



Behandelkader MS

21 oktober 2021

Inhoudsopgave

	Pagina
1. Algemene inleiding behandelkader	3
1.1 Doel en functie behandelkader	3
1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader	3
1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader	3
2. Patiëntendoelgroep	4
2.1 Omschrijving doelgroep	4
2.2 Omschrijving subgroepen	5
2.3 Patiëntenperspectief en behandeldoelen	5
3. Behandelaanbod	6
4. Indicatoren	8
5. Kwaliteitscriteria	9
5.1 Deskundigheid	9
5.2 Faciliteiten	10
5.3 Netwerk	11
6. Bijlagen	12

1. Algemene inleiding behandelkader

1.1 Doel en functie behandelkader

Een behandelkader, ook wel aangeduid als kwaliteitsnorm, is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

- het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt;
- het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken;
- het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, waar en op welk niveau).

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

De Werkgroep MS (WMS) heeft eind 2009 het initiatief genomen om het behandelkader MS op te stellen in overleg met de VRA. In 2013 is een eerste behandelkader MS vastgesteld. Voor het updaten van het behandelkader MS is in 2019 een commissie ingesteld door de WMS. De commissie bestond uit de volgende personen:

- Mw. dr. D.M. Oosterveer, revalidatiearts Basalt Leiden
- Mw.J.J.M.F. v.d. Putten, revalidatiearts Basalt Delft

De commissie werkte van mei 2020 tot oktober 2021 aan de totstandkoming van het concept van de revisie van het behandelkader MS. Het concept behandelkader is voor commentaar voorgelegd aan de commissie kwaliteit, de beroepsbelangencommissie en het bestuur van de VRA. De werkgroep WMS heeft n.a.v. de reactie van het bestuur het concept aangepast. Het definitieve concept behandelkader is voor autorisatie voorgelegd aan de leden tijdens een ALV. Na autorisatie is het behandelkader gepubliceerd op de website van de VRA.

1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader

Het behandelkader is op 17 november 2021 geautoriseerd door de leden van de VRA. De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader. Uiterlijk 2025 bepaalt het bestuur van WMS of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

2. Patiëntendoelgroep

2.1 Omschrijving doelgroep

Multipele sclerose (MS) is de meest frequente oorzaak van beperkingen bij jong volwassenen in de westerse wereld. MS treft vooral mensen tussen 20 en 50 jaar. Prevalentie van mensen met MS werd altijd ingeschat te liggen rond 17.000, echter recentelijk werd duidelijk dat dit een onderschatting is en prevalentiecijfers rond de 25.000-27.000 liggen (man: vrouw 1:3). In de literatuur worden verschillende incidentiecijfers genoemd variërend van 1 tot 2 per 1000 inwoners voor Noordwest Europa. Belangrijk is om te vermelden dat uit onderzoek blijkt dat er een stijging waar te nemen is in de incidentie (referentie: Kramer et al 2012). Kenmerkend voor MS is de variabiliteit van verschijnselen die kunnen leiden tot toenemende lichamelijke en cognitieve stoornissen en toenemende beperkingen in activiteiten en participatie. Mede hierdoor zijn veel verschillende hulpverleners bij de behandeling van MS betrokken.

De medicamenteuze behandeling van MS is volop in ontwikkeling. Er is een toenemend aantal medicijnen, dat het aantal schubs kan remmen en er is nu ook medicamenteuze behandeling mogelijk bij patiënten met primair progressieve of secundair progressieve MS, mits deze patiënten aan bepaalde inclusiecriteria voldoen. Daarnaast kan Fampyra bij sommige patiënten het lopen verbeteren.

Er is geen standaard revalidatiebehandeling voor MS. Dit leidt tot zowel over- als onderconsumptie van beschikbare middelen en tot onduidelijkheid bij patiënten en zorgverleners. Een consult bij een revalidatiearts kan wenselijk zijn voor advies en/of behandeling van symptomen of medisch specialistische revalidatie (MSR). MSR is geïndiceerd op moment dat de persoonsgebonden en/ of omgeving gerelateerde problematiek, aanwezige functiestoornissen en/of beperkingen op activiteiten- en/of participatieniveau ten gevolge van MS bij patiënten¹ (en hun systeem²) dusdanig complex is dat multidisciplinaire behandeling nodig is.

Epidemiologische, medische en maatschappelijke ontwikkelingen

- MS is een belangrijke doelgroep voor de revalidatie, m.n. patiënten in het beginstadium van MS zijn de afgelopen jaren meer in het vizier van de revalidatiearts gekomen omdat ook dan er al beperkingen kunnen t.a.v. activiteiten en participatie.
- Patiënten stellen hogere eisen om aan de maatschappij te kunnen blijven deelnemen. Hierbij worden onder andere hogere eisen gesteld aan dagbesteding waaronder arbeidsparticipatie. Er zal complexere zorg nodig zijn om patiënten in staat te stellen aan deze eisen te kunnen voldoen.
- Meer medische behandelmogelijkheden gericht op remmen van de progressie van MS.

Voorspelbare toekomstige veranderingen die van invloed zijn op de behandeling van de doelgroep:

- Meer duidelijkheid omtrent de oorzaak/oorzaken van MS.
- Het verder verbeteren van medicamenteuze en andere behandelopties.
- Toenemende mogelijkheden t.a.v. eHealth
- Toenemende vraag naar *evidence based medicine*

Inclusiecriteria voor medisch specialistische revalidatie

- Patiënt heeft MS.³
- Patiënt heeft complexe problemen van motoriek en/of cognitie ten gevolge van MS en dit leidt tot problemen en hulpvragen op activiteiten en participatieniveau.
- Er dient een goed belastbaar en instrueerbaar systeem te zijn indien patiënt zelf niet leerbaar of belastbaar is.

Exclusiecriteria voor medisch specialistische revalidatie

- Niet beïnvloedbare gedragsproblemen die de revalidatiebehandeling ernstig belemmeren.
- Psychiatrische problematiek, niet-MS gerelateerd, die de revalidatiebehandeling ernstig

belemmeren.

- Ontbrekende leerbaarheid van revalidant én systeem
- Afwezigheid van enige vorm van motivatie van revalidant en/of systeem.
- Ernstige co-morbiditeit met noodzaak tot intensieve verpleegkundige zorg en/of intensieve medische zorg die niet in een revalidatieinstelling gegarandeerd kan worden.

¹ kinderen worden verwezen naar de kinderrevalidatie en jongeren in transitieleeftijd naar een transitieteam bij transitievragen.

² De term 'systeem' betreft direct betrokkene(n) rondom de patiënt, bijv.: partner, kinderen, ouders, mantelzorgers.

³ Door een neuroloog gediagnosticeerd volgens de aangescherpte McDonald criteria (referentie: Lancet 2017)

2.2 Omschrijving subgroepen

Bij de meeste patiënten wordt het klinisch beeld in aanvang gedomineerd door het optreden van relapsen met herstel ('relapsing-remitting'; RR). Dit beeld kan overgaan in een secundair progressive fase (SP). Een minderheid van de patiënten heeft vanaf het begin van de ziekte een (langzaam) progressief beloop (primair progressief; PP) (referentie: richtlijn MS). Gezien het wisselende beeld van MS is het niet relevant om een indeling te maken gebaseerd op complexiteit dan wel type MS, aangezien type niets zegt over het functioneren.

Niet complexe enkelvoudige hulpvragen kunnen vaak binnen de eerstelijns worden behandeld al dan niet onder regie van een revalidatiearts (stepped care/via het regionale MS netwerk); complexe enkelvoudige hulpvragen waarvoor meer expertise vereist is en complexe meervoudige hulpvragen passen binnen de MSR. Binnen het MSR aanbod bestaan 2 behandelvormen: klinische revalidatie in een revalidatiecentrum en poliklinische revalidatie in een revalidatiecentrum of algemeen/academisch ziekenhuis. Klinische revalidatie wordt meestal gevolgd door poliklinische revalidatie. Afhankelijk van de complexiteit, belastbaarheid, behandelintensiteit of de vraagstelling/behandeldoelen kan gekozen worden voor klinische dan wel poliklinische revalidatie.

Na MSR kan de behandeling voortgezet (moeten) worden in de eerste lijn.

