

Standpunt Medisch-Specialistische
Revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen
plegen te bieden

Datum 27 juni 2023
Status definitief

Colofon

Volgnummer	2022004672
Contactpersoon	Dhr. H.S. Miedema +31 (0)6 308 862 66
Afdeling	Zorg
Uitgebracht aan	Raad van Bestuur

Inhoud

Samenvatting—1

Inleiding—3

- 1 Wettelijk kader medisch-specialistische revalidatie—6**
 - 1.1 Zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden—6
 - 1.2 Stand van de Wetenschap en Praktijk (SWP)—8
 - 1.3 Behoefte aan zorg en indicatiestelling—8

- 2 Omschrijving van medisch-specialistische revalidatie—10**
 - 2.1 Wat is Medisch Specialistische Revalidatie (MSR)?—10
 - 2.2 Algemene MSR—12
 - 2.3 Interdisciplinaire MSR—13
 - 2.4 Klinische interdisciplinaire MSR—13
 - 2.5 Beoogd resultaat van de MSR—14
 - 2.6 Methoden en technieken van de MSR—14
 - 2.7 Fasering in het onderzoek en de behandeling van patiënten—15
 - 2.8 Lijst van revalidatiediagnosen met meestal duidelijke indicatie voor MSR—17

- 3 Indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR—18**
 - 3.1 Drie indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR—18
 - 3.2 Stand van de wetenschap en praktijk—20
 - 3.2.1 IMSR bij patiënten met chronische pijn—20
 - 3.2.2 IMSR bij patiënten met oncologische problematiek—20

- 4 Afbakening MSR ten opzicht van andere vormen van revalidatie—22**
 - 4.1 Eerstelijns revalidatie—22
 - 4.2 Geriatrische revalidatiezorg—22
 - 4.3 Orgaanrevalidatie—22
 - 4.3.1 Hartrevalidatie—23
 - 4.3.2 Longrevalidatie—23
 - 4.3.3 Diabetesrevalidatie—24
 - 4.4 Oncologische revalidatie—24

- 5 Arbeidsrevalidatie in de MSR: wanneer te verzekeren zorg?—25**
 - 5.1 Relatie tussen arbeidsrevalidatie en MSR—25
 - 5.2 Bekostiging van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in de MSR—26
 - 5.3 Te verzekeren op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten in de MSR—26
 - 5.3.1 Communicatie met bedrijfsarts en andere arboprofessionals—27
 - 5.3.2 Diagnostische activiteiten en opstellen behandeldoelen voor arbeidsparticipatie—27
 - 5.3.3 De setting waarin de zorg wordt geboden—27
 - 5.4 Geen te verzekeren zorg volgens de Zvw—28
 - 5.5 Quicksan in het programma 'Vroege Interventie'—28

- 6 Integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR—29**
 - 6.1 Handleiding voor de integrale beoordeling met vier indicatiecriteria—30
 - 6.1.1 Beoordeling of sprake is van stoornissen op meerdere functiedomeinen—32
 - 6.1.2 Beoordeling of sprake is van ernstige functiestoornissen—34
 - 6.1.3 Beoordeling of het stepped care-traject voldoende is ingevuld—35
 - 6.1.4 Beoordeling of de behandelcomponenten van IMSR kunnen worden ingezet die aangrijpen op de beschreven problemen—36

7	Standpunt medisch-specialistische revalidatie—37
7.1	Standpunt—37
7.2	Handleiding met vier indicatiecriteria voor de indicatiestelling voor IMSR—37
7.3	Consequenties van dit standpunt—37
7.4	Consultatie van het concept standpunt—37
7.5	Uitvoerbaarheid van het standpunt—38

Bijlage A Resultaat deelproject 'Arbeidsrevalidatie'—40

Bijlage B Literatuuronderzoek MSR bij oncologische patiënten—68

Bijlage C Resultaat deelproject 'Stepped care'—70

Bijlage D Toepassing van de ICF-qualifiers—74

Literatuur—76

Samenvatting

In dit standpunt beoordelen we het hele gebied van zorgverlening door revalidatieartsen. We noemen dit medisch-specialistische revalidatie (MSR). MSR-zorg is gericht op het behandelen van mensen die door een ziekte of aandoening ernstige problemen ervaren in hun dagelijkse activiteiten en maatschappelijk functioneren. Het doel van MSR-behandeling voor de patiënt is optimale zelfredzaamheid, eigen regie en deelname aan de maatschappij. Ieder jaar ontvangen ongeveer 200.000 patiënten MSR-zorg.

In dit standpunt heeft het Zorginstituut onderzocht voor welke patiënten met welke klachten of aandoeningen MSR-zorg uit het basispakket van de zorgverzekering vergoed kan worden. Ook heeft het Zorginstituut samen met de beroepsorganisaties van revalidatieartsen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars een handleiding gemaakt voor de wijze waarop een revalidatiearts bij de individuele patiënt de indicatie kan stellen voor intensieve behandeling door het revalidatieteam. Het gaat dan om het vaststellen welke aandoening en functiestoornissen de patiënt heeft en hoe complex de gezondheidssituatie is. De handleiding bevat vier indicatiecriteria waarmee alle revalidatieartsen op dezelfde manier kunnen beoordelen wie in aanmerking komt voor dit type MSR-behandeling.

De meest bij revalidatie betrokken partijen hebben afgesproken om met dit standpunt als uitgangs- of startpunt in het komende jaar een kwaliteitsstandaard op te stellen, waarin zij afspraken vastleggen over de wijze waarop de revalidatiearts bij een individuele patiënt op een navolgbare manier de indicatie voor intensieve behandeling kan stellen.

MSR-behandeling en passende zorg

Bij een MSR-behandeling werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Dat team kan onder meer bestaan uit een psycholoog, orthopedagoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, logopedist of revalidatietechnicus. Het hele team werkt onder leiding van de revalidatiearts en samen met de patiënt aan het herwinnen of behouden van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren en kwaliteit van leven.

Behandelingen in de MSR-zorg zijn intensief en kostbaar, en zijn alleen bedoeld voor patiënten die gezien de aard van hun ziekte of aandoening en de hierdoor veroorzaakte beperkingen deze intensieve zorg nodig hebben, omdat andere vormen van revalidatiezorg voor hen ontoereikend zijn. De zorg moet passend zijn. Passende zorg betekent: onnodige zorg voorkomen, zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt aanbieden en inzetten op gezondheid en functioneren van de patiënt. De revalidatiearts moet de patiënt de behandeling adviseren die het beste past bij de ernst van de gezondheidsproblemen. Als dat buiten de revalidatie-instelling of – afdeling is, dan kan hij daarnaar verwijzen. Zo krijgen patiënten passende zorg en geen intensievere behandeling dan noodzakelijk.

Welke patiënten komen in aanmerking voor MSR?

In het standpunt zijn drie indicatiegroepen benoemd. Dat zijn groepen patiënten met bepaalde klachten en aandoeningen die een MSR-behandeling nodig kunnen hebben. De indicatiegroepen zijn uitgebreid, maar duidelijk afgebakend van andere patiëntengroepen waarbij geen aanspraak op MSR-behandeling mogelijk is.

Sommige patiënten moeten eerst eerstelijnsbehandelingen hebben gehad, bijvoorbeeld bij een fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog. Pas wanneer deze behandelingen ontoereikend zijn gebleken komen zij in aanmerking komen voor MSR-behandeling. Dit noemen we ook wel *stepped care*. Dat is een stapsgewijze manier van behandelen, waarbij de patiënt niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk. De patiënt ontvangt dan eerst de meest eenvoudige behandeling die past bij de aandoening of klachten, bijvoorbeeld bij de fysiotherapeut. Werkt dat onvoldoende, dan kan een tweede of derde eerstelijns zorgverlener mee gaan behandelen. Als het effect nog steeds onvoldoende is kan de behandeling geïntensiveerd worden, bijvoorbeeld bij een revalidatiearts in het ziekenhuis of revalidatiecentrum. Dit sluit goed aan bij de visie: de juiste zorg op de juiste plek.

Uitleg over deelonderzoek naar het effect van enkele MSR-behandelingen

Voor dit standpunt is onderzoek gedaan naar wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van enkele MSR-behandelingen.

Op het gebied van MSR-behandeling bij mensen met chronische pijn hebben we een duiding uitgevoerd en vastgesteld dat er voldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor de effectiviteit. Hierover heeft het Zorginstituut een apart standpunt uitgebracht. De conclusie was dat deze indicatie voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Dat is het wettelijke criterium waarmee we vaststellen of de zorg echt werkt en gezondheidswinst oplevert voor patiënten.

Voor het toepassen van MSR als herstellende zorg bij mensen die wegens kanker zijn behandeld, hebben we vastgesteld dat er geen relevante gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken beschikbaar zijn. Daar is dus sprake van een kennislacune. Het Zorginstituut zal op dit terrein een duidingonderzoek uitvoeren om de vraag te beantwoorden in hoeverre de meerwaarde van MSR-behandeling bij deze indicatie voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Ook hierover zal een apart standpunt worden uitgebracht. Tot die tijd blijft de aanspraak op MSR voor deze indicatie ongewijzigd.

Over de standpunten van het Zorginstituut

Zorginstituut Nederland geeft aan welke zorg in het basispakket zit. Dan is het verzekerde zorg. Het Zorginstituut kan ook – op eigen initiatief of op verzoek – verduidelijken of bepaalde zorg al dan niet tot het basispakket van de zorgverzekering behoort. Hierover brengen we standpunten uit. Patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars hebben inspraak tijdens het opstellen van een standpunt. Zij kunnen aangeven welke vragen zij belangrijk vinden om mee te nemen bij de beoordeling. Ook kunnen zij op het conceptstandpunt reageren voordat het Zorginstituut dit vaststelt. Hierna kan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport informeren over het standpunt. Die informatie gaat dan ook naar patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Zo krijgt iedereen duidelijkheid en bewaken we met elkaar dat het basispakket zorg van goede kwaliteit bevat. Iedereen moet immers kunnen rekenen op goede en betaalbare zorg, nu en in de toekomst.

Inleiding

Voor u ligt het vervolg op het standpunt van Zorginstituut Nederland uit 2015 over *Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden*.^[1] In dit eerdere standpunt heeft het Zorginstituut omschreven wanneer sprake is van medisch-specialistische revalidatiezorg (MSR), die door of onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts wordt aangeboden.

Toetsing aan het 'plegen te bieden'-criterium speelt lang niet bij iedere duiding een zelfstandige rol. Het speelt met name een zelfstandige rol als we het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) moeten afbakenen of als we binnen de Zvw verschillende zorgprestaties van elkaar willen onderscheiden. Dat waren precies de redenen om in 2015 het standpunt over MSR uit te brengen.

Aanleiding voor een vervolg op het standpunt over MSR uit 2015

Het Zorginstituut heeft nu de te verzekeren prestatie MSR opnieuw bekeken, omdat in de praktijk het standpunt uit 2015 op een aantal onderdelen nog onvoldoende houvast biedt. Bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten(organisaties) zijn er nog veel vragen over de precieze reikwijdte en afbakening van deze zorg. Revalidatieartsen hebben vaak moeite op navolgbare wijze vast te stellen, voor welke patiëntengroepen MSR de meest aangewezen passende zorg is. En voor welke patiëntengroepen andere, minder intensieve vormen van revalidatiezorg passend kunnen zijn, indachtig het uitgangspunt van de juiste zorg op de juiste plek. Het ontbreekt bij revalidatieartsen aan uniformiteit over de indicatiestelling voor MSR-behandelingen, waardoor medisch adviseurs van zorgverzekeraars problemen ondervinden bij het toetsen of er een aanspraak is op te verzekerde zorg. Interpretatieverschillen door zorgverzekeraars en verschillen in vergoedingen en contracterings- en machtigingsbeleid zijn daarvan het gevolg. Voor patiënten kan dit leiden tot ongelijkheid bij de toegang tot MSR.¹

Dit vervolg standpunt heeft als doel meer duidelijkheid verschaffen over de inhoud van de medisch specialistische revalidatiezorg, de indicatiegroepen van patiënten die op deze zorg aangewezen kunnen zijn, de afbakening van deze zorg ten opzichte van andere vormen van revalidatiezorg, en de indicatiestelling door revalidatieartsen voor een interdisciplinaire MSR-behandeling (IMSR). Onze verwachting is dat deze verduidelijking zal bijdragen aan betere toegankelijkheid, organisatie en doelmatigheid van de gehele keten van revalidatiezorg.

Betrokkenheid van diverse partijen bij de ontwikkeling van dit standpunt

Het Zorginstituut heeft in samenspraak met relevante partijen uit het veld van de specialistische revalidatiezorg een traject in gang gezet om het standpunt uit 2015 op een aantal onderdelen verder uit te werken. Bij de ontwikkeling van dit vervolgstandpunt is samengewerkt met alle relevante partijen uit het veld van de specialistische revalidatiezorg (organisaties van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars).

¹ Voor meer achtergrond zie: Plan van aanpak actualisering standpunt medisch-specialistische revalidatie, januari 2019; <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/01/18/plan-van-aanpak-actualisering-standpunt-medisch-specialistische-revalidatie>

In het verlengde van dit vervolgstandpunt willen we de juiste zorg op de juiste plek bevorderen voor alle patiënten die op revalidatiezorg zijn aangewezen. Dit draagt bij aan Passende zorg² in de hele keten van revalidatiezorg, die ook op langere termijn houdbaar is ondanks schaarste aan zorgpersoneel en toenemende zorgkosten.

Om het gesprek met de relevante partijen te faciliteren en voorstellen voor verduidelijking van de verschillende onderdelen van het standpunt te bespreken is een klankbordgroep gevormd van vertegenwoordigers van de volgende partijen:

- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA);
- Patiëntenfederatie Nederland;
- Revalidatie Nederland (RN);
- Werkgroep Revalidatie van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV);
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De klankbordgroep is gedurende het traject in totaal tien keer samengekomen. In de klankbordgroep-overleggen vond afstemming plaats over de voortgang, is input opgehaald voor de verschillende deelprojecten, is gereflecteerd op de resultaten daarvan en is feedback gegeven op conceptideeën en -teksten.

Een concepttekst voor het standpunt hebben we eind juni 2022 ter consultatie aangeboden aan alle relevante partijen op het terrein van de revalidatie en op veel aanpalende terreinen. Naar aanleiding van de commentaren uit de consultatieronde hebben we aanpassingen doorgevoerd, resulterend in dit standpunt, dat op 24 januari 2023 is vastgesteld door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut.

Vier deelprojecten

Er zijn vier deelprojecten uitgevoerd ter voorbereiding van onderdelen van dit vervolg op het standpunt uit 2015;

1. afbakening van de indicatiegroepen voor MSR;
2. betere operationalisatie van het begrip 'complexe en samenhangende problematiek';
3. verduidelijken van het begrip 'stepped care'
4. relatie tussen arbeidsrevalidatie en MSR.

De achtergronden van deze deelprojecten staan beschreven in het plan van aanpak.¹ De resultaten van de deelprojecten zijn verwerkt in dit rapport.

Voor de uitvoering van het derde deelproject is een aparte werkgroep samengesteld met vertegenwoordigers vanuit de volgende partijen:

- Ergotherapie Nederland (EN);
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA);
- Patiëntenfederatie Nederland;
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Werkgroep Revalidatie van de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) nam op eigen verzoek niet actief deel aan deze werkgroep, maar gaf wel feedback op stukken van de werkgroepvergaderingen en keurde het eindproduct goed.

² Passende zorg is een aanpak om ervoor te zorgen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen. Dat is zorg die werkt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen; meer informatie over passende zorg: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg/wat-is-passende-zorg>

Verdere informatie over de uitkomst van het deelproject en de wijze waarop dit gehanteerd kan worden in de keten van revalidatiezorg is beschreven in paragraaf 6.3 en in bijlage C.

Leeswijzer voor de inhoud van dit standpunt

Dit standpunt is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 1 omschrijven we het wettelijk kader voor de MSR, dat van belang is voor het vaststellen van de zorg die revalidatieartsen plegen te bieden en de indicatiegroepen van patiënten die op die zorg aangewezen kunnen zijn. Binnen dit kader beoordeelt een revalidatiearts of de aandoening van een patiënt een mogelijke indicatie kan zijn voor MSR-behandeling en of de patiënt is aangewezen op één van de behandel mogelijkheden van de MSR;
- In hoofdstuk 2 is opgenomen welke behandel mogelijkheden er binnen het MSR domein zijn, die door of onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts worden uitgevoerd in de tweede lijn. We onderscheiden daarbij twee zorggebieden, namelijk algemene MSR (AMSR) en interdisciplinaire MSR (IMSR).
- Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de indicatiegroepen van patiënten waartoe een verzekerde moet behoren om redelijkerwijs op MSR te kunnen zijn aangewezen.
- Hoofdstuk 4 geeft een verdere afbakening van MSR ten opzichte van andere vormen van revalidatiezorg, namelijk eerstelijnsrevalidatie, geriatrische revalidatiezorg (GRZ), orgaanrevalidatie (hart-, long- of diabetesrevalidatie) onder leiding van een andere medisch specialist en oncologische revalidatie.
- Hoofdstuk 5 gaat in op de plaats van arbeidsrevalidatie binnen de MSR. Hierin beschrijven we in het kort bij welke op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten binnen de MSR er wel of niet sprake kan zijn van te verzekeren zorg volgens de Zvw.
- Hoofdstuk 6 omschrijft een mogelijke handelwijze waarmee de revalidatiearts bij een individuele patiënt de indicatie voor IMSR op een navolgbare manier kan beoordelen. Hierin worden vier indicatiecriteria beschreven. Bij adequaat gebruik daarvan kan de indicatie voor IMSR in beginsel voldoende worden onderbouwd;
- Hoofdstuk 7 bevat de conclusies in dit standpunt en enkele overwegingen over de uitvoerbaarheid en de implementatie;
- De bijlages A en C bevatten de volledige resultaten van de deelprojecten op het gebied van Arbeidsrevalidatie (basis voor hoofdstuk 5) en Stepped Care (basis voor paragraaf 6.3); Bijlage B bevat een verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van IMSR bij oncologische patiënten;
- In een apart document dat als extra bijlage dient bij dit standpunt geven we een opsomming van de commentaren die vanuit de bestuurlijke consultatie op de verschillende onderdelen van het concept standpunt zijn binnengekomen en onze reacties daarop met – indien relevant – de aanpassing die met een bepaalde reactie verband houdt.

1 Wettelijk kader medisch-specialistische revalidatie

Het Zorginstituut heeft op grond van artikel 64 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de wettelijke taak om de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties te bevorderen. 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. Daarnaast kunnen we bij een duiding 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 volgende paragrafen van dit hoofdstuk werken we de bovengenoemde drie criteria van het wettelijk kader uit en lichten we toe in welke hoofdstukken van dit rapport deze criteria aan de orde komen.

1.1 **Zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden**

Toetsing aan het ‘plegen te bieden’-criterium speelt niet bij iedere duiding een zelfstandige rol. Het ‘plegen te bieden’-criterium betreft vooral een domeincriterium en speelt daarom alleen een zelfstandige rol als we het domein van de Zvw moeten afbakenen of als we binnen de Zvw prestaties van elkaar willen onderscheiden.

Om te beoordelen of bepaalde zorg al dan niet tot het te verzekeren basispakket van de Zvw behoort, moeten we conform Artikel 2.4 lid, eerste lid, van het Bzv ten eerste vaststellen of er sprake is van geneeskundige zorg. Dat houdt in: is de zorgactiviteit of interventie ‘zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden’?

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

De regelgever heeft dit voor de meeste zorgvormen vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term 'plegen te bieden'. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners ('zorg zoals die en die zorgverleners die plegen te bieden') worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Anderzijds wordt door de gekozen formulering niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van een te verzekeren prestatie.

Om te beoordelen wat een bepaalde beroepsgroep 'pleegt te bieden', gaat het erom voor welke klachten of aandoeningen die beroepsgroep zorg biedt en welke vormen van zorg die beroepsgroep daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg voor patiënten met deze klachten en aandoeningen tot het domein van die beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep deze zorg tot zijn deskundigheidsgebied. Daarbij gaat het om het soort zorg en wat globaal het behandel aanbod inhoudt. Hiertoe kunnen we onder andere kijken naar de richtlijnen en beleidsdocumenten van de beroepsgroep, richtlijnen van andere relevante bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen en beroeps codes.

Het 'plegen te bieden'-criterium is niet bedoeld om te beoordelen of specifieke zorgactiviteiten of interventies daadwerkelijk aangeboden worden en of deze als effectief worden beschouwd. Of een bepaalde vorm van zorg geboden pleegt te worden, heeft vooral een feitelijk, beschrijvend karakter (kunnen professionals van de beroepsgroep bepaalde zorg aanbieden, en is het gebruikelijk dat ze dit doen).

Het 'plegen te bieden'-criterium plaatst de zorg ook binnen een bepaald deskundigheidsgebied met specifieke competenties, vaardigheden, kennis en kunde. Voor de inzet van een specifieke medisch specialistische interventie zijn bepaalde competenties, vaardigheden, kennis en kunde van de medisch specialist nodig. Een huisarts die bijvoorbeeld verwijst naar een medisch specialist, geeft aan dat er andere competenties en vaardigheden nodig zijn dan waarover hij/zij zelf beschikt.

Bij de beoordeling of zorg door een bepaalde medisch specialist pleegt te worden geboden, dient gekeken te worden naar welke competenties maken dat de deskundigheid van die medisch specialist nodig is. In dit standpunt gaat het om de zorg die revalidatieartsen plegen te bieden.

In de hoofdstukken 2, 3, 4 en 5 van dit standpunt staat het 'plegen te bieden'-criterium van de beroepsgroep van revalidatieartsen centraal:

- In hoofdstuk 2 duiden we **welke zorg** de revalidatiearts in het kader van MSR pleegt te bieden.
- In hoofdstuk 3 duiden wij voor **welke patiëntengroepen** de deskundigheid en competenties van de revalidatiearts nodig zijn gezien de specifieke problematiek van deze groepen.
- In hoofdstuk 4 **bakenen wij MSR af van andere vormen van zorg**, zoals eerstelijnsrevalidatie, geriatrische revalidatiezorg (GRZ), orgaanrevalidatie onder leiding van een andere medisch specialist (hart-, long- of diabetesrevalidatie) en oncologische revalidatie.
- In hoofdstuk 5 duiden wij **welke arbeidsgerichte zorg**, zoals revalidatieartsen plegen te bieden, valt onder de te verzekeren zorg.

1.2 **Stand van de Wetenschap en Praktijk (SWP)**

Voor alle te verzekeren prestaties op grond van de Zvw geldt, naast het wettelijk 'plegen te bieden'-criterium, dat zij moeten voldoen aan het wettelijk criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' (SWP). Dit criterium gaat over de effectiviteit van de zorg: leidt de interventie (diagnostiek, behandeling), gelet op de gunstige en de ongunstige gevolgen ervan (bijwerkingen, veiligheid), tot relevante (meer)waarde voor de patiënt? In het kader van dit standpunt hebben wij het criterium SWP alleen voor het toepassen van een IMSR-behandeling bij patiënten met chronische pijn onderzocht en hebben we een literatuursearch uitgevoerd naar wetenschappelijke artikelen waarin effectiviteitsonderzoek IMSR-behandeling bij patiënten met oncologische problemen is beschreven.³ In het kader van dit standpunt hebben we naar deze twee specifieke indicatie-interventie-combinaties nader onderzoek uitgevoerd, omdat over hun effectiviteit veel discussie bestond, die in de afgelopen jaren tot een groot aantal uitvoeringsproblemen heeft geleid.

1.3 **Behoeftte aan zorg en indicatiestelling**

In artikel 2.1, derde lid, van het Bzv is bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst, voor zover hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. We noemen dit het indicatievereiste. Artikel 14 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 wordt beantwoord.

Uit de jurisprudentie volgt dat het primaat bij de beoordeling van de vraag of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een bepaalde behandeling (de 'indicatiestelling'), in dit geval AMSR of IMSR, bij de revalidatiearts ligt.⁴ De (medisch adviseur van de) zorgverzekeraar moet deze indicatiestelling dan ook als uitgangspunt nemen. Wanneer de revalidatiearts in de machtigings- of vergoedingsaanvraag met een klinische redenering inzichtelijk en navolgbaar maakt welke overwegingen ten grondslag liggen aan de door hem gestelde indicatie voor AMSR- of IMSR-behandeling, dan heeft de zorgverzekeraar van de juistheid van die indicatie uit te gaan. Uit een machtigings- of vergoedingsaanvraag voor AMSR- of IMSR-behandeling dient te volgen waarom dit in de visie van de revalidatiearts bij deze specifieke patiënt is aangewezen. Daarbij moet de revalidatiearts ingaan op de complexiteit van de situatie van de patiënt en voorgaande behandelingen. Dit is nodig om te onderbouwen waarom de specifieke deskundigheid en competenties van de revalidatiearts en de zorgprofessionals in het revalidatieteam nodig zijn.

Dit alles betekent echter niet, dat de zorgverzekeraar een machtigings- of vergoedingsaanvraag niet mag afwijzen of vragen daarover mag stellen. De zorgverzekeraar heeft de wettelijke taak om te beoordelen of een bepaalde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. De zorgverzekeraar moet daarbij op deskundige wijze (laten) beoordelen of een verzekerde op grond van zorginhoudelijke criteria behoefte heeft of had aan de te bieden of geboden zorg. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraar voor de eigen beoordeling over voldoende informatie beschikt om de beoordeling van de revalidatiearts te kunnen volgen.⁵ Daarbij dient de medisch adviseur duidelijk te motiveren waarom de eerder verstrekte informatie niet voldeed. Indien de machtigings- of vergoedingsaanvraag dan nog steeds niet navolgbaar is, mag de zorgverzekeraar de aanvraag, mits goed gemotiveerd (objectief en transparant) afwijzen.

³ Zie standpunt 'IMSR bij patiënten met chronische pijn' en bijlage B.

⁴ Zie onder andere gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, 16 juni 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:4544 en rechtbank Noord-Nederland, 12 oktober 2022, ECLI:NL:RBNNE:2022:3676

⁵ Hiermee wordt bedoeld dat een beschouwing ontbreekt waardoor de klinische redenering niet te volgen is.

Het Zorginstituut heeft geen wettelijke taak als het gaat om de individuele beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op bepaalde zorg.⁶ Wel is er een nauwe samenhang met de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestatie. Zoals hiervoor aangegeven kijkt het Zorginstituut bij de beoordeling of zorg door de revalidatiearts pleegt te worden geboden, welke specifieke deskundigheid en competenties van de revalidatiearts nodig zijn om MSR-zorg te kunnen bieden. Dit is een beoordeling die het individuele niveau overstijgt en hebben we daarom meegenomen in het 'plegen te bieden' criterium.

In hoofdstuk 6 beschrijven wij in de vorm van een handleiding een aantal criteria die de revalidatiearts als handvat kan gebruiken bij de beoordeling of een patiënt redelijkerwijs is aanwezen op ISMR, met andere woorden de indicatiestelling voor IMSR. Deze handleiding is in het ontwikkeltraject voor het standpunt in interactie met de klankbordgroep tot stand gekomen. Gezien het feit dat het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft in de individuele beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op AMSR of IMSR, en dus ook niet in de wijze waarop de revalidatiearts deze beoordeling uitvoert, is dit onderdeel van het rapport niet op te vatten als een standpunt of duiding in de zin van artikel 64 van de Zvw.

⁶ Met uitzondering van de geschillen die ex artikel 114, derde lid, van de Zvw aan het Zorginstituut worden voorgelegd.

2 Omschrijving van medisch-specialistische revalidatie

In dit hoofdstuk omschrijven we wat medisch-specialistische revalidatie (MSR) inhoudt, met andere woorden, welke zorg revalidatieartsen in het kader van de verzekerde aanspraak op MSR plegen te bieden. Hierbij maken we gebruik van ons eerdere standpunt uit 2015 *Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden*,^[1] en van twee documenten van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA): de *Position Paper Revalidatiegeneeskunde (2015)*^[3] en de *Nota indicatiestelling medisch-specialistische revalidatie (2016)*.^[4] De teksten over indicatiestelling voor MSR-behandeling hebben we in overleg met de klankbordgroep waar nodig aangevuld om de indicatiestelling te verduidelijken.

Revalidatie is gericht op het behandelen van mensen die door een ziekte of aandoening problemen ervaren in hun dagelijkse activiteiten en hun maatschappelijk functioneren. Tijdens revalidatiebehandeling wordt gewerkt aan het herwinnen of behouden van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren. Revalidatie is een overkoepelende term en omvat verschillende vormen van zorgverlening, uitgevoerd door diverse soorten zorgverleners.

2.1 Wat is Medisch Specialistische Revalidatie (MSR)?

Onder MSR verstaan we revalidatiegeneeskundige zorg die in de tweede lijn door of onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts wordt uitgevoerd.⁷ In de documenten van de VRA is beschreven, dat revalidatiegeneeskunde wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, met of zonder revalidatieteam. Als de revalidatiezorg onder verantwoordelijkheid van een andere medisch specialist plaatsvindt, zoals de longarts bij longrevalidatie of de cardioloog bij hartrevalidatie, spreken we in dit standpunt niet van MSR of revalidatiegeneeskunde, terwijl er wel sprake is van een vorm van specialistische revalidatiezorg.

Het position paper van de VRA definieert de revalidatiegeneeskunde als het geneeskundig specialisme dat zich specifiek bezig houdt met functionele diagnostiek, prognostiek en behandeling van patiënten met complexe problemen van motoriek en/of cognitie ten gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening.^[3] Als belangrijke diagnosegroepen worden genoemd: aangeboren afwijkingen (incl. hersenen), amputatie, dwarslaesie, multitrauma, neuromusculaire aandoeningen, progressieve neurologische aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, gewricht-gerelateerde en reumatische aandoeningen en chronische pijn die gerelateerd is aan het bewegingsapparaat. De algemeen omschreven doelgroep uit het position paper hebben wij in hoofdstuk 3 verder uitgewerkt in indicatiegroepen van patiënten die potentieel aangewezen kunnen zijn op MSR-behandeling.

Het doel van MSR-behandeling voor de patiënt is optimale zelfredzaamheid, eigen regievoering en maatschappelijke participatie. De indicatie voor MSR-behandeling wordt vooral bepaald door de complexiteit van de problematiek in motoriek en/of cognitie, waarbij de behandeldoelen worden afgestemd op de participatieambitie, passend bij het participatieniveau voorafgaand aan de medische problematiek waarvoor MSR-zorg geïndiceerd is, en de vitaliteit van de patiënt.

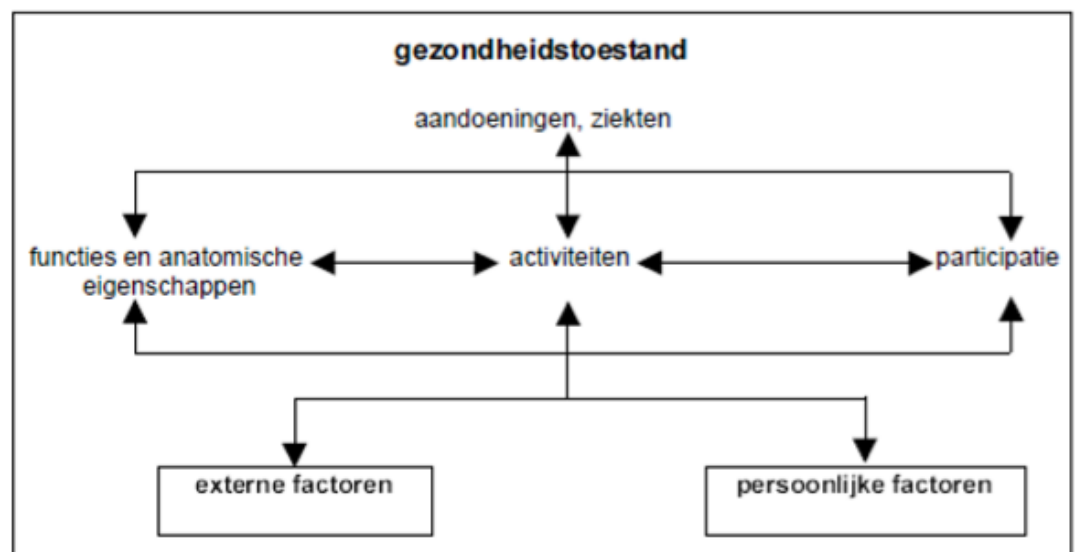
⁷ In voorkomende gevallen kan een *physician assistant* of verpleegkundig specialist deze rol vervullen, mits de handelingen vallen binnen de daarvoor wettelijk vastgestelde kaders en geborgd zijn binnen de organisatie.

Volgens het position paper behoort ook de revalidatie van patiënten met complexe problematiek als gevolg van (chronische) aandoeningen van organen, zoals hart en longen, of als gevolg van oncologische ziekten of behandeling daarvan, tot de doelgroep voor MSR. Voor deze patiëntengroepen bestaat ook revalidatiezorg die onder leiding van een andere medisch specialist wordt uitgevoerd, zoals cardioloog, longarts of oncoloog. Hoofdstuk 4 gaat in op de afbakening van de indicatie voor MSR-behandeling ten opzichte van de andere vormen van revalidatiezorg bij deze patiëntengroepen.

MSR richt zich op patiënten van alle leeftijden en kan poliklinisch, ambulant of klinisch plaatsvinden.^{8,9} Waar andere medisch specialisten zich vooral richten op de primaire behandeling van ziekten of 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.¹⁰

De MSR baseert zijn zorgactiviteiten op de *International Classification of Functioning, Disability and Health*, ofwel het ICF-model (zie figuur 1). Hierin staat de hele patiënt en zijn omgeving centraal.

Figuur 1 - Het ICF-model^[5]



Het ICF-model benadert het menselijk functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn vanuit de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en de externe en persoonlijke factoren. Op basis van het ICF-model kan een analyse plaatsvinden van de gevolgen van ziekten of aandoeningen en mogelijke aangrijpingspunten voor MSR-behandeling.

⁸ Ambulant betekent hier dat de revalidatiearts of een andere revalidatieprofessional naar een patiënt toegaat (thuis, in een woonvorm, in een verpleeghuis, etc.).

⁹ Bij kinderen die vanwege ernstige beperkingen gebruik moeten maken van het speciaal onderwijs kan de MSR-behandeling in samenwerking en afstemming met het speciaal onderwijs worden aangeboden.

¹⁰ In de kinderrevalidatie zijn autonomie en zelfredzaamheid vaak de doelstellingen voor de langere termijn. In de kinderjaren is het bevorderen van een onbelemmerde ontwikkeling de overkoepelende doelstelling voor het kind. De zelfredzaamheid van ouders in het begeleiden, verzorgen en vertegenwoordigen van een kind met een handicap is een belangrijke en daarom nevensgeschikte doelstelling.

Aangeboren of verworven ziekten of aandoeningen kunnen problemen veroorzaken van functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal of gedrag. Deze problemen hebben gevolgen voor activiteiten als de zelfverzorging, het zich verplaatsen, het denken, het handelen of het communiceren. Hierdoor kunnen beperkingen in participatie ontstaan, zoals in interpersoonlijke relaties, de rol in het gezin, het huishouden, het werk, de opleiding en de vrijetijdsbesteding.

De MSR-behandeling is gericht op het verbeteren of behouden van de functies van het lichaam (zoals spierkracht), het (her- en aan-)leren van activiteiten en vaardigheden (zoals lopen en zelfverzorging), en het leren omgaan met de gevolgen van aandoeningen. Het centrale doel is het bevorderen van het vermogen van patiënten om voor hen essentiële taken en activiteiten, die passen bij hun participatieambitie, zo zelfstandig mogelijk uit te voeren, en hen zo goed mogelijk te laten functioneren in de maatschappij. Bij de MSR-behandeling spelen persoonlijke factoren en externe factoren van patiënten (zoals de leefomgeving) een belangrijke rol. Deze factoren worden nadrukkelijk betrokken bij het stellen van behandeldoelen en het uitvoeren van de behandeling. Naasten van patiënten behoren ook tot de doelgroep van MSR, vanwege mogelijk ernstige consequenties van de problematiek voor het gezinsleven en het sociaal-maatschappelijk leven.

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.^[6] 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.

2.2 Algemene MSR

In het behandel aanbod onderscheiden we algemene MSR (AMSR) en interdisciplinaire MSR (IMSR). Algemene MSR betreft onderzoek en behandeling van patiënten door een revalidatiearts. De revalidatiearts is hoofdbehandelaar, consulent (advies aan collega-specialist) of medebehandelaar.

Er is een indicatie voor AMSR als sprake is van een verzoek tot advies, consult of (mede)behandeling, afkomstig van een verwijzend arts.¹¹ Aan het verzoek kan uitvoering worden gegeven in de vorm van poliklinisch consultatie of behandeling of een intercollegiaal consult binnen of buiten de eigen instelling, eventueel gevolgd door medebehandeling. Tijdens het consult verricht de revalidatiearts specialistische diagnostiek en geeft advies voor de meest passende behandeling. Deze consultfunctie binnen de AMSR is niet beperkt tot bepaalde patiëntengroepen.

Bij patiënten die tot de indicatiegroepen voor MSR behoren (zie hoofdstuk 3) kan een revalidatiearts tijdens de consultatiefase tot de conclusie komen, dat AMSR-behandeling is aangewezen. Hij kan dan overgaan tot poliklinische behandeling of medebehandeling, of optreden als consulent. Het kan hierbij gaan om behandelingen zoals het voorschrijven van hulpmiddelen (bijvoorbeeld een orthese, prothese of schoen) of het doen van verrichtingen (bijvoorbeeld injecties met botuline bij spasticiteit of het vullen van een baclofen-pomp voor behandeling van spasticiteit). Hierbij kan de revalidatiearts zich laten ondersteunen door zorgverleners met specifieke deskundigheid, zoals een prothesioloog, revalidatietechnicus of ergotherapeut.

¹¹ Zoals een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.

Tijdens het consult kan een revalidatiearts, na het doorlopen van een integrale beoordeling ook tot de conclusie komen dat IMSR-behandeling is aangewezen. In de volgende paragraaf leggen we uit wat IMSR-behandeling inhoudt.

Een revalidatiearts kan tijdens het consult ook tot de conclusie komen dat geen AMSR- of IMSR-behandeling is aangewezen. In deze situatie verwijst hij de patiënt met behandeladvies terug naar de eerste lijn of verwijst hij door voor een andere passende behandeling buiten de MSR. De revalidatiearts kan in deze gevallen wel beschikbaar blijven voor consultatie door eerste- of tweedelijns behandelaren.

2.3 Interdisciplinaire MSR

Interdisciplinaire MSR (IMSR) betreft de behandeling van patiënten door een revalidatiearts met één of meer behandelaars van een multidisciplinair samengesteld revalidatieteam. Deze 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 revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk en stuurt met zijn revalidatiegeneeskundige kennis het interdisciplinaire werkende revalidatieteam aan, met behoud van de professionele zelfstandigheid van de teamleden die de behandelingen uitvoeren. De revalidatiearts geeft samen met de leden van het revalidatieteam de precieze inhoud en omvang van het IMSR-behandelprogramma vorm in overleg met de patiënt en diens naasten op basis van goed omschreven behandeldoelen.

Interdisciplinaire behandeling wil zeggen dat verschillende zorgprofessionals gecoördineerd aan dezelfde behandeldoelen van een patiënt werken. Er is sprake van een samenhangend, integraal team van zorgprofessionals, die een diepgaande kennis hebben van de andere revalidatiedisciplines binnen het team. De eisen die aan een interdisciplinair team worden gesteld zijn zwaarder dan bij multidisciplinaire zorg. Zo dragen de teamleden bij aan de *intake* en het vaststellen van gezamenlijke behandeldoelen in een geïntegreerd behandelplan. Tijdens het behandeltraject is er sprake van coördinatie en frequent overleg over de afstemming van behandelingen, het bijsturen van het behandelprogramma op basis van de voortgang en gezamenlijke evaluatie van behandelresultaten. Bij multidisciplinaire zorg elders zijn weliswaar ook verschillende disciplines bij één patiënt betrokken, maar geeft iedere zorgverlener zijn eigen behandeling en is in veel mindere mate sprake van coördinatie of integratie van behandelingen.

Het revalidatieteam van een IMSR-behandeling kan naast de revalidatiearts onder meer bestaan uit een psycholoog, orthopedagoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, logopedist of revalidatietechnicus.¹² De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de revalidatiezorg die het gehele interdisciplinaire revalidatieteam levert.

2.4 Klinische interdisciplinaire MSR

In sommige gevallen is voor een adequate uitvoering van een IMSR-behandeling een klinische behandeling (met opname in de revalidatie-instelling) noodzakelijk. De reden hiervoor kan zijn dat er sprake is van een patiënt met een indicatie voor IMSR-behandeling én van één of meer van de volgende criteria:

1. De revalidatiearts kan overtuigend en navolgbaar beargumenteren dat door de gezondheidssituatie van de patiënt met hoog-complexe problematiek waardoor een hoge intensiteit van verpleging en behandeling noodzakelijk is, verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is.

¹² Deze opsomming is gebaseerd op het Position paper, maar is niet uitputtend

2. Op basis van wetenschappelijke evidentie en professionele kennis en ervaring kan de revalidatiearts overtuigend en navolgbaar beargumenteren, dat van een klinische IMSR-behandeling aanzienlijk betere resultaten verwacht kunnen worden dan van een poliklinische IMSR-behandeling.
3. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is geïndiceerd, maar de revalidatiearts kan na consultatie van de specialist ouderengeneeskunde van de GRZ-instelling overtuigend en navolgbaar beargumenteren dat revalidatiegeneeskundig advies of een kortdurende klinische IMSR-behandeling het resultaat van de GRZ aanzienlijk kan versterken. Indien het gaat om kwetsbare patiënten met complexe multimorbiditeit en verminderde leer- en trainbaarheid moet de revalidatiearts duidelijk maken waarom via consultatie en medebehandeling door de revalidatiearts tijdens de GRZ niet dezelfde resultaten geboekt zouden kunnen worden als met een kortdurende klinische MSR-behandeling.
4. Verblijf in een verpleeghuis of andere zorginstelling is geïndiceerd, maar de revalidatiearts kan overtuigend en navolgbaar beargumenteren dat door kortdurende klinische IMSR-behandeling de mate van zorgbehoefte of zelfstandig functioneren in deze zorginstelling aanzienlijk zal verbeteren.

2.5 Beoogd resultaat van de MSR

In het algemeen kan de MSR behandeldoelen hebben op de volgende gebieden:

- Inzicht verwerven in oorzaken en (huidige en toekomstige) gevolgen van de medische problemen die patiënten en hun naasten ervaren.
- Een inschatting maken van de mogelijkheden om deze problemen door middel van medisch-specialistische interventies te voorkomen, te verbeteren of te beperken, en van de mate waarin dit mogelijk is.
- Patiënten en hun naasten informeren en adviseren over de diagnose en de daarmee samenhangende gevolgen, en over de prognose op korte en middellange termijn, inclusief de wijze waarop en de mate waarin een eventuele interventie de prognose kan beïnvloeden.
- Functies van patiënten optimaliseren, zoals motoriek, sensoriek, cognitie, spraak of gedrag, of achteruitgang van deze functies voorkomen of vertragen.
- Zo nodig door middel van hulpmiddelen of technische voorzieningen het functioneren van patiënten optimaliseren.
- Patiënten en hun naasten toerusten met zelfmanagementvaardigheden voor het zo veel mogelijk zelfstandig verbeteren of onderhouden van hun functionele mogelijkheden en algehele gezondheid.
- Patiënten en hun naasten ondersteunen in de keuzes voor het gebruik van andere gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen.
- De gevolgen van een aandoening voor de dagelijkse activiteiten en het sociaal-maatschappelijk functioneren van patiënten en hun naasten beperken.

2.6 Methoden en technieken van de MSR

De MSR bereikt zijn resultaten door één of meer van de volgende methoden en technieken (in samenhang) toe te passen:

- Medische diagnostiek, al of niet ondersteund door aanvullend onderzoek, zoals beeldvormende technieken of gangbeeld-analyse.
- Medische behandeling, waaronder medicamenteuze behandeling of injectietechnieken, zoals behandeling van spasticiteit met botulinetoxine.
- Informatie, advies en kennisoverdracht (educatie) aan patiënten en naasten.

- Geïntegreerde en op de patiënt afgestemde vormen van zorg, waaronder paramedische, psychosociale, neuropsychologische, agogische, revalidatie-technologische of sociaal-maatschappelijke zorg.
- Mogelijke lichaamsgebonden (technische) aanpassingen en voorzieningen, zoals hulpmiddelen, orthesen en prothesen.
- Advisering aan andere artsen en maatschappelijke organisaties die bij de patiënt zijn betrokken.

2.7 Fasering in het onderzoek en de behandeling van patiënten

In het handelen van een revalidatiearts zijn vier fasen te onderscheiden:

1. Diagnostiek

In de diagnostische fase onderzoekt de revalidatiearts (alleen of in samenwerking met het revalidatiebehandelteam) door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend diagnostisch onderzoek welke stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en problemen in participatie aanwezig of te verwachten zijn, en in welke mate. De revalidatiearts kan complexe situaties van patiënten analyseren en zo voor specifieke doelgroepen een centrale rol spelen bij triage, indicering, verwijzing en/of behandeling. Hulpvraag en participatieambitie bieden essentiële informatie om richting te geven aan het formuleren van behandeldoelen en het uitvoeren van de behandeling.

2. Prognostiek

In de prognostische fase wordt de prognose voor een haalbaar niveau van functioneren bepaald. Waar van toepassing wordt beoordeeld welke extra zorg blijvend nodig zal zijn en welke voorwaarden hiervoor gerealiseerd moeten worden. Revalidatieartsen gebruiken hierbij hun kennis van:

- a. de relatie tussen de stoornissen in functies, de beperkingen in activiteiten en de problemen ten aanzien van maatschappelijke participatie;
- b. de algehele ontwikkeling van kinderen en jongeren;
- c. het natuurlijk beloop van een aandoening;
- d. het te verwachten effect van toe te passen behandelingen;
- e. exclusiecriteria voor MSR-zorg.

Bij sommige patiënten die in aanmerking zouden kunnen komen voor IMSR-behandeling, kunnen er toch redenen zijn om niet met deze behandeling te starten vanwege een geringe kans op een goed behandelresultaat. Deze redenen zijn samengevat in de exclusiecriteria voor IMSR:

- De patiënt is niet in staat (of zal niet op afzienbare termijn in staat zijn) om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatieprogramma;
- De patiënt heeft onvoldoende mogelijkheden voor gedragsverandering;
- De patiënt is onvoldoende gemotiveerd;
- Fysieke, mentale of sociale kwetsbaarheid, of aanwezige comorbiditeit, zijn indicatief voor verwijzing naar Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ);
- Fysieke, mentale of sociale kwetsbaarheid, of aanwezige comorbiditeit, zijn indicatief voor verwijzing naar de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);
- Er is sprake van taal- of communicatieproblemen die het volgen van een IMSR-traject onmogelijk maken;
- Het is bij voorbaat duidelijk dat de patiënt niet zodanig kan verbeteren dat functioneren in de eigen, eventueel aangepaste woonomgeving tot de mogelijkheden gaat behoren én het is uitgesloten dat IMSR de mate van zorgbehoefte of de mate van zelfstandig functioneren in een residentiële setting kan verbeteren.

3. *Behandeling*

Na de diagnostische en prognostische fase beoordeelt de revalidatiearts of er sprake is van een indicatie voor AMSR- of IMSR-behandeling. In beginsel is hierbij 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 een indicatie is voor MSR-behandeling, stelt de revalidatiearts aan het begin van de behandel fase als hoofdbehandelaar een revalidatiebehandelplan op, in samenspraak met de patiënt (en eventueel diens naasten). Bij IMSR doet hij dit in samenwerking met de zorgprofessionals van het revalidatiebehandelteam. Het behandelplan bevat concrete behandel doelen, gericht op de functionerings- of participatieproblemen van de patiënt. In een rol als consulent formuleert de revalidatiearts een behandeladvies aan de hoofdbehandelaar.

Uit het revalidatiebehandelplan blijkt de vereiste specialistische deskundigheid van de revalidatiearts en de zorgprofessionals van de revalidatie-instelling voor MSR. De revalidatiearts draagt op diverse onderdelen bij aan de behandeling en superviseert de verdere uitvoering van het behandelplan, eventueel samen met een coördinator binnen het behandelteam. Als er sprake is van de inzet van een interdisciplinair revalidatieteam, dan geeft de revalidatiearts leiding aan dit team en is hij regelmatig aanwezig voor overleg en afstemming.

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. 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.^[7]

4. *Evaluatie*

Samen met patiënten en hun naasten evalueert de revalidatiearts (eventueel samen met het behandelteam) regelmatig de voortgang van de behandeling. Gezamenlijk vindt evaluatie plaats van de bij aanvang van het revalidatietraject gestelde behandel doelen. Als de behandel doelen zijn bereikt of als gebleken is dat deze ondanks adequate behandeling niet (volledig) te behalen zijn, dan beëindigt de revalidatiearts de behandeling en maakt hij afspraken met de patiënt over overdracht en nazorg.

De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de overdracht naar de huisarts of naar een andere verwijzend arts of bepaalde partners in de zorgketen. Na de revalidatieperiode blijft de revalidatiearts aanspreekbaar voor vragen vanuit de zorgketen.

2.8 Lijst van revalidatiediagnosen met meestal duidelijke indicatie voor MSR

De VRA en ZN hebben in samenspraak een lijst van aandoeningen opgesteld, waarvoor geldt dat een groot deel van de patiënten direct bij of enige tijd na het ontstaan van die aandoening aangewezen is op een MSR-behandeling. Deze aandoeningen zijn benoemd als aandoeningen met meestal duidelijke indicatie voor MSR. De lijst wordt gepubliceerd op de website van de VRA.¹³ Bij deze aandoeningen staat een indicatie voor MSR-behandeling vrijwel nooit ter discussie en blijkt de complexiteit van de gezondheidssituatie van de patiënt tijdens de MSR-behandeling, 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 MSR. 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 MSR, vervalt het uitgangspunt van stepped care. Bij hen bestaat de beoordeling van het stepped care-traject voorafgaand aan een MSR-behandeling uit de constatering, dat gezien de aard en ernst van de aandoening een stepped care-traject niet aan de orde is.

¹³ Zie <https://www.revalidatie.nl>

3 Indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR

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 gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening.^[3] 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, werken we in dit hoofdstuk verder uit 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.¹⁴ Een MSR-behandeling kan behoren tot de te verzekeren zorg, indien een patiënt een aandoening heeft die in één van drie hieronder beschreven indicatiegroepen valt, mits de patiënt redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Consultatie en diagnostiek door de revalidatiearts behoort altijd tot de te verzekeren zorg.

3.1 Drie indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR

Over de drie hieronder beschreven indicatiegroepen bestaat overeenstemming tussen partijen dat patiënten met deze aandoeningen aangewezen kunnen zijn op MSR-behandeling. Of een patiënt hiervoor daadwerkelijk in aanmerking komt hangt af van de uitkomst van de verdere indicatiestelling door de revalidatiearts.

1. Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen¹⁵ van wervelkolom, romp of ledematen. Bij patiënten met een aandoening van het bewegingsapparaat is het probleem primair gelegen in het bewegingsapparaat (spieren/pezen/botten/gewrichten).
2. Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Bij patiënten met een neurologische aandoening is het gezondheidsprobleem primair gelegen in de aansturing van het bewegingsapparaat. Hieronder vallen aandoeningen van hersenen, ruggenmerg en zenuwen en neuromusculaire aandoeningen.
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.

¹⁴ Dit is gebaseerd op diverse documenten van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Uit diverse nota's over indicatiestelling uit 2001, 2012 en 2016^[4] en een eerdere versie van het algemeen beroepskader uit 2012 blijkt dat het aantal indicatiegroepen waarop MSR-behandeling zich richt de afgelopen jaren is toegenomen. In vroegere documenten werd de nadruk gelegd op aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat en speelde het begrip stoornis van het bewegingsvermogen een belangrijke rol bij de vraag of patiënten in aanmerking kunnen komen voor MSR-behandeling.

¹⁵ Onder problemen van het bewegingsvermogen verstaan we dat de mogelijkheid om te bewegen, en daarmee het bewegen zelf, beperkt of afwezig is.

NAH definiëren we in het kader van dit standpunt als: hersenletsel dat door een neuroloog of op basis van beeldvorming is vastgesteld.¹⁶ Mogelijke oorzaken van het hersenletsel zijn een hersenbloeding, herseninfarct, hersentrauma, hersenontsteking (als gevolg van een bacteriële of virale infectie of een auto-immuunaandoening) of hypoxie van de hersenen (als gevolg van hartstilstand, intoxicatie of laaggradige tumor).^[9]

3. Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. De volgende klachten, stoornissen of aandoeningen voldoen aan deze omschrijving:
 - Brandwonden;
 - Ernstige deconditionering, veroorzaakt door een groot en objectiveerbaar verlies van spiermassa, met als gevolg een probleem in het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen, zoals dit kan optreden door langdurige ziekte, langdurige ziekenhuis- of *intensive care*-opname, chirurgische behandeling, chemotherapie of radiotherapie;
 - Ernstige deconditionering bij oncologische aandoeningen, veroorzaakt door het oncologisch proces zelf of complicaties daarvan, of door behandeling met chemotherapie, radiotherapie of chirurgie;¹⁷
 - Chronische pijn;¹⁸
 - Complicaties bij (de behandeling van) oncologische- of internistische aandoeningen, die leiden tot een stoornis van het bewegingsvermogen, waarbij de complicatie de indicatie voor MSR-behandeling vormt; bijvoorbeeld een amputatie of een polyneuropathie door diabetes mellitus of een oncologische aandoening;
 - Comorbiditeit(en) bij oncologische of internistische aandoeningen, die leiden tot een stoornis van het bewegingsvermogen, waarbij de comorbiditeit de indicatie voor MSR-behandeling vormt; bijvoorbeeld een patiënt met COPD met een indicatie voor longrevalidatie, maar met daarbij ook een al bestaande parese bij status na CVA.

Indien we de hierboven omschreven indicatiegroepen naast de lijst met veel voorkomende diagnosegroepen in bijlage II van de nota indicatiestelling van de VRA leggen,^[4] dan vallen alle aandoeningen uit deze lijst onder één van de indicatiegroepen, waarbij in sommige gevallen wel een nadere specificatie is benoemd. Het gaat om de volgende aandoeningen:

- Contusio cerebri behoort alleen tot de indicatiegroepen, voor zover de klachten en symptomen van de patiënt voldoen aan de definitie van Niet aangeboren hersenletsel (NAH).

¹⁶ Deze definitie is aanvullend aan de definitie in het VRA-behandelkader *Traumatisch hersenletsel voor volwassenen*^[8] (2013) en opgesteld in overleg met de werkgroep NAH van de VRA.

¹⁷ In het ontwikkeltraject voor dit standpunt is een literatuursearch uitgevoerd, gericht op IMSR voor volwassen oncologie patiënten met complexe en samenhangende functioneringsproblemen (zie bijlage B). Het Zorginstituut heeft vastgesteld dat er sprake is van een kennislacune. In de richtlijn van de VRA op dit gebied werd al geconcludeerd dat nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van IMSR bij oncologische problematiek.^[17] In de literatuursearch hebben wij geen literatuur gevonden die aan de PICOT voldeed. Het Zorginstituut zal voor deze indicatie een duidingsonderzoek uitvoeren om de vraag te beantwoorden in hoeverre de meerwaarde van MSR-behandeling bij deze indicatie voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Hierover zal een apart standpunt worden uitgebracht. Tot die tijd blijft de aanspraak op MSR voor deze indicatie ongewijzigd (zie verder paragraaf 3.2.2).

¹⁸ Onder chronische pijn verstaan we ook bewegingsapparaat-gerelateerde chronische pijn die wordt gerekend tot de Aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) of Somatisch onvoldoende te verklaren lichamelijke klachten (SOLK). Overige ALK of SOLK die zich uiten in andere klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal en algemeen specifiek: moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie- of geheugenklachten^[10]) zien we niet als mogelijke indicatiegroep voor MSR-behandeling, aangezien deze aandoeningen geen relatie hebben met problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.

- Decubitus: niet genoemd als zelfstandige indicatie, omdat deze altijd het gevolg is van één of meer andere aandoeningen die onder de indicatiegroepen vallen, zoals in de lijst eerder benoemd bij dwarslaesie.
- Aandoeningen in de categorie Organen: de gevolgen van deze aandoeningen, die leiden tot een mogelijke indicatie voor MSR-behandeling, zijn in de derde indicatiegroep nader omschreven.
- Somatisch onvoldoende te verklaren lichamelijke klachten (SOLK), tegenwoordig benoemd als Algemene lichamelijke klachten (ALK) behoort alleen tot de derde indicatiegroep, 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.

3.2 Stand van de wetenschap en praktijk

Niet alle zorg die revalidatieartsen plegen te bieden behoort tot de verzekerde zorg. Zoals in hoofdstuk 1 beschreven moet de zorg ook voldoen aan de Stand van de wetenschap en praktijk (SWP). Bij de analyse van SWP gaat het om de beoordeling van specifieke indicatie-interventie-combinaties. IMSR is een behandeling (interventie) die kan worden toegepast bij veel aandoeningen, die onder één van de drie indicatiegroepen vallen. Het beoordelen van de effectiviteit van IMSR-behandeling bij al deze aandoeningen is zeer veelomvattend, terwijl de meerwaarde bij de meeste van deze aandoeningen niet ter discussie staat. Daarom heeft het Zorginstituut in dit rapport alleen onderzoek gedaan naar het SWP-criterium bij twee patiëntengroepen. Dit betreft:

- IMSR bij patiënten met chronische pijn;
- IMSR bij patiënten, die zijn behandeld wegens oncologische problemen, en die in de jaren daarna nog steeds een hoge ziektelast ervaren door vermoeidheid, verlies van conditie en psychische klachten als depressie of angst, en daarmee samenhangende problemen bij het dagelijks functioneren of participatie.

3.2.1 *IMSR bij patiënten met chronische pijn*

Over IMSR bij chronische bewegingsapparaat-gerelateerde pijn heeft het Zorginstituut recent een standpunt gepubliceerd.¹⁹ Hierin is vastgesteld dat IMSR bij deze indicatie wel voldoet aan SWP.

3.2.2 *IMSR bij patiënten met oncologische problematiek*

IMSR bij oncologische patiënten met ernstige deconditionering door het oncologisch proces zelf, de complicaties daarvan, of door behandeling met chemotherapie, radiotherapie of chirurgie, wordt al geruime tijd toegepast en in 2018 is hiervoor een multidisciplinaire richtlijn opgesteld. Het Zorginstituut heeft een literatuursearch verricht naar wetenschappelijke studies over de effectiviteit van IMSR bij patiënten met oncologische problematiek, die behoefte hebben aan herstellende zorg ter verbetering van hun functioneren en participatie. Het Zorginstituut heeft hiertoe een PICOT opgesteld en geconsulteerd bij partijen. In deze literatuursearch kwamen geen artikelen naar voren die aan de PICOT voldoen. We hebben daarom vastgesteld dat sprake is van een kennislacune.

¹⁹ Zorginstituut. Standpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij patiënten met chronische pijn. Diemen: Zorginstituut, 9 oktober 2022. Te vinden op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/standpunten/2022/10/09/standpunt-interdisciplinaire-medisch-specialistische-revalidatie-imsr/Standpunt+Interdisciplinaire+medisch-specialistische+revalidatie+bij+pati%C3%ABnten+met+chronische+pijn.pdf>

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.

4 Afbakening MSR ten opzicht van andere vormen van revalidatie

Revalidatiezorg omvat naast MSR ook andere zorgvormen, zoals eerstelijns revalidatie, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en orgaanrevalidatie onder leiding van een andere medisch specialist, zoals hart- of longrevalidatie of revalidatie na een oncologische behandeling. Dit hoofdstuk heeft als doel deze andere vormen van revalidatiezorg af te bakenen van MSR. De beschrijving van deze andere vormen van revalidatie betreft geen duiding van deze zorg, maar dient slechts ter verduidelijking van de afbakening van deze zorg van MSR.

4.1 Eerstelijns revalidatie

Revalidatiebehandeling kan bestaan uit enkelvoudige behandeling in de eerste lijn door bijvoorbeeld fysio- of oefentherapeuten, ergotherapeuten of psychologen. Ook meervoudige behandeling door een combinatie van meerdere eerstelijns disciplines is mogelijk, of eerstelijns behandeling met consultatie van een medisch specialist.

4.2 Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is geïntegreerde multidisciplinaire zorg, die door specialisten ouderengeneeskunde wordt geleverd en gericht is op verwacht herstel of verbeteren van functioneren en participeren van laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang.^[13] De indicatie voor GRZ wordt bepaald met een geriatrische beoordeling (geriatrisch assessment), waarbij de wettelijk vastgelegde aanspraakcriteria leidend zijn: kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid. In 2013 heeft de Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (VERENSO), een triage-instrument opgesteld, waarin aandacht is besteed aan het verschil in indicatie tussen GRZ en MSR.²⁰ Dit triage-instrument geeft aan dat revalidatie geïndiceerd is bij één of meer aandoeningen (na ziekenhuisopname of (sub)acute achteruitgang) die beperkingen opleveren, als voor het opheffen of verminderen van de beperkingen meer nodig is dan basis-monodisciplinaire behandeling of basis-verpleegkundige zorg (zoals geboden in de eerstelijns zorg, het eerstelijns verblijf (ELV) of de langdurige zorg). De keuze tussen GRZ en MSR hangt vervolgens af van de medische stabiliteit en motivatie van de patiënt, en van de noodzakelijke intensiteit en specialisatie van de behandeling, die past bij de zorgbehoefte van de patiënt. Bij lagere medische stabiliteit, motivatie, benodigde intensiteit van behandeling en specialisatie is GRZ aangewezen. Bij hogere medische stabiliteit, motivatie, benodigde intensiteit en specialisatie is MSR aangewezen.^[13] Voor patiënten waarbij de keuze GRZ of MSR niet duidelijk is maken de specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts in samenspraak een keuze in overleg met de patiënt en zijn naasten.

4.3 Orgaanrevalidatie

In het position paper van de VRA is orgaanrevalidatie omschreven als de revalidatie van patiënten met problematiek als gevolg van (chronische) aandoeningen van organen zoals hart en longen, of oncologie. Gesteld is dat de complexe orgaanrevalidatie ook tot de indicatiegebieden voor IMSR zou behoren, waarbij niet is aangegeven in welke situaties dan van complexe orgaanrevalidatie sprake is.

²⁰ Triage-instrument GRZ, Verenso 2013; te vinden op: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf

Ook in de documenten van de beroepsorganisaties voor cardiologie of longgeneeskunde wordt hierop niet ingegaan en is nergens sprake van een bepaald niveau van complexiteit waarbij de revalidatiezorg onder leiding van een revalidatiearts zou moeten worden uitgevoerd.^{[14a][14b][15]} In hoofdstuk 3 is al onder de derde indicatiegroep aangegeven, in welke situaties er sprake kan zijn van complexe of gecompliceerde hart- of longrevalidatie of oncologische revalidatie. In deze paragraaf wordt enkel de afbakening van MSR ten opzichte van deze andere vormen van revalidatie nogmaals aangegeven.

4.3.1 *Hartrevalidatie*

Hartrevalidatie is de zorg die in het vervolg van een acute behandeling wordt aangeboden aan patiënten die een cardiaal incident hebben doorgemaakt. Hartrevalidatie wordt aangeboden onder verantwoordelijkheid van een cardioloog en bestaat uit een multidisciplinair revalidatieprogramma, dat de patiënt in staat stelt om zijn leefstijl aan te passen en zijn nieuwe leefstijl ook op langere termijn te handhaven. Hartrevalidatie is gericht op verbetering van de functionele capaciteit, fysiek herstel en het verbeteren van het psychisch welzijn en sociaal functioneren, wat leidt tot verlaging van cardiovasculaire incidenten en verhoging van de kwaliteit van leven van de patiënt.^[14a]

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 (zie ook hoofdstuk 3). Bijvoorbeeld een patiënt met een doorgemaakt hartinfarct met een indicatie voor hartrevalidatie, maar met daarbij ook een al bestaande parese bij status na CVA. In deze situaties moet de revalidatiearts ook op basis van de integrale beoordeling tot de conclusie zijn gekomen dat de patiënt in aanmerking komt voor IMSR-behandeling.

4.3.2 *Longrevalidatie*

Van longrevalidatie is sprake als de longproblematiek voor het belangrijkste deel verantwoordelijk is voor de problemen en beperkingen op het gebied van activiteiten en participatie. De doelgroep bestaat uit patiënten met chronische longklachten, meestal astma en COPD, die in samenhang met hun ziekte worden beperkt en gehinderd door problemen op somatisch, psychisch, relationeel of maatschappelijk gebied. Het doel van de longrevalidatie is het beïnvloeden van de aandoening en de gevolgen daarvan, zodat de patiënt optimaal in het dagelijks leven kan functioneren, gegeven zijn of haar mogelijkheden en beperkingen. De indicatie voor longrevalidatie wordt gesteld door de longarts die ook de uitvoering ervan coördineert. Een essentieel kenmerk van longrevalidatie is de integrale benadering van de problematiek door een multidisciplinair team, waarbij de longarts of kinderarts de verantwoordelijkheid draagt.^{[14b][15]}

Sommige patiënt met chronische longklachten kunnen (ook) in aanmerking komen IMSR-behandeling onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, wanneer bij die patiënt sprake is van een complicatie van de chronische longklachten of comorbiditeit, die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen. Deze complicatie of comorbiditeit maakt dan dat deze patiënt met een longrevalidatie-indicatie mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling (zie ook hoofdstuk 3). Bijvoorbeeld een patiënt met COPD en een indicatie voor longrevalidatie, met daarbij ook een status na amputatie van een ledemaat. In deze situaties moet de revalidatiearts ook op basis van de integrale beoordeling tot de conclusie zijn gekomen dat de patiënt in aanmerking komt voor IMSR-behandeling.

4.3.3

Diabetesrevalidatie

Multidisciplinaire diabetesrevalidatie wordt aangeboden aan patiënten met diabetes mellitus met complexe problematiek. Het betreft derdelijnszorg waarbij behandeltrajecten in de eerste en tweede lijn geen succes hebben gehad. Bijvoorbeeld bij patiënten met diabetes mellitus en angst voor lage bloedglucoseconcentraties, ernstig schommelende bloedglucosewaarden, acceptatieproblematiek of cognitieve stoornissen. Deze multidisciplinaire behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een internist.^[16]

Sommige patiënten met diabetes mellitus met complexe problematiek kunnen (ook) in aanmerking komen voor IMSR-behandeling onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, wanneer bij die patiënt sprake is van een complicatie van de diabetes mellitus of comorbiditeit, die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen. Deze complicatie of comorbiditeit maakt dan dat deze patiënt met een diabetesrevalidatie-indicatie mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling (zie ook hoofdstuk 3). Bijvoorbeeld een patiënt met diabetes mellitus met als gevolg hiervan een status na amputatie of een polyneuropathie. In deze situaties moet de revalidatiearts ook op basis van de integrale beoordeling tot de conclusie zijn gekomen dat de patiënt in aanmerking komt voor IMSR-behandeling.

4.4

Oncologische revalidatie

Oncologische revalidatie is een behandeling gericht op het maximaliseren van autonomie en participatie van (ex-)patiënten met verscheidene samenhangende functioneringsproblemen op lichamelijk, cognitief, emotioneel of sociaal vlak, of met betrekking tot participatie of zingeving, als gevolg van het hebben (gehad) van kanker of als gevolg van de behandeling daarvan. Revalidatie kan tijdens en na de (in opzet) curatieve behandeling, maar ook nog in de palliatieve fase worden ingezet voor verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met kanker.^[17]

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.

Sommige patiënten die zijn behandeld wegens een oncologische aandoening kunnen (ook) in aanmerking komen voor IMSR-behandeling, als bij die patiënt sprake is van een complicatie, comorbiditeit of ernstige deconditionering, die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen. Deze complicatie, comorbiditeit of ernstige deconditionering maakt dan dat deze patiënt met een oncologische revalidatie-indicatie mogelijk in aanmerking komt voor IMSR (zie ook hoofdstuk 3). Bijvoorbeeld een patiënt met kanker, die als gevolg van de behandeling geconfronteerd is met een amputatie of een polyneuropathie. Of een patiënt die door diverse behandelingen persisterende ernstige fysieke en mentale beperkingen ondervindt. De revalidatiearts moet in deze gevallen ook op basis van de eigen indicatiestelling tot de conclusie zijn gekomen dat de patiënt in aanmerking komt voor IMSR.

5 Arbeidsrevalidatie in de MSR: wanneer te verzekeren zorg?

Onder arbeidsrevalidatie verstaan we het uitvoeren van medische, psychologische, sociale en werkgerelateerde²¹ activiteiten voor mensen uit de beroepsbevolking met een arbeidsbeperking door een ziekte, aandoening of trauma, die gericht zijn op het herstellen van de arbeidsmogelijkheden en de randvoorwaarden voor integratie of re-integratie op de arbeidsmarkt.²² Het bevorderen van arbeidsparticipatie staat daarbij centraal, maar ook het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven door de verbeteringen op het terrein van arbeidsparticipatie. In de rest van dit hoofdstuk spreken we over op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten.

Ook MSR-professionals voeren op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten uit. Maar niet alle op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die worden uitgevoerd binnen de MSR komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de Zvw. In dit hoofdstuk wordt de relatie tussen arbeidsrevalidatie en MSR beschreven. Ook worden de voorwaarden beschreven waaraan op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten, die worden uitgevoerd binnen de MSR, moeten voldoen om te kunnen spreken van te verzekeren zorg volgens de Zvw. En dus ook wanneer andere dan deze activiteiten bekostigd moeten worden vanuit een ander domein dan de Zvw.

Dit hoofdstuk is een samenvatting van de bevindingen van één van de deelprojecten die zijn uitgevoerd om tot dit standpunt te komen. Bijlage A bevat het volledige resultaat van dit deelproject.

5.1 Relatie tussen arbeidsrevalidatie en MSR

Bij arbeidsrevalidatie kan het gaan om:

- Generieke activiteiten die bijdragen aan meerdere participatiedoelen, waaronder arbeidsparticipatie. Voorbeelden van deze activiteiten zijn opnieuw leren lopen, verbeteren van het fysiek functioneren en behandelen van cognitieve stoornissen.
- Activiteiten die specifiek gericht zijn op het bevorderen van de arbeidsparticipatie. Bijvoorbeeld trainen van vaardigheden die specifiek in een bepaalde werkfunctie nodig zijn, of leren omgaan met specifieke belemmeringen in het werk.

Arbeidsrevalidatie is een overkoepelende term. Er vallen namelijk veel verschillende activiteiten onder, die diverse professionals elk in hun eigen context kunnen uitvoeren. Bijvoorbeeld op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die worden uitgevoerd in de eerste lijn door een fysio- of oefentherapeut of ergotherapeut. Of activiteiten uitgevoerd in de arbozorg of de re-integratiesector door bijvoorbeeld een bedrijfsarts en arbo- of re-integratieprofessionals.

Omdat optimalisatie van de participatie van patiënten in de maatschappij één van de belangrijkste doelen van MSR-behandeling is (zie paragraaf 1.1), zijn veel zorgactiviteiten binnen de MSR relevant voor bevordering van arbeidsparticipatie.

²¹ In deze definitie verstaan we onder werkgerelateerde activiteiten: activiteiten die onlosmakelijk zijn verbonden aan de werkplek of de arbeidsorganisatie. Deze activiteiten zijn dan gericht op de randvoorwaarden waaronder de patiënt zijn werk(taken) kan uitvoeren, maar niet op de patiënt zelf.

²² Naar de definitie van arbeidsrevalidatie van Selander (gecteerd in het *TNO-rapport Revalidatie en Arbeid, investeren voor de toekomst*, 2010^[18]), naar het Nederlands vertaald en uitgebreid, zodat deze ook van toepassing is op jongvolwassenen die nog nooit hebben gewerkt.

Participatie in arbeid is een belangrijk onderdeel van participatie in de maatschappij. Dit blijkt ook uit de *Position Paper Revalidatiegeneeskunde* van de VRA (2015):^[3] "Revalidatiegeneeskunde richt zich nadrukkelijk op de gevolgen van aandoeningen voor de patiënt. Hoe kan een patiënt met zijn aandoening (zo) zelfstandig (mogelijk) wonen, onderwijs volgen, aan het werk gaan en deelnemen aan het sociale leven?" Het bevorderen van arbeidsparticipatie is dan ook te beschouwen als een belangrijke doelstelling binnen de MSR.

Daarnaast kan het (weer) aan het werk komen op zich tot positieve gezondheidseffecten leiden.^[19,20,21] Het participeren in werk kan het herstel van een ziekte of aandoening ondersteunen en de mogelijk nadelige effecten verminderen van langdurig verzuim of werkloosheid en (kans op) langdurige arbeidsongeschiktheid. Hier gaan we in bijlage A verder op in.

5.2 Bekostiging van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in de MSR

Vaak maken de op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten die professionals in de MSR uitvoeren deel uit van een MSR-behandeling. Deze zorgactiviteiten worden dan bekostigd vanuit de basiszorgverzekering. Maar soms hebben MSR-professionals ook competenties, waardoor zij op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten kunnen uitvoeren die bekostigd moeten worden vanuit een ander domein. Bijvoorbeeld door een gemeente, een werkgever of een arbeidsorganisatie. In de praktijk bestaat vaak onduidelijkheid over waar de scheiding in bekostiging precies ligt. Tussen revalidatiecentra bestaan verschillen in het type activiteiten dat wordt aangeboden, en in de manier waarop dezelfde activiteiten worden gedeclareerd. Daardoor is het afhankelijk van het revalidatiecentrum waar een behandeling plaatsvindt, of en hoe activiteiten op het gebied van arbeidsrevalidatie worden aangeboden, uitgevoerd en bekostigd. Dit leidt tot onzekerheid over de vergoeding van deze zorg.

5.3 Te verzekeren op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten in de MSR

Om de vraag te kunnen beantwoorden welke op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten in de MSR tot de te verzekeren prestatie MSR behoren, hebben we eerst bepaald welke activiteiten gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie tot het domein van de Zvw behoren. Vervolgens hebben we onderzocht welke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten behoren tot de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Ten slotte hebben we gekeken of er op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten zijn, die zijn uitgesloten van de te verzekeren prestaties van de basiszorgverzekering. In bijlage A gaan we hier verder uitgebreid op in.

We hebben geconcludeerd dat een activiteit die gericht is op arbeidsparticipatie en wordt uitgevoerd binnen een MSR-behandeling, aan vier criteria moet voldoen om onder te verzekeren zorg volgens de Zvw te vallen:

- Ten eerste moet de activiteit nodig zijn vanwege arbeidsbeperkingen ten gevolge van de ziekte of aandoening waarvoor een indicatie voor MSR-behandeling is vastgesteld.
- Ten tweede moet de activiteit gerekend kunnen worden tot geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Daarvan is sprake als:
 - de activiteit op de persoon gericht is; én
 - de activiteit gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening; én
 - de activiteit direct verband houdt met de beperking en daarop ingrijpt.

- Ten derde moet de activiteit voldoen aan het criterium 'plegen te bieden', wat inhoudt dat deze onder het gebruikelijke behandelarsenaal van de MSR valt.
- Ten slotte mag de activiteit niet zijn uitgesloten van de te verzekeren prestaties van het basispakket van de zorgverzekering. Een dergelijke uitsluiting is aan de orde bij 'werkproblemen', die wij in het kader van dit standpunt interpreteren als de problemen die plaatshebben op het werk.

In bijlage A hebben we een lijst opgenomen met specifieke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die door revalidatiecentra worden uitgevoerd in het kader van MSR-behandeling. We hebben getoetst of deze specifieke activiteiten onder de te verzekeren zorg vallen, aan de hand van de criteria die we hierboven hebben beschreven.

Voor behandelinterventies is vaak duidelijk of deze voldoen aan de gestelde criteria. Maar sommige activiteiten, zoals het uitwisselen van informatie of diagnostische activiteiten, behoeven verdere uitleg. Dit geldt ook voor de plaats waar de zorg wordt geboden. Hieronder gaan we daar op in.

5.3.1 *Communicatie met bedrijfsarts en andere arboprofessionals*

Activiteiten zoals informatieverstrekking aan en communicatie met de bedrijfsarts en andere arboprofessionals kunnen onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen, als de informatieverstrekking of communicatie gericht is op:

- herstel, genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening; òf
- het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening.

Denk hierbij aan informatie-uitwisseling met als doel het afstemmen van de belasting in het werk op de belastbaarheid van de patiënt, om te voorkomen dat de gevolgen van een aandoening toenemen door bijvoorbeeld te zware werkbelasting of te snelle re-integratie.

5.3.2 *Diagnostische activiteiten en opstellen behandeldoelen voor arbeidsparticipatie*

Activiteiten die betrekking hebben op het maken van een probleemanalyse en het opstellen van onderdelen van het behandelplan, waaronder ook diagnostische activiteiten en het opstellen van behandeldoelen voor arbeidsparticipatie, kunnen onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen, als deze nodig zijn voor, of leiden tot:

- het inzetten van een interventie die gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening; òf
- het inzetten van een interventie die is gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening.

Daarbij houdt de ingezette interventie direct verband met de beperking en grijpt daarop in. Denk bijvoorbeeld aan het inventariseren van de knelpunten in de arbeidsbelasting, waaraan in de interventie vervolgens aandacht kan worden besteed.

5.3.3 *De setting waarin de zorg wordt geboden*

De setting waarin de zorgactiviteiten plaatsvinden moet, net als de zorgactiviteiten zelf, voldoen aan het criterium 'plegen te bieden'. Dit criterium kan in het geding zijn, als de setting waarin de zorg wordt geboden:

- invloed heeft op de inhoud van de interventie; én
- niet gebruikelijk is voor de zorgprofessional die deze zorg levert.

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.

5.4 **Geen te verzekeren zorg volgens de Zvw**

Activiteiten van zorgprofessionals in een MSR-team, die niet vallen onder de in paragraaf 5.3 beschreven criteria, behoren niet tot de verzekerde zorg in de zin van de Zvw. Dit betreft bijvoorbeeld activiteiten gericht op:

- het inventariseren van arbeidsmogelijkheden zonder daaraan revalidatiegeneeskundige behandeldoelen te koppelen;
- het wegnemen van belemmeringen voor arbeidsparticipatie in de omgeving van de patiënt, zoals te zware belasting door bepaalde werktaken;
- het beïnvloeden van de randvoorwaarden rond de patiënt, zoals het organiseren van ondersteuning door leidinggevende of collega's.

5.5 **Quickscan in het programma 'Vroege Interventie'**

In 2008 heeft het Zorginstituut (destijds CVZ) de *Quickscan* in het programma 'Vroege Interventie' geïdentificeerd.^[22] Het Zorginstituut beschreef dat het programma 'Vroege Interventie' voor personen met specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat die vanwege die klachten langdurig ziek (thuis) zijn, de mogelijkheid biedt om hun klachten nader te onderzoeken op een eerder moment dan gebruikelijk is in het revalidatietraject. Op grond van dat onderzoek kan een interventie worden voorgesteld. Hierdoor lopen patiënten minder risico dat hun klachten overgaan in langdurige chronische klachten, met het risico van permanente uitval op het werk. De Vroege Interventie bestaat uit een intake door de revalidatiearts, gevolgd door multidisciplinair vervolgonderzoek: de Quickscan.

De Quickscan is een diagnostische activiteit, die plaatsvindt voorafgaand aan een MSR-behandeling. Het doel van de Quickscan is juist het geven van een advies over de aangewezen behandeling. De activiteit kan leiden tot een advies voor MSR-behandeling, maar ook tot advies voor behandeling in bijvoorbeeld de eerste lijn. Hiermee vormt deze activiteit een uitzondering op de voorwaarden die we in paragraaf 5.3 hebben gesteld om onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw te vallen.

In 2008 oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan past binnen het te verzekeren risico van de Zvw en binnen de zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De Quickscan werd niet beschouwd als een nieuwe diagnostische test, maar als een al lang in de revalidatie bestaande diagnostische methode. Ook oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het standpunt uit 2008 luidt dat de Vroege Interventie behoort tot de te verzekeren prestaties van het basispakket van de Zvw. Dit standpunt blijft van kracht.

6 Integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR

In hoofdstuk 1 is aangegeven dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst, voor zover hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. In ons standpunt van 2015 hebben wij beschreven dat de indicatiestelling voor interdisciplinaire MSR (IMSR) een aantal onderdelen omvat, die samen bepalen of iemand redelijkerwijs op IMSR is aangewezen.^[1] Naast dat een patiënt moet behoren tot één van de indicatiegroepen voor MSR-behandeling, die nu in hoofdstuk 3 zijn beschreven, stelt het standpunt uit 2015 dat er bij de indicatiestelling voor een bepaalde patiënt sprake moet zijn van twee beoordelingscomponenten:

- complexe samenhangende problematiek op meerdere ICF-domeinen; én
- voldoende invulling van het uitgangspunt van stepped care.

De invulling van deze componenten uit het standpunt van 2015 leidt in de praktijk tot uitvoeringsproblemen. De componenten worden door verschillende partijen, maar ook door revalidatieartsen onderling, verschillend uitgelegd.²³ Een gevolg daarvan is ongelijke toegang tot zorg.

In hoofdstuk 1 hebben we al aangegeven, dat het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft als het gaat om de in beginsel individuele beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op bepaalde zorg. Wel is er een nauwe samenhang met de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestatie. Zo kijkt het Zorginstituut zoals hiervoor aangegeven bij de beoordeling of zorg door de revalidatiearts pleegt te worden geboden, welke specifieke deskundigheid en competenties van de revalidatiearts nodig zijn om MSR-zorg te kunnen bieden. Dit is een beoordeling die het individuele niveau overstijgt.

In hoofdstuk 1 is ook gesteld, dat uit de inhoud van een machtigings- of vergoedingsaanvraag voor IMSR moet blijken waarom de revalidatiearts bij een bepaalde patiënt IMSR de best passende zorg vindt en andere vormen van revalidatiezorg niet zijn aangewezen. Hierbij dient hij in te gaan op de complexiteit van de gezondheidssituatie van de patiënt, de voorgaande behandelingen die hebben plaatsgevonden en de specifieke deskundigheid en competenties van de revalidatiearts en de zorgprofessionals van het revalidatieteam die nodig zijn voor de IMSR.

Om de knelpunten rond de uitvoering van de indicatiestelling te verminderen heeft het Zorginstituut in het ontwikkeltraject voor dit standpunt – in interactie met de klankbordgroep – een viertal uniforme indicatiecriteria voorgesteld, die kunnen bijdragen aan een goede en navolgbare beargumentatie van de indicatiestelling voor IMSR.²⁴

²³ Dit blijkt onder meer uit enkele rechterlijke uitspraken en beslechting van geschillen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Zie onder meer: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 15 december, ECLI:NL:GHARL:2017:11070, Rb. Breda (vzr.) 4 januari 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:12 en Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering 21 juni 2017, zaaknummer 201700227.

²⁴ Omdat op dit gebied het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft, heeft het aan de beroepsorganisatie (VRA) en de zorgverzekeraars (ZN) gevraagd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin onder meer de handleiding met de vier indicatiecriteria een plek krijgen.

Deze indicatiecriteria kunnen dienen als operationalisatie van de begrippen 'complexe en samenhangende problematiek op meerdere ICF domeinen' en 'uitgangspunt van stepped care'. Gezamenlijk vormen de vier indicatiecriteria een handleiding voor de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts. Door het toepassen van deze handleiding kan de revalidatiearts op een navolgbare manier onderbouwen of IMSR passend is voor een bepaalde patiënt. Hiermee ontstaat een transparant beoordelingsproces, dat het aanbieden van de passende zorg (inclusief 'de juiste zorg op de juiste plek') bevordert en kan bijdragen aan reductie van het aantal discussies en interpretatieverschillen over de indicatiestelling.

Dit hoofdstuk beschrijft de handleiding met de vier indicatiecriteria op hoofdlijnen. In bijlage D en E zijn sommige onderdelen nog wat verder toegelicht of uitgewerkt. De revalidatiearts kan deze handleiding volgen bij het transparant maken van de indicatiestelling voor IMSR. Wanneer hij gebruik maakt van deze vier indicatiecriteria (eventueel naast andere informatie) verwachten wij dat de onderbouwing van de indicatiestelling beter navolgbaar wordt voor de zorgverzekeraar en anderen. Wanneer hij geen gebruik maakt van (onderdelen van) deze handleiding, zal hij zelf moeten beargumenteren en onderbouwen dat er sprake is van complexe samenhangende problematiek op meerdere ICF-domeinen, én dat in het traject voorafgaand aan de MSR-behandeling in voldoende mate invulling is gegeven aan het uitgangspunt van stepped care.

Het Zorginstituut heeft aan VRA, RN en ZN gevraagd 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, met dit standpunt, inclusief de handleiding met de vier indicatiecriteria, als uitgangs- of startpunt. VRA, RN, ZN en de VAV-werkgroep revalidatie hebben toegezegd hun medewerking te verlenen aan de tripartite ontwikkeling van een dergelijke kwaliteitsstandaard binnen ongeveer 12 maanden. Partijen zullen dit onderwerp aanmelden voor de Meerjarenagenda van het Zorginstituut, waarmee in samenspraak met de Kwaliteitsraad geborgd kan worden dat deze kwaliteitsstandaard binnen afzienbare termijn tot stand komt.

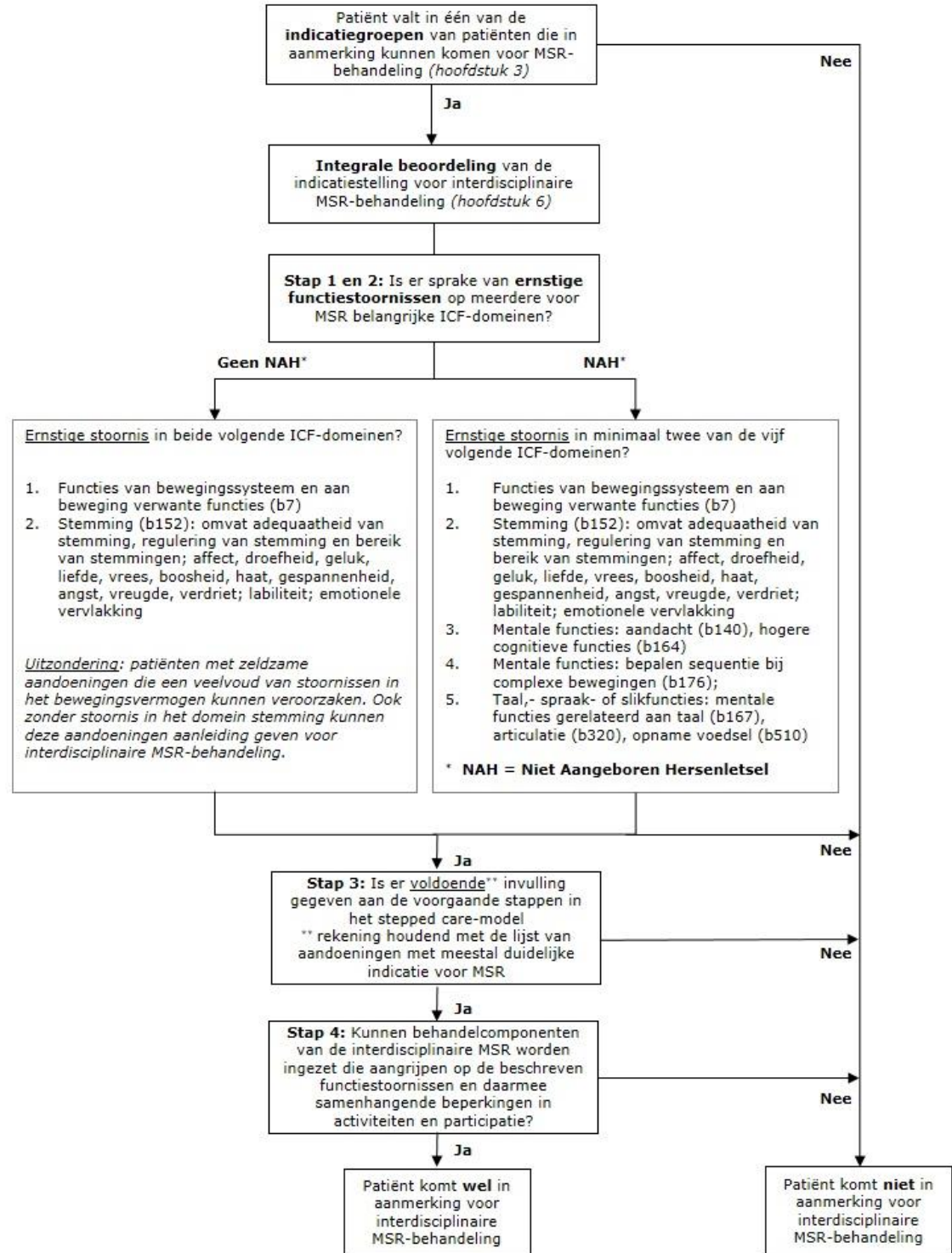
6.1 Handleiding voor de integrale beoordeling met vier indicatiecriteria

De handleiding voor de integrale beoordeling door de revalidatiearts van de indicatiestelling voor IMSR bij een individuele patiënt bevat de volgende vier indicatiecriteria:

1. Analyse van de stoornissen in functies die een patiënt ervaart ten gevolge van zijn aandoening, en van de beperkingen in activiteiten en participatie die samenhangen met deze functiestoornissen.
2. Analyse van de ernst van de functiestoornissen en van de beperkingen in activiteiten en participatie.
3. Beoordeling van de inhoud en het resultaat van behandelingen in het voorafgaande jaar in het kader van een stepped care-traject.
4. Opstellen van een behandelplan waarin is aangegeven hoe de verschillende voorgestelde behandelcomponenten van de IMSR-behandeling aangrijpen op de problemen van de patiënt zoals beschreven in de analyses en bijdragen aan de te bereiken behandeldoelen.

Figuur 2 bevat een schematische weergave van deze handleiding met de vier indicatiecriteria voor het integrale beoordelingsproces van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts. De paragrafen 6.1.1 tot en met 6.1.4 geven elk een beschrijving van één van de indicatiecriteria.

Figuur 2 Samenvatting van het integrale beoordelingsproces door de revalidatiearts



Op basis van criterium 1 en 2 van de integrale beoordeling kan een revalidatiearts afwegen of er sprake is van ernstige functiestoornissen op meerdere ICF-domeinen. Deze beoordeling wordt verder uitgewerkt in de paragrafen 6.1.1 en 6.1.2.

Op basis van criterium 3 kan de revalidatiearts beoordelen of er in voldoende mate invulling is gegeven aan de voorgaande stappen van het stepped care-model. Deze beoordeling wordt uitgewerkt in paragraaf 6.1.3.

In paragraaf 6.1.4 komt het vierde criterium aan de orde, waarin de revalidatiearts een behandelplan opstelt, dat aansluit bij de behandeldoelen van de patiënt en de behandel mogelijkheden binnen de MSR.

Wanneer de revalidatiearts deze handleiding volgt, beoordeelt hij bij de individuele patiënt de vier indicatiecriteria van het integrale beoordelingsproces en legt de uitkomst hiervan vast in het patiëntendossier, meestal bij de intake of consultatie. Hierdoor wordt navolgbaar wat de situatie van de patiënt is ten aanzien van de genoemde indicatiecriteria, en hoe de revalidatiearts deze heeft gewogen in zijn oordeel over de indicatiestelling.

6.1.1

Beoordeling of sprake is van stoornissen op meerdere functiedomeinen

Het begrip 'complexe en samenhangende problematiek' in de MSR koppelen wij in dit standpunt aan het ICF-model. Hierbij gaan we ervan uit dat sprake moet zijn van complexe, samenhangende problematiek op meerdere ICF-domeinen om in aanmerking te komen voor IMSR-behandeling.^[1,4] In dit standpunt bedoelen we met meerdere ICF-domeinen dat er binnen de ICF-component 'functies' sprake moet zijn van stoornissen in meerdere functiedomeinen.^[11]

Bij criterium 1 van de handleiding kan de revalidatiearts beschrijven welke *samenhangende* stoornissen in functies aanwezig zijn bij een individuele patiënt, op basis van deze functiedomeinen van de ICF.

Om te bepalen welke functiedomeinen uit de ICF relevant zijn voor de indicatiestelling voor IMSR-behandeling in de Nederlandse situatie, hebben we een selectie gemaakt uit de ICF *core set 'Rehabilitation'*.^{25,26} Omdat in Nederland ook patiënten met NAH in aanmerking kunnen komen voor IMSR-behandeling, zijn voor die patiënten de domeinen aangevuld met cognitieve problemen en spraak- en slikproblemen.

Bij toepassing van de handleiding geeft de revalidatiearts navolgbare argumentatie dat een patiënt redelijkerwijs is aangewezen op IMSR-behandeling. Volgens het eerste indