan de inhoud van de zorg.
Bij plegen te bieden gaat het om een domeinvraag, om het onderscheiden van de soorten zorg.

5.2.2 Beoordelingswijze

Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om, welke klachten/aandoeningen een bepaalde

beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg hij daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg ***tot het domein*** van een bepaalde beroepsgroep en rekent hij die tot het deskundigheidsgebied van de beroepsgroep. Het plegen te bieden-criterium is niet bedoeld om te beoordelen of specifieke behandelingen (interventies) aangeboden worden en als effectief beschouwd worden. Op dat moment betreden we het terrein van de stand van de wetenschap en praktijk (zie paragraaf 5.3.).

Samengevat gaat het bij 'plegen te bieden' om de zorg die de zorgverlener, in dit geval de revalidatiearts, volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde behandelarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwd. De verwijzing naar de beroepsgroep geeft aan dat 'plegen te bieden' een geobjectiveerde norm is.

Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kan onder andere worden gekeken naar de richtlijnen van de beroepsgroep, naar beleidsdocumenten, richtlijnen van andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen en beroepscodes.

5.2.3 Oordeel van het Zorginstituut

In het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde is transparant gemaakt wat de minimale kwaliteitseisen zijn die gesteld kunnen worden aan de praktijkvoering binnen de revalidatiegeneeskunde. Het document beschrijft de kwaliteit van de beroepsbeoefenaar, de revalidatiearts en zijn team, en de organisatorische voorwaarden van de instelling waarbinnen de revalidatiegeneeskunde wordt geboden. Daarnaast wordt zowel in het Algemeen Beroepskader als in de nota Indicatiestelling duidelijk de fasering van de werkwijze van de revalidatiearts omschreven (waarbij stepped care uitgangspunt is) en is vastgelegd welke criteria een rol spelen bij de beoordeling van de complexiteit van de patiënt (met inbegrip van zijn omgeving), en van zijn zorgvraag. In dit rapport hebben wij dit geïllustreerd aan de hand van een aantal casussen.

De algemene (rand)voorwaarden zijn uitgewerkt in aandoeningspecifieke richtlijnen en behandelkaders.

Het Zorginstituut is van oordeel dat de revalidatieartsen als beroepsgroep, op onderdelen samen met Revalidatie Nederland, op een gedegen manier hebben omschreven welke medisch-specialistische revalidatiezorg de medisch specialisten (in dit geval de revalidatieartsen) als professioneel juist beschouwen.

Het Zorginstituut beschouwt de zorg beschreven in de hoofdstukken drie en vier van dit rapport, binnen de context zoals in hoofdstuk twee beschreven, als medisch-specialistische revalidatie zoals medisch-specialisten (in dit geval de revalidatie-artsen) plegen te bieden.

Deze omschrijving zal het Zorginstituut hanteren als toetsingskader voor beoordelingen of er in specifieke gevallen sprake is van te verzekeren medisch medisch-specialistisch revalidatie.

Met toepassing van dit toetsingskader doet het Zorginstituut hoofdstuk zes van dit rapport een handreiking aan de uitvoeringspraktijk hoe om te gaan met afbakeningsvraagstukken van medisch-specialistische revalidatie en andere vormen van (revalidatie)zorg.

5.2.4 Handvat voor zorgverzekeraars

Het Zorginstituut is van oordeel dat de omschrijving van de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zorgverzekeraars een handvat biedt om te kunnen beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs op (interdisciplinaire) medisch specialistische revalidatie is aangewezen (artikel 2.1, derde lid van het Bzv) en, ingeval de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie, of deze revalidatie gepaard moet gaan met medisch noodzakelijk verblijf als bedoeld in artikel 2.12, eerste lid, van het Bzv.

5.3 Stand van de wetenschap en praktijk

Niet alle zorg die pleegt te worden geboden, behoort tot de verzekerde zorg. De zorg moet immers ook voldoen aan stand van de wetenschap en praktijk. Artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv beschrijft het criterium stand van de wetenschap en praktijk:
'De inhoud en de omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.'

De beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk speelt zich op een ander niveau af dan de beoordeling van 'plegen te bieden'. Waar het bij 'plegen te bieden' om de beoordeling van zorgveld/zorgdomein, gaat het bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk om de beoordeling van specifieke interventies.

Het beoordelen van de effectiviteit van alle interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden toepast (het aanvaarde behandelarsenaal), is zeer veel omvattend. Omdat er ook in de aanloop naar dit rapport door betrokken partijen geen specifieke vragen zijn gesteld of twijfels zijn geuit over de effectiviteit van bestaande interventies die door de revalidatiearts worden toepast, toetst het Zorginstituut in dit rapport deze dan ook niet aan niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Die toetsing kan wel aan de orde zijn, bijvoorbeeld op het moment dat nieuwe interventies hun intrede doen, of als twijfels rijzen over de effectiviteit van bestaande interventies of als bestaande interventies worden toegepast bij nieuwe doelgroepen (anders dan genoemd in paragraaf 2.2).

6 Afbakeningen in de revalidatiezorg

6.1 Inleiding

Het Zorginstituut heeft in het voorgaande hoofdstuk aangegeven welke zorg het beschouwt als medische specialistische revalidatie, zoals revalidatieartsen die plegen te bieden. In dit hoofdstuk geeft het Zorginstituut een handreiking aan de uitvoeringspraktijk over hoe kan worden omgegaan met de vragen over de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie)zorg.

Voor de zorgvuldigheid merken wij hierbij op dat waar wij in onderstaande paragrafen concluderen dat geen aanspraak bestaat op medisch-specialistische revalidatie of op een andere vorm van revalidatiezorg dit niet betekent dat een verzekerde niet redelijkerwijs op te verzekeren zorg is aangewezen. Er kan bijvoorbeeld wel een indicatie bestaan voor eerstelijnszorg (bijvoorbeeld door de huisarts, POH-GGZ of paramedici).

6.2 Medisch-specialistische revalidatie en geriatrische revalidatie

6.2.1 Algemeen

Het kenmerkende verschil tussen medisch-specialistische en geriatrische revalidatie is dat voor geriatrische revalidatie sprake is van een specifieke patiëntenpopulatie. De patiënten die aangewezen kunnen zijn op geriatrische revalidatie zijn kwetsbare oudere patiënten met multimorbiditeit, waarbij sprake is van een acute aandoening waardoor ernstige achteruitgang in mobiliteit of zelfredzaamheid is opgetreden waardoor zij tijdelijk zijn aangewezen op revalidatie in combinatie met verblijf en verpleging en verzorging. Veelal is er sprake van beperkte belastbaarheid, waardoor slechts een lage intensiteit van de paramedische behandeling mogelijk is. De leerbaarheid en trainbaarheid zijn veelal beperkt. De prognose is dusdanig dat ontslag naar huis na revalidatie wel haalbaar wordt geacht. De geriatrische revalidatie is gericht op ontslag naar de thuissituatie.

In het algemeen is voor de specialist ouderengeneeskunde en voor de revalidatiearts duidelijk welke patiënt waar het beste terecht kan (zie casussen hierna). Hiervoor is gezamenlijk een indicatieprotocol ontwikkeld.

Casus: Man, 64 jaar. Pianist hotel-restaurant. Woont zelfstandig met gehandicapte vrouw. Was bekend met hypertensie nu opname met milde beroerte rechter hemisfeer. Lichte geheugenstoornis, licht verminderde coördinatie linker hand, ADL zelfstandig, loopt zelfstandig, dropvoet en spasticiteit kuitspieren.

Functionele prognose: zelfstandig woning in eigen huis, piano spelen haalbaar.

Behandeldoelen: Optimaliseren gebruik linker hand, tonusregulatie, optimaliseren loopfunctie al dan niet met orthese.

Beleid: intensieve poliklinische revalidatie in revalidatiecentrum met inschakeling van gespecialiseerde handtherapeut, ergotherapie en fysiotherapie. Interventies: virtual reality, neuromusculair- of zenuwblok elektrostimulatie, dynamische enkel-voet orthese, zo nodig gangbeeldanalyse.

Casus: *Man 61 jaar, administratief beroep. Diabetes mellitus, hypertensie, COPD, 2x myocard infarct. Partner gezond, huisvrouw. Geen kinderen. Bestuurlijke taken wegens gezondheidsproblemen afgestoten. Week geleden ischemisch CVA Li hemisfeer met complete hemiplegie rechts en gemengde afasie. Slikfunctie verminderd, verdikt drinken i.v.m. aspiratiegevaar. Eerste dagen na opname sterk ontregelde tensie en diabetes, waardoor wisselend verlaagd bewustzijn en tijdelijk sondevoeding. Incontinent, slechte rompbalans in zit. Staan en transfers alleen met begeleiding van 2 personen i.v.m. sterk "pushen". Verbale expressie niet mogelijk. Reageert weinig op vragen en opdrachten, neemt zelf geen initiatief tot communicatie. Formeel logopedisch testen lukt eigenlijk niet goed, slaapt daarna de rest van de dag.*

Functionele prognose: *Terugkeer naar huis op termijn waarschijnlijk haalbaar, met forse inzet van partner en professionele ondersteuning thuiszorg. Geen hervatting werk te verwachten.*

Behandeldoelen: *Logopedie gericht op herstel van de slikfunctie en afasie. Trainen gericht op verbetering van rompbalans en het maken van transfers.*

Beleid: *Opname voor geriatrische revalidatie (GRZ), in verband met uitgebreide comorbiditeit en lage belastbaarheid. Als patiënt met aanpassingen en ondersteuning veilig thuis kan functioneren volgt ontslag, met dagbehandeling verpleeghuis om bij lage belastbaarheid aan verdere opbouw te werken, en om de partner nog enigszins te ontzien. Partner wordt hierbij betrokken.*

6.2.2 *Mensen met CVA*

De grootste groep mensen waarbij er met enige regelmaat discussie is over de meest passende revalidatie, zijn patiënten met een CVA (Cerebro Vasculair Accident). De discussie wordt meestal ingegeven door de toenemende snelheid van ontslag uit het ziekenhuis. Op het moment van het ontslag is een goede inschatting van de functionele prognose niet altijd mogelijk. Met enige regelmaat komt het voor dat herstel toch voorspoediger verloopt dan gezien de omvang van het probleem bij ontslag uit het ziekenhuis werd verwacht.

De Werkgroep CVA Nederland (WCN), CVA-werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA), wil de zorg rondom iedere individuele CVA-patiënt, in samenwerking met neurologen en specialisten ouderengeneeskunde, zodanig organiseren dat de best mogelijke revalidatie gegarandeerd is. Daarmee wil de WCN richting geven aan het revalidatiebeleid in ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en in de eerste lijn.

De WCN is een voorstander van het organiseren van de revalidatiezorg voor CVA-patiënten in een zorgketen waarbij de verantwoordelijkheden van elke partner binnen de keten duidelijk beschreven zijn.

Door de WCN is een standpunt geformuleerd over de toekomst van de zorg voor CVA-patiënten. De volgende stappen worden daarin onderscheiden:

1. binnen 2 tot 5 dagen na het ontstaan van de beroerte: functionele prognose formuleren. Hierbij wordt de informatie van het behandel team (klinimetrie, bij voorkeur de "Beslishulp Beroerte") betrokken.
2. bij ontslag naar huis: herbeoordeling na 4-6 weken, inventarisatie cognitieve, motorische en sociale problemen.
3. bij opname voor geriatrische revalidatie: rond de vierde week na overname uit het ziekenhuis herbeoordeling i.s.m. de specialist ouderengeneeskunde of de geboden revalidatiezorg passend is.

4. bij klinische/poliklinische medisch specialistische revalidatie: herbeoordeling na 4 weken gericht op de vraag of de geboden zorg voldoet of dat de patiënt overvraagd wordt. Medisch-specialistische revalidatie bij CVA richt zich op complexe problemen als afasietraining, spasticiteitbehandeling, arm/handtraining, cognitieve training, gedragsmatige behandeling, arbeidsrevalidatie, seksuele begeleiding en partnerbegeleiding.
5. medisch-specialistische revalidatie in de chronische fase: wanneer er nieuwe problemen ontstaan of al bestaande problemen veel meer op de voorgrond treden zoals spasticiteit, relationele en gezinsproblemen, vermoeidheid en problemen bij de dagbesteding (arbeid, sport).

Het Zorginstituut constateert dat de revalidatiezorg voor CVA-patiënten wordt geboden door zowel revalidatieartsen als specialisten ouderengeneeskunde. Er is door beide beroepsgroepen gezamenlijk een indicatieprotocol opgesteld. Het is aan partijen om op basis van beschikbaar bewijs een multidisciplinaire richtlijn en/of zorgstandaard CVA te ontwikkelen voor goede CVA-zorg en aan te bieden voor opname in het Register van het Zorginstituut. Het standpunt van de WCN kan hiervoor het vertrekpunt vormen.

Overigens merkt het Zorginstituut op dat een deel van de hierboven genoemde zorg, met name de nazorg na afronding van de revalidatie, de afgelopen jaren ook werd aangeboden en bekostigd vanuit de extramurale behandeling in de AWBZ (Hersenz). Voor 2015 is deze zorg ondergebracht in de (Wlz)subsidieregeling extramurale behandeling. Op dit moment onderzoekt het Zorginstituut of deze zorg in de toekomst onder de Zvw kan worden gebracht.

6.3 Medisch-specialistische revalidatie en oncologische revalidatie

In heeft het CVZ in zijn standpunt Oncologische revalidatie (CVZ, Pakketadvies 2009, publicatienr. 274, 2009) het volgende aangegeven:

- oncologische zorg omvat alle zorg die gericht is op de functionele, fysieke, psychische en sociale problemen verbonden met kanker, inclusief nazorg en revalidatie;
- de medisch-specialist/oncoloog moet zorgen voor het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte (coping), herstel, conditieverbetering en bij het werken aan het in stand houden van de conditie. Hierbij gaat het ook om advisering en waar nodig begeleiding bij bewegen. In termen van de Zvw betreft het geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv). Oncologische revalidatie betreft oncologische zorg en daarmee geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (art. 2.4, lid 1 en 2.1, lid 2 Bzv). Het gaat hierbij om te verzekeren zorg in termen van de Zvw;
- is de patiënt geïndiceerd voor fysiotherapie of oefentherapie of voor psychologische zorg bij kanker, dan kan dit ook worden geboden. Deze zorg kan ook te verzekeren zorg zijn (in de eerste lijn);
- het CVZ ondersteunt de ontwikkeling van de Richtlijn Oncologische Revalidatie. Deze richt zich op de revalidatie tijdens en na de behandeling en stelt de vraag centraal welke vorm van oncologische revalidatie in welke ziektefase voor welke patiënt het meest effectief is om klachten te voorkomen of te verminderen”.

De Richtlijn Oncologische Revalidatie is vastgesteld door beroepsgroepen. In de richtlijn is de beslisboom oncologische revalidatie beschreven. Hierin wordt stapsgewijs weergegeven wanneer voor patiënten met een oncologische aandoening nader onderzoek of verwijzing is aangewezen. Op dit moment wordt de richtlijn geactualiseerd.

Bron: Richtlijn Oncologische Revalidatie 2008.

Schema overzicht oncologische revalidatie:

Signalering en verwijzing:
De eerste stap is een gesprek dat gevoerd wordt met iedere oncologische patiënt, waarbij met een lastmeter wordt gemeten of er aanwijzingen zijn voor emotionele problemen, vermoeidheid en lichamelijke/functionele problemen. Indien het antwoord ja is, dan is er sprake van een hulpvraag revalidatie-indicatie. Aanvullend onderzoek is dan aangewezen. Dit aanvullend onderzoek bestaat uit het afnemen van 3 meetinstrumenten:

- de CES-D (positief >16),
- VAS vermoeidheid (positief bij een uitkomst van =>4 mm),
- Patiënt Specifieke Klachten lijst (positief bij ≥ 40 mm op minimaal 1 thema).

Indien sprake is van problemen op een of meerdere terreinen moet gekozen worden uit drie opties:

- Enkelvoudige problematiek met verwijzing fysiotherapeut, psycholoog
- Meervoudige problematiek, verwijzing voor oncologische revalidatie door een multidisciplinair revalidatieteam
- Complexe problematiek, verwijzing voor revalidatiegeneeskunde.

Het Zorginstituut constateert dat de stappen die in de beslisboom zijn beschreven, aanleiding geven tot onduidelijkheid bij zorgaanbieders. In de praktijk is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de stappen in het beslisschema. Het Zorginstituut constateert tevens dat de woordkeuze in het schema niet aansluit bij de wijze waarop medisch specialistische revalidatie in dit rapport is verwoord.

Het Zorginstituut bakent de (interdisciplinaire) medisch-specialistische revalidatie en de oncologische revalidatie als volgt af:

- bij enkelvoudige problematiek is verwijzing door de oncoloog naar de eerstelijn (fysiotherapeut, huisarts of POH-GGZ) aangewezen: **geen** medisch-specialistische revalidatie;
- bij meervoudige problematiek: oncologische revalidatie door een multidisciplinair revalidatieteam onder leiding van de oncoloog. In deze situatie is nog steeds sprake van oncologische revalidatie en **niet** van (interdisciplinaire) medisch-specialistische revalidatie.
- bij complexe (en samenhangende) problematiek kan er sprake zijn van een verwijzing voor een poliklinisch consult bij een revalidatiearts. Aan de hand van het doorlopen van de revalidatiegeneeskunde fasen (zie paragraaf 2.4) zal de revalidatiearts bepalen of terugverwijzing plaatsvindt met een behandeladvies of voert de revalidatiearts het revalidatiebehandelplan uit en is sprake van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

6.4 Medisch-specialistische revalidatie en SOLK

We spreken van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)[4] bij lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klacht voldoende verklaart. Bij sommige patiënten met lichamelijke klachten wordt wél een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger, ofwel beperken ze het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is. Ook dan spreken we van SOLK.

[4] Richtlijn SOLK 2010 – opgenomen n het Register van het Zorginstituut

In de richtlijn SOLK concluderen Aaron e.a. (2001) op basis van een uitgebreide literatuurreview dat er een substantiële overlap is tussen de verschillende functionele syndromen en dat de gemeenschappelijke kenmerken belangrijker zijn dan de verschillen tussen de functionele syndromen. Patiënten die voldoen aan de criteria van één syndroom hebben vaak ook de symptomen van andere syndromen (Aaron e.a., 2001). De syndromen kunnen samengevoegd worden tot twee klachtenclusters:

- pijnvermoeidheid, met als klachten chronische vermoeidheid, verstoorde slaap, buikklachten, hoofdpijn en pijn in het bewegingsapparaat,
- cardiorespiratoir, met pijn op de borst, hartkloppingen en kortademigheid.

Er worden in de richtlijn drie categorieën SOLK onderscheiden: lichte, matig ernstige en ernstige SOLK. Deze categorieën zijn op basis van consensus opgesteld en worden in de richtlijn van de NHG[5] op dezelfde wijze gehanteerd.

In de richtlijn SOLK en in de NHG-standaard somatisch onvoldoende lichamelijk verklaarde lichamelijke klachten, wordt het biopsychosociale model gehanteerd als een zeer geschikt model om de vele factoren in kaart te brengen die in hun onderlinge samenhang een rol spelen bij het ontstaan en blijven voortduren van SOLK en somatoforme stoornissen. Risicofactoren kunnen optreden binnen de drie domeinen: biologisch, psychisch en sociaal. Daarnaast kan onderscheid gemaakt worden in drie groepen risicofactoren:

- predisponerende of voorbeschikkende factoren zijn vaak al lang bestaande of genetische kenmerken of vroegere ervaringen die iemand kwetsbaar maken voor het ontstaan van de klacht of stoornis;
- luxerende factoren lokken het optreden van de klacht of stoornis uit;
- instandhoudende factoren onderhouden de klacht of stoornis of maken hem erger.

Het onderscheid tussen de verschillende risicofactoren bij de individuele patiënt is van wezenlijk belang voor de behandeling: kiest men voor het wegnemen van de voorbeschikkende factoren? Richt men zich op nog aanwezige luxerende factoren? Of probeert men het beloop te beïnvloeden via het bewerken van de onderhoudende factoren?

In de NHG-standaard wordt een stappenplan beschreven hoe de behandeling binnen de eerstelijn wordt geboden door de huisarts en, indien aangewezen, samen met andere eerstelijnshulpverleners. Wanneer de klachten hiermee onvoldoende afnemen kan de huisarts verwijzing naar multidisciplinaire teams/ behandelcentra te overwegen.

De categorie lichte SOLK en matig ernstige SOLK zal, overeenkomstig de richtlijnen, in het algemeen eerst binnen de eerstelijn (stepped care) worden behandeld. Als psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, kan een verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ aangewezen zijn. Medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, richt zich op de categorie (matig)ernstige SOLK, met verschijnselen in het houdings- en bewegingsapparaat, waarbij het functioneren ernstig is beperkt. Het interdisciplinaire medisch specialistische team zal zich vooral richten op de instandhoudende factoren.

6.5 Medisch-specialistische revalidatie en arbeidsrevalidatie

Van het ministerie van VWS hebben wij op 28 mei 2015 de uitvoeringstoets (arbeids)participatie GGZ ontvangen. In deze uitvoeringstoets zullen wij onder meer de vraag van VWS beantwoorden in hoeverre er bij de activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de

[5] https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk#note-25

cliënt sprake is van verzekerde Zvw-zorg, welke activiteiten van zorgprofessionals behoren tot een ander domein (publiek of privaat/werkgever) en of de Zvw goed aansluit op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz). In deze uitvoeringstoets zullen wij ook ingaan op de afbakening tussen arbeid en gezondheid en medisch-specialistische revalidatie. De belanghebbende partijen zullen wij hierbij betrekken.

6.6 Medisch-specialistische revalidatie en chronische pijn

Eind 2015 komt er een zorgstandaard chronische pijn beschikbaar waarin, vanuit het patiëntenperspectief, de stepped care behandeling voor chronische pijn wordt beschreven.

7 Consultatie

7.1 Geconsulteerde partijen

Het Zorginstituut heeft het conceptrapport voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- Koninklijk Nederland Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA);
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB);
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- Revalidatie Nederland (RN);
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN);
- Zorgverzekeraars Nederland.

7.2 Consultatievragen

Het Zorginstituut heeft belanghebbende partijen de volgende consultatievragen gesteld:

1. Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?
2. Biedt de uitwerking van ‘complexe samenhangende factoren’ in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?
3. In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?
4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.
5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?

7.3 Ontvangen reacties

7.3.1 Inleiding

Wij hebben reacties ontvangen van de NPCF, de NHG, de NZa, Revalidatie Nederland, de VRA, de KNGF, ZN en de NVAB. De ontvangen reacties zijn als bijlage 4 bij dit rapport gevoegd.

De meeste partijen onderschrijven, op hoofdlijnen, de omschrijving van de medisch-specialistische revalidatie, en het onderscheid daarbinnen tussen algemene en interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie, zoals in ons rapport opgenomen.

Wel draagt een aantal partijen suggesties aan ter verduidelijking en hebben zij specifieke vragen over de reikwijdte en de interpretatie van onze duiding. ZN zou graag zien dat nog scherper wordt afgebakend wat verstaan moet worden onder medisch-specialistische revalidatie en wie ervoor in aanmerking komt.

In de ontvangen reacties is een aantal punten te onderscheiden die door meerdere partijen aan de orde worden gesteld. Op deze punten gaan wij eerst in. Daarna besteden wij aandacht aan de overige punten die door partijen naar voren zijn gebracht.

7.3.2 De reikwijdte van het wettelijk criterium plegen te bieden

Uit de reacties van ZN, de NZa, en het KNGF blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over de toepassing van het wettelijk criterium 'plegen te bieden' of over de manier waarop wij dat criterium in dit rapport hebben beoordeeld. Zo geeft ZN aan dat wij zondermeer aansluiten bij wat de revalidatieartsen hebben beschreven, zonder daar een inhoudelijk oordeel over te geven. De KNGF geeft in (één van) haar reactie(s) aan dat ons rapport een voorbeeld is van aanbodgericht denken en handelen, terwijl juist gepersonaliseerd preventief vraagdenken gewenst is.

Reactie Zorginstituut

De term 'zoals ….. plegen te bieden' was bij de invoering van de Zvw noodzakelijk in verband met de functionele prestatieomschrijving, waarbij niet meer dwingend wordt voorgeschreven door welke zorgverlener de betreffende zorg moet worden verleend.

In dit rapport gaat het om het duiden van de medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Samengevat gaat het bij 'plegen te bieden' om de zorg die de zorgverlener, in dit geval de revalidatiearts, volgens de standaard van zijn beroepsgroep behoort aan te bieden en toe te passen (het aanvaarde behandelarsenaal) op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwd. Basis voor een duiding van het 'plegen te bieden' zijn onder meer de richtlijnen van de beroepsgroep, beleidsdocumenten, kwaliteitsnormen, opleidingseisen en beroepscodes. Het plegen te bieden handelt inderdaad om het aanbod van de beroepsgroep.

De beroepsgroep heeft op verzoek van het Zorginstituut transparant gemaakt welke minimale eisen gesteld kunnen worden aan de praktijkvoering binnen de revalidatiegeneeskunde. Het gaat hier om zowel eisen aan de beroepsbeoefenaar als aan de organisatie waarbinnen de beroepsbeoefenaar werkzaam is. Ook hebben gesprekken met de beroepsgroep geleid tot een meer gespecificeerde beschrijving van het aanvaard behandelarsenaal en de door de beroepsgroep als professionele juist beschouwde toepassing daarvan en is een fasering aangebracht in de werkwijze van de revalidatiearts, waarbij de toepassing van stepped care het uitgangspunt is. Er is door de beroepsgroep vastgelegd welke factoren een rol spelen bij de beoordeling van de complexiteit van de patiënt en zijn zorgvraag. Op verzoek van ons is dit met casusbeschrijvingen verder verduidelijkt. Deze algemene (rand)voorwaarden hebben een verdere uitwerking gekregen in specifieke richtlijnen en behandelkaders.

Op basis van de beschikbare documenten en aanvullende overleggen met de beroepsgroep (en Revalidatie Nederland), zijn wij van mening dat de beroepsgroep

voldoende duidelijk heeft omschreven wat moet worden verstaan onder medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

7.3.3 Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

Een aantal partijen (ZN, NHG, NZa en de KNGF) geeft aan dat in het onderhavige rapport geen beoordeling is opgenomen van de effectiviteit (voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk) van de medisch-specialistische revalidatie. ZN werpt daarbij de vraag op of de open omschrijving 'zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' wel toepasbaar is als de inclusiecriteria niet transparant zijn en alleen de revalidatiearts kan bepalen of een medisch-specialistisch revalidatietraject moet worden geboden.

Reactie Zorginstituut

Partijen merken terecht op dat een beoordeling van de effectiviteit ontbreekt. Het beoordelen van alle interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden toegepast (het aanvaarde behandelarsenaal), is, gelet op de vele indicaties waarbij deze kunnen worden toegepast, zeer veel omvattend. Daarom hebben wij ervoor gekozen om in eerste instantie te duiden wat medisch-specialistische revalidatie is zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

In paragraaf 5.3. hebben wij aangegeven dat die toetsing wel aan de orde kan zijn op het moment dat nieuwe interventies hun intrede doen, twijfel bestaat over de effectiviteit van bestaande interventies of ingeval een bestaande interventie wordt toegepast bij een nieuwe doelgroep.

Wij kunnen de effectiviteit op eigen initiatief beoordelen of basis van concrete (en onderbouwde) signalen van betrokken partijen. Zoals hierboven aangegeven is het niet doenlijk alle interventies binnen de medisch-specialistische revalidatie op effectiviteit te beoordelen. Wanneer specifieke beoordelingsvragen aan de orde zijn, zullen die vragen vanuit onze risicogerichte werkwijze (zie onder meer Pakketbeheer in de praktijk deel 3, uitgave CVZ 14 oktober 2013, www.zinl.nl) benaderen.

De wettelijke open omschrijving van de zorg, is voor ons een gegeven. Hoewel die open omschrijving wellicht niet altijd als ideaal wordt ervaren, kleeft er aan een gesloten systeem van aanspraken ook een aantal nadelen. In het hiervoor genoemde rapport Pakketbeheer in de praktijk hebben wij deze nadelen opgesomd. Het gaat onder meer om een slechtere toegankelijkheid van de zorg, slechtere gezondheidsuitkomsten en het risico van bureaucratisering. Wij zijn in het hiervoor genoemde rapport tot de conclusie gekomen dat deze nadelen zwaarder wegen dan de eventuele voordelen.

7.3.4 Factoren die een rol spelen in de overwegingen van de revalidatiearts

De NZa en ZN plaatsen opmerkingen bij de in het rapport genoemde factoren die de revalidatiearts betrekt in zijn overwegingen om te beoordelen of een verzekerde is aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en in zijn overwegingen of die interdisciplinaire zorg naar zijn oordeel klinisch of poliklinische dient plaats te vinden (paragraaf 4.3). De NZa acht een aantal van deze factoren multi-interpretabel en vraagt of deze ook meetbaar kunnen worden gemaakt. Ook ZN vindt deze factoren niet transparant. Dit maakt het voor zorgverzekeraars niet mogelijk om te toetsen of een medisch-specialistische revalidatiebehandeling passend wordt verstrekt.

Reactie Zorginstituut
In de overleggen met de beroepsgroep is voor ons uitgangspunt geweest het tot nu toe gehanteerde begrip 'complexe samenhangende problematiek' te operationaliseren/expliciteren door het benoemen van relevante factoren en de toepassing van die factoren te illustreren aan de hand van de casussen.

Het strak(ker) inkaderen van in de paragraaf 4.3 benoemde factoren op 'domeinniveau' heeft als risico dat dit tot nieuwe of andere afbakeningsproblemen leidt.

Wellicht is het mogelijk deze factoren verder te concretiseren voor specifieke aandachtsgebieden binnen de medisch-specialistische revalidatie. Bij het opstellen of actualiseren van richtlijnen kunnen de beroepsgroep, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hier een verdere uitwerking aan geven.

7.3.5 Afbakening medisch-specialistische revalidatie en andere vormen van (revalidatie)zorg

Een aantal partijen (ZN, NZa, NPCF en NVAB) plaatst opmerkingen bij de in het rapport opgenomen afbakening van de medisch-specialistische revalidatie en andere vormen van (revalidatie)zorg.

ZN constateert dat er ook met de beschreven afbakening nog steeds een overlap is tussen medisch-specialistische revalidatie en geriatrische revalidatie. ZN en de NZa vragen zich af of, waar het mensen met matig ernstig SOLK betreft, wel objectief zijn af te bakenen van de andere mensen met SOLK. ZN geeft aan dat het aanbeveling verdient op de oncologische revalidatie (nagenoeg geheel) te laten uitstromen uit het te verzekeren basispakket.

De NPCF merkt op dat er een grote groep mensen is die gebaat is bij een vorm van revalidatiezorg, de 'revalidatie light' variant. In het rapport van het Zorginstituut is aangegeven dat bepaalde zorg geen medisch-specialistische revalidatie is, waardoor mensen die zijn aangewezen op de 'light variant' zich voelen afgeserveerd.

De NVAB geeft aan dat de afbakening tussen de medisch-specialistische revalidatie en de arbeidsrevalidatie kunstmatig is en mist de uitwerking van de paragraaf over de afbakening tussen deze beide zorgvormen. De NVAB draagt graag bij aan de invulling van deze afbakening en stelt voor gezamenlijk een indicatieprotocol ontwikkelen.

Reactie Zorginstituut
Voor de afbakening tussen de medisch-specialistische en geriatrische revalidatie is er door de betrokken beroepsgroepen (revalidatieartsen en specialisten ouderengeneeskunde) een indicatieprotocol ontwikkeld. Dit protocol biedt over het algemeen voldoende houvast om te bepalen op welke vorm van revalidatiezorg voor een verzekerde is geïndiceerd.

Met name voor mensen met CVA blijkt met enige regelmaat discussie te bestaan over de vraag welke revalidatie het meest passend is. Daarom roepen wij betrokken partijen op om, op basis van beschikbaar bewijs, een multidisciplinaire richtlijn en/of zorgstandaard te ontwikkelen voor goede CVA-zorg en deze aan te bieden voor opname in het Register van het Zorginstituut (paragraaf 6.2.2).

In de paragraaf waarin de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en SOLK aan de orde is (6.4) hebben wij hier een verdere uitwerking gegeven door ook in te gaan op de NHG-richtlijn en het daarin opgenomen stappenplan.

Naar aanleiding van de reactie van de NPCF, merken wij op dat onze duiding onverlet laat dat, ingeval geen medisch-specialistische revalidatie is aangewezen, mensen wel degelijk kunnen zijn aangewezen op (verzekerde) zorg. Naar aanleiding van de opmerking van de NPCF is dit in het rapport verduidelijkt.

De aanbeveling van ZN om de oncologische revalidatie per 1 januari 2016 (nagenoeg geheel) niet langer aan te merken aan een te verzekeren prestatie, nemen wij niet over. Een dergelijk advies valt niet binnen de reikwijdte van dit rapport. Dit rapport betreft een duiding van de medisch-specialistische revalidatiezorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden en de afbakening met enkele andere vormen van (revalidatie)zorg. Een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk is in dit rapport, zoals eerder betoogd, niet aan de orde. Overigens wijzen wij erop dat wanneer een zorgvorm niet effectief is (de zorgvorm niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk), deze zorgvorm niet (langer) tot de te verzekeren prestatie behoort. Daarvoor is geen standpunt van het Zorginstituut noodzakelijk.

Verder merken wij op dat de in de richtlijn oncologische revalidatie gehanteerde terminologie een andere is dan de terminologie die wij in dit rapport hanteren. In de richtlijn wordt gesproken van oncologische revalidatie bij zowel enkelvoudige, meervoudige als complexe (en samenhangende) problematiek. Naar ons oordeel is bij enkelvoudige problematiek een verwijzing naar de eerstelijn (huisarts, POH-GGZ of fysiotherapeut) aangewezen. Er is dan niet langer sprake van revalidatie in de zin van medisch-specialistische zorg. Bij meervoudige problematiek vindt revalidatie plaats onder leiding van een oncoloog. Dat is wel medisch-specialistische zorg, maar geen medisch-specialistische revalidatie. Alleen in geval van complexe (en samenhangende) problematiek zou medisch-specialistische revalidatie aan de orde kunnen zijn.

Wij gaan er vanuit dat de NVAB doelt op een kunstmatig onderscheid tussen de medisch-specialistische revalidatie en de arbeidsrevalidatie in de huidige uitvoeringspraktijk. Wij juichen het voorstel van de NVAB om een indicatieprotocol te ontwikkelen toe. Naar ons idee verdient het aanbeveling dat de betrokken beroepsgroepen een dergelijk protocol ontwikkelen in samenspraak met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars en dit protocol tripartiet aanbieden aan het Register van het Zorginstituut.

Van het ministerie van VWS hebben wij op 28 mei 2015 de uitvoeringstoets (arbeids)participatie GGZ ontvangen. In deze uitvoeringstoets zullen wij onder meer de vraag van VWS beantwoorden in hoeverre er bij de activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie van de cliënt sprake is van verzekerde Zvw-zorg, welke activiteiten van zorgprofessionals behoren tot een ander domein (publek of privaat/werkgever) en of de Zvw goed aansluit op andere systemen op dit gebied (Wmo, Participatiewet, Wwz). Het beantwoorden van deze vragen doen wij vanuit een breder perspectief dan alleen de GGZ en in overleg met alle relevante partijen, waaronder de NVAB. Wij hebben paragraaf 6.5 van ons rapport aan de actualiteit aangepast.

7.3.6 *Reactie op overige onderdelen van het rapport*

De NPCF juicht toe dat opnieuw wordt beschreven wat zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden is, mede gelet op de toenemende vraag naar revalidatiezorg en de verandering in het aanbod ervan. De duiding van het Zorginstituut biedt naar het oordeel van de NPCF voldoende houvast voor de uitvoeringspraktijk. Wel pleit de NPCF er voor dat de beschrijving van de revalidatiezorg, naast de duiding door het Zorginstituut ook in begrijpelijke taal beschikbaar moet komen, zodat verzekerden weten wat het precies is, waar zij die kunnen krijgen, hoe zij hiervoor in aanmerking kunnen komen en wat vanuit de basisverzekering wordt vergoed.

De NPCF vindt het een goede zaak als een afspraak wordt vastgelegd waarin de communicatie en overdracht van de revalidatieafdeling naar een andere zorginstelling of naar de huisarts wordt gewaarborgd. De NPCF signaleert dat het behandelplan dat door de revalidatiearts wordt opgesteld vaak niet wordt doorgestuurd, hetgeen de kwaliteit van zorg belemmert en bovendien leidt tot verspilling. De NPCF beveelt daarnaast aan om de ervaringsdeskundige op te nemen als nieuwe discipline binnen het revalidatieteam en vraagt zij aandacht om de rol van de patiënt duidelijker te omschrijven in het revalidatiegeneeskundig proces bij het opstellen en evalueren van het behandelplan.

Reactie Zorginstituut
Ook wij achten patiënteninformatie zoals door de NPCF bedoeld van belang. Het is aan partijen (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) om deze informatie tripartiet te ontwikkelen en bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten aan te bieden aan het Register of de Kwaliteitsbibliotheek van het Zorginstituut.

In het Algemeen Beroepskader en in de nota Indicatiestelling komt zowel de overdracht naar en communicatie met andere zorgverleners aan de orde en is ook opgenomen dat de revalidatiearts regelmatig met de patiënt de voortgang van de behandeling en het bereiken van de revalidatiedoelstellingen bespreekt. Uit de reactie van de NPCF maakt het Zorginstituut op dat in de uitvoeringspraktijk verbeteringen mogelijk zijn in de communicatie met de patiënt en de overdracht van de patiënt (en zijn dossier) naar een andere zorgverlener. Het Zorginstituut adviseert de NPCF en de beroepsgroep om hierover gezamenlijk in overleg te treden.

De NHG is van mening dat het onderscheid tussen algemene en medisch-specialistische revalidatie helder is en voldoende is uitgewerkt. Dat geldt ook voor de afbakening met andere zorgvormen, ook al zullen er altijd grijze gebieden blijven bestaan.

De NZa geeft aan op dat in ons rapport (o.a. pagina 17) wordt gesproken over samenhangende problemen op meerdere domeinen van het functioneren, terwijl die domeinen niet beschreven zijn.

Reactie Zorginstituut:
Waar in dit rapport gesproken wordt over de domeinen van het functioneren, gaat het om de domeinen als bedoeld in de ICF.

De KNGF heeft ons conceptrapport voorgelegd aan de NVFR en de NVZF en aan

twee leden met een brede deskundigheid. De reacties zijn afzonderlijk aan ons toegestuurd en niet gebundeld tot een bestuurlijke reactie van de KNGF. De NVFR en de NVZF vinden de in het rapport gegeven uitwerking van de verschillende vormen van revalidatie adequaat. Vanuit de NVFR wordt een aantal specifieke opmerkingen gemaakt. Het gaat er daarbij om dat:

- binnen de algemene medisch-specialistische revalidatie ook andere disciplines betrokken kunnen worden voor het geven van input voor het revalidatieadvies;
- in geval van twijfel een patiënt met reumatoïde artritis niet direct voor algemene medisch-specialistische revalidatie, maar na verloop van tijd nogmaals te onderzoeken en dan de indicatie te stellen;
- behoefte aan een klinische behandeling ook kan ontstaan als de patiënt is aangewezen op een intensieve fysiotherapeutische behandeling;
- de NVFR zich zorgen maakt over de kwaliteit van zorg die wordt geboden in zelfstandige behandelcentra en in de anderhalve lijn. Door lagere huisvestingkosten en het werken met onervaren fysiotherapeuten kan de zorg voor een lagere prijs geboden worden.
- de NVFR zich zorgen maakt over de eisen die gesteld worden aan de competenties en het kennisniveau van de fysiotherapeuten in de revalidatie.

Reactie Zorginstituut:
Wij zijn van oordeel dat de eerste drie punten in het rapport zijn ondervangen. De revalidatiearts kan, ook binnen de algemene medisch-specialistische revalidatie, andere disciplines betrekken bij het opstellen van het behandeladvies en in geval van twijfel aan een indicatie voor medisch-specialistische revalidatie kan de revalidatiearts (in eerste instantie) terugverwijzen of doorverwijzen. Zoals in paragraaf 4.3.3. beschreven, betrekt de revalidatiearts verschillende factoren in zijn overweging of een klinische of poliklinische behandeling naar zijn oordeel is aangewezen. De noodzakelijke intensiteit van de behandeling is één van deze factoren.

Wij menen dat deze duiding van de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de zorg. In het Algemeen Beroepskader is transparant gemaakt welke minimale kwaliteiteisen kunnen worden gesteld aan de revalidatie en zijn team en aan de organisatorische setting waarbinnen de revalidatiearts en zijn team opereren.

De VRA en Revalidatie Nederland hebben een gezamenlijke reactie gestuurd. VRA en RN beantwoorden de consultatievragen positief, maar plaatsen paragraafsgewijs wel een aantal kanttekeningen.

Een deel van deze opmerkingen vloeit voort uit de door partijen in gang gezette actualisering van Algemeen Beroepskader en van de nota Indicatiestelling.

Reactie Zorginstituut
Wij nemen deze opmerkingen *op dit moment* niet over. Na vaststelling van de geactualiseerde documenten door de beroepsgroep en Revalidatie Nederland zullen wij, indien nodig, onze duiding actualiseren en op de gebruikelijke wijze ter consultatie aan belanghebbende partijen voorleggen.

De overige (tekstuele) opmerkingen hebben wij, op twee na, in het rapport verwerkt.

Het voorstel van de VRA en RN om voetnoot twee in paragaaf 4.2. te verplaatsen naar hoofdstuk 5 hebben wij niet overgenomen. Deze voetnoot is ontleend aan het Algemeen Beroepskader en ook in dat beroepskader opgenomen bij de definiëring van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.

Ook het voorstel om in paragraaf 4.3.3. de volgende twee bullits samen te voegen nemen wij niet over:

- het patiënt mogelijk te maken om zijn/haar gedrag te veranderen;
- complexe sociale problematiek waarbij het belangrijk is om de patiënt tijdelijk afstand te laten nemen van zijn systeem.

Naar ons oordeel hoeft het mogelijk maken voor de patiënt om zijn/haar gedrag te veranderen niet één op één gekoppeld hoeft te zijn aan een complexe sociale problematiek waarbij het belangrijk is de patiënt tijdelijke afstand te laten nemen van zijn/haar systeem.

ZN merkt op dat de patiëntengroepen op wie de medisch-specialistische revalidatie zich richt met name de patiëntengroep genoemd onder de punten zes tot en met tien, zich lenen voor een nadere afgrenzing en duiding. Ook geeft ZN aan dat het voor hen niet duidelijk is in welke kader de revalidatiearts in de diagnosefase zijn activiteiten uitvoert (onderdeel DOT-Ziekenhuis of onderdeel DOT-medisch specialistische revalidatie).

Reactie Zorginstituut
De doelgroepen waar de medisch-specialistische revalidatie zich op richt zijn opgenomen in het Algemeen Beroepskader. Op het moment dat het geactualiseerde Algemeen Beroepskader door de beroepsgroep is vastgesteld, zullen we nagaan of onze duiding moet worden geactualiseerd,

Een duiding, in de zin van een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk, is in dit rapport niet aan de orde. Niet iedereen die tot een bepaalde doelgroep behoort, komt in aanmerking voor medisch-specialistische revalidatie. Met name de complexiteit van de zorgvraag is hier van belang. Dit rapport biedt verzekeraars een handvat om te kunnen beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs op (interndisciplinaire) medisch-specialistische revalidatie is aangewezen, enerzijds door onderscheid aan te brengen tussen algemene en de interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en anderzijds door de verschillende factoren te benoemen die een rol spelen bij de beoordeling of sprake is van complexe en samenhangende problematiek.

Of de activiteiten die de revalidatiearts uitvoert ten laste komen van de DOT-Ziekenhuizen of de DOT-medisch-specialistische revalidatie is een bekostigingsvraagstuk. Wij begrijpen de vraag om duidelijkheid en bevelen ZN aan dit in te brengen bij de NZa. Daar loopt op dit moment een traject over de toekomstige bekostiging van de revalidatiezorg.

8 Standpunt medisch-specialistische revalidatie

8.1 Standpunt

In zijn vergadering van 22 juni 2015 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland de zorg zoals beschreven in de hoofdstukken drie en vier van dit rapport, binnen de context zoals in hoofdstuk van dit rapport beschreven, geduid als medisch-specialistische revalidatie zoals medisch-specialisten (in dit geval de revalidatieartsen) die plegen te bieden.

Het Zorginstituut is van oordeel dat de revalidatieartsen als beroepsgroep, op onderdelen samen met Revalidatie Nederland, voldoende transparant hebben omschreven welke medisch-specialistische revalidatiezorg de medisch specialisten (in dit geval de revalidatieartsen) als professioneel juist beschouwen.

Het Zorginstituut zal dit standpunt als toetsingskader hanteren bij haar beoordelingen of er in specifieke gevallen sprake is van de te verzekeren medisch-specialistische revalidatie.

8.2 Consequenties van dit standpunt

Dit standpunt biedt patiënten, zorgaanbieders, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars (meer) duidelijkheid over welke zorg is te beschouwen als medisch-specialistische revalidatie zoals medisch-specialisten (in dit geval revalidatieartsen) plegen te bieden. Het geeft ook het kader waarbinnen het Zorginstituut in specifieke gevallen zal beoordelen of sprake is van te verzekeren medisch-specialistische revalidatie.

Doordat ook transparant is gemaakt welke minimale kwaliteitseisen kunnen worden gesteld aan van de revalidatiearts en zijn team en aan de organisatorische setting waarbinnen de medisch-specialistische revalidatie wordt verleend, levert dit standpunt een bijdrage aan het gepast gebruik van kwalitatief goede zorg.

Zorgverzekeraars kunnen dit standpunt als handvat gebruiken om te beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs in aangewezen op (interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en of deze revalidatie al dan niet gepaard moet gaan met medisch noodzakelijk verblijf. Daarnaast kan dit standpunt ook dienen als hulpmiddel bij de zorginkoop.

Het Zorginstituut realiseert zich dat de ontwikkelingen binnen de revalidatiezorg niet stil staan en dat dit standpunt de stand van zaken op dit moment beschrijft. De beroepsgroep en Revalidatie Nederland aangeven te willen komen tot een nieuw Algemeen Beroepskader en een nieuwe nota Indicatiestelling. Het Zorginstituut zal op het moment dat deze documenten zijn vastgesteld nagaan of dit standpunt moet worden geactualiseerd.

Tijdens de consultatie is gebleken dat in de uitvoeringspraktijk nog behoefte is aan nadere informatie. Voor zorgverzekeraars gaat dit bijvoorbeeld om informatie over de effectiviteit van interventies die de revalidatiearts pleegt en voor patiënten om betere en begrijpelijke patiënteninformatie.

Het Zorginstituut beveelt de beroepsgroep, de zorgverzekeraars en de patiëntenorganisaties aan deze uitdaging gezamenlijk op te pakken door bijvoorbeeld het tripartiete ontwikkelen dan wel actualiseren van richtlijnen

en protocollen, inclusief patiëntenversies, en deze aan te bieden aan het register van Zorginstituut.

De met dit standpunt verschafte duidelijkheid kan leiden tot een gepaster gebruik van medisch-specialistische revalidatie. Omdat het tot nu toe onvoldoende duidelijk was welke zorg tot de medisch-specialistische revalidatie behoorde, bieden de declaratiegegevens onvoldoende houvast om de financiële consequenties van dit standpunt in beeld te brengen. Wij zullen met dit standpunt in de hand de kostenontwikkeling op het gebied van de medisch-specialistische revalidatie de komende jaren nauwlettend volgen om te onderzoeken of het verschil in interpretatie is afgenomen en welke consequenties dat heeft voor de kostenontwikkeling.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1

Medisch Specialistische Revalidatie
Aanspraak en praktijk

27 mei 2013

TANGRAM
zorgadviseurs
De Helster 23
6661 AH Elst
Nederland

Tel: 0481 377 521
secretariaat@tangram.info
www.tangram.info

Bij de uitvoering van deze opdracht, hebben de auteurs een groot aantal instellingen bezocht. Tijdens deze bezoeken is met veel betrokken zorgverleners en anderen gesproken. Velen hebben ook de moeite genomen om de concept versie van het rapport nauwlettend door te lezen en van commentaar en aanvullingen te voorzien. De auteurs willen iedereen van harte bedanken voor hun openheid en betrokkenheid. Wij hopen dat ons rapport een bijdrage kan leveren in de discussie over kwalitatief goede en betaalbare zorg.

Referentie CVZ	2012128652
Auteur(s)	Dr. P.B.G. Peerenboom en drs. J. Spek
Datum	Mei 2013
Bestandsnaam	RapportMSRmei2013.doxc

INHOUDSOPGAVE

AFKORTINGEN ..... **V**

SAMENVATTING ..... **VII**

1. INLEIDING **1**

2. DE ONDERZOEKSAANPAK **2**

3. WET- EN REGELGEVING **3**

3.1. Zvw 3

3.2. Pakketbeheer 4

3.3. Openingsbevoegdheid voor DBC's 5

4. MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE **6**

4.1. Revalidatiegeneeskunde 6

4.2. Randvoorwaarden Beroepskader 8

4.3. Opleidingsplan 9

4.4. Specifieke thema's 9

4.4.1. Pijnrevalidatie 9

4.4.2. Arbeidsrevalidatie 10

5. ZORGAANBIEDERS **11**

5.1. Traditionele aanbieders 11

5.2. Nieuwe aanbieders 11

6. FINANCIERING EN CONTRACTERING **13**

6.1. Toelating en marktwerking 13

6.2. Beleid zorgverzekeraars 13

6.3. Toekomstige financiering 14

7. VOLUME-ONTWIKKELING **15**

7.1. Kostenontwikkeling 15

7.2. Ontwikkeling in capaciteit en productie 16

7.2.1. De traditionele aanbieders 16

7.2.2. De nieuwe aanbieders 18

7.2.3. Onderlinge vergelijking 19

8. WAARNEMINGEN EN CONSTATERINGEN **20**

9. ANTWOORDEN OP DE ONDERZOEKSVRAGEN **23**

9.1. De onderzoeksvragen 23

9.2. Conclusie 24

BIJLAGES **27**
Bijlage 1. Samenstelling begeleidingscommissie 29
Bijlage 2. Bezochte instanties en instellingen 30
Bijlage 3. Richtlijnen, protocollen en behandelkaders 31
Bijlage 4. Kwantitatieve gegevens 32
Bijlage 5. Andere vormen van revalidatie 33
Bijlage 6. Semi-gestructureerde vragenlijst 35

AFKORTINGEN

AGB-code	Algemeen GegevensBeheer zorgverleners
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bzv	Besluit Zorgverzekering
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (uitvoeringsorganisatie VWS)
CVA	Cerebro-Vasculair Accident
CVS	Chronisch VermoeidheidsSyndroom
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DIS	DBC Informatie Systeem
DOT	DBC Op weg naar Transparantie
EBM	Evidence Based Medecine
EMR	Eerstelijns Multidisciplinaire Revalidatie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IZiZ	Informatiesysteem Ziekenhuiszorg
KPZ	Kontactcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren
KRB	Klinische Revalidatie Behandeling
ME	Myalgische Encephalomyelitis
MSR	Medisch Specialistische Revalidatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZA	Nederlandse ZorgAutoriteit
PA	Physician Assistant
PRB	Poliklinische Revalidatie Behandeling
RBU	Revalidatie BehandelUur
REA	Wet reïntegratie arbeidsgehandicapten
RN	Revalidatie Nederland
RSI	Repetitive Strain Injury
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
SRB	Specialistische Revalidatie Behandeling
VRA	Vereniging van Revalidatie Artsen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WPN	Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
ZFW	ZiekenFondsWet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

* * *

SAMENVATTING

Medisch specialistische revalidatie (MSR) kende onder het regiem van de Ziekenfondswet (ZFW) een specifieke omschrijving. Om hier uitwerking aan te geven is door partijen in 2001 het document 'indicatiestelling revalidatiezorg' ontwikkeld. Het document beschreef welke zorg volgens partijen behoorde tot de medisch specialistische revalidatie in het kader van de ZFW. Met de komst van de Zvw is de functiegerichte MSR één op één overgegaan van de ZFW naar de Zvw. In de praktijk is sprake van een toename van poliklinische revalidatie. Het CVZ heeft de indruk dat het indicatiegebied voor de MSR aan het oprekken is en de vraag is of dit nieuwe aanbod wel voldoet aan de verzekerde prestatie medisch-specialistische zorg. Teneinde meer zicht te krijgen op het domein van MSR en de ontwikkelingen in de sector (producten, zorginkoop en kosten) is het onderhavige onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek bestond uit een kwalitatief en een kwantitatief deel.

MSR wordt van oudsher geleverd door revalidatiecentra, algemene en academische ziekenhuizen. Sinds een paar jaar zijn ook Zelfstandige BehandelCentra (ZBC's) op deze markt actief. Uit het onderzoek is gebleken dat de ZBC's zich vooral richten op poliklinische behandeling van chronische pijn en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Kwalitatieve analyse
Geconstateerd kan worden dat er een trend bestaat om in documenten van de branche minder te spreken in termen van stoornissen en beperkingen, en meer nadruk te leggen op participatieproblemen. Ook heeft de professie, met de formulering van het Beroepskader (2012), het domein van het vak verruimd (met name kanker, diabetes, SOLK en arbeidsrevalidatie) ten opzichte van het document Indicatiestelling revalidatiezorg uit 2001. 'Stepped Care' en complexiteit ten aanzien van diagnostiek en/of te behalen behandeldoel als kenmerk voor MSR is door de beroepsgroep in algemene termen omschreven, maar is (nog) onvoldoende geoperationaliseerd voor de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat.
Er zijn geen harde grenzen, aangaande de doelgroepen pijn en bewegingsapparaat, tussen hetgeen de traditionele instellingen aan zorg bieden en hetgeen door de ZBC's wordt geboden. De ZBC's zijn geen uniforme groep, er bestaan verschillen in omvang, wijze van triage en behandeling. In sommige ZBC's is er niet tot nauwelijks sprake van verwijzingen door bedrijfsartsen en bij één van de bezochte aanbieders betreft het 90% van de verwijzingen.
De bekostiging via revalidatie-DBC's is in verhouding tot eerstelijnstarieven (bv van fysiotherapie en psychologie) lucratief voor de zorgaanbieder en in termen van eigen betalingen voordelig voor de patiënt. Wat ontbreekt is een algemeen ingevoerde betaaltitel/prestatie voor multidisciplinaire zorg in de eerstelijn (al dan niet met een consult van de revalidatiearts) voor mensen met een zelfde type problemen en/of in de zelfde domeinen, maar die minder complex zijn, zodat de inzet van de revalidatiearts bij de behandeling niet noodzakelijk is.

Kwantitatieve analyse
De kwantitatieve analyse werd bemoeilijkt door onvolledige, onvergelijkbare en deels tegenstrijdige data; desalniettemin vallen een aantal zaken op. De algemene kosten- en volumeontwikkeling in de revalidatiebranche is niet beduidend groter dan in de medisch specialistische zorg in het algemeen. Vanaf 2002 is er een belangrijke groei geweest van het aantal voor chronische pijn behandelde patiënten in de traditionele instellingen. Ook is er een aanzienlijke groei van de diagnosegroep bewegingsapparaat sinds 2007. Beide groepen gezamenlijk vormen in 2011 meer dan 50% van de poliklinisch behandelde volwassenen.
Vanaf 2009 is er een explosieve groei in door ZBC's gedeclareerde revalidatie-DBC's in de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn. Vanwege de hoge prevalentie van chronische pijn in de Nederlandse bevolking, is er kans op een verdere groei van de poliklinische MSR indien de indicatie-criteria voor MSR niet worden aangescherpt.

Het gemiddelde gedeclareerde DBC-bedrag (diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn) ligt bij de ZBC's fors hoger (factor 3 of meer) dan in de reguliere branche. Het is onbekend in hoeverre de patiëntengroepen tussen ZBC's en traditionele instellingen vergelijkbaar zijn.

Met het onderzoek is de praktijk van MSR in kwalitatieve en in kwantitatieve zin globaal geëxploreerd. Daarbij moet vastgesteld worden dat sprake is van ruimte in de regelgeving en de bekostigingssystematiek die (nieuwe) aanbieders de mogelijkheid biedt om via revalidatie DBC's hun vormen van zorg te declareren. Het ontbreekt de zorgverzekeraars aan duidelijke criteria voor het al dan niet inkopen van deze zorg onder de noemer MSR.

Om te komen tot een betere afgrenzing van de MSR ten aanzien van de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn is een nadere oriëntatie geboden, waarbij gedacht kan worden aan:

1. Het vergelijken van de nu gangbare praktijk in de revalidatiebranche en ZBC's aan de principes van 'evidence based medicine' en aan het document 'Indicatiestelling revalidatiezorg'.
2. Het inventariseren van de behandelmogelijkheden en de gangbare praktijk in de eerstelijn rond deze diagnosegroepen, inclusief de financieringsmogelijkheden.
3. Het concreet definiëren van de criteria met betrekking tot de begrippen 'stepped care' en complexiteit rond de diagnosegroepen 'bewegingsapparaat' en 'chronische pijn' van eerstelijn tot MSR.
4. Het door verzekeraars ontwikkelen van een benchmark rond de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat; het steekproefsgewijs vergelijken van de instellingen op patiëntniveau ten aanzien van de kenmerken stepped care, complexiteit, geboden zorg en kostprijs.

1. INLEIDING

Van oorsprong beperkte de medisch-specialistische revalidatiezorg zich tot behandeling bij aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat en/of van het centraal en perifeer zenuwstelsel, voor zover deze tot stoornissen, beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen leidden. In de afgelopen jaren zijn hoe langer hoe meer andere indicaties of aandoeningen toegevoegd. Bestaande aanbieders hebben hun behandelaanbod uitgebreid en nieuwe aanbieders (Zelfstandige Behandel Centra [ZBC's]) zijn op de markt verschenen.

Het CVZ heeft de indruk dat door al deze ontwikkelingen het indicatiegebied voor de medisch-specialistische revalidatie aan het oprekken is en de vraag is of dit nieuwe aanbod wel voldoet aan de verzekerde prestatie medisch-specialistische zorg. Dit rapport beperkt zich tot instellingen die specialistische-, klinische- en poliklinische revalidatie-DBC's openen. De revalidatieactiviteiten van andere medisch specialisten zijn buiten beschouwing gelaten.

Om inzicht te krijgen hoe verzekeraars en zorgaanbieders (revalidatieinstellingen, ZBC's, algemene en academische ziekenhuizen) in de praktijk invulling geven aan de verzekerde prestatie medisch specialistisch revalidatiezorg heeft het CVZ Tangram *zorgadviseurs* de opdracht gegeven om onderzoek te doen om antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Welke zorg wordt door verzekeraars voor welke indicaties ingekocht en betaald onder de noemer medisch specialistische revalidatiezorg (Zorgverzekeringswet *[Zvw]*)?
- Welke zorg wordt door zorgaanbieders bij welke indicaties geleverd en gedeclareerd onder de noemer medisch specialistische revalidatie (*Zvw*)?
- Wat zijn de kostenontwikkelingen van de medisch specialistische revalidatiezorg sinds 2006?

Op basis van de resultaten is het CVZ voornemens een signaleringsrapport uit te brengen.

Opgemerkt dient te worden dat bij de start van het onderzoek onbekend was in welke segmenten de groei van de Medisch Specialistische Revalidatie (SMR) plaatsvond en bij welke aanbieders. Daarom is door de onderzoekers een brede oriëntatie uitgevoerd. Om de deelname aan het onderzoek te verhogen is er voor gekozen om de anonimiteit van de deelnemende instellingen te waarborgen. Met name in de kwantitatieve analyse moeten daarom de gemiddelden met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Daarnaast liet de gekozen onderzoeksopzet niet toe om te toetsen in hoeverre de criteria genoemd in landelijke instrumenten, protocollen en richtlijnen daadwerkelijk door zorgaanbieders worden gerespecteerd. Wel zijn daarover in zijn algemeenheid een aantal uitspraken gedaan.

In dit rapport komen achtereenvolgens aan de orde:

- De onderzoeksaanpak
- Wet- en regelgeving
- Medisch specialistische revalidatie
- Financiering en contractering
- Volumeontwikkeling
- Uitkomsten
- Beantwoording van de onderzoeksvragen

Het rapport wordt afgerond met een algemene conclusie.

2. DE ONDERZOEKSAANPAK

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld (zie bijlage 1). Deze commissie was betrokken bij het formuleren van de onderzoeksopzet en het geven van commentaar op het concept-rapport.

Het onderzoek betrof zowel een kwantitatief als een kwalitatief onderdeel en was opgedeeld in een aantal fasen:

Fase 1: Oriëntatie
Het doel van de eerste onderzoeksfase was het inventariseren, analyseren en ordenen van alle beschikbare gegevens en documentatie.
In deze fase vonden de eerste oriënterende gesprekken plaats met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Revalidatie Nederland (RN), de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en werd de onderzoeksopzet afgestemd met de begeleidingscommissie. Vervolgens is een semigestructureerde vragenlijst opgesteld ten behoeve van het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Fase 2a: Kwalitatief onderzoek en analyse
Deskundigen in 15 instellingen (zie bijlage 2) zijn bezocht met gebruikmaking van de semigestructureerde vragenlijst (bijlage 6). Daarnaast zijn andere bronnen (jaarverslagen, jaarrekeningen, patiënten folders, websites) van deze instellingen geraadpleegd. Ook zijn 4 zorgverzekeraars bezocht. Meerdere malen vond overleg plaats met RN en de VRA.

Fase 2b: Kwantitatief onderzoek en analyse
Data zijn van verschillende bronnen betrokken:

- Vektis (IZiZ, het ziekenhuis informatiesysteem). Het betreft van door zorgverzekeraars betaalde zorg aan zorgleveranciers. De volgende overzichten zijn samengesteld:
  a. Over 2009, 2010 en 2011 een overzicht (aantallen + kosten) van revalidatie DBC's per zorgtype, diagnose (= de 2-cijferige hoofdgroepen), behandeltraject (Consult, Specialistische Revalidatie Behandeling (SRB), Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB), Klinische Revalidatie Behandeling (KRB), per type zorgaanbieder (algemeen, academisch, categoraal en overig).
  b. Over 2009, 2010 en 2011 voor "type zorgaanbieder = overig" de aantallen DBC's en kosten per diagnose (4-cijferig) en behandeltraject (4-cijferig).
  c. De namen van "type zorgaanbieders = overig" die medische specialistische Revalidatie DBC's declareren in 2011, met een ordening naar omvang.
- CBS: algemene kostenontwikkeling van medisch-specialistische zorg in algemene en academische ziekenhuizen; de ontwikkeling in capaciteit van de revalidatieinstellingen.
- Revalidatie Nederland: brancherapporten ten behoeve van zorgproductie en trends over de jaren 2006-2011.
- DIS-gegevens (DBC Informatie Systeem): uitbetaalde revalidatie DBC's over de jaren 2009-2011.
- Zorgverzekeraars: twee zorgverzekeraars hebben meegewerkt aan een analyse op patiëntniveau naar zorgconsumptie voorafgaand aan het openen van een poliklinische revalidatie-DBC.

Fase 3: Analyse en feedback
De resultaten van fase 2a en 2b zijn samengebracht in een voorlopige analyse. Deze bevindingen zijn voor commentaar voorgelegd aan alle bezochte instellingen. Een eerste concept rapportage werd met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie besproken.

Fase 4: Rapportage
Na verwerking van de commentaren van instellingen, begeleidingscommissie en opdrachtgever werd de rapportage afgerond.

3. WET- EN REGELGEVING

3.1.Zvw

Medisch specialistische revalidatiezorg was vroeger een functiegerichte omschrijving in de Ziekenfondswet (ZFW). In artikel 23 was dit als volgt omschreven:

> *"Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard omvat onderzoek, behandeling en advisering, te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist."*

Om hier invulling aan te geven is door ZN, RN, NVZ, KPZ en VRA in 2001 het document 'indicatiestelling revalidatiezorg' ontwikkeld.[1] Het document beschreef welke zorg volgens partijen behoorde tot de medisch specialistische revalidatie in het kader van de ZFW:

"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.*

De revalidatiezorg beoogt ten behoeve van deze problematiek:

- *de stoornissen en de (mogelijk) daaruit voortvloeiende beperkingen zo vroeg mogelijk te onderkennen (diagnostiek).*
- *daarover op verzoek te adviseren (advies en consultatie),*
- *en door behandeling, op basis van analyse/diagnostiek van deze stoornissen en/of beperkingen en de (mogelijk) daaruit voortvloeiende handicap dezen te voorkomen, herstellen of verminderen, dan wel door beperkingen beter hanteerbaar te maken handicap preventie te bewerkstelligen."*

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is revalidatiezorg als bijzondere verstrekking losgelaten. In de Zvw is revalidatie onderdeel van het in artikel 10 meer in algemene termen omschreven verzekerde risico 'geneeskundige zorg, verpleging, verzorging, verblijf' ed. Het door wie en waar van de uitvoering van de zorg wordt in de functiegerichte omschrijving van de Zvw niet meer geregeld op het niveau van de wet- en regelgeving, maar in de polis tussen zorgverzekeraar en verzekerde.

In het Besluit zorgverzekering (Bzv, een AMvB bij de Zvw) wordt een nadere omschrijving gegeven over de inhoud en omvang van deze zorg:

> *"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6."*

Bij het inwerking treden van de Zvw is het verzekerde pakket van de ZFW één op één overgegaan, niet minder maar ook niet meer. Dit betekent dat de bovengenoemde formulering uit het document indicatiestelling (2001) nog steeds van kracht is. Daarbij moet worden aangetekend dat de VRA en RN

---

[1] De VRA en RN hebben weliswaar recentelijk een nieuwe versie van het document indicatiestelling opgesteld, maar deze nieuwe versie is nog niet door andere partijen gefiatteerd. Het CVZ beschouwt het document van 2001 nog als het leidende toetsingskader.

onlangs een nieuwe versie hebben opgesteld die voor beoordeling is toegestuurd aan Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen.

Rond het revalideren van mensen in het arbeidsproces is de wetgeving veranderd. Sinds 2005 is de Wet Revalidatie Arbeidsgehandicapten afgeschaft. Reïntegratiebedrijven boden multidisciplinaire zorg aan, aanvullend op de extramurale fysio- en ergotherapie in de eerstelijn. Werd daarvoor een deel van de behandeling door het UWV vergoed, vanaf 2005 moeten de kosten volledig worden vergoed door de werkgever. Enkele reïntegratiebedrijven hebben sindsdien een ZBC opgericht die is toegelaten in het kader van de WTZi.

3.2. Pakketbeheer

Het CVZ vervult in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ de functie van pakketbeheerder. Eén van de hierbij aan het CVZ toebedeelde taken is de duiding van het te verzekeren pakket aan de hand van de geldende wet- en regelgeving. Het CVZ beoordeelt in dit kader welke zorg deel uitmaakt van het basispakket.

Beoordelingscriteria
De Zvw vereist dat de zorg voldoet aan:
1. De stand van wetenschap en praktijk;
2. 'Plegen te bieden';
3. Dat verzekerde redelijkerwijs een beroep dient te doen op de gevraagde zorg (d.w.z. dat niet middels minder dure zorg of zelfzorg etc. een afdoende resultaat kan worden bereikt).

Ad 1
Eén van de kernpunten uit de Zvw is dat het antwoord op de vraag of zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk[2]. Dit criterium geldt sedert de invoering van de Zvw (per 1 januari 2006) en is in de plaats gekomen van het gebruikelijkheidscriterium uit de ziekenfondsverzekering. Dit laatste criterium gold destijds alleen voor huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. Met de invoering van de Zvw is het criterium (thans: stand van de wetenschap en praktijk) gaan gelden voor alle zorgvormen. Dat betekent dat er een voor alle zorgvormen consistent beoordelingskader wordt gehanteerd.
Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap en praktijk, en die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Verder is van belang dat EBM naast internationale literatuur rekening houdt met de gepubliceerde expert-opinie. De EBM-methode richt zich op "het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal".

Ad 2
In artikel 2.4, lid 1, Besluit zorgverzekering is bepaald dat geneeskundige zorg, zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.
De systematiek van de Zorgverzekeringswet en de onderliggende regelgeving brengen met zich mee dat men, pas nadat is vastgesteld dat er sprake is van 'zorg zoals een (in de regelgeving genoemde) beroepgroep pleegt te bieden', toekomt aan beoordeling van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Anders gezegd: zorg die niet 'pleegt te worden geboden' behoort (reeds om die reden) niet tot de te verzekeren prestaties, ook al zou het gaan om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk'. Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden', maar waarvan wordt vastgesteld dat deze niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', behoort ook niet tot de te verzekeren prestaties. In dat geval is het laatstgenoemde criterium het doorslaggevende criterium[3].

De te verzekeren prestaties – de prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – zijn in de Zvw functioneel omschreven. Alleen het '*wat'* (de inhoud en omvang van de zorg) en het '*wanneer'* (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. '*Wie'* de zorg verleent en '*waar'* de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraars. De regel-

[2] CVZ, Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (2007)
[3] CVZ, Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden' (herziene druk 2009)

gever heeft dit voor sommige zorgvormen in de Zvw vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term ‘plegen te bieden’. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners (‘zorg zoals die en die zorgverleners die plegen te bieden’) worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Anderzijds wordt door de gekozen formulering niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van een te verzekeren prestatie.
Zorg die ‘pleegt te worden geboden’ betreft – kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep ‘pleegt te bieden’. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op ‘professioneel juiste wijze’.

Het criterium ‘plegen te bieden’ laat ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polisvoorwaarden) te bepalen tot wie een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden. Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever gestelde grenzen in acht nemen. De wettelijke grenzen kunnen worden ontleend aan de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG). Die wet brengt - met name als het gaat om voorbehouden handelingen – beperkingen met zich mee. Met betrekking tot niet-voorbehouden handelingen heeft een zorgverzekeraar meer ruimte. Voor het verlenen van zorg kan hij (via bepaling in de polis) allerlei (categorieën) beroepsbeoefenaren inschakelen. Hij moet zich er wel van vergewissen dat degenen die hij noemt ook daadwerkelijk in staat zijn (bekwaam zijn) om de zorg op het vereiste niveau – het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep die die zorg pleegt te bieden – te verlenen.

Ad 3
Dit criterium is een rechtvaardiging om een behandeling af te wijzen als volstaan kan worden met behandeling in een lager echelon (“stepped care”).

3.3. Openingsbevoegdheid voor DBC’s

Tot op heden heeft de medisch specialist het alleenrecht tot het openen van een DBC met de verplichting van een face–to–face contact met de patiënt. Zonder medisch specialistische inbreng van een revalidatiearts is het onmogelijk om revalidatie-DBC’s te openen en te declareren.

De minister heeft de NZa gevraagd welke financiële belemmeringen er zijn om taken van medisch specialisten in ziekenhuizen en de GGZ over te dragen aan de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist. Nu kunnen alleen medisch specialisten een diagnose-behandelcombinatie (DBC) openen. De NZa adviseerde in 2012 om de lijst van zorgverleners die een DBC mogen openen uit te breiden. Het is aan de minister om te beoordelen of een beroepsgroep hiervoor in aanmerking komt. Daarnaast mag een bezoek aan de polikliniek op dit moment alleen geregistreerd worden als een specialist de patiënt gezien heeft. De NZa adviseert om de verplichting tot een face-to-face contact met een specialist te vervangen door een face-to-face contact met een willekeurige BIG-geregistreerde zorgverlener. De minister heeft overigens over dit onderwerp nog geen standpunt ingenomen.

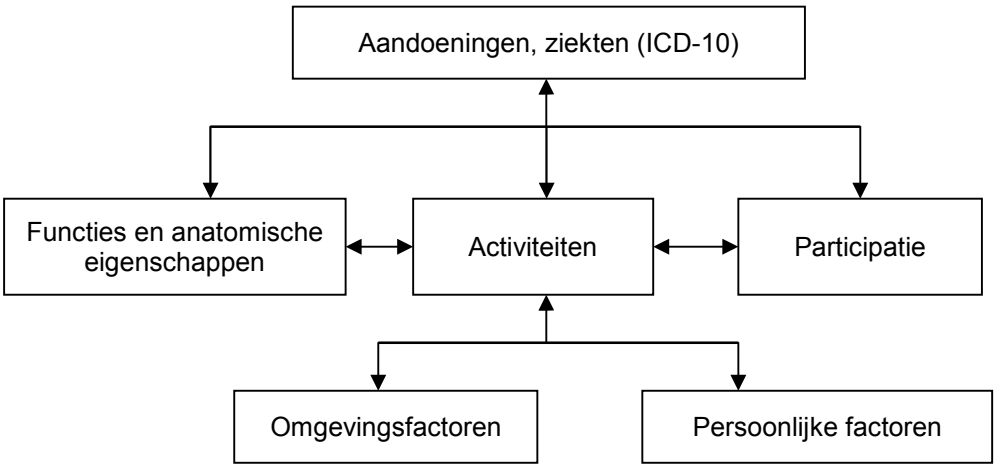
4. MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

De term revalidatie is geen 'beschermd' begrip. Allerlei vormen van herstelzorg, in verschillende settingen, maken gebruik van het etiket revalidatie. Datgene wat revalidatieartsen tot hun domein rekenen, de revalidatiegeneeskunde, omvat maar een deel van wat in de praktijk van alle dag 'revalidatie' wordt genoemd.

Revalidatie manifesteert zich dus in verschillende vormen:

- Medisch specialistische revalidatie onder leiding van een revalidatiearts (intercollegiaal consult, specialistische-, klinische- en poliklinische DBC's);
- Medisch specialistische revalidatie onder leiding van andere medisch specialisten bv. hartrevalidatie (cardioloog) of longrevalidatie (longarts);
- Geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde;
- Diverse vormen van eerstelijnsrevalidatie.

Ook internationaal bezien bestaat er geen eenduidige definitie. Echter het moet altijd gaan om zorg die wordt gegeven met als doelstelling het opheffen of verminderen van beperkingen en/of participatieproblemen zoals gedefinieerd in de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De revalidatiearts maakt in zijn handelen gebruik van instrumenten en terminologie die passen binnen het ICF-model (figuur 1).



Figuur 1: ICF-model (WHO 2001)

Binnen het ICF-model wordt het menselijk functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn benaderd vanuit de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en de externe en persoonlijke factoren. In het ICF-model staat de gehele patiënt en zijn omgeving centraal. In dit model worden stoornissen gedefinieerd als afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Participatieproblemen betreffen de problemen van iemand met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Iemand kan stoornissen hebben zonder dat dit leidt tot beperkingen of participatieproblemen. Anderzijds kan iemand beperkingen hebben zonder participatieproblemen, of andersom participatieproblemen hebben zonder stoornissen of beperkingen.

4.1. Revalidatiegeneeskunde

De revalidatieartsen zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). In 2012 waren 460 revalidatieartsen in de sector werkzaam en waren 156 assistenten in opleiding.
Toegang voor medisch specialistische revalidatie wordt geregeld via een landelijk document Indicatiestelling revalidatiezorg (2001) dat door revalidatieartsen word gehanteerd. Van dit document wordt door de VRA en RN momenteel een nieuwe versie voorbereid. In dit document worden de algemene criteria beschreven waaraan een patiënt moet voldoen om voor MSR in aanmerking te komen.

In het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde[4] van de VRA wordt aangegeven dat revalidatiegeneeskunde zich richt op het bevorderen van de autonomie van de patiënt, waarbij participatie in de maatschappij centraal staat. Waar andere medische specialisten zich bezighouden met de behandeling van ziekten en aandoeningen, richten revalidatieartsen zich nadrukkelijk op het verminderen van de gevolgen en waar mogelijk preventie daarvan.

In het handelen van de revalidatiearts worden de volgende fasen onderscheiden: diagnostiek, prognostiek, behandeling en evaluatie. De complexiteit wordt bepaald door de specialisatie- of moeilijkheidsgraad in diagnostiek en door het gestelde behandeldoel.

Revalidatiegeneeskunde richt zich op patiënten (in het Beroepskader deels gebaseerd op het document Indicatiestelling uit 2001):

1. *"Somatische ziekten, trauma's of aangeboren afwijkingen van het bewegings- en houdingsapparaat;*
2. *Somatische ziekten of aandoeningen die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;*
3. *Somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;*
4. *Somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (inclusief sensitisatie bij chronische pijn) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn;*
5. *Chronische pijn van het bewegingsapparaat, zowel aspecifiek (er is geen of 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;*
6. *Kanker en/of beperkingen ten gevolge hiervan (oncologische revalidatie);*
7. *Diabetes (diabetesrevalidatie);*
8. *Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie;*
9. *Beperkingen op het niveau van arbeidsparticipatie.[5]"*

De onderzoekers constateren dat de professie met de formulering van dit Beroepskader het domein van het vak heeft verruimd ten opzichte van het document 'Indicatiestelling revalidatiezorg' uit 2001. Deze verruiming betreft een expliciete aanduiding van kanker, diabetes, SOLK en arbeidsrevalidatie, waarbij aangetekend kan worden dat behandeling van chronische pijn altijd al tot het arsenaal van de revalidatiearts heeft behoord[6]. In het document uit 2001 werd naast een beperkter domein ook meer nadruk gelegd op stoornissen en beperkingen van het bewegingsapparaat en bewegingsvermogen. Het beroepskader sluit meer aan bij de huidige praktijk waarin maatschappelijk hoe langer hoe meer eisen worden gesteld aan de participatie.

De opsomming van aandoeningen en ziekten in het beroepskader wil echter niet zeggen dat op het moment dat een revalidatiearts betrokken is bij de behandeling, automatisch sprake is van medisch specialistische revalidatie. Het kan ook gaan om betrokkenheid bij diagnostiek alleen (consult) en/of medebehandeling bij bv. een long- of hartrevalidatie patiënt. Hierbij is een andere medisch specialist hoofdbehandelaar. Ook wil deze opsomming niet zeggen dat een revalidatiearts bij elke patiënt op de genoemde gebieden, betrokken zou moeten zijn. In de MSR gaat het om de behandeling van de gevolgen van de genoemde aandoeningen, waarbij ook de principes van stepped care en complexiteit het uitgangspunt blijven.

Voor de revalidatiegeneeskunde zijn verschillende richtlijnen opgesteld. In bijlage 3 staan de geautoriseerde richtlijnen en protocollen waarvan de VRA de (mede)houder is. Naast de richtlijnen waarvan de VRA (mede)houder is, gebruiken revalidatieartsen ook andere richtlijnen, waarbij de beroepsgroep rond de opstelling veelal betrokken is geweest. Daarnaast zijn er verschillende behandelkaders opgesteld (bijlage 3).

---

[4] Versie augustus 2012.
[5] In het kader van het ICF-model een onduidelijke formulering: gaat het om beperkingen die leiden tot problemen in de arbeidsparticipatie of puur om problemen rond de arbeidsparticipatie?
[6] In een volgende versie van het beroepskader wordt deze brede omschrijving overigens weer beperkt.

Met betrekking tot MSR van het bewegingsapparaat en chronische pijn werkt de beroepsgroep aan protocollen voor een gestandaardiseerde intake. Revalidatieartsen geven aan dat de vertaling van de uitslag van deze protocollen in een volledige gestandaardiseerd behandelplan onmogelijk is; dit komt deels omdat de complexiteit van het type patiënten juist een kenmerk is van het vak en dus niet alles volgens protocol kan / zal verlopen. Volgens de de VRA is typisch voor MSR dat gedurende een behandeltraject de inbreng van de revalidatiearts onmisbaar is om het beleid te kunnen evalueren en bijstellen.

4.2. Randvoorwaarden Beroepskader

In het Beroepskader zijn 62 randvoorwaarden geformuleerd om revalidatiegeneeskunde op verantwoorde wijze te kunnen uitoefenen, uitgesplitst naar:

- Inzet en expertise van de revalidatiearts
- Inzet en expertise van het revalidatiebehandelteam
- Instelling en organisatie
- Netwerk

De volgende randvoorwaarden zijn in dit kader relevant:

A. "*De revalidatiearts heeft in (alle fasen van) het revalidatieproces direct arts-patiënt contact, ten minste 1 uur per patiënt, tenzij het gaat om patiënten die gezien worden door een revalidatiearts in de rol van consulent-adviseur.*
B. *De revalidatiearts is verantwoordelijk voor het toezien op de principes van "stepped care". Dit houdt in dat de revalidatiearts beoordeelt of er een primaire indicatie is voor revalidatiegeneeskundige behandeling of voor behandeling in een andere instelling, dan wel op een ander niveau.*
C. *Indien er sprake is van gedelegeerde taken van de revalidatiearts naar de physician assistent of een vergelijkbare medewerker, dan dient de betrokkenheid van de revalidatiearts wel aantoonbaar te voldoen aan de punten genoemd onder 'inzet en expertise van de revalidatiearts' in het hoofdstuk randvoorwaarden van het Algemeen Beroepskader. De verantwoordelijkheden en taken dienen schriftelijk te zijn vastgelegd*
D. *De revalidatiearts neemt deel aan de kwaliteitsvisitaties van de VRA.*
E. *De omvang van het aantal in te zetten (fte) revalidatieartsen in een instelling dient in redelijke verhouding te staan tot het aantal patiënten of bedden ("caseload") en wel in een verhouding van*[7],[8]*:*
   i. *1 fte revalidatiearts doet maximaal 1000 eerste patiëntbezoeken en/of klinische medebehandelingen per jaar.*
   ii. *Of 1 fte revalidatiearts coördineert maximaal 12.000 poliklinische behandeluren (volwassenen*).*
   iii. *Of 1 fte revalidatiearts per 32 bedden (hierin zijn ook klinische Revalidatie Behandeluren verdisconteerd).*
   iv. *Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleidings)instelling werkzame aios/ anios/ PA's revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte's bedraagt ten hoogste 1,5 maal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte's dat in de instelling werkzaam is. In een specifiek besluit kan een aan deze ratio aanvullende bepaling worden opgenomen*[9]*.*
F. *De instelling met Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB) beschikt over tenminste 2 revalidatieartsen die tezamen voor minimaal 0,5 fte aan de instelling verbonden zijn om de continuïteit te kunnen waarborgen. De revalidatieartsen dienen minimaal 1 dagdeel per week gelijktijdig aanwezig te zijn voor o.a. overdracht en collegiaal overleg.*
G. *Er is een revalidatiearts op de locatie aanwezig tijdens de behandelingen of direct bereikbaar voor overleg."*

---

[7] De onderstaande punten zijn additief aan elkaar.
[8] De getallen zijn maximum getallen. Dit wil zeggen indien de aantallen boven deze getallen liggen de kwaliteit van de behandeling niet meer gegarandeerd kan worden. Dit dient niet gelezen te worden als een productienorm die gehaald dient te worden. Per doelgroep verschillen deze aantallen.
[9] 1 fte aios/ anios/ PA : 0,5 fte revalidatiearts. NB. Het maximaal aantal poliklinische behandeluren voor kinderen zal in overleg met de Sectie Kinderrevalidatie worden vastgesteld. Vooralsnog wordt in het rekenvoorbeeld het maximaal aantal poliklinische behandeluren gebruikt voor volwassenen.

4.3. Opleidingsplan

In het opleidingsplan voor de revalidatiegeneeskunde 'Beter' (2010) worden themagewijs de belangrijkste en grootste diagnosegroepen binnen de revalidatiegeneeskunde aangeduid. De keuze van de thema's in het opleidingsplan is gebaseerd op een aantal criteria en overwegingen, die inhoudelijk bepaald kunnen zijn of voortvloeien uit praktische overwegingen:

- Allereerst is de frequentie van voorkomen in de dagelijkse revalidatiegeneeskundige praktijk een belangrijk criterium geweest. Diagnoses en problemen die vaak leiden tot een verwijzing naar een revalidatiearts zijn bijvoorbeeld: CVA, neuromusculaire aandoeningen en cerebrale parese (deze opsomming is niet compleet).
- Verder zijn er aandoeningen die "prototypisch" zijn voor het vak, in die zin dat ze de aard en werkwijze van revalidatiegeneeskunde vanouds zeer helder tonen. Voorbeelden hiervan zijn dwarslaesieproblematiek, amputaties en ongevalletsels.
- Tot slot bepalen de dagelijkse praktijkvoering en actuele ontwikkelingen een deel van de keuze: zo zijn in de loop der jaren steeds meer aspecifieke diagnoses met consequenties voor het functioneren van de patiënt deel uit gaan maken van de praktijk (chronische pijn, onbegrepen bewegingsstoornissen, et cetera).

Concreet zijn de volgende thema's benoemd:

1. "*Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen (incl. cerebrovasculair accident)*
2. *Dwarslaesie*
3. *Neuromusculaire aandoeningen (NMA)*
4. *Amputatie onderste extremiteit*
5. *Gewrichtsgerelateerde aandoeningen / reumatische aandoeningen*
6. *Chronische pijn*
7. *Multitrauma-patiënten*
8. *Kinderrevalidatie"*

Deze klassieke revalidatiethema's komen in grote lijnen overeen met de omschrijving van MSR in het document Indicatiestelling revalidatiezorg uit 2001. In het beroepskader uit 2012 is MSR breder omschreven.

4.4. Specifieke thema's

Door medisch specialisten zijn rond een aantal aandoeningen specifieke revalidatieprogramma's ontwikkeld: hartrevalidatie, longrevalidatie en oncologische revalidatie. In bijlage 5 staan deze vormen van revalidatie in grote lijnen beschreven. Het betreft in de regel revalidatie onder leiding van een andere medisch specialist, met eigen DBC's. Slecht in uitzonderingsgevallen wordt, vanwege de complexiteit van het te bereiken behandeldoel, de revalidatiearts bij de behandeling betrokken.

In deze paragraaf wordt ingegaan op twee thema's: (i) Revalidatie bij chronische pijn en (ii) Arbeidsrevalidatie. Beide thema's spelen een rol in relatie tot de vraag rond de geconstateerde groei van gedeclareerde revalidatie DBC's.

4.4.1. Pijnrevalidatie

Citaat oratie Prof Schreurs (28-3-2013) *"Een op de vijf Nederlanders heeft last van chronische pijnklachten zoals rugpijn, fybromyalgie, nek- en schouderpijn of chronische vermoeidheid. "Chronische pijn is aan de buitenkant vaak niet te zien, maar heeft een grote invloed op het dagelijks leven," vertelt Karlein Schreurs. "Die pijn beïnvloedt de stemming, werken, huishouding en sociale contacten. Dat er pijnklachten zijn zonder letsel of nadat letsel is hersteld, is vanuit traditionele medische modellen niet goed te verklaren. Het wordt echter steeds duidelijker dat ontregelingen van het zenuwstelsel en het stresssysteem een rol spelen bij het chronisch aanblijven van pijnklachten. Ook emotionele, cognitieve, sociale en omgevingsfactoren spelen een rol."*

Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn van het bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvinden onder eindverantwoordelijkheid van een revalida-

tiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. Er bestaat een groeiend inzicht dat een dergelijke benadering vaak effectiever is dan het doorbehandelen met medisch-technische ingrepen.

Bij pijnproblematiek bestaat er een glijdende schaal waarbij[10] vooral somatische problemen een rol spelen tot problematiek waarbij psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende en zelfs een oorzakelijk rol spelen. Er bestaat op dat moment een discrepantie tussen de mate van lichamelijke problematiek en de ernst van de beperkingen. Tussen beide uitersten bestaat een glijdende overgang, waarbij psychische en sociale factoren een steeds belangrijker (onderhoudende) rol spelen. Vanuit praktisch oogpunt heeft de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) een onderverdeling gemaakt in vier niveaus van pijnproblematiek en daarvoor kwaliteitsprofielen opgesteld. Niveau 1 geeft aan dat er somatische problematiek is zonder onderhoudende factoren anders dan de aandoening op zich. Niveau 4 geeft aan dat psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende of veroorzakende factor zijn. De overige 2 niveaus bevinden zich daartussen. De indeling is lastig omdat er een geleidelijke overgang is van niveau 1 naar niveau 4 en de interpretatie binnen de beroepsgroep van revalidatieartsen verschillend is. Tot op heden zijn er geen objectieve criteria, die een indeling in een niveau zonder meer mogelijk maken.

4.4.2. Arbeidsrevalidatie

Arbeidsrevalidatie richt zich vooral op het vergroten en maximaal benutten van de arbeidscapaciteit van de patiënt en valt onder de Zvw. Daarnaast verzorgt de arbeidsrevalidatie een overdracht naar de verantwoordelijke partijen rondom de re-integratie van de patiënt. Daar waar nodig kunnen deze partijen medisch inhoudelijk geadviseerd worden. Daadwerkelijke re-integratie vindt dus niet binnen de arbeidsrevalidatie plaats en valt niet onder de Zvw.
Veelal zijn re-integratietrajecten gericht op het aangaan van werk bij een nieuwe werkgever. Soms is de begeleiding gericht op het zo optimaal functioneren van een medewerker. In een dergelijk geval kan de werknemer door middel van jobcoaching, counseling of andere individuele vormen van coaching begeleid worden.
In een rapport van de SER[11] uit 2009 wordt onder andere melding gemaakt van de effectiviteit van de arbeidsrevalidatiegeneeskundige aanpak die ‘evidence based’ een meerwaarde heeft in de re-integratie. Tevens staat in dit rapport dat het van belang is dat er veel aandacht uit dient te gaan naar een betere ketenzorg rondom arbeid en gezondheid, zodat de re-integratie meer kans van slagen heeft.

Revalidatiecentra en sommige ZBC’s hebben een aparte tak (al dan niet ook juridisch gescheiden) die gespecialiseerd is in vraagstukken rondom arbeid en re-integratie, waarvan de bekostiging niet via de Zvw loopt. In multidisciplinair verband werken medewerkers met kennis op het gebied van de arbeidscapaciteit (onderzoek, trainen, adviseren), wet- en regelgeving (ziekte & arbeid, re-integratie) en arbeidsmarkt(her)oriëntatie. Deze expertise wordt ingezet indien er ten gevolge van fysieke, cognitieve of meervoudige beperkingen vragen aan de orde zijn omtrent de mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Vanuit de afdeling worden de contacten met de werkgevers en bedrijfsartsen onderhouden, zodat er een maximale samenwerking is tussen het team en de werkgever/Arbodienst.

Vroege interventie
Voor personen met aspecifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat die vanwege die klachten langdurig ziek (thuis) zijn, biedt het diagnostisch instrument ‘Vroege Interventie’ de mogelijkheid om hun klachten nader te onderzoeken op een eerder moment dan gebruikelijk is in het revalidatietraject. Op grond van dat onderzoek kan een interventie worden voorgesteld. Hierdoor lopen zij minder risico dat hun klachten overgaan in langdurige chronische klachten met het risico van permanente uitval op het werk. De Vroege Interventie bestaat uit een intake door de revalidatiearts, gevolgd door multidisciplinair vervolgonderzoek: de quickscan. In 2008 stelde het CVZ dat de quickscan past binnen het zorgdomein, binnen het te verzekeren risico van de Zvw en binnen de zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De quickscan is niet een nieuwe diagnostische test, maar een al lang in de revalidatie bestaande diagnostische methode. De quickscan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De quickscan leidt tot een advies ten aanzien van een eventueel vervolgtraject dat kan liggen op het terrein van Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie, Medisch Specialistische Revali-

[10] Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie (2004)
[11] SER, Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties (2009)

datie of arbeidsre-integratie. De Vroege Interventie behoort als diagnostisch instrument tot de te verzekeren prestaties van het basispakket van de Zvw.
Naast de 'Vroege Interventie' als diagnostisch instrument, betreft het ook een specifieke aanpak voor arbeidsrevalidatie uitgevoerd door een 14-tal instellingen in Nederland.

5. ZORGAANBIEDERS

5.1. Traditionele aanbieders

Zoals in de inleiding aangegeven lijkt hetgeen onder medisch specialistische revalidatiezorg wordt verstaan in de voorbije jaren een ruimere interpretatie te hebben gekregen. Van oudsher kennen we enerzijds revalidatiecentra voor klinische en poliklinische revalidatie en anderzijds zijn revalidatieartsen aan algemene en academische ziekenhuizen verbonden voor poliklinische behandeling en klinische consulten/medebehandeling. Vaak is sprake van een verwevenheid in de personele sfeer tussen de revalidatieinstellingen en de ziekenhuizen. Nederland telde in 2010 21 revalidatieinstellingen die allen lid zijn van de brancheverenigingen Revalidatie Nederland. Daarnaast waren in 2010 ook 6 ziekenhuizen geassocieerd lid van Revalidatie Nederland.
De revalidatieinstellingen zijn sterk betrokken bij wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen, subspecialisatie en de opleiding van diverse professionals. Naast de revalidatiearts bestaat het multidisciplinaire team uit een grote verscheidenheid van professionals.

Revalidatiecentra bieden medisch specialistische revalidatie in de volle omvang met soms speciale afdelingen voor specifiek ziektebeelden (bijvoorbeeld dwarslaesie). Daarnaast zijn er speciale centra voor kinderrevalidatie. Bij de aandoeningen wordt een onderscheid gemaakt tussen neurologische en niet-neurologische.

Neurologisch
Neurologische aandoeningen vinden hun oorzaak in de hersenen en/of het zenuwstelsel. Het kan hierbij gaan om aangeboren afwijkingen maar ook om niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Voorbeelden zijn diagnosen zoals een beroerte (CVA), spierziekten (NMA, ALS, HMSN, (P)SMA etc.), multiple sclerose (MS), dwarslaesie, Parkinson, hersenkneuzing (contusio cerebri), open rug (spina bifida), plexusletsels etc.

Niet-neurologisch
Niet-neurologische aandoeningen zijn letsels of beperkingen die hun oorzaak hebben in het lichaam, en niet in de hersenen. Het gaat hierbij om diagnoses zoals amputatie, gewrichtsproblemen, reuma, handletsel, hartrevalidatie, longrevalidatie, rugklachten, posttraumatische dystrofie (CRPS), brandwonden, chronische pijn, meervoudig letsel (politrauma), beenletsel etc.

In algemene en academische ziekenhuizen richt de revalidatie zich met name op poliklinische revalidatie en de consultfunctie. Evenals de hele revalidatiesector heeft de ziekenhuisrevalidatie de afgelopen tien tot vijftien jaar een duidelijke groei doorgemaakt. Steeds meer revalidatiebehandelingen worden ook in ziekenhuizen gedaan. Er zijn (nog) geen algemene ziekenhuizen met klinische opnamemogelijkheden.

5.2. Nieuwe aanbieders

In de afgelopen 3 jaar zijn ZBC's opgericht voor poliklinische revalidatie. In totaal waren er in 2011 14 ZBC's die MSR declareren. Eén van deze ZBC's is onderdeel van een revalidatie-instelling. Het is onbekend hoeveel ZBC's in de periode 2012-2013 zijn opgericht. De ZBC's zijn in een aantal gevallen ontstaan vanuit re-integratiebedrijven (waarvan sommige in het verleden zijn opgericht door een zorgverzekeraar) en in andere gevallen ligt de oorsprong in een eerstelijnspraktijk (fysiotherapie). In vrijwel alle gevallen zijn de ZBC's relatief jonge organisaties die zich vooral richten op specifieke gebieden. Voorbeelden van teksten op de respectievelijke websites zijn:

- Revalidatie voor mensen met chronische fysieke klachten, die daarnaast psychische en sociale problemen hebben;

- Revalidatie voor mensen met chronische pijnklachten van het bewegingsapparaat;
- Revalidatie voor lichamelijke en psychische klachten;
- Revalidatie gericht op chronische klachten bij wie (para)medische behandelingen niet of nauwelijks hebben geholpen;
- Revalidatie is o.a. gericht op klachtenbeelden van het bewegingsapparaat (rug-, nek-, schouderklachten, zoals chronische lumbago, status na HNP, RSI/Cans klachtenbeelden etc.), whiplash, (chronische) vermoeidheid (ME/CVS), Burn Out klachten, diverse psychische ziektebeelden (zoals depressie e.d.), fibromyalgie, bekkeninstabiliteit, moeheid na kanker of bij chronische ziektebeelden e.d.;
- Revalidatie is specifiek ontwikkeld voor mensen met aanhoudende aspecifieke, vaak fysiek gelabelde klachten die gecombineerd kunnen zijn met andere psychosociale problemen.

Het beoordelen van de validiteit ten aanzien van het indicatiegebied en de complexiteit van diagnostiek of behandeldoel heeft geen onderdeel uitgemaakt van dit onderzoek. In het algemeen wordt het indicatie instrument uit 2001 zo geïnterpreteerd dat de behandeling van primaire GGZ-problematiek (depressie, angststoornissen, PTSS) géén onderdeel uitmaakt van de MSR. In de op de websites gevonden teksten wordt het indicatiegebied van MSR uitdrukkelijk ruimer omschreven.

Karakteristieken

Gelet op het nog korte bestaan van de ZBC's worden hieronder een aantal algemene kenmerken beschreven van de bezochte ZBC's; hierbij moet worden aangetekend dat niet alle ZBC's zijn bezocht (7 van de 14) en niet al deze kenmerken overal aanwezig zijn. Er bestaan ook grote onderlinge verschillen die echter vanwege de opzet van het onderzoek niet per individuele instelling worden beschreven.

- De intake vindt meestal plaats aan de hand van (vooraf ingevulde) vragenlijsten. Per ZBC is er sprake van standaardisatie, maar onderling zijn er grote verschillen. Niet overal bestaat er bij de intake een face-face contact tussen cliënt en revalidatiearts.
- De ZBC's hanteren eigen inclusie- en exclusiecriteria; men richt zich (een uitzondering daar gelaten) alleen op volwassenen.
- Van cliënten wordt de nodige inzet en motivatie gevraagd bij het doorlopen van het programma, dat in de regel zeer tijdsintensief is.
- Veelal is sprake van een modulair en intensief behandelprogramma op geleide van de klachten/beperkingen en behandeldoel. Het revalidatieprogramma is in de regel afgegrensd in de tijd (3 – 4 maanden).
- Er is altijd een revalidatiearts bij de behandeling betrokken, zij het soms in marginale zin (teleconsult).
- Naast de revalidatiearts bestaat het multidisciplinaire team veelal uit een psycholoog, ergotherapeut, manueel therapeut en fysiotherapeut.
- Verwijzingen komen van huisartsen, medisch specialisten en bedrijfsartsen, overigens met een verschillende verdeling. In sommige ZBC's is er niet tot nauwelijks sprake van verwijzingen door bedrijfsartsen en soms betreft dat 90% van de verwijzingen.
- Men geeft in sommige gevallen aan dat ziekenhuizen en revalidatiecentra dermate lange wachttijden kennen dat mensen van daaruit worden doorverwezen; de ZBC's zelf hebben nauwelijks tot geen wachttijd.
- De ZBC's geven aan weinig uitval van cliënten te zien tijdens het volgen van de behandeling.
- Er bestaat een grote variatie in omzet van enkele tonnen tot 25 miljoen euro (2011).
- De grotere ZBC's zijn veelal betrokken bij onderwijs en onderzoek.

Geconstateerd moet worden dat het ondernemerschap, de programmatische aanpak en de groei van de ZBC's niet onopgemerkt zijn gebleven in de branche. De marktwerking lijkt hier zijn vruchten af te werpen in de zin dat dit voor de traditionele instellingen een extra stimulans is om zich te beraden op hun eigen aanbod.

Naast de groei van ZBC's zijn er ook nieuwe aanbieders uit de kring van verpleeghuizen. Met de overheveling van de geriatrische revalidatie van de AWBZ naar de Zvw in 2013, zijn er verpleeghuizen die een revalidatiearts aan zich binden. Vaak is dat om de expertise te vergroten (bij triage en behandeling) binnen de geriatrische revalidatie, maar soms is het oogmerk ook om medisch specialistische revalidatie te gaan leveren en DBC's te gaan declareren.

6. FINANCIERING EN CONTRACTERING

6.1. Toelating en marktwerking

Zorginstellingen hebben een toelating nodig wanneer zij zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) regelt de toelatingen, stelt regels over goed bestuur en bepaalt daarnaast in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden. Doel van de WTZi is vereenvoudiging van de overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen en de gewenste marktwerking te faciliteren[12].
Bij de aanvraag voor de toelating toetst het CIBG of de instelling aan bepaalde eisen voldoet. De belangrijkste eisen zijn de bereikbaarheid van acute zorg en de transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering, zoals het hebben van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan en eisen aan de financiële administratie.

In de praktijk blijkt het geen grote opgave om als startend ZBC een toelating te verkrijgen, als e.e.a. juridisch administratief goed op papier staat. Sommige ZBC's voeren zelf geen enkele behandeling uit, maar huren de volledige zorg bij derden in. Het ZBC is dan toegelaten, maar de daadwerkelijke zorg wordt door anderen geboden. Tenslotte moet erop worden gewezen dat een toelating niet betekent dat de geboden zorg automatisch het predicaat "verzekerde zorg" heeft.

6.2. Beleid zorgverzekeraars

Ten aanzien van de klassieke revalidatie branche bestaat er een helder beleid, alle revalidatieinstellingen hebben met alle zorgverzekeraars contracten; dit overigens niet altijd voor alle producten. Tevens is er een beweging gaande waarbij tussen revalidatiecentra en zorgverzekeraars afspraken worden gemaakt ten einde het terugverwijzen naar een minder complex echelon mogelijk te maken. In het kader van vernieuwing zijn sommige verzekeraars met revalidatieinstellingen in gesprek om te komen tot een vorm van multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie.

Wat betreft de ZBC's doet zich een apart fenomeen voor. Op inhoudelijke gronden zijn zorgverzekeraars van oordeel dat hetgeen door veel ZBC's wordt geleverd zinvol is, maar dat hier in veel gevallen geen sprake is van medisch specialistische revalidatie. Vragen worden gesteld over het toepassen van de principes van stepped care en of de mate van complexiteit binnen de groep patiënten de inzet van mensen en middelen rechtvaardigt (dure DBC's). In de huidige kwaliteitsprofielen worden geen heldere criteria aangegeven rond de begrippen 'stepped care' en 'complexiteit'. Ook geven deze profielen geen houvast voor de te gebruiken instrumenten bij de diagnostiek. De aanbieders van dit type revalidatie kunnen daarop dus ook niet eenduidig worden getoetst volgens een algemeen erkende norm.

Desondanks sluiten veel verzekeraars toch contracten af met ZBC's voor medisch specialistische revalidatie. In sommige gevallen speelt daarbij mee dat de verzekeraar betrokken is geweest bij het initiatief en/of aandeelhouder is. Belangrijk argument voor het sluiten van een contract is het feit dat niet gecontracteerde ZBC's zonder volumerestrictie declaraties kunnen indienen; met contractering worden afspraken gemaakt over het productieplafond. Een ander genoemd argument is 'angst' voor het verlies van verzekerden (met name de collectieve contracten).

Indien sprake is van de contracten met ZBC's worden kortingen op de DBC-tarieven overeengekomen, bijvoorbeeld 30% of 40% op het gebruikelijke tarief. Gelet op de kostenstructuur van de ZBC's (huisvesting, overhead en dergelijke) past zulks bij de marktwerking. Indien er geen contract bestaat tussen de zorgverzekeraar en de ZBC geldt ook een lagere vergoeding (passantentarief), die verschilt per verzekeraar/polis.

In juli 2011 is een Hoofdlijnenakkoord gesloten tussen vijf partijen: het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars

[12] VWS, Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (2005)

Nederland (ZN). Belangrijkste doelen zijn: beheersing van de kosten en verdere kwaliteitsverbetering van de zorg. In het akkoord is een beheerste uitgavengroei vastgelegd van structureel 2,5 procent per jaar voor de periode 2012 tot 2015. ZBC's die niet door een zorgverzekeraar zijn gecontracteerd, zijn niet gebonden aan het Hoofdlijnenakkoord. Maar de kosten die zij genereren, worden wel meegeteld in het totale budget. Als gevolg van het uitgavenplafond in het Hoofdlijnenakkoord kunnen ziekenhuizen en revalidatiecentra genoodzaakt zijn de instroom te reguleren, waardoor mensen zich kunnen wenden tot op al dan niet gecontracteerde ZBC's.

6.3. Toekomstige financiering

Sinds januari 2009 is er in de revalidatiegeneeskunde sprake van een DBC-productstructuur. Het instellingsbudget wordt bepaald door de contracten tussen instelling en zorgverzekeraars. De tarieven worden door de overheid vastgesteld; per 2012 betreft het maximum tarieven. Het voornemen is om in 2013 voor de MSR een nieuwe DBC-systematiek met meer medisch herkenbare producten te ontwikkelen en daarna een directe koppeling te maken tussen productie per discipline en vergoeding (prestatiebekostiging). In een overgangsperiode wordt het verschil tussen prestatiebekostiging en het oude functiegerichte budget nog deels gecompenseerd. Vanaf 2015 geldt volledige prestatiebekostiging. Teneinde de sector hierop voor te bereiden, wordt aan de huidige productstructuur vanaf 2013 een zorgvraagindex (ZVI) gekoppeld. De zorgvraagindex beoogt iets te zeggen over de verwachte complexiteit van de behandeling. De index gaat over de doelstelling van de behandeling in de zin van participatie-ambitie: de afstand die bestaat tussen het aanvangsniveau en het beoogde eindniveau (niveau van functioneren). Het is echter onzeker in hoeverre de zorgvraagindex inderdaad een valide instrument is om onderscheidend te zijn voor de verzekerde prestatie MSR.

De minister heeft aangegeven de Zvw te willen wijzigen om zorgverzekeraars de mogelijkheid te geven om niet gecontracteerde zorg niet meer te vergoeden. Op dit moment staat in de wet dat een verzekeraar voor in natura verzekerde zorg een lagere vergoeding mag geven. Deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat het verzekerden belemmert om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dit 'hinderpaal-criterium' verbiedt zorgverzekeraars de hele rekening bij de patiënt neer te leggen. Nieuwe Europese wetgeving maakt aanpassing van de Zvw op dit punt volgens de minister mogelijk.

7. VOLUME-ONTWIKKELING

In dit hoofdstuk wordt getracht inzicht te bieden rond een aantal vragen:

- Wat is de algemene kostenontwikkeling van de medisch specialistische revalidatie? Wijkt deze kostenontwikkeling af van andere typen medisch specialistische zorg in het algemeen?
- Wat zijn trends ten aanzien van de productie over de jaren heen? Zijn deze trends gelijkmatig verdeeld of bestaat er onderscheid naar type zorgaanbieder?
- Welke diagnosegroepen worden door nieuwe aanbieders gedeclareerd? Is daarin getalsmatig een onderscheid aan te brengen vergeleken met de klassieke revalidatieinstellingen?

Ten einde de kwantitatieve gegevens goed te kunnen interpreteren is het noodzakelijk vooraf een aantal kanttekeningen te plaatsen:

- Per 1 januari 2009 is de manier van financiering van de MSR veranderd. Tot die datum bestond er een methodiek van budgetfinanciering gerelateerd aan de afgesproken productie. Vanaf 2009 wordt revalidatie bekostigd via de systematiek van revalidatie-DBC's, de afrekening vond overigens t/m 2011 nog plaats op basis van verpleegdagen en Revalidatie Behandeluren (RBU's).
- DBC's worden geopend bij de aanvang van de behandeling van een patiënt. Het kan maximaal een jaar duren voordat een DBC wordt gesloten en door de zorgaanbieder wordt gefactureerd. Omdat Vektis en DBC-onderhoud hun databank vullen met gegevens van afgesloten DBC's, betekent dit dat deze statistieken achterlopen op de werkelijke productie. Het betreft immers betalingen. Zo is bekend dat op de dag van vandaag voor het jaar 2011 nog niet alle DBC's zijn gesloten; dit heeft tot gevolg dat ongeveer 10% van de productie van 2011 nog niet in IZiZ is opgenomen (februari 2013).
- In IZiZ worden de aanbieders gecategoriseerd in 4 typen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en 'overigen'. In deze laatste groep treffen we de ZBC's aan. Ten slotte is er een groep 'onbekend' (<1%). Het onderscheid in productie tussen revalidatiecentra en de ziekenhuizen (algemeen en academisch) is niet scherp begrensd. Er zijn ziekenhuizen die de revalidatie-DBC's zelf declareren. Andere kopen het hele pakket als het ware in bij een revalidatiecentrum en de DBC's worden door het revalidatiecentrum gedeclareerd. Die DBC's worden dan ook in de Vektis-registratie gecategoriseerd als 'revalidatiecentrum', terwijl de feitelijke plaats van handeling een ziekenhuis is. Reden waarom in een aantal tabellen de productie van ziekenhuizen en revalidatieinstellingen bij elkaar op zijn geteld.
- In de statistieken van het CBS treffen we de rubriek 'categorale ziekenhuizen' aan. Dit betreft niet alleen de traditionele revalidatieinstellingen, maar ook klinieken voor o.a. astma, epilepsie, longziekten, oogziekten, transplantatiecentra en privéklinieken met tot 24-uursverblijf.
- In de statistieken van Revalidatie Nederland (Brancherapporten) zijn opgenomen de gegevens van de bij RN aangesloten leden. Het betreft alle revalidatiecentra, de academische ziekenhuizen en ongeveer 2/3 van de algemene ziekenhuizen. Ongeveer 1/3 van de algemene ziekenhuizen zijn niet aangesloten bij RN. Ook de meeste ZBC's zijn niet bij RN aangesloten.
- De vulling van het DIS was voor het jaar 2011 zo onvolledig (<70% februari 2013) dat de gegevens niet zijn meegenomen in de analyse.

7.1. Kostenontwikkeling

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de kostenontwikkeling in de medisch specialistische zorg. In de CBS databank wordt een onderscheid gemaakt tussen academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en categorale instellingen. Deze laatste zijn niet in de tabel opgenomen, omdat van de categorale instellingen, wat betreft financiële omzet, ongeveer 50% niet in de revalidatieinstellingen wordt gerealiseerd en de cijfers dus niet representatief zijn voor de branche. De cijfers van RN betreffen alle leden. De cijfers van Vektis betreffen betaalde DBC's in heel Nederland, alle instellingen die revalidatie-DBC's declareren: revalidatieinstellingen, algemene- en academische ziekenhuizen en ZBC's .

De ontwikkelingen in de algemene en academische ziekenhuizen kunnen slechts gedeeltelijk worden vergeleken met de revalidatieinstellingen. De financiering van de ziekenhuizen gaat voor een deel via afspraken rond het 'wettelijk budget'; in toenemende mate is sprake van vrij onderhandelbare DBC's. Daarom is uit de CBS-statistiek voor de ziekenhuizen gekozen voor de 'netto omzet' en niet voor het

wettelijke budget dat fors lager ligt. De DBC's bij revalidatieinstellingen waren tot en met 2011 niet vrij onderhandelbaar, dus is in de vergelijking daar wel voor het wettelijke budget gekozen.

Tabel 1. Netto omzet (CBS) en wettelijk budget (RN) van ziekenhuizen en revalidatieinstellingen in miljoenen euro's; gedeclareerde DBC's (IZiZ).

CBS netto omzet	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Toename[13]
Acad. ziekenhuizen	3 693	3 772	3 661	4 057	4 402	4 541	23,0%
Algemene ziekenhuizen	10 309	10 412	11 039	11 857	13 036	12 776	23,9%
Revalidatie Nederland							
Leden RN wettelijk budget	370	395	400	414	430	467	26,2%
IZiZ							
Revalidatie DBC's totaal				588	561	511[14]	

De statistiek van IZiZ rond de revalidatie laat een tegenstrijdig beeld zien ten opzichte de licht stijgende lijn in de CBS- en branchestatistieken. Belangrijkste oorzaak hiervan is dat het betalingen betreft (en dus niet de productie) en de invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2009 een grote verschuiving heeft teweeg gebracht in declaratiegedrag bij de zorgaanbieders. Voor alle patiënten die per 1-1-2009 in behandeling waren is er een nieuwe DBC geopend. Dit heeft er toe geleid dat er in 2009 relatief veel eerste DBC's zijn gedeclareerd. En de uitgaven rond MSR lijken vanaf 2009 te dalen, dit in tegenstelling tot alle andere statistieken rond kosten en productie. De situatie lijkt zich vanaf 2011 in de cijfers te stabiliseren.
Hoe is de groei in kosten van de MSR nu in vergelijking met de groei van de totale groei van medisch specialistische zorg? Bij het vergelijken van de cijfers van het CBS met de gegevens uit de branche-rapporten van RN lijkt de conclusie gewettigd, dat de revalidatiebranche als zodanig financieel in de afgelopen 6 jaar slechts iets meer is gegroeid (26,2%) dan de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen in het algemeen (23,9%).

7.2. Ontwikkeling in capaciteit en productie

7.2.1. De traditionele aanbieders

In tabel 2 wordt een samenvatting gegeven van de productie capaciteit (CBS revalidatieinstellingen) en rond de groei van de productie blijkend uit de cijfers van Revalidatie Nederland. Dit betreft alle revalidatieinstellingen, en de leden onder de academische en algemene ziekenhuizen.

Tabel 2. Ontwikkelingen in capaciteit (gegevens CBS) en productie (leden RN) in de afgelopen 6 jaar.

CBS rev.instellingen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Verandering 2006-2011
Polikl. Behandelplaatsen	980	1.030	1.080	1.130	1.180		
Bedden klin. Behandeling	1.770	1.770	1.880	1.880	1.860		
RN leden							
Eerste consulten	39.810	44.308	41.743	46.770	50.765	50.147	26%
Poliklinische RBU (x1000)	1.455	1.564	1.632	1.719	1.847	1.991	37%
Klinische opname	7.397	7.541	7.715	7.794	7.902	8.236	11%
Klin. Verpleegdagen (x1000)	518	509	507	505	502	500	-3%
Gemiddelde verpleegduur	70	67,5	65,7	64,8	63,5	60,7	-13%
Klinische RBU (x1000)	858	864	914	944	987	1.011	18%
RBU per opname	116	115	118	121	125	123	6%
RBU-totaal (x1000)	2.313	2.429	2.546	2.663	2.835	3.003	30%

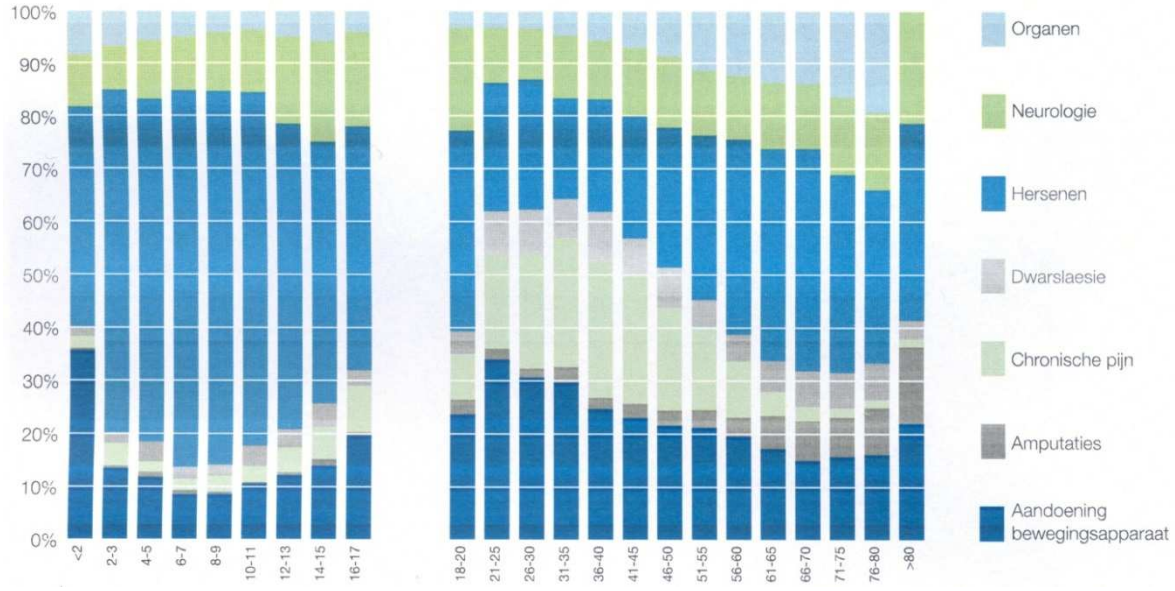
[13] Periode 2006-2011
[14] Het betreft de vulling begin februari 2013. Geschat wordt dat dit ongeveer 90% van de werkelijke waarde betreft. Daarmee komt de totale gedeclareerde productie 2011 ongeveer uit op de productie in 2010.

In het algemeen zijn de volgende conclusies te trekken uit deze gegevens:

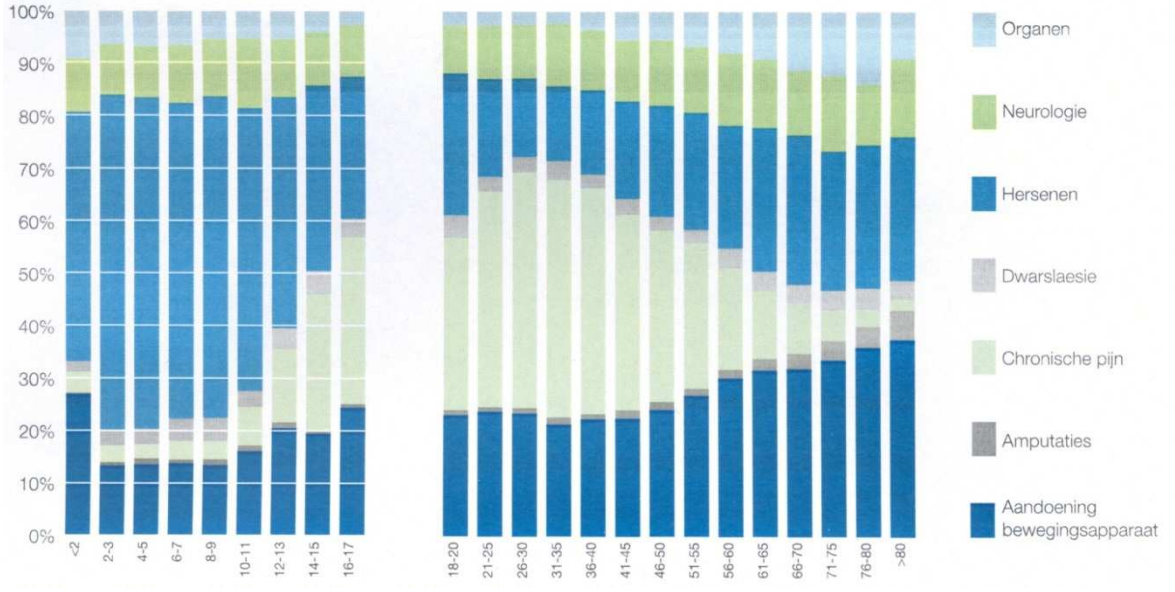
- Het aantal klinische bedden is redelijk stabiel. Door de afname van het aantal verpleegdagen vermindert het bedbezettingspercentage.
- Het aantal klinische opnames neemt toe, terwijl tegelijkertijd het aantal verpleegdagen afneemt. De gemiddelde verpleegduur neemt derhalve fors af. De intensiteit van de behandeling uitgedrukt in RBU's neemt per opgenomen patiënt toe. De algemene trend is dus meer patiënten intensiever behandelen en korter opnemen.
- De kortere opnameduur zou kunnen leiden tot meer poliklinische nazorgbehandelingen. Uit de beschikbare gegevens is dat echter niet direct af te leiden.

De figuren 1 en 2 laten respectievelijk de verdeling per diagnosegroepen van mannelijke en vrouwelijke poliklinische patiënten per leeftijdsgroep zien.

Figuur 1. Verdeling mannelijke poliklinische revalidatie naar leeftijd en diagnosegroep in 2011 (bron: brancherapport revalidatie).



Figuur 2. Verdeling vrouwelijke poliklinische revalidatie naar leeftijd en diagnosegroep in 2011 (bron: brancherapport revalidatie).



Opvallend is hier de grote groepen jongvolwassenen met chronische pijn. Een nadere analyse van de brancherapporten van RN vanaf 2002 leert, dat de groep chronische pijn bij volwassen poliklinische patiënten is toegenomen van ongeveer 7% (2002) van de patiënten naar 25% in 2011. Vanwege ver-

anderingen in classificatie (de statistiek van 2002 had een hoog percentage onbekende classificatie) zijn de cijfers ongetwijfeld niet helemaal één op één vergelijkbaar. Dat neemt niet weg dat geconstateerd kan worden dat in de reguliere branche de behandeling van chronische pijn een grote vlucht heeft genomen en voor een belangrijk deel de groei van de poliklinische revalidatie bij volwassen sinds 2002 kan verklaren.

Ten aanzien van de diagnosegroep 'bewegingsapparaat' is deze analyse vanaf 2002 niet goed uit te voeren, omdat deze diagnosegroep tot 2007 niet in de statistieken van RN als zodanig voorkwam. Wel zien we ook voor deze diagnosegroep een stijging van 22,5% naar 29,6% van het aantal poliklinische patiënten in de periode 2007-2011. In 2011 betreft het de grootste diagnosegroep voor poliklinische volwassen patiënten.

Geconcludeerd kan worden dat de afgelopen jaren het aantal poliklinische patiënten in de diagnosegroepen 'chronische pijn' en 'bewegingsapparaat' sterk is toegenomen. In 2011 betreft het gezamenlijk meer dan 50% van het aantal poliklinische volwassen patiënten.

7.2.2. De nieuwe aanbieders

Vanaf 2009 is er een toename te zien in ZBC's die revalidatie-DBC's declareren. De omvang van de productie van deze ZBC's is alleen te achterhalen door een meer gedetailleerde analyse van de gegevens van IZiZ. De nieuwere aanbieders zijn geen lid van Revalidatie Nederland en in de cijfers van het CBS zijn ze niet onderscheidend aanwezig.

In de algemene analyse over de kosten (tabel 1) was al te zien dat, in tegenstelling tot de productiegegevens, de betaalde declaraties over het geheel een daling laten zien tussen 2009-2011. In tegenstelling tot deze algemene trend, is er een duidelijke stijging waarneembaar van de productie van de ZBC's (tabel 3), zowel in aantallen (van 2603 naar 6315) als in bedragen (van 5 naar 33 miljoen). Tevens is bekend dat voor het jaar 2011 de vulling van IZiZ nog niet volledig is afgerond. Dit betekent dat de stijging in werkelijkheid sterker is dan in tabel 3 is te zien.

Tabel 3. Aantallen declaraties en uitbetaalde bedragen (in euro's x1000) per jaar per categorie instellingen (bron: IZiZ).

Type instelling	2009		2010		2011	
	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal
Ziekenhuizen en categ. Instellingen	581.656	228.033	537.935	208.319	477.060	175.997
ZBC's	5.168	2.603	23.014	5.046	32.987	6.311
Onbekend	960	316	24	61	716	260
Totaal	**587.784**	**230.952**	**560.973**	**213.426**	**510.763**	**182.568**

De explosieve stijging van MSR in ZBC's, betreffen in het bijzonder de groep Poliklinische Revalidatie Behandelingen (tabel 4).

Tabel 4. Aantallen en bedragen betaalde DBC's (in euro's x 1000) naar zorgtype en type DBC in ZBC's voor de jaren 2009-2010 (bron: IZiZ).

Zorgtype	Type DBC	2009		2010		2011	
		Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal
Reguliere zorg	PRB	4.326	751	21.474	3.065	30.895	4.369
Reguliere zorg	ICC	591	1.661	709	1.137	1.118	1.473
Vervolg DBC	PRB	225	97	427	194	356	172
Vervolg DBC	ICC	26	91	233	612	65	174
Intercoll.consult	ICC		3				
	KRB			171	38	553	123
	Totaal	**5.168**	**2.603**	**23.014**	**5.046**	**32.987**	**6.311**

Typen DBC's en diagnosegroepen
Meer in detail is geanalyseerd wat voor typen DBC's zijn geopend (zie bijlage 4). Door de 20-80 regel moet deze cijfermatige beschouwing met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de grootste ZBC sterk meeweegt in met name de gemiddelden. Uit de cijfers is het volgende op te maken:

- Er is één ZBC die Klinische RevalidatieBehandelingen (KRB's) declareert vanaf 2010.
- De ZBC's declareren géén Specialistische RevalidatieBehandelingen (SRB's).
- Het aantal poliklinische vervolg-DBC's is laag (4%) en neemt waarschijnlijk niet toe. De fluctuatie, met een piek in 2010, is waarschijnlijk het gevolg van de invoering van de DBC-systematiek begin 2009. Hierdoor is hun aantal in 2009 relatief laag en in 2010 relatief hoog.
- Het betaalde bedrag en de aantallen poliklinische revalidatiebehandelingen (reguliere zorg) neemt sterk toe, van 4 naar 30 miljoen euro (2009-2011) (tabel 4). ZBC's declareren in overwegende mate DBC's rond de diagnosegroepen: aandoeningen van het bewegingsapparaat en chronische pijn, met een opvallende toename in de groep WPN 4[15].
- Verdere uitsplitsing in detail van iedere diagnosegroep leert dat de groei met name zit in de PRB's 3015 en 3016, met respectievelijk 49 t/m 129 uur en 129 t/m 299 uur behandeling. In 2009 werd er slechts sporadisch door ZBC's een declaratie ingediend in de trajectcodes 3015 en 3016. Momenteel betreft het meer dan de helft van alle patiënten. Dit sluit aan bij de observatie dat een aantal ZBC's inzetten op een kortdurende intensieve behandeling. Overigens bestaan er ook weer onderling grote verschillen.

Geconcludeerd kan worden dat de ZBC's de afgelopen jaren een explosieve groei hebben doorgemaakt rond de diagnosegroepen 'bewegingsapparaat' en 'chronische pijn'. De groei betreft met name de intensievere vormen van poliklinische DBC's met minimaal 49 uur behandeling per traject.

7.2.3. Onderlinge vergelijking

Wij zijn nagegaan in hoeverre de explosieve groei rond bepaalde categorieën patiënten in ZBC's gepaard is gegaan met een afname van de zelfde categorie patiënten in de traditionele instellingen. De nadere analyse van de kwantitatieve gegevens laten hier echter geen eenduidige conclusie toe, mede vanwege de invoering van de DBC systematiek en de verandering in een aantal definities wordt een consistente dataverzameling node gemist. Vanuit de gegevens van RN kan echter wel worden geconcludeerd dat er met betrekking tot de chronische pijn en aandoeningen van het bewegingsapparaat de afgelopen 10 jaar ook een sterke groei heeft plaatsgevonden, en er geen afname in aantallen patiënten wordt gezien in de afgelopen jaren. Het totale aantal behandelde patiënten in deze patiëntencategorieën is dus in zijn geheel fors gestegen. Deze stijging kan niet alleen worden verklaard uit wijzigingen in prevalentie en/of incidentie. Mogelijke verklaringen zijn:

I. Een gewijzigd indicatiebeleid door professionals.
II. Een maatschappelijke tendens om steeds minder ongemak te accepteren. Voor klachten wordt steeds vaker medische hulp gezocht.
III. Een tendens om voor chronische pijnklachten eerder te kiezen voor een vorm van revalidatiebehandeling dan voor een medische/invasieve ingreep.

Opvallend verschil tussen de ZBC's en de traditionele instellingen is het gemiddelde declaratiebedrag (PRB) per patiënt. Voor de diagnosegroep bewegingsapparaat is het gemiddelde gedeclareerde bedrag bij de ZBC's (€5.267) aanzienlijk hoger dan bij de traditionele instellingen (€1.412). Datzelfde geldt voor de diagnosegroep pijn, ZBC's (€8.760) en traditionele instellingen (€2.905). ZBC's declareren gemiddeld de duurdere DBC's, hoewel zij per specifieke DBC gemiddeld juist minder betaald krijgen in vergelijking met het reguliere tarief. In het onderzoek is niet gekeken in hoeverre de patiëntengroepen tussen ZBC's en traditionele instellingen vergelijkbaar zijn.

In hoeverre is het verschil in gemiddelde kosten per patiënt in de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat, te verklaren uit het aantrekken van een ander type patiënt? Om hierop een antwoord te krijgen zijn twee zorgverzekeraars benaderd met de vraag om een nadere analyse rond de zorgconsumptie van hun patiënten voorafgaand aan het openen van de revalidatie-DBC. Gekeken is onder andere naar huisartsbezoek, eerstelijns fysiotherapie, eerstelijns behandeling door een psycholoog, en het openen van andere DBC's. Uit deze analyse is echter geen eenduidige conclusie te trekken. De belangrijkste redenen daarvoor zijn:

[15] In de VRA Richtlijn chronische pijn staat dat het WPN niveau 4 in feite niet poliklinisch behandeld kan worden.

1. De diversiteit in vormen van eigen bijdragen, eigen risico, en de inhoud van het aanvullende pakket; hierdoor worden sommige behandelingen direct door de patiënt vergoed en niet bij de verzekeraar gedeclareerd.
2. Het ontbreken van gegevens over het inschakelen van fysiotherapeuten en psychologen door ARBO-diensten en reïntegratiebedrijven. Zonder nadere analyse op patiëntniveau per ZBC is op deze vraag dus vanuit de bestaande gegevensverzamelingen geen antwoord te krijgen.

8. WAARNEMINGEN EN CONSTATERINGEN

De vraag, in het kader van dit onderzoek, is niet of bepaalde zorgactiviteiten zinvol en/of effectief zijn, maar of daarbij altijd sprake is van MSR. Maatschappelijk gezien kan, in termen van verzuim, welbevinden en participatie, mogelijk sprake zijn van een zeer efficiënte vorm van zorg. Maar dat ligt buiten de vraagstelling. Meer relevant zijn vragen als:

(i) Liggen sommige zorgactiviteiten niet meer binnen het domein van de GGZ of van welzijn?
(ii) Horen sommige klachten niet in de eerstelijn (huisarts, psycholoog, fysiotherapeut, maatschappelijk werk) thuis?
(iii) Is de afgrenzing met re-integratie naar arbeid duidelijk?
(iv) In hoeverre dient een revalidatiearts betrokken te zijn bij de behandeling om te kunnen spreken van MSR?

In hoeverre de principes van stepped care en de mate van complexiteit daadwerkelijk door zorgaanbieders worden gehanteerd, vormde geen onderdeel van het onderzoek.

Hieronder worden constateringen en waarnemingen gepresenteerd die tijdens het onderzoekstraject zijn verzameld.

Regelgeving

1. Medisch specialistische revalidatiezorg was in de Ziekenfondswet (ZFW) expliciet omschreven. Bij de invoering van de Zvw in 2006 is revalidatiezorg als bijzondere verstrekking losgelaten. In de Zvw is revalidatie onderdeel van het meer in algemene termen omschreven verzekerde risico ‘geneeskundige zorg, verpleging, verzorging, verblijf’ ed.
2. Bij het inwerking treden van de Zvw in 2006 is het verzekerde pakket van de ZFW één op één overgegaan. De aanspraak van de MSR wordt dus formeel beperkt tot het in 2001 opgestelde document Indicatiestelling Revalidatiezorg. Hierin ligt de nadruk op stoornissen en beperkingen.
3. Het is relatief gemakkelijk voor een startend ZBC om een toelating ex WTZi te krijgen, als e.e.a. juridisch/administratief goed op papier staat.
4. Tot op heden heeft de medisch specialist het alleenrecht tot het openen van een DBC met de verplichting van een face–to–face contact met de patiënt. Zonder medisch specialistische inbreng is het voor een instelling of ZBC onmogelijke om DBC’s te openen en te declareren.

Revalidatiegeneeskunde

5. Het is logisch en gebruikelijk dat een specialisme zich door de tijd ontwikkelt, aangaande indicatiegebieden, diagnostiek en therapie. Het is aan de beroepsgroep om het domein en de grenzen van het vakgebied aan te geven en daarmee verantwoorde en gepaste zorg te definiëren.
6. Geconstateerd kan worden dat er een trend bestaat om in documenten minder te spreken in termen van stoornissen en beperkingen, en meer nadruk te leggen op participatieproblemen. Ook heeft de professie, met de formulering van het Beroepskader (2012), het domein van het vak verruimd (met name kanker, diabetes, SOLK en arbeidsrevalidatie) ten opzichte van het document Indicatiestelling revalidatiezorg uit 2001.
7. ‘Stepped Care’ en complexiteit ten aanzien van diagnostiek en/of te behalen behandeldoel als kenmerk voor MSR is door de beroepsgroep in algemene termen omschreven, maar is (nog) onvoldoende geoperationaliseerd voor de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat.
8. De behoefte aan een multidisciplinaire behandeling alleen is op zich geen voldoende indicatie voor MSR. Een aantal zorgverzekeraars is gestart met het maken van afspraken met zorgaanbieders over multidisciplinaire eerstelijns revalidatie.
9. Indien een behandeltraject dusdanig is gestandaardiseerd, dat na de intake en triage door de revalidatiearts zijn inbreng niet meer noodzakelijk is, zou kunnen worden volstaan met de decla-

ratie van een consult, waarna de behandeling mono- of multidisciplinair ter hand kan worden genomen door (een) andere discipline(s). In dat geval is geen sprake van MSR.

10. Met het openen van een DBC neemt de medisch specialist de verantwoording voor de complete behandeling; het ontbreken van een face-to-face contact (en ook geen lichamelijk onderzoek) bij de intake dan wel een marginale rol in het zorgtraject is uit professioneel en juridisch oogpunt niet acceptabel.
11. De VRA is bezig de intake voor de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn te standaardiseren. Er bestaat echter nog géén door de beroepsgroep erkende methodiek gebaseerd op EBM, ten aanzien van intake (gevalideerde instrumenten), en effectiviteit/efficiëntie van de inzet van bepaalde behandelmodules.
12. Revalidatieartsen hebben géén eenduidig standpunt ten aanzien van de behandeling van patiënten met classificatie WPN 4 binnen de MSR dan wel binnen de GGZ.
13. Voor huisartsen, medisch specialisten en bedrijfsartsen is de mogelijkheid van het doorverwijzen van mensen met aspecifieke klachten naar een vorm van revalidatie een welkome optie. Er is behoefte aan en vraag naar een vorm van multidisciplinaire behandeling waarbij het bestaande medisch circuit in de eerstelijn onvoldoende soelaas biedt.

Traditionele aanbieders

14. Er is in de afgelopen 10 jaar een belangrijke toename geweest in aantallen patiënten behandeld voor chronische pijn. De gemiddelde wachttijd voor deze categorie patiënten is, blijkens de websites van de aanbieders, langer dan voor andere diagnoses. Klaarblijkelijk geeft men een andere prioriteit aan deze groep patiënten en het hanteren van wachtlijsten voorkomt mogelijk ook een ongebreidelde groei.
15. Vanuit het ICF-model gezien, richten traditionele instellingen zich <u>ook</u> op stoornissen, terwijl de ZBC's zich veelal alleen richten op beperkingen en participatieproblemen.
16. Er zijn geen harde grenzen, aangaande de doelgroepen pijn en bewegingsapparaat, tussen hetgeen de traditionele instellingen aan zorg bieden en hetgeen door de ZBC's wordt geboden.
17. ZBC's bieden veelal systematische-, programmatische- en in tijd gelimiteerde zorg, die de meer traditionele aanbieders aansporen tot herijking en optimalisatie van hun aanbod.
18. Door een aantal instellingen wordt, in nauw overleg met zorgverzekeraars, gezocht naar het terugverwijzen van patiënten naar algemene ziekenhuizen en/of multidisciplinaire eerstelijns revalidatieteams.

Nieuwe aanbieders

19. De ZBC's zijn geen uniforme groep, er bestaan verschillen in omvang, wijze van triage en behandeling. De meerderheid van ZBC's komt voort uit een re-integratiebedrijf of een eerstelijns fysiotherapie praktijk.
20. Verwijzingen komen van huisartsen, medisch specialisten en bedrijfsartsen, overigens met een verschillende verdeling. In sommige ZBC's is er niet tot nauwelijks sprake van verwijzingen door bedrijfsartsen en bij één nieuwe aanbieder betreft dat 90% van de verwijzingen.
21. Sommige aanbieders hebben naast hun ZBC een apart onderdeel arbeidsre-integratie; bij anderen is het onderscheid niet organisatorisch aanwezig. Met de bekostiging vanuit werkgeverszijde wordt verschillend omgegaan.
22. ZBC's richten zich niet op het integrale palet van medisch specialistische revalidatie, maar vooral op volwassenen met klachten van het bewegingsapparaat en chronische pijn; bij sommigen ZBC's lijkt de nadruk te liggen op psychosociale problematiek. De ingezette modules hebben vaak een beperkte fysieke component en een uitgebreide psychische component (emotioneel, sociaal, cognitief en spiritueel). De vraag kan gesteld worden of hier sprake is van verzekerde zorg.
23. Sommige ZBC's voeren zelf geen enkele behandeling uit, maar huren de volledige zorg bij derden in. Het ZBC is dan toegelaten, maar de daadwerkelijke zorg wordt door anderen geboden. Andere ZBC's hanteren een soort 'franchise'-model, waarbij centraal een aantal zaken worden geregeld (protocollen, automatisering, e.d.).
24. Binnen de ZBC's is soms sprake van een zeer beperkte inzet/bemoeienis van de revalidatiearts. Een enkele ZBC is op verzoek van een zorgverzekeraar de formatie revalidatiearts aan het uitbreiden; kennelijk was in de periode daaraan voorafgaand geen behoefte aan een grotere inhoudelijke inbreng van deze medisch specialist in het behandeltraject.
25. Bij de ZBC's staan in een groot aantal gevallen de niet-somatische interventies voorop.

26. Niet alleen ZBC's bewegen zich op het terrein van MSR, ook in de sector van verpleeghuizen zijn er tekenen dat men, door middel van het inhuren van een revalidatiearts, naast geriatrische revalidatie ook MSR wil bieden.

Financiering en contractering

27. De bekostiging (bv van fysiotherapie en psychologie) via revalidatie-DBC's is in verhouding tot eerstelijnstarieven lucratief voor de zorgaanbieder en in termen van eigen betalingen voordelig voor de patiënt.
28. 20% van de ZBC's is verantwoordelijk voor 80% van de omzet. Dit betekent dat de kwantitatieve analyse sterk wordt beïnvloed door de grotere ZBC's.
29. Indien verzekeraars overgaan tot het contracteren van ZBC's worden kortingen op de DBC-tarieven overeengekomen, bijvoorbeeld 40% korting op het gebruikelijke tarief. Met deze lagere tarieven onderkent men kennelijk dat de vastgestelde DBC-tarieven voor deze revalidatiezorg niet passend zijn.
30. Er is geen algemeen ingevoerde betaaltitel/prestatie gedefinieerd voor multidisciplinaire zorg in de eerstelijn (al dan niet met een consult van de revalidatiearts) voor mensen met een zelfde type problemen en/of in de zelfde domeinen, maar die minder complex zijn, zodat de inzet van de revalidatiearts bij de behandeling niet noodzakelijk is.
31. Op inhoudelijke gronden zijn verzekeraars van oordeel dat hetgeen door de ZBC's wordt geleverd zinvol kan zijn, maar dat hier veelal geen sprake is van MSR. Daartegenover zijn er verzekeraars die toch contracten afsluiten met ZBC's voor MSR.
32. Zorgverzekeraars hanteren bij de contractering van de ZBC's nog niet het door de VRA opgestelde beroepskader, omdat dit pas eind 2012 is gepubliceerd. Naar verwachting zal niet iedere ZBC zelfstandig aan alle vereisten kunnen voldoen.
33. Een verdere groei van de groepen 'chronische pijn' en 'bewegingsapparaat' kan leiden tot een generieke korting op het budget voor MSR, wat ten koste zal gaan van die groepen patiënten die van oudsher door de branche werden behandeld.
34. Sommige verzekeraars overwegen het instrument van machtiging weer in te voeren bij ZBC's.

Volumeontwikkeling

35. De algemene kosten- en volumeontwikkeling in de revalidatiebranche is niet beduidend groter dan in de medisch specialistische zorg in het algemeen.
36. Vanaf 2002 is er een belangrijke groei geweest van het aantal voor chronische pijn behandelde patiënten in de traditionele instellingen. Ook is er een aanzienlijke groei van de diagnosegroep bewegingsapparaat sinds 2007. Beide groepen gezamenlijk vormen in 2011 meer dan 50% van de poliklinisch behandelde volwassenen.
37. Vanaf 2009 is er een explosieve groei in door ZBC's gedeclareerde revalidatie-DBC's in de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn.
38. Vanwege de lange wachttijden bij traditionele aanbieders kan bij ZBC's deels sprake zijn van vervangingsvraag.
39. Vanwege de hoge prevalentie van chronische pijn in de Nederlandse bevolking (één op de vijf Nederlanders), is er kans op een aanzienlijke groei van de poliklinische MSR indien de indicatiecriteria voor MSR niet worden aangescherpt.
40. Het gemiddelde gedeclareerde DBC-bedrag (diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn) ligt bij de ZBC's fors hoger (factor 3 of meer) dan in de reguliere branche. Het is onbekend in hoeverre de patiëntengroepen tussen ZBC's en traditionele instellingen vergelijkbaar zijn.

9. ANTWOORDEN OP DE ONDERZOEKSVRAGEN

In dit hoofdstuk gaan wij in op de door het CVZ geformuleerde drie onderzoeksvragen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

9.1. De onderzoeksvragen

1. Welke zorg wordt door verzekeraars voor welke indicaties ingekocht en betaald onder de noemer medisch specialistische revalidatiezorg (Zvw)?

Verzekeraars kopen alleen zorg in bij door hen geselecteerde aanbieders. Dat geldt voor de revalidatiecentra en de ziekenhuizen, en in een beperkt aantal gevallen voor ZBC's. De gecontracteerde zorg kan klinisch of poliklinisch van aard zijn.
De inkoop vindt in het algemeen stapsgewijs plaats:

- In een overleg wordt de inhoud van de zorg en de nieuwe beleidslijnen van de instelling besproken
- Het plafond (de aanneemsom) voor jaar X wordt vastgesteld. Hierbij wordt gekeken naar de afspraken in voorgaande jaren, de verwachte realisatie in jaar X-1 en input vanuit het inhoudelijk overleg.
- De prijzen van de DOT's worden vastgesteld aan de hand van vergelijkingen met vorige jaren en met andere aanbieders (benchmarking).

Van traditionele aanbieders (revalidatiecentra en ziekenhuizen) wordt in de regel het complete assortiment ingekocht (poliklinische- en klinische revalidatie DBC's). Bij nieuwe aanbieders wordt op basis van de DBC-codes selectief bepaald wat wordt ingekocht. In de regel betreft dat de poliklinische behandeling van chronische pijn en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Binnen het contractueel vastgelegde omzetplafond is substitutie tussen de prestatiecodes door de aanbieder over het algemeen mogelijk. Sommige ZBC's hebben met het merendeel van de zorgverzekeraars een contract. Anderen met geen enkele. Belangrijk argument voor het sluiten van een contract is het feit dat niet-gecontracteerde ZBC's zonder volumerestrictie declaraties kunnen indienen; met contractering worden afspraken gemaakt over het productieplafond. Een ander genoemd argument is in het kader van de marktwerking en concurrentie de 'angst' voor het verlies van verzekerden (met name de collectieve contracten).

De beoordeling van de doelmatigheid van behandelprogramma's door verzekeraars wordt bemoeilijkt door de productstructuur, die niet inzichtelijk maakt hoe intensief wordt gerevalideerd en met welke methodieken, omdat de DBC een combinatie is van intensiteit en duur. Ook kan vanuit de bestaande databases niet collectief worden getoetst of stepped-care is toegepast.

2. Welke zorg wordt door zorgaanbieders bij welke indicaties geleverd en gedeclareerd onder de noemer medisch specialistische revalidatie (Zvw)?

Het in 2001 vastgestelde document Indicatiestelling revalidatiezorg vormt voor alle zorgaanbieders het uitgangspunt. Daarnaast geven alle bezochte instellingen aan te werken volgens de landelijk door de VRA vastgestelde richtlijnen en protocollen. Door het ontbreken van operationele criteria in deze documenten rond de begrippen 'stepped care' en 'complexiteit' was het voor de onderzoekers niet mogelijk op collectief niveau te toetsen in hoeverre de door zorgaanbieders geleverde zorg aan de opgestelde richtlijnen en protocollen voldoet. Dit geldt in het bijzonder voor de sterk in volume toegenomen zorg in de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat.

Traditionele aanbieders
Door de sterke verwevenheid in personele en organisatorische zin van de klassieke revalidatieinstellingen met de MSR in algemene en academische ziekenhuizen, is het niet goed mogelijk vanuit de landelijke database een onderscheid te maken naar plaats van levering; wel wordt een onderscheid gemaakt naar diegene die de DBC declareert. De leden van RN (alle revalidatieinstellingen en een deel van de ziekenhuizen) werken allen met de behandelkaders zoals door de VRA vastgesteld. Tevens worden de daar werkzame revalidatieartsen periodiek door de VRA gevisiteerd.

In de afgelopen tien jaar heeft er een belangrijke volumegroei plaatsgevonden in poliklinische behandeling van volwassen patiënten in de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat. Vanwege veranderingen in de classificatie is het percentage groei niet exact vast te stellen, maar momenteel betreffen deze twee diagnosegroepen meer dan de helft van de poliklinische volwassen patiënten. Deze groei heeft te maken met enerzijds een veranderende maatschappelijke vraag, anderzijds met het groeiende wetenschappelijke inzicht dat revalidatie soms een betere keuze is, dan een medische ingreep op het niveau van een aandoening of stoornis door andere medisch specialisten.

Zelfstandige behandelcentra
De omzet van ZBC's is in de periode 2009-2011 explosief gestegen (meer dan 600%). Het betreft in het bijzonder de groep Poliklinische Revalidatie Behandelingen (tabel 4). Nadere analyse laat zien dat de groei binnen de ZBC's met name de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn betreft (tabel 5); en in het bijzonder de DBC's met een groot aantal behandeluren (de codes 3015 en 3016; bijlage 4).

Tabel 5. Aantallen en bedragen (euro's x1000) van de reguliere zorg poliklinische revalidatiebehandeling in ZBC's (bron IZiZ).

Diagnosegroep	2009		2010		2011	
	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal
Bewegingsapparaat	886	200	4.932	1.212	10.435	1.981
Chronische pijn	2.947	380	16.228	1.747	20.237	2.310
Overige diagnoses	493	171	314	106	223	78
Totaal	**4.326**	**751**	**21.474**	**3.065**	**30.895**	**4.369**

Naast de 2 genoemde diagnosegroepen, is er één ZBC gespecialiseerd in 'handrevalidatie' en is er één ZBC dat ook Klinische Revalidatie Behandeling declareert.

3. Wat zijn de kostenontwikkelingen van de medisch specialistische revalidatiezorg sinds 2006?

De verschillende bronnen (CBS, IZiZ, DBC-onderhoud, RN) vertonen geen eenduidig beeld over de kostenontwikkeling. Daarvoor zijn diverse oorzaken aan te wijzen: de invoering van de DBC-systematiek vanaf januari 2009, de onvolledige vulling van de databases rond de gedeclareerde DBC's (Vektis en DIS), de verschuiving van statistieken tussen algemene ziekenhuizen en de revalidatieinstellingen, en de veranderingen in definities van bepaalde aandoeningen.

Uit de door het CBS en Revalidatie Nederland beschikbaar gestelde data is op te maken dat de revalidatiebranche ieder jaar in productie en kosten toeneemt. Deze toename verschilt niet veel met de percentages die in de gehele medisch specialistische zorg gebruikelijk zijn in de afgelopen jaren.

De database van Vektis met gedeclareerde DBC's laat een afname zien in kosten van uitbetaalde DBC's over de jaren 2009-2011. De vraag is in hoeverre deze data iets zeggen over de feitelijke productie, omdat de branchetellingen in dezelfde periode een toename laten zien. Daarenboven is bekend dat voor het jaar 2011 de database nog niet geheel is gevuld. In de zelfde database zien we echter een explosieve groei van uitbetaalde DBC's aan ZBC's van 5 naar 33 miljoen euro (tabel 4). Omdat hier waarschijnlijk ook sprake is van onvolledige vulling, is de werkelijke groei van de ZBC's mogelijk groter. De groei bij de ZBC's komt door een toename van declaraties in de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn. Voor een deel betreft het hier waarschijnlijk door huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts doorverwezen patiënten die door de langere wachttijden bij traditionele instellingen voor een ZBC kiezen.

9.2. Conclusie

Met dit onderzoek is de praktijk van MSR in kwalitatieve en in kwantitatieve zin in kaart gebracht, waarbij de kwantitatieve analyse alleen op hoofdlijnen kon worden uitgevoerd door onvolledige en onvergelijkbare data. Daarbij moet vastgesteld worden dat sprake is van ruimte in de regelgeving en

de bekostigingssystematiek die nieuwe aanbieders de mogelijkheid biedt om via revalidatie DBC's hun intensieve vormen van zorg te declareren. De onder de diagnose 'chronische pijn' gedeclareerde DBC's zijn niet altijd te kwalificeren als MSR in de zin van het document Indicatiestelling uit 2001. De door de beroepsgroep opgestelde protocollen en richtlijnen bieden onvoldoende operationele criteria om patiënten te selecteren die voor MSR in aanmerking komen. Hierdoor ontbreekt het zorgverzekeraars aan criteria voor het al dan niet inkopen van deze zorg onder de noemer MSR.

Om te komen tot een betere afgrenzing van de MSR ten aanzien van de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn is een nadere oriëntatie geboden, waarbij gedacht kan worden aan:

1. Het vergelijken van de nu gangbare praktijk in de revalidatiebranche en ZBC's aan de principes van 'evidence based medicine' en aan de Indicatiestelling revalidatiezorg.
2. Het inventariseren van de behandelmogelijkheden en de gangbare praktijk in de eerstelijn rond deze diagnosegroepen, inclusief de financieringsmogelijkheden.
3. Het concreet definiëren van de criteria met betrekking tot de begrippen 'stepped care' en complexiteit rond de diagnosegroepen 'bewegingsapparaat' en 'chronische pijn' van eerstelijn tot MSR.
4. Het door verzekeraars ontwikkelen van een benchmark rond de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat; het steekproefsgewijs vergelijken van de instellingen op patiëntniveau ten aanzien van de kenmerken stepped care, complexiteit, geboden zorg en kostprijs.

BIJLAGES

Bijlage 1. *Samenstelling begeleidingscommissie*

Organisatie	Naam
CVZ	I. de Groot (Ingrid)
	M. van Eijndhoven (Marij)
RN	J. Smale (Jeroen)
VRA	M. Karssemeijer (Marjan)
ZN	G. Salemink (Gerrit)
	J. van Kuik (Jasper)
VAGZ/Menzis	M. Kop (Monika)
Revalidatie instelling	M. van Gestel (Marc)
NPCF	P. Schout (Petra)
KNGF	A. Visscher (Arjan)
Tangram zorgadvi-seurs	P.B.G.Peerenboom (Peter Bob)
	J. Spek (Jan)

Bijlage 2. *Bezochte instanties en instellingen*

Revant (Breda)
Libra Zorggroep (Eindhoven)
Het Roessingh (Enschede)
Heliomare (Wijk aan Zee)
Rijndam (Rotterdam)
Maartenskliniek (Nijmegen)
Capri (Rotterdam)

Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht)
ErasmusMC (Rotterdam)

Medinello (Amersfoort)
Winnock Zorg(Zeist)
Aratame Health (Heerlen)
Ciran (Venlo)
Belife (Rotterdam)
OCA (Amsterdam)

CZ (Tilburg)
Achmea (Zeist)
DSW (Schiedam)
Menzis (Wageningen)

Revalidatie Nederland
VRA
ZN
NZa

Bijlage 3. *Richtlijnen, protocollen en behandelkaders*

Door de VRA ontwikkelde en geautoriseerde richtlijnen en protocollen:

- Richtlijn Diagnostiek en behandeling van kinderen met spastische Cerebrale Parese (2006). *Wordt momenteel herzien.*
- Richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 (2006). *Wordt momenteel herzien.*
- Richtlijn Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (2007).
- Richtlijn Oncologische revalidatie (2011).
- Richtlijn Guillain-Barré syndroom (2011).
- Protocol PPP-Arm (2011).
- Richtlijn Amputatie en Prothesiologie onderste extremiteit (2012).
- Richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en arbeidsparticipatie (2012).
- Richtlijn Beenorthesen naar maat (2012).

Richtlijn Loopvaardigheid van kinderen en adolescenten met Spina Bifida (2013).
Bestaande behandelkaders:

- Behandelkader cognitieve revalidatie na niet-aangeboren hersenletsel
- Behandelkader pijnrevalidatie bestaande uit:
    - kwaliteitseisen pijnrevalidatie
    - kwaliteitseisen klinische pijnrevalidatie
    - kwaliteitsprofiel WPN-niveaus 1, 2, 3 en 4
- Behandelkader beroerte
- Behandelkader beenamputatie
- Behandelkader kinderrevalidatie
- Behandelkader dwarslaesie
- Behandelkader neuromusculaire aandoeningen
- Behandelkader traumatisch hersenletsel bij volwassenen

Daarnaast is een beroepskader opgesteld: “Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde” augustus 2012.

Bijlage 4. *Kwantitatieve gegevens*

Aantallen en bedragen (euros' x 1000) van de declaraties van de ZBC's m.b.t. de diagnosegroep 'bewegingsapparaat' (reguliere zorg PRB; bron IZiZ)

Diagnosegroep bewegingsapparaat	Traject code	2009		2010		2011	
		Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal
Overige aandoeningen bovenste extremiteit	3015		4	376	63	404	72
	3016		1	272	30	660	73
Overige aandoeningen onderste extremiteit	3015	89	11	153	28	265	42
	3016		2	224	25	394	40
Aandoeningen wervelkolom en romp	3015	118	15	657	107	1.137	193
	3016		1	683	71	1.690	180
Overige aandoeningen Bewegingsapparaat	3015	164	21	730	99	1.903	269
	3016	100	8	737	62	2.339	187
Restant		415	147	1.099	727	1.642	925
Totaal		**886**	**200**	**4.932**	**1.212**	**10.435**	**1.981**

Aantallen en bedragen (euros' x 1000) van de declaraties van de ZBC's m.b.t. de diagnosegroep 'chronische pijn' (reguliere zorg PRB; bron IZiZ)

Diagnosegroep Chronische pijn	Traject code	2009		2010		2011	
		Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal
WPN 3	3015	81	11	375	52	1.576	213
	3016	0	3	106	9	1.578	112
WPN 4	3015	195	26	1.331	173	1.879	246
	3016	401	34	2.905	227	4.416	335
Overige pijn	3015	611	78	1.525	204	2.193	302
	3016	447	34	1.858	141	2.318	182
Psychische stoornissen	3015	439	58	2.825	390	1.747	269
	3016	481	38	5.032	452	2.886	314
Restant		290	98	272	99	1.645	337
Totaal		**2.947**	**380**	**16.228**	**1.747**	**20.237**	**2.310**

Bedragen (euro's x 1000) en aantallen gedeclareerde eerste DBC (reguliere PRB's) per categorie instelling voor de diagnosegroep 'bewegingsapparaat' (bron: IZiZ).

Categorie instelling	2009		2010		2011		
	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag per DBC
Ziekenhuizen en rev.instellingen	33.290	20.338	27.277	17.010	21.754	15.403	€1.412
ZBC's	886	200	4.932	1.212	10.434	1.981	€5.267
Totaal	**34.176**	**20.538**	**32.209**	**18.222**	**32.188**	**17.384**	

Bedragen (euro's x 1000) en aantallen gedeclareerde reguliere PRB's per categorie instelling voor de diagnosegroep 'chronische pijn' (bron: IZiZ).

Categorie instelling	2009		2010		2011		
	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag per DBC
Ziekenhuizen en rev. instellingen	38.677	12.884	33.375	10.637	25.279	8.700	€2.905
ZBC's	2.946	380	16.228	1.747	20.237	2.310	€8.760
Totaal	**41.623**	**13.264**	**49.603**	**12.384**	**45.516**	**11.010**	

Bijlage 5. *Andere vormen van revalidatie*

Hartrevalidatie

In de complexe hartrevalidatie hebben revalidatieartsen hun rol. Bij meervoudige hartrevalidatie (die ook plaatsvindt in de revalidatiecentra) betreft het de cardiologen en de NVVC. Hiervoor is reeds aparte tarifering geregeld. Momenteel loopt een traject met DBC-O en de NZa.
Hartrevalidatie is de zorg die in het vervolg van een acute behandeling wordt aangeboden aan patiënten die een cardiaal incident doormaakten. De Amerikaanse Public Health Services hanteert een uitgebreide definitie voor hartrevalidatie, die tevens de definitie van de World Health Organization (WHO) omvat:
Hartrevalidatie bestaat uit samenhangende lange-termijn-programma's, omvattende medische evaluatie, voorgeschreven oefeningen, beïnvloeding van cardiale risicofactoren, geven van psychische counseling, voorlichting en advies; deze programma's zijn ontworpen om de fysiologische en psychische gevolgen van de cardiale aandoening te beperken, het risico van plotselinge dood of nieuwe infarcten te verminderen, cardiale symptomen onder controle te houden, atherosclerotische processen te verminderen of tenminste te stabiliseren en ten slotte het psychosociale welbevinden en de deelname aan het arbeidsproces te bevorderen; de voorzieningen beginnen tijdens de opname in het ziekenhuis, ze worden gevolgd door een programma tijdens de poliklinische fase in de daaropvolgende 3 tot 6 maanden, daarna volgt een stadium van levenslang onderhoud waarin fysieke training en vermindering van risicofactoren worden bewerkstelligd in een situatie zonder of met minimale supervisie.

In de door de Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie / Nederlandse Hartstichting opgestelde multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie (2011) onderscheidt men drie fasen:

Fase I of klinische fase
Deze begint direct na een acuut cardiaal incident zoals een myocardinfarct, een eerste manifestatie van angina pectoris of hartfalen, en/of een acute opname in een ziekenhuis vanwege een andere cardiologische aandoening. In deze fase verwijst de behandelend cardioloog de patiënt door naar hartrevalidatie.

Fase II of revalidatiefase
Deze fase sluit aan op de klinische fase, en begint na ontslag uit het ziekenhuis. Omdat het verblijf in het ziekenhuis na een cardiovasculaire gebeurtenis steeds korter duurt, stijgt het belang van een goede opvang in deze tweede fase; het merendeel van de adviezen in deze revalidatierichtlijn is op deze fase van toepassing. Onderdelen van fase II zijn het verzamelen van gegevens voor de indicatiestelling (waarin de patiënt op risico's gescreend wordt), het vaststellen van de doelen van de hartrevalidatie (indicatiestelling), en het aanbieden van een of meer interventies (groepsinterventies en individuele behandeling). Fase II wordt afgesloten met een evaluatie. Hartrevalidatie wordt altijd aangeboden onder eindverantwoordelijkheid van een cardioloog.

Fase 3 of postrevalidatiefase
Deze fase, ook wel nazorg genoemd, sluit aan op de revalidatiefase. De aandacht is in deze fase vooral gericht op overdracht naar de huisarts (mogelijk via de behandelend cardioloog), het behoud van de in fase II ingezette leefstijlveranderingen, bescheiden follow-up van psychische symptomen en indien nodig behandeling van psychische symptomen die langere tijd na het incident optreden.

Longrevalidatie

Longrevalidatie biedt de mogelijkheid beter met het chronisch longfalen om te gaan. De gevolgen van een chronische ziekte kunnen het dagelijks leven negatief beïnvloeden; door het volgen van een revalidatieprogramma is dit te beperken. Wanneer dit lukt, verbetert in veel gevallen de kwaliteit van leven. Globaal is het doel dat mensen zich beter gaan voelen, meer uithoudingsvermogen krijgen, een hogere kwaliteit van leven bereiken en men beter zijn grenzen kan stellen. Naast het verbeteren van het lichamelijk functioneren, wordt veel aandacht besteed aan het krijgen van inzicht in klachten en beperkingen. Dit heeft als doel beter met de aandoening om te leren gaan om zodoende het dagelijks leven weer op te kunnen pakken.

Longrevalidatie wordt poliklinisch in algemene ziekenhuizen en een aantal revalidatieinstellingen en klinisch (in vijf centra) aangeboden. In de regel is de longarts de medische hoofdbehandelaar. De Vereniging van Astmacentra Nederland (VAN) is hiervoor de betreffende brancheorganisatie. De vijf centra hebben voor deze zorg een aparte erkenning en financiering.

Oncologische revalidatie

Oncologische revalidatie omvat zorg die gericht is op de functionele, fysieke, psychische en sociale problemen verbonden met kanker, inclusief nazorg en revalidatie. Het gaat daarbij om advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en in stand houden van de conditie. Het CVZ stelt in een standpunt uit 2008 dat oncologische revalidatie onderdeel is van oncologische zorg en daarmee van geneeskundige zorg. Het is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Oncologische revalidatie is daarmee aan te merken als te verzekeren zorg in de zin van de Zvw.
Het CVZ is voorts van oordeel dat oncologische revalidatieprogramma's als Herstel en Balans niet zijn aan te merken als te verzekeren zorg. Er is nog onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid en effectiviteit van programma's die een fysiek deel combineren met een psychosociaal deel en zich beperken tot één bepaalde fase van kanker.

De richtlijn 'Oncologische Revalidatie' (2011) is gericht op het bereiken van optimale revalidatie, tijdig en op maat voor patiënten met kanker. De richtlijn beschrijft:

- prevalentie van klachten;
- signalering van klachten en verwijzing;
- het intakeproces voorafgaand aan oncologische revalidatie;
- interventies binnen oncologische revalidatie;
- meetinstrumenten voor effectevaluatie;
- empowerment van de patiënt.

In de richtlijn wordt specifiek gewezen op de rol van de revalidatiegeneeskunde, indien sprake is van complexe problematiek (p. 29).

Bijlage 6. *Semi-gestructureerde vragenlijst*

Algemeen

- Historie van het instituut: jaar van oprichting, groei
- Juridische structuur
- Samenwerkingspartners

Revalidatieaanbod

- Type behandelingen
- Klinisch/poliklinisch

Instroom

- Wie zijn de verwijzers (Tabel met percentages huisartsen, med.spec., bedrijfsartsen, e.d.)?
- Hoe wordt geregistreerd of de stepped care systematiek is gevolgd? Wat zijn daarvan de uitkomsten?
- Gebruikte instrumenten voor de indicatiestelling?
- Classificatie naar ernst van patiënten binnen een diagnosegroep: b.v. pijn

Revalidatieteam

- Hoeveelheid professionals (formatie / fte's) naar discipline? Hoeveel revalidatieartsen in dienst?
- Welke disciplines registreren uren voor de DBC's?
- Al dan niet dienstverband van het personeel, cq vrijgevestigde medisch specialisten.
- Aan welk type opleiding van professionals levert de instelling een bijdrage?
- Hoe is de behandeling georganiseerd (teamoverleg, e.d.)?
- Is er altijd sprake van 'face to face' contact van de revalidatiearts? Zo ja, bij welke momenten en/of in welke frequentie?

Productie

- Diagnoses (2 cijferige groepen) en aantallen RBU's per diagnose, uitgesplitst naar klinisch en poliklinisch cq. consult.
- Productie over 2010, 2011 en 2012

Financiën

- Welke tarieven zijn met de verzekeraars overeengekomen voor de DBC's?
- Met welke verzekeraars worden productieafspraken gemaakt?
- Welke onderdelen worden via revalidatie DBC's afgerekend, en wat eventueel onder een andere titel?
- Wat is de omzet van de instelling in euro's en welk percentage betreft daarin de medisch specialistische revalidatie?

Kwaliteit

- Wat is de evidence van de geboden behandelingen?
- Is de praktijk gevisiteerd door de VRA en is de uitslag daarvan bevredigend?
- Mening over het hanteren van revalidatie-DBC's voor arbeidsrevalidatie? Hoe werkt dat in de praktijk? Hoe worden kostenstructuren transparant gemaakt naar cliënt en zorgverzekeraar cq. arbeidsongeschiktheidsverzekering?
- Hoe wordt inzichtelijk gemaakt dat de cliënten voldoen aan de criteria zoals neergelegd in het algemene beroepskader t.a.v. meervoudige problematiek en/of complexiteit van doelstellingen behandeling, leer- en trainbaarheid, te bereiken mate van zelfstandigheid, eigen woonsituatie?
- Voldoet de instelling aan de criteria zoals neergelegd in het algemeen beroepskader?
- Voldoet het behandelteam aan de criteria zoals neergelegd in het algemeen beroepskader?
- In hoeverre beantwoordt de caseload voor de revalidatiearts aan de normen die daarvoor zijn geformuleerd in het algemeen beroepskader?

Bijlage 2

Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde

Colofon

Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde
© Copyright VRA 2012

Nederlandse Vereniging van Revalidatiegeneeskunde
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
vra@revalidatiegeneeskunde.nl

Datering: augustus 2012
Wijziging: 16 juli 2013 (tijdscriterium arts-patiënt contact vervallen)
Herziening: uiterlijk augustus 2014
Eigenaar: VRA
Beheerder: de commissie kwaliteit is verantwoordelijk voor het actueel houden van het beroepskader en neemt zo nodig initiatief om het bestuur van de VRA te adviseren om tot bijstelling of herziening te komen.

Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres: zie boven.

Inhoud

Leeswijzer 4
1. Inleiding 5
2. Revalidatiegeneeskunde 6
3. Doelgroep 8
4. Revalidatiegeneeskundige fasen 9
5. Randvoorwaarden 10
6. Indicatoren en meetmethoden 14
7. Literatuurlijst 15
Bijlage 1 Rekenvoorbeeld formatiecapaciteit 16

Leeswijzer

Dit document vormt in zijn geheel het standpunt van de VRA over de noodzakelijke kwaliteit van revalidatiegeneeskunde.
Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding, het doel en implementatie van het algemeen beroepskader.
Hoofdstuk 2 beschrijft de kenmerken van revalidatiegeneeskunde: algemene doelstelling, diagnosegroepen, fasen in de revalidatie en het theoretisch kader (ICF model).
In **hoofdstuk 3** worden de patiëntengroepen kort beschreven.
Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van het revalidatiegeneeskundig aanbod en het multidisciplinaire karakter ervan per fase in de revalidatie.
In **hoofdstuk 5** staan de voorwaarden genoemd waaraan minimaal moet worden voldaan om revalidatiegeneeskunde op verantwoorde wijze uit te kunnen oefenen teneinde de kwaliteit ervan te kunnen waarborgen. Er wordt ingegaan op eisen aan de inzet en expertise van de revalidatiearts, het revalidatiebehandelteam, de instelling en het netwerk. Voor de voorwaarden die gesteld worden aan de behandeling van specifieke doelgroepen wordt verwezen naar de aandachtsgebonden behandelkaders[1].
Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van de laatste ontwikkelingen op het gebied van indicatoren en methoden waarmee specifieke kwaliteitseisen getoetst kunnen worden.

De opvatting over wat hoort bij een goede kwalitatieve praktijkvoering is permanent aan ontwikkelingen onderhevig en heeft daardoor een dynamisch karakter. Dit document kan dus ook geen statisch document zijn. Het zal dan ook minimaal 1x per 2 jaar geëvalueerd en waar nodig aangepast moeten worden aan nieuwe inzichten ontstaan door wetenschappelijke publicaties, technische ontwikkelingen en/of eisen van de politiek of samenleving.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Vanwege de groeiende vraag naar gespecialiseerde revalidatiebehandeling en het toenemende aanbod op de revalidatiemarkt, heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) in april 2011 besloten een Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde te ontwikkelen.

1.2 Doel

Dit kader heeft tot doel om de noodzakelijke kwaliteit van revalidatiegeneeskunde vast te stellen. Het vormt een officieel standpunt van de Vereniging van Revalidatieartsen en daarmee van de beroepsgroep. Het kan gebruikt worden voor verschillende doeleinden:

- toetsen van de kwaliteit van het behandelaanbod van zorginstellingen en revalidatieartsen;
- een middel om revalidatiegeneeskunde te profileren;
- transparantie bieden en verantwoording afleggen aan derden (patiënten, zorgverzekeraars, overheid en verwijzers) over welke zorg te verwachten is;
- basis voor bekostiging in de Zorgverzekeringswet als medisch specialistische verstrekking.

1.3 Werkwijze

Het bestuur van de VRA heeft de commissie kwaliteit gevraagd dit kader op te stellen. Een subwerkgroep, bestaande uit M. Karssemeijer, P. de Koning, L. Swaan en B. van de Weg heeft gewerkt aan de ontwikkeling ervan met ondersteuning van het VRA bureau (S. Houwing, N. van Veen). Tijdens de ontwikkeling hebben diverse andere inhoudsdeskundigen (bestuursleden van de VRA, Revalidatie Nederland en van revalidatiecentra) input geleverd.

1.4 Implementatie

Tijdens de kwaliteitsvisitatie van de VRA en de toetsing van het kwaliteitssysteem van de organisatie wordt getoetst in hoeverre de revalidatiearts en de instelling voldoen aan de voorwaarden zoals genoemd in dit kader (hoofdstuk 5). Hierbij kan gebruik gemaakt worden van door de beroepsgroep vastgestelde indicatoren en meetmethoden. Momenteel zijn deze in ontwikkeling. De laatste stand van zaken wordt beschreven in hoofdstuk 6. Daarnaast kunnen instellingen zelf alsmede stakeholders (patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, certificerende instellingen) dit kader gebruiken om te beoordelen of de revalidatiearts en de instelling voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van revalidatieartsen en de instelling om de zorg dusdanig in te richten dat aan de voorwaarden gesteld in dit kader is voldaan.

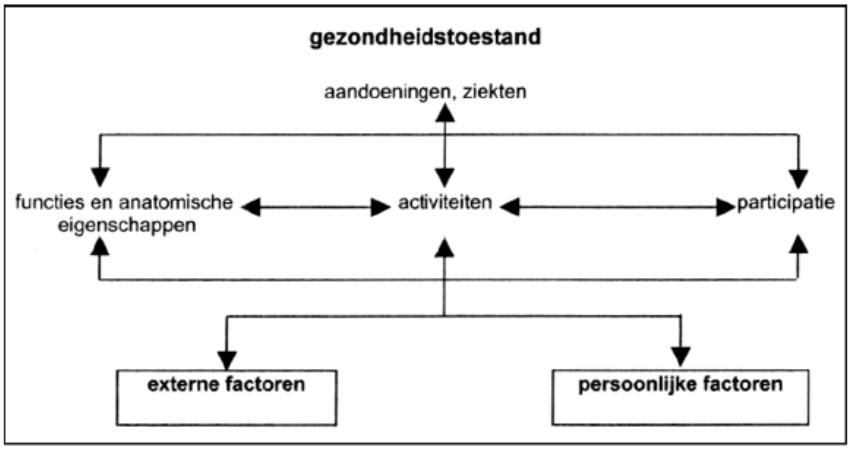
2. Revalidatiegeneeskunde

Revalidatiegeneeskunde stelt het bevorderen van de autonomie van de patiënt en haar participatie in de maatschappij centraal. Waar andere medische specialisten zich bezighouden met de behandeling van ziekten en aandoeningen, richten revalidatieartsen zich ook nadrukkelijk in de behandeling op het verminderen van de gevolgen en waar mogelijk preventie daarvan.

Aandoeningen of ziekten waarbij door hun complexiteit revalidatiegeneeskunde van groot belang is voor kinderen en volwassenen zijn onder andere: aangeboren afwijkingen, niet-aangeboren hersenletsel, progressieve neurologische aandoeningen, dwarslaesie, neuromusculaire aandoeningen, amputatie, gewrichtsgerelateerde aandoeningen, reumatische aandoeningen, multi-trauma, chronische pijn van het bewegingsapparaat en orgaanaandoeningen. De complexiteit wordt bepaald door de specialisatie- of moeilijkheidsgraad van het behandeldoel.

In het handelen van de revalidatiearts zijn de volgende fasen te onderscheiden: diagnostiek, prognostiek, behandeling en evaluatie. De revalidatiearts gebruikt in de **diagnostiek** zijn 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, bloedonderzoek etc. In de **prognostiek** gebruikt de revalidatiearts zijn kennis van de relatie tussen de stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en problemen ten aanzien van maatschappelijke participatie. Tevens gebruikt hij hierbij zijn kennis van het natuurlijk beloop en het te verwachten effect van toe te passen behandelingen. De revalidatiearts werkt in zijn **behandeling** vaak samen met andere medisch specialisten, paramedici, orthopedische technici 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 o.a virtual reality, sensor technologieën, bijzondere injectietechnieken, (functionele) elektrostimulatie en robotica. Tevens wordt gebruik gemaakt van de specifieke deskundigheid binnen de orthesiologie, de prothesiologie en aanpassingen/voorzieningen. Regelmatige **evaluatie** maakt het mogelijk om tussentijds het behandeldoel en/of het behandelplan aan te passen.

De revalidatiearts maakt in zijn handelen gebruik van instrumenten en terminologie die passen binnen het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model (figuur 1). Binnen het ICF-model wordt het menselijk functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn benaderd vanuit de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en de externe en persoonlijke factoren. In het ICF-model staat de gehele patiënt en zijn omgeving centraal.



Figuur 1. ICF-model[2]

3. Doelgroep

Revalidatiegeneeskunde richt zich op patiënten met:

1) somatische ziekten, trauma's of aangeboren afwijkingen van het bewegings- en houdingsapparaat;
2) somatische ziekten of aandoeningen die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;
3) somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;
4) somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (inclusief sensitisatie bij chronische pijn) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn;
5) chronische pijn van het bewegingsapparaat, zowel aspecifiek (er is geen of 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;
6) kanker en/of beperkingen ten gevolge hiervan (oncologische revalidatie);
7) diabetes (diabetesrevalidatie);
8) somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie;
9) beperkingen op het niveau van arbeidsparticipatie.

Hoewel de revalidatie-indicatie patiëntgericht is, is de revalidatieaanpak die volgt mede systeemgericht. Daarmee maakt ook het systeem van de patiënt deel uit van de doelgroep.

Opmerking bij hoofdstuk 3*: dit hoofdstuk staat nu nog niet ter discussie. De bovenstaande patiëntengroepen worden deels beschreven in het document* Indicatiestelling Revalidatiezorg 2001[3]*. Dit document zal binnenkort herzien worden. Op basis hiervan zal de inhoud van dit hoofdstuk aangepast worden.*

4. Revalidatiegeneeskundige fasen

Hieronder wordt kort per fase in de revalidatie het revalidatiegeneeskundige aanbod omschreven. De verschillende fasen in de revalidatie zijn: diagnostiek, prognostiek, behandeling en evaluatie. De revalidatiearts kan het revalidatiegeneeskundig aanbod alleen of samen met een multidisciplinair team vormgeven. Het kan plaatsvinden in een poliklinische situatie, in een revalidatie-instelling (klinisch), maar ook in de thuissituatie of een andere verblijfsituatie.

Diagnostiek
Tijdens het diagnostisch onderzoek wordt middels anamnese en lichamelijk onderzoek nagegaan welke beperkingen in functies, activiteiten en participatie aanwezig en/of te verwachten zijn en in welke mate. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de revalidatiearts alleen of in samenwerking met het revalidatiebehandelteam

Prognostiek
Voor het stellen van een functionele prognose gebruikt de revalidatiearts tevens zijn kennis van het natuurlijke beloop en het te verwachten effect van toe te passen behandelingen.

Op basis van het diagnostisch en prognostisch onderzoek stelt de revalidatiearts een voorlopige diagnose en een revalidatiebehandelplan, gericht op het bereiken van behandeldoelen.

Behandeling
De behandeling omvat het uitvoeren van het revalidatiebehandelplan. De revalidatiearts is medisch verantwoordelijk voor de behandeling (i.e. als hoofdbehandelaar) en is bereikbaar voor overleg met het behandelteam of regelt vervanging door een collega revalidatiearts. Indien nodig verwijst de revalidatiearts door naar een andere medisch specialist voor consult of advisering. De revalidatiearts kan andere specialisten/hoofdbehandelaars ondersteunen of adviseren wat betreft specifieke revalidatiegeneeskundige aspecten van behandeling (i.e. klinische of poliklinische medebehandeling).

Evaluatie
De revalidatiearts evalueert regelmatig met de patiënt of de revalidatiedoelen zijn bereikt. Indien de revalidatiedoelstellingen zijn bereikt of wanneer na voldoende inzet is gebleken dat deze niet te behalen zijn en overeengekomen is de behandeling te staken, wordt de klinische dan wel poliklinische controle beëindigd (ontslag). In het eindgesprek geeft de revalidatiearts advies aan de patiënt over de verdere implementatie en borging van het geleerde in het dagelijks leven en maakt hij desgewenst afspraken over nacontrole.

De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de overdracht naar de huisarts, medisch specialist en/of eventuele ander partners in de zorgketen. Na de revalidatieperiode is de revalidatiearts aanspreekbaar voor vragen uit de zorgketen.

5. Randvoorwaarden

In dit hoofdstuk staan de voorwaarden genoemd waaraan moet worden voldaan om revalidatiegeneeskunde op verantwoorde wijze uit te kunnen oefenen. Op deze randvoorwaarden kan worden getoetst tijdens de kwaliteitsvisitatie van de VRA en de toetsing van het kwaliteitssysteem van de organisatie.

Inzet en expertise van de revalidatiearts
De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan de inzet en expertise van de revalidatiearts:

1. De revalidatiearts is geregistreerd als revalidatiearts in het BIG-register en in het register van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
2. De revalidatiearts voldoet aan de eisen die gesteld worden voor herregistratie door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
3. De revalidatiearts handelt volgens de gedragscode intramuraal praktiserend medisch specialist van de Orde van Medisch Specialisten[4].
4. De revalidatiearts handelt conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).
5. De revalidatiearts voldoet aan de competenties, zoals vastgelegd door het CCMS en uitgewerkt in het opleidingsplan BETER van de VRA[5].
6. De revalidatiearts voldoet aan de criteria en competenties zoals omschreven in de relevante diagnosegebonden behandelkaders van de VRA.
7. De revalidatiearts volgt de richtlijnen van de VRA. Indien hiervan beargumenteerd afgeweken wordt, dient dit vastgelegd te worden in het patiëntendossier.
8. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor het gehele revalidatiegeneeskundige proces (i.e. diagnostiek prognostiek, behandeling en evaluatie).
9. De revalidatiearts heeft in (alle fasen van) het revalidatieproces direct (face-to-face) arts-patiënt contact.
10. De werkwijze van de revalidatiearts is van dien aard dat alle aspecten van de zorgvraag van de patiënt in samenhang worden gediagnosticeerd en behandeld. De revalidatiearts heeft een voortrekkersrol in de afstemming tussen en met alle relevante disciplines.
11. De revalidatiearts stelt op basis van een door hem uitgevoerd onderzoek de indicatie voor nader al dan niet multidisciplinair onderzoek en voor een door hem zelf uit te voeren behandeling dan wel een multidisciplinaire behandeling.
12. Dit onderzoek omvat onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat. De revalidatiearts heeft de mogelijkheid om verder specifiek diagnostisch onderzoek (loopanalyse, belastingsonderzoek) uit te voeren (in de eigen instelling of bij een collega-zorgverlener).
13. De revalidatiearts stelt op basis van het onderzoek en in overleg met de patiënt en zo nodig met het revalidatiebehandelteam een revalidatiediagnose en revalidatiebehandelplan met bijbehorende doelen vast en maakt hierbij gebruik van bestaande richtlijnen en de ICF systematiek.
14. De revalidatiearts en het behandelteam evalueren de behandeldoelen minimaal 1x in de 6 weken met de patiënt aan de hand van relevante en waar mogelijk evidence-based meetinstrumenten die in behandelkaders, behandelprogramma's of zorgpaden zijn vastgelegd. Indien nodig of gewenst, worden de behandeldoelen bijgesteld. Voor kinderen geldt minimaal één keer per drie maanden evaluatie.
15. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de inhoud en de doelmatigheid van het behandelprogramma en draagt er zorg voor dat de behandelingen worden uitgevoerd conform de behandelkaders en richtlijnen.
16. De revalidatiearts is in principe aanwezig bij de besprekingen van het revalidatiebehandelteam.

17. De revalidatiearts houdt het medisch dossier van de patiënt bij waarin in ieder geval de volgende onderdelen zijn opgenomen: personalia, ziektegeschiedenis, medicatie, revalidatiediagnose, revalidatieplan en revalidatiedoelen, verslagen van teambesprekingen, relevante correspondentie en uitslagen van aanvullend onderzoek.
18. De revalidatiearts draagt zorg voor termijncontroles en minimaal twee brieven aan de verwijzer: bij intake en aan het einde van de behandeling. Bij enkelvoudige diagnostiek en/of behandeling of bij advisering kan volstaan worden met één brief.
19. De revalidatiearts functioneert binnen een regionaal zorgnetwerk teneinde o.a. indicatiestelling en aanmelding voor klinische opname te faciliteren.
20. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor het toezien op de principes van “stepped care”. Dit houdt in dat de revalidatiearts beoordeelt of er een primaire indicatie is voor revalidatiegeneeskundige behandeling of voor behandeling in een andere instelling, dan wel op een ander niveau.
21. De revalidatiearts superviseert de A(N)IOS, physician assistant (PA), stafarts, praktijkondersteuners en andere betrokken beroepsbeoefenaren tijdens de gehele behandelperiode.
22. Indien er sprake is van gedelegeerde taken van de revalidatiearts naar de physician assistent of een vergelijkbare medewerker, dan dient de betrokkenheid van de revalidatiearts wel aantoonbaar te voldoen aan de punten genoemd onder ‘inzet en expertise van de revalidatiearts’ in het hoofdstuk randvoorwaarden van het Algemeen Beroepskader. De verantwoordelijkheden en taken dienen schriftelijk te zijn vastgelegd
23. De revalidatiearts neemt deel aan de kwaliteitsvisitaties van de VRA.
24. De revalidatiearts neemt deel aan een vorm van intercollegiale toetsing, bijvoorbeeld de IFMS/360 graden feedback.
25. De revalidatiearts neemt deel aan overige instellings- en afdelingsgebonden kwaliteitstoetsingen (bijvoorbeeld HKZ en NIAZ).

Inzet en expertise van het revalidatiebehandelteam

De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan de inzet en expertise van het revalidatiebehandelteam:

26. De instelling kan tenminste para- en perimedische disciplines inzetten ten behoeve van de revalidatiebehandeling, zoals beschreven in de diagnose gebonden behandelkaders.
27. De para- en perimedici voldoen aan de nascholingscriteria van de betreffende beroepsvereniging.
28. Het behandelteam voldoet aan de criteria en competenties zoals omschreven in de relevante diagnosegebonden behandelkaders.
29. Het behandelteam handelt conform bestaande richtlijnen en behandelkaders.
30. De betrokken disciplines dienen aantoonbaar als team samen te werken.
31. Het behandelteam maakt een schriftelijk behandelplan en teamrapportage. Het behandelteam draagt zorg voor tijdige rapportage en afname van meetinstrumenten ten behoeve van het multidisciplinaire overleg. Indien de behandelaar niet zelf zitting heeft in het MDO draagt deze wel zorg voor een overdracht van relevante informatie.
32. Het behandelteam stelt individuele behandeldoelen op in overleg met de patiënt of de ouders van de patiënt met inachtneming van de ICF systematiek.

Instelling/organisatie

De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan de instelling of organisatie:

33. De omvang van het aantal in te zetten (fte) revalidatieartsen in een instelling dient in redelijke verhouding te staan tot het aantal patiënten of bedden ("caseload") en wel in een verhouding van[a],[b]:
    a. 1 fte revalidatiearts doet maximaal 1000 eerste patiëntbezoeken en/of klinische medebehandelingen per jaar.
    b. Of 1 fte revalidatiearts coördineert maximaal 12.000 poliklinische behandeluren.
    c. Of 1 fte revalidatiearts per 32 bedden (hierin zijn ook klinische RBU's verdisconteerd).
    d. Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleidings)instelling werkzame aios/ anios/ PA's revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte's bedraagt ten hoogste 1,5 maal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte's dat in de instelling werkzaam is. In een specifiek besluit kan een aan deze ratio aanvullende bepaling worden opgenomen[c].
34. Voor bijzondere (niet direct patiëntengebonden) functies dient de instelling adequate (geoormerkte) formatiecapaciteit revalidatiearts vrij te maken. Gedacht kan worden aan: managementfunctie, opleiderschap, lidmaatschap medisch stafbestuur, coördinator research & development, looplab, etc.
35. De instelling met PRB beschikt over tenminste 2 revalidatieartsen die tezamen voor minimaal 0,5 fte aan de instelling verbonden zijn om de continuïteit te kunnen waarborgen. De revalidatieartsen dienen minimaal 1 dagdeel per week gelijktijdig aanwezig te zijn voor o.a. overdracht en collegiaal overleg.
36. Er is een revalidatiearts op de locatie aanwezig tijdens de behandelingen of direct bereikbaar voor overleg.
37. Para- en perimedici kunnen beschikken over de meest voorkomende (loop) hulpmiddelen.
38. Er is een oefenruimte aanwezig met oefenmateriaal voor mensen met en zonder fysieke beperkingen.
39. De instelling beschikt over de inzet van een orthopedisch schoenmaker en orthopedisch instrumentmaker. Bij voorkeur is er sprake van een gezamenlijk spreekuur van revalidatiearts en orthopedisch schoenmaker of instrumentmaker.
40. De instelling heeft een adequate regeling getroffen voor spoedeisende hulp en basismedische zorg conform het advies van de VRA.
41. De instelling beschikt over gestandaardiseerde zorgprocessen en behandelprogramma's voor de hoofddoelgroep(en).
42. De instelling beschikt over een adequaat registratiesysteem waarin patiëntenstromen, diagnosecategorieën en de beschikbare inzet van revalidatieartsen en paramedici inzichtelijk is gemaakt.
43. De instelling beschikt over schriftelijke informatie voor patiënten over behandeling en werkwijze.
44. Toegangstijden en wachttijden voor diagnostiek en behandeling zijn conform de Treek norm (www.treeknorm.nl).
45. De instelling heeft een systeem waarbij het patiëntenperspectief (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews, etc.) structureel in beeld wordt gebracht en er naar aanleiding hiervan verbeteracties uitgevoerd worden.
46. De instelling heeft een klachtenreglement en een systeem voor melding van incidenten.

---

[a] *De onderstaande punten zijn additief aan elkaar. Een rekenvoorbeeld kunt u vinden in bijlage 1.*

[b] *De getallen onder nummer 33 zijn maximum getallen. Dit wil zeggen indien de aantallen boven deze getallen liggen de kwaliteit van de behandeling niet meer gegarandeerd kan worden. Dit dient niet gelezen te worden als een productienorm die gehaald dient te worden. Per doelgroep verschillen deze aantallen.*

[c] *1 fte aios/ anios/ PA : 0,5 fte revalidatiearts*

47. De instelling heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en incidenten wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de resultaten te verbeteren.
48. De instelling heeft een reglement met betrekking tot disfunctionerende medisch specialisten.
49. De instelling heeft een (meerjaren) beleidsplan, een kwaliteitshandboek en een jaarverslag.
50. De instelling heeft regelmatig overleg met relevante patiëntenverenigingen.
51. De instelling heeft een duidelijke plaats in de regionale zorgketen en er zijn schriftelijke samenwerkingsafspraken gemaakt met partners in de zorg die betrokken zijn bij dezelfde doelgroepen over patiëntenlogistiek (doorstroom, in- en uitstroom), overdracht, protocolafstemming en consultatie en informatie.
52. De nazorg of voortzetting van revalidatie na ontslag uit de intramurale instelling is geformaliseerd in afspraken over dagbehandeling, polikliniek, revalidatie aan huis en thuiszorg.
53. De instelling dient toegankelijk te zijn.
54. De instelling voldoet aan alle wettelijk gestelde eisen.
55. De instelling is gecertificeerd volgens de normen van het NIAZ dan wel HKZ revalidatie of heeft certificering hiervoor aangevraagd.
56. De instelling heeft interne audits en neemt deel aan kwaliteitstoetsingen (bijvoorbeeld HKZ en NIAZ).
57. De instelling heeft papieren en/of elektronische dossiers en evalueert regelmatig de dossiervoering.
58. De instelling heeft afspraken op basis van vigerende kwaliteitsindicatoren om uitkomsten te analyseren en verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.
59. Indien een instelling zich primair richt op één doelgroep dan dient minimaal één van de leden van de vakgroep lid te zijn van de desbetreffende geaccrediteerde werkgroep.
60. De instelling voldoet aan de normen uit de relevante diagnosegebonden behandelkaders van de VRA.

Netwerk

De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan het netwerk:

61. De instelling maakt deel uit van een netwerk voor revalidatiegeneeskunde voor inhoudelijke afstemming en werkafspraken.
62. De revalidatiearts heeft de mogelijkheid om laagdrempelig aanpalende medisch specialisten te consulteren, in elk geval (kinder)neuroloog, chirurg, internist, reumatoloog, orthopedisch chirurg, psychiater, radioloog en afhankelijk van de setting andere specialisten.

6. Indicatoren en meetmethoden

Revalidatie Nederland, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, het landelijk steunpunt (mede)zeggenschap LSR en Zorgverzekeraars Nederland hebben gezamenlijk 21 kwaliteitsindicatoren vastgesteld. Op grond van deze indicatoren gaat de revalidatiesector vanaf 1 januari 2013 verantwoording afleggen over de medisch specialistische revalidatie die geboden wordt in revalidatie-instellingen. Consumenten en verzekeraars beschikken hiermee over informatie die hen kan ondersteunen bij het maken van hun keuzes op basis van kwaliteit. Te denken valt aan informatie over de kwaliteit van de zorg, klanttevredenheid of wachttijden. De indicatorenverzameling is te downloaden via de website van Revalidatie Nederland:
http://www.inzichtinrevalidatie.nl/web/images/uploads/Indicatorenverzameling_Inzicht_in_Revalidatie_versie_7_november_2012.pdf

7. Literatuurlijst

1) Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, VRA behandelkaders
   - Behandelkader cognitieve revalidatie (2008)
   - Behandelkader pijnrevalidatie (2013, herziening)
   - Behandelkader beroerte (2007, wordt herzien)
   - Behandelkader beenamputatie (2009)
   - Behandelkader kinderrevalidatie (2012)
   - Behandelkader dwarslaesie (2011)
   - Behandelkader neuromusculaire aandoeningen (2013)
   - Behandelkader traumatisch hersenletsel (2013)
2) World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF, Nederlandse vertaling, 2001).
3) RN, VRA, NVZ, ZN, KPZ. 'Indicatiestelling revalidatiezorg.' Mei 2001.
4) Orde van Medisch specialisten. 'Gedragscode; Intramuraal praktiserend medisch specialist.' ALV 2005.
5) P.H.T.G. Heuts. 'Beschrijving Eerste Toetsbare Eindtermen Revalidatiegeneeskunde; BETER. Opleidingsplan revalidatiegeneeskunde.' Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.
6) Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen i.s.m. Revalidatie Nederland. 'Revalidatiegeneeskunde; investeren in kwaliteit van leven.' Tailormade, Buren.
7) G. Hoogvliet. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen i.s.m. Revalidatie Nederland. 'Rapport prestatie-indicatoren 2009; Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in revalidatiecentra verleende zorg in 2009.' Utrecht, juli 2010
8) 'Kwaliteitsvisitaties nieuwe stijl: een synopsis.' Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.
9) F.B. van de Weg, C.D. van Houten, J. Landheer. 'Kwaliteitsbeleidsplan. Commissie Kwaliteit VRA. Hoofdlijnen 2011-2015.' Augustus 2010.
10) Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 'Strategisch plan 2012-2016'.
11) G.A. Balk, M.C.C. de Beer, J. Landheer, A. van Lonkhuyzen. 'Revalidatiegeneeskunde: vanuit een goede inhoud naar een goed profiel. Beleidsplan 2007-2011.' Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Uitgever DCHG Partner in medische communicatie, 2006.

Bijlage 1 Rekenvoorbeeld formatiecapaciteit

Onderstaande berekeningen van de formatie in voorbeeld 1 en 2 zijn gebaseerd op fictieve productieparameters.

Randvoorwaarden

1 RA per 32 bedden
1 RA per 1000 eerste patiënt bezoeken en/of klinische medebehandelingen per jaar
1 RA per 12.000 PRBUs volwassenen per jaar
1 RA per 12.000 PRBU's kinderen per jaar*
1 aios/ anios : 0,5 RA
1 PA : 0,5 RA

Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleidings)instelling werkzame aios/ anios/ PA's revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte's bedraagt ten hoogste 1,5 maal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte's dat in de instelling werkzaam is.

* Het maximaal aantal poliklische behandeluren voor kinderen zal in overleg met de Sectie Kinderrevalidatie worden vastgesteld. Vooralsnog wordt in het rekenvoorbeeld het maximaal aantal poliklinische behandeluren gebruikt voor volwassenen

Voorbeeld 1 Revalidatiecentrum A

Aantallen	**Berekening**	**Benodigd aantal fte**	**Min. aantal fte RA indien er AIOS/ PA/ ANIOS in dienst zijn**	**Max. aantal fte AIOS/ANIOS/ PA**
64 bedden	64/32	2		
36.000 PRBU volwassenen	36.000/ 12.000	3		
12.000 PRBU kinderen	12.000/12.000	1		
700 eerste patiëntbezoeken kinderen en volwassenen	700/ 1.000	0,7		
Totaal		**6,7**	**3,8***	**5,7***

In dit revalidatiecentrum dient minimaal 6,7 FTE formatiecapaciteit revalidatiearts aanwezig te zijn om een goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Letwel dit is wel afhankelijk van de te behandelen doelgroep.

Berekening maximum aantal AIOS/ PA/ANIOS

1 RA + max. (1,5 50% = 0,75) AIOS/ANIOS/PA = 1,75*

6,7 fte / 1,75 = 3,8 fte formatiecapaciteit revalidatiearts moet minimaal beschikbaar zijn indien het maximaal aantal AIOS/ANIOS/PA in dienst is.

3,8 fte x 1,5 = 5,7 fte AIOS/ANIOS/PA mogen er maximaal in dienst zijn bij 3,8 fte revalidatiearts

Voorbeeld 2 Perifeer ziekenhuis B

Aantallen	**Berekening**	**Benodigd aantal fte**	**Min. aantal fte RA indien er AIOS/ PA/ ANIOS in dienst zijn**	**Max. aantal fte AIOS/ANIOS/ PA**
24.000 PRBU volwassenen	24.000/ 12.000	2		
6.000 PRBU kinderen	6.000/ 12.000	0,5		
2000 eerste patiëntbezoeken kinderen en volwassenen	2.000/ 1.000	2		
Totaal		**4,5**	**2,6 ****	**3,9****

In dit revalidatiecentrum dient minimaal 4,3 FTE formatiecapaciteit revalidatiearts aan formatie aanwezig te zijn om een goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Letwel dit is wel afhankelijk van de te behandelen doelgroep.

*****Berekening maximum aantal AIOS/ PA/ANIOS***

1 RA + max. (1,5 50% = 0,75) AIOS/ANIOS/PA = 1,75*

4,5 fte / 1,75 = 2,6 fte formatiecapaciteit revalidatiearts moet minimaal beschikbaar zijn indien het maximaal aantal AIOS/ANIOS/PA in dienst is.

2,6 fte x 1,5 = 3,9 fte AIOS/ANIOS/PA mogen er maximaal in dienst zijn bij 2,5 fte revalidatiearts

Bijlage 3

INDICATIESTELLING

MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

Utrecht, 27 maart 2013
Concept versie

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen - VRA
Revalidatie Nederland - RN

Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie
© Copyright VRA, RN, 2013

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, mits met gebruikmaking van volledige bronvermelding.

Inhoud

Inleiding 4

1. Medisch Specialistische Revalidatie 6

2. De indicatie voor medisch specialistische revalidatie 7

3. De afbakening van de medisch specialistische revalidatie 8

4. Het beoogd resultaat van de medisch specialistische revalidatie 8

5. De methoden en technieken van de medisch specialistische revalidatie 9

6. Fasering van onderzoek en behandeling 9

7. Ontwikkeling en innovatie 10

Bijlage I: de productindeling van de medisch specialistische revalidatie 11

Bijlage II: veel voorkomende diagnosesgroepen 12

Inleiding

Voor u ligt de geactualiseerde nota 'Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie'. Deze nota geeft inzicht in het indicatiegebied van de medisch specialistische revalidatie en de begrenzingen daarvan. De nota biedt verwijzers de informatie die noodzakelijk is voor een gerichte verwijzing en biedt zorgverzekeraars informatie over de reikwijdte van de verzekerde zorg. Deze nota vervangt de eerdere versies uit 1994 en 2001[1].

Deze nota beschrijft de 'achterkant' van de spreekkamer. Het gaat om patiënten die al naar de medisch specialist (revalidatiearts) zijn doorverwezen door huisarts, bedrijfsarts of specialist in het ziekenhuis. De criteria die een verwijzer hanteert voor het wel of niet doorsturen van de patiënt naar dit medisch specialisme liggen bij de verwijzer zelf. Wel vindt er terugrapportage naar, en nascholing van de verwijzer plaats door de revalidatiearts. Voor de inhoud van het medisch specialisme wordt verwezen naar het Algemeen Beroepskader. De diagnostiek en analyse en prognosebepaling die de medisch specialist uitvoert na de verwijzing door huisarts, bedrijfsarts of specialist in het ziekenhuis betreft medisch specialistische zorg. Na deze fase is de vraag beantwoord of een patiënt een medisch specialistische revalidatiebehandeling krijgt. De waarde en rol van de revalidatiearts in deze fase van diagnostiek en analyse en prognosebepaling wordt beschreven in het Algemeen Beroepskader.

Het Nederlandse woord revalidatie staat voor veel verschillende vormen van zorgverlening. In alle gevallen betreft het de behandeling van kinderen of volwassenen die ten gevolge van ziekte of aandoening problemen ervaren in dagelijkse activiteiten en maatschappelijk functioneren. Door middel van medische, paramedische, psychosociale, educatieve en arbeidsgerichte maatregelen, wordt gewerkt aan het herwinnen van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren.

Revalidatie komt als enkelvoudige zorg voor in eerstelijns voorzieningen en als meervoudige zorg in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van eerstelijns of "anderhalvelijns" voorzieningen. Revalidatie voor fysiek, mentaal en/of sociaal kwetsbare ouderen, wordt als Geriatrische Revalidatie geboden door organisaties voor ouderenzorg, onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

De medisch specialistische revalidatie is complexe zorg die wordt uitgeoefend in de tweede lijn door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts[2] en die voldoet aan de eisen zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde[3]. De medisch specialistische revalidatie richt zich op patiënten van alle leeftijden en onderscheidt zich door de dynamische setting waarin de revalidatiebehandeling wordt aangeboden, het brede pallet aan specialistische interventies en de intensiteit en resultaatgerichtheid van de behandeling.

De revalidatiearts kan als consulent, als medebehandelaar en als hoofdbehandelaar betrokken zijn bij alle niveaus van revalidatie. Door kennis van en inzicht in alle mogelijkheden kan de revalidatiearts voor specifieke doelgroepen 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. De medisch specialistische revalidatie is onderdeel van het basispakket zoals omschreven in de zorgverzekeringswet. Als door de zorgverzekeraar te

---

[1] VRA, RN, NVZ, ZN, KPZ, '*Indicatiestelling Revalidatiezorg*', Utrecht, mei 2001.

[2] Waar in deze nota de revalidatiearts staat genoemd, kan in bijzondere gevallen en bij bepaalde doelgroepen, de behandelend medisch specialist een andere zijn dan de revalidatiearts. Het revalidatieteam kan aangestuurd worden door een andere medisch specialist met specifieke affiniteit voor medisch specialistische revalidatie indien deze daartoe deskundig en bekwaam is en deze behandeling aanbiedt op een vergelijkbaar kwaliteitsniveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.

[3] Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, '*Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde*', Utrecht, september 2012.

verzekeren prestatie[4], behoort de medisch specialistische revalidatie tot '*Geneeskundige zorg* (..) *zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden,* (…)'[5].

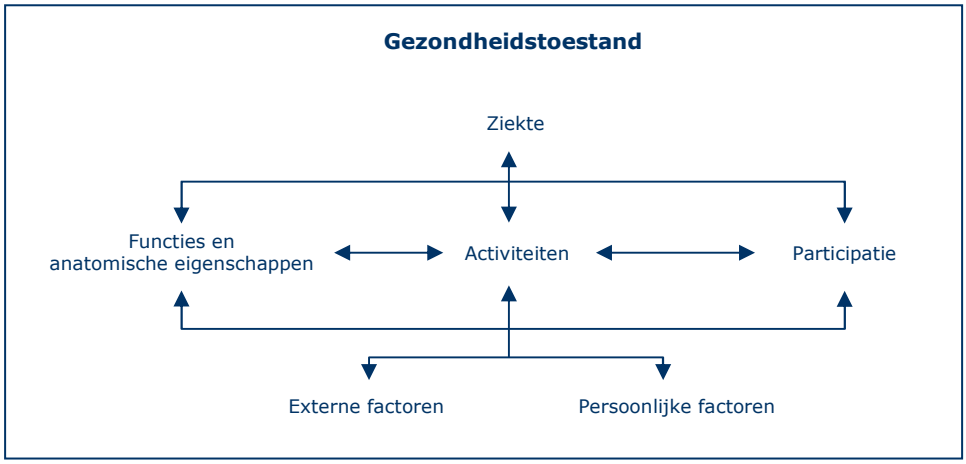
[4] De prestatie betreft het geheel van activiteiten en verrichtingen die een zorgaanbieder in rekening kan brengen. De bijbehorende productstructuur van de medisch specialistische revalidatie, staat beschreven in bijlage I.

[5] Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 2, paragraaf 1, artikel 2.4, lid 1.

1. Medisch Specialistische Revalidatie

Waar andere medisch specialismen zich vooral richten op de behandeling van ziekten of aandoeningen, richt de medisch specialistische revalidatie zich in het bijzonder op het opheffen, verminderen of zo mogelijk voorkomen van de gevolgen ervan.

De medisch specialistische revalidatie maakt gebruik van de 'Internationational Classification of Functioning, Disability and Health'[6], het ICF-model (zie figuur 1). Gevolgen van ziekten of aandoeningen kunnen met behulp van dit model worden geanalyseerd en de aangrijpingspunten voor de medisch specialistische revalidatie kunnen met behulp van dit model in kaart worden gebracht.



Figuur 1: het ICF-model

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 inter-persoonlijke relaties, de rol in gezin, het huishouden, school of werk en vrijetijdsbesteding en voor sociaal-maatschappelijke functioneren .

In het bijzonder vanwege de (mogelijk) ernstige consequenties voor het gezinsleven en het sociaal-maatschappelijk leven, behoren de naasten van de patiënt nadrukkelijk ook tot de doelgroep van de medisch specialistische revalidatie.

Medisch specialistische revalidatie wordt toegepast binnen de grenzen van het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde, volgens de richtlijnen en behandelkaders die zijn vastgesteld door de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en conform eventueel andere van toepassing zijnde, erkende richtlijnen. Hier wordt alleen op basis van toetsbare onderbouwing van afgeweken.

[6] World Health Organization, 'International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF', Nederlandse vertaling, 2001.

2. De indicatie voor medisch specialistische revalidatie

De medisch specialistische revalidatie is complexe (specialistische) zorg uitgeoefend door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De zorg voldoet aan de eisen zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. Voor zowel kinderen als volwassenen is er een indicatie voor diagnostiek en/of behandeling binnen de medisch specialistische revalidatie als:

- er sprake is van een gerichte verwijzing door huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- er door ziekte of aandoening[7] sprake is (of dreigt te zijn) van complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag, waardoor activiteiten als zelfverzorging, zich verplaatsen, denken en handelen en/of communiceren (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaal-maatschappelijke rol te vervullen of, in geval van het zich ontwikkelende kind, deze te gaan vervullen;
- bovengenoemde problemen (mogelijk) worden veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel, de cardiovasculaire of pulmonale systemen of een combinatie hiervan.
- er op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring, verwacht kan worden dat door medisch specialistische revalidatie deze belemmeringen of beperkingen kunnen worden voorkomen, verminderd of overwonnen en de patiënt weer geheel of gedeeltelijk invulling kan geven aan zijn rol in het gezin, op school of werk, in vrijetijdsbesteding, etc.;
- de patiënt in staat is (of op afzienbare termijn zal zijn) om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatieprogramma waarmee vooraf overeengekomen resultaten bereikt kunnen worden;

of

- als verwacht kan worden dat door specifieke revalidatiegeneeskundige interventies, specifieke symptomen (bijvoorbeeld spasticiteit) en/of secundaire gevolgen (zoals decubitus) van de ziekte of aandoening kunnen worden voorkomen, verminderd of opgeheven.

Er is een specifieke indicatie voor ***klinische revalidatiebehandeling*** als

- aannemelijk is dat de patiënt op termijn (weer) in een eigen, eventueel aangepaste woonsituatie kan gaan functioneren maar waarbij door de medische situatie en/of door de noodzakelijke intensiteit van verpleging en behandeling, verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is;

of

- als op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring verwacht kan worden dat klinische revalidatiebehandeling tot betere (of snellere) resultaten leidt dan poliklinische revalidatiebehandeling;

of

- als geriatrische revalidatie is geïndiceerd, maar aannemelijk is dat revalidatie-geneeskundig advies of een korte medisch specialistische revalidatiebehandeling het resultaat van de geriatrische revalidatie aanzienlijk kan versterken;

of

- als verblijf in een verpleeghuis of andere instelling geïndiceerd is maar aannemelijk is dat door kortdurende medisch specialistische revalidatie, de mate van zorgbehoefte en/of de mate van zelfstandig functioneren in deze instelling zal verbeteren.

[7] Bijlage II bevat een overzicht van veel voorkomende diagnosegroepen binnen de medisch specialistische revalidatie. Deze lijst is niet uitputtend.

3. De afbakening van de medisch specialistische revalidatie

Als verwacht mag worden dat op effectieve en doelmatige wijze herstel bereikt kan worden zonder de inzet van de medisch specialistische revalidatie, is deze niet geïndiceerd.

Als er sprake is van enkelvoudige problematiek op functieniveau[8] zonder, of met minimale gevolgen op het niveau van dagelijkse activiteiten en/of voor het sociaal maatschappelijk functioneren, is medisch specialistische revalidatie niet geïndiceerd.

Als er voor de diagnostiek en/of de behandeling van de patiënt geen specialistische kennis op doelgroepniveau is vereist, dan is medisch specialistische revalidatie niet geïndiceerd.

Als voor de behandeling van de patiënt kan worden volstaan met parallel uitgevoerde behandelingen van professionals van een revalidatieteam zonder een coördinerende en samenbindende rol van de medisch specialist, dan is medisch specialistische revalidatie niet geïndiceerd. Vanzelfsprekend kan dan bij de triage een revalidatiearts betrokken zijn.

Leeftijd is op zichzelf geen criterium bij de indicatiestelling. Bij de oudere patiënt geldt dat fysieke, mentale en/of sociale kwetsbaarheid ("frail elderly") en/of aanwezige comorbiditeit, indicaties kunnen zijn voor verwijzing naar geriatrische revalidatie.

Als bij voorbaat duidelijk is dat de patiënt niet (meer) zodanig kan verbeteren dat functioneren in de eigen, eventueel aangepaste woonomgeving tot de mogelijkheden gaat behoren, verdient primaire plaatsing in een verpleeghuis meestal de voorkeur. Eventueel behoort kortdurende revalidatiebehandeling, gericht op een beperkt aantal specifieke doelen dan nog tot de mogelijkheden.

4. Het beoogd resultaat van de medisch specialistische revalidatie

De overkoepelende doelstelling van de medisch specialistische revalidatie is het bevorderen van de autonomie en de zelfredzaamheid van de patiënt en zijn naasten. De indicatie voor medisch specialistische revalidatie kan ook op deelaspecten worden gesteld (bijvoorbeeld voor het stellen van een functionele prognose of voor de behandeling van spasticiteit).

De medisch specialistische revalidatie beoogt:

1. inzicht te verwerven in oorzaken en (huidige en toekomstige) gevolgen van de door de patiënt en zijn naasten ervaren problemen;
2. een inschatting te maken van de mogelijkheid om en de mate waarin deze problemen door middel van medisch specialistische interventies te voorkomen, te verbeteren dan wel te beperken zijn;
3. de patiënt en zijn naasten te informeren en adviseren over de diagnose en de daarmee samenhangende gevolgen en over de prognose op korte en middellange termijn;
4. functies van de patiënt zoals motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag te optimaliseren dan wel achteruitgang te voorkomen of te vertragen;
5. zo nodig door middel van hulpmiddelen of technische voorzieningen het functioneren van de patiënt te optimaliseren;
6. de patiënt en zijn naasten toe te rusten voor het zoveel mogelijk zelfstandig onderhouden van zijn gezondheid en functionele mogelijkheden en de zelfmanagement vaardigheden met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen te versterken;
7. de (te voorziene) gevolgen van zijn aandoening voor dagelijkse activiteiten en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de patiënt en zijn naasten te voorkomen dan wel te beperken.

[8] Zie ICF-model op bladzijde 5.

5. De methoden en technieken van de medisch specialistische revalidatie

Diagnostiek en behandeling in de medisch specialistische revalidatie worden uitgevoerd door de revalidatiearts alleen, door de revalidatiearts in samenwerking met eerstelijns behandelaars of door de revalidatiearts met één of meer professionals uit het, onder zijn leiding werkzame, behandelteam. In samenwerking met andere medisch specialisten kan de revalidatiearts hoofdbehandelaar of medebehandelaar zijn.

In alle gevallen bereikt de medisch specialistische revalidatie zijn resultaten door één of meer van de volgende methoden en technieken (in samenhang) toe te passen;

- medische diagnostiek, al of niet ondersteund door aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld beeldvormende technieken of gangbeeld-analyse);
- medische behandeling waaronder medicamenteuze behandeling of injectietechnieken (bijvoorbeeld behandeling van spasticiteit met botulinetoxine);
- informatie, advies en kennisoverdracht (educatie) aan patiënt en naasten en aan collega's;
- paramedische, perimedische en/of (neuro)psychologische behandeling, waaronder oefening en training van functies en activiteiten en/ of psychosociale begeleiding van de patiënt en naasten;
- al of niet lichaamsgebonden (technische) aanpassingen en voorzieningen (waaronder orthesen en prothesen);
- advisering aan collega's (huisartsen, anderen) en/of bij de patiënt betrokken maatschappelijke organisaties.

De medisch specialistische revalidatie kan plaatsvinden in een poliklinische of klinische situatie, in een instelling of in de thuissituatie. Bij kinderen die vanwege ernstige beperkingen gebruik moeten maken van het speciaal onderwijs kan de medisch specialistische revalidatie in samenspraak en afstemming met het speciaal onderwijs worden aangeboden.

6. Fasering van onderzoek en behandeling

Het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde onderscheidt vier fasen van de revalidatiegeneeskundige zorgverlening.

1. ***Diagnostiek.***

   Onderzocht wordt welke stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en problemen in participatie aanwezig en/of te verwachten zijn en in welke mate.

2. ***Prognostiek.***

   Met kennis van het natuurlijk beloop en het te verwachten effect van de toe te passen behandeling bepaalt de revalidatiearts de functionele prognose.

   Op basis van diagnostiek en prognostiek wordt een revalidatiebehandelplan opgesteld met concrete behandeldoelen, of (als consulent) wordt een advies geformuleerd aan de hoofdbehandelaar.

3. ***Behandeling.***

   De behandeling behelst het uitvoeren van het behandelplan door de revalidatiearts en/of leden van het behandelteam. Indien er sprake is van de inzet van het behandelteam geeft de revalidatiearts leiding aan de verrichtingen van het team en is hij/zij beschikbaar voor overleg. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de veiligheid van de patiënt, voor de kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling en voor het bereiken van de gestelde behandeldoelen.

4. ***Evaluatie.***

De revalidatiearts bespreekt regelmatig met de patiënt en zijn behandelteam de voortgang van de behandeling en bepaalt of de revalidatiedoelen zijn bereikt of bereikt zullen worden. Indien de revalidatiedoelen zijn bereikt of als gebleken is dat deze ondanks adequate behandeling niet (volledig) te behalen zijn, wordt de behandeling beëindigd en worden met de patiënt afspraken gemaakt over overdracht en nacontrole.

De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de overdracht naar de huisarts, de verwijzend medisch specialist en/of andere partners in de zorgketen

7. Ontwikkeling en innovatie

Medisch specialistische revalidatie is geen statisch vakgebied. Uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, zorginnovaties en een veranderende vraag, zorgen voor de ontwikkeling van het vak en houden het aanbod van medisch specialistische revalidatie passend.

Innovatieve ontwikkelingen kunnen leiden tot nieuwe behandelprogramma's of aanpassing van bestaande behandelprogramma's. Voorwaardelijk is dat de nieuwe methodiek of de nieuwe werkwijze moet passen binnen de criteria voor indicatie zoals in dit document beschreven zijn.

Daarnaast:

- is de nieuwe behandelmethode evidence based of tot stand gekomen op basis van expert opinion;
- is de bijbehorende klinimetrie uniform en evidence based of ingevoerd op basis van expert opinion
- wordt voldaan aan de vier pakketcriteria van het CVZ, te weten noodzaak, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Vervolgens wordt het geëigende pad doorlopen waarin afspraken worden gemaakt over de verzekerde zorg.

Bijlage I: de productindeling[9] van de medisch specialistische revalidatie

Binnen de medische specialistische zorg (ziekenhuiszorg) is per 2012 sprake van een prestatie- en tariefstructuur genaamd DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). In DOT wordt gewerkt met zorgproducten.

De medisch specialistische revalidatiegeneeskunde kent een vijftal zorgproducten.

1. Het intercollegiaal consult (ICC zorgproduct)

   Dit betreft de trajecten waarin de revalidatiearts op verzoek van een ander medisch specialisme in een ziekenhuis, bij een klinisch opgenomen patiënt één of meer consulten verricht. Het intercollegiaal consult leidt tot een advies aan de patiënt (en evt. zijn naasten) en aan de aanvragend medisch specialist.

2. Het poliklinisch consult (Consultair zorgproduct)

   Dit betreft de trajecten waarin enkel sprake is van eerste en in voorkomende gevallen herhaalde polikliniekbezoeken van de patiënt aan de revalidatiearts zonder de inzet van andere professionals uit het revalidatieteam. Inhoudelijk bestaan deze consulten uit diagnostiek, prognostiek, advies en verwijzing (bijvoorbeeld naar 1e-lijns fysiotherapie) en eventueel behandeling door de revalidatiearts (bijvoorbeeld bijzondere injectietechnieken).

3. De korte revalidatie behandeling (Beperkt behandelproduct)

   Dit betreft de trajecten waarbij sprake is van maximaal negen (gewogen) revalidatie-behandeluren van de revalidatiearts plus andere professionals uit het revalidatieteam.

4. Poliklinische revalidatiebehandeling (Ambulant behandelproduct)

   Dit betreft een integrale revalidatiebehandeling van revalidatiearts en leden van het revalidatieteam zonder of met slechts een zeer beperkte klinische opname in het revalidatiecentrum.

5. Klinische revalidatiebehandeling (Klinisch behandelproduct)

   Dit betreft een integrale revalidatiebehandeling van revalidatiearts en leden van het revalidatieteam met een klinische opname in het revalidatiecentrum van minimaal 15 dagen.

[9] Per 1 januari 2013

Bijlage II: veel voorkomende diagnosesgroepen

Als er sprake is van een indicatie voor medisch specialistische revalidatie zal de oorzakelijke aandoening meestal tot één van de volgende diagnosegroepen behoren.

NB: Deze lijst is niet uitputtend.

Diagnose hoofdgroepen	Voorbeelden
Aandoeningen bewegingsapparaat	Aangeboren aandoeningen, aandoeningen bovenste en onderste extremiteit, romp, wervelkolom, reumatische aandoeningen, multitrauma.
Amputaties	Amputaties onderste en bovenste extremiteiten
Hersenen	Cerebrale Parese (CP), Cerebro Vasculair Accident (CVA), Developmental Coordination Disorder (DCD), contusio cerebri, infectieuze hersenaandoeningen, tumor cerebri
Neurologie	Neurologie cerebrospinaal, plexusletsel, perifeer zenuwletsel, zenuwaandoeningen, neuromusculaire aandoeningen
Dwarslaesie	Dwarslaesie , spina bifida, ernstige decubitus t.g.v. dwarslaesie
Organen	Huidaandoeningen, incl. decubitus en ulcus cruris, brandwonden, hartaandoeningen, bloedvaten, respiratoire aandoeningen, oncologie.
Chronische pijn	Chronisch pijnsyndroom

Bijlage 4

Reactie ontvangen van:

- NPCF
- De NHG
- De NZa
- Revalidatie Nederland en de VRA
- De KNGF
- ZN
- De NVAB

NEDERLANDSE PATIËNTEN CONSUMENTEN FEDERATIE

Zorginstituut Nederland
Dhr. J. de Wit
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 13 mei 2015
ons kenmerk 2015-049
voor informatie W. Toersen, w.toersen@npcf.nl, A. Knops, a.knops@npcf.nl

onderwerp **consultatiedocument medisch-specialistische revalidatie**

Geachte meneer de Wit,

Met belangstelling heeft Patiëntenfederatie NPCF kennisgenomen van het consultatiedocument medisch-specialistische revalidatie, zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. In deze brief leest u onze reactie op het consultatierapport.

Er is sprake van een toenemende vraag om revalidatiezorg en veranderingen in het aanbod ervan. Verduidelijking is gewenst, en we juichen het daarom toe dat opnieuw wordt beschreven wat zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, is.

In grote lijnen biedt de duiding naar ons idee voldoende houvast voor de praktijk. Wel vinden wij dat deze beschrijving niet alleen in de vorm van een duiding, maar ook in begrijpelijke taal beschikbaar moet komen. Zodat het voor mensen duidelijk wordt wat medisch-specialistische revalidatie nu precies is, hoe zij ervoor in aanmerking komen, en wat wel en wat niet uit de basisverzekering wordt vergoed. Bovendien vinden wij het belangrijk dat mensen toegang hebben tot informatie over waar zij goede medisch-specialistische revalidatiezorg kunnen krijgen.

In de bijlage gaan we nader in op de door u gestelde consultatievragen.

Met vriendelijke groet,

Wilna Wind,
directeur/bestuurder Patiëntenfederatie NPCF

Churchilllaan 11-6 | 3527 GV Utrecht | Postbus 1539 | 3500 BM Utrecht | T 030 297 03 03
E npcf@npcf.nl | I www.npcf.nl | CenE Bankiers 22.72.22.156 | K.v.K. 40482340

BIJLAGE

Vraag 1: Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?
Het onderscheid tussen algemene en interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie wordt voldoende duidelijk omschreven.

Vraag 2 en 3: Biedt de uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?
In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?
Uit meldingen bij onze Zorglijn[1] blijkt dat het voor mensen die zich oriënteren op een revalidatiebehandeling onduidelijk is wanneer je in aanmerking komt voor (interdisciplinaire) medisch-specialistische revalidatie. Bovendien blijkt het voor mensen onduidelijk wanneer klinische medisch-specialistische revalidatie wel of juist niet zinvol is. Dit mondt uit in ontevredenheid over de zorginstelling of over de verwijzende behandelaars, wat voorkomen had kunnen worden wanneer er duidelijke informatie voorhanden was geweest. Daarom pleiten wij ervoor dat deze duiding ook in begrijpelijke taal beschikbaar wordt gesteld.

Vraag 4: Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.
Na de verheldering en afbakening in dit rapport van medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, blijft er nog een grote groep mensen over die vraag hebben naar een vorm van revalidatiezorg die niet binnen deze duiding past. Door de steeds verbeterende gezondheidszorg blijven mensen langer in leven met complexe problematiek. Bovendien worden mensen sneller uit het ziekenhuis ontslagen en is het overheidsbeleid erop gericht om mensen langer zelfstandig te laten wonen. Het simpelweg benoemen dat deze mensen een vorm van zorg nodig hebben die niet onder het kopje 'medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden' valt, maakt dat mensen zich afgeserveerd voelen. Wij vinden dat er aandacht moet zijn voor deze grote groep mensen die gebaat is bij een vorm van revalidatiezorg; de 'revalidatie *light'* variant.

[1] Uit meldingen die in de periode 2014 – april 2015 bij het gezamenlijk meldpunt van patiëntenorganisaties binnenkomen blijkt dat ongeveer 32 meldingen gaan over revalidatie. Naast meldingen zijn er ook mensen die naar informatie over revalidatie zoeken in onze kennisbank. Over de totale periode gaat het om 629 raadplegingen op dit onderwerp. Voor meer informatie over de aard van de meldingen, voegen wij een signaalrapport toe. In 4.1.1, 4.1.2, 4.2.1 en 4.2.2 signaleren wij zaken waar mensen tegenaan lopen wanneer zij in de praktijk met medisch-specialistische revalidatie te maken krijgen.

Vraag 5: Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?
Wij merken op dat, wanneer patiënten voor een korte tijd moeten verblijven in een verpleeghuis na een ziekenhuisopname, de hele fase van diagnostiek en opstellen van een revalidatieplan opnieuw gebeurt. Het behandelplan zoals opgesteld door de revalidatiearts in het ziekenhuis, is vaak niet doorgestuurd. Ten eerste belemmert dit de kwaliteit van zorg ernstig, ten tweede is het een bron van verspilling. Het lijkt ons een goede zaak als een afspraak wordt vastgelegd waarin de communicatie en overdracht van de revalidatie-afdeling naar de andere zorginstelling of huisarts wordt gewaarborgd.

Naast de verschillende zorgverleners is er ook een belangrijke rol weggelegd voor ervaringsdeskundigen die patiënten/revalidanten met raad en daad terzijde staan. Het is (naar internationaal voorbeeld) ook geen uitzondering meer dat zij daarvoor als lid van het revalidatieteam op de loonlijst van revalidatiecentra staan. De positie van de ervaringsdeskundige maakt dat deze, anders dan de zorgverleners, vanuit de eigen praktijk advies en aansporing kan geven om het leven weer op te pakken en uitdagingen aan te gaan. Wij raden aan om te overwegen ervaringsdeskundigheid structureel op te nemen als nieuwe discipline in het revalidatieteam.

In onze beleving is het lang niet altijd zo dat de revalidatiearts met de patiënt zijn of haar revalidatiedoelen evalueert (laatste alinea van pagina 13). Sterker, in veel gevallen zijn mensen niet eens in het bezit van hun eigen revalidatieplan. Wij adviseren om de rol van de patiënt duidelijker te omschrijven in het revalidatiegeneeskundige proces bij het opstellen en evalueren van het behandelplan. Dit om te benadrukken dat zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden inhoudt dat revalidatiearts en patiënt Samen Beslissen over diens zorg.

Ten slotte nog enkele specifieke punten die naar ons idee missen in het rapport:

- In paragraaf 2.4 dient de fase 'nazorg' te worden toegevoegd aan de revalidatiegeneeskundige fasen. Na de primaire revalidatie blijven er immers hulpvragen bestaan, of ontstaan er nieuwe hulpvragen. Juist bij mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking. Die zijn gerelateerd aan secundaire of nieuwe stoornissen en ongemakken, en de preventie daarvan. Bovendien ontstaan nieuwe vragen op het gebied van het dagelijks functioneren. Hierdoor zullen veel mensen levenslang een beroep moeten blijven doen op controle en nazorg.
- In paragraaf 4.1 worden de leden van het revalidatieteam genoemd. Als kernteamlid ontbreekt hierin naar ons idee de maatschappelijk werker.
- Wij raden aan om in paragraaf 4.1 en 4.2 het verschil tussen multidisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en interdiscipliniaire medisch-specialistische revalidatie te expliciteren. Naar ons idee gaat het bij interdiscipliniaire medisch-specialistische revalidatie om complexe problematiek én complexe interventie onder leiding van de revalidatiearts. Een multidisciplinaire werkwijze kan ook bij algemene medisch-specialistische revalidatie aan de orde zijn.
- Bij de opsomming in paragraaf 4.3.3 adviseren we om nadrukkelijk ook de draagkracht en belastbaarheid van de omgeving van de patiënt op te nemen. Indien het systeem onvoldoende beschikbaar of belastbaar is, kan klinische behandeling aangewezen zijn teneinde de behandeling succesvol te laten verlopen.

Landelijk Platform GGz
LPGGz
NPCF NEDERLANDSE PATIËNTEN CONSUMENTEN FEDERATIE
ieder(in) Netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte

Signaalrapport
PG werkt samen

Onderwerp: Revalidatie

Periode: januari 2014 tot april 2015

COLOFON

PG werkt samen

Binnen het programma PG werkt samen werken Ieder(in), Landelijk Platform GGz en Patiëntenfederatie NPCF nauw samen. Doel van PG werkt samen is de cliënt een krachtige stem geven bij ontwikkelingen in zorg en kwaliteit van leven. PG werkt samen bestaat uit drie programmalijnen: Signaal & advies, Kwaliteit en Participatie.

Patiëntenfederatie NPCF
Postbus 1539
3500 BM Utrecht
Churchilllaan 11
3524 GV Utrecht

Telefoon (030) 297 03 03
Fax (030) 297 06 06
Email npcf@npcf.nl
Website www.npcf.nl

Contactpersonen: Titia Lekkerkerk en Denise Dute.

De in dit rapport opgenomen informatie mag worden gebruikt met bronvermelding.
Utrecht, mei 2015

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Introductie	4
1.2	Vraagstelling	4
1.3	De gegevens	4
2	Meldingen	5
2.1	Aantal meldingen in 2014 tot april 2015	5
2.2	Aard van de meldingen	5
3	Kennisbank	5
4	Casussen	7
4.1	Keuze zorginstelling	7
4.2	Ontevreden over de zorg	8
4.3	Consequenties bezuinigingen	9
4.4	Medische gegevens	10
4.5	Vragen vanuit revalidatiecentra	10
4.6	Er is geen plek in het verzorgingshuis, wat nu?	11
4.7	Zorgverzekering	12
5	Conclusie	13

1 Inleiding

1.1 Introductie

Patiëntenfederatie NPCF is geconsulteerd door het Zorginstituut in verband met een duiding over medisch-specialistische revalidatie. Met regelmaat ontvangt het Zorginstituut vragen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de aard, inhoud en omvang van de medisch-specialistische revalidatie in de Zorgverzekeringswet. En, hieruit voortvloeiend, of de geboden zorg terecht als medisch-specialistische revalidatie wordt geleverd en gedeclareerd. Voor het Zorginstituut vormde dit een aanleiding om te duiden wat 'medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden' is.

Als belanghebbende partij is Patiëntenfederatie NPCF benaderd om te reageren op het consultatiedocument. Dit signaalrapport is opgesteld om een onderbouwde reactie te kunnen formuleren: waar lopen mensen in de praktijk tegenaan wanneer zij te maken krijgen met medisch-specialistische revalidatie?

1.2 Vraagstelling

Om te achterhalen waar mensen in de praktijk tegenaan lopen wanneer zij te maken krijgen met medisch-specialistische revalidatie, is bekeken welke meldingen mensen doen bij het informatiepunt van de drie koepels en welke onderwerpen zij raadplegen in de kennisbank. Medisch-specialistische revalidatie' is geen gangbare term. Daarom is onze database doorzocht op welke meldingen zijn gemaakt met betrekking tot het onderwerp 'revalidatie'. Bovendien is bepaald hoe vaak er binnen de kennisbank gezocht is naar informatie over revalidatie. We hebben gekozen voor de periode januari 2014 tot en met april 2015 om de meest recente stand van zaken te kunnen weergeven.

1.3 De gegevens

Dit signaalrapport is een uitgave van Patiëntenfederatie NPCF. Deze uitgave kwam tot stand in samenwerking met PG werkt samen, waaraan de volgende organisaties deelnemen: Ieder(in), Landelijk Platform GGZ en Patiëntenfederatie NPCF.

Tot eind november 2014 konden consumenten en patiënten met hun vraag, klacht of knelpunt over de gezondheidszorg terecht bij de Zorglijn van de NPCF. Sinds december 2014 kunnen consumenten en patiënten zowel per mail als telefonisch terecht bij het gezamenlijk informatiepunt van Ieder(in), het Landelijk Platform GGz, en Patiëntenfederatie NPCF. Het informatiepunt adviseert, informeert en verwijst door als dat nodig is.

De medewerkers van het informatiepunt maken gebruik van een registratiesysteem. In dit systeem worden alle ontvangen vragen geregistreerd. De vragen worden beantwoord met behulp van de kennisbank. De medewerkers zorgen regelmatig voor actualisatie en uitbreiding van de kennisbank.

Bezoekers van www.npcf.nl kunnen de kennisbank online raadplegen. Het komt voor dat patiënten geen antwoord vinden in de kennisbank. Dan kan de vraag per mail of via de website worden gesteld. Daarnaast kan men tijdens kantooruren telefonisch contact op nemen met één van de medewerkers van het informatiepunt.

2 Meldingen

2.1 Aantal meldingen in 2014 tot april 2015

De Zorglijn van de NPCF heeft in 2014 tot april 2015 32 meldingen ontvangen met betrekking tot revalidatie.

2.2 Aard van de meldingen

Wanneer we kijken naar de meldingen over revalidatie dan valt het op dat we de volgende onderwerpen terug zien:
- Keuze zorginstelling
- Onvrede over de zorg
- Consequenties van bezuinigingen voor de zorg

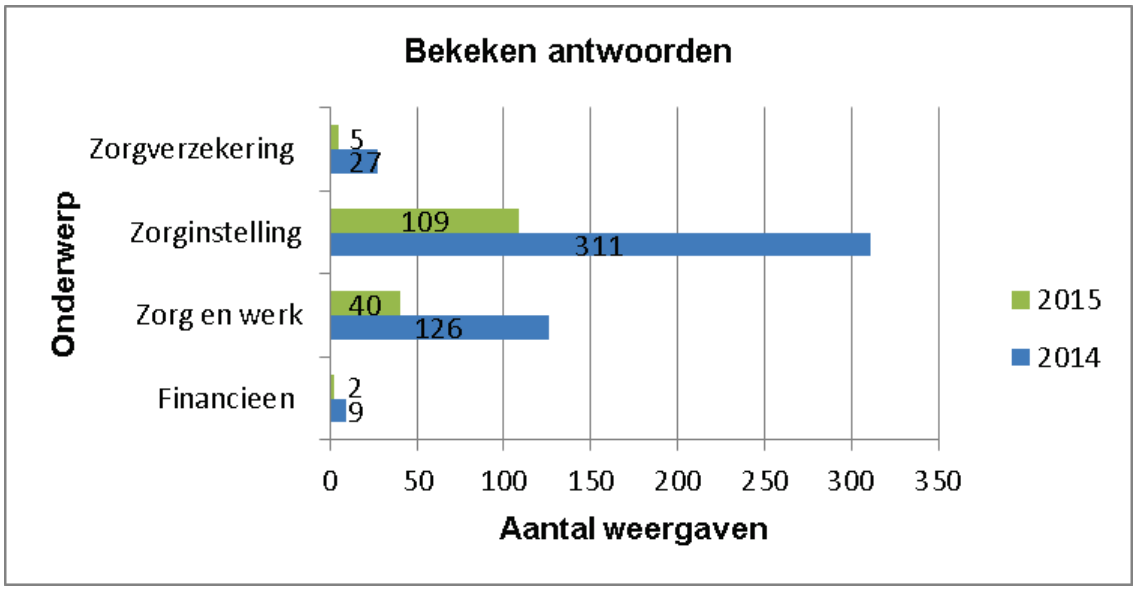
3 Kennisbank

In de kennisbank staan 5 vragen die gerelateerd zijn aan revalidatie. Deze vragen hebben te maken met zorgverzekering, zorginstelling, zorg en werk en financiën.

De volgende vragen staan in de kennisbank:
- Welke zorg wordt in 2014 vergoed via het basispakket van mijn zorgverzekering? (Zorgverzekering)
- Mijn vader gaat uit het ziekenhuis naar een verpleeghuis. Mogen wij als familie een ander huis kiezen? (Zorginstelling)
- Moet ik bij revalidatie in een verpleeghuis een eigen bijdrage betalen? (Zorginstelling)
- Ik moet worden geopereerd aan mijn knie. Dit heb ik bij mijn werkgever gemeld. Vervolgens is gevraagd of ik de toedracht van de klacht wilde aangeven, informatie over de revalidatie en de verwachtingen met betrekking tot mijn herstel. Ik ben collectief via de werkgever verzekerd. Klopt het dat personeelszaken deze vragen stelt? Ben ik verplicht die antwoorden te geven? (Zorg en werk)
- Ik moet revalideren en heb dan geen inkomen. Ik heb geen arbeidsongeschiktheidsverzekering. Is hier een instantie voor? (Financiën)

Achter de vragen staat tussen haakjes het onderwerp van de vraag. Dit onderwerp wordt ook vermeld in figuur 1.

In de periode van 1 januari 2014 tot april 2015 zijn de vragen 629 keer bekeken via de website. De meest bekeken vragen zijn die over zorginstellingen en zorg en werk. In figuur 1 is te zien hoe vaak de kennisbank is geraadpleegd per onderwerp.



Figuur 1: het aantal bekeken antwoorden in de kennisbank in 2014 en van 1 januari tot 1 april 2015.

4 Casussen

4.1 Keuze zorginstelling

4.1.1 ‘Mevrouw belt namens haar moeder die in het ziekenhuis is opgenomen vanwege een chronische spierziekte. Mevrouw heeft morgen een gesprek met het ziekenhuis over wat er moet gebeuren als haar moeder uit het ziekenhuis wordt ontslagen. De familie wilt dat de moeder naar een revalidatiecentrum gaat en het ziekenhuis zal volgens mevrouw waarschijnlijk aanbieden om in een verpleeghuis te herstellen. Mevrouw is het hier niet mee eens en wilt weten wat ze hiertegen kunnen doen.’

4.1.2 ‘Mijn moeder van 91 jaar wordt geopereerd aan een versleten heup. Daarna zal ze verzorgd moeten worden. Wat zijn daarvoor nu de mogelijkheden? Ze is eerder opgenomen geweest en had daarna een tijdelijke opnameplaats in een verzorgingshuis. Nu schijnt ze dat zelf te moeten betalen. Of ze moet naar een verpleeghuis.’

4.1.3 ‘Ik bel voor mijn broer. Hij is gehandicapt en heeft een ongeluk gehad en is verlamd tot aan zijn nek. Hij moet nu revalideren. Kan iemand mij helpen welk revalidatiecentrum het beste is voor hem? Hij woont in Engeland en ligt daar in het ziekenhuis. Hij moet daar weg, maar zou daar zomaar in een huis geplaatst worden. Mijn moeder wil graag met hem naar Nederland, omdat hier de opties beter zijn. De arts in Engeland is bereid om alle informatie toe te sturen, zodra er een geschikte instelling is gevonden.’

4.1.4 ‘Mijn moeder heeft geen indicatie 4 gekregen al is zij dit jaar al drie keer opgenomen in het ziekenhuis wegens het feit dat zij vaak valt en daarbij haar schouder, been en heup gebroken heeft. Ze heeft veel zorg nodig. Voor revalidatie was in haar woonplaats geen plek dus nu moet zij gaan revalideren in centrum dat 100 km verder ligt. Nu is mijn vraag. Ik woon zelf in Arnhem en ik zou haar graag in de buurt hebben. Wat kan ik het beste doen? Welke opties zijn er voor haar wat betreft wonen waar zij toch wat meer zorg krijgt? Bij wie moet ik dat aanvragen? En hebben jullie een lijst van de beste revalidatie huizen in regio Gelderland?’

4.1.5 ‘Mijn vraag gaat over intensieve zorgverlening. Mijn vader is na een ziekenhuisopname van ongeveer een maand overgeplaatst naar een verpleeghuis voor revalidatie. Nu is de klacht waarvoor hij behandeld is en nog onder behandeling is bij een kno-arts wel aan het genezen, alleen de zorg in het verpleeghuis laat te wensen over. Wij zien onze vader alleen maar achteruitgaan. Gewichtsverlies o.a. en ondeskundige verzorging.
Nu zijn we op zoek naar een andere zorginstelling die wel de zorg kan bieden die mijn vader nodig heeft. Alleen weten we niet waar je dat op kan peilen.
Ik ben al een paar verpleeghuizen aan het aanschrijven en ik hoop dat jullie me verder kunnen helpen.’

4.2 Ontevreden over de zorg

4.2.1 ‘Moeder verblijft sinds een week in het revalidatiecentrum. Moeder moet revalideren, na een ingezakte/gebroken wervelkolom door osteoporose. Het doel is terugkeer naar huis. Ze had wel vier keer per dag iemand die aan huis kwam, maar ze was op den duur helemaal niet mobiel meer. Ze is 91. In het revalidatiecentrum moest ze uren in een stoel zitten. Ze gaf aan daar moeite mee te hebben. Toen is er iemand tegen haar uitgevallen en heeft gezegd dat ze niet meewerkt aan de revalidatie. Ze krijgt wel fysiotherapie. De persoonlijk begeleider zei tegen mijn zus "misschien zit ze niet op de juiste afdeling". En dan, daar maak ik mij zorgen over want als ze niet op de juiste afdeling zit (dat kan diverse redenen hebben), wat gaat er dan gebeuren met moeder, met een eventuele indicatie, ik heb de brochure van het CIZ geopend maar dat is een boekwerk van meer dan 150 pagina's en ik vind er niet direct de informatie die ik zoek.’

4.2.2 ‘Mijn moeder van 75 is vanwege een infarct opgenomen op de revalidatie-afdeling van een verpleeghuis. Ze heeft een indicatie voor verschillende therapieën, zoals fysiotherapie en ergotherapie. Maar ze krijgt alleen maar 4 keer in de week fysiotherapie. De arts zegt dat mijn moeder niet revalideerbaar is omdat ze veel slaapt. Ik ben niet tevreden over het revalidatiecentrum en vind dat ze moeten behandelen zoals op de indicatie aangegeven staat. Ik wil weten welk protocol er is voor iemand met CVA (beroerte). Ik wil ook een second opinion laten doen zodat ze overgeplaatst kan worden naar een ander revalidatiecentrum.’

4.2.3 ‘Mijn vader zit nu bijna vier maanden in een revalidatiecentrum. Hij is ernstig afasiepatiënt, maar in het revalidatiecentrum werkt één logopediste, die geen kennis heeft van CVA patiënten. Ze heeft zelf aangegeven dat ze niet weet wat ze ermee aan moet en dat ze nog nooit zo'n ernstige patiënt heeft behandeld. Hij kan niet praten en niet eten, maar daar wordt niets aan gedaan. Mijn vader heeft ook ergotherapie, maar nu een van de medewerkers op vakantie is, krijgt hij de helft minder uren. Kortom: we zijn niet tevreden met hoe het nu loopt. Ik wil hem daar best weghebben, maar voor moeder is dit handig, omdat het dichtbij is. En eigenlijk willen we vader ook niet weghalen, omdat het voor hem zoveel gedoe is. Het is heel veel om hem te verplaatsen. Het liefst willen we hem naar huis hebben en zelf therapie inhuren. Maar ook dan moet de revalidatiearts dat regelen. We zijn voor zoveel van ze afhankelijk. Op alle vragen die we stellen, krijgen we te horen dat het in het pakket zit en dat het dus niet anders kan. Maar er wordt ons inziens met de pet gegooid naar die therapieën. Wat kunnen we nog doen?’

4.2.4 ‘Mijn vader (83 jaar) heeft een beroerte gehad. Er zijn nu wat dingen waar wij tegenaan lopen. Hij had een indicatie tot aan 2 maanden geleden voor revalidatie in een verpleeghuis. Ongeveer 2, bijna 3, maanden geleden is die indicatie stopgezet, maar hij zit nog daar om te wachten op een longstay plek. Ze hadden toegezegd dat ze niet zomaar zouden stoppen met de fysiotherapie. Ze zouden onderhoudsfysio doen, maar in de praktijk gebeurt dit niet. Kunnen we als familie daar wel aanspraak op maken? Hij is rechtzijdig helemaal verlamd, maar hij gaat nu weer achteruit nu hij geen beweging krijgt. Wij willen dat hij blijft door bewegen. Mijn moeder doet het nu een beetje zelf. Hij heeft wel tot aan een week geleden muziektherapie gehad, omdat ze daar nog wel verbetering zagen, maar voor de rest wordt er niets gedaan.’

4.2.5 ‘Ik heb een vraag en klacht over de gang van zaken in een revalidatie/verpleeginstelling. De tante van mijn vrouw is 84 jaar en is geopereerd in het ziekenhuis. Aanleiding voor de operatie was een vaatvernauwing in een been, daardoor moest het rechterbeen geamputeerd worden. Toen zij uit het ziekenhuis kwam, had het linkerbeen alleen kleine wondjes en deze

was droog. Vervolgens kwam tante bij een revalidatiecentrum. Maar daar is de eerste dagen niet naar haar linkerbeen gekeken. Het doel zou zijn om daar te revalideren (het aanmeten van een prothese en leren lopen). We hebben vervolgens een paar familiebesprekingen in de instelling gehad, samen met de arts en de maatschappelijk werkster. Tante doet haar uiterste best om te revalideren, maar al na 9 dagen na de operatie concludeert de instelling dat revalidatie niet haalbaar is. Het linkerbeen zou infecties hebben en daardoor zou zij niet kunnen revalideren. Het lijkt alsof zij er bij voorbaat al geen tijd en energie in willen steken. Maar er is amper naar het been gekeken en ook in het medisch dossier dat we (na veel moeite) hebben opgevraagd, staat niets over infecties bij ontslag uit het ziekenhuis.
De instelling heeft er nu op aangedrongen dat er een zwaardere indicatie voor tante wordt aangevraagd bij het CIZ. Waardoor ze op een andere afdeling komt waar de nadruk ligt op de somatische kant, revalidatie in combinatie met verpleging/verzorging.
Wat mijn bezwaar richting de instelling vooral is, is dat er nu een zwaardere indicatie wordt doorgedrukt zonder dat de consequenties duidelijk zijn. Wij ontkennen niet dat er niets met het linkerbeen aan de hand is, maar deze conclusie vinden wij wel heel voorbarig. Onze vraag is eigenlijk: kan de instelling tante dwingen om te verhuizen naar een andere afdeling en deze zware indicatie afdwingen?'

4.2.6 'Mijn vader is opgenomen in een verpleeghuis op een revalidatie-unit. Hij is daar gekomen na een opname (hersenbloeding) in het ziekenhuis. Vervolgens kreeg hij een delier en kwam hij op de revalidatie-unit van deze verpleeginstelling. Maar sinds de opname op de revalidatie-unit gaat niets soepel. Mijn vader krijgt naar mijn mening niet de basiszorg waar hij recht op heeft.
We hebben een hele waslijst aan klachten. Een voorbeeld is dat mijn vader sinds 2 weken incontinent is. En niemand kijkt naar hem om. Ze hebben niet voldoende incontinentie-materiaal. Ik ben hierover al 2 weken aan het bellen, maar niemand pakt het op.
Als familie zijnde zijn wij erg betrokken bij de situatie. Door de ernstige delier, kreeg mijn vader een hoge dosis haldol voorgeschreven. Hierdoor kreeg hij veel last van botstijfheid. De revalidatieunit beloofde alsmaar dat er een ander bed zou komen. Uiteindelijk heeft dat wel 9 dagen geduurd.
Het gaat nu naar omstandigheden goed met mijn vader, maar we zijn nu wel op het punt dat we hem daar weg willen halen. We vinden dat hij ook niet revalideert op die unit. De instelling heeft de visie dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor de revalidatie, maar in een toestand van acute delier is dat natuurlijk niet mogelijk. Morgen hebben wij een voortgangsgesprek in de instelling. Hier wordt de uitslag van de testen besproken en dinsdag in het team bespreekt men de situatie van mijn vader. Wij willen mijn vader dus naar huis halen en denken dat dit wel mogelijk is. Maar wat gebeurt er als we hem mee naar huis nemen en er gebeurt iets?'

4.3 Consequenties bezuinigingen

4.3.1 'Ik heb hydrotherapie aangeboden gekregen. Echter, ik kan mezelf niet aankleden. De hulp is wegbezuinigd. Dus nu geen zwemmen. En nu? Ik heb de instelling gevraagd om alternatief.'

4.3.2 'Afgelopen vrijdag kreeg ik een brief van het revalidatiecentrum waarin staat dat alle consultaire behandelingen vervallen. Dit geldt voor iedereen die deze behandeling krijgt. Er wordt gezegd dat dit een bezuinigingsmaatregel is. Mogen ze zomaar een behandeling op deze korte termijn stoppen? De brief is 27 maart ontvangen en de behandeling stopt al morgen, 31 maart. Graag wil ik weten wat de mogelijkheden zijn om iets tegen revalidatiecentrum Vogellanden te doen.'

4.3.3 ‘Mijn vrouw is bezig om te revalideren na een behoorlijk zware operatie aan haar been. Ze moet opnieuw leren lopen. Dat kost tijd. De behandelend arts heeft al aangegeven dat het nog een half jaar kan duren. Mijn vrouw heeft fysiotherapie aan huis. We zijn nu 20 behandelingen verder. Maar ondanks de berichten van de artsen zegt zorgverzekeraar VGZ nu dat ze niet meer gaan betalen. Mijn vrouw is goed aanvullend verzekerd en heeft een chronische indicatie. Als we dat zelf moeten betalen, kost dat zo'n 6-700 euro per maand extra.
We wisten van tevoren dat we een en ander zelf moesten betalen. Maar we hebben VGZ nog gebeld en aangegeven wat er ging gebeuren. Toen werd gezegd dat het zou worden vergoed, maar nu krabbelen ze terug. Dit zou onderdeel van de operatie zijn, het is nazorg. We hebben het over hulpmiddelen gehad enzovoorts. Zo werd het bed wel vergoed, maar de rolstoel niet. Als we dat weten, kunnen we het meenemen in de keuze. Maar nu draaien ze de boel ineens terug. De reactie is ook heel kortstondig: jammer dan. We hebben alles eruit gehaald wat erin zat. Dit was het. Klopt dit wel en wat kunnen we nu nog doen?’

4.4 Medische gegevens

4.4.1 ‘Ik wil graag mijn medische gegevens afschermen in het revalidatie centrum, zowel voor interne als externe communicatie. Op de site staat dat dit kan, maar ze weigeren het te doen omdat het rapportage systeem zowel voor intern als extern gebruikt wordt. Het betreft een stigmatiserende aandoening die voor de behandelaars geen toegevoegde waarde heeft maar wel als onderdeel van de diagnose naar iedereen wordt gecommuniceerd. Op welke wijze kan hiertegen het beste bezwaar worden aangetekend?’

4.4.2 ‘Mijn man zit in een revalidatiecentrum met verpleging. Er wordt dagelijks een dossier opgemaakt. Daarvan willen we graag kopieën, zodat we ons goed kunnen voorbereiden om het komende gesprek. Van de verpleegafdeling mogen we het wel inzien, maar we krijgen er geen kopieën van. We kunnen het niet voorafgaand aan het gesprek inzien. Klopt dit, dat we de medische gegevens wel mogen inkijken, maar er geen kopieën van kunnen krijgen?
Mijn man heeft ervoor getekend. Ik treed op namens hem. Ze willen eerst een toelichting geven, het dan bespreken en daarna kunnen we eventueel kopieën meekrijgen. Er is aangegeven dat het volgens de landelijke regels is dat ze niet vooraf de kopieën geven. Is dat inderdaad zo?
Ik ben dagelijks een paar uur in dat centrum. Ik heb ook contact met andere patiënten. Ik zie mensen naar huis gestuurd worden, die daar mijns inziens niet aan toe zijn. Mijn man heeft 24-uurszorg nodig. Dat kan ik hem niet bieden, dus wij moeten naar een andere oplossing zoeken. In dit centrum zijn ze erop gespitst om mensen naar huis te sturen. De periode van revalidatie, is daar een vastgestelde termijn voor? Wat is de maximale periode? Mijn man moet revalideren, maar het is een beetje te zwaar voor hem. Dat riep ik bij het eerste weekprogramma al. Wat verwacht je van iemand die een vrij heftige operatie heeft gehad?’

4.5 Vragen vanuit revalidatiecentra

4.5.1 ‘Ik ben werkzaam bij een revalidatiecentrum en wij hebben een cliënt die bij ons is opgenomen i.v.m. revalidatie. Wij staan op het punt om haar te ontslaan, zodat ze weer naar huis kan. Maar nu hebben wij van haar thuiszorgorganisatie gehoord dat de GGD bij onze cliënte op huisbezoek is geweest. Dit was op verzoek van de thuiszorg. De GGD zou vervolgens hebben geconcludeerd dat het onveilig voor mevrouw is om terug te keren naar haar huis.
Dit hebben wij van de thuiszorg gehoord en de dochter van de cliënte heeft dit bevestigd. Wij willen cliënte niet naar huis sturen als het onveilig thuis is, maar we moeten dit wel van de

GGD zelf horen. Kunnen wij deze informatie denkt u van de GGD krijgen?
Het is zo dat wanneer wij besluiten om mevrouw hier nog te houden, dat wij dat moeten kunnen onderbouwen. Verder heeft dit ook gevolgen voor de betaling, verblijf van mevrouw is dan op onze kosten of op kosten van mevrouw zelf namelijk. De revalidatiedoelen zijn namelijk al behaald.'

4.5.2 'De klinische opnameduur wordt steeds korter en revalidanten gaan sneller met ontslag. We doen zo snel mogelijk een melding bij de WMO voor de noodzakelijke voorzieningen bij ontslag. Dit komt meestal neer op een (elektrische) rolstoel en een douchetoiletstoel. Beide zijn niet via tijdelijke uitleen te verkrijgen (elektrische rolstoel valt buiten de tijdelijke regeling, de handbewogen rolstoelen zijn vanwege de ernst van de diagnose niet toereikend en de douchetoiletstoelen eveneens niet toereikend (denk aan geen rompbalans en geen gevoel dus hoog decubitusrisico).
Onze eigen middelen kunnen we niet uitlenen, omdat deze gebruikt moeten worden voor de nieuwe klinische opnamen. Wij hebben een regeling met een leverancier waar we in dergelijke gevallen de hulpmiddelen kunnen huren. Dat wil zeggen, de revalidant betaalt dit en wij vragen om die reden bij de WMO altijd een rolstoel (douchetoiletstoel) aan ter overbrugging of overname van de huurkosten. We gaan ervan uit dat de WMO zorgplicht heeft na ontslag. Alleen, enkele gemeentes geven aan dat dit pas geldt na de beschikking van de melding, en er zijn gemeenten die aangeven dat de WMO niet in hulpmiddelen ter overbrugging voorziet.
Mijn vragen:

- Wanneer begint de zorgplicht daadwerkelijk en waar is dat in de wettekst te lezen? Is dat vanaf de melding of vanaf de beschikking?
- Is er jurisprudentie waarin wij kunnen afleiden dat gemeenten vanuit de WMO vooraf gemaakte (huur)kosten moet betalen in speciale gevallen? (en dit als zon speciaal geval aangemerkt kan worden?)

Voorgaande mag in het totaal van de aanvragen WMO een miniem aandeel vormen, echter bij onze populatie revalidanten is het meer regel dan uitzondering. Het zou ons erg helpen als we niet bij iedere melding en ontslag bij de gemeenten een strijd moeten voeren hierover. Alternatief is dat revalidanten niet met ontslag kunnen totdat de hulpmiddelen geleverd zijn. Dat is voor het algemeen welbevinden natuurlijk niet goed, en vele malen duurder (niet voor de gemeenten, wel voor de algemene zorgkosten in Nederland).'

4.6 Er is geen plek in het verzorgingshuis, wat nu?

4.6.1 'Mijn moeder is drie keer gevallen in een jaar waarvan twee keer met ziekenhuisopname en twee keer een heupoperatie. Vanaf januari 2014 is zij daarmee bezig, waarvan een lange tijd in de revalidatie. Ze is nu uitbehandeld (volgens ons niet), maar kan onmogelijk naar huis terug, ook volgens de huisarts. De situatie thuis is te gevaarlijk en niet oplosbaar. Een verzorgingshuis heeft moeder een tijdelijke plek (maximaal 4 weken) aangeboden na veel gekrakeel. Daar mijn moeder beslist niet in dit huis wil blijven, zij komt namelijk uit de Bos en Lommerbuurt en al lange tijd naar De Boeg in de Bos en Lommer (dagopvang) gaat, wil zij weer naar deze buurt terug.
Zij valt nu nog onder de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Het is ons niet duidelijk wat ons nu te doen staat. We hebben een CIZ aanvraag ingediend die door de huisarts wordt ondersteund. Ook de zorgverzekeraar hebben wij ingelicht over deze situatie. Daar mijn moeder binnen 3 weken het verzorgingshuis moet verlaten en wij geen andere geschikte opvang voor haar kunnen regelen is onze vraag aan u wat moet mijn moeder nu? Wat zijn haar rechten? Gezien het feit dat mijn moeder niet terug kan naar haar woning en het

verzorgingshuis ons een tijdelijke oplossing biedt (onacceptabel voor ons, gezien de conditie van die woning) daar het opknappen van de aangeboden woning incl. verhuizing voor een korte periode mijn moeder teveel geld gaat kosten. En mijn moeder dan twee keer moet verhuizen met alle kosten daar weer van. Het gesol met onze moeder (bijna 90 jaar) moet nu eens afgelopen zijn. Ze wil eigenlijk dood, gezien al deze vooruitzichten.'

4.6.2 'Mijn schoonmoeder is licht dementerend. Ze is 85 jaar en woont op zichzelf, zonder hulp. Nu heeft ze een nieuwe knie gekregen. Omdat zij dementerende klachten heeft, komt zij niet in aanmerking om tijdelijk te revalideren in een verzorgingshuis. Ze moet naar huis, met een uurtje thuishulp per dag. Dat vinden wij zo vreemd. Klopt dit nu wel of niet?
We hebben een particulier zorghotel ingeschakeld, want we vinden het niet verantwoord haar zelf te laten revalideren. We hebben bij een verpleeghuis geïnformeerd en daar werd de gang van zaken beaamd: met dementerende klachten kom je niet in aanmerking voor kortdurend verblijf. De trigger dat ik u benader, is omdat op uw website iets staat over AWBZ voor kortdurend verblijf. Dus het kan wel?
We hebben er in het ziekenhuis op aangedrongen dat het werd aangevraagd. Het is aan het transferbureau doorgegeven, maar het is afgewezen. We zien steeds de informatie: Nieuwe knie? Kunt u niet thuis revalideren? Dan kunt u dat in een tehuis doen. Maar er staat nergens bij dat die weg is afgesloten als je dementie is.'

4.7 Zorgverzekering

4.7.1 'Meneer heeft een hartinfarct gehad en is opgenomen in het ziekenhuis. Op een gegeven moment moest hij revalideren. Meneer wilde graag revalideren bij een sportschool fysiotherapeut. De verzekeraar van hem heeft een contract met deze sportschool fysiotherapeut. Maar nu blijkt dat meneer een verwijzing van de cardioloog in het ziekenhuis nodig had voor de sportschool fysiotherapeut. De cardioloog wilde dit niet geven, want zoals hij zei: ik heb u gewezen op de mogelijkheid om te revalideren binnen ons ziekenhuis. Nu vraagt meneer zich af: is de cardioloog niet verplicht om een verwijzing te geven? Zodat meneer zelf kan kiezen waar hij kan revalideren?'

5 Conclusie

Uit meldingen die in de periode 2014 – april 2015 bij PG werkt samen binnenkomen blijkt dat ongeveer 32 meldingen gaan over revalidatie. Naast meldingen zijn er ook mensen die naar informatie over revalidatie zoeken in onze kennisbank. Over de totale periode gaat het om 629 raadplegingen op dit onderwerp.

In casus 4.1.1, 4.1.2, 4.2.1 en 4.2.2 signaleren wij zaken waar mensen tegenaan lopen wanneer zij in de praktijk met medisch-specialistische revalidatie te maken krijgen. Het is voor hen onduidelijk wat medisch-specialistische revalidatie nu precies is, of zij ervoor in aanmerking komen, en of het vergoed zal worden. Bovendien mist informatie over waar zij goede medisch-specialistische revalidatiezorg kunnen krijgen.

nederlands huisartsen genootschap

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
030-282 35 00
030-282 35 01
info@nhg.org

Per email: Jwit@Zinl.nl
Zorginstituut Nederland
De heer J. de Wit, adviseur
Programma Zorg Dichtbij, sector Zorg
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Utrecht, 13 mei 2015
Ons kenmerk : 15-081/RD/JB/AC/ow
Onderwerp : **Consultatie conceptrapport medisch-specialistische revalidatie**

Geachte heer De Wit,

Het NHG heeft het rapport bestudeerd een heeft geen bezwaren geredeneerd vanuit de huisarts. Het onderscheid tussen de verschillende vormen van revalidatie (algemeen versus interdisciplinair, klinisch versus poliklinisch, medisch-specialistisch versus geriatrisch, CVA, oncologisch, SOLK, arbeid en chronische pijn) is helder en voldoende uitgewerkt. Uiteraard zullen er in de praktijk grijze gebieden zijn waarin het lastig is om patiënten in te delen. Maar dan valt er op basis van voorkeuren of argumenten wellicht te kiezen.

Opmerkelijk is dat er niet wordt ingegaan op de onderbouwing van de interventies zoals de revalidatie-arts pleegt toe te passen. Er wordt van uitgegaan dat dit op basis van de stand van wetenschap en/of communis opinio binnen de beroepsgroep tot stand is gekomen. Als hier kritisch naar gekeken wordt, dan zou het bewijs voor sommige interventies kunnen tegenvallen. Maar dit valt buiten de scope van dit rapport. Wel kan worden opgemerkt dat de richtlijnen van de beroepsgroep leidend zijn en dat deze op hun beurt volgens de huidige nationale standaard, zoals geformuleerd in het Toetsingskader, tot stand dienen te komen.

Met vriendelijke groet,

Dr. R.F. Dijkstra, huisarts,
Bestuursvoorzitter NHG

Sier, mw. C.H.M.

Van: Huijbregts, Britt [BHuijbregts@nza.nl]
Verzonden: woensdag 13 mei 2015 13:33
Aan: Wit, J.C. de
CC: Stuivenwold, Edwin; Berg, Anouk van den
Onderwerp: RE: Consultatie conceptrapport medisch-specialistische revalidatie

Beste Johan,

Ik wil namens de NZa graag reageren op het rapport 'Medisch-specialistische revalidatie: Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden'. Aan het einde van het rapport staan een aantal vragen waar ik hieronder op zal reageren.

1. **Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?**

In hoofdstuk 3 wordt beschreven wat wordt verstaan onder algemene Medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ). De omschrijving is echter summier in vergelijking met de omschrijving van de interdisciplinaire MSRZ (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 3 wordt bijvoorbeeld niet ingegaan op de rol van paramedici, de leeftijd van patiënten (kinderen/volwassenen) en ook wordt niets vermeld over de mogelijke verwijzing door een medisch specialist, terwijl dit wel uitgebreid is omschreven in hoofdstuk 4.

Op pagina 17 staat dat sprake is van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij complexe problematiek, dat wil zeggen samenhangende problemen op meerdere domeinen van het functioneren. Waar zijn deze domeinen beschreven?

In voetnoot 2 staat het volgende:
Waar in deze nota de revalidatiearts staat genoemd, kan in <u>bijzondere gevallen</u> en bij <u>bepaalde doelgroepen</u>, de behandelend medisch specialist een andere zijn dan de revalidatiearts. Het revalidatieteam kan aangestuurd worden door een andere medisch specialist met specifieke affiniteit voor medisch specialistische revalidatie indien deze daartoe deskundig en bekwaam is en deze behandeling aanbiedt op een vergelijkbaar kwaliteitsniveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde.
Wat zijn bijzondere gevallen? En wat wordt verstaan onder bepaalde doelgroepen? Welke andere medisch specialisten kunnen ook de taken van een revalidatie arts overnemen?

2. **Biedt de uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?**

De NZa doet geen medisch inhoudelijke beoordelingen en kan deze vraag niet beantwoorden. Ik wil hierbij wel het volgende opmerken.
Op pagina 19 wordt beschreven welke factoren een revalidatiearts betrekt bij de beoordeling of een patiënt als complex moet worden aangemerkt. Hier worden termen gebruikt als: 'ernst', 'belastbaarheid', 'moeilijkheidsgraad', 'complexiteit', 'noodzakelijke intensiteit'. Deze begrippen zijn echter allemaal multi-interpretabel. Ik kan me voorstellen dat niet voor iedereen duidelijk is wat hieronder wordt verstaan en waar de 'grenzen' liggen. Kunnen deze begrippen ook meetbaar worden gemaakt?

3. **In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?**

De NZa doet geen medisch inhoudelijke beoordelingen en kan deze vraag niet beantwoorden. Ik wil hierbij opmerken dat de factoren die gebruikt worden om te bepalen of een patiënt klinisch of poliklinisch behandeld moeten worden (pagina 20), mogelijk ook multi-interpretabel zijn. Graag aandacht voor het meetbaar maken en strakker definiëren van deze begrippen.

Verder staat op pagina 22 dat er een specifieke indicatie voor klinische behandeling als geriatrische

revalidatie is geïndiceerd, maar aannemelijk is dat revalidatiegeneeskundig advies of een korte interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling het resultaat van de geriatrische revalidatie aanzienlijk kan versterken. Dit lijkt me echter zeer onwaarschijnlijk, aangezien het een hele andere doelgroep betreft. Dit lijkt ook niet aan te sluiten met de afbakening zoals wordt omschreven op pagina 26.

4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.

Op pagina 30 wordt verwezen naar drie categorieën SOLK die zijn opgenomen in de richtlijn. Er wordt aangegeven dat MSRZ richt zich op de categorie matig ernstige SOLK, met verschijnselen in het houdings- en bewegingsapparaat, waarbij het functioneren ernstig is beperkt. In de richtlijn SOLK staat de volgende omschrijving voor de categorie matig ernstige SOLK:
Het matig ernstige profiel is dat waarbij comorbiditeit een rol speelt, hetzij een comorbide depressie of angststoornis, dan wel een lichamelijke comorbide ziekte, die het beeld compliceert. Het functioneren kan flink belemmerd zijn en ook het ziekteverzuim kan langer zijn, hetgeen risico's met zich meebrengt op het gebied van werkhervatting.
Ook hier worden termen gebruikt die mogelijk multi-interpretabel zijn. Is het vaststellen van een matig ernstige SOLK ook meetbaar te maken?

In paragraaf 6.6 is aangegeven dat eind 2015 er een zorgstandaard chronische pijn beschikbaar komt waarin, vanuit het patiënten perspectief, de stepped care behandeling voor chronische pijn wordt beschreven. Wordt hierin ook een afbakening MSRZ opgenomen?

5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?

Onze verwachting was dat in dit rapport ook de aanspraak (stand van wetenschap en praktijk) zou worden meegenomen en uitspraken gedaan zouden worden over de zorg die wordt geleverd. Wij vinden het jammer dat er geen uitspraken worden gedaan over de stand van wetenschap en praktijk die we ook kunnen meenemen in de vormgeving van de bekostigingsstructuur voor de MSRZ.

Algemene opmerkingen:

Verder heb ik nog een tweetal algemene opmerkingen bij het rapport.
Op pagina 11 wordt de doelgroep van de MSRZ beschreven. Bij de eerste bullit is het volgende opgenomen:
1*) somatische ziekten, trauma's of aangeboren afwijkingen van het bewegings- en houdingsapparaat*
Dit is echter een zeer algemene omschrijving, waardoor bijna iedere patiënt onder de doelgroep MSRZ valt. Het zou wenselijk zijn deze weg te laten en alleen de specifiekere omschrijving te laten staan. Verder kunnen een aantal andere bullits (zoals diabetesrevalidatie) duidelijker worden omschreven. Dus wat wordt verstaan onder diabetesrevalidatie? Wat zijn de klachten van de patiënt en wat is het doel van de diabetesrevalidatie?

In het document (pagina 13) worden 4 fasen van een revalidatiebehandeling omschreven. In het rapport en in de bijlage is beschreven dat het ICF de basis vormt bij een revalidatiebehandeling. Het is echter onduidelijk in welke fase(n) het ICF wordt ingezet.

Als er vragen zijn over bovenstaande, dan hoor ik dat graag.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Zorgautoriteit

B. (Britt) Huijbregts
Beleidsmedewerker | Directie Zorgmarkten Cure

Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht
T: 088-770 8770 | E: vragencure@nza.nl | W: www.nza.nl

Revalidatie Nederland

VRA NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer J. de Wit
Postbus 320
1110 AH Diemen

Datum
12 mei 2015
Onderwerp
Reactie RN/VRA consultatiedocument

Kenmerk
15030 JR/JSm/SL

Geachte heer De Wit,

In uw email van 17 april jongstleden zond u ons ter consultatie uw conceptrapport: 'Medisch Specialistische Revalidatie, zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' toe.
Graag maken wij van deze mogelijkheid gebruik. Het betreft een gezamenlijke reactie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en Revalidatie Nederland. Allereerst maken wij enkele algemene opmerkingen, daarna volgen opmerkingen per paragraaf. Tot slot gaan wij in op de consultatievragen.

Algemene opmerkingen:

Graag willen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en Revalidatie Nederland (RN) het Zorginstituut Nederland complimenteren met het concept consultatiedocument.
De uitgebreide voorbereiding in 2014 in de vorm van meerdere bijeenkomsten heeft in de ogen van de VRA en RN een solide basis gelegd voor dit document.

In de duiding moet nog wel worden toegelicht dat de Nota Indicatiestelling en het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde worden aangepast na vaststelling van de duiding. Zeker het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde betreft een dynamisch document.
De uitwerking aangaande Medisch Specialistische Revalidatie - en arbeidsrevalidatie (paragraaf 6.5) en chronische pijn (paragraaf 6.6) ontbreekt nog in dit document. De VRA en RN spreken de verwachting uit om op eenzelfde wijze betrokken te worden bij de voorbereiding van deze onderdelen.

Wij hebben na lezing van dit document mogen constateren dat uw duiding van Medisch Specialistische Revalidatie in lijn ligt met het zeer recent vastgestelde Position Paper van de VRA. Wij adviseren om in het document consequent gebruik te blijven maken van de terminologie zoals toegepast in het ICF.

Het rapport is verbeterd ten opzichte van de versie die VRA en RN op 23 maart jongstleden met het Zorginstituut Nederland bespraken:

1. Hoewel de terminologie afwijkt van terminologie die eerder in de sector werd gebruikt sluit de indeling in algemene medisch specialistische revalidatie en interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie aan bij de bespreking hiervan op 23 maart tussen Zorginstituut Nederland, VRA en RN. Deze terminologie moet nog ingeburgerd raken. Niet alleen bij aanbieders en professionals, ook bij de relevante stakeholders.

Oudlaan 4, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht T 030 273 93 84 F 030 273 94 06 info@revalidatie.nl www.revalidatie.nl

2. De onduidelijkheid onder 1.6.1.2 ten aanzien van wie mag verwijzen naar de medisch specialistische revalidatie is weggenomen.
3. De duiding gaat over de medisch specialistische revalidatie, niet alleen over de revalidatiegeneeskunde.

Reactie per paragraaf:

Paragraaf 1.1.4
Verwijzen naar de Nota Indicatiestelling uit 2001 is verwarrend wanneer de versie uit 2013 als bijlage is bijgevoegd. De versie uit 2013 is door RN, VRA en NVZ vastgesteld, maar nog niet door ZN. ZN heeft aangegeven eerst te willen wachten op de duiding door het ZINL.

Paragraaf 1.3.2, 2e alinea:
Met deze partijen is onder meer gesproken over (de actualisering van) het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde (bijlage 2) en de Nota Indicatiestelling (bijlage 3) 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' vervangen door 'medisch specialistische revalidatie').

Paragraaf 2.2
Doelgroep, punt 4: "Inclusief sensitisatie bij chronische pijn" weglaten, is geen somatische aandoening, maar gevolg van...

Doelgroep: tekst vanaf punt 6 in volgorde aangepast en gecorrigeerd/aangevuld:

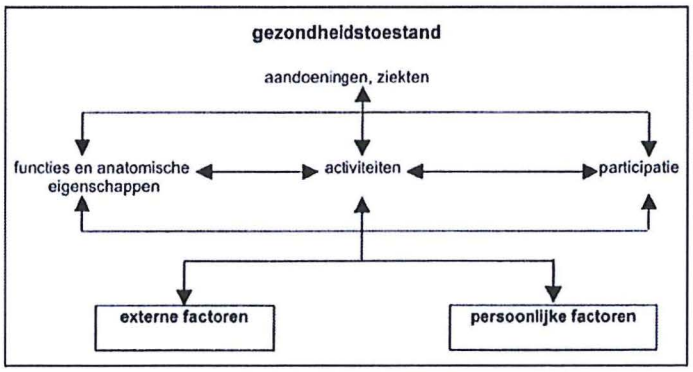
6. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) van houdings- en bewegingsapparaat die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie;
7. Gevolgen van kanker die leiden tot complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies, waardoor activiteiten (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaal-maatschappelijke rol te vervullen of, in geval van het zich ontwikkelende kind, deze te gaan vervullen (oncologische revalidatie);
8. Gevolgen diabetes (diabetesrevalidatie) die leiden tot complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies, waardoor activiteiten (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaal-maatschappelijke rol te vervullen of, in geval van het zich ontwikkelende kind, deze te gaan vervullen.
9. Gevolgen van hart- en longlijden die leiden tot complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies, waardoor activiteiten (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaal-maatschappelijke rol te vervullen of, in geval van het zich ontwikkelende kind, deze te gaan vervullen
10. Beperkingen op het niveau van arbeidsparticipatie.

Paragraaf 2.3, Beoogd doel medisch-specialistische revalidatie
Voorstel voor tekst:
'De overkoepelende doelstelling van de medisch specialistische revalidatie is het bevorderen van de zelfredzaamheid en de autonomie van de patiënt.
De medisch specialistische revalidatie beoogt:

1. Inzicht te verwerven in oorzaken en (huidige en toekomstige) gevolgen van de door de patiënt en zijn naasten ervaren problemen **in activiteiten en participatie**;
2. Een inschatting te maken van de mogelijkheid om en de mate waarin deze problemen door middel van medisch specialistische interventies zijn te voorkomen, te verbeteren dan wel te beperken;
3. De patiënt en zijn naasten te informeren en adviseren over de functionele diagnose en de daarmee samenhangende gevolgen en over de prognose op korte en middellange termijn;
4. Functies van de patiënt zoals motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag te optimaliseren dan wel achteruitgang te voorkomen of te vertragen;
5. Zo nodig door middel van hulpmiddelen of technische voorzieningen functies en activiteiten van de patiënt te optimaliseren;
6. De (te voorziene) gevolgen van zijn aandoening voor dagelijkse activiteiten en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de patiënt en zijn naasten te voorkomen dan wel te beperken.
7. De patiënt toe te rusten met zelfmanagementvaardigheden voor het zoveel mogelijk zelfstandig onderhouden van zijn gezondheid en functionele mogelijkheden en de het adequate gebruik van gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen;'

Paragraaf 2.4. Revalidatiegeneeskundige fasen.
Het voorstel is om aan deze tekst in ieder geval toe te voegen dat de revalidatiearts werkt zoveel mogelijk volgens het ***principe van stepped-care***. Eventueel kan ook gebruik worden gemaakt van tekstonderdelen uit het Position Paper. Onderstaande tekst biedt hiervoor wellicht mogelijkheden:

Functionele diagnostiek
In de anamnese wordt niet alleen ingegaan op de klachten en symptomen, maar ook op beperkingen in activiteiten. Hulpvraag en participatieambitie zijn essentieel en geven nadrukkelijk richting aan de behandeling. Hierbij worden alle domeinen uit het ICF model *(zie figuur 1)* betrokken. Vanuit de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en de persoonlijke en externe factoren, staat de patiënt en zijn omgeving centraal.



Figuur 1. ICF-model[1]

[1] World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF, Nederlandse vertaling, 2001.

Bij het revalidatiegeneeskundig onderzoek wordt het huidig niveau van functioneren vastgelegd. Dit kan door middel van een beoordeling bestaande uit een neurologisch en orthopedisch onderzoek en een functioneel onderzoek, zoals observatie van bewegingspatronen, vaardigheden en/of van cognitief en communicatief functioneren. Veelal worden aanvullende diagnostische mogelijkheden ingezet, zoals beeldvormende diagnostiek, elektromyografie en instrumentele bewegingsanalyse. Tevens kan gebruik worden gemaakt van de diagnostische expertise van het revalidatieteam.

Prognostiek
Functionele diagnostiek leidt tot functionele prognostiek: hierin wordt, met inachtneming van alle meewegende factoren, de prognose m.b.t. het haalbare niveau van functioneren bepaald. Indien van toepassing wordt beoordeeld welke extra zorg blijvend nodig zal zijn en welke voorwaarden hiervoor gerealiseerd moeten worden. De revalidatiearts gebruikt hierbij zijn kennis van: 1) de relatie tussen de stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en problemen ten aanzien van maatschappelijke participatie; 2) de algehele ontwikkeling van kinderen en jongeren; 3) het natuurlijk beloop van een aandoening; 4) het te verwachten effect van behandelingen op functie- en activiteitenniveau in relatie tot de participatieambities van de patiënt en het ontwikkelingsverloop bij kinderen en jongeren.

De indicatiestelling voor de behandeling vindt plaats volgens de principes van stepped care. De revalidatiearts biedt of adviseert zijn patiënt passende zorg volgens het stepped care principe; dat wil zeggen de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek.

Individueel behandelplan
Gezamenlijke besluitvorming (patiënt- of kind en ouder- met de revalidatiearts) staat aan de basis van het vaststellen van een individueel behandelplan met specifieke haalbare behandeldoelen. Het behandelplan wordt met regelmaat geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Tijdens de behandeling kan worden samengewerkt met andere medisch specialisten, para- en perimedici, en orthopedische technici in een multidisciplinair/interdisciplinair team. Binnen de Revalidatiegeneeskunde zijn specifieke behandeltechnieken beschikbaar, zoals o.a. diverse injectietechnieken (botulinetoxine bij spasticiteit, pees en gewrichtsinjecties bij ontstekingen) (functionele) elektrostimulatie, robot ondersteunende therapie, 'virtual reality' ondersteunende therapie en 'serious gaming'. Ook wordt gebruik gemaakt van de specifieke deskundigheid van bovengenoemde disciplines op het gebied van de orthesiologie, prothesiologie en aanpassingen/voorzieningen.

Paragraaf 3.2 Algemene medisch-specialistische revalidatie
1e bullet: op de polikliniek patiënten behandelt op verwijzing ***van een andere medisch specialist,*** de huisarts, jeugdarts of bedrijfsarts of in het ziekenhuis mede behandelt;

Paragraaf 4.1 derde alinea:
De beschrijving van het revalidatieteam is verwarrend door de woorden '*onder meer*'. Het is daardoor onduidelijk of een keuze wordt beschreven of een minimale samenstelling. We stellen de volgende tekst voor: "*Het revalidatieteam bestaat, naast de revalidatiearts, uit een psycholoog/orthopedagoog en/of een fysiotherapeut en/of een ergotherapeut en/of een verpleegkundige en/of een logopedist en/of een revalidatietechnicus en/of een andere discipline.*"

Paragraaf 4.2 eerste alinea:
Het is duidelijker om voetnoot 2 (*Waar in deze notitie de revalidatiearts staat genoemd, kan in bijzondere gevallen en bij bepaalde doelgroepen, de behandelend medisch specialist een andere zijn dan de revalidatiearts. Het revalidatieteam kan aangestuurd worden door een andere medisch specialist met specifieke affiniteit voor medisch specialistische revalidatie indien deze daartoe deskundig en bekwaam is en deze behandeling aanbiedt op een vergelijkbaar kwaliteitsniveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde)* niet op deze plek in te voegen, maar bij hoofdstuk 5 onder paragraaf 5.2.2 in de tweede alinea achter 'in dit geval de revalidatiearts'. De voetnoot wint aan duidelijkheid door er op te wijzen dat hier de complexe orgaanrevalidatie of eventueel de diabetesrevalidatie wordt bedoeld. De juiste voetnoot wordt dus: '*Waar in deze notitie de revalidatiearts staat genoemd, kan in bijzondere gevallen en bij bepaalde doelgroepen (complexe orgaanrevalidatie, diabetesrevalidatie), de behandelend medisch specialist een andere zijn dan de revalidatiearts. Het revalidatieteam kan aangestuurd worden door een andere medisch specialist met specifieke affiniteit voor medisch specialistische revalidatie indien deze daartoe deskundig en bekwaam is en deze behandeling aanbiedt op een vergelijkbaar kwaliteitsniveau als omschreven in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde'.*

Paragraaf 4.2 eerste alinea:
"het brede pallet aan specialistische interventies" vervangen *door "beschikbaarheid van een breed pallet aan specialistische interventies".* Op deze manier wordt een interpretatie-discussie voorkomen over de noodzaak om altijd een breed pallet aan specialistische interventies in te zetten.

Paragraaf 4.3.1. Indicatiestelling- Algemeen
De VRA en RN hebben in de nota Indicatiestelling het indicatiegebied beschreven van de interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.
1e bullet: er sprake is van een gerichte verwijzing door huisarts, medisch specialist, ***jeugdarts*** of bedrijfsarts;
Vraag: waarom wordt oncologie hier niet specifiek benoemd?

Paragraaf 4.3.2. Complexe samenhangende problematiek
2e alinea: Verschillende factoren spelen een rol bij de beoordeling of ***de problematiek van*** de patiënt (en zijn omgeving) als complex moet worden aangemerkt.
1e bullet: de ernst van de ***functie***stoornissen, de comorbiditeit in combinatie met de duur van de bestaande klachten (o.a. pijn);
2e bullet: (***bij een acute aandoening of trauma****: verwijderen*), wat is uitgangssituatie **en de participatieambitie** van de patiënt wat betreft het maatschappelijk functioneren, dit is van belang voor de te verwachten (functionele) prognose;
4e bullet**:** ***tekstvoorstel:*** de persoonsgebonden factoren van de revalidant, bestaat er een neiging tot catastroferen en of is er sprake van angst; wat is de leerbaarheid en de motivatie; is er sprake van interactie van deze factoren met de ervaren problemen;
5e bullet***: tekstvoorstel****:* de externe factoren van de revalidant en/of de omgeving, relevant daarbij is de psychosociale context , de belastbaarheid, leerbaarheid en de motivatie van de omgeving en de interactie van de revalidant met zijn omgeving;

Paragraaf 4.3.3. Klinisch versus poliklinisch
Voorstel is om tekst bullet 5 en 6 te combineren.
Tekstvoorstel: complexe sociale problematiek waarbij het belangrijk is om de patiënt tijdelijk afstand te laten nemen van zijn systeem om zijn/haar gedrag te kunnen veranderen.

Paragraaf 5.2.2 tweede alinea:
Hier de licht aangepaste voetnoot 2 plaatsen, zie opmerking bij paragraaf 4.2, eerste alinea.

Paragraaf 5.2.3 eerste alinea:
Het Zorginstituut Nederland haakt hier erg in op het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en de kwaliteitseisen en randvoorwaarden die hierin worden genoemd. Zoals al onder de algemene reactie aangegeven: het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde zal op korte termijn worden aangepast.

Paragraaf 6.4 laatste bullet:
In de laatste zin bij deze bullet achter 'revalidatiebehandelplan' tussen haakje toevoegen '(klinisch of poliklinisch)'. Dit om misverstanden te voorkomen dat het alleen om poliklinische revalidatie zou kunnen gaan. Immers, eerder in de bullet wordt alleen over poliklinische revalidatie gesproken.

Consultatievragen:

Het Zorginstituut heeft belanghebbende partijen de volgende consultatievragen gesteld:

1. Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?
   Ja, het is wel duidelijk al zijn deze termen binnen de revalidatiegeneeskunde geen gemeengoed. Bij de revalidatiegeneeskunde wordt een dergelijk onderscheid niet met dergelijke terminologie omschreven , ook al is deze er natuurlijk wel.
2. Biedt de uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' in paragraaf 4.3.2 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?
   Ja, met de gemaakte opmerkingen.
3. In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?
   Ja, met de gemaakte opmerking
4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.
   Ja
5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?
   Zie gemaakte opmerkingen.

Graag wensen wij u succes toe met de afronding van het consultatiedocument en bespreking in de Adviescommissie Pakket op 29 mei 2015.

Met vriendelijke groet,

Revalidatie Nederland

Drs. J.A. (Jannie) Riteco
Directeur

Nederlandse Vereniging Revalidatie Artsen

Drs. W.M. (Wijnandien) Hoek
Directeur

Sier, mw. C.H.M.

Van: Olthof, Sjoerd [Olthof@kngf.nl]
Verzonden: woensdag 13 mei 2015 13:21
Aan: Wit, J.C. de
Onderwerp: RE: Consultatie conceptrapport medisch-specialistische revalidatie
Bijlagen: consultatievragen NVFR.docx; consultatievragen NVZF.docx

Geachte heer de Wit,

Met dank voor de mogelijkheid om commentaar te mogen leveren op uw conceptrapport medisch-specialistische revalidatie stuur ik u hierbij alvast het commentaar van 2 door ons benaderde deskundigen. We verwachten nog commentaar van twee andere deskundigen, dat stuur ik u graag volgende week toe.

Ik wens u veel succes bij de vergadering van de ACP.

Met vriendelijke groet,

Sjoerd Olthof

Afdeling B&O
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Stadsring 159b | Postbus 248 | 3800 AE Amersfoort | 033 467 29 77 (ma t/m don)| | olthof@kngf.nl | www.kngf.nl | www.defysiotherapeut.com |

Disclaimer: De informatie in dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking en gebruik door anderen is niet toegestaan. Als dit bericht u onbedoeld heeft bereikt, verzoeken wij u dit bericht te vernietigen. Door de elektronische verzending van het bericht kunnen er geen rechten worden ontleend aan de informatie.

de Fysiotherapeut

Reactie KNGF/NVRF

Het Zorginstituut heeft belanghebbende partijen de volgende consultatievragen gesteld:

1. Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?

   Het bestuur van het NVRF herkent zich goed in het onderscheid. Bij algemeen medisch-specialistische revalidatie kan duidelijker worden gemaakt dat andere revalidatie disciplines ingezet kunnen worden voor het geven van input voor het opstellen van een revalidatieadvies. De revalidatie fysiotherapeut is specialist op het gebied van bewegen kan een goede afweging maken over prognose en inzet van eigen handelen.

2. Biedt de uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?

   Het bestuur van het NVRF vindt de uitwerking adequaat. Opgemerkt kan worden dan ingeval van twijfel aan de indicatie voor algemeen medisch-specialistische revalidatie de RA een patiënt niet direct te indiceren voor algemeen medisch-specialistische revalidatie maar de patiënt na enige tijd nogmaals te onderzoeken. Na deze wachttijd kan de RA het verloop van het beeld nogmaals onderzoeken en eventueel een indicatie voor algemeen medisch-specialistische revalidatie afgeven.

3. In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?

   Het bestuur van het NVRF vindt de uitwerking adequaat. Opgemerkt kan worden dat bij de vierde bullit ook een indicatie kan ontstaan als een revalidant behoefte heeft aan intensieve fysiotherapeutische behandeling

4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.

   Het bestuur van het NVRF vindt de uitwerking adequaat. Wij maken ons zorgen over de kwaliteit die geboden wordt in de ZBC's en anderhalve lijn zorg. Door lagere huisvestingskosten en het werken met onervaren – dus goedkopere- fysiotherapeuten kan deze zorg voor een lage prijs worden aangeboden. Wij vrezen dat de zorgverzekeraars mn op prijs inkopen en minder oog hebben voor de kwaliteit van zorg.

5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?

   Het bestuur van het NVRF vindt de uitwerking adequaat. Opgemerkt kan worden dat wij ons zorgen maken over de eisen die gesteld worden aan het competentie en kennisniveau van de fysiotherapeuten in de revalidatie. Er is geen gestructureerde scholing voor deze beroepsgroep. De scholing is niet gereguleerd, wat je moet kennen en kunnen zijn wij nu aan het beschrijven in een beroepscompetentieprofiel. Wij hopen dat de eisen uit het BP gaat leiden tot een goede certificering en opleidingstraject van en voor fysiotherapeuten

die werkzaam zijn in de revalidatie. Oiz dient een gezonde mate van academisering, dwz bijdrage aan onderzoek en onderwijs, er ook bij revalidatie te zijn.

Reactie KNGF/NVZF

Heb het stuk gelezen. Taai stuk, niet makkelijk te lezen maar wat er in staat klopt.

Het is geschreven voor de revalidatie. (ziekenhuis) fysiotherapie wordt niet apart benoemd maar als onderdeel van het revalidatieteam, wat volgens mij prima is.
Heb geen aanvullingen/opmerkingen.

Wat betreft de vragen:

1. Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet? Ja is duidelijk

2. Biedt de uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet? Ja is duidelijk

3. In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet? Ja is duidelijk
4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet. Ja. Vaak afhankelijk van de afspraken binnen de regio

5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke? Nee

Ten algemene:

Het document is goed opgezet en de context duidelijk omschreven. opvallend is dat de ziekte/aandoening leidend is en niet zozeer de gevolgen van de aandoening (2.2). De beoogde doelen worden "mager" omschreven en ik mis een visie op schade en herstel; adaptatie en compensatie. Hoe wordt klinimetrie omgezet in klinisch redeneren en onderbouwd met evidentie tot op maat gesneden zorg?

Waar en in welke wetenschapsterreinen ligt de bakermat van de revalidatiegeneeskunde?

In 3 en 4 ligt het accent op de indicatiestelling en het aansturen van interdisciplinaire teams, maar welke deskundigheid ligt er dan bij de revalidatie arts, anders dan aansturen en verwijzen.

Wat is de Body of Skills en de Body of Knowledge van de revalidatie arts? Wat is de mate van wetenschappelijke evidentie en hoe onderbouwt hij hiermee zijn BOKS? Hoe en aan de hand van welke literatuur onderbouwt hij gemaakte keuzes in behandeling en hoe draagt hij bij van generiek naar specifiek, van one size fits all naar tailored care?

Hoe kijkt hij aan tegen de indeling van de patiënt in risicomodellen (risicostratificatie) en op maat gesneden zorg? Welke klinimetrie is "eigen" en welke geleend van paramedische disciplines. Waar ligt de grens tussen de revalidatie geneeskunde en de paramedische disciplines. Wat blijft er over als de paramedische disciplines er "niet zijn"?

Waar ligt de grens met de andere medische disciplines (geriatrie, neurologie, arbeidsdeskundige)?

Als de revalidatiearts verwijst binnen een team, hoe gaat hij dan om met de professionaliteit en eigenheid vanuit de andere disciplines? Is er een hiërarchische lijn of een functionele c.q. organisatorische lijn tussen de revalidatiearts en bv de paramedische disciplines?

Het Zorginstituut heeft belanghebbende partijen de volgende consultatievragen gesteld:

1. Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?
   HET IS KORT OMSCHREVEN MAAR IK ZOU MEER GEDETAILLEERDE BESCHRIJVINGEN VERWACHTEN

2. Biedt de uitwerking van ‘complexe samenhangende factoren’ in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?
   IK VERWACHT MEER MAATWERK, HET IS TE ALGEMEEN BESCHREVEN: BV RISICOSTRATIFICATIE EN DE INVLOED OM MORBIDITEIT VAN SOCIAAL ECONOMISCHE FACTOREN EN MULTIMORBIDITEIT, LEEFTIJD, COMPLEXITEIT,

3. In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?
   HET WORDT NU ALS KOOKBOEK OMSCHREVEN; IK MIS DAARIN HET KLINISCH REDENEREN, DE KLINIMETRIE EN DE CLASSIFICATIE

4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.
   ZIE MIJN VRAGEN BOVEN OVER AANSTURING, EIGENHEID EN VERANTWOORDELIJKHEID (HIERARCHISCH, FUNCTIONEEL, ORGANISATORISCH

5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?
   ZIE BOVEN: EIGENHEID EN DIEPGANG

Ten algemene:

- ZIN-Rapport is helder en toegankelijk;
- Zeer gestructureerd;
- Daarmee goed leesbaar en inzichtelijk, vooral ook door de vele voorbeelden als bedoeld komend uit de praktijk;
- Exact om bovenstaande meteen ook verrassend zichtbaar 'klassiek' van aard, inhoud en toonzetting en doet dus geweld aan 'rapport ***nieuwe*** opzet';
- Immers rapporttekst:
    - Is aanbod gedreven (zie o.a. voorblad '… plegen te bieden', cf. het gehele rapport), waar vraag-gedreven gewenst is;
    - Mist de laatste 5-10 jaar aan (overvloedige) evidentie, zelfs – opmerkelijk – die evidentie die afkomstig is van het broninstituut, ZIN;
    - Verbindt zich niet aan verschillende meer of minder recente kamerbrieven van Schippers en van Rijn (verrassend bezien vanuit opdrachtgever en –nemer … genaamd "Zorg Dichtbij"?!);
    - Is ook opvallend somatiek gedreven (zie ook onderstaande link naar recent artikel uit "Science");
    - Mist visie en kennis van de huidige technologische ontwikkelingen en sociaal-culturele veranderingen in de samenleving ('ivorentoren' beeld dringt zich zeer op).

Het Zorginstituut heeft belanghebbende partijen de volgende consultatievragen gesteld:

1. Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?

JA, DAT IS DUIDELIJK. MAAR ONVOLLEDIG EN IN HET LICHT VAN HUIDIGE TIJDSBESTEK EN PATIËNTEN-/GZ-"CONJUNCTUUR" OOK BEVREEMDEND (ZIE ALGEMENE NOTIE).

2. Biedt de uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?

NEE, NIET. ZIE ALGEMENE NOTIE. DEZE PARAGRAAF IS KENMERKEND VOOR HET AANBODDENKEN EN –HANDELEN, WAAR NU JUIST GEPERSONALISEERD PREVENTIEF VRAAGDENKEN GEWENST IS.

3. In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?

NEE, DEZE OPSOMMING GAAT NIET UIT VAN DE HUIDIGE EN TOEKOMSTIGE EN VOORAL GEWENSTE OP EVIDENTIE GEASSEERDE SITUATIE. DEZE OPSOMMING MANKEERT DE UITVOERINGPRAKTIJK DOOR UIT TE GAAN VAN HET HUIDIGE – DEELS OBSOLETE – AANBOD (MET DE NADRUK OP 'AANBOD').

4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.

JA, OGENSCHIJNLIJK WERKBAAR MAAR – WEDEROM – ONGEWENST GEZIEN DE ONDERLIGGENDE PREMISSES (ZIE WEDEROM ALGEMENE NOTIE) EN BOVENDIEN OVERTUIGEND ONVOLLEDIG EN CONTROVERSIEEL AAN DE HUIDGE EVIDENTIE.

5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?

ZIE ALGEMENE NOTIE. VANUIT DIE NOTIE ONTBREEKT ER VEEL EN HET RAPPORT ZAL DAARMEE OOK DE BESTAANDE BEROEPSPRAKTIJK BEVESTIGEN IN HAAR KLASSIEKE GZ-ROL. VOORTS IS DE GGZ ROL ZWAAR ONDERBELICHT (zie o.a. : http://www.sciencemag.org/content/348/6234/499.long)

Zorgverzekeraars Nederland

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Zorginstituut Nederland
De heer dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Contactpersoon	G.H. Mellema
Doorkiesnummer	(030) 698 85 70
Ons kenmerk	B-15-3538-gmel1
Uw kenmerk	
Datum	28 mei 2015
Onderwerp	Consultatiedocument Medisch-specialistische revalidatie

Geachte heer Boer,

Hierbij doen wij u onze (voorlopige) reactie toekomen op het consultatiedocument "Medisch-specialistische revalidatie; Zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden".

Zoals u weet hebben zorgverzekeraars al lange tijd geleden aangedrongen op een nadere duiding van dit onderwerp in zijn algemeenheid en de afgrenzing van de Medisch Specialistische Revalidatie Zorg (MSRZ) van GRZ, arbeid gerelateerde zorg, herstel na ziekenhuisverblijf, eerstelijnsverblijf en intensieve revalidatie verricht door fysiotherapeuten in de 1e lijn in het bijzonder. Ook afgrenzing van orgaanrevalidatie, en oncologische revalidatie werd door zorgverzekeraars gewenst, naast een nadere duiding van de plaats van de revalidatie bij Somatisch Onbegrepen Lichamelijke Klachten (SOLK) en de pijnbestrijding. Dat proces heeft de nodige tijd gekost. Dat is ook logisch, gezien het niet eenvoudige onderwerp. ZN is dan ook verheugd dat het rapport nu als consultatiedocument voor ons ligt. We betreuren het echter dat er zo weinig reactietijd aan het veld beschikbaar is gesteld. Wij hebben er daarom voor gekozen u een voorlopige reactie toe te sturen gezien het belang van het onderwerp voor ons, en behouden ons het recht voor om deze reactie later aan te vullen.

Zorgverzekeraars hebben al langere tijd twijfels bij de effectiviteit van interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden toegepast. We zijn ons bewust dat dit behandelarsenaal veel omvattend is, maar de twijfel heeft mede ten grondslag gelegen aan het verzoek aan het toenmalige CVZ om een nadere duiding. Kennelijk is niet duidelijk genoeg gecommuniceerd dat dit ook één van de redenen was voor ons verzoek. Zorgverzekeraars willen het Zorginstituut bij deze daarom expliciet vragen om

de effectiviteit van interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden verricht alsnog te toetsen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De specifieke punten die zorgverzekeraars missen zijn verder uitgewerkt in de bijlage. Kort samengevat zijn de gemiste punten:

1. Een kritische beoordeling van het beroepskader. Er wordt zondermeer aangesloten bij wat de revalidatieartsen zelf hebben beschreven, zonder dat het ZiNL daarover zijn inhoudelijke oordeel geeft, terwijl – naar onze mening - dat juist bij een 'duiding' verwachten mag worden van het ZiNL. Met name de doelgroepen 6 t/m 10 zijn naar onze mening niet vanzelfsprekend als behorend tot de medisch specialistische revalidatie. In de bijlage wordt dit – waar aan de orde – nader aangegeven.
2. Een nadere uitwerking en concretisering van begrippen als "complex", "grote reisafstand" e.d.
3. Een duidelijke beëindiging van de oncologische revalidatiezorg als onderdeel van de MSRZ (en daarmee als verzekerde zorg) met ingang van 1-1-2016.
4. Een duidelijk standpunt ten aanzien van de revalidatie bij diabetes en hart- en longlijden.
5. Een duidelijk(er) standpunt ten aanzien van de SOLK.
6. Een duidelijker afgrenzing met andere domeinen, zoals GRZ en "eerstelijnsverblijf".
7. Een goede uitwerking van 6.5 (Medisch-specialistische revalidatie en arbeidsrevalidatie) en 6.6 (Medisch-specialistische revalidatie en chronische pijn). Op zich wel begrijpelijk, maar wel jammer, want juist op deze onderwerpen ondervinden wij in de dagelijkse praktijk afbakeningsproblemen.

Wij vertrouwen erop u met deze voorlopige reactie van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Mevrouw J.G.W. Lensink, MSc
Waarnemend algemeen directeur

Bijlage: commentaarformulier

COMMENTAARFORMULIER

Betreft	Naam respondent	Werkzaam bij	Commentaar namens
Consultatiedocument Medisch-specialistische revalidatie. Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden	G. Mellema A. de Kwant M. Persoons M. Kop J. van Kuik	ZN DSW CZ Menzis ZN	**Zorgverzekeraars Nederland**

Nr.	Bladzijde	Commentaar
1.	7	Paragraaf 1.1.3 **Commentaar:** Bij wijzigingen in het aanbod gaat het ook om het zich richten op nieuwe doelgroepen bijvoorbeeld oncologische revalidatie Nieuwe toetreders bewegen zich zeker ook op het grensvlak van eerstelijns en tweedelijns (medisch specialistische) revalidatiezorg
2.	8	Paragraaf 1.3.1. **Commentaar:** Tangram heeft destijds een rapport uitgebracht ovv. CVZ. In de duiding die nu voorligt wordt niet teruggekomen op de aanbevelingen hiervan (bv. een concretere beschrijving van de begrippen 'stepped care' en 'complexiteit' , zie ook verder).
3.	11	Paragraaf 2.2 **Commentaar:** De hiergenoemde doelgroepen 1 t/m 4 staan wat ZN betreft niet ter discussie De behandeling van de onder punt 5 genoemde aspecifieke chronische pijn van het bewegingsapparaat is een multidisciplinaire aangelegenheid en niet per definitie behorend tot de zorg die revalidatieartsen plegen te bieden De behandeling van de doelgroepen 6 t/m 10 leent zich voor een nadere afgrenzing en duiding. Deze duiding ontbreekt geheel voor revalidatie bij diabetes en hart- en longlijden
4.	13	Door ZiNL wordt er onderscheid gemaakt tussen de diagnosefase en de behandelfase. Onduidelijk is waar deze diagnosefase zich nu precies afspeelt en welke diagnostiek in welk kader uitgevoerd kan (onderdeel DOT Ziekenhuis of DOT MSR). De vaststelling van de diagnosebehoefte "revalidatie in een revalidatie-instelling" dient beschouwd te worden als de eindfase van de medisch specialistische behandeling zoals de gegeven wordt in het ziekenhuis. Dus alleen een MSR traject na een objectieve verwijzing. Voorkomen moet worden dat op grote schaal patiënten worden doorverwezen naar een revalidatie-instelling om te bepalen of er überhaupt wel behoefte is aan een revalidatie traject. Voor deze diagnostiek kan geen eigenstandig product geopend en gedeclareerd worden. De diagnostiek is onderdeel van het traject van de hoofdbehandelaar. Na de verwijzing naar de MSR kan er aanvullende diagnostiek uitgevoerd worden om tot een goed behandelplan te komen. Deze diagnostiek is onderdeel van het MSR product.
5.	15	Paragraaf 3.2 en 3.4 **Commentaar:** In deze paragrafen wordt de bedrijfsarts als verwijzer genoemd. Net zoals de jeugdarts of bv. AVG-artsen kunnen zorgverzekeraars de bedrijfsarts opnemen in hun polisvoorwaarden als verwijzer, echter in tegenstelling tot de huisarts kennen deze specialisten in ons systeem geen wettelijk verankering. Juist ook vanwege de afgrenzing met 'arbeidsrevalidatie'

		zouden we de voorwaarden voor verwijzing, c.q. de vraagstelling, resp. de zorgvraag nader gespecificeerd willen zien. Indien dat niet mogelijk is, zouden we de bedrijfsarts hier niet als verwijzer willen benoemen.
6.	19	*In de nota Indicatiestelling is beschreven welke patiënten zijn aangewezen op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie en of die revalidatie dan klinisch of poliklinisch dient plaats te vinden (zie verder paragraaf 4.3).* **Commentaar:** De gegeven afbakening is niet transparant. De afbakening lijkt te draaien om de invulling van het begrip complexe problematiek. ZiNL heeft, zoals blijkt uit paragraaf 4.3 met VRA en RN gesproken over dit begrip. Behalve dat een arts bepaald of er sprake is van complexe problematiek lijkt men niet veel verder gekomen te zijn met de invulling van dit begrip. Dit maakt het voor verzekeraars niet mogelijk om te toetsten of een MSR behandeling nu passend is verstrekt of dat volstaan had kunnen/moeten worden met een behandeling in bijvoorbeeld de eerstelijn of de GRZ.
7.	20	*Klinisch versus poliklinisch* *een grote reisafstand gecombineerd met een zodanig laag belastbaarheidniveau dat een poliklinische behandeling tot (verdere) overbelasting zal leiden* **Commentaar:** Wat wordt verstaan onder een grote reisafstand? In Nederland is er een goede spreiding van poliklinische en klinische revalidatiecapaciteit. Dus wil men dit als criterium opnemen dat moet daar o.i.: 1. een nadere normering van "grote reisafstand" plaats vinden 2. er aan toegevoegd worden dat: a. evenwaardige alternatieven dichterbij niet voor handen zijn b. evenwaardige alternatieven nog niet eerder door de patiënt zijn benut Daarnaast geldt dat juist voor de complexe problematiek met een psycho-sociale component geldt, dat patiënten gelijktijdig dan wel na verloop van tijd naar meerdere hulpverleners gaan. Het kader van "Zinnige en zuinige zorg" en de vrije artsenkeuze staan hierbij wel op gespannen voet met elkaar.
8.	24	Paragraaf 5.2.3. **Commentaar:** Het ZiNL gaat niet op de afgrenzing met andere domeinen zoals bijvoorbeeld het domein van de longarts/cardioloog/internist bij de resp. long-/hart-/diabetesrevalidatie. Aangezien de vraag of bepaalde zorg tot het domein van een beroepsgroep behoort of niet, past het hier in dit hoofdstuk om ook aan te geven wat ***niet*** tot dat van de revalidatiearts behoort
9.	25	*Het beoordelen van de effectiviteit van alle interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden toepast (het aanvaarde behandelarsenaal), is zeer veel omvattend. Omdat er ook in de aanloop naar dit rapport door betrokken partijen geen specifieke vragen zijn gesteld of twijfels zijn geuit over de effectiviteit van bestaande interventies die door de revalidatiearts worden toepast, toetst het Zorginstituut in dit rapport deze dan ook niet aan niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.* **Commentaar:** Zorgverzekeraars hebben al langere tijd twijfels bij de effectiviteit van interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden toepast. We zijn ons bewust dat dit

		behandelarsenaal veel omvattend is, maar het heeft ten grondslag gelegen aan het verzoek aan het toenmalige CVZ om een nadere duiding. Kennelijk is niet duidelijk genoeg gecommuniceerd dat dit één van de redenen was voor ons verzoek. Zorgverzekeraars willen dan ook het Zorginstituut alsnog vragen om de effectiviteit van interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden verricht te toetsen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij dient ook nadrukkelijk de relatie met alternatieve behandelmogelijkheden vanuit de eerstelijn en de GRZ meegenomen te worden in deze nadere analyse. Welke behandelmethoden zijn, welke zijn daadwerkelijk effectief gebleken (en welke niet) en welke methoden dienen voor welke patiënt ingezet te worden (verkleinen praktijkvariatie door meer standaardisering en normering).
10.	25	De revalidatiezorg wordt beschreven als zorg zoals revalidatie artsen deze plegen te bieden. Een dergelijke omschrijving biedt ruimte voor andere aanbieders dan revalidatie artsen om MSR ook te leveren. Vraag is of deze open omschrijving wel toepasbaar is als de inclusiecriteria niet transparant zijn en alleen de revalidatiearts kan bepalen of een MSR traject geboden moet worden. Dient in de aanspraak niet beschreven te worden dat de eindverantwoordelijkheid voor een MSR traject altijd bij een revalidatie arts hoort te liggen.
11.	26 =>27	*Het kenmerkende verschil tussen medisch-specialistische en geriatrische revalidatie is dat er sprake is van een andere patiëntenpopulatie. De patiënten die aangewezen kunnen zijn op geriatrische revalidatie zijn kwetsbare oudere patiënten met multimorbiditeit, waarbij sprake is van een acute aandoening waardoor ernstige achteruitgang in mobiliteit of zelfredzaamheid is opgetreden waardoor zij tijdelijk zijn aangewezen op revalidatie in combinatie met verblijf en verpleging en verzorging. Veelal is er sprake van beperkte belastbaarheid, waardoor slechts een lage intensiteit van de paramedische behandeling mogelijk is. De leerbaarheid en trainbaarheid zijn veelal beperkt. De prognose is dusdanig dat ontslag naar huis na revalidatie wel haalbaar wordt geacht. De geriatrische revalidatie is gericht op ontslag naar de thuissituatie.* **Commentaar:** Deze afgrenzing is op zich duidelijk, maar laat in de praktijk toch nog wel een overlap zien, waarbij zowel een revalidatiearts als een specialist ouderengeneeskunde betrokken is. Van belang is in dergelijke gevallen dat er duidelijkheid is over wie wat doet en wie de hoofdbehandelaar is. Dat is van belang voor de betrokkenen, maar ook om dubbele declaraties e.d. te voorkomen. Zou het Zorginstituut hier nog nader op kunnen ingaan? Wanneer is er sprake van een dermate *ernstige achteruitgang in mobiliteit of zelfredzaamheid* of een *beperkte belastbaarheid* dat GRZ daadwerkelijk aangewezen is? Deze begrippen zijn niet duidelijk ingevuld waarmee het voor verzekeraars niet mogelijk om te toetsten of een MSR behandeling nu passend is verstrekt of dat volstaan had kunnen/moeten worden met een behandeling in bijvoorbeeld de eerstelijn of de GRZ. In dit kader is door verzekeraars en ook door ZiNL gevraagd om het indicatiekader verder uit te werken zodat deze objectief toetsbaar wordt. Waarom wordt door ZiNL deze oproep niet herhaald of nog beter een opdracht uitgezet bij VRA en Verenso om dit indicatiekader nu daadwerkelijk uit te werken?
12.	27	*Mensen met een CVA* **Commentaar:** Voor deze doelgroep is een duidelijke overlap met verpleeghuiszorg, GRZ, eerstelijnsverblijf en ziekenhuiszorg. Het standpunt van de WCN kan als vertrekpunt worden gekozen. Zorgverzekeraars onderstrepen het standpunt van het Zorginstituut dat het aan partijen is om op basis van beschikbaar bewijs een multidisciplinaire richtlijn en/of zorgstandaard CVA te ontwikkelen voor goede CVA-zorg.
13.	28	*Oncologische revalidatie*

		Commentaar: Zorgverzekeraars delen de conclusies van het Zorginstituut dat: 1. de stappen die in de beslisboom zijn beschreven, aanleiding geven tot onduidelijkheid bij zorgaanbieders en 2. in de praktijk niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de stappen in het beslisschema. 3. de woordkeuze in het schema niet aansluit bij de wijze waarop medisch specialistische revalidatie in dit rapport is verwoord. 4. Het Zorginstituut bakent de (interdisciplinaire) medisch-specialistische revalidatie en de oncologische revalidatie als volgt af: 5. enkelvoudige problematiek geen medisch-specialistische revalidatie is; 6. meervoudige problematiek, waarbij oncologische revalidatie door een multidisciplinair revalidatieteam onder leiding van een oncoloog wordt verleend niet te beschouwen is als (interdisciplinaire) medisch-specialistische revalidatie. 7. bij complexe (en samenhangende) problematiek er sprake ***kan*** zijn van een verwijzing voor een poliklinisch consult bij een revalidatiearts, die vervolgens bepaalt of terugverwijzing met een behandeladvies kan plaatsvinden of dat er een revalidatiebehandelplan moet worden opgesteld, waarbij er sprake is van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. Uit de literatuur blijkt dat er erg weinig "evidence" is t.a.v. de vorm en (kosten)effectiviteit van oncologische revalidatie. Als de interventie een nieuwe interventie zou zijn dan zou het geen grote kans maken bij toetsing voor opname in het Basispakket. Het zou het Zorginstituut daarom sieren als het in de eindversie van dit rapport een duidelijke uitspraak doet dat oncologische revalidatie geïndiceerd op basis van de betreffende richtlijn, met de interventies cf. deze richtlijn (met uitzondering van punt 7) met ingang van 1-1-2016 niet meer tot het verzekerde pakket gaat behoren.
14.	29	*SOLK* **Commentaar:** Zorgverzekeraars herkennen de substantiële overlap tussen de verschillende functionele syndromen. Uit de declaratiegegevens blijkt dat juist deze groep veel en vaak gebruik maakt van meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd, en/of in de loop van de tijd. In het kader van zinnige en zuinige zorg is dit "shoppen" bij verschillende artsen omdat – in de beleving van de patiënt – er toch echt iets aan de hand is, dit zeer ongewenst. Daarom zouden zorgverzekeraars de volgende voorwaarde aan de MRSZ voor deze doelgroep willen toevoegen: • bij complexe (en samenhangende) problematiek rond SOLK er sprake ***kan*** zijn van een verwijzing voor een poliklinisch consult bij een revalidatiearts, die vervolgens bepaalt of terugverwijzing met een behandeladvies kan plaatsvinden, overdracht dient plaats te vinden naar de GGz of dat er een revalidatiebehandelplan moet worden opgesteld, waarbij er sprake is van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie.
15.	31	Antwoord op de consultatievragen 1. Het onderscheid tussen algemene en interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is voldoende duidelijk uiteengezet. De afgrenzing tussen de diagnostische fase veelal in een ziekenhuis (onderdeel DOT MSZ) en de diagnostiek uitgevoerd t.b.v. het opzetten van een behandelplan (onderdeel DOT MSR) dient scherper uiteengezet te worden om zodoende de toegang tot de MSR beter te borgen (alleen o.b.v. objectieve verwijzing). Ook de afgrenzing van MRSZ en GRZ, de afgrenzing MSRZ en "eerstelijnsverblijf" en de afgrenzing van het hoofdbehandelaarschap revalidatiearts dan

		wel specialist ouderengeneeskundige verdient aanscherping. Verzekeraars zouden in dit kader graag dat er algemeen revalidatie indicatieprotocol wordt opgesteld waarmee de toegang tot de verschillende vormen van revalidatiezorg transparanter wordt gemaakt en verzekeraars kunnen toetsen op het aanbod van passende zorg. 2. De uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' (paragraaf 4.3.2 en niet 4.3.1 wordt waarschijnlijk bedoeld) biedt zeker geen voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie. De benoemde factoren zijn namelijk algemeen beschrijvend en zijn eigenlijk meer de vragen die gesteld moeten worden bij de indicatiestelling dan dat het normstellend is. Zonder normen waarlangs factoren gemeten worden, is geen ondubbelzinnige beoordeling mogelijk en blijven begrippen als "complex" multi-interpretabel. Zeker als je uitgaat van een holistische benadering (wat het bio-psychosociale model in feite omschrijft), geldt voor elke patiënt dat er, bijna per definitie, samenhangende factoren zijn die bijdragen tot het in stand houden van de klachten. De mate waarin deze dan complex zijn, blijft zeer onduidelijk. In de aanvragen die wij zien, wordt vaak gesproken van complex indien er samenhangende factoren zijn die de klachten onderhouden. Het grootste probleem is dus het ontbreken van een helder en strak normenkader; er blijft nu ongelooflijk veel ruimte over voor een niet eensluidende interpretatie. Daarvoor biedt het rapport nu geen duidelijke oplossing. 3. De punten die opgesomd zijn om te beoordelen of er sprake is van een indicatie voor een klinische behandeling, bieden geen voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Ze zeggen namelijk niet perse iets over de aanspraak. Als voorbeeld hebben we het punt van de reisafstand genoemd. 4. De benoemde afbakening tussen medisch specialistische revalidatie en andere vormen van revalidatiezorg is – zoals boven betoogd niet scherp genoeg en daarmee nog niet goed werkbaar. Te veel wordt er de nadruk op gelegd wat de verschillende richtlijnen benoemen, waarbij criteria en factoren worden genoemd, die niet goed te objectiveren zijn en waarvoor een duidelijk normenkader ontbreekt. 5. De specifieke punten die Zorgverzekeraars missen zijn: 1. De toetsing van de effectiviteit van interventies die binnen de medisch-specialistische revalidatie worden verricht aan de stand van de wetenschap en praktijk. 2. Een kritische beoordeling aan de hand van bovenstaand punt van het beroepskader. Er wordt zondermeer aangesloten bij wat de revalidatieartsen zelf hebben beschreven in hun beroepskader. 3. De behandeling van de doelgroepen 6 t/m 10 leent zich voor een nadere afgrenzing en duiding. Deze duiding ontbreekt geheel voor revalidatie bij diabetes en hart- en longlijden 4. Een goede uitwerking van 6.5 en 6.6. Begrijpelijk, maar wel jammer, want juist op deze onderwerpen ondervinden wij in de dagelijkse praktijk afbakeningsproblemen.

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Zorginstituut Nederland
Programma Zorg Dichtbij
Sector Zorg
t.a.v. J. de Wit
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

Ons kenmerk:
MB/201505

Datum:
3 juni 2015

Geachte heer de Wit,

Bijgaand ontvang u onze reactie op het rapport 'Medisch-specialistische revalidatie'.

Met vriendelijke groet,

Marjolein Bastiaanssen, bedrijfsarts
Projectleider Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

NVAB
Postbus 2113, 3500 GC Utrecht 030 - 20 40 620 nvab@nvab-online.nl
www.nvab-online.nl

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde nvab

Reactie van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde op de consultatievragen van het Zorginstituut over het rapport 'Medisch-specialistische revalidatie'.

1. Is het onderscheid dat in dit rapport is aangebracht tussen de verschillende vormen van medisch-specialistische revalidatie (algemeen en interdisciplinair) voldoende duidelijk? Zo nee, waarom niet?

   Het onderscheid is duidelijk, maar naar onze mening is de benaming 'algemeen' wat minder van toepassing op de daadwerkelijke activiteiten van revalidatie-artsen die in dit deel genoemd worden. Het gaat om diagnostiek, consultatie en enkelvoudige en kortdurende behandelingen/interventies. En het is dus een meer omschreven vorm van medisch-specialistische revalidatie dan de term 'algemeen' oproept.

2. Biedt de uitwerking van 'complexe samenhangende factoren' in paragraaf 4.3.1 u in de uitvoeringspraktijk voldoende duidelijkheid om te kunnen beoordelen of er sprake is van een indicatie interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (en wanneer dus niet)? Zo nee, waarom niet?

   Deze uitwerking biedt voldoende duidelijkheid, ook op de onderdelen die voor de bedrijfsarts belangrijk zijn, namelijk maatschappelijke participatie en werk.

3. In paragraaf 4.3.3 is een aantal punten opgesomd wanneer naar het oordeel van de beroepsgroep sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Biedt deze opsomming u voldoende houvast in de uitvoeringspraktijk. Zo nee, waarom niet?

   Ja, deze biedt voldoende houvast.

4. Is de afbakening tussen medisch-specialistische revalidatie en ander vormen van (revalidatie) zorg in de uitvoeringspraktijk werkbaar? Zo nee, waarom niet.

   Nee, de afbakening met arbeidsrevalidatie is te kunstmatig. Naar onze mening is arbeidsrevalidatie onlosmakelijk verbonden met ieder revalidatie-traject bij patiënten met werk. Immers, doelen op het gebeid van maatschappelijke participatie maken onderdeel uit van het behandelplan. Voor werkenden betekent dit dat er een doel gesteld zal worden voor terugkeer naar eigen werk, passend werk of andere maatschappelijke participatie, wanneer betaald werk door de aard van de beperkingen niet meer mogelijk is.

   Wij stellen voor om (analoog aan wat ontwikkeld is voor de ouderengeneeskunde) een gezamenlijk indicatieprotocol te ontwikkelen, mede gebaseerd op de indicaties voor multidisciplinaire interventies in een aantal van onze richtlijnen (lage rugklachten, KANS, psychische problemen, astma/copd en ischemische hartziekten)

5. Mist u specifieke punten die betrekking hebben op de medisch-specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, zoals in dit rapport verwoord. Zo ja, welke?

   Wij onderschrijven de verwijzende rol van bedrijfsartsen, zoals die in dit document een aantal keren is genoemd. Ook sluit de werkwijze volgens het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model goed aan bij de visie en uitvoeringspraktijk van bedrijfsartsen. Wij missen (zeker gezien de op andere plaatsen genoemde doelstelling van maatschappelijke participatie binnen revalidatietrajecten) een uitwerking van de paragraaf over medisch-specialistische zorg en arbeidsrevalidatie. Zoals hierboven aangegeven dragen wij graag bij aan een nadere invulling.

Utrecht, 3 juni 2015

Marjolein Bastiaanssen, bedrijfsarts
namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- Bedrijfsgeneeskunde