Vorming van een netwerk waarin eerste, tweede en derde lijn een plaats hebben is daarom van belang.

2.3 Patiëntenperspectief en behandeldoelen

Een scala aan hulpvragen is mogelijk op alle domeinen van functies, activiteiten en participatie, zoals beschreven in de International Classification of Function, Disability and Health (ICF). Dit kunnen hulpvragen zijn van zowel de patiënt als van zijn/haar systeem.

Het kenmerk van de medisch specialistische revalidatie behandeling is een interdisciplinaire werkwijze, waarbinnen de hulpvraag van de patiënt het uitgangspunt vormt voor de behandeling. De behandeldoelen zullen altijd op individueel niveau (SMART) geformuleerd moeten worden, geënt op de hulpvragen van patiënt en systeem en periodiek geëvalueerd moeten worden. Het individuele behandelplan wordt bepaald door de ervaringsdeskundigheid van de patiënt en de professionele deskundigheid van het revalidatieteam.

Middels anamnese en bij voorkeur een gevalideerde vragenlijst zoals MSIP worden hulpvraag en behandeldoelen van patiënt geformuleerd. De domeinen van de ICF komen hierbij aan bod. Er dient standaard aandacht te zijn voor: functieproblematiek op het gebied van visus, spasticiteit, slikken, mobiliteit, seksualiteit, mictie, defecatie, slapen, ademhaling, stemming, cognitie en vermoeidheid; de gevolgen van de functieproblematiek op activiteiten en participatieniveau; en bijwerkingen van, door de revalidatiearts, voorgeschreven medicatie. Tevens dient er aandacht te zijn voor werkhervatting of -handhaving en advisering over het kunnen (blijven) participeren in de maatschappij.

3. Behandelaanbod

MS is een chronisch progressieve aandoening waardoor mensen in de loop van hun ziekteproces op meerdere momenten zorg (waaronder revalidatiezorg) nodig kunnen hebben. Daarom is het van belang dat er een goede *netwerkgorg* is zodat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats geleverd kan worden.

Netwerkgorg begint in het ziekenhuis

Zorg waar *ten minste* een goede samenwerking is tussen betrokken specialisten van betreffende patiënt op gebied van de MS gerelateerde problemen. In de netwerkgorg is het chronisch volgen van de MS patiënt geborgd, de sociale kaart bekend en waar nodig verschillende alternatieve behandel- en verblijfsvormen voor handen.

Multidisciplinair overleg:

De kern van de ziekenhuiszorg voor MS bestaat uit revalidatiearts, neuroloog en MS-verpleegkundige. Zij hebben regulier overleg op patiënten niveau en streven tevens naar inhoudelijke en organisatorische verbetering van, dan wel in stand houden van, de regionale zorg rondom patiënten met MS. Hierbij zijn korte lijnen met de deelnemers van deze regionale zorg, die eventueel kunnen aansluiten bij dit multidisciplinaire overleg. Goede contacten zijn nodig met:

- huisartsen
- uroloog
- oogarts
- specialist ouderengeneeskunde
- psychiater
- MDL-arts
- orthopeed
- longarts
- eerstelijns paramedisch netwerk

Aanmelding

Via de huisarts of medisch specialist worden patiënten verwezen naar de revalidatiearts. De revalidatiearts moet laagdrempelig ingeschakeld worden als de MS-patiënt problemen ervaart met het functioneren. Met het oog op de diversiteit van probleemgebieden bij mensen met MS kan al in een vroeg stadium de expertise van de revalidatiearts en medisch specialistische revalidatie van meerwaarde zijn. Het kan daarbij onder andere gaan om problemen met betrekking tot mobiliteit, zelfzorg, hobby's, werken, sociale relaties.

Intake

Na anamnese en revalidatiegeneeskundig onderzoek wordt een voorlopige revalidatiediagnose gesteld. De revalidatiearts maakt met de MS-patiënt een behandelplan, dat gericht is op het optimaliseren van het functioneren. Afhankelijk van de problematiek en de wensen van de patiënt ("samen beslissen") worden daarbij naast de expertise van de revalidatiearts eventueel ook een of meerdere disciplines ingeschakeld. De behandeling kan afhankelijk van de revalidatiediagnose en in voorkomende gevallen de specifieke situatie van de persoon plaatsvinden in de eerstelijns of de tweede lijn, veelal poliklinisch door een multidisciplinair revalidatieteam (stepped of matched care). Klinische revalidatie is geïndiceerd bij patiënten die niet thuis kunnen functioneren, waarbij het doel van de revalidatiebehandeling is om weer zo zelfstandig mogelijk thuis te kunnen functioneren of (in een enkel geval) in een andere setting.

Behandeling

Voor kwalitatief goede medisch specialistische revalidatie behoort het revalidatieteam minimaal de beschikking te hebben over een revalidatiearts, (neuro)psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut,

logopedist, maatschappelijk werkende en (verwijsmogelijkheden naar) continentieverpleegkundige. Tevens is aanwezigheid van (of verwijsmogelijkheid naar) gangbeeldanalyse en zitadviesteam noodzakelijk (derde lijn). Ook is samenwerking door middel van een gezamenlijk spreekuur met een orthopedisch schoenmaker en orthopedisch instrumentmaker een vereiste om adequate voorzieningen te leveren. Het verdient aanbeveling om tevens een seksuoloog, bewegingsagoog en diëtist in het revalidatieteam te hebben dan wel goede verwijsmogelijkheden.

De behandelduur en behandelfrequenties worden door de revalidatiearts in afstemming met patiënt bepaald. Deze zijn afhankelijk van de ernst van de problematiek, de belastbaarheid van de patiënt, evt complicaties die tijdens het revalidatieproces kunnen optreden en van de professionele inschatting van de revalidatiearts. Tijdens de behandeling wordt het behandelplan uitgevoerd met regelmatig monitoren en evt. bijstellen van de behandeldoelen (SMART).

Bij afronding van de revalidatie wordt bekeken of de behandeldoelen wel of niet behaald zijn, wat de redenen daarvoor zijn en wordt patiënt eventueel verwezen naar een eerstelijns therapeut met een goede overdracht voor continueren van behandeling.

Na de revalidatiebehandeling

Na de revalidatiebehandeling vindt overdracht naar verwijzend specialist, huisarts en eventueel andere partners in de zorgketens plaats. Het is gebruikelijk patiënt eenmalig ter controle terug te zien, conform het algemeen beroepskader, na inzet revalidatie (na medisch specialistische revalidatie dan wel eerstelijns therapie). De revalidatiearts ziet de MS-patiënt daarna weer bij nieuwe hulpvragen; bij sommige patiënten kan het van meerwaarde zijn reguliere follow-up af te spreken. De expertise van de revalidatiearts kan ook worden ingezet bij MS patiënten opgenomen in een verpleeghuis op verzoek van de specialist ouderengeneeskunde. Het verdient aanbeveling dat een MS patiënt bij een medisch specialist dan wel MS verpleegkundige in beeld blijft, gezien het progressieve karakter van de ziekte. Hoe dit vorm wordt gegeven kan per regio verschillen.

Eerstelijns netwerk als onderdeel van de netwerkzorg

Een goed eerstelijns netwerk, met kennis van MS of in ieder geval van neurologische ziekte, is essentieel voor een optimale ketenzorg. Verwijsmogelijkheden naar eerstelijns paramedici die kennis hebben van MS en neurologische ziektebeelden: ergotherapie, fysiotherapie, maatschappelijk werk, logopedie en psychologie. Het verdient aanbeveling dat het revalidatieteam laagdrempelig bereikbaar is voor de eerstelijns therapeuten, en zo nodig scholing organiseert zodat ook zij goed zicht hebben op de mogelijkheden van de medisch specialistische revalidatie en dat MS patiënten tijdig worden doorverwezen indien hier aanleiding voor is.

4. Indicatoren

Voor de patiënten die poliklinische revalidatie met ergotherapie volgen, wordt aangeraden de *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) te gebruiken met blind hertesten om de poliklinische revalidatie te evalueren.

5. Kwaliteitscriteria

Dit onderdeel beschrijft de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de medisch specialistische zorg conform het behandelkader op verantwoorde wijze uit te kunnen oefenen.

5.1 Deskundigheid

Algemene competenties voor het multidisciplinaire medisch specialistische revalidatieteam:¹

Behandelaars in een medisch specialistisch revalidatieteam zijn experts in de neurorevalidatie en worden geacht om hun kennis en vaardigheden op peil te houden volgens de laatste inzichten.

De 6 kerncompetenties zoals de expert die toont zijn;

1. Het begrijpen en onder woorden brengen van de hulpvraag van de revalidant
2. Factoren benoemen die bepalend zijn voor het niveau en de wijze waarop de revalidant handelt en zich gedraagt
3. Op basis van onderzoek en analyse hoofddoel en subdoelen voor behandeling formuleren
4. Interventies selecteren en toepassen om hoofddoel en subdoelen te bereiken
5. Behandelplan uitvoeren
6. Bewust en systematisch evalueren van de behandeling

Specifieke competenties per discipline

Revalidatiearts

- Deskundigheid onderhouden via cursussen/ congressen, relevante na- en bijscholing, denk aan het internationale RIMS en ECTRIMS congres
 - Specifieke deskundigheid op het gebied van MS, de bijbehorende mogelijke problemen op ICF niveau en revalidatiemogelijkheden
 - Participeert in de MS ketenzorg en kan gericht te verwijzen indien nodig
- Minimaal 1 van de revalidatieartsen van het betreffende centrum/organisatie:
- heeft actief overleg en/of participeert in MDO's met neuroloog en MS verpleegkundige in het ziekenhuis
 - is lid van de WMS
 - aanbevolen wordt om contact te houden met patiëntenverenigingen

Fysiotherapeut

- Deskundigheid en ervaring met behandelen van patiënten met MS
 - Heeft korte lijnen met eerstelijns netwerk
 - Kan psycho-educatie geven t.a.v. bewegen
 - Werken volgens het lokale behandelprogramma (en toekomstige Fysiotherapierichtlijn MS) en afnemen van klinimetrie volgens protocol van de betreffende test
- Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig:
- op het gebied van verbetering van spierkracht, spierlengte, de beweeglijkheid van de gewrichten en het uithoudingsvermogen (inspanningsfysiologie en trainingsregels)
 - op het gebied van het trainen van traplopen, helling lopen, het buiten lopen over diverse ondergronden en met obstakels, val- en opsta technieken, (aangepast) fietsen bij MS
 - in het adviseren van patiënt, systeem en teamleden over de transfers en de te gebruiken loophulpmiddelen
 - van de principes arm/handfunctietraining
 - neurorevalidatie
 - spasticiteit

Ergotherapeut

- Ervaring met behandelen van patiënten met MS
 - Heeft korte lijnen met eerstelijns netwerk
 - Kan psycho-educatie geven t.a.v. MS
 - Werken volgens de meest recente Ergotherapierichtlijn MS en afnemen van klinimetrie volgens protocol van de test
 - Kennis van voorzieningen en vergoedingswijze voor voorzieningen
 - energiemangement specifiek bij MS
- Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:
- kennis over spalken en spalken kunnen maken
 - buitenmobiliteit

- neurorevalidatie
- armhandfunctietraining
- zitten, houding zitverdeling, zitgedrag (t.b.v. rolstoel afhankelijke patiënten)
- slaaphygiëne
- observatie-instrumenten AMPS of PRPP
- deskundigheid op het gebied van de cognitieve revalidatie
- begeleiding bij werkhervatting

Logopedist

- Deskundigheid en ervaring met behandeling van afasiepatiënten en dysartriepatiënten
 - Heeft korte lijnen met eerstelijns netwerk
 - Ervaring met diagnostiek en behandeling van slikstoornissen
 - Kan psycho-educatie geven t.a.v. logopedische problemen bij MS
- Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:
- deskundigheid op het gebied van de cognitieve revalidatie
 - communicatie-hulpmiddelen

Maatschappelijk werk

- Ervaring met begeleiden van MS patiënten
 - Heeft korte lijnen met eerstelijns netwerk
 - Kan psycho-educatie geven t.a.v. MS
- Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:
- begeleiding en behandeling van psychosociale problemen van patiënten en hun systeem, welke samenhangen met de beperking(en), de eventuele opname en behandeling.
 - begeleiding en behandeling bij onzekere prognose, (rouw)verwerking, het rouwprofiel
 - seksualiteit, lichaamsbeleving en de gevolgen van MS voor de partnerrelatie.
 - sociale kaart, kennis van lokale lotgenotencontact mogelijkheden en patiëntvereniging
 - WIA-regelgeving, WMO, PGB

Psycholoog

- Kennis is aanwezig van
- verlies- en rouwverwerking
 - de diagnostiek en revalidatie van neuropsychologische functiestoornissen die bij MS kunnen voorkomen
 - diagnostiek t.a.v. angst- en depressieve stoornissen
 - EMDR, of kent verwijsmogelijkheden binnen de keten
 - deskundigheid op het gebied van de cognitieve revalidatie
- Minimaal 1 psycholoog per behandelteam is geregistreerd als GZ-psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Binnen het behandelteam is specifieke kennis, vaardigheid en deskundigheid aanwezig op gebied van:
- diagnostiek en behandeling van psychische problematiek en psychopathologie
 - seksualiteit, lichaamsbeleving en de gevolgen voor de partnerrelatie.
 - invloed persoonlijkheidsproblematiek en bijkomende psychiatrische comorbiditeit op gedrag, coping en leerstrategieën
 - het ontwikkelen van een behandelplan op het gebied van de cognitieve revalidatie en paramedici die deze specifieke behandelmodules uitvoeren hierin kunnen coachen
 - cognitieve gedragstherapie voor behandeling van vermoeidheid bij MS

Daarnaast is het van belang dat binnen het regionale netwerk verwezen kan worden voor: expertise sportadvies (bv. bewegingsagoog), diëtist, seksuoloog, arbeidsdeskundige (of arbeidspoli), expertise en behandeling spasticiteitsproblematiek (botuline toxine spreekuur/intrathecale baclofen), gangbeeldanalyse en zitadviesteam.

¹Conform Behandelkader CVA

5.2 Faciliteiten

In dit onderdeel wordt weergegeven welke randvoorwaarden (voorzieningen) nodig zijn om het behandelprogramma te kunnen uitvoeren.

Bouwkundige voorzieningen die nodig zijn:

- Prikkelarme ruimtes voor o.a. NPO afname, gesprekken, etc.
- Sportzaal met trainingsapparatuur

- Behandelkamers

Voor klinische revalidatie tevens:

- Zwembad met beweegbare bodem

Hulpmiddelen die nodig zijn, of verwijsmogelijkheden voor:

- Enkelvoetortheses om uit te proberen, handspalken, sling
- Loophulpmiddelen
- ADL hulpmiddelen, zoals aangepast bestek
- Noppenbord
- Communicatiehulpmiddelen
- Loopbrug, fitnessapparatuur
- Computerondersteunende middelen (hard en software), eHealth mogelijkheden
- Aangepaste fietsen, handbikes, scootmobielen (of uit te proberen in samenwerking met leverancier)
- Rolstoelen (of uit te proberen in samenwerking met leverancier)
- Bladderscan

Andere voorzieningen (in- en extern) die nodig zijn:

- externe leveranciers zoals de orthopedisch schoenmaker, leveranciers voor zit- en ligvoorzieningen, verplaatsingshulpmiddelen, voedings- en dieetpreparaten
- behandelkamer en instrumenten spasticiteitsbehandeling
- ruimte en voorzieningen voor gangbeeldanalyse

5.3 Netwerk

Er is een goed eerstelijns netwerk, met kennis van MS of in ieder geval van neurologische ziekte; lokaal kan worden vastgelegd aan welke scholingseisen voldaan moet worden.

Naast een eerstelijns netwerk is ook een derdelijns netwerk voor gangbeeldanalyse en zitadviesteam van belang.

6. Bijlagen

Richtlijn Neurogene blaas (2012)

Richtlijn Cerebrale en /of spinale spasticiteit (2016)

Ergotherapie richtlijn Multiple sclerose (2017)

Richtlijn Neuropsychologische revalidatie (2017)

Richtlijn Multiple Sclerose (2021)