

Bijlage bij standpunt MSR– zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, 27 juni 2023

Bevat de gerubriceerde commentaren uit de formele consultatie van het concept standpunt in de periode juli-september 2022, en de reacties daarop van het Zorginstituut, inclusief de aanduiding van aanpassingen naar aanleiding van commentaren in het uiteindelijke standpunt.

Inhoudsopgave

1. Rechtmatigheid uitbrengen van dit standpunt door het Zorginstituut – 1 –
2. Omschrijving ‘Plegen te bieden’ – 3 –
3. Mogelijke indicatiegroepen voor AMSR/iMSR volgens hoofdstuk 3 (bij welke klachten/diagnoses is er mogelijk sprake van een indicatie voor AMSR/iMSR) – 10 –
4. Criteria voor transparant maken van integrale beoordeling van de indicatiestelling voor iMSR door de revalidatiearts (bij welke complexiteit, ernst en uitgebreidheid van de problematiek is patient aangewezen op iMSR) – 14 –
 - Onderdeel a: selectie van de ICF-items – 15 –
 - Onderdeel b: Qualifiers voor de ernst van de aanwezige items – 18 –
 - Onderdeel c: beschrijving stepped care voortraject cf handleiding van werkgroep – 20 –
 - Onderdeel d: koppeling van behandeldoel(en) iMSR aan ICF-gelinkte items – 26 –
 - Opmerkingen over exclusiecriteria voor iMSR – 27 –
5. Afbakening iMSR tegenover eerstelijnszorg of geriatrische revalidatiezorg (GRZ), hart- of longrevalidatie en revalidatie bij patienten met diabetes of met oncologische problematiek – 27 –
6. Arbeidsrevalidatie – 34 –
7. Mogelijke knelpunten/aanbevelingen voor de uitvoering – 35 –
8. MSR bij oncologische patiënten – 36 –
9. Overig – 40 –
 - Impact en uitvoerbaarheid – 42 –
 - Totstandkoming van standpunt – 48 –
 - Perspectief patienten – 49 –
 - Bijlage over arbeidsrevalidatie – 49 –

1. Rechtmatigheid uitbrengen van dit standpunt door het Zorginstituut

VRA/RN:

- Wij hebben fundamentele bezwaren tegen uw concept-standpunt. Anders dan de regelgeving, de jurisprudentie en uw eigen procedures voorschrijven, hanteert Zorginstituut Nederland daarbij niet het criterium van de zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden, maar brengt het eigen normen en regels aan. Dit vinden wij ontoelaatbaar.
- Het voorgaande roept bij de besturen en onze leden de vraag op, op basis van welke bevoegdheid het ZIN meent regels te mogen stellen omtrent de indicatiestelling die geen weerspiegeling zijn van de huidige praktijk en algemeen aanvaarde normen binnen onze beroepsgroep.

Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:

- Beide rapporten van ZiN gaan voornamelijk in op de indicatiestelling van de medisch-specialistische revalidatie en pijnrevalidatie. Dient ZiN niet primair te toetsen en te duiden op basis van de effectiviteit van de behandeling? Bij de introductie van een nieuw medicijn of een nieuwe interventie of een nieuwe behandeling staat deze vraag centraal. Door juist de indicatiestelling centraal te stellen gaat ZiN buiten haar primaire bevoegdheden en ondermijnt daarmee de autonomie van de medisch-specialist bij een individuele patiënt.
- Wat opvalt in de concept-rapporten van ZiN, is dat deze op enkele onderdelen onrechtvaardig voelen en dit mogelijk ook zijn én dat niet duidelijk is wat het doel nu precies is. In beide concept-rapporten worden enkele knelpunten eerder versterkt dan opgelost. De veronderstelde duidelijkheid zal het ook niet geven. Sommige onderdelen zijn onnodig gedetailleerd, terwijl andere onderdelen juist weer zodanig ruim zijn geformuleerd, dat dit tot grote discussies en conflicten tussen revalidatiecentra en zorgverzekeraars zal gaan leiden. Juist dit staat haaks op de doelstelling van de standpuntbepalingen door ZiN.

Revalidatie Friesland:

- ZIN toetst de medisch-specialistische revalidatie deels en vooral de pijnrevalidatie aan de stand van wetenschap en praktijk. Dit leidt tot opvattingen die per definitie arbitrair zijn. Dit behoort volgens ons primair thuis in het medisch domein. Zoals ieder medisch specialisme, wordt binnen de beroepsgroep kritisch afgewogen welke zorg wel of niet tot de tweede lijn behoort en hoe dit volgens de stand van de wetenschap en praktijk dient te worden geleverd. Dit wordt vastgelegd in een behandelkader, onder meer op basis van wetenschappelijk onderzoek. Ook de revalidatiegeneeskunde werkt op deze wijze. Evidence based medicine is goed verankerd in ons zorgsysteem. Indien ZIN zou twijfelen of vragen heeft, dan ligt het voor de hand om zich concreet te wenden tot de beroepsverenigingen en zich niet zelf op het medisch domein te begeven. Ook zorgverzekeraars kunnen op ieder moment een materiële controle uitvoeren op rechtmatigheid van declaraties, zoals ook staat beschreven in het rapport van ZIN. Dit is daarmee een praktijk, die dus voldoende instrumenten geeft om te toetsen of de geleverde zorg binnen de basisverzekering valt. Door juist de indicatiestelling centraal te stellen en niet in eerste instantie de effectiviteit (die pas veel later aan bod komt), begeeft ZIN zich op glad ijs. Zeker als daarbij expliciet een PICO en het zoeken en selecteren van evidence wordt benoemd.

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NvvH):

- De NvvH staat op het principiële standpunt dat indicatiestelling voor een medisch-specialistische behandeling tot de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist behoort. Het Zorginstituut dient op het vlak van de indicatiestelling de professionele norm, zoals vastgelegd in de richtlijnen, te volgen.

Reactie Zorginstituut:

In het aangepaste standpunt hebben wij uitgebreider dan in het geconsulteerde concept in hoofdstuk 1 het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aangegeven, waarin in artikel 64 is aangegeven wat de wettelijke taken van het Zorginstituut zijn. Daarbij gaat het onder meer om het bevorderen van een eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties.

Het Zorginstituut kan hiertoe – op eigen initiatief of op verzoek – op basis van de regelgeving verduidelijken of zorg al dan niet tot het te verzekeren basispakket van de Zvw behoort. Een dergelijke 'duiding van zorg' noemen we ook wel een standpunt. Een standpunt van het Zorginstituut kan gaan over de vraag of een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook kan het Zorginstituut in een standpunt ingaan op de reikwijdte van een onder de Zvw te verzekeren prestatie. Het kan dan gaan om een afbakeningskwestie, zoals de vraag of zorg valt onder zorg zoals een medisch specialist die pleegt te bieden. In dit standpunt gaat het om nadere duiding van zorg zoals revalidatieartsen (subgroep van medisch specialisten) die plegen te bieden.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient zorg te voldoen aan een aantal criteria. Deze criteria zijn omschreven in de Zvw en de daarop gebaseerde lagere regelgeving, namelijk het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Deze criteria zijn:

1. De zorg valt onder één van de te verzekeren prestaties van het Bzv (in dit geval: zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden);
2. De interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (SWP);
3. De verzekerde is redelijkerwijs op de zorg aangewezen.

In de achtereenvolgende paragrafen van hoofdstuk 1 zijn nu de bovengenoemde drie criteria van het wettelijk kader uitgewerkt en is toegelicht in welke hoofdstukken van het rapport deze criteria aan de orde komen.

Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):

- Uw rapport inzake Medisch-Specialistische revalidatie heeft de karakteristieken van een standpuntbepaling. Echter, de uitwerking van uw standpuntbepaling leidt tot een inperking van het basiszorgpakket. Dit betreft enerzijds de toegankelijkheid van de medisch-specialistische revalidatie via het stepped care-model en anderzijds de inperking van de oncologische revalidatie, de hartrevalidatie en longrevalidatie. Een inperking van het basispakket is de verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid. Met andere woorden, uw standpuntbepaling kan niet anders dan 'slechts' een advies aan de minister voor inperking van het basiszorgpakket zijn.

Reactie Zorginstituut:

Het standpunt dat nu is opgesteld is een nadere uitwerking van het eerste standpunt over MSR uit 2015. Daarbij gaat het vooral om onduidelijkheden ten aanzien van onder meer de afbakening van indicatiegroepen, operationalisatie van de begrippen complexiteit en samenhangende problematiek op meerdere domeinen, afbakening van verschillende vormen van revalidatiezorg en inkadering van zorgactiviteiten op het gebied van arbeidsrevalidatie. Het basispakket wordt door deze verduidelijkingen en uitwerkingen niet ingeperkt.

Aan de afspraken op het gebied van hart- en longrevalidatie onder supervisie van een cardioloog of longarts verandert niets. In dit standpunt is alleen beter afgebakend bij welke patiënten met hiervoor relevante hart- of longproblematiek een indicatie bestaat om de revalidatiezorg onder supervisie van een revalidatiearts te laten plaatsvinden. Het is bij een hart- of longrevalidatietraject onder supervisie van een cardioloog of longarts ook nog steeds mogelijk om de revalidatiearts in consult te roepen.

Ook de toepassing van het stepped-caremodel leidt niet tot een verandering van de aanspraak op MSR. In het standpunt van 2015 en bijvoorbeeld het Position paper van de VRA uit 2015 is al duidelijk beschreven, dat stepped-care uitgangspunt is bij de indicatiestelling voor een interdisciplinaire MSR-behandeling (IMSR). We hebben in dit standpunt wel afspraken tussen VRA en ZN bevestigd over een lijst van revalidatiediagnosen, waarbij meestal een duidelijke indicatie voor MSR bestaat. Een groot deel van de patiënten is direct bij of enige tijd na het ontstaan van die aandoening aangewezen op IMSR. De lijst wordt gepubliceerd op de website van de VRA. Bij de aandoeningen op deze lijst staat een indicatie voor IMSR vrijwel nooit ter discussie en blijkt de complexiteit van de medische situatie van de patiënt tijdens de IMSR, omdat in het patiëntendossier sprake zal zijn van ernstige en meervoudige samenhangende stoornissen in fysieke, mentale of cognitieve functies.

Niet altijd hoeven patiënten met één (of meer) van deze aandoeningen aangewezen te zijn op IMSR, immers sommige patiënten hebben een beperkt aantal relatief milde stoornissen, waarbij minder intensieve eerstelijns behandelingen nog tot de mogelijkheden behoren. Maar voor het deel van de patiënten met één (of meer) aandoeningen op genoemde lijst, dat direct is aangewezen op IMSR, vervalt het uitgangspunt van stepped care. Bij hen bestaat de beoordeling van het stepped care-traject voorafgaand aan IMSR uit de constatering, dat gezien de aard en ernst van de aandoening een stepped care-traject niet aan de orde is. In dit standpunt is over IMSR bij oncologische patiënten op grond van een screening van de wetenschappelijke literatuur vastgesteld, dat sprake is van een kennislacune (zie hoofdstuk 3). Het Zorginstituut gaat ook bij deze indicatie een duidingsonderzoek uitvoeren om de vraag te beantwoorden in hoeverre de effectiviteit van IMSR voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Hierover zal net als bij chronische pijn een apart standpunt worden uitgebracht. Tot die tijd blijft de aanspraak op IMSR voor deze indicatie ongewijzigd, hetgeen betekent dat de zorgverzekeraars aan de hand van de criteria beschreven in dit standpunt beoordelen of er aanspraak is op IMSR. Aangezien patiënten, revalidatieartsen én zorgverzekeraars IMSR als een kansrijke behandelmogelijkheid zien voor oncologische patiënten, heeft het Zorginstituut dit onderwerp ook onder de aandacht gebracht bij het samenwerkingsverband ZE&GG, dat het heeft geprioriteerd voor het opzetten van effectiviteitsonderzoek.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):

- We hebben dit intern voorgelegd en besproken en daaruit volgt dat het NHG het een prima standpunt vindt. De rol van de huisarts wordt beschreven in lijn met algemene principes zoals stepped care, persoonsgerichte zorg, gedeelde besluitvorming en adequate informatieoverdracht. Er zijn dus geen bezwaren vanuit inhoudelijk huisartsgeneeskundig perspectief.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde:

- Vanuit de NVK zal geen commentaar volgen, aangezien het specialisme niet binnen onze vereniging valt en eerder ook niet betrokken zijn geweest.

Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN):

- Het bestuur van de NVvN heeft kennisgenomen van het standpunt Medisch Specialistische Revalidatie en heeft geen opmerkingen of feedback.

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN):

- ZKN is vertegenwoordigd geweest in de totstandkoming van het concept Standpunt Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) 2022. Al in eerdere fase hebben wij de achterban om input gevraagd en deze is meegenomen door onze vertegenwoordiging. ZKN heeft naar aanleiding van het huidige document geen inhoudelijke vragen of aanvullingen.

Reactie Zorginstituut:

Wij danken deze organisaties voor hun ondersteunende commentaren bij dit standpunt.

2. Omschrijving 'Plegen te bieden'

VRA/RN:

- De verwijzing naar en de beperkte definitie van algemene medisch specialistische revalidatie (AMSR) en de daaruit volgende aantasting van de poortfunctie van het specialisme zijn voor ons onacceptabel.
- Wij kunnen ons dan ook vinden in uw besluit om in het standpunt niet in te gaan op de consultaire en diagnostische functie van de revalidatiearts (de algemene medisch specialistische revalidatie, AMSR). Deze poortfunctie valt buiten de scope van het afwegingskader en is van essentieel belang in de transformatie van het zorglandschap.
- Desondanks stelt u op verschillende plekken dat uw standpunt ook duidelijke handvatten biedt voor de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs op AMSR is aangewezen. Dit doet afbreuk aan de legitimiteit van onze poortwachtersfunctie.

- Ook lijkt u in dit standpunt de uitvoering van de AMSR in te perken tot een poliklinisch consult of een intercollegiaal consult, terwijl in de nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie uit 2016 vermeld staat: "Aan het verzoek kan uitvoering worden gegeven in de vorm van een poliklinisch consult of poliklinische behandeling, een intercollegiaal consult binnen of buiten de eigen instelling en/of een medebehandeling."

Zorgverzekeraars Nederland:

- Paragraaf 2.2, pagina 14: 'AMSR: consult: geeft (o.a.) advies tbv. de meest passende behandeling (regel 9)'. Dit is niet concreet genoeg. De huidige revalidatiearts geeft veelvuldig een omschreven advies (aan HA/paramedici) m.b.t. de uitvoering van een behandeling in de eerste lijn middels FT en/of ET en/of PS. Dit past in het kader van de stepped care procedure, d.w.z. de verplichting om waar mogelijk/verantwoord de behandeling in de eerste lijn te laten plaatsvinden. De revalidatiearts speelt hierin een cruciale rol (bv. bij pols/hand revalidatie van toepassing). Bovenstaande komt in het concept ten onrechte niet aan bod!

Reactie Zorginstituut:

De omschrijving van AMSR (paragraaf 2.2) is grotendeels afkomstig uit en gelijk aan die in het eerdere standpunt uit 2015. Op verzoek zijn onderdelen iets verder uitgewerkt of gespecificeerd. Over de indicatie voor AMSR is overeenkomstig eerdere documenten opgenomen: 'Er is een indicatie voor AMSR als sprake is van een verzoek tot advies, consult of (mede)behandeling, afkomstig van een verwijzend arts'. Dit doet volledig recht aan de poortfunctie van het specialisme. Uit het commentaar blijkt niet welke onderdelen van de omschrijving van AMSR niet acceptabel zouden zijn.

Het wettelijk kader voor onder meer de beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs op een bepaalde behandeling is aangewezen is in hoofdstuk 1 verder uitgewerkt. Hierin is duidelijk aangegeven dat het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft in de individuele beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op MSR-behandelingen, en dus ook niet in de wijze waarop de revalidatiearts deze beoordeling uitvoert. Over hoofdstuk 6 hebben wij aangegeven dat dit onderdeel van het rapport niet op te vatten is als een standpunt of duiding in de zin van artikel 64 van de Zvw.

De adviserende rol van de revalidatiearts richting huisarts of eerstelijns paramedici of psychologen, al dan niet in het kader stepped care, komt duidelijk naar voren in paragraaf 2.7, onderdeel 3. In paragraaf 2.6 is de 6^e bullet gewijzigd in: '*Advisering aan andere artsen, paramedici, psychologen en maatschappelijke professionals en organisaties die bij de patiënt zijn betrokken.*'

Zorgverzekeraars Nederland incl. opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN:

- Paragraaf 2.1, pagina 13: hier staat: 'Het centrale doel is het bevorderen van het vermogen van patiënten om essentiële taken en activiteiten passend bij hun participatieambitie zo zelfstandig mogelijk uit te voeren, en hen zo goed mogelijk te laten functioneren in de maatschappij.' Criterium lijkt 'essentieel', maar wat is dat? Artikel 14 lid 1 van de Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria moet worden beantwoord. Daarom graag een nadere toelichting vanuit ZIN.
- Paragraaf 2.1, pagina 13: 'Het handelen van een revalidatiearts is gericht op het behouden en verbeteren van de functies van het lichaam (bijvoorbeeld spierkracht), het (her- en aan-)leren van activiteiten en vaardigheden (bijvoorbeeld lopen en zelfverzorging), en het leren omgaan met de gevolgen van aandoeningen. Het centrale doel is het bevorderen van het vermogen van patiënten om essentiële taken en activiteiten passend bij hun participatieambitie zo zelfstandig mogelijk uit te voeren, en hen zo goed mogelijk te laten functioneren in de maatschappij.' De woorden 'taken en activiteiten passend bij participatie en ambitie' lijken de wensen en doelstelling van patiënt centraal te zetten. Wat op zich aansluit bij zorg samen met en rondom de patiënt/ 'samen beslissen'.

De term 'essentieel' lijkt daarbij kader te geven. Maar vervolgens wel de vraag wat is essentieel. Wellicht is een nadere toelichting of uitleg van de wet hier behulpzaam bij de interpretatie. De wetgeving geeft het volgende aan. Artikel 14, eerste lid, van de Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria moet worden beantwoord. Hierbij zijn veelal medisch-inhoudelijke criteria bepalend.

- Paragraaf 2.3, pagina 14: in de tekst komt niet naar voren wat het (minimale) aandeel van de revalidatiearts moet zijn, wil er sprake zijn van MSR. Hierover bestaat in de praktijk veel discussie, onder meer over MSR-trajecten waar de revalidatiearts maar beperkt is ingezet.
- Paragraaf 2.3, pagina 15: hier staat uit wie het revalidatieteam kan bestaan. De arbeidsdeskundige is niet genoemd, maar gezien de paragrafen erna zou dat wel een logische keuze zijn.

Reactie Zorginstituut:

- In het standpunt is als het centrale doel van MSR aangegeven: 'het bevorderen van het vermogen van patiënten om essentiële taken en activiteiten passend bij hun participatieambitie zo zelfstandig mogelijk uit te voeren, en hen zo goed mogelijk te laten functioneren in de maatschappij.' Welke taken en activiteiten essentieel en passend bij de participatieambitie van de individuele patiënt zijn is onderdeel van de individuele indicatiestelling door de revalidatiearts voor de MSR-behandeling, die wordt ingezet om dit centrale doel te bereiken. De revalidatiearts kan bij de indicatiestelling beargumenteren waarom een gesteld doel essentieel is en passend bij de participatieambitie van de individuele patiënt. De zorgverzekeraar kan toetsen of dit navolgbaar is.
- Wat betreft de betrokkenheid van de revalidatiearts bij de MSR-behandeling is in paragraaf 2.1 opgenomen: 'De versies van het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde van de VRA uit 2016 en 2021 van de VRA beschrijven de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om de kwaliteit van de MSR te borgen. Een belangrijke randvoorwaarde is een voldoende mate van betrokkenheid van en fysiek contact met de revalidatiearts. Volgens dit beroepskader wordt MSR toegepast volgens de richtlijnen en behandelkaders die zijn vastgesteld door de VRA en volgens eventueel andere erkende richtlijnen die van toepassing zijn. Hier kan een revalidatiearts alleen op basis van toetsbare onderbouwing van afwijken.' In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Aangezien de noodzaak tot en mate van betrokkenheid van de revalidatiearts juist belangrijk is bij het vaststellen van de indicatie voor MSR-behandeling, kan de vraag wanneer sprake is van een voldoende mate van betrokkenheid als onderwerp voor de kwaliteitsstandaard worden opgenomen.
- De inzet van een arbeidsdeskundige is specifiek gekoppeld aan de beoordeling van en advisering over passend werk voor een werkende met arbeidsbeperkingen. In bijlage A is dit uitgewerkt bij de omschrijving van specifieke activiteiten in het kader van arbeidsrevalidatie en –re-integratie: '*Een arbeidsdeskundig onderzoek wordt uitgevoerd door een arbeidsdeskundige. In de behandelkaders en richtlijnen van de revalidatieartsen wordt wel benoemd dat indien nodig er verwezen moet kunnen worden naar een arbeidsdeskundige en dat er een arbeidsdeskundige kan worden betrokken tijdens de re-integratiefase. In de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt de arbeidsdeskundige tot de arbeidsetting en niet tot de behandelsetting gerekend. Er wordt in de richtlijnen niet gesproken over een arbeidsdeskundig onderzoek door een revalidatieteam als onderdeel van de revalidatiebehandeling. Een arbeidsdeskundig onderzoek heeft tot doel om te beoordelen of de werknemer terug kan naar het eigen werk, of er aanpassingen mogelijk zijn in het eigen werk zodat de werknemer alsnog terug kan, of er ander geschikt werk is bij de werkgever of dat er gezocht moet worden naar werk buiten de oorspronkelijke werkgever. De activiteit arbeidsdeskundig onderzoek is niet afleidbaar van andere activiteiten en zien wij daarom niet als zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden.*'

De conclusie is dat dit geen activiteit is die onder de te verzekeren zorg op basis van Zvw valt, waardoor een arbeidsdeskundige geen onderdeel kan uitmaken van MSR-behandelteams.

Zorgverzekeraars Nederland incl. opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN:

- Paragraaf 2.4, pagina 15: we missen een afkappunt tussen verpleeghuiszorg, GRZ en MSR. Het risico van een fluïde grens is dat financiële prikkels gaan bepalen welke vorm van revalidatiezorg wordt ingezet. Wij zien graag dat omschreven wordt welke vorm in welke situatie aan de orde is. Een aantal voorbeelden uit de tekst:
 - *'Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is geïndiceerd, maar het is aannemelijk dat revalidatiegeneeskundig advies of een kortdurende klinische IMSR-behandeling het resultaat van de GRZ aanzienlijk kan versterken.'* Kan worden aangegeven in welke situaties een kortdurende klinische IMSR behandeling het resultaat van de GRZ aanzienlijk kan versterken? Voorbeelden of een nadere uitwerking van de doelgroep zou hier wat meer handvat kunnen geven. Het belang is groot, want de DBC-systematiek van MSR maakt dat een kortdurende MSR opname van 14 dagen of langer naast een GRZ traject beduidend duurder wordt dan alleen een GRZ traject.
 - *'Verblijf in een verpleeghuis of andere zorginstelling is geïndiceerd, maar het is aannemelijk dat door kortdurende klinische IMSR-behandeling de mate van zorgbehoefte of zelfstandig functioneren in deze zorginstelling zal verbeteren.'* Gaat het hier om Wlz situaties? Wlz kent ook het zorgzwaarte pakket 9b, gericht op revalidatie. Ook hier zouden voorbeelden helpen: wanneer zijn er betere uitkomsten die niet kunnen worden behaald met een ZZP 9b i.c.m. consult of medebehandeling van een revalidatiearts.
- *'Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is geïndiceerd, maar het is aannemelijk dat revalidatiegeneeskundig advies of een kortdurende klinische IMSR-behandeling het resultaat van de GRZ aanzienlijk kan versterken.'* Voor wat betreft het uitgangpunt 'redelijkerwijs aangewezen op' (Artikel 2.1, Bzv) lijkt nu de uitkomst maatgevend; 'het resultaat wordt aanzienlijk versterkt.' Voorbeelden of een nadere uitwerking van de doelgroep zou hier wat meer handvat kunnen geven. Het gaat in deze situatie om kwetsbare patiënten met complexe multimorbiditeit en verminderde leer- en trainbaarheid. Voor welke situaties kan het resultaat aanzienlijk worden versterkt en kan er dus worden gesproken van doelmatige zorginzet door het toevoegen van een klinisch IMSR traject aan een GRZ behandeltraject, en kan dat niet worden ondervangen door mede behandeling of consultatie van een revalidatie arts icm een eventueel wat langere ligduur? (De DBC systematiek van MSR maakt dat een kortdurende MSR opname van 14 dagen of langer naast een GRZ traject beduidend duurder wordt dan alleen een GRZ traject.)
- Paragraaf 2.4, pagina 15 : *'Verblijf in een verpleeghuis of andere zorginstelling is geïndiceerd, maar het is aannemelijk dat door kortdurende klinische IMSR-behandeling de mate van zorgbehoefte of zelfstandig functioneren in deze zorginstelling zal verbeteren.'* Gaat het hier om Wlz situaties?

Verenso:

- Passende zorg kwetsbare patiënten vraagt om samenwerking tussen MSR en GRZ: Onder 2.4 (klinische interdisciplinaire MSR (p.15) wordt genoemd '3. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is geïndiceerd, maar het is aannemelijk dat revalidatiegeneeskundig advies of een kortdurende klinische IMSR-behandeling het resultaat van de GRZ aanzienlijk kan versterken.' Dit criterium sluit niet aan bij de samenwerking zoals de kaderartsen en SOG's in de GRZ deze voor ogen hebben. In samenwerking met MSR gaan zij ervan uit dat de revalidatiearts een SOG (vooraf) kan consulteren (of andersom) om af te stemmen welk zorgpad en behandeling passend is. Het is belangrijk dat dit gewaarborgd zal zijn. Tekstsuggestie is daarom: *'Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is geïndiceerd, maar het is aannemelijk dat revalidatiegeneeskundig advies of een kortdurende klinische IMSR-behandeling voorafgegaan door consultatie van een specialist ouderengeneeskundige in de GRZ het resultaat van de GRZ aanzienlijk kan versterken.'*

Reactie Zorginstituut:

- Wat betreft de behoefte aan een afkappunt tussen verpleeghuiszorg, GRZ en MSR is het niet mogelijk om in een algemene omschrijving elkaar uitsluitende criteria voor de indicatiestelling in alle mogelijke situaties op te stellen. Daarbij zijn situaties van patiënten binnen en tussen de indicatiegroepen zeer divers, en kan de situatie van een individuele patiënt over de tijd ook nog aan veranderingen in positieve of negatieve zin onderhevig zijn.
- De omschrijvingen die nu in dit standpunt zijn opgenomen betreffen de indicatiecriteria voor MSR. Naast de algemene uitgangspunten en exclusiecriteria in hoofdstuk 2 is hiervoor in hoofdstuk 6 een handleiding opgenomen met indicatiecriteria die de revalidatiearts kan hanteren. Partijen kunnen de afbakening van de indicatie voor MSR van die voor andere revalidatiezorg als onderwerp voor de kwaliteitsstandaard meenemen.

Zorgverzekeraars Nederland:

- Paragraaf 2.4, pagina 15: 'De multidisciplinaire eerstelijnszorg geschiedt volgens het concept "zonder duidelijke integratie".' Dit wordt naar mening van de VAV te negatief gesteld. De "integratie" is aantoonbaar minder groot dan bij de I-MSR doch kan er wel zijn (dit meer op afstand en minder intensief). Dit bijvoorbeeld via een coördinerende rol van de adviserende revalidatiearts.
- Paragraaf 2.4, pagina 15: Beschrijving klinische MSR komt uit het document van de revalidatieartsen, maar toch erg vaag... Kan dit niet uit het rapport, of anders ook beter uitgewerkt worden??? Voorbeelden kunnen ook helpen. Wanneer wel, wanneer niet.. In het algemeen worden cliënten voor klinische revalidatie doorverwezen door het ziekenhuis of verpleeghuis....(niet vanuit thuis..) Wat is dat dan complex en welke medische situaties?? Gezien de aanvragen uit het Buitenland moet dit echt duidelijker!!! Hoe zit dit als er straks ook ambulante GRZ (poliklinische GRZ) mogelijk is?? Is dit waarschijnlijk? Waarom kan dat niet met GRZ?? Ik denk dat we moeten voorkomen echte uitzonderingen op te nemen. Geldt ook voor 3

Reactie Zorginstituut:

- Wat betreft de multidisciplinaire eerstelijnszorg is nu gesteld dat 'in veel mindere mate sprake is van coördinatie of integratie van behandelingen'
- Wat betreft de indicatiestelling voor klinische MSR was verdere uitwerking op dit moment niet mogelijk. Ook hier geldt dat de situaties van patiënten binnen en tussen de indicatiegroepen zeer divers kunnen zijn. Partijen kunnen de verdere uitwerking van de indicatiestelling voor klinische MSR als onderwerp voor de kwaliteitsstandaard meenemen.

Pijnpatiëntennaar1stem:

- P17: 'Als sprake is van de inzet van een interdisciplinair behandelteam, dan geeft de revalidatiearts leiding aan dit team en is hij regelmatig aanwezig voor overleg en afstemming.' SWP is van mening dat degene die leiding geeft aan een interdisciplinair behandelteam in principe bij alle vergaderingen aanwezig dient te zijn omdat dit van belang is bij het nemen van de juiste beslissingen over passende zorg.

Reactie Zorginstituut:

- Wat betreft de betrokkenheid van de revalidatiearts bij de MSR-behandeling is in paragraaf 2.1 opgenomen: 'De versies van het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde van de VRA uit 2016 en 2021 van de VRA beschrijven de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om de kwaliteit van de MSR te borgen. Een belangrijke randvoorwaarde is een voldoende mate van betrokkenheid van en fysiek contact met de revalidatiearts. Volgens dit beroepskader wordt MSR toegepast volgens de richtlijnen en behandelkaders die zijn vastgesteld door de VRA en volgens eventueel andere erkende richtlijnen die van toepassing zijn. Hier kan een revalidatiearts alleen op basis van toetsbare onderbouwing van afwijken.'

In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Aangezien de noodzaak tot en mate van betrokkenheid van de revalidatiearts belangrijk is bij het vaststellen van de indicatie voor MSR-behandeling, zou de vraag wanneer sprake is van een voldoende mate van betrokkenheid als onderwerp voor de kwaliteitsstandaard kunnen worden opgenomen.

Ergotherapie Nederland (EN):

- In het standpunt worden algemene MSR (AMSR) en interdisciplinaire MSR (IMSR) onderscheiden. Het valt ons op dat in het document hoofdzakelijk het begrip MSR wordt gebruikt. Het onderscheid tussen de rol en expertise van de revalidatiearts en de rol en expertise van het behandelteam, (de revalidatiearts, altijd samen met paramedische disciplines en andere zorgverleners), is daardoor niet altijd duidelijk beschreven. De revalidatiearts werkt in IMSR samen met paramedische en andere zorgprofessionals om aan de diagnostiek en revalidatiebehandeling invulling te geven. De revalidatiearts coördineert de zorg en stuurt met zijn/haar medische kennis op inhoud (en soms ook organisatorisch) het multidisciplinaire behandelteam aan en is medisch eindverantwoordelijk, met behoud van de professionele zelfstandigheid van de teamleden die de behandelingen uitvoeren. Wij zien graag een verduidelijking van het onderscheid om recht te doen aan de rol, expertise en verantwoordelijkheden in het gehele revalidatieteam.
- In het document heeft MSR soms betrekking op de revalidatiearts (AMSR) en soms op het revalidatie-behandelteam (IMSR). Daardoor is het onderscheid tussen de rol/expertise van de revalidatiearts en de rol/expertise van paramedische en andere disciplines niet duidelijk beschreven. Het doel van dit standpunt is het beschrijven van de doelgroepen die in aanmerking komen voor MSR, waarbij bedoeld lijkt de multidisciplinaire revalidatiebehandeling in de tweede lijn. Het doet recht aan de professionals van het behandelteam om in dit rapport dan meer consequent waar van toepassing dit behandelteam te noemen i.p.v. van de revalidatiearts.
- De revalidatiearts zal niet zelf de precieze inhoud en omvang van de behandeling kunnen bepalen als sprake is van IMSR. Daarvoor is inbreng en professionele deskundigheid van alle betrokkenen (de paramedici en ander zorgprofessionals) uit het behandelteam essentieel. Tekstvoorstel: Hierbij bepaalt de revalidatiearts samen met de leden van het behandelteam de precieze inhoud en omvang van de behandeling.
- Dat gebeurt op basis van de zorgbehoefte van de patiënt en de behandeldoelen die in overleg met de patiënt zijn vastgesteld. Tekstvoorstel: Dat gebeurt op basis van de zorgbehoefte van de patiënt en de behandeldoelen die in overleg met de patiënt en diens naasten zijn vastgesteld.
- De revalidatiearts geeft hierbij de precieze inhoud en omvang van deze behandeling vorm op basis van de zorgbehoefte van de patiënt en de daarop in overleg met de patiënt vastgestelde behandeldoelen:
- 1) De revalidatiearts zal als sprake is van IMSR niet alleen de precieze inhoud en omvang van de behandeling bepalen en dat geldt ook voor de behandeldoelen. 2) In de kinderrevalidatie spelen ouders een hele belangrijke rol bij het formuleren van de hulpvraag en in het overleg over de vastgestelde doelen. Jongeren vanaf 16 jaar mogen meebeslissen, vanaf 12 jaar samen met ouders. Tekstvoorstel: De revalidatiearts geeft hierbij samen met de leden van het behandelteam de precieze inhoud en omvang van deze behandeling vorm op basis van de zorgbehoefte van de patiënt en de daarop in overleg met de patiënt, diens naasten en de leden van het behandelteam vastgestelde behandeldoelen.
- Patiënten die geen diagnose hebben.....indicatiegroepen: Gemist worden hiermee de patiënten die nog geen definitieve diagnose hebben maar wél een vermoedde (differentiaal) diagnose. Denk bijvoorbeeld aan de groep van zeldzame spierziekten. Daar is niet altijd een (definitieve) diagnose te stellen maar wel noodzaak voor IMSR. Voorstel zou zijn om deze nuancering aan te brengen in de tekst.

- 'om te beoordelen of bij een verzekerde, die redelijkerwijs is aangewezen op IMSR, deze zorg gepaard moet gaan met medisch noodzakelijk verblijf als bedoeld in het eerste lid van artikel 2.12 van het Bzv' (paragraaf 2.4, pagina 39): Graag ten behoeve van verduidelijking en vindbaarheid specifiek verwijzen:
- Tijdens revalidatiebehandeling wordt gewerkt aan het herwinnen van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren: Het woord herwinnen is niet passend voor de chronisch progressieve (neuromusculaire) aandoeningen zoals ALS. Tekstsuggestie: Tijdens revalidatiebehandeling wordt gewerkt aan het herwinnen of behouden van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren.
- "... aandoeningen, richten revalidatieartsen zich in de diagnostiek en behandeling ook nadrukkelijk op het opheffen, verminderen of zo mogelijk voorkomen van de gevolgen ervan. Daarnaast is het een belangrijk doel om patiënten te leren omgaan met tijdelijke of blijvende beperkingen en zo hun zelfredzaamheid en eigen regie te vergroten" (P 12, par. 2.1): We realiseren ons dat de beschrijving zoals hier staat ook te vinden is op de website van de VRA. Deze beschrijving sluit echter naadloos aan bij de (definitie, doelen en werkwijze van) paramedici. Op deze plek in het standpunt MSR is deze omschrijving dan ook verwarrend. De revalidatiearts werkt in de IMSR altijd samen met paramedische en andere zorgprofessionals om aan diagnostiek en behandeling invulling te geven. Waarbij de revalidatiearts de geleverde diagnostiek en (paramedische) revalidatiebehandeling coördineert. De revalidatiearts stuurt daarnaast met zijn/haar medische kennis het multidisciplinaire behandelteam (inhoudelijk) aan. Het is het revalidatie-behandelteam dat zich richt op het opheffen.... enz. Zoals het hier is geformuleerd lijkt het alsof de revalidatiearts de revalidatiebehandeling zelf en alleen uitvoert. Dat is niet juist. De revalidatiearts heeft veelal een coördinerende en aansturende rol binnen een revalidatie-behandelteam van paramedici en andere zorgprofessionals*. Tekstvoorstel "De revalidatiearts kan als hoofdbehandelaar, als medebehandelaar en als consulent betrokken zijn op alle niveaus van revalidatie. 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." (dit tekstvoorstel is overgenomen van de websitepagina van de VRA)
- MSR richt zich op patiënten van alle leeftijden en kan poliklinisch, ambulant of klinisch plaatsvinden. Het handelen van revalidatieartsen is gericht op het optimaal laten functioneren van patiënten in de maatschappij en het verbeteren van de kwaliteit van leven (p 12 alinea 4): Zoals het hier is geformuleerd lijkt het alsof de revalidatiearts de revalidatiebehandeling zelf en alleen uitvoert. Dat is niet zoals het in de praktijk werkt. De revalidatiearts heeft veelal een coördinerende en aansturende rol binnen een revalidatie-behandelteam van paramedici en andere zorgprofessionals. Er wordt als team samen met de patiënt gewerkt aan het behalen van de behandeldoelen. Tekstvoorstel: 'MSR richt zich op patiënten van alle leeftijden en kan poliklinisch, ambulant of klinisch plaatsvinden. Het handelen van de revalidatiearts samen met het revalidatieteam is gericht op het optimaal laten functioneren van patiënten in de maatschappij en verbeteren van kwaliteit van leven.'
- "Het handelen van een revalidatiearts.....tot de doelgroep van de MSR": Dit is de beschrijving van zorg die ergotherapeuten, fysiotherapeuten en/of andere (paramedische) disciplines plegen te leveren in de revalidatie en niet de revalidatiearts. De revalidatiearts voert die zorg niet zelf uit staat (het zo zelfstandig mogelijk laten uitvoeren enz.) maar verwijst , coördineert de zorg in samenhang en zorgt voor aansturing van het behandelteam.

De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de revalidatiezorg die het gehele interdisciplinaire revalidatieteam levert (zie pagina 15 2^e alinea). Voorstel zou zijn om een keuze te maken: -Ofwel de het daadwerkelijke handelen van de revalidatiearts beschrijven; -Ofwel de beschrijving laten staan maar dan wijzigen in: Het handelen van het revalidatie-behandelteam is gericht op ...

- Bij multidisciplinaire zorg elders zijn weliswaar ook verschillende disciplines bij één patiënt betrokken, maar geeft iedere zorgverlener zijn eigen behandeling, zonder duidelijke integratie. Of er afstemming en integratie plaatsvindt zal per praktijk/locatie verschillen. Tekstvoorstel: 'Bij multidisciplinaire zorg elders zijn weliswaar ook verschillende disciplines bij één patiënt betrokken, maar geeft iedere zorgverlener zijn eigen behandeling, zonder en kan er duidelijke integratie beperkt zijn of ontbreken.'
- In de beschrijving van het medisch specialistische revalidatieteam worden gemist: maatschappelijk werk, seksuoloog, bewegingsagoog, beeldend therapeut, diëtist.
- Bij mogelijke lichaamsgebonden aanpassingen, toevoegen: (maatwerk) hulpmiddelen
- stelt de revalidatiearts samen met de patiënt (en eventueel zijn naasten) een revalidatiebehandelplan op Hierbij zijn dikwijls andere disciplines betrokken, nadat er assessments hebben plaatsgevonden door de leden van het behandelteam. Toevoegen: stelt de revalidatiearts samen met de patiënt (en eventueel zijn naasten) en met de leden van het behandelteam een revalidatiebehandelplan op....
- "...aanwezig voor overleg en afstemming' (p 17, regel 7): Als aanvulling hierop: aanwezig voor overleg en afstemming en biedt medische kennis en informatie ten behoeve van het revalidatietraject voor leden van het behandelteam en de patiënt.
- "eventueel samen met het behandelteam" (p 17, regel 9): Dit gebeurt altijd samen met het behandelteam. Dat kan gelijktijdig tijdens de tussentijdse evaluatie met de patiënt, maar gebeurt vaak daar aan voorafgaand met het hele behandelteam (bijv. in het periodieke MDO). De evaluatie van behandeldoelen gebeurt altijd samen met de behandelaren.

Reactie Zorginstituut:

Het Zorginstituut is erkentelijk voor het grote aantal suggesties, die als rode draad hebben te benadrukken dat de revalidatiearts intensief samenwerkt met de professionals in het revalidatieteam. In deze tekst van het standpunt hebben we veel van deze suggesties verwerkt, voor zover mogelijk gezien het eerdere afstemmingsproces in de klankbordgroep.

3. Mogelijke indicatiegroepen voor AMSR/iMSR volgens hoofdstuk 3 (bij welke klachten/diagnoses is er mogelijk sprake van een indicatie voor AMSR/iMSR?)

VRA/RN:

- De indicatiestelling voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (iMSR) vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van de revalidatiearts. In de duiding van de MSR als zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden, dient het Zorginstituut de beroepsgroep te volgen op het vlak van de indicatiestelling, terwijl zij zich nu normstellend opstelt. Het standpunt dient zich te beperken tot iMSR volgens de door de beroepsgroep gedefinieerde afbakening.
- Met reden sluit uw rapport in de meeste gevallen goed aan op de documenten Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie en het Behandelkader van de VRA.
- Op pagina 10 stelt u dat "patiënten, die geen diagnose hebben die onder deze omschrijving van één van deze indicatiegroepen valt, naar inhoud en omvang niet redelijkerwijs zijn aangewezen op MSR. Bij hen is MSR dus geen te verzekeren prestatie." In onze ogen is dergelijk diagnosegericht denken een achterhaalde benadering in de integrale, multidisciplinaire zorg zoals die tegenwoordig wordt geboden.

Ook hier geldt dat het de revalidatiearts is, die zelfstandig indiceert - met inachtneming van de zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden en dus binnen de kaders van wetenschappelijke richtlijnen en standaarden en van de opmerkingen die wij in deze reactie hebben gemaakt over navolgbaarheid, ICF en matched care.

Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal:

- Het Zorginstituut dient de beroepsgroep te volgen op het vlak van indicatiestelling, terwijl het zich nu in standpuntbepalingen normstellend opstelt. Zoals bepleit in de kaderregeling van ZiN voor 'Passende Zorg' dient de individuele zorg- c.q. revalidatievraag centraal te staan. De medisch-specialistische revalidatie is bij uitstek het medisch-specialisme dat vertrekt vanuit de revalidatiedoelstelling van de individuele patiënt. Indien deze revalidatievraag interdisciplinair benaderd en behandeld dient te worden, is de medisch-specialistische revalidatie geïndiceerd c.q. noodzakelijk. Ondanks de eigen kaderregeling benadert ZiN de medisch-specialistische revalidatie toch vanuit de verschillende diagnoses. Dit is een achterhaalde benadering. Basalt vraagt ZiN om de huidige diagnosegeoriënteerde benadering los te laten en te kiezen voor deze passende zorgoriëntatie.

Reactie Zorginstituut:

In het aangepaste standpunt hebben wij uitgebreider dan in het geconsulteerde concept in hoofdstuk 1 het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aangegeven, waarin in artikel 64 is aangegeven wat de wettelijke taken van het Zorginstituut zijn. Daarbij gaat het onder meer om het bevorderen van een eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties. Het Zorginstituut kan hiertoe – op eigen initiatief of op verzoek – op basis van de regelgeving verduidelijken of zorg al dan niet tot het te verzekeren basispakket van de Zvw behoort. Een dergelijke 'duiding van zorg' noemen we ook wel een standpunt. Een standpunt van het Zorginstituut kan gaan over de vraag of een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook kan het Zorginstituut in een standpunt ingaan op de reikwijdte van een onder de Zvw te verzekeren prestatie. Het kan dan gaan om een afbakeningskwestie, zoals de vraag of zorg valt onder zorg zoals een medisch specialist die pleegt te bieden. In dit standpunt gaat het om nadere duiding van zorg zoals revalidatieartsen (subgroep van medisch specialisten) die plegen te bieden.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient zorg te voldoen aan een aantal criteria. Deze criteria zijn omschreven in de Zvw en de daarop gebaseerde lagere regelgeving, namelijk het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Deze criteria zijn:

1. De zorg valt onder één van de te verzekeren prestaties van het Bzv (in dit geval: zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden);
2. De interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (SWP);
3. De verzekerde is redelijkerwijs op de zorg aangewezen.

In de achtereenvolgende paragrafen van hoofdstuk 1 zijn nu de bovengenoemde drie criteria van het wettelijk kader uitgewerkt en is toegelicht in welke hoofdstukken van het rapport deze criteria aan de orde komen. In hoofdstuk 2 is conform het position paper van de VRA de doelgroep van patiënten die in de loop van hun zorgpad aangewezen kunnen zijn op MSR-behandeling als volgt beschreven: patiënten met complexe problemen van motoriek en/of cognitieve ten gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening. Vervolgens zijn in het position paper van de VRA een aantal belangrijke diagnosegroepen benoemd. Dit is van belang, aangezien we onder het 'plegen te bieden' criterium niet alleen beoordelen welke vormen van zorg een bepaalde beroepsgroep in het algemeen aanbiedt, maar ook bij welke klachten of aandoeningen die zorg wordt aangeboden. Omdat de doelgroep uit het Position paper van de VRA in hoofdstuk 2 in algemene termen is beschreven en de lijst van belangrijke diagnosegroepen niet uitputtend is, hebben we in hoofdstuk 3 verder uitgewerkt wat de indicatiegroepen van patiënten zijn, die potentieel aangewezen zijn op MSR-behandeling.

In samenspraak met de klankbordgroep is gekozen voor het omschrijven van drie indicatiegroepen, met op subgroepniveau benoemde aandoeningen waarvan de stoornissen in functie veel overeenkomsten vertonen. Een MSR-behandeling kan behoren tot de te verzekeren zorg, indien een patiënt een aandoening heeft die in één van de drie indicatiegroepen valt, mits de patiënt redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Consultatie en diagnostiek door de revalidatiearts behoort altijd tot de te verzekeren zorg.

Zorgverzekeraars Nederland, incl. opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN:

- Hoofdstuk 3, pagina 18: hier staat de volgende zinsnede: *Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kunnen ook in aanmerking komen voor MSR zonder dat sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen, als het hersenletsel leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.* NAH definiëren we in het kader van dit standpunt als: hersenletsel dat door een neuroloog of op basis van beeldvorming is vastgesteld. Dat is nog niet toetsbaar, dit wordt echter uitgewerkt in paragraaf 4.1 op pagina 24. Om dit adequaat te kunnen toetsen, is het nodig dat de ICF-codes in het dossier worden opgenomen. Graag dit toevoegen aan de tekst.
- Hoofdstuk 3, pagina 18 en 19 geven drie indicatiegroepen. Een koppeling met de nota indicatiestelling, waarin meerdere diagnosehoofdgroepen zijn genoemd, zou wenselijk zijn. Concreet stellen wij voor om bijlage II van de nota indicatiestelling te gebruiken om af te bakenen wat wel en niet tot het pakket behoort.
- Hoofdstuk 3, pagina 20: Graag toevoegen voorbeelden die géén MSR zijn: bijvoorbeeld chronische vermoeidheid?
- Hoofdstuk 3, pagina 19 en 20: betekent dit nu dat chronische pijn en oncologische revalidatie onderdeel blijven van MSR, of dat deze worden uitgesloten? Als zij (gedeeltelijk) worden uitgesloten, is dit een wezenlijke verandering en moet deze worden doorgevoerd in de controles van verzekeraars. Wij pleiten in dat geval voor heldere communicatie richting zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten.
- Hoofdstuk 3, pagina 19 en 20: wij vragen ons af of dezelfde redenering opgaat voor enkele andere doelgroepen: (1) kinderen waarbij het na langdurige sondevoeding niet lukt om over te stappen op orale voeding, (2) conversie met uitvalsverschijnselen (behalve wanneer er sprake is van secundaire problematiek als ernstige deconditionering met als gevolg etc...), (3) SOLK. Klopt deze conclusie? Zijn er wellicht nog meer doelgroepen die niet specifiek genoemd worden, maar straks wel aangewezen zijn op zorg elders?
- Hoofdstuk 3, pagina 19 en 20: oncologische revalidatie is geen hoofddiagnosegroep binnen de MSR. Er is wel een hoofddiagnosegroep organen waarbinnen gevolgen van oncologische aandoeningen een voorbeeld is (bijlage II van de nota indicatiestelling). Is het concrete gevolg dat dit voorbeeld moet verdwijnen uit de nota?
- Hoofdstuk 3, pagina 19: hier staat: *Het beoordelen van de effectiviteit van IMSR-behandeling bij alle mogelijke indicaties is zeer veelomvattend, terwijl de meerwaarde bij de drie hierboven beschreven indicatiegroepen meestal niet ter discussie staat, wanneer een revalidatiearts op basis van de integrale beoordeling vaststelt dat voor MSR-behandeling een indicatie bestaat (zie hoofdstuk 4). Daarom heeft het Zorginstituut in dit rapport niet beoordeeld of MSR bij al deze indicatiegroepen voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.* Betekent dit dat zorgverzekeraars voor deze indicatiegroepen niet hoeven toetsen?
- Hoofdstuk 3, pagina 19: hier staat SOLK in de voetnoot genoemd, maar zonder een duidelijke uitspraak of dit verzekerde zorg is. Volgens ons is de conclusie dat er geen evidence bestaat en dit daarom geen verzekerde zorg is. Klopt dat?
- Hoofdstuk 3, pagina 19: Criterium 3, 1 t/m 3: de gehanteerde formulering zet de deur wijd open voor het inbrengen door de revalidatiearts van een scala van aandoeningen, zoals hoofdpijn, chronische buikklachten, functionele parese, PCS, chronisch vermoeidheidssyndroom etc.). E.e.a. zal gaan leiden tot veel gehacketak m.b.t. de criterium 3 patiënt bij I-MSR op basis van een machtigingsaanvraag. Naar mijn mening dient criterium 3 opnieuw te worden besproken, want niet passend in de revalidatiepraktijk te hanteren).

- Hoofdstuk 3, pagina 19: De gegeven voorbeelden roepen vragen op:
 - *Ernstige deconditionering t.g.v. een groot verlies aan spiermassa. Hoe dit te objectiveren en dit toetsbaar voor de ZV?*
 - Chronische pijn: bv. SOLK patiënt met nadruk op klachten van H/B apparaat. Mijn commentaar: er wordt volledig voorbijgegaan aan de onderliggende oorzaak van de lichamelijke klachten. Dit zijn veelal de psychosociale omstandigheden (bijv. systeemproblemen). Niet voor niets is de SOLK richtlijn een GGZ richtlijn en hoort de behandeling van SOLK thuis in de GGZ tenzij de GGZ zelf op basis van manifeste klachten van het H/B apparaat de hulp inroept van de revalidatiegeneeskunde.
 - Chronische pijn - volwassene : in het concept wordt alhier in het geheel niet gesproken over potentiële contra-indicaties (op basis van de psyche/cognitie, psychopathologie en sociale omstandigheden). Dit zet wederom de deur wijd open voor primair GGZ problematiek.
- Hoofdstuk 3, pagina 20: Graag toevoegen voorbeelden die géén MSR zijn: bijvoorbeeld chronische vermoeidheid?
- Hoofdstuk 3, pagina 20 *comorbiditeit(en) bij oncologische of internistische aandoeningen*: bij voorkeur andere formulering. Er is een indicatie voor andere vormen van tweedelijns revalidatie (zoals hart- of longrevalidatie), maar de co-morbiditeit, die gaat gepaard met een ingrijpende bewegingsstoornis, maakt deze revalidatie complex waardoor MSR aangewezen is, bv. longrevalidatie bij iemand met COPD met een parese o.b.v. een CVA of hartrevalidatie na een PCI bij iemand die rolstoelgebonden is o.b.v. een hoge dwarslaesie.

Reactie Zorginstituut:

- In hoofdstuk 6 van het standpunt zijn de ICF-codes aangegeven.
- In paragraaf 3.1 is een alinea toegevoegd over de overeenkomsten en verschillen tussen de in het standpunt beschreven indicatiegroepen en de lijst met veel voorkomende diagnosegroepen die is opgenomen in bijlage II van de nota indicatiestelling van de VRA.
- De aanspraken inzake patiënten met chronische pijn of oncologische problematiek zijn in hoofdstuk 3 helder aangegeven.
- Het Zorginstituut gaat niet over inhoud van de nota indicatiestelling. In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Ook de indicatiegroepen kunnen hierin worden meegenomen, waarbij de duiding in het standpunt wel als uitgangspunt geldt. De VRA heeft aangegeven bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard haar Nota indicatiestelling uit 2016 ook als uitgangspunt te willen betrekken.
- Het standpunt verandert niets aan de wettelijke taak van de zorgverzekeraar om te toetsen of te zorg die wordt aangevraagd of gedeclareerd voldoet aan de wettelijke voorwaarden.
- In de laatste bullet van paragraaf 3.1 is de situatie ten aanzien van ALK of SOLK verduidelijkt.
- Over de formulering van de indicatiegroepen is in de klankbordgroep door een grote groep deskundigen uitvoerig gediscussieerd. Met de nu gehanteerde formuleringen wordt het risico op indicatiestelling bij patiënten die niet redelijkerwijs zijn aangewezen op MSR-zorg beheersbaar geacht, mits de revalidatiearts bij een patiënt met een aandoening die onder één van de indicatiegroepen valt op navolgbare wijze beargumenteert waarom er een indicatie is voor IMSR-behandeling.
- Het is aan de revalidatiearts om – op navolgbare wijze – duidelijk te maken op grond van welke diagnostische bevindingen en criteria hij vaststelt dat sprake is van een aandoening die onder één van de drie indicatiegroepen valt.
- De formuleringen van de indicatiegroepen zijn van groot belang voor de afbakening van de (groepen) patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor MSR-zorg. Op deze formuleringen zijn slechts enkele suggesties naar voren gekomen in de consultatie. Daarom zien wij geen noodzaak om in dit stadium hierin nog wijzigingen aan te brengen.

Pijnpatientennaar1stem:

- Uit dit conceptstandpunt wordt voor het SWP niet duidelijk of mensen met ME/CVS toegang hebben tot MSR en tot IMRS. Het gevolg van ME/CVS kan zijn minder beweging met als gevolg daarvan deconditionering. Het SWP wil graag duidelijkheid over dit onderwerp.

Reactie Zorginstituut:

ME/CVS kan worden gerekend tot de Somatisch onvoldoende te verklaren lichamelijke klachten (SOLK), of zoals recent meer gebruikelijk Algemene lichamelijke klachten (ALK). Patiënten met deze aandoening behoren alleen tot de derde indicatiegroep zoals geformuleerd in paragraaf 3.1, wanneer sprake is van chronische bewegingsapparaat-gerelateerde pijn, al dan niet in combinatie met andere SOLK of ALK. SOLK of ALK die zich alleen uit in het Chronisch vermoeidheid syndroom (CVS) valt hier derhalve niet onder. Dit is nu duidelijker aangegeven in de laatste alinea van paragraaf 3.1 (derde bullet). In uitzonderlijke gevallen zou een mogelijke indicatie kunnen ontstaan wanneer ernstige deconditionering optreedt met een groot en objectiveerbaar verlies van spiermassa, zoals beschreven in het tweede onderdeel van de derde indicatiegroep.

Nederlandse vereniging voor Reumatologie:

- Vanuit de beschrijvingen van de indicatiestelling voor iMSR in het standpunt kan niet goed worden opgemaakt welk proces of welke processen, impliciet of expliciet, op specifieke reumatische aandoeningen van toepassing is of zijn, omdat geen specifieke reumatische aandoeningen worden benoemd.
- Het indicatiestellingsproces wordt sterk gefocust op stoornisniveau terwijl de individuele problematiek zeer divers kan zijn en in individuele gevallen aspecten op niveau van activiteit op participatie of contextuele factoren meer op de voorgrond kunnen staan.

Reactie Zorginstituut:

- Over het algemeen vallen reumatische aandoeningen onder de eerste indicatiegroep. In aanvulling daarop kan er bij complicerende problematiek sprake zijn van comorbide aandoeningen die onder de tweede of derde indicatiegroep vallen.
- Het indicatiestellingsproces is gefocust op bepaalde geselecteerde stoornissen in functie, omdat deze stoornissen ten grondslag liggen aan de meervoudige problemen, die samenhangen met het type beperkingen in functioneren en participeren die tot het domein van de MSR horen. De MSR-behandeling kan zowel op de stoornissen in functie gericht zijn als op beperkingen in het functioneren of participeren. In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Hierin kan ook verder worden uitgewerkt welke aspecten van belang zijn voor de indicatiestelling voor een IMSR-behandeling, en welke aanvullende aspecten van belang zijn voor het stellen van behandeldoelen, het inschakelen van verschillende zorgprofessionals in het revalidatieteam en het opstellen van een behandelplan.

4. Criteria voor transparant maken van integrale beoordeling van de indicatiestelling voor iMSR door de revalidatiearts (bij welke complexiteit, ernst en uitgebreidheid van de problematiek is patient aangewezen op iMSR?)

Zorgverzekeraars Nederland: Opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN:

- Hoofdstuk 4, pagina 22 (het stroomdiagram): de definitie van NAH wordt niet genoemd. Onze ervaring dat een stroomdiagram vaak een eigen leven gaat leiden, voorstel is om deze aan het diagram toe te voegen.

Ergotherapie Nederland:

- Is het niet juist de rol van de revalidatiearts om te beoordelen of er een indicatie is voor meerdere paramedische behandelingen die tegelijkertijd moeten plaatsvinden, en waarbij de situatie dusdanig is dat deze vraagt om specialistische zorg en coördinatie (en dus (poli)klinische revalidatie in de 2e lijn noodzakelijk wordt geacht)? Voorstel tekst wijzigen in: De integrale beoordeling door de revalidatiearts en het interdisciplinaire behandelteam bestaat uit de volgende stappen: 1 t/m 4
- Stap 1 en 2 in figuur 2: is er sprake van een ernstige functiestoornissen op meerdere domeinen: Voorstel tekst wijzigen in: 1) Taalkundig/tekstueel: een ernstige functiestoornis (enkelvoudig) of ernstige functiestoornissen (meervoudig) 2) Inhoudelijk: In de figuur ontbreken de resultaten van het assessment van activiteiten, participatie en sociale en fysieke omgeving. Voorstel: Resultaten van het assessment van activiteiten, participatie en omgeving een plek geven in het stroomschema. Ook bij (relatief) geringe (wijziging bestaande) functiestoornissen, kan er een indicatie zijn voor IMSR.

Reactie Zorginstituut:

- De verklaring voor de afkorting NAH is in het stroomdiagram opgenomen. Er staan veel meer begrippen in het stroomdiagram zonder definitie binnen het diagram. Opname daarvan zou sterk ten koste gaan van de leesbaarheid en overzichtelijkheid. Waar nodig zijn in de tekst van het standpunt definities opgenomen.
- Naar aanleiding van de reacties uit de consultatie en de verdere verduidelijking van het wettelijk kader is de tekst van hoofdstuk 6 op veel plaatsen gewijzigd. De suggesties ten aanzien van tekst en diagram zijn daarin zoveel mogelijk meegenomen.
- We hebben het assessment niet apart in het stroomdiagram gezet omdat het zowel bij de beoordeling van indicatiestelling als bij analyse van functiestoornissen een rol speelt en het ter voortgangsevaluatie ook later in het behandeltraject opnieuw kan worden ingezet.
- Bij relatief geringe functiestoornissen kan er bij gebruik van voorgestelde indicatiecriteria van de handleiding geen indicatie zijn voor IMSR en zal de revalidatiearts verwijzen naar één of meer zorgprofessionals in de eerste lijn. In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Hierin kan ook het handelen van de revalidatiearts bij relatief geringe functiestoornissen verder worden uitgewerkt.

Onderdeel a: selectie van de ICF-items

VRA/RN:

- In de werkwijze zoals revalidatieartsen die plegen te bieden wordt de integrale systematiek van ICF gebruikt en alle domeinen meegewogen bij de indicatiestelling. Het is niet mogelijk om uit het ICF-model selectief onderdelen te gebruiken voor de indicatiestelling. Wij vinden het niet aanvaardbaar dat u op eigen titel slechts selectief onderdelen uit de integrale systematiek van het ICF in het concept-standpunt gebruikt en alleen de somatiek en de stemming leidend laat zijn voor de indicatiestelling. In de werkwijze zoals revalidatieartsen die plegen te bieden is het ondenkbaar om niet alle domeinen mee te wegen in de indicatiestelling. Dit geldt des te meer voor de verdere beperking van de rubriek stemming bij de indicatiestelling in het huidige concept standpunt bij niet-NAH patiënten. Hierdoor ontstaat een veel te smal kader voor duiding van de complexiteit bij de indicatiestelling.
- Bij de voorgestelde indicatiestelling wordt enkel gekeken naar functiestoornissen en blijven andere onderdelen van het ICF-model (externe factoren, activiteiten, participatie) onterecht buiten beschouwing.

Zo stelt u: "voor de patiënt belangrijke beperkingen in activiteiten en participatie ... dragen niet bij aan de indicatiestelling" en "Als het gevolg van een persoonlijke of externe factor leidt tot een functiestoornis in een ander functiedomein, of als het een beperking betreft in het activiteiten- of participatiedomein, dan is het geen onderdeel van de indicatiestelling." Deze redenering staat haaks op de integrale beoordeling die een revalidatiearts pleegt te doen. In lijn met het ICF hanteert een revalidatiearts het biopsychosociaal model, waarbij hij of zij naar de totale mens en zijn functioneren kijkt. Wij worden hierin gesteund door de roep om positieve gezondheid zoals die wordt geuit in recente rapporten van de Raad van Volksgezondheid & Samenleving (Een eerlijke kans op gezond leven, Hoor mij nou!) en het coalitieakkoord van januari 2022 dat stelt dat passende zorg "gericht is op gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven." Juist omdat u aangeeft dat u uw standpunt baseert op "de richtlijnen en beleidsdocumenten van de beroepsgroep, richtlijnen van andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen en beroepscode" (p. 9) begrijpen wij niet dat u in de indicatiestelling het activiteiten- en participatiedomein negeert. Wij verzoeken u dringend om in uw herziene standpunt alle domeinen van de ICF, dus ook activiteiten en participatie, een plaats te geven in de indicatiestelling en zonder eigen herinterpretatie aan te sluiten bij de manier van zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden.

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie:

- Het voorgestelde proces van indicatiestelling lijkt niet passend voor mensen met reumatische aandoeningen. Door de complexiteit kan het de toegankelijkheid van MSR voor deze patiëntengroep nadelig beïnvloeden. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie is voorstander van een werkwijze waarbij voor de indicatiestelling voor MSR in individuele gevallen in samenspraak met de behandelend reumatoloog en patiënt, door de revalidatiearts wordt bepaald (waarbij niet alleen naar mogelijkheden en beperkingen op functieniveau wordt gekeken, maar ook op activiteiten- en participatieniveau). De indicatiestelling valt onder de professionele autonomie van de revalidatiearts.

Patiëntenfederatie Nederland:

- Bij stap 1 van de beoordeling stelt het ZIN dat belangrijke beperkingen op het gebied van activiteiten en participatie niet worden meegenomen bij de indicatiestelling omdat deze het gevolg zijn van de aandoening. Deze uitleg gaat voorbij aan de grote impact van dergelijke beperkingen op het functioneren en de kwaliteit van leven van patiënten. Het is noodzakelijk dat deze aspecten wel meegewogen kunnen worden in de beoordeling. Het geheel aan beperkingen in activiteiten en participatie kan volgens ons in bepaalde gevallen op zichzelf voldoende aanleiding zijn voor MSR. Dat zou kunnen wanneer duidelijk is dat MSR in voldoende mate bijdraagt aan het oplossen van of omgaan met beperkingen én er geen effectieve alternatieven voor handen zijn. Anders zou de situatie kunnen ontstaan, dat de impact van de beperkingen op het leven van mensen en de behandelmogelijkheden minder belangrijk zijn in de beoordeling, dan het "label" van de aandoening. Dat kan onder meer het geval zijn bij zeldzame aandoeningen. Dat is een onvoldoende patiëntgerichte benadering.

Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV):

- Wat dit conceptstandpunt betreft, ziet de VAV het gevaar dat (discussie over) details in dit document de hoofdlijn ondermijnen, mede omdat op basis van de huidige tekst interpretatieverschillen mogelijk zijn. De VAV pleit er daarom sterk voor om als het om een aantal onderwerpen gaat, te komen tot nadere verheldering door uitleg en toelichting over de gemaakte keuzes, en welk effect wordt beoogd om deze verschillen in interpretatie tegen te gaan. Dit leidt anders alsnog tot misverstanden in de praktijk. Specifiek gaat het dan (onder andere) om indicatiestelling door revalidatiearts (met toepassing van de ICF).

Reactie Zorginstituut:

- Het indicatiestellingsproces is gefocust op bepaalde geselecteerde stoornissen in functie, omdat deze stoornissen ten grondslag liggen aan de meervoudige problemen, die samenhangen met het type beperkingen in functioneren en participeren die tot het domein van de MSR horen. Zoals toegelicht in voetnoot 25 zijn de geselecteerde stoorniscategorieën gekozen op basis van hun relatie tot de problematiek die overwegend in de MSR-zorg voorkomt en die de aangrijpingspunten voor behandeldoelen en behandeling vormen die passen bij de MSR. Hiertoe is aansluiting gezocht bij de ICF-coreset voor Rehabilitation. In voetnoot 25 is ook toegelicht welke stoornissen uit die coreset niet zijn geselecteerd en waarom. Bij sommige patiënten kunnen ook nog andere stoornissen in functie voorkomen, maar die zijn niet de reden waarom de MSR-behandeling wordt overwogen. De MSR-behandeling kan zowel op de stoornissen in functie gericht zijn als op beperkingen in het functioneren of participeren.
- Bij het voorgestelde indicatiecriterium voor indicatiestelling voor IMSR die tot de te verzekeren zorg behoort, kijken we enkel naar functiestoornissen en blijven andere onderdelen van het ICF-model (externe factoren, activiteiten, participatie) buiten beschouwing. Deze andere onderdelen spelen wel een belangrijke rol bij het opstellen van de behandeldoelen en het behandelplan. Wij gaan er dus niet aan voorbij, maar gebruiken ze alleen niet bij de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR. Wanneer er geen sprake is van meerdere daarmee samenhangende stoornissen in functie die voor het domein van de MSR relevant zijn – zoals aangegeven bij dit indicatiecriterium – dan is minder goed navolgbaar dat er sprake is van te verzekeren zorg. We hebben dit indicatiecriterium opgenomen in een handleiding die de revalidatiearts kan gebruiken bij de beoordeling van de indicatiestelling bij de individuele patiënt. Hierdoor wordt deze beoordeling navolgbaar voor anderen. De revalidatiearts kan ook ervoor kiezen om andere argumenten te gebruiken om de indicatiestelling te onderbouwen, maar loopt dan meer risico dat deze beoordeling minder goed navolgbaar is.
- In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Hierin kan ook verder worden uitgewerkt welke aspecten van belang zijn voor de indicatiestelling voor een IMSR-behandeling, en welke aanvullende aspecten van belang zijn voor het stellen van behandeldoelen, het inschakelen van verschillende zorgprofessionals in het revalidatieteam en het opstellen van een behandelplan.

Ergotherapie Nederland:

- Een eerste uitzondering Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn (post)poliosyndroom, status na multitrauma en brandwonden over een groot lichaamsoppervlak (p 24, alinea 2). Voorstel tekst aanvullen: Laatste zin: neuromusculaire aandoeningen en ALS.

Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN):

- p. 24, tweede uitzondering: hier wordt gesteld dat '*een tweede uitzondering hierop vormen patiënten met NAH. Bij hen moet sprake zijn van samenhangende stoornissen in minimaal twee van de volgende vijf groepen van functiedomeinen van de ICF.*' Hier ziet de NVN voor patiënten met bijvoorbeeld ALS of myasthenia gravis een probleem want zij kunnen solitaire bulbair klachten (slik- en spraakstoornissen) hebben, wat dus maar één onderdeel is. Maar wat wel multidisciplinair behandeld kan worden. Graag een aanpassing hiervan.

Reactie Zorginstituut:

- Het is niet de intentie hier een volledige lijst met diagnoses op te nemen. Sommige patiënten met de hier aangegeven aandoeningen, maar wellicht ook nog andere, kunnen misschien ook onder de eerste uitzonderingsregel vallen. In dat geval kan de revalidatiearts dat meenemen en transparant maken in zijn beoordeling van de indicatiestelling.

- Patiënten met bijvoorbeeld ALS of myasthenia gravis, die alleen solitaire slik- en spraakstoornissen hebben, hebben aanspraak op daarop gerichte behandeling(en), die bij solitaire stoornissen buiten de MSR-zorg liggen.

Onderdeel b: Qualifiers voor de ernst van de aanwezige items

VRA/RN:

- Ter onderbouwing van de indicatie bij een aantal diagnosegroepen dient de complexiteit nader onderbouwd te worden. Hiervoor wordt in het concept-standpunt slechts een beperkte aantal ICF-qualifiers benoemd ter ondersteuning van de indicatie voor IMSR; deze qualifiers richten zich bovendien enkel op functieniveau. Dit doet geen recht aan de ernst van de situatie noch aan het functioneren van de individuele patiënt; deze wordt door de qualifiers gereduceerd tot een tijdsbepaling en een maat voor ernst van stoornissen. Dit gaat volledig voorbij aan de betekenis van deze beperkingen en aan de invloed daarvan op het al dan niet goed functioneren van de patiënt in zijn omgeving, wat de kern is van de revalidatiebehandeling. Ten tweede doet deze limitatie geen recht aan de integrale beoordeling en de complexiteit van de patiënt omdat deze qualifiers niet uit de volle breedte van de ICF afkomstig zijn.

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie:

- Het gebruik van qualifiers om de impact van stoornissen weer te geven doet geen recht aan de door mensen met reumatische aandoeningen ervaren beperkingen en problemen, o.a. omdat de voorgestelde qualifiers gericht zijn op de tijdsduur van ervaren problemen, terwijl de ernst en ook de relevantie voor een individuele patiënt niet worden meegenomen.

Reactie Zorginstituut:

- Zoals bekend bij VRA/RN hebben wij uitgebreid onderzoek laten verrichten naar mogelijkheden om de begrippen complexiteit en samenhangende meervoudige problematiek te operationaliseren. Zeer veel experts uit het revalidatieveld zijn hierbij betrokken geweest. Helaas is het niet gelukt om tot deze operationalisering te komen. Daarop hebben wij voorgesteld om de door de World Health Organisation (WHO) ontwikkelde ICF-qualifiers te gebruiken, samen met een aantal andere indicatiecriteria. Dit is verder uitgewerkt in samenspraak met de klankbordgroep. Wanneer er in de (nabije) toekomst een andere methode wordt ontwikkeld om de complexiteit van de gezondheidssituatie van een patiënt op transparante en navolgbare wijze te onderbouwen, dan zou die wellicht als alternatief voor deze methode kunnen dienen. Hier is voorlopig nog geen zicht op.
- Het gebrek aan navolgbare onderbouwing van de complexiteit van de gezondheidssituatie van individuele patiënten heeft ten grondslag gelegen aan veel discussies, geschillen en rechtszaken over indicatiestelling. Daarom is het van groot belang dat er een methode wordt gehanteerd die wel tot een transparante en navolgbare beoordeling van de indicatiestelling kan leiden. De revalidatiearts kan ook ervoor kiezen om andere argumenten te gebruiken om de indicatiestelling te onderbouwen, maar loopt dan meer risico dat deze beoordeling minder goed navolgbaar is.

Zorgverzekeraars Nederland: Opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN:

- Paragraaf 4.2, pagina 25: Bij de analyse geeft de revalidatiearts aan van welk niveau van ernst en welke wijze van onderbouwing van het niveau van ernst er sprake is, bijvoorbeeld door observatie of meting bij de patiënt met een bepaald meetinstrument. Vraag m.b.t. het meetinstrument: Is meting met uitsluitend vragenlijsten ook voldoende om beperkingen en de ernst ervan te objectiveren?
- Paragraaf 4.2, pagina 26, tabel 1: Het gevaar bestaat dat in de kolom 'hoeveelheid tijd aanwezig' dit niet toegepast wordt op de functiestoornis zelf, maar op de onderliggende kwaal. Bijvoorbeeld de pijn is meer dan 50% van de tijd aanwezig is, maar leidt tot een geringe/lage functiestoornis (i.e. bewegingsstoornis van romp, WK, ledematen).

Graag toelichting ter verduidelijking.

Reactie Zorginstituut:

- Toe te passen meetinstrumenten kunnen bestaan uit één of meer vragenlijsten om aanwezigheid van beperkingen en de ernst daarvan vast te stellen, mits deze goed zijn gevalideerd, zodat de uitkomsten op juiste wijze geïnterpreteerd kunnen worden.
- De toepassing van de door de WHO ontwikkelde ICF-qualifiers is nieuw. Het voorstel om deze methode te gebruiken is geïncorporeerd in de voorgestelde handleiding met vier indicatiecriteria voor de indicatiestelling. Wanneer deze handleiding met deze methode veelvuldig toegepast gaat worden, dan kan geëvalueerd worden of de beoordeling van de indicatiestelling transparanter en beter navolgbaar is geworden en of de verschillende indicatiecriteria optimaal zijn toegepast.

Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF):

- De indicatiestelling is o.a. uitgewerkt middels classificaties van ernst en impact op het dagelijks leven van de patiënt, terwijl de meerwaarde van geïntegreerde interdisciplinaire behandeling ligt bij de complexiteit en samenhang van een probleem. Het voorkomen dat bijvoorbeeld een matig maar wel complex probleem ernstig of volledig wordt, valt hiermee buiten de indicatiestelling iMSR, waardoor mogelijkheden voor zorggerelateerde preventie door iMSR wordt beperkt. Het valt op dat 'matched care' niet voor alle doelgroepen van interdisciplinaire MSR gelijk is. Is dit te ondervangen?

Reactie Zorginstituut:

- De toepassing van de door de WHO ontwikkelde ICF-qualifiers is nieuw. Het voorstel om deze methode te gebruiken is geïncorporeerd in de voorgestelde handleiding met vier indicatiecriteria voor de indicatiestelling. Wanneer deze handleiding met deze methode veelvuldig toegepast gaat worden, dan kan geëvalueerd worden of de beoordeling van de indicatiestelling transparanter en beter navolgbaar is geworden en of de verschillende indicatiecriteria optimaal zijn toegepast.
- Het is niet duidelijk wat wordt verstaan onder 'een matig maar wel complex probleem, dat ernstig of volledig wordt'. Hier spelen vergelijkbare problemen in interpretatie van dit soort begrippen. Dat geldt ook voor het begrip 'matched care', dat nergens is gedefinieerd en dat verschillend wordt uitgelegd. Wij hanteren dat begrip niet in dit standpunt.
- We hebben in het standpunt bevestigd dat VRA en ZN afspraken hebben gemaakt over een lijst van revalidatiediagnosen, waarbij meestal een duidelijke indicatie voor MSR bestaat. Een groot deel van de patiënten is direct bij of enige tijd na het ontstaan van die aandoening aangewezen op IMSR. De lijst wordt gepubliceerd op de website van de VRA. Bij de aandoeningen op deze lijst staat een indicatie voor IMSR vrijwel nooit ter discussie en blijkt de complexiteit van de medische situatie van de patiënt tijdens de IMSR, omdat in het patiëntendossier sprake zal zijn van ernstige en meervoudige samenhangende stoornissen in fysieke, mentale of cognitieve functies. Niet altijd hoeven patiënten met één (of meer) van deze aandoeningen aangewezen te zijn op IMSR, immers sommige patiënten hebben een beperkt aantal relatief milde stoornissen, waarbij minder intensieve eerstelijns behandelingen nog tot de mogelijkheden behoren. Maar voor het deel van de patiënten met één (of meer) aandoeningen op genoemde lijst, dat direct is aangewezen op IMSR, vervalt het uitgangspunt van stepped care. Bij hen bestaat de beoordeling van het stepped care-traject voorafgaand aan IMSR uit de constatering, dat gezien de aard en ernst van de aandoening een stepped care-traject niet aan de orde is.
- In de eerste lijn zouden ICF-qualifiers wellicht ook toegepast kunnen worden. Dat maakt het mogelijk om vergelijkingen te maken van de uitkomsten hiervan met die uit de MSR-zorg.

Onderdeel c: beschrijving stepped care voortraject cf. handleiding van werkgroep

VRA/RN:

- Matched care is de werkwijze zoals revalidatieartsen hun zorg plegen te bieden.
- VRA en RN gaan niet akkoord met het beschreven indicatie en stepped care model en de daarmee gepaard gaande toename van de administratieve lasten bij verwijzers en zorgverleners.
- Ook wij vinden dat een behandeling die in de eerste lijn plaats kan vinden niet voor vergoeding in de tweede lijn in aanmerking komt. Wij onderschrijven het uitgangspunt dat een revalidatiearts moet kunnen uitleggen waarom IMSR de aangewezen behandeling is. Goed documenteren hoort bij goede zorg leveren. De in uw concept standpunt beschreven werkwijze is echter niet zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.
- Wij zijn van mening dat in uw concept het stepped care-principe verkeerd is uitgewerkt door het uitsluitend in een retrospectieve context te plaatsen. Het principe van stepped care is echter in oorsprong vooral prospectief bedoeld in het kader van passende zorg met een actieve rol voor de revalidatiearts. Samen met de patiënt wordt beslist hoe het beste de gevraagde zorg vormgegeven kan worden met als uitgangspunt de meest effectieve en doelmatige zorg die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Essentieel hierbij is dat de revalidatiearts in de gelegenheid moet worden gesteld de eerste lijn aan te kunnen sturen met als revalidatiedoelen voor de patiënt: optimale zelfstandigheid, eigen regievoering en maatschappelijke participatie.
- In Bijlage C (vanaf pagina 42) staat "de werkgroep heeft geformuleerd welke informatie minimaal nodig is voor een revalidatiearts om te kunnen beoordelen of het stepped care-traject voldoende is ingevuld bij een patiënt die mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling." Wij maken hiertegen bezwaar. De door de werkgroep genoemde informatie betreft niet de informatie die (minimaal) nodig is om een MSR-indicatie te stellen. Het is bovendien niet aan het ZIN (of de werkgroep), maar aan de revalidatiearts om te bepalen welke informatie nodig is voor de indicatiestelling. Mede door hun poortwachtersfunctie is het een kerncompetentie van revalidatieartsen om via matched care te indiceren. Het door u voorgestelde proces van indicatiestelling is een ontoelaatbare vereenvoudiging van de manier waarop revalidatieartsen dit plegen te doen. De inschatting door een revalidatiearts volgt geen eenvoudig 'afvinklijstje', maar is een professionele inschatting per individu, waarbij niet alleen de diagnose en de directe gevolgen daarvan, maar ook bijvoorbeeld persoonskenmerken en ambities meewegen in de uiteindelijke indicatiestelling. Deze werkwijze heeft zich inmiddels ruim bewezen; veel patiënten die worden aangeboden, krijgen geen MSR-indicatie. De vastlegging van de indicatiestellingen in het dossier behoort uiteraard wel tot de werkwijze zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.
- Het concept standpunt wekt ten onrechte de indruk dat het dwingende stepped care beleid enkel geldt in gevallen die niet in de voorlopige tabel van VRA, RN en ZN staan. Zorgvuldige lezing laat zien dat het enkel een verschil betreft in vastlegging: in sommige gevallen moet alles vooraf vastgelegd worden en in andere gevallen kan dit ook achteraf. Feitelijk betekent dit dat ZIN de stepped care benadering integraal en algemeen wil gaan invoeren.
- In de 'Tabel integrale beoordeling revalidatiearts 220620' wordt geschreven: "In hoofdstuk 3 van dit standpunt gaan we in op de vraag of IMSR-behandeling bij bepaalde indicatiegroepen is aangewezen zonder voorafgaande behandeling in de eerste lijn." In hoofdstuk 3 vinden we echter géén indicaties waarvoor de eis van voorafgaande toestemming niet zou gelden.
- Uw standpunt zou in feite een verandering brengen in de werkwijze van revalidatieartsen, kennelijk enkel vanwege de wens tot verantwoording van medisch adviseurs van zorgverzekeraars om de beoordeling te kunnen toetsen. Medisch adviseurs hebben nooit méér informatie nodig dan de revalidatiearts om tot een beoordeling te kunnen komen.
- De beschrijving die u geeft van het stepped care-model (in hoofdstuk 4 en bijlage C) sluit inhoudelijk niet aan bij onze werkwijze in de praktijk2.

Wij menen dat onze behandelkaders en zorgstandaarden leidend zijn: de revalidatiearts biedt of adviseert de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard, complexiteit en ernst van de problematiek en het daaruit verwachte beloop. Daarbij is niet vereist dat eerst minder ingrijpende eerstelijnszorg moet worden doorlopen voordat een indicatie voor IMSR kan worden gesteld.

- De voorgestelde werkwijze levert een onnodige schending op van de privacy van patiënten. Er wordt een informatiestroom op gang gebracht die in feite volstrekt onnodig en daarmee ondoelmatig en disproportioneel is.
- In de door u gehanteerde operationalisering van stepped care neemt de administratieve belasting voor onze revalidatieartsen buiten alle proporties toe. Juist vanwege de huidige personeelstekorten en toegenomen werkdruk kunnen wij dit niet toestaan. In uw standpunt wordt vooral vanuit 'controle' geredeneerd en niet vanuit 'vertrouwen' in de mensen die de zorg leveren. Daarmee gaat het in tegen belangrijke principes als 'ontregel de zorg' en 'vertrouwen in de professional'. De kracht van passende zorg ligt in de mensen die in het systeem vrijheid van handelen hebben om deze passende zorg, binnen kaders (en geen keurslijf) te realiseren.
- Wij vrezen dat de beschreven werkwijze de huisartsen en andere verwijzers onevenredig veel tijd kosten. Op basis van onze gesprekken met huisartsen- en patiëntenverenigingen, vinden wij het niet realistisch deze verantwoordelijkheid volledig bij huisarts en patiënt te leggen. Met het tekort aan huisartsen en beperkt absorptievermogen van de eerste lijn, is het evenmin de verwachting dat deze zorg op korte termijn georganiseerd kan worden. Het is daarom zeer de vraag is of de veelal kwetsbare patiënten die wij behandelen aanspraak kunnen maken op de noodzakelijke zorg in de eerste lijn. En zelfs wanneer zij recht hebben op behandeling in de eerste lijn, vrezen wij dat de noodzakelijke behandeling en capaciteit in de eerste lijn niet aanwezig is. De eerstelijns (multidisciplinaire) zorg is niet overal goed ingericht en verzekeraars zijn er tot op heden niet in geslaagd hier met een eenduidige aanpak verandering in te brengen. Wij vrezen ten slotte dat het door u voorgestelde stepped care model met bovengenoemde verantwoordelijkheid bij patiënt en huisarts ertoe zal leiden dat de wachttijden toenemen, treeknormen worden overschreden en de netto-zorgkosten vanwege de bureaucratie zullen stijgen. De doelmatigheid van de revalidatiezorg zal afnemen.

Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:

- het door u gepresenteerde stepped care-model is normatief en sluit niet aan bij de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Voor grote groepen patiënten is de medisch-specialistische revalidatie op dat moment de enige en juiste zorg op de juiste plaats. Tevens wordt daarmee een forse drempel voor de toegankelijkheid van de medisch-specialistische revalidatie opgeworpen. Met als gevolg toename van de toch al hoge administratieve lasten.
- Met de benaderingen van aantoonbare en geregistreerde 'stepped care' en van een vorm van machtigingen bij de pijnrevalidatie stapt ZiN bewust in de valluik van verdere regulering en 'controle'. De uitwerking van stepped care is onnodig, onduidelijk en veel te gedetailleerd. Het laat zich lezen als een uitgebreide werkinstructie en checklist voor de medisch specialisten. Dit leidt tot schijnnaauwkeurig die geheel niet aansluit bij de praktijk van de zorg. Het is een tegenovergestelde beweging van de beleidslijnen van vermindering van de administratieve last en "ontregeling" van de zorg. Daarbij is het nimmer aangetoond dat deze gedetailleerde regeling met volop onnodige bureaucratie leidt tot kwalitatief betere zorg. Door deze toenemende regel- en verantwoordingsdruk nemen de kosten toe, raken professionals gefrustreerd en gedemotiveerd en worden patiënten vaker ontevreden.
- De onverkorte toepassing van stepped care-model van ZiN en de toestemmingsvereiste bij de pijnrevalidatie zijn geen beleidsinstrumenten om hierop te sturen. De gekozen benadering van ZiN leidt tot meer controle en minder vertrouwen. Daarbij zijn er volop andere en eenvoudiger controlemechanismen (bijvoorbeeld horizontaal toezicht en materiële controles) om de medisch-specialistische revalidatie aan te laten voldoen en te toetsen aan de wet- en regelgeving.

ZiN wordt uitdrukkelijk gevraagd om de doelstelling en aantoonbare meerwaarde van deze aanvullende regelingen rondom 'stepped care' en 'toestemmingsvereiste' bij de pijnrevalidatie uit de standpunten te halen danwel genuanceerd uit te werken en te onderbouwen.

- De revalidatiecentra hebben 'passende zorg' in de vorm van 'de juiste zorg op de juiste plaats' omarmd en wil hier de komende jaren sterk op inzetten. Echter, het standpunt medisch-specialistische revalidatie is bijna volledig geënt op het paradigma dat behandelingen in de eerstelijns effectiever en efficiënter zijn. Voor dit paradigma wordt geen enkele onderbouwing gegeven. ZiN wordt gevraagd om deze onderbouwing aan te leveren. Vanzelfsprekend staat de revalidatiecentra geheel achter het principe van de juiste zorg op de juiste plaats. Echter, ondanks de vele goede voorbeelden zien we dat de eerstelijns praktijken met enige regelmaat verkeerd, of over- of onder-behandelen. Na langdurige trajecten binnen de eerstelijns revalidatie ontvangt de patiënt van de huisarts uiteindelijk de verwijzing naar de medisch-specialistische revalidatie. Binnen het revalidatiecentrum dient er hersteld te worden met meer, intensievere en/of langdurige revalidatie. Ook zien we dat de beperkte vergoeding van de eerstelijns een drempel vormt voor de patiënt waardoor de eerstelijns behandeling niet eens plaatsvindt.
- Door de patiënt geen passende toegang tot de medisch-specialistische revalidatie te bieden, is de patiënt de dupe met minder snel herstel of participatie in de maatschappij of verbetering van kwaliteit van leven. Bovendien nemen de kosten van duurdere stepped care revalidatie in de eerstelijns, in combinatie met daarop volgende intensiever medisch-specialistische revalidatie, alleen maar toe. Kortom, de standpuntbepaling van ZiN brengt het risico met zich mee van verminderde kwaliteit van zorg en hogere kosten in plaats van vermindering van de zorgkosten.
- De revalidatiecentra ervaren al jaren forse tekorten in de capaciteit van de eerstelijnspraktijken. Eerstelijns-praktijken voor maatschappelijk werk, logopedie en psychologie zijn er nauwelijks. Mede door de hoge werkdruk, de hoge administratieve lasten en de lage vergoedingen zijn er weinig schoolverlaters geïnteresseerd in het oprichten van een eigen eerstelijnspraktijk. Met het oog op de huidige arbeidsmarktproblematiek neemt dit probleem alleen maar toe. De standpuntbepaling van ZiN is niet getoetst op enige realiteitszin en de werkelijkheid. Daarbij richten de meeste eerstelijnspraktijken zich op een specifieke doelgroep en op de meer geprotocolleerde revalidatie. Daardoor is er niet voor de gehele medisch-specialistische revalidatie een alternatief in de vorm van stepped care beschikbaar en/of bereikbaar. Daarbij vinden veel eerstelijnspraktijken zich niet deskundig voor de complexe revalidatie en verwijzen ze deze doelgroep door naar het revalidatiecentrum voor medisch-specialistische revalidatie.

Revalidatie Friesland

- Onze hypothese is omgekeerd: het verdienmodel van de eerste lijn is gebaseerd op omzetgroei. Binnen Friesland hebben we dit ook kunnen aantonen met de overheveling van de hand-polsrevalidatie naar de eerste lijn, waarbij de beoogde kostendaling niet werd gerealiseerd. Door het huidige verdienmodel zal de eerste lijn nauwelijks doelmatiger kunnen zijn, hoe laag je de tarieven ook maakt. Door het inkoopbeleid van zorgverzekeraars is een fuik gecreëerd, die leidt tot 'ondernemers' in de eerste lijn, die bij dalende tarieven van zorgverzekeraars (als ultieme poging om de kosten te beheersen) steeds harder aan hun omzetgroei moeten denken om nog een rendement te kunnen maken. Het systeem is inmiddels doodziek en wordt zo niet beter.
- Vanzelfsprekend staat Revalidatie Friesland achter het principe van de juiste zorg op de juiste plaats. Echter, bij het toepassen van stepped care als een dogma, nemen de kosten in zijn geheel toe. Immers, voordat men toegang krijgt tot de MSR moet de investering in de eerste lijn niet het gewenste resultaat opleveren. De praktijk leert dat dit niet geslaagde traject een intensivering van de MSR behandeling oplevert en daarmee kostenverhogend op beide vlakken. De standpuntbepaling van ZIN laat zich lezen als een dogma. Stepped care is geen panacee, maar een middel dat genuanceerd door de arts wordt gebruikt.

- De opmerking in het rapport (Bijlage C, blz. 44) dat beargumenteerd kan worden afgeweken van stepped care, zal naar onze overtuiging niet leiden tot de beoogde duidelijkheid in de praktische toepassing. Zorgverzekeraars zullen dit anders willen of kunnen interpreteren, wat zal leiden tot discussies en conflicten. Zeker omdat men uitgebreide bewijsvoering zal gaan vragen met alle extra administratie die hier mee samengaat. Het 'stappenmodel' in Bijlage C zal namelijk naar verwachting letterlijk worden genomen en daarmee in feite de blauwdruk zijn van het benodigde dossier dat vooraf moet worden aangelegd. Het zou erg helpend zijn als ZIN in de tekst nog meer benadrukt dat stepped care geen dogma is en dat het stappenmodel uitdrukkelijk geen blauwdruk of format is, maar kan worden beschouwd als een globale toelichting of richtlijn.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):

- In MSR is stepped care in veel gevallen geen goede werkwijze. Voor een grote groep patiënten is stepped care niet in het belang van de patiënt en niet uitvoerbaar (bijv. bij patiënten met een ernstig CVA, dwarslaesie, amputatie, CP kinderen, etc.). Indien stepped-care rigide wordt toegepast, hindert dat de doorstroom vanuit het ziekenhuis. Als stepped care niet mogelijk is en de patiënt niet naar een revalidatieinstelling kan, groeit de verkeerde bed-problematiek. Verzoek: in overleg gaan met partijen om te bespreken bij welke indicatie stepped care wel en niet mogelijk/wenselijk is. Daarbij is het belangrijk dat de revalidatiearts voldoende professionele ruimte heeft om in samenspraak met de patiënt de juiste behandeling te kunnen geven.

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie:

- Risico op ondoelmatige zorg door stepped care principe: doordat alle patiënten, ongeacht achtergrond, alle fases moeten doorlopen, heeft stepped care wellicht ondoelmatigheid als gevolg. NVA is voorstander van 'matched care', zorgzwaarte dient op patiënt en diens zorgvraag afgestemd te worden. NVA is voorstander van zorgnetwerken rondom preventie, diagnostiek en behandeling en ontschotting van zorg. Een combinatie van matched en stepped care kan een basis hiervoor vormen. De professionele inschatting van een poortspecialist of casemanager binnen een multidisciplinair team een positieve invloed op een doelmatige behandelkeuze: hij/zij kan de patiënt direct de meest passende, aangewezen zorg aanbieden. Zo ontvangt de patiënt efficiënt en doelmatig de best aangewezen zorg. Voor de verwijzende anesthesioloog-pijnspecialist is het onduidelijk wat de administratieve belasting zal zijn om een patiënt te verwijzen voor MSR. Er moet voor gewaakt worden dat administratieve lasten een drempel opwerpen op patiënten te verwijzen naar de juiste zorg.

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH):

- Risico op extra administratieve lasten voor chirurgen in geval van verwijzing van een patiënt (waarvoor een complicatie of co-morbiditeit moet worden aangetoond) voor oncologische revalidatie.

Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN):

- Forse administratieve last voor de revalidatiearts. Toename van administratieve last is niet wenselijk in tijden van schaarste van dokters en middelen. Wijzen u op het thema 'ontgrendel de zorg' en adviseren het beleid zo eenvoudig/eenduidig en daarmee 'lean' mogelijk te houden. Vraag de dokters niet om vinkjes te zetten, extra brieven te schrijven voor (schijn-) veiligheid en/of volledigheid.

Nederlandse Vereniging voor Reumatologie:

- Er wordt uitgegaan van een stepped care proces terwijl er, met uitzondering van heup- of knieartrose, nauwelijks reumatische aandoeningen zijn waarvoor een omschreven, gestandaardiseerde stepped care aanpak is vastgesteld.

Patiëntenfederatie Nederland:

- Op p.27 wordt gesteld dat bij onvolledige informatie over de voorgaande periode de revalidatiearts de verdere invulling van het traject niet kan beoordelen en dat uitstel van de beoordeling nodig is tot dat er voldoende informatie is. Op p37 wordt duidelijk dat die informatie van de patiënt en de behandelaar moet komen. Dit is onwenselijk en mogelijk niet altijd werkbaar. Er is een gevaar van overmatige bureaucratisering.

- Om het mogelijk te kunnen maken moet in elk geval worden voldaan aan een aantal randvoorwaarden: er moet goede dossiervoering plaatsvinden, de patiënt moet hier inzage in hebben en de gegevensuitwisseling tussen verschillende zorgaanbieders dient op orde te zijn. Zonder dat hieraan is voldaan kan deze verplichting op geen enkele manier bij de patiënt worden neergelegd. Bovendien moet er, net als bij een richtlijn, gemotiveerd afwijken mogelijk zijn. Ofwel, dat een stap gemotiveerd kan worden overgeslagen, zonder daarbij een hele informatieverplichting op de patiënt en eventuele voorgaande zorgverlener (huisarts) te laten rusten. De overige onderdelen van de integrale beoordeling bieden voldoende waarborging om dit op een passende wijze te kunnen vormgeven.

Reactie Zorginstituut:

- Het is duidelijk dat het voorstel tot operationalisering van het stepped care-model veel reacties oproept. Dat wekt verbazing aangezien de werkwijze die in bijlage C is beschreven zorgvuldig is ontwikkeld in een werkgroep, waarin alle partijen vertegenwoordigd waren, behalve de huisartsen die alleen via schriftelijke communicatie wilden deelnemen. Wij hebben aan de werkgroepleden gevraagd om het resultaat van de werkgroep voor te leggen aan hun achterban en kregen ter vergadering terug dat alle partijen dit hebben geaccordeerd. Ook de NHG heeft schriftelijk verklaard akkoord te zijn. Het resultaat is ook in de klankbordgroep besproken en ook daar geaccordeerd.
- Bij de indicatiestelling voor MSR-behandelingen is in beginsel het stepped care-principe uitgangspunt. Volgens dit principe adviseert of biedt de revalidatiearts patiënten de meest doelmatige behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Patiënten ontvangen daardoor de best passende zorg waarbij zij niet intensiever worden behandeld dan strikt noodzakelijk. Als er geen sprake is van een indicatie voor behandeling binnen de MSR, dan verwijst de revalidatiearts – zo mogelijk met een behandeladvies – terug naar de eerste lijn, of verwijst hij door naar een andere passende interventie buiten de MSR. Dit is onafhankelijk van eventuele voorgaande behandelingen die hebben plaatsgevonden en het resultaat daarvan.
- Het uitgangspunt van stepped care betekent, dat de revalidatiearts in het kader van de indicatiestelling voor een MSR-behandeling beoordeelt, wat de eenvoudigste interventie is die past bij de aandoening of de klachten, en vervolgens of er in dat licht voorafgaand aan een (eventueel) MSR-behandelprogramma voldoende invulling is gegeven aan het stepped care-traject. Dat is dus altijd retrospectief. Wanneer er nog één of meer eenvoudiger eerstelijns behandelingen onbenut zijn gebleven, verwijst de revalidatiearts eerst conform het stepped care-model naar de eerstelijns behandelingen, die passen bij de stoornissen en beperkingen van de patiënt, en die afzonderlijk of in combinatie kunnen worden ingezet, of verwijst hij terug naar de huisarts.
- De werkgroep heeft geformuleerd welke informatie minimaal nodig is voor een revalidatiearts om – in het kader van de indicatiestelling voor IMSR bij een individuele patiënt – te kunnen beoordelen of het voorafgaande stepped care-traject voldoende is ingevuld bij een patiënt die mogelijk in aanmerking komt voor IMSR. De werkgroep heeft daarbij vastgesteld over welke onderdelen van het stepped care-traject informatie beschikbaar moet zijn tijdens de beoordeling van de indicatiestelling door de revalidatiearts. Ook heeft zij vastgesteld waaruit die informatie moet bestaan voordat sprake kan zijn van voldoende inzicht in (de verschillende onderdelen van) het voorgaande stepped care-traject.
- Het begrip matched care is bewust niet meegenomen, omdat het nergens is gedefinieerd en heel verschillend wordt uitgelegd.
- We hebben in het standpunt bevestigd dat VRA en ZN afspraken hebben gemaakt over een lijst van revalidatiediagnosen, waarbij meestal een duidelijke indicatie voor MSR bestaat. Een groot deel van de patiënten is direct bij of enige tijd na het ontstaan van die aandoening aangewezen op IMSR. De lijst wordt gepubliceerd op de website van de VRA.

Bij de aandoeningen op deze lijst staat een indicatie voor IMSR vrijwel nooit ter discussie en blijkt de complexiteit van de medische situatie van de patiënt tijdens de IMSR, omdat in het patiëntendossier sprake zal zijn van ernstige en meervoudige samenhangende stoornissen in fysieke, mentale of cognitieve functies. Niet altijd hoeven patiënten met één (of meer) van deze aandoeningen aangewezen te zijn op IMSR, immers sommige patiënten hebben een beperkt aantal relatief milde stoornissen, waarbij minder intensieve eerstelijns behandelingen nog tot de mogelijkheden behoren. Maar voor het deel van de patiënten met één (of meer) aandoeningen op genoemde lijst, dat direct is aangewezen op IMSR, vervalt het uitgangspunt van stepped care. Dit hebben we in dit standpunt duidelijk aangegeven. Bij hen bestaat de beoordeling van het stepped care-traject voorafgaand aan IMSR uit de constatering, dat gezien de aard en ernst van de aandoening een stepped care-traject niet aan de orde is.

- De lijst omvat een groot aantal aandoeningen en betreft daarmee een substantieel aantal patiënten. In opdracht van de VRA heeft het bureau Commitcare berekend dat het om ongeveer een derde van de nieuwe patiënten gaat bij wie een beoordeling op indicatiestelling voor IMSR moet plaatsvinden. Dit vermindert de tijd voor beoordeling van de indicatiestelling en rapportage daarover aanzienlijk.
- Het gebrek aan navolgbare onderbouwing van de complexiteit van de gezondheidssituatie van individuele patiënten heeft ten grondslag gelegen aan veel discussies, geschillen en rechtszaken over indicatiestelling. Met een beoordeling of een aan IMSR voorafgaand stepped care-traject in voldoende mate is ingevuld geeft de revalidatiearts invulling aan het uitgangspunt van stepped care. Wanneer in voldoende mate toegepaste behandelingen in stap 2 en 3 van het stepped care-model onvoldoende resultaat hebben gehad, is dit een duidelijke indicator voor de complexe gezondheidssituatie van de patiënt. Wanneer in stap 2 en 3 in onvoldoende mate behandelingen hebben plaatsgevonden, is er sprake van ondoelmatig handelen als IMSR direct wordt ingezet. Daarom is het van groot belang dat de revalidatiearts goede informatie ter beschikking krijgt om tot een transparante en navolgbare beoordeling van het voorgaande stepped care-traject te komen. Daarvoor heeft de werkgroep de werkwijze ontwikkeld die is beschreven in bijlage C. Vervolgens is de beoordeling van het stepped care-traject als indicatiecriterium is opgenomen in de voorgestelde handleiding in hoofdstuk 6. De revalidatiearts kan ook ervoor kiezen om een andere werkwijze te hanteren om het voorafgaande stepped care-traject te beoordelen, maar loopt dan meer risico dat deze beoordeling minder goed navolgbaar is.
- Er lopen op dit moment veel projecten die gericht zijn op het versterken van de eerstelijns zorg. Dat is belangrijk, want het is bekend dat het mono- of multidisciplinaire zorgaanbod in de eerste lijn op veel plaatsen verbetering behoeft. Dit heeft als zodanig echter geen invloed op de beoordeling van de gezondheidssituatie van de patiënt in het kader van de indicatiestelling voor IMSR.
- Het is van groot belang dat de revalidatiearts over adequate informatie beschikt uit het voorafgaande stepped care-traject. De werkgroep die de werkwijze heeft ontwikkeld (bijlage C) stelt daarin dat zonder die informatie een goede beoordeling of een aan IMSR voorafgaand stepped care-traject in voldoende mate is ingevuld niet mogelijk is. Het is niet de bedoeling dat de revalidatiearts deze informatie zelf gaat verzamelen, maar gebruik maakt van de informatie die door de patiënt en de verwijzer wordt aangeleverd. In de werkwijze is opgenomen, dat de patiënt en verwijzer gezamenlijk de verslaggeving door de verschillende betrokken behandelaren bij elkaar brengen ('stepped care dossier'). Als de verslaggeving ontbreekt, wordt de betreffende zorgverlener hierop aangesproken. In het kader van samen beslissen spreken patiënt en verwijzer onderling af wie welke taak vervult bij het verzamelen van bestaande informatie en het verkrijgen van ontbrekende informatie. De verwijzer ontziet de patiënt hierin, als de patiënt naar oordeel van de verwijzer niet in staat is hierin een rol te vervullen vanwege beperkte gezondheidsvaardigheden en/of laaggeletterdheid.

- De werkgroep heeft in de werkwijzer beschreven dat elke zorgverlener bij afsluiting van de behandeling moet voorzien in verslaglegging aan de huisarts en eventueel andere verwijzers. Dit sluit aan bij de NHG/KNGF-richtlijn 'Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' uit 2012. Dit wordt ook van toepassing geacht op andere zorgverleners in de eerste lijn.
- De haalbaarheid van het verzamelen de relevante rapportages van de verschillende zorgverleners in een 'stepped care dossier' is uitgebreid besproken in de werkgroep en de klankbordgroep. Normaal gesproken maakt de zorgverlener bij stopzetten of afronden van de behandeling een rapportage die vrijwel altijd naar de huisarts wordt verstuurd, maar ook in het praktijkdossier wordt bewaard. Ook de huisarts kan de rapportage opslaan in het patiëntdossier. In de praktijk gaat dit proces vaak niet goed en is verbetering noodzakelijk. Hier zal wel enige tijd mee gemoeid zijn, voordat overal het (eigenlijk normale) proces van verslaglegging is verbeterd. Door als norm te stellen dat adequate informatie beschikbaar moet zijn, ontstaat ook een stimulans om dit proces te verbeteren. Daardoor vermindert het risico op niet-passende zorg, die veroorzaakt wordt door gebrekkige of ontbrekende informatie. In de kwaliteitsstandaard kunnen de tripartite partijen hierop nader ingaan.
- Wanneer de tripartiet partijen de kwaliteitsstandaard hebben ontwikkeld en aangeboden aan het Register, is het in uitzonderingsgevallen gemotiveerd afwijken nog steeds mogelijk. Echter, het ontbreken van verslaglegging over de onderdelen van het voorafgaande stepped care-traject zien wij hiervoor niet als geldige argumentatie.

Onderdeel d: koppeling van behandelgoal(en) iMSR aan ICF-gelinkte items

Zorgverzekeraars Nederland: Opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV ZN:

- Paragraaf 4.4, pagina 27: hier staat dat de revalidatiearts een inschatting van de behandelduur maakt. In de praktijk horen we vaak dat deze gedurende de behandeling wordt bijgesteld, vooral door te hoge initiële verwachtingen van de patiënt. Graag ook opnemen hoe wordt omgegaan met tussentijdse bijstellingen van deze inschatting, en dat deze inschatting(en) altijd zichtbaar zijn in het dossier.

Ergotherapie Nederland:

- In stap 4 stelt de revalidatiearts samen met de patiënt behandelgoals op per probleem dat is beschreven in stap 1 en 2,... Hierbij zijn dikwijls andere disciplines betrokken, nadat er assessments hebben plaatsgevonden door de leden van het behandelteam. Toevoegen: In stap 4 stelt de revalidatiearts samen met de patiënt en met de leden van het behandelteam behandelgoals op per probleem dat is beschreven in stap 1 en 2,...

Reactie Zorginstituut:

- In dit standpunt geven we aan dat het vaststellen van de behandelgoals en – componenten, waarmee een interventieprogramma kan worden samengesteld om de problematiek van de patiënt aan te pakken, tot de beoordeling van de indicatiestelling behoort, evenals een inschatting van de behandelduur. Voor onderbouwing van die inschatting zal de revalidatiearts kunnen teruggrijpen op richtlijnen van de beroepsgroep of specifieke wetenschappelijke literatuur. Wanneer lopende het behandeltraject de (inschatting van de) behandelduur wijzigt, dan is te verwachten dat de argumentatie daarvoor is terug te vinden in het patiëntdossier.
- De suggestie om mee te nemen dat het behandelteam ook een rol speelt bij het opstellen van de behandelgoal is overgenomen.

Opmerkingen over exclusiecriteria voor IMSR

Verenso:

- Onder de exclusiecriteria wordt verwijzing naar de GRZ genoemd wanneer een patiënt geïndiceerd wordt met fysieke, mentale of sociale kwetsbaarheid, of aanwezige co-morbiditeit. In de GRZ draait het niet om een afvinklijst van aandoeningen, maar zijn de belastbaarheid, leerbaarheid en/of trainbaarheid van de patiënt leidend of een patiënt beter in de GRZ of MSR behandeld kan worden.

De aanwezigheid van co-morbiditeit kan een signaal zijn dat een patiënt minder belastbaar is, maar hoeft niet altijd te leiden tot opname en/of behandeling in de GRZ. Een alternatief tekstvoorstel: 'Verminderde belastbaarheid, leerbaarheid en/of trainbaarheid, gerelateerd aan fysieke, mentale of sociale kwetsbaarheid, of aanwezige complexe comorbiditeit, zijn indicatief voor verwijzing naar Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ).'

Patiëntenfederatie Nederland:

- Op p. 28 wordt co-morbiditeit genoemd als exclusie criterium in relatie tot GRZ en GGZ. De formulering laat ruimte open dat dit om meer dan alleen GRZ of GGZ-gerelateerde co-morbiditeit gaat. We zien dat graag duidelijk geformuleerd en vinden dat co-morbiditeit niet over de volle breedte als exclusie criterium moet worden benoemd.

De situatie kan na de initiële beoordeling wijzingen. Er zijn veel mensen met een chronische aandoening die bij de revalidatiearts komen. De revalidatiearts is dan in wezen hun hoofdbehandelaar. Dat heeft ten doel om de aandoeningen onder controle te houden en bij achteruitgang te kunnen adviseren of door te verwijzen. Dat betekent dat ook na de initiële beoordeling, bijstelling van de indicatiestelling nodig kan zijn. Wij zien dit nu onvoldoende terug in de beschrijving van het proces van de beoordeling

Reactie Zorginstituut:

- Omdat de exclusiecriteria onderdeel uitmaken van de omschrijving van de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden zijn de exclusiecriteria verplaatst naar paragraaf 2.7. De suggesties van Verenso en Patiëntenfederatie voor de formulering zijn verwerkt.

5. Afbakening IMSR tegenover eerstelijnszorg of geriatrische revalidatiezorg (GRZ), hart- of longrevalidatie en revalidatie bij patiënten met diabetes of met oncologische problematiek

Kenniscentra complexe chronische longaandoeningen (KCCL):

- Complimenten voor het document. KCCL beschouwt het standpunt als een duidelijke positionering van MSR t.o.v. andere revalidatie. Zijn het eens met longrevalidatie is geen MSR, de revalidatiearts is geen passende behandelaar voor patiënten met een revalidatie indicatie o.b.v. longlijden, dat is de longarts, het kan zo zijn dat patiënten met longlijden met en neurologische, orthopedische of andere diagnose een behandeling in een MSR-setting nodig hebben. De longarts kan een rol hebben als consulent of medebehandelaar.

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT):

- Spreekt NVALT aan dat er gekozen is voor een integrale benadering van de patiënt met een duidelijke fasering in het behandeltraject. Deze aanpak is al langer de basis voor de behandelingen in de Kenniscentra voor complex chronische longaandoeningen en enkele algemene revalidatiecentra die in Nederland longrevalidatie bieden. De eerste alinea geeft compact en correct de essentie weer van longrevalidatie. De complexe orgaan-aandoening maakt dat een longarts of kinderarts hoofdbehandelaar is. De longarts heeft unieke en specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van de 'treatable traits' (Agusti et al, ERJ 2016;47:410), zoals deconditionering, luchtwegontsteking, bronchiectasieën, gaswisselingsstoornissen, medicatie en factoren als angst/depressie en therapietrouw, die aangrijpingspunt zijn bij longrevalidatie. Dat vergt specifieke kennis.

Als voorbeeld: bij een fysiek onderdeel als inspanningstraining moet bij longpatiënten gedacht worden aan de rol van hypoxemie en zuurstofsuppletie en de wijze van training bij ventilatoire beperking. Dat maakt de longarts (of kinderarts) tot hoofdbehandelaar, zoals terecht in alinea 5.3.2. beschreven en niet een revalidatiearts. Als er sprake is van multimorbiditeit, kan in overleg tussen longarts en revalidatiearts gekozen worden voor een ander hoofdbehandelaarschap.

- Oneens met het standpunt dat multidisciplinaire longrevalidatie die plaatsvindt in een revalidatiecentrum onder de verantwoordelijkheid van een longarts geen MSR zou zijn.
- Het behandelproces in de longrevalidatie is vergelijkbaar met die in de Revalidatiegeneeskunde. Daarnaast wordt er op een vergelijkbare manier gebruikgemaakt van een multi- of interdisciplinaire werkwijze en volgens de uitgangspunten van de ICF. Dat betekent dat longrevalidatie ook een vorm van 'medisch specialistische revalidatie' is, met een ter zake kundig medisch specialist als hoofdbehandelaar, de longarts. Voorstel: begrip MSR los te koppelen van de revalidatiearts als hoofdbehandelaar.

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC):

- Wij begrijpen dat wij als orgaanrevalidatie een speciaal hoofdstuk zijn binnen de Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) gezien de bijzondere positie van de cardiologen. Hoewel dit ZIN standpunt specifiek de zorg die revalidatieartsen leveren betreft, vinden wij het in het kader van de afbakening belangrijk om nu juist ook de positie van deze orgaanspecialisten in de MSR helder te definiëren, aangezien dit ook zorg betreft die voldoet aan de facetten die u als iMSR duidt. De standaard cardiologische patiënt die revalideert bestaat niet: onze populatie is zeer divers en onze hartrevalidatie is bij voorkeur "tailor-made". Een deel van onze patiëntenpopulatie heeft genoeg aan een vorm van cardiologische hartrevalidatie, bestaande uit een groepsbehandeling waaronder een informatieprogramma, beweegprogramma, ontspanningsprogramma en leefstijlprogramma. Maar een ander deel heeft meer dan dat omdat hun cardiologische pathologie complex is (denk aan status na harttransplantatie, ICD implantatie, LVAD implantatie, chronisch hartfalen of congenitale hartproblematiek) en/of i.v.m. psychische of sociale problematiek. Daarnaast hebben cardiale patiënten multipele (gemiddeld 4) co-morbiditeiten die gevolgen hebben op het totale functioneren van de patiënt en een behandeling vereist van meerdere disciplines. Deze revalidatie wordt door ons benoemd als "complexe hartrevalidatie". Hiervoor is in 2011 een multidisciplinair richtlijn opgesteld.
- Afhankelijk van o.a. de ernst van deze problematiek dienen complexe hartpatiënten met bijvoorbeeld een angst- of depressieve stoornis, conform de richtlijn, een individueel behandelprogramma te ondergaan. Eerdere onderzoeken tonen daarbij aan dat een behandeling van depressieve symptomen binnen de hartrevalidatie die zijn gebaseerd op 'stepped care', succesvol is voor zowel verbetering van depressieve klachten als cardiale prognose. Op sociaal gebied indiceert de richtlijn zo nodig individuele begeleiding bij werkhervatting. Een onderwerp wat binnen dit rapport ook onder de MSR valt en conform dit document (pagina 32, hoofdstuk 6) wordt uitgevoerd. Dergelijk behandelprogramma's vallen buiten de financiële reikwijdte van de cardiologische hartrevalidatie en wordt sinds 2011 in de praktijk deels onder MSR ondergebracht of toch binnen de cardiologische DBC ondanks financieel ontoereikendheid.
- In de jaren hiervoor hebben wij als Werkgroep Preventie en Hartrevalidatie van de NVVC een richtlijn-document opgesteld voor onze beroepsgroep ten behoeve van de kadering van onze patiënten die complexe hartrevalidatie behoeven. Een aantal jaren geleden hebben we dit document ook met de VRA doorgenomen en consensus daarover bereikt. De VRA wilde wachten op uw duidingsrapport voordat we het landelijk zouden uitrollen.
- Op pagina 29 staat het volgende beschreven betreffende MSR voor hartrevalidatie: 'Een patiënt kan ook in aanmerking komen voor hartrevalidatie die wordt uitgevoerd als IMSR-behandeling, onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.' Dit is in tegenspraak met de richtlijn multidisciplinaire hartrevalidatie, waarin staat dat hartrevalidatie onder supervisie dient te worden uitgevoerd van een cardioloog.

Daarnaast wordt in het rapport de MSR voor hartrevalidatie indicatie beperkt tot patiënten waarbij 'sprake is van een complicatie of comorbiditeit die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen'. Hierdoor wordt patiënten die conform de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie en de praktijkrichtlijn hartrevalidatie als complex worden geïdentificeerd en intensieve individuele revalidatie dienen te ontvangen, adequate interdisciplinaire behandeling die binnen het MSR domein valt ontnomen. De werkwijze binnen de complexe hartrevalidatie is in overeenstemming met de uitvoering van IMSR zoals beschreven op pagina 9: IMSR betreft de behandeling van patiënten door een revalidatiearts met één of meer behandelaren van het multidisciplinair samengestelde revalidatieteam. De behandeling is intensief, doel- en resultaatgericht, kent een breed palet aan specialistische interventies en kenmerkt zich door geïnstitutionaliseerde interdisciplinaire samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.

- De indicatiestelling en behandeling voor het te volgen hartrevalidatieprogramma wordt uitgevoerd door een multidisciplinair samengesteld revalidatieteam dat werkt conform de Beslisboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie. Dit document beschrijft, op basis van wetenschappelijke onderbouwing, het screeningsproces, de manier hoe de revalidatie- en risicomanagementdoelen worden vastgesteld, en welke interventies dienen te worden ingezet. Deze methodiek komt overeen met de beschreven IMSR behandeling, met de aanpassing dat de cardioloog de eindverantwoordelijkheid heeft. Hierbij is op te merken dat ook de doelen van de complexe hartrevalidatie patiënten met psychische of sociale problematiek overeenkomen met de beschreven doelen binnen de MSR, te weten 'het optimaal laten functioneren van patiënten in de maatschappij en het verbeteren van de kwaliteit van leven' (Pagina 12: Wat is Medisch Specialistische Revalidatie (MSR)).
- Op pagina 10 wordt beschreven dat onderzoek naar de effectiviteit van zorg slechts beperkt is verricht en alleen voor patiënten met chronische pijn en oncologische problematiek. Op het gebied van hartrevalidatie, die wordt uitgevoerd conform de huidige richtlijn, hebben studies laten zien dat het volgen van een hartrevalidatie programma o.a. zorgt voor uitzonderlijk grote verbetering van de prognose. Zo toont een zeer grote studie verricht in Nederland in 2020, waarin ruim 83.000 patiënten zijn geïncludeerd, aan dat het volgen van de hartrevalidatieprogramma voor patiënten met uiteenlopende cardiale pathologie, zorgt voor een 32%(!) lager mortaliteitsrisico. Tevens hebben studies bij hartfalen patiënten aangetoond dat er sprake is van complexe multiproblematiek op vele gebieden. Hiervoor is een multidisciplinaire benadering gewenst. Op basis van dergelijk onderzoek heeft hartrevalidatie in de Nederlandse (en ook de Europese en Amerikaanse) richtlijn een 1A indicatie gekregen. Dergelijke onderzoeken en richtlijnen onderbouwen de noodzaak tot een revalidatieprogramma conform de huidige richtlijn, waarbij zowel de mogelijkheid tot cardiologische revalidatie als MSR aanwezig is. Dit is in tegenspraak met uw standpunt waarbij u stelt dat "patiënten, die geen diagnose hebben die onder deze omschrijving van één van deze indicatiegroepen valt, naar inhoud en omvang niet redelijkerwijs zijn aangewezen op MSR. Bij hen is MSR dus geen te verzekeren prestatie."
- Wij herhalen bij deze graag wat de revalidatieartsen ook al onder uw aandacht hebben gebracht: Wanneer patiënten op basis van uw herziene standpunt geen aanspraak meer kunnen maken op verzekerde IMSR, wil dat niet zeggen dat daarmee ook de zorgvraag van de patiënt is verdwenen. Het betekent evenmin, zoals u op pagina 14 stelt, dat specialisten als cardiologen en oncologen dan wel eerstelijns therapeuten en huisartsen automatisch in deze zorgvraag kunnen of willen voorzien. Juist omdat het hier gaat om patiënten met een langdurige, chronische problematiek met grote effecten op participatie en kwaliteit van leven, dient de zorg en behandeling van reële zorgvragen ook in een nieuwe situatie toegankelijk en gegarandeerd te blijven. Samenvattend bestaat er de noodzaak om hartrevalidatie zowel binnen de cardiologische revalidatie als de MSR te kunnen aanbieden. Hartrevalidatie voldoet aan alle punten van het in het rapport geschetste wettelijke kader, afgezien van dat de eindverantwoordelijkheid bij de cardioloog ligt. Daarbij is de huidige werkwijze nagenoeg identiek aan de beschrijving van IMSR en streeft hartrevalidatie grotendeels dezelfde doelen na zoals beschreven staat voor MSR.

- De voorgestelde wijzigingen zorgen ervoor dat een grote groep patiënten niet meer volgens de huidige richtlijnen kunnen worden behandeld, wat als consequentie mogelijk een stijging van mortaliteit tot gevolg heeft. Dit is voor ons onacceptabel en past ook niet in de huidige tijd waarin preventie een landelijk, zo niet wereldwijd, speerpunt is. Wij stellen daarom voor om hartrevalidatie op basis van de gestelde criteria van een complexe hartpatiënt volgens de NVVC praktijkrichtlijn hartrevalidatie binnen de MSR te laten vallen. Wij staan ervoor open om in samenspraak met de VRA de definitie van complexe hartrevalidatie waarvoor MSR is geïndiceerd nader te specificeren. Uiteraard zullen we te allen tijde streven naar een goede samenwerking met de revalidatie artsen in deze. Wij zijn het met name oneens met de uitgangrede: 'hartrevalidatie is beperkt tot die patiënten waarbij 'er sprake is van een complicatie of comorbiditeit die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen'. Deze redenering kent geen wetenschappelijke onderbouwing. Bijgevolg en in lijn met uw eigen operationalisatie van de Stand van Wetenschap en Praktijk is de multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie leidend.

Verenso:

- GRZ verschilt in methode niet van MSR, bij beiden gaat het om interdisciplinaire behandeling. Verzoek is om een zin aan de tekst toe te voegen waarin de samenwerking tussen revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde naar voren komt: Voor patiënten waar de keuze GRZ/MSR niet direct duidelijk is wordt een keuze gemaakt door middel van dialoog door revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde en afgestemd met de patiënt.

Reactie Zorginstituut:

- De reacties vanuit de beroepsgroepen die andere vormen van revalidatiezorg aanbieden zien wij als overwegend positief en ondersteunend aan de afbakening met MSR zoals we in hoofdstuk 4 van het standpunt hebben omschreven. Op onderdelen is er nog kritisch commentaar, waarop wij hieronder reageren.
- Voor de duidelijkheid in de afbakening hebben wij ervoor gekozen om het begrip medisch specialistische revalidatie te koppelen aan de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Hier is ook een apart bekostigingssysteem aan verbonden dat afwijkt van andere revalidatiezorg die onder supervisie van een medisch specialist wordt aangeboden. Andere vormen van tweedelijns revalidatiezorg dan MSR kunnen vergelijkbare elementen bevatten, met name als het gaat om interdisciplinaire behandeling. Maar zij kennen ook hele specifieke onderdelen en aspecten die de supervisie door een ander specialisme dan de revalidatiearts, zoals een longarts of cardioloog, noodzakelijk maken. In de richtlijnen of documenten van de beroepsgroep over deze andere vormen van revalidatiezorg wordt deze zorg ook niet benoemd als medisch specialistische revalidatie, maar als inter- of multidisciplinaire longrevalidatie of hartrevalidatie.
- Wij gaan in dit standpunt niet in op de inhoud van de andere vormen van revalidatiezorg, maar alleen op de afbakening ten opzichte van MSR. De opmerking dat individuele componenten binnen deze behandelprogramma's niet mogelijk zouden zijn, bijvoorbeeld gericht op een angst- of depressieve stoornis of bevordering van werkvermogen, wordt niet ondersteund door de informatie in richtlijnen, waarin dit type problematiek wel wordt benoemd. In het voorwoord van de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie (2011) staat hierover het volgende: 'Driekwart van de patiënten ontwikkelt na het cardiale incident psychische symptomen, vooral depressieve symptomen en angstsymptomen. Een derde van alle patiënten ontwikkelt een depressie die zo ernstig is dat sprake is van een depressieve stoornis. Een angststoornis komt voor bij minimaal een tiende van de patiënten. Deze herziene richtlijn beoogt dat patiënten met psychische symptomen betere begeleiding krijgen. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt verder dat sociale steun een belangrijke voorwaarde is voor fysiek en mentaal herstel van de hartpatiënt. Eenzame hartpatiënten hebben in meerdere opzichten een slechtere prognose. Met betrekking tot het sociaal functioneren neemt werkherhvatting, zowel vanuit de maatschappij als vanuit patiëntenperspectief, een belangrijkere plaats in dan vroeger.

Hoewel het overgrote deel van de hartpatiënten met een betaalde baan uiteindelijk weer gaat werken, kan hun arbeidsre-integratie sneller en gezonder verlopen dan nu vaak het geval is.' In de richtlijn wordt ingegaan op de inhoud van de hartrevalidatie, maar verwijzing naar de revalidatiearts of naar medisch specialistische revalidatie voor deze problematiek of voor individuele begeleiding komt in de richtlijn niet voor. Er is geen onderbouwing aangegeven dat bij deze problematiek juist MSR-zorg effectiever zou zijn dan multidisciplinaire hartrevalidatie onder supervisie van de cardioloog. Ook in documentatie over longrevalidatie – helaas ontbreekt een kwaliteitsstandaard op dit terrein – zijn wij geen passages tegengekomen waarin behandeling door de revalidatiearts bij bepaalde problematiek aangewezen zou zijn.

- Het citaat van pagina 29 was niet volledig, omdat de randvoorwaarde voor de indicatie voor MSR was weggelaten. In lijn met onze vorige opmerking is in het commentaar gesteld dat conform de richtlijn multidisciplinaire hartrevalidatie, de hartrevalidatie onder supervisie dient te worden uitgevoerd van een cardioloog. In dit standpunt is de volgende formulering opgenomen: 'Sommige patiënten die een cardiaal incident hebben doorgemaakt kunnen (ook) in aanmerking komen voor IMSR-behandeling onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, wanneer bij die patiënt sprake is van een complicatie van het cardiale incident of comorbiditeit, die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen. Deze complicatie of comorbiditeit maakt dan dat deze patiënt met een hartrevalidatie-indicatie mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling.' Hierbij wordt inderdaad de indicatie voor MSR bij cardiologische patiënten beperkt tot die patiënten waarbij 'sprake is van een complicatie of comorbiditeit die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen'. Zoals eerder aangegeven is dit niet in strijd met de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie, omdat daarin geen mogelijke indicaties voor IMSR onder supervisie van de revalidatiearts worden benoemd. De revalidatiearts kan wel in consult worden gevraagd, maar de interdisciplinaire behandeling blijft onder supervisie staan van de cardioloog. Dat de samenstelling en uitvoering van de behandelprogramma's hiervoor overeenkomsten vertoont met de IMSR (zoals in hoofdstuk 2 beschreven) is logisch, aangezien het in beide programma's gaat om geïnstitutionaliseerde intensieve interdisciplinaire interventies, die doel- en resultaat-gericht zijn en een breed palet aan specialistische interventies kennen. Dit geldt ook voor longrevalidatie. Ook patiënten met langdurige, chronische hart- of longproblematiek met grote effecten op participatie en kwaliteit van leven, dienen deze zorg te kunnen ontvangen binnen door cardiologen respectievelijk longartsen gesuperviseerde revalidatieprogramma's. De vastgestelde onderdelen in dit standpunt betreffen alleen de MSR, en hebben zoals toegelicht geen consequenties voor hartrevalidatie of longrevalidatie die volgens richtlijnen en documentatie van de beroepsgroepen wordt uitgevoerd.
- Bij een eventueel voorstel om met het oog op een richtlijn indicatiecriteria op te stellen om hartrevalidatie te laten uitvoeren binnen MSR-setting, zal de onderbouwing van effectiviteit en doelmatigheid van deze werkwijze (toepassing hartrevalidatie onder supervisie van revalidatiearts) van groot belang zijn, zoals in het commentaar ook wordt aangegeven.

VRA/RN:

- Het is opmerkelijk dat u in uw concept-standpunt niet langer spreekt over MSR die wordt uitgevoerd door medisch specialisten die geen revalidatiearts zijn. In uw standpunt van 2015 bezag u nog de MSR zowel door revalidatieartsen als door medisch specialisten van aanpalende specialisaties als hart, long en diabetes. In de nota indicatiestelling van 2016 werd deze werkwijze nagevolgd. In uw huidige concept lijkt "MSR door medisch specialisten zijnde geen revalidatiearts" buiten uw standpunt te vallen. Wij gaan er daarom van uit dat uw nieuwe standpunt geen impact heeft op deze vorm van MSR. Ook hier geldt dat de zorg die artsen plegen te bieden en die -op dynamische wijze- voortschrijdend geschraagd wordt door wetenschappelijke richtlijnen leidend dient te zijn. Dat een revalidatiearts alleen mag indiceren indien er bij een patiënt sprake is van een complicatie of comorbiditeit die leidt tot een stoornis in het bewegingsvermogen, is niet passend bij de wijze waarop een indicatie voor IMSR gesteld wordt door de revalidatiearts als poortspecialist.

Dit geldt o.a. voor complexe hartrevalidatie (paragraaf 5.3.1 pagina 29 en 30 van het conceptrapport).

Basalt:

- Inperking oncologische revalidatie, hartrevalidatie en longrevalidatie: zonder toetsing aan de wetenschap en de praktijk geeft u als Zorginstituut een duiding van deze diagnoses. Daarbij wordt deze duiding op geen enkele wijze onderbouwd in analogie met het concept-standpunt 'Interdisciplinaire Medisch-Specialistische Revalidatie' bij patiënten met chronische pijn. Deze inperking sluit niet aan bij de staande zorgpraktijk, bij wetenschappelijke onderzoeksresultaten van onder meer hartrevalidatie, bij geldende richtlijnen van de beroepsgroepen en past geheel niet bij de ketenbenadering van de behandeling van de complexe ziektebeelden.
- Voor patiënten neemt de toegankelijkheid en beschikbaarheid van medisch-specialistische revalidatie door introductie van de genoemde drempels af. Niet omdat de zorgvraag van patiënten verminderd is, maar omdat er drempels opgeworpen zijn. Tegelijkertijd kunnen veel patiënten na een complexe en ingrijpende oncologische behandeling, hartoperatie of -interventie en/of complexe longbehandeling geen toegang meer krijgen tot de medisch-specialistische revalidatie voor herstel en participatie. De gevolgen daarvan zijn verminderd of trager herstel, en beperkte participatie in gezin, werk en maatschappij. De maatschappelijke impact en kosten daarvan zijn voor de individuele patiënt en voor ons als samenleving fors cq té fors.

Revalidatie Friesland:

- De standpuntbepaling medisch-specialistische revalidatie met betrekking tot de diagnoses oncologie, cardiovasculaire aandoeningen en longziekten is soms onduidelijk. Het is duidelijk dat veel patiënten met complexe oncologische- of cardiovasculaire- of longaandoening een stevige revalidatie-opgave hebben om te kunnen herstellen en om te kunnen participeren in de maatschappij. Door de complexiteit en veelal co-morbiditeit zijn deze patiënten aangewezen op de MSR. Enkelvoudige problematiek en ook veel meervoudige problematiek hoort thuis in de eerste lijn. Dat is wel kwetsbaar, vooral vanwege het feit dat dit veelal niet aanvullend verzekerd is en ook omdat de deskundigheid niet overal goed is geborgd. Zeker niet in een dunbevolkt werkgebied als dat van ons. De praktijk laat dan zien dat enkelvoudige problematiek niet of te weinig wordt behandeld en de patiënt dus 'wacht' tot de problematiek complex is geworden.

Reactie Zorginstituut:

- Voor de duidelijkheid in de afbakening hebben wij ervoor gekozen om het begrip medisch specialistische revalidatie te koppelen aan de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Hier is ook een apart bekostigingssysteem aan verbonden dat afwijkt van andere revalidatiezorg die onder supervisie van een medisch specialist wordt aangeboden. Andere vormen van tweede- of derdelijns revalidatiezorg dan MSR bevatten vergelijkbare elementen, met name met betrekking tot interdisciplinaire behandeling. Maar zij kennen ook hele specifieke onderdelen en aspecten die de supervisie door een ander medisch specialisme dan de revalidatiearts, zoals een longarts of cardioloog, noodzakelijk maken. In de richtlijnen of documenten van de beroepsgroep over deze andere vormen van revalidatiezorg wordt deze zorg ook niet benoemd als medisch specialistische revalidatie, maar als inter- of multidisciplinaire longrevalidatie of hartrevalidatie.
- In het licht van de afbakening tussen MSR onder supervisie van de revalidatiearts en andere vormen van tweede- of derdelijns specialistische revalidatie bij orgaanziekten, hebben wij vastgesteld dat er bij orgaanziekten alleen een indicatie is voor MSR indien er bij een patiënt sprake is van een complicatie of comorbiditeit die leidt tot een stoornis in het bewegingsvermogen. Wanneer bij consultatie van de revalidatiearts blijkt dat er geen sprake is van een complicatie of comorbiditeit die leidt tot een stoornis in het bewegingsvermogen, dan dient de revalidatiearts vanuit zijn poortspecialistische rol (terug) te verwijzen naar de daarbij passende vorm van specialistische revalidatiezorg.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), incl. opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN

- ZN mist de afbakening tussen MSR en andere vormen van zorg (bijv. verpleeghuiszorg, GRZ, ELV, eerstelijns). Dit heeft als risico dat de keuze voor een vorm bepaald wordt door financiële prikkels en niet door inhoud. De afbakening zou terug kunnen komen in de handreiking en/of koppeltabel: welke score op ICF-domein in welke diagnosegroep heeft recht op MSR. Deze afbakening is nodig voordat zorgverzekeraars ermee kunnen werken.
- Hoofdstuk 5, pagina 29: de afbakening met de Wlz (specifiek zzp 9b) ontbreekt.
- Paragraaf 5.2, pagina 29: hier ontbreken de in de wet- en regelgeving genoemde aanspraakcriteria: kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit, afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid. Wanneer deze niet aan de orde zijn, is er geen aanspraak op GRZ en kan de afweging m.b.t. MSR ook niet worden gemaakt. Is hier rekening mee gehouden?
- Paragraaf 5.3.3, pagina 30: Wanneer de complicatie of combinatie van de diabetesrevalidatie-indicatie en de comorbiditeit maakt dat deze patiënt mogelijk in aanmerking komt voor een iMSR behandeling, dan is dat toch eigenlijk strikt genomen geen 'diabetes'revalidatie? Ik zou dat dan ook toevoegen.

Reactie Zorginstituut:

- De afbakening tussen MSR en andere vormen van revalidatiezorg is opgenomen in hoofdstuk 4 van het standpunt. In het standpunt gaan wij niet verder dan de afbakening met andere vormen van revalidatiezorg. Andere vormen van zorg, zoals verpleeghuiszorg, ELV of zorg die onder de WLZ valt, blijven buiten beschouwing. De opmerking over de score op ICF-domeinen kunnen wij niet plaatsen.
- Wij gaan in dit standpunt in op de indicatiegroepen en indicatiecriteria voor MSR. Aanspraak- of indicatiecriteria voor andere vormen van revalidatiezorg blijven buiten beschouwing. In hoofdstuk 4 benoemen wij de afbakening van MSR ten opzichte van andere vormen van revalidatiezorg. Dit hoofdstuk is niet bedoeld om uitspraken te doen over de inhoud of effectiviteit van deze andere vormen van revalidatiezorg.
- Wanneer er op grond van complicaties of comorbiditeit wel een indicatie voor MSR (onder supervisie van een revalidatiearts) wordt vastgesteld, dan kan er nog steeds sprake zijn van behandeldoelen op het gebied van hart- of longrevalidatie of revalidatie bij patiënten met diabetes of oncologische problematiek. Het is belangrijk dat bij dit type patiënten de revalidatieartsen nauw samenwerken met de betrokken andere medisch specialisten.

Ergotherapie Nederland:

- Oncologische revalidatie kan plaatsvinden door één psychosociale of paramedische zorgverlener in de eerste lijn, door zorgverleners van verschillende disciplines in de eerste lijn of door een multidisciplinair team in de tweede lijn onder verantwoordelijkheid van een oncoloog of oncologisch chirurg: Aanpassen of weglaten? In tweede lijn bestaan er geen multidisciplinaire teams onder verantwoordelijkheid van een oncoloog. Dit is in de praktijk een revalidatiearts.

Reactie Zorginstituut:

Wij zien op sommige plaatsen in de tweede lijn wel multi- of interdisciplinaire behandelingen ontstaan die plaatsvinden onder supervisie van een oncoloog. Juist over de meerwaarde van interdisciplinaire behandeling onder supervisie van de revalidatiearts boven dit type behandelingen bestaat discussie. Het is belangrijk dat er een landelijk aanbod is van effectieve vormen van multi- of interdisciplinaire behandeling voor oncologische patiënten.

6. Arbeidsrevalidatie

Zorgverzekeraars Nederland: Opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN:

- Paragraaf 6.1: Het bevorderen van arbeidsparticipatie is dan ook te beschouwen als een belangrijke doelstelling binnen de MSR. Graag opnemen dat dit ook vastgelegd wordt in het behandelplan.

Reactie Zorginstituut:

Wij gaan in het standpunt niet in op de elementen die moeten worden opgenomen in het behandelplan. Wanneer dit voor een bepaalde patiënt een belangrijk behandeldoel is, gaan wij ervan uit dat met de duidelijkheid die hoofdstuk 5 verschaft ook de zorgactiviteiten die gericht zijn op het bevorderen van arbeidsparticipatie in het behandelplan worden opgenomen.

Patiëntenfederatie Nederland:

- In het concept-standpunt geeft het Zorginstituut antwoord op de vraag bij welke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten uitgevoerd binnen de MSR, er sprake is van te verzekeren zorg volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). De activiteiten die niet tot de verzekerde zorg kunnen worden gerekend, zullen in het vervolg voor rekening van de werkgever komen. Voor een deel van de achterban geldt dat zij geen werkgever hebben. In hoeverre deze groep mensen gebruik maakt van de activiteiten die straks niet tot de verzekerde zorg horen, is niet bekend bij PFN. Maar zij vinden het onwenselijk als deze groep door het standpunt extra nadeel ondervindt en dit bijkomend nadelig gevolg voor deze groep nergens wordt benoemd.

Reactie Zorginstituut:

Wanneer iemand geen werkgever heeft, bijvoorbeeld omdat hij als zelfstandige werkzaam is, dan zal hij voor zichzelf de arbozorg moeten organiseren. In het standpunt duiden wij welke zorgactiviteit wel tot de verzekerde zorg kunnen horen. De overige arbeid- of werkgerichte activiteiten dienen elders te worden bekostigd, maar daarop gaan wij verder niet in.

Ergotherapie Nederland:

- 'In dat geval kan de betreffende zorg niet onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen. In de arbeidscontext is dit aan de orde, als activiteiten op de werkplek onderdeel uitmaken van de interventie': Toelichting: Hier lijkt te staan dat training op de werkplek of een werkbezoek door bv een ergotherapeut niet onder IMSR kan vallen. Terwijl dit een belangrijk (integraal) onderdeel van de revalidatiebehandeling kan zijn. Voorstel om toe te voegen: 'In het geval van specifieke beperkingen (zoals eerder beschreven bv amputatie, reuma of NAH) en/of aanwezigheid van een specifieke werkplek die niet nagebootst kan worden in de revalidatiesetting, is een werkbezoek passend en helpend bij de voortgang van de revalidatie.'
- 'De Quickscan is een diagnostische activiteit, die plaatsvindt voorafgaand aan een MSR-behandeling': Toevoeging: Deze Quickscan kan ook plaatsvinden tijdens het revalidatie traject. Bijvoorbeeld tijdens de revalidatie van een CVA patiënt blijken er meer cognitieve problemen te zijn dan voorafgaand aan de MSR bleek. Er zijn meer werktaken dan verwacht die niet goed verlopen. In dat geval kan de quickscan ook ingezet worden als de revalidatie al gestart is.

Reactie Zorginstituut:

- In dit hoofdstuk hebben wij geanalyseerd welke activiteiten, die kunnen worden ingezet ter bevordering van arbeidsparticipatie of re-integratie, wel en niet tot de te verzekeren zorg op basis van de Zvw kunnen behoren. Deze activiteiten zijn opgenomen in tabel A1 van bijlage A. Het begrip werkplekbezoek wordt niet genoemd, werkplekonderzoek wel. Bij onderdeel 11 (werkplekonderzoek) wordt op dit onderscheid ingegaan. Wanneer de werkplek onderdeel is van een bepaalde interventie of activiteit, dan is de conclusie dat dit geen te verzekeren zorgactiviteit is.

- Dit geldt bijvoorbeeld bij een werkplekonderzoek, omdat dit meestal wordt uitgevoerd om te adviseren over problemen die samenhangen met de werkplek, die uit dit onderzoek naar voren komen. Ook als dit noodzakelijk is bij een patiënt met arbeidsbeperkingen, is dit een activiteit waarvoor de werkgever verantwoordelijk is.
- De Quickscan is een specifieke diagnostische activiteit, die in 2008 is geïntroduceerd. In de omschrijving staat dat deze activiteit plaatsvindt voorafgaand aan een MSR-behandeling. Wanneer tijdens een MSR-behandeling blijkt dat er meer of nieuwe beperkingen zijn, die eerder onvoldoende zijn onderzocht, dan kan een fysiek of mentaal belastbaarheidsonderzoek (activiteit 13) of een neuropsychologisch onderzoek (activiteit 12) aangewezen zijn, die beide onderdeel uit kunnen maken van de te verzekeren zorg.

7. Mogelijke knelpunten/aanbevelingen voor de uitvoering (hoofdstuk 7)

Patiëntenfederatie Nederland:

- Het baart Patiëntenfederatie Nederland zorgen wat er gebeurt met mensen die niet (langer) in aanmerking komen voor (i)MSR. Bijvoorbeeld bij mensen met oncologische problematiek of chronische pijn. De consequenties daarvan worden in hst. 7 (paragraaf 7.2) onvoldoende benoemd. In dit kader wordt ook verwezen naar de reactie van IKNL en NFK (separaat opgestuurd).

Reactie Zorginstituut:

Inmiddels is het standpunt over MSR bij patiënten met chronische pijn in oktober 2022 vastgesteld. Deze aanspraak is ongewijzigd. Wat betreft MSR bij patiënten met oncologische problematiek hebben wij aangegeven dat sprake is van een kennislacune. Het Zorginstituut gaat ook bij deze indicatie een duidingsonderzoek uitvoeren om de vraag te beantwoorden in hoeverre de effectiviteit van IMSR voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Hierover zal een apart standpunt worden uitgebracht. Tot die tijd blijft de aanspraak op IMSR voor deze indicatie ongewijzigd, hetgeen betekent dat de zorgverzekeraars aan de hand van de criteria beschreven in dit standpunt beoordelen of er aanspraak is op IMSR.

Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal:

- De medisch-specialistische revalidatie is veelal een onlosmakelijk onderdeel van de medisch-specialistische zorg in de algemene ziekenhuizen. Door alleen in te zoomen op de medisch-specialistische revalidatie wordt er niet gekeken naar de effectiviteit en doelmatigheid van de gehele zorgketen. Neem als voorbeeld, het zo snel mogelijk starten van de medisch-specialistische revalidatie na een Cerebro Vasculair Accident / beroerte leidt aantoonbaar tot een beter en sneller herstel van de patiënt. In dit voorbeeld neemt de duur van de neurologische behandeling af ten voordele van de start van de medisch specialistische revalidatie. Anders gesteld, de kosten van het algemeen ziekenhuis nemen af en de kosten van het revalidatiecentrum stijgen beperkt en overall is in de gehele zorgketen de zorg doelmatiger en effectiever.

Reactie Zorginstituut:

Het in een standpunt focussen op een onderdeel van de zorg leidt altijd tot inkadering en afbakening van dat onderwerp, die voor een goede beschrijving en analyse nodig is. Wij zien dit niet als bezwaarlijk. Het gegeven voorbeeld betreft de doelmatigheid van MSR als onderdeel van de zorgketen bij een cerebro-vasculair accident. In het standpunt is vastgesteld waaraan de indicatie voor MSR-behandeling moet voldoen bij patiënten met een cerebro-vasculair accident. Dit levert in dit voorbeeld geen problemen op ten aanzien van MSR-behandeling bij deze patiënten.

8. MSR bij oncologische patiënten:

VRA/RN:

- Wij maken bezwaar tegen de procedurele gang van zaken rondom de duiding van medisch specialistische oncologische revalidatie (MSOR) en verzoeken u de conclusies in het standpunt over MSOR in te trekken.
- In uw standpunt besteedt u bijzondere aandacht aan de medisch specialistische oncologische revalidatie (MSOR). Anders dan gepland en anders dan bij de pijnrevalidatie heeft u ervoor gekozen voor de MSOR géén aparte duiding te publiceren, maar deze duiding onderdeel te maken van uw standpunt. Dit heeft een aantal ontoelaatbare consequenties. Daarom maken wij bezwaar tegen de procedurele gang van zaken rondom de duiding van MSOR. Bij de bespreking van indicatiegroepen stelt u op pagina 20: "Wat betreft de effectiviteit van IMSR bij patiënten die zijn behandeld wegens oncologische problemen en die behoefte hebben aan herstellende zorg ter verbetering van hun functioneren en participatie", heeft het Zorginstituut vastgesteld dat sprake is van een gebrek aan onderbouwende wetenschappelijke literatuur. Daarom is dit indicatiegebied niet opgenomen bij de indicatiegroepen die in aanmerking kunnen komen voor MSR-behandeling. U stelt dat een patiënt met een oncologische aandoening enkel in aanmerking kan komen voor IMSR-behandeling, "als bij die patiënt sprake is van een complicatie of co-morbiditeit die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen". Wij zijn het pertinent oneens met zowel de redenering als de conclusie en kunnen ons niet vinden in de exclusie van oncologische patiënten uit de indicatiegroepen van het standpunt op basis van uw duiding MSOR. Uw onderbouwing bij de duiding van MSR bij oncologische problematiek is opvallend summier. Het ZIN moge van mening zijn dat er nog geen wetenschappelijk bewijs geleverd is, bijvoorbeeld in de vorm van RCT's, maar volgens uw eigen stappenplan bij de beoordeling van 'de stand van wetenschap en praktijk' moet dan aandacht besteed worden aan bewijs van lagere orde, waaronder gezaghebbende meningen van medisch specialisten en richtlijnen die door wetenschappelijke verenigingen namens de beroepsgroep zijn opgesteld. In het concept standpunt lezen wij niet dat hieraan daadwerkelijk aandacht is besteed. Wij hebben als belangrijke stakeholders geen inzicht gekregen in en gelegenheid gekregen tot reactie op uw duidingsproces.
- Bij de bepaling van de zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden is in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde van de VRA vastgelegd dat MSR wordt toegepast "volgens de richtlijnen en behandelkaders die zijn vastgesteld door VRA en volgens eventueel andere erkende richtlijnen die van toepassing zijn. Hier kan alleen op basis van toetsbare onderbouwing van worden afgeweken." Daardoor geldt dat de multidisciplinaire richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie leidend is. In deze richtlijn staat dat op basis van de beschikbare kennis en expertise expliciet "dat een revalidatiearts met expertise op het gebied van de oncologie bepaalt of medisch specialistische revalidatie bij oncologie een geschikte interventie is voor de patiënt wanneer de patiënt, na signalering, door de primaire oncologische behandelaar (...), (gespecialiseerd) verpleegkundig(e) (specialist), physician assistant, huisarts of bedrijfsarts verwezen is voor geconstateerde samenhangende en complexe functioneringsproblemen ten gevolge van (de behandeling) van kanker." In het concept-standpunt wijkt u hier -in feite zonder tekst of uitleg- ten onrechte vanaf. Wij verzoeken dan ook de conclusies in het standpunt IMSR en de duiding MSOR in te trekken. Wij vragen u op pagina 24 ook de groep patiënten in aanmerking te blijven laten komen voor IMSR die een oncologische aandoening hebben en een hoge ziektelast ten gevolge van deze aandoening, zoals vastgesteld met het meetinstrument 'de Lastmeter'.

Revalidatiecentrum Klimmendaal:

- Inperking oncologische revalidatie: zonder toetsing aan de wetenschap en de praktijk geeft u als Zorginstituut een duiding van deze diagnoses. Daarbij wordt deze duiding op geen enkele wijze onderbouwd in analogie met het concept-standpunt 'Interdisciplinaire Medisch-Specialistische Revalidatie bij patiënten met chronische pijn.

- Deze inperking sluit niet aan bij de staande zorgpraktijk, bij geldende richtlijnen van de beroepsgroepen en past geheel niet bij de ketenbenadering van de behandeling van de complexe ziektebeelden.
- Voor patiënten neemt de toegankelijkheid en beschikbaarheid van medisch-specialistische revalidatie door introductie van de genoemde drempels af. Niet omdat de zorgvraag van patiënten verminderd is, maar omdat er drempels opgeworpen zijn. Tegelijkertijd kunnen veel patiënten na een complexe en ingrijpende oncologische behandeling geen toegang meer krijgen tot de medisch-specialistische revalidatie voor herstel en participatie. De gevolgen daarvan zijn verminderd of trager herstel en beperkte participatie in gezin, werk en maatschappij. De maatschappelijke impact en kosten daarvan zijn voor de individuele patiënt en voor ons samenleving fors cq te fors.

Revalidatie Friesland:

- Wij wijzen we op de onduidelijkheid van de duiding van oncologische revalidatie, waarbij de tekst op bladzijde 20 anders opgevat kan worden dan wat in paragraaf 5.4. op bladzijde 31 wordt beschreven. Dit is multi-interpretabel voor iedereen die dit leest.

Verenigen arts en Volksgezondheid (VAV):

- Wat dit conceptstandpunt betreft, ziet de VAV het gevaar dat (discussie over) details in dit document de hoofdlijn ondermijnen, mede omdat op basis van de huidige tekst interpretatieverschillen mogelijk zijn. De VAV pleit er daarom sterk voor om als het om een aantal onderwerpen gaat, te komen tot nadere verheldering door uitleg en toelichting over de gemaakte keuzes, en welk effect wordt beoogd om deze verschillen in interpretatie tegen te gaan. Dit leidt anders alsnog tot misverstanden in de praktijk. Specifiek gaat het dan onder andere om: Het niet kunnen uitvoeren van het duidingsproces rondom iMSR bij oncologische patiënten en de consequenties ervan in de praktijk

Patiëntenfederatie Nederland:

- Op p.20 wordt aangegeven dat er gebrek is aan onderbouwde wetenschappelijke literatuur voor mensen met oncologische problematiek. Deze constatering schiet volgens Patiëntenfederatie Nederland tekort. Dit wil nl. niet zeggen dat is bewezen dat het voor deze patiënten geen betekenis of waarde heeft. Er is meer, ander of beter onderzoek nodig i.p.v. deze indicatiegroep meteen niet in aanmerking te laten komen voor iMSR

Ergotherapie Nederland:

- Zorgelijk dat deze patiënten niet meer mogen worden behandeld binnen iMSR. Er zijn binnen revalidatiecentra uitkomsten beschikbaar van de revalidatie bij oncologische problemen, zoals voor- en nametingen van gevalideerde meetinstrumenten zoals 1RM, COPM, LASTmeter, MVI20 en EORTC. Deze data is beschikbaar bij de revalidatiecentra die deze zorg hebben aangeboden in het verleden. Er is echter (nog) geen centrale database op basis waarvan onderzoek zou kunnen plaatsvinden.

Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties (NFK);

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL);

Taskforce Cancer Survivorshipcare:

- Onze zorg betreft het schrappen van de vergoeding voor zorg voor de patiënten met oncologische problemen uit de indicatiegroepen die in aanmerking komen voor Medisch Specialistische Revalidatie (MSR), zoals beschreven op pagina 20. Wij begrijpen uit uw schrijven vanwege gebrek aan wetenschappelijke evidentie. Wij onderschrijven dit weliswaar, maar benadrukken ook het belang ook van de klinische evidentie en de wetenschappelijke evidentie op onderdelen, zoals beschreven in de Richtlijn Medisch Specialistische Revalidatie bij Oncologie. Als ook de meer recent verschenen wetenschappelijke evidentie voor het positieve effect van fysieke activiteit/beweegzorg, zie de recente ACSM richtlijnen en de oratie van professor Anne May UMC-Utrecht: Beweging in kankerzorg! Daarnaast horen kankerpatiëntenorganisaties vanuit hun achterban de meerwaarde en goede ervaringen van patiënten die revalidatiezorg hebben ontvangen. Patiënten behandeld voor kanker en de daaruit voortkomende complexe problemen, blijken veel baat te hebben bij deze zorg. Wij pleiten er daarom voor om niet alleen de laatste stand van de wetenschap, maar ook de laatste stand van de praktijk, te laten meewegen.

- Maatschappelijk gezien lijkt het eveneens verstandig de kleine groep mensen met en na kanker, die als gevolg van hun ziekte en/of behandeling, complexe en samenhangende problemen hebben op meerdere gebieden (lichamelijk, psychosociaal en participatie) te ondersteunen door specifieke gepersonaliseerde zorg aan te blijven bieden, om de kans op maatschappelijke participatie en re-integratie (inclusief arbeidsparticipatie) te vergroten en hogere kosten binnen andere maatschappelijke domeinen te voorkomen.
- De impact van kanker en de behandeling daarvan zijn immens op het leven van mensen met kanker en na kanker, een aantal voorbeelden: 1) 65% van de patiënten ervaart late gevolgen door kanker. Meest voorkomend zijn: vermoeidheid, verminderde lichamelijke conditie, seksuele problemen, concentratieproblemen en geheugenproblemen (Doneer Je Ervaring 'Late gevolgen van kanker, wat is jouw ervaring?', NFK, 2017); 2) 1 op de 4 patiënten die leeft met of na kanker is ernstig vermoeid, 1 op de 3 heeft angstklachten en 1 op de 3 kan niet als vanouds sociaal functioneren (Kankerzorg in beeld: Over leven met en na kanker, IKNL, 2019); 3) 67% van de patiënten zegt dat de seksualiteit en intimiteit slechter is geworden (Doneer Je Ervaring 'Wat is er nodig om het onderwerp seksualiteit bespreekbaar te maken?', NFK, 2017); 4) 68% van de patiënten kreeg tijdens of na de behandeling pijn of andere klachten aan zowel hand(en) als voet(en). Hierdoor ervaren ze bij dagelijkse activiteiten het vaakst beperkingen (Doneer Je Ervaring 'Pijn, doof gevoel of tintelingen in handen of voeten bij kanker: wat is jouw ervaring?', NFK, 2021); 5) 10% van de patiënten heeft zijn baan verloren vanwege de kanker(behandeling) (Doneer Je Ervaring 'Kanker, wat betekent dit voor je werk?', NFK, 2019); 6) 85% van de patiënten ervaart angst of zorgen door kanker (Doneer Je Ervaring 'Zorgen of angst bij kanker, wat is jouw ervaring?', NFK, 2022).
- Wij vragen daarbij ook graag uw aandacht voor het feit dat er voor deze mensen die baat hebben bij MSR niet of nauwelijks geschikte alternatieve opties zijn die vergoed worden. In de 1e lijn wordt o.a. beweegzorg en psychologische zorg slechts zeer beperkt uit het basispakket vergoed en multidisciplinaire zorg in de 1e lijn verkeert nog in een experimentele fase. Dit terwijl de overleving van kanker alleen maar toeneemt en de groep mensen die leeft met de gevolgen hiervan groeit. Vanuit de Taskforce Cancer Survivorshipcare pleitten wij derhalve voor financiering van het gehele zorgpalet voor de gevolgen van kanker, o.a. in de 1e lijn, met als doel toegankelijke en passende zorg voor mensen die leven met de gevolgen van kanker.
 We werken hierin o.a. ook samen met de VRA, de NZA, CZ en ZiNL aan een multidisciplinair behandelprogramma voor oncologie in de 1e lijn in aanvulling op de MSR. Maar dat wordt naar verwachting pas in het najaar als innovatieve zorgprestatie ingediend bij de NZA. En bij toekenning van de innovatieve zorgprestatie, wordt deze zorg nog steeds slechts voor drie jaar twee of drie regio's in pilot verband aangeboden. En ook al is dit alternatieve programma in de 1e lijn georganiseerd, dan nog blijft het adagium passende zorg, mono- dan wel multidisciplinaire behandeling in de 1e lijn als het kan, MSR als het moet. Ondanks dat we de inclusiecriteria tijdens dit traject nog eens kritisch tegen het licht houden en bezien, blijft er altijd een groep mensen met/na kanker die behandeld moet worden in de MSR. Voor hen moet MSR een optie blijven, die vergoed wordt en toegankelijk is voor de patiënten die deze zorg behoeven.
 Samengevat begrijpt de Taskforce Cancer Survivorshipcare dat er kritisch gekeken wordt naar de kostenontwikkeling in de zorg en dat daarmee ook gekeken wordt naar de indicatiestelling van MSR bij patiënten met of na een behandeling voor kanker. Echter dit dient wel te gebeuren op een wijze waarbij de belangen van de patiënt die met of na kanker leeft, niet geschaad worden. De ervaring van patiënten is juist dat MSR van enorme toegevoegde waarde is. De Taskforce stelt voor om de samenwerking met ZiNL, die nu loopt rondom het multidisciplinaire behandelprogramma voor oncologie in de eerstelijne, te continueren en aan te grijpen. Op basis van de in dat traject opgedane kennis en expertise kan ons inziens de indicatiestelling voor de MSR bij Oncologie verder aangescherpt worden, uiteraard in nauwe samenwerking met de revalidatiesector.

In de tussentijd biedt het de revalidatiesector de mogelijkheid verdere wetenschappelijke evidentie te verkrijgen voor medisch specialistische revalidatie en laten we de mensen die leven met de grootste gevolgen van kanker niet in de kou staan.

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie:

- Voor een selecte groep chronische pijnpatiënten is revalidatie een belangrijke behandeling om te kunnen blijven functioneren, bijv. voor oncologische patiënten. NVA maakt zich ernstige zorgen over hoe zij geholpen kunnen blijven worden in hun functioneren. Daarnaast is de zorg dat een groep (pijn)patiënten een nog langere zoektocht moet doormaken indien zij buiten het gestelde kader vallen.

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH):

- De inbreng van revalidatiegeneeskunde in het behandeltraject en het verdere herstel van de oncologische patiënt, kan zeer relevant zijn. Bijv. bij te verwachten functieverlies bij (extremitet)sarcoom resecties, waarbij de revalidatiearts een waardevolle rol kan spelen in de afweging van behandelkeuze en het op maat inzetten van behoud of zoveel mogelijk herstel van functies. Het is lastig dit soort specifieke interventies te onderbouwen met harde wetenschappelijke data die via RCT's worden verkregen, echter dienen in dergelijke situaties de richtlijn en de professionele standaard (de zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden') leidend te zijn. Oncologisch chirurgen zijn van mening dat de interventies werken.

Reactie Zorginstituut:

- Bij de actualisatie van dit standpunt is het Zorginstituut door betrokken partijen in de klankbordgroep gevraagd om IMSR bij oncologische patiënten te duiden. Het Zorginstituut heeft in afstemming met partijen een PICO(t) opgesteld en een screening van de wetenschappelijke literatuur uitgevoerd. Deze screening leverde geen bruikbare literatuur op. In de richtlijn 'Medisch specialistische revalidatie bij oncologie' uit 2018 wordt ook aangegeven dat er nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van medisch specialistische revalidatie bij oncologie. Er is dus sprake van een kennislacune. Een rapportage over deze screening is nu opgenomen in bijlage B.
- Betrokken partijen hebben er bij het Zorginstituut op aangedrongen dat in de actualisatie van het standpunt over MSR ook gekeken wordt naar de aanspraak op IMSR bij oncologische patiënten én hoe onderzoek naar de meerwaarde van IMSR bij oncologische patiënten kan plaatsvinden. Het Zorginstituut heeft hierbij twee opties afgewogen:
 1. De aanspraak blijft voorlopig behouden terwijl onderzoek wordt opgezet via Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG);
 2. De duiding naar IMSR bij oncologische patiënten wordt uitgevoerd waarna de aanspraak voor deze interventie-indicatiecombinatie mogelijk komt te vervallen.

Als de aanspraak vervalt zijn er weinig alternatieve behandelopties voor herstellende zorg bij mensen met complexe oncologische problemen. Herstelzorg onder supervisie van een oncologisch specialist is mogelijk, maar wordt slechts beperkt aangeboden. Daarom had het Zorginstituut besloten om geen verdere duiding uit te voeren en in overleg met partijen een effectiviteitsonderzoek uit te voeren onder begeleiding en met onderzoekssubsidie van ZE&GG. Hiertoe is het onderwerp aangemeld bij ZE&GG en daar eind 2022 geprioriteerd. Deze lijn is in de periode januari – februari 2023 meermalen met de meest betrokken partijen besproken. ZN kon zich principieel niet in deze lijn vinden, omdat dan zorg vanuit de Zvw vergoed wordt waarvoor op dit moment de bewijslast nog ontbreekt. Vervolgens is dit vraagstuk besproken met VWS, die is meegenomen in het geschetste tijdpad en de standpunten van de verschillende partijen. Daarnaast zijn bovengenoemde oplossingsrichtingen geschetst. VWS heeft aangegeven dat de wettelijke kaders moeten gelden, hetgeen betekent dat bij een negatieve duiding de zorg niet langer ten laste van de Zvw vergoed kan worden. Het vaststellen van een kennislacune verandert deze situatie niet. VWS werkt op dit moment beleid uit over dit soort zorg in het kader van de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket (VVTB). Het gaat onder andere over het financieren van onderzoek en de daarbij behorende zorgkosten in het geval van kennislacunes.

- De uitkomst van al dit overleg betekent, dat het Zorginstituut in dit standpunt de kennislacune identificeert ten aanzien van IMSR bij oncologische patiënten. Het Zorginstituut gaat vervolgens starten met een duiding over dit onderwerp, waarover een apart standpunt zal worden uitgebracht. Tot het moment van de publicatie van dat standpunt blijft de aanspraak ongewijzigd.
- Wanneer de uitkomst van de duiding naar IMSR bij oncologische patiënten negatief is, vervalt de aanspraak per datum van publicatie ervan. In dat geval is het de bedoeling om zo snel mogelijk na publicatie van het standpunt over IMSR bij oncologische patiënten, op basis van de nieuwe regelgeving ten aanzien van kennislacunes, te starten met effectiviteitsonderzoek, waarop uiteindelijk een conclusie kan volgen over de stand en wetenschap van de praktijk.

9. Overig

Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ):

- Rol verzekeraar: p. 5: 'De zorgverzekeraar toetst dit oordeel en bepaalt of de patiënt die bij hem is verzekerd is aangewezen op deze zorg.' Het proces van toestemming vragen aan de verzekeraar voor gecontracteerde zorg om te kunnen starten met een behandeling is niet in het belang van de patiënt. Het aanvragen van een machtiging kost tijd. Dit levert een verzwaring van administratieve lasten voor de revalidatiearts op. Daarnaast wordt de behandeling vertraagd. De revalidatieartsen beoordelen op basis van professional judgement in samenspraak met de patiënt of een behandeling passend is. In het IZA is besproken dat er bij nieuwe regelgeving wordt geprobeerd te voorkomen dat er nieuwe administratieve lasten ontstaan. Dringend verzoek dit aspect opnieuw te wegen.

Reactie Zorginstituut:

De tekst van hoofdstuk 1 is opnieuw bekeken en enkele onderdelen aangepast, waarbij duidelijk onderscheid is gemaakt naar de wettelijke taken van het Zorginstituut.

Zorgverzekeraars Nederland, incl. opmerkingen werkgroep MSRZ/CCL van VAV/ZN:

- Verzoek scherper af te bakenen wat wel geen verzekerde zorg is. Dit is nodig om tot passende zorg te komen. ZN ziet grote uitdagingen in het concreet toepassen in de zorginkoop en controle op verzekerde zorg.
- Afbakening van het verzekerde pakket: Het is niet helder welke interventies wel en niet verzekerd zijn. Er lijkt een grote verandering te zijn bij de oncologische revalidatie, maar het is lastig te vertalen naar te vergoeden zorgprestaties. ZN pleit ervoor om een handreiking op te stellen zoals die er ook op andere vakgebieden zijn. Een koppeltabel van diagnosegroep, noodzakelijke ICF-domeinen en noodzakelijke zwaarte ICT-kwalificatie lijkt noodzakelijk om te bepalen of er sprake is van verzekerde zorg. ZN adviseert om aan te sluiten bij de bestaande nota indicatiestelling van de VAR, waar o.a. de zorgproducten. (bijlage 1 van de nota, hoofdstuk 2 van het standpunt) en de diagnosehoofdgroepen (bijlage 2 van de nota, hoofdstuk 3 van het standpunt) in staan.
- Paragraaf 5.2, pagina 29: hier wordt verwezen naar het triage-instrument van Verenso. Graag een verwijzing of een kopie in de bijlage opnemen.
- In de tekst komen referenties 3,4, 7 en 9 niet overeen met de voetnoten in de tekst, maar wel met de literatuurlijst achteraan.
- Hoofdstuk 3, pagina 22, stroomdiagram: De definitie van NAH wordt niet genoemd in het stroomdiagram. (vastgesteld door neuroloog/ beeldvormend onderzoek) aangezien een stroomdiagram vaak een eigen leven gaat leiden lijkt is dat wellicht wel te overwegen.

Patiëntenfederatie Nederland:

- In het standpunt wordt genoemd dat zorgverzekeraars de beoordeling van de revalidatiearts toetsen en bepalen of een patiënt aanspraak kan maken op de geïndiceerde behandeling. Het lijkt hierdoor alsof een zorgverzekeraar het oordeel van een revalidatiearts in twijfel kan trekken en de uiteindelijke beslissing maakt of een patiënt aanspraak kan maken op MSR.

- Onze zorg is dan ook dat een revalidatiearts een behandeling kan indiceren, maar dat een zorgverzekeraar altijd nog kan/mag zeggen dat de patiënt geen aanspraak kan maken op deze geïndiceerde behandeling. Dit lijkt haaks te staan op de wens van een betere toegankelijkheid van MSR. Daarom vragen we om die criteria duidelijker te formuleren, zodat zo weinig mogelijk interpretatieruimte bestaat. Ter illustratie is een voorbeeld meegestuurd: Illustratie van de last van een langdurig traject rondom goedkeuren / machtigen – bron: Longfonds. Er zijn t/m 2019 legio voorbeelden van machtigingen voor hooggebergtebehandeling die werden afgewezen door de zorgverzekeraar. Het hele traject om toch in aanmerking te komen voor (specifieke) revalidatiezorg wat je nodig hebt om verder te kunnen leven met je aandoening vergt van de patiënt enorm veel. Veel stress en onzekerheid gedurende de machtigingsperiode naast de grote last van je aandoening/ziekte waarvoor je revalidatie nodig hebt. We kennen gevallen waarbij het machtigingsproces ruim een jaar geduurd heeft! Soms leidt het tot rechtszaken met alle extra energie en stress wat dit bij de patiënt met zich meebrengt. Deze procedures komen niet ten goede van de gezondheid van de patiënt en maakt de ellende groter. Alle gevallen van machtiging voor longrevalidatie/hooggebergtebehandeling zijn na lange trajecten vaak alsnog toegekend en dan krijgt de patiënt de zorg die zo hard nodig is. Twee voorbeelden van rechtszaken hooggebergtebehandeling:
<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBGEL:2014:6978> en
<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBZWB:2014:8528>

Pijnpatientennaar1stem:

- P10: 'de zorgverzekeraar dient hierbij de uiteindelijke vergoedingsvraag te beantwoorden, waarbij hij wel over voldoende informatie moet kunnen beschikken om de beoordeling van de revalidatiearts te kunnen volgen.' De zorgverzekeraar mag nooit op de stoel van de revalidatiearts gaan zitten. Als de zorgverzekeraar de beoordeling van de revalidatiearts niet kan volgen, moet de zorgverzekeraar zich te alle tijden opnieuw wenden tot de revalidatiearts om nadere duiding te vragen.

Reactie Zorginstituut:

- In paragraaf 1.3 hebben wij de taak van de zorgverzekeraar in het toetsen of de door de revalidatiearts geïndiceerde zorg voldoet aan de wettelijke voorwaarden voor vergoeding vanuit de Zvw beter omschreven.
- In dit standpunt zijn binnen de wettelijke taken van het Zorginstituut de inhoud van MSR zoals revalidatieartsen plegen te bieden, de indicatiegroepen voor MSR en de afbakening van MSR ten opzichte van andere vormen van revalidatiezorg geduïd.
 In hoofdstuk 6 van dit rapport is een handleiding beschreven voor de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts, die in samenspraak met de klankbordgroep is opgesteld. Met de vier indicatiecriteria die in deze handleiding zijn omschreven kan de revalidatiearts op een navolgbare manier onderbouwen of IMSR passend is voor een bepaalde patiënt.
 In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Hierin kan ook verder worden uitgewerkt hoe de indicatiegroepen, ICF-domeinen en noodzakelijke zwaarte middels de ICT-kwalificatie met elkaar verbonden zijn in het kader van de beoordeling of sprake is van te verzekeren zorg.
- In een voetnoot is de link naar het triage-instrument GRZ van Verenso (2013) aangegeven.

Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF):

- KNGF stelt voor om 'bewegingsapparaat-gerelateerde chronische pijn' in het rapport te vervangen door de term 'chronische pijn, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat'. Dit vanwege verwarring in de causaliteit.

Reactie Zorginstituut:

Deze suggestie hebben wij niet overgenomen. Wij zien geen risico op verwarring in causaliteit.

Nederlandse Vereniging voor Neurologie:

- P. 18 onderste alinea onder punt 2: NAH hoeft niet altijd op beeldvorming te zien te zijn (zoals bij Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS)). Advies om de zin 'hersensletsel definiëren we in dit standpunt als: 'hersensletsel dat door een neuroloog of op basis van beeldvorming is vastgesteld'', de term 'beeldvorming' te vervangen door 'aanvullend onderzoek'.

Reactie Zorginstituut:

Deze suggestie hebben wij niet overgenomen. Wij hebben aangesloten bij de definitie die is opgenomen in het VRA-behandelkader Traumatisch hersensletsel voor volwassenen (2013), in afstemming met de werkgroep NAH van de VRA. Bij een nieuwe versie van dit behandelkader of een richtlijn of kwaliteitsstandaard kan een betere definitie van NAH worden overwogen.

Impact en uitvoerbaarheid

VRA/RN:

- De implementatie van uw standpunt kan grote ongewenste consequenties hebben voor verwijzers, voor aanbieders van MSR en voor patiënten. Vóór publicatie van uw definitieve standpunt dient een onafhankelijke impactanalyse de gevolgen in kaart te brengen.
- U lijkt te suggereren dat eventuele nadelige gevolgen van het standpunt beperkt kunnen worden met een tripartiete ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitsstandaard voor MSR. Hoewel wij graag met de andere betrokkenen willen kijken naar de potentie van een kwaliteitsstandaard, vinden wij het ontoelaatbaar dat u een standpunt publiceert zonder rekening te houden met de volgende consequenties van uw standpunt:
 - a. Consequenties voor patiënten
Wanneer patiënten op basis van uw herziene standpunt geen aanspraak meer kunnen maken op verzekerde IMSR, wil dat niet zeggen dat daarmee ook hun zorgvraag is verdwenen. Het betekent evenmin, zoals u op pagina 14 stelt, dat specialisten als cardiologen en oncologen dan wel eerstelijns therapeuten en huisartsen automatisch in deze zorgvraag kunnen of willen voorzien. Juist omdat het hier gaat om patiënten met een langdurige, chronische problematiek met grote effecten op participatie en kwaliteit van leven, dient de zorg en behandeling van reële zorgvragen ook in een nieuwe situatie toegankelijk en gegarandeerd te blijven. Wij vragen ons ten zeerste af of dit het geval is. Wanneer landelijke en regionale zorgnetwerken als gevolg van uw standpunt niet langer in staat zijn patiënten de benodigde zorg te leveren, herstelt de patiënt minder effectief, is de kwaliteit van leven minder en is zijn of haar bijdrage aan de maatschappij minder groot.
 - b. Consequenties voor aanbieders
MSR-aanbieders zijn in veel zorgnetwerken en patient journeys een cruciale schakel. Mede door contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders, met controlerende instrumenten als plafonds en maximale tarieven, zijn de marges in de revalidatiesector flinterdun. In de totale zorgnetwerken is MSR daarmee nagenoeg risicoloos als het gaat om kosten, terwijl het een essentiële bijdrage levert aan de adequate zorg en behandeling bij diverse aandoeningen. Een verandering in volume kan de bedrijfsvoering van aanbieders zodanig onder druk zetten dat zij die cruciale rol in verschillende regio's niet meer kunnen spelen, zeker waar het categorale instellingen betreft die zich enkel op MSR richten.
- Uw standpunt heeft grote consequenties voor de revalidatiesector en haar patiënten en voor de zorgketens waarmee de sector verbonden is, juist omdat het hier een standpunt betreft van een heel specialisme in een sector waarin veel categorale aanbieders werkzaam zijn. Het risico is groot dat bij implementatie de zorgvraag van patiënten niet adequaat beantwoord kan worden en dat revalidatie-instellingen hun cruciale rol in veel regionale zorgnetwerken niet langer kunnen blijven spelen.

- Alle betrokkenen hebben er baat bij dat uw standpunt organisatorisch, juridisch en financieel uitvoerbaar is. Wij betwijfelen ten zeerste of dit daadwerkelijk het geval is. Daarom vragen wij u nadrukkelijk een onafhankelijke impactanalyse uit te laten voeren vóór u een definitief standpunt publiceert. Deze impactanalyse dient onder andere in kaart te brengen wat de effecten zijn op MSR-aanbieders, op de hele zorgketen -in het bijzonder op de eerste lijn en op huisartsen- en vooral op patiënten die in de huidige situatie in de MSR worden behandeld.
- Wij willen voorkomen dat de duiding van ons vak een glijdende schaal is, waar ieder jaar iets meer van wordt afgeschaafd en energie blijvend wordt verbruikt in duidingstrajecten. Liever steken wij deze energie in innovatie en ontwikkeling van de revalidatie en de MSR in het bijzonder. Deze inspanningen zijn gericht op betere resultaten voor onze patiënten en betere antwoorden op de huidige problemen in het zorgstelsel, zoals personeelstekort en te hoge (administratieve) werkdruk. Dit zal een duurzame bijdrage leveren aan lange termijn kostenbeheersing.

Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:

- De revalidatiecentra realiseren zich terdege dat de grote praktijkvariatie binnen de medisch-specialistische revalidatie een belangrijk thema is, dat de meerwaarde van de medisch-specialistische revalidatie ingegeven door het vertrekpunt van de revalidatievraag van de individuele patiënt anders dan bij andere medisch-specialisme minder eenvoudig en eenduidig vast te stellen is en dat inzet van de revalidatie effectief en efficiënt binnen de grote maatschappelijke vraagstukken van de zorg dient te zijn. Vanuit dit perspectief bepleiten de revalidatiecentra dan ook voor vergaande harmonisatie en uniformering binnen de gehele revalidatie en specifiek de medisch-specialistische revalidatie, voor onderzoek naar waardegedreven revalidatie (value based rehabilitation) en voor het ontwikkelen van duurzame, vernieuwende zorgconcepten gebaseerd op een passend zorgaanbod.
- We pleiten ook voor onderzoek naar waardegedreven revalidatie en voor het ontwikkelen van duurzame, vernieuwende zorgconcepten, gebaseerd op een passend zorgaanbod. Evidence based is daarbij een voorwaarde en een middel, value based is het uiteindelijke doel. Het is belangrijk om dit onderscheid te maken.
- In de concept-rapporten wordt de maatschappelijke impact bijzonder gemist. Wellicht behoort dit niet primair tot de taak van ZIN, maar een te gefragmenteerde analyse kan wel leiden tot het niet halen van de uiteindelijke doelstellingen. De medisch-specialistische revalidatie is veelal een onlosmakelijk onderdeel van de medisch-specialistische zorg in de algemene ziekenhuizen. Door alleen in te zoemen op de medisch-specialistische revalidatie wordt er niet gekeken naar de effectiviteit en doelmatigheid van de gehele zorgketen.
- Het concept-standpuntbepaling heeft na onverkorte vaststelling door het Zorginstituut een enorme impact op de revalidatieartsen, de revalidatiecentra, de verwijzers en bovenal de patiënten.
In het kader van zorgvuldigheid en betrouwbaarheid is het een vereiste dat er een onafhankelijke impactanalyse wordt uitgevoerd. Bij eerdere trajecten is dit vooraf aan de vaststelling door het Zorginstituut wel uitgevoerd.
- De voorgestelde standpuntbepalingen kunnen cq hebben een impact op patiënten, verwijzers, eerstelijnspraktijken, zorgverzekeraars én revalidatiecentra. In lijn met andere standpuntbepalingen is een stevige impactanalyse een voorwaarde om uiteindelijk tot besluitvorming te komen. De revalidatiecentra bepleiten een integrale, onafhankelijke impact-analyse met actieve betrokkenheid en zeggenschap van de stakeholders.
- Door intensieve revalidatie binnen de medisch-specialistische revalidatie kan de volwassene of het kind eerder of beter participeren in de maatschappij. Daarmee neemt de kwaliteit van leven toe. Dit leidt op den duur in de regel tot verminderde zorgkosten.
Door de participatie in de maatschappij levert de patiënt een waardevolle bijdrage aan onze samenleving; de kosten voor ondersteuning en uitkeringen verminderen en de inkomsten stijgen. Deze benadering komt geheel niet terug in de standpuntbepaling of duiding van ZIN, terwijl dit juist de centrale vraag dient te zijn.

- De standpuntbepaling en duiding kunnen niet los gezien worden van het bekostigingssysteem van de medisch-specialistische revalidatie en de zorgcontractering van met name de zelfstandige revalidatiecentra (circa 75% van de medisch-specialistische revalidatie). Hier gaat ZiN volledig aan voorbij.
- Op basis van een één-op-één doorvertaling van de beide standpuntbepalingen naar de revalidatiecentra komt naar voren dat de impact groot en mogelijk té groot is. De drempels van het stepped-care-model en de toestemmingsvereiste leidt tot verminderde instroom van patiënten. Daarbij zal een groot deel van de oncologische revalidatie, hartrevalidatie en longrevalidatie binnen Basalt afgebouwd moeten worden. De cumulatie van beide effecten kan bij Basalt resulteren in een derving van de inkomsten van 10% tot 25%. Tegelijkertijd nemen de administratieve kosten als gevolg van de drempels, zoals verantwoording van stepped care en toestemmingsvereiste, toe. De voorlopige inschatting is de toename van de directe kosten 5% tot 10%. De combinatie van verminderde opbrengsten en stijgende kosten brengt grote risico's voor de continuïteit van de revalidatiecentra met zich mee. Bovenal is de patiënt hiervan uiteindelijk de dupe.
- De medisch-specialistische zorg breed en medisch-specialistische revalidatie specifiek staan aan de vooravond van een ongekennde transformatie in de komende jaren. Het Integraal Zorg-akkoord geeft daarbij duidelijk de richting en het kader aan. Op deze richting hebben de revalidatiecentra al enige jaren ingezet en zullen daar ook in de komende jaren in doorgaan. Hiermee wordt uiteindelijk passende zorg geleverd. Echter, de standpuntbepalingen van u als Zorginstituut Nederland wijzen een geheel andere c.q. onwenselijke richting op. Gegeven de grote risico's voor de continuïteit, kwaliteit, bereikbaarheid, beschikbaarheid en doelmatigheid van de revalidatiegeneeskunde in Nederland, doet Basalt een klemmend beroep op ZiN om de voorliggende rapporten terug te nemen. De argumenten in deze brief rechtvaardigen een andere, zorgvuldiger en meer transparante aanpak gericht op écht passende zorg.
- Bij iedere wijziging in de MSR kan de impact op onze organisatie en daarmee op alle patiënten van ons groot zijn. De motivatie van deze reactie is deels ingegeven door inhoudelijke kanttekeningen die volgens ons niet zullen uitpakken zoals ZIN dit bedoelt, maar zeker ook door het feit dat nergens in de rapporten een gedachte lijkt te gaan naar de mogelijk bredere impact van een duidingstraject. Vooral dat laatste punt vinden wij alarmerend.
- Met de benaderingen van aantoonbare en geregistreerde 'stepped care' en van een vorm van machtigingen bij de pijnrevalidatie, stapt ook ZIN in de valkuil van verdere regulering en 'control'. De uitwerking van stepped care is onnodig, onduidelijk en zeker ook veel te gedetailleerd. Het laat zich lezen als een uitgebreide werkinstructie / afvinklijst voor artsen. Dit leidt tot een schijnnaauwkeurigheid en bureaucratie, die niet aansluit bij de praktijk van de zorg. Binnen de gehele zorg wordt er stevig ingezet op 'Ontregel de zorg' en vermindering van de administratieve last. De uitkomst hiervan is dat helaas de zoveelste 'parse krokodil' in de hoek wordt gezet bij een zorgsector die aantoonbaar meer en meer zucht onder toenemende bureaucratie en regeldruk.
- Kosten van overhead blijven toenemen, professionals lopen diep teleurgesteld, gefrustreerd en gedemotiveerd weg uit de zorg, huisartsen stoppen onnodig eerder met hun praktijk en patiënten worden vaker ontevreden. De benadering van ZIN kan zich laten lezen als blijk van weinig tot geen vertrouwen in de medisch-specialistische revalidatie en dat is onterecht. We hebben vooral hulp nodig van ZIN om deze bureaucratie aan te pakken. De politiek is hiertoe niet in staat, verzekeraars hebben geen echt belang en de zorg bezwijkt op een gegeven moment.
- Revalidatie Friesland vraagt ZIN uitdrukkelijk om de doelstelling en aantoonbare meerwaarde van deze aanvullende regelingen rondom 'stepped care' en 'machtigingen' bij de pijnrevalidatie evenwichtig en genuanceerd uit te werken. Doe onderzoek naar de historie van de toepassing van dit soort instrumenten en het verschil tussen oorspronkelijk beoogde en uiteindelijk gerealiseerde effect en pas op voor onnodige bureaucratie.

De geschiedenis laat zien dat de zorgvraag uiteindelijk niet wordt beteugeld, maar dat geldstromen anders gaan lopen. Ik pleit nadrukkelijk voor 'high trust, high penalty': begin met vertrouwen en straf hard bij misbruik. U kunt dit beschouwen als een noodkreet.

- De voorgestelde standpuntbepaling medisch-specialistische revalidatie en duiding medisch-specialistische pijnrevalidatie kunnen een enorme impact hebben op patiënten, op verwijzers (huisartsen en medisch-specialisten), op eerstelijnspraktijken, op zorgverzekeraars en op de revalidatiecentra. Net als bij andere standpuntbepalingen of duidingen is een stevige impact-analyse volgens ons een harde vereiste voorafgaande aan de besluitvorming. Revalidatie Friesland pleit er voor dat een dergelijke impact-analyse door ZIN samen met de stakeholders wordt uitgevoerd om zo te komen tot een integrale en betere standpunt bepaling en duiding.
- Als het totaal van doelgroepen chronische pijn en oncologische revalidatie in de MSR weg zou vallen, ontstaat bij ons per direct een omzetverlies van bijna 20%. Hierdoor wordt het locatiemodel van Revalidatie Friesland, met locaties die goed verspreid en toegankelijk zijn in een dunbevolkte regio, financieel onhaalbaar. Ook wordt ons klinisch centrum in Beetsterzwaag dusdanig kwetsbaar dat een zelfstandige kliniek niet meer realistisch is. Per saldo betekent dit het faillissement van onze organisatie en daarmee zou een uniek revalidatiecentrum voor kinderen én volwassenen verdwijnen. Ieder duidingstraject zonder impactanalyse is daarmee alarmerend voor ons.
- De conclusie is dat de impact en het effect op de organisatie enorm kan zijn en de patiënten geen behandeling meer krijgen, terwijl er wel een zorgvraag is. Immers, de zorgvraag wordt in de duidingstrajecten niet aangepakt, maar alleen de mate waarin deze wel of niet is verzekerd. Weliswaar kan dat primair de taak van ZIN zijn, maar het zou op zijn minst helpend zijn als ZIN hier wel een tekst aan wijdt.
- Wij constateren jaar op jaar dat we in de zorg niet opgewassen zijn tegen de effectieve lobby van industrie en bedrijven, die burgers zoveel mogelijk stimuleren om te veel, te vet, te zout en te zoet te eten met de daarbij behorende schadelijke gezondheidseffecten. Het is dweilen met de kraan open. Ook in onze gesprekken met de zorgverzekeraars lukt het ons niet om hier daadwerkelijk actie op te ondernemen: de kosten worden op een andere plaats gemaakt dan waar de baten terecht komen en zo blijven we landelijk vooral praten over preventie, maar blijft de onmacht groot om hier daadwerkelijk op in te gaan grijpen. In plaats daarvan wordt gekeken naar beperking van het pakket van de basisverzekering, ofwel de weg van de minste weerstand. De ongelijkheid neemt zo steeds meer toe en de kansen op een gezond leven nemen voor veel groepen steeds meer af, zeker in de dunbevolkte regio's. Gezondheid wordt steeds meer een artikel voor de 'happy few'. Hoe vaak moet dit nog wetenschappelijk worden onderbouwd?
- Het resultaat voor de patiënt in ons werkgebied is, dat het risico toeneemt op verminderde toegang, bereikbaarheid en beschikbaarheid van medisch-specialistische revalidatie.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):

- Er wordt verzocht om nu en in het vervolg bij duidingstrajecten standaard een impactanalyse mee te nemen. Ook is het wenselijk dat de NVZ voortaan, als het medisch specialistische zorg betreft, standaard te betrekken.
- Standpunt sluit onvoldoende aan bij de uitgangspunten van passende zorg (kader passende zorg) en het IZA. Standpunt sluit niet aan bij ons zorgstelsel. Daarbij heeft het standpunt vanuit ketenbenadering een onwenselijke impact op andere medisch specialistische zorg en kan het onwenselijke precentwerking op andere medisch specialismen hebben. In zijn algemeenheid verzoekt NVZ het conceptstandpunt aan te passen zodat het beter aansluit bij kader passende zorg en IZA en de werking van het zorgstelsel. (er wordt aanvullend verwezen naar de reactie van Revalidatie Nederland)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN):

- De impact van het standpunt is groot. Bestaande behandelingen verdwijnen uit de verzekerde zorg, terwijl de druk op andere vormen toeneemt. De impact is te groot om zonder overgangstraject door te voeren. Advies om het standpunt niet per direct in te laten gaan.

Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV):

- De VAV hecht er verder aan om aan te geven dat in het document slechts de processen van de MSR worden beschreven en niet die van de volledige zorgketen/zorgnetwerk. Hoewel de VAV begrijpt hoe deze keuze tot stand is gekomen, kleven hier wel nadelen aan. Door het ontbreken van een adequate inrichting van stepped / matched care van het hele zorglandschap ontbreken ook alternatieven voor MSR. Hierdoor rijst de vraag welke zorg en waar in de keten dit dan wel passend is bij de urgente en complexe hulpvragen die volgens het document (nog) niet in de MSR behandeld zouden moeten worden. Deze hulpvragen staan overigens niet ter discussie en blijven bovendien ongewijzigd. In het veld zijn om tot die betere inrichting te komen daarom door bijvoorbeeld zorgverzekeraars en zorgaanbieders initiatieven gestart voor bepaalde doelgroepen. Dit standpunt geeft hieraan weinig tot geen ondersteuning. Zonder aan de voorkant de uitvoerbaarheid en haalbaarheid van de te verlenen zorg elders in de keten te toetsen of concreet alternatieven in te richten, bestaat het gevaar dat op dit punt de patiënt degene zal zijn die straks tussen wal en schip zal vallen. Uiteindelijk zal dit leiden tot juist stijgende kosten, meer administratie, afbreken van bestaande structuren zonder werkend alternatief, en last but not least nog minder grip op deze complexe doelgroep. Gezien de huidige ervaringen met de pogingen om tot een betere inrichting van de zorg voor de betreffende doelgroepen te komen, lijkt een landelijk gecoördineerde aanpak een effectievere oplossing dan dit over te laten aan individuele partijen.

Patiëntenfederatie Nederland:

- Het conceptstandpunt gaat voorbij aan een belangrijk mogelijk negatief effect voor patiënten, namelijk onderbehandeling. Dat kan zijn doordat mensen "uit zorg" raken, of dat bijvoorbeeld de aangewezen plaats voor deze mensen hier niet in kan of wil voorzien. Zo geven bijvoorbeeld huisartsen aan dat de druk te hoog is, zijn er in toenemende mate mensen zonder eigen huisarts, bestaan er wachtlijsten voor medisch specialistische zorg etc. Maar de zorgvraag waar mensen mee zitten verdwijnt niet. Elders in het systeem zal dit dus opnieuw tot zorgvragen leiden. Vanuit het oogpunt van passende zorg lijkt dit niet wenselijk. En wanneer mensen nergens terecht kunnen, kan dat negatieve effecten hebben op hun herstel, functioneren, kwaliteit van leven en (later) leiden tot extra zorgkosten. Dat iemand niet (meer) in aanmerking komt voor IMSR kan na een goede, volledige en integrale beoordeling een uitkomst zijn. Maar dan moet er wel een passend en volwaardig alternatief zijn. En dat lijkt lang niet overal en altijd het geval.

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH):

- mist de uitwerking van de consequenties voor patiënten en de gehele keten van revalidatiezorg in het algemeen. Aanbeveling is de uitvoerbaarheid van het standpunt en organisatorische en financiële consequenties te onderzoeken d.m.v. een budgetimpactanalyse.

Nederlandse Vereniging voor reumatologie:

- Het beschreven indicatiestellingsproces lijkt een zeer complex en arbeidsintensief, met veel verantwoordelijkheden bij andere professionals en de patiënt. Dit laatste is bijzonder nadelig, omdat juist die groep mensen met reumatische aandoeningen die in aanmerking komt voor MSR een zeer kwetsbare groep is, met mogelijk onvoldoende (gezondheids)vaardigheden om in dit proces regie te voeren. Daarbij kan de complexiteit van de procedure tot vertraging leiden in de opname in de MSR met nadelige effecten op de gezondheid.

-

Reactie Zorginstituut:

- De tekst van hoofdstuk 1 is opnieuw bekeken en enkele onderdelen aangepast, waarbij duidelijk onderscheid is gemaakt naar de wettelijke taken van het Zorginstituut.
- Het is niet gebruikelijk dat het Zorginstituut een onafhankelijke impactanalyse laat uitvoeren over een uit te brengen standpunt. Wanneer dat relevant is wordt wel een budgetimpactanalyse uitgevoerd, wanneer er positieve of negatieve gevolgen verwacht worden voor het Budgettair Kader Zorg.

Dit standpunt is een actualisatie en uitwerking van het standpunt over MSR uit 2015. Er was geen doelstelling om door middel van dit standpunt de totale kosten van MSR direct te beïnvloeden.

Veel onderdelen van 'plegen te bieden', indicatiegroepen en indicatiecriteria zijn verder uitgewerkt, maar het is niet automatisch zo dat de kosten van MSR als gevolg van die uitwerking direct veel beïnvloed zullen worden. Veel onderdelen werden ook al in het standpunt van 2015 benoemd, zoals het uitgangspunt van stepped care. In het standpunt van 2015 was ook een lijst van indicatiegroepen opgenomen, die vrij onduidelijk en verouderd was. Aangezien de indicatiegroepen die nu in samenwerking met de klankborggroep zijn geformuleerd nauw aansluiten bij de patiëntengroepen die in de MSR-praktijk worden gezien, verwachten wij door dit standpunt niet direct een grote verandering in het aantal patiënten dat mogelijk een indicatie heeft voor MSR.

De begrippen complexe problematiek en samenhangende problematiek op meerdere ICF-domeinen zijn in dit standpunt geoperationaliseerd. Ook hiervan verwachten we geen grote invloed op het totale aantal patiënten, maar wel op de selectie van patiënten die echt zijn aangewezen op MSR. Dit leidt eerder tot meer dan minder zorg bij deze patiënten. Omdat deze begrippen gebruikt worden in de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR bij een individuele patiënt hebben wij deze operationalisering voorgesteld in de vorm van een handleiding met vier indicatiecriteria. Dit betekent dat ook andere indicatiecriteria en argumenten gebruikt kunnen worden door de revalidatiearts om de indicatiestelling bij een individuele patiënt te onderbouwen. In hoofdstuk 6 is aangegeven dat de bij MSR betrokken partijen hebben toegezegd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt. Hierdoor zal het draagvlak voor de werkwijze die de revalidatiearts bij de indicatiestelling dient toe te passen sterk vergroot kunnen worden.

De afbakening van MSR ten opzichte van andere vormen van revalidatiezorg kan wel leiden tot afname van patiënten in de MSR met diagnoses die een mogelijke indicatie voor die andere vormen van revalidatiezorg vormen. Door de afbakening wordt duidelijker dat deze patiënten geen indicatie hebben voor MSR-zorg. Hierbij wordt een trend doorkruist die de afgelopen jaren is ontstaan en waarbij een deel van deze patiënten toch binnen de MSR werd behandeld. Voor de patiënten vervalt deze zorg niet, omdat voor hen zorgaanbod onder supervisie van de behandelend medisch specialist nog steeds toegankelijk is, conform de richtlijnen die hiervoor beschikbaar zijn. Alleen omtrent IMSR bij oncologische patiënten heeft de discussie tussen partijen geleid tot de noodzaak om een literatuuronderzoek gericht op effectiviteit uit te voeren, dat geen relevante studies heeft opgeleverd ter onderbouwing van deze interventie-indicatie-combinatie. Op dit terrein zal een duiding worden uitgevoerd, en zal de uitslag daarvan bepalend zijn voor het continueren van deze aanspraak. Deze patiëntengroep omvat momenteel ongeveer 3.000 patiënten per jaar.

- Inmiddels is in opdracht van RN en ZN door het onderzoeksbureau CommitCare een onafhankelijke impactanalyse uitgevoerd, waarin het de intentie was om de huidige en toekomstige situatie inzake MSR na vaststelling van het standpunt in beeld te brengen. Het concept standpunt dat voor de consultatie is gebruikt was daarbij het uitgangspunt. De analyse geeft aan dat ten opzichte van het standpunt uit 2015 een meer nauwgezette beschrijving van het begrip stepped care heeft plaatsgevonden en dat wordt voorgeschreven dat er een integrale beoordeling moet plaatsvinden bij elke nieuwe patiënt die aangewezen is op MSR. De impact van het aantoonbaar toepassen van stepped care voor aanbieders van MSR laat zich volgens de analyse niet in één getal of bedrag vangen. De interpretatie van het concept standpunt en de uitwerking die daaraan gegeven wordt door zowel aanbieders als verzekeraars hebben daar grote invloed op. De impact is afhankelijk van de volgende vier punten:

- Benodigde informatie: de kwaliteit en volledigheid van de informatie die door de verwijzer verzameld moet worden.

- Toepassing stepped care: de mogelijkheid om informatie op gestructureerde manier beschikbaar te krijgen ter beoordeling door revalidatieartsen.
- Uitzonderingen: het 'wel of niet' vastleggen van alle stepped care stappen bij indicaties die benoemd zijn op de lijst met aandoeningen als 'IMSR tenzij'.
- Controlemaatregelen: de wijze waarop verzekeraars controlemaatregelen dienen in te zetten.

Commitcare stelt, dat het de zorgaanbieders en verzekeraars zou helpen wanneer het onderdeel benodigde informatie uit bijlage C (Resultaat deelproject 'Stepped care') in het definitieve standpunt als leidraad wordt geadviseerd, waarbij de invulling van deze werkwijze in de praktijk aan het werkveld worden overgelaten. Ook het verbinden van de uitwerking van de lijst met aandoeningen 'IMSR, tenzij' met de intentie waarmee deze is opgesteld vermindert de impact. Daarnaast is het van belang om te zorgen dat de benodigde informatie vanuit de verwijzer snel inzichtelijk is bij de revalidatiearts, hierbij kan men denken aan werkafspraken over een gestandaardiseerde verwijsbrief of standaard velden in Zorgdomein.

Aan de eerste twee punten van dit advies is in dit standpunt tegemoet gekomen. Vanwege de interpretatie van de wettelijke taken van het Zorginstituut (zie hoofdstuk 1) zijn de indicatiecriteria die in hoofdstuk 6 worden beschreven (inclusief de beoordeling van het voorafgaande stepped care-traject) opgenomen in een handleiding, die de revalidatiearts kan toepassen bij de beoordeling van de indicatiestelling. Wanneer de revalidatiearts ervoor kiest om de handleiding niet toe te passen, dan zal hij alternatieve argumenten moeten gebruiken om de indicatiestelling op de verschillende aspecten van de indicatiecriteria te onderbouwen. Verder zijn in het standpunt de afspraken tussen VRA en ZN bevestigd over een lijst van revalidatiediagnosen, waarbij meestal een duidelijke indicatie voor MSR bestaat. Een groot deel van de patiënten is direct bij of enige tijd na het ontstaan van die aandoening aangewezen op IMSR. De lijst wordt gepubliceerd op de website van de VRA. Bij de aandoeningen op deze lijst staat een indicatie voor IMSR vrijwel nooit ter discussie en blijkt de complexiteit van de medische situatie van de patiënt tijdens de IMSR, omdat in het patiëntendossier sprake zal zijn van ernstige en meervoudige samenhangende stoornissen in fysieke, mentale of cognitieve functies. Niet altijd hoeven patiënten met één (of meer) van deze aandoeningen aangewezen te zijn op IMSR, immers sommige patiënten hebben een beperkt aantal relatief milde stoornissen, waarbij minder intensieve eerstelijns behandelingen nog tot de mogelijkheden behoren. Maar voor het deel van de patiënten met één (of meer) aandoeningen op genoemde lijst, dat direct is aangewezen op IMSR, vervalt het uitgangspunt van stepped care. Bij hen bestaat de beoordeling van het stepped care-traject voorafgaand aan IMSR uit de constatering, dat gezien de aard en ernst van de aandoening een stepped care-traject niet aan de orde is.

Totstandkoming van standpunt

VRA/RN:

- Uw standpunt is het resultaat van jaren onderzoek en analyse in het veld. Hoewel wij ons als sector en als beroepsgroep altijd constructief hebben opgesteld, merken wij op dat er in de klankbordgroep -anders dan u op pagina 36 suggereert- géén consensus is ontstaan over de omschrijvingen en criteria in uw standpunt. De klankbordgroep was bovendien geen besluitvormend orgaan; de deelnemers hadden zitting zonder last- en ruggenspraak

Reactie Zorginstituut:

Er is een verschillende perceptie ontstaan over de mate van overeenstemming in de klankbordgroep over de omschrijvingen en criteria in het concept standpunt.

Ook is de wijze waarop partijen vertegenwoordigers hebben afgevaardigd naar de klankbordgroep en werkgroep stepped care en het mandaat dat zij hadden achteraf ter discussie komen te staan.

Het is juist dat de klankbordgroep geen besluitvormend orgaan was, dat is ook meermalen in de klankbordgroep zelf aan de orde geweest. Voor input en feedback vanuit de veldpartijen, het verkrijgen van goede informatie uit de dagelijkse praktijk en het discussiëren over nieuwe voorstellen en ontwikkelingen is het fijn geweest om met de leden van de klankbordgroep samen te werken.

Perspectief patiënten

Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:

- Hoewel de patiëntenfederatie volgens het rapport is betrokken, ontbreekt in beide rapporten het perspectief van de patiënten. Na een groot ongeval, ernstige aandoening of bij een aangeboren afwijking staat de patiënt voor de complexe opgave om te herstellen en om weer in de maatschappij te participeren. De medisch-specialistische revalidatie is hét medisch specialisme dat de patiënten hiervoor behandelt en ondersteunt. Zonder de interdisciplinaire behandeling van medisch-specialistische revalidatie herstelt de patiënt minder effectief, is de kwaliteit van leven minder en is de bijdrage aan de maatschappij minder groot.

Reactie Zorginstituut:

Wij zijn van mening dat patiënten zelf kunnen aangeven of hun perspectief voldoende is meegenomen in een bepaald standpunt. Zij hebben daarover geen negatief commentaar gegeven. Wel hebben ze hun zorgen uitgesproken over patiëntengroepen waarvoor de aanspraak op IMSR ter discussie is komen te staan.

De elementen waarvan in het commentaar wordt aangegeven dat deze belangrijk zijn voor het patiëntenperspectief komen in het standpunt duidelijk aan bod.

Bijlage over arbeidsrevalidatie:

Ergotherapie Nederland:

- '...zoals het organiseren van ondersteuning door leidinggevende of collega's' (P 52, alinea 2, laatste regel): Goed om erbij te zetten waar deze directe begeleiding dan mogelijk wel door gefinancierd wordt (zoals werkgever die arbeidscoach inschakelt).
- Tabel nr 29 & 30 Werkplekaanpassing, werkaanpassing: Nee...Uitgezonderd specifieke hulpmiddelen of aanpassingen die als gevolg van de aandoening en de (rest)beperkingen nodig zijn op de werkplek (P 58, nr 29/30). Toelichting: Bij verschillende aandoeningen komt het voor dat er hulpmiddelen of aanpassingen op het werk nodig zijn. Vanwege de aandoening(en) en beperkingen zijn deze vaak specifiek. Een ergotherapeut uit de revalidatiesetting beschikt over de specifieke deskundigheid en ervaring om deze te kunnen adviseren. Dit geldt bijvoorbeeld voor dwarslaesie, NMA, ALS en jongeren die kunnen participeren in arbeid. Het adviseren en verstrekken van niet adequate hulpmiddelen of aanpassingen (bijvoorbeeld door een arbeidsdeskundige die betrokken is) kan leiden tot ernstige complicaties zoals bijv. decubitus of contracturen. Het vanuit de revalidatiesetting opstellen van een pakket van eisen voor hulpmiddelen of aanpassingen zou kwalitatief beter, efficiënt en doelmatig zijn. De patiënt en/of zijn naasten kunnen dit advies voorleggen aan de betreffende professionals op de werkplek.
- 18 & 19 Psychologische ondersteuning en fysio- of oefentherapeutische behandeling (vanuit MSR team) specifiek gericht op arbeidsbeperkingen (P 69 1e alinea): Voorstel aanvullen: 18 & 19 Psychologische ondersteuning, ergotherapeutische en fysio- of oefentherapeutische behandeling (vanuit MSR team) specifiek gericht op arbeidsbeperkingen. Toelichting: Bij arbeidsbeperkingen is de ergotherapeut een van de belangrijkste uitvoerende disciplines in het MSR team, deze ontbreekt nu in de gehele tekst.

- "Uit bovenstaande kunnen we afleiden dat fysio- of oefentherapeutische en psychologische behandeling zorg is zoals revalidatieartsen (en het revalidatieteam) plegen te bieden' (P 69, derde alinea, eerste regel): Voorstel aanpassen: "Uit bovenstaande kunnen we afleiden dat ergotherapeutische, fysio- of oefentherapeutische en psychologische behandeling zorg is zoals de leden van het behandelteam deze plegen te bieden.' Toelichting: de revalidatiearts indiceert, coördineert, evalueert. De behandeling wordt uitgevoerd door ergotherapeuten, fysio-of oefentherapeuten en/of psychologen.
- Gezien deze beschrijving vinden wij dat training op de werkplek, specifiek gericht op arbeidsbeperkingen indien simulatie niet mogelijk is vanwege de complexiteit van de werktaak, niet tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep behoort: Zoals al eerder genoemd: wel als uitzondering als hierbij specifieke kennis van een behandelaar nodig is vanwege de aard van de aandoening of complexiteit van de problematiek (P 58, Tabel nr 29/30).

Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF):

- Complimenten voor de toetsing van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in bijlage D. dit geeft een verhelderend overzicht van wat er wel en niet onder te verzekeren zorg valt.

Reactie Zorginstituut:

Aangezien de tekst van deze bijlage al eerder is vastgesteld binnen het Zorginstituut, hebben wij daarin geen wijzigingen meer aangebracht, maar alleen een samenvatting in hoofdstuk 5 van het standpunt opgenomen. Wat betreft hulpmiddelen is advisering over persoonlijke hulpmiddelen die het functioneren kunnen verbeteren mogelijk. Na een (anamnestische) inventarisatie van de arbeidssituatie en knelpunten in arbeidsbelasting tijdens de MSR-intake of -behandeling kan een advies volgen over persoonlijke hulpmiddelen die ondersteunend zijn om de knelpunten in de arbeidsbelasting te verminderen. Het onderzoeken van de werkplek op mogelijkheden voor aanpassingen of het adviseren over werkplekaanpassingen (incl. specifieke hulpmiddelen op het werk) valt onder de verantwoordelijkheid van de werkgever. In specifieke situaties zijn hier bekostigingsmogelijkheden voor vanuit het UWV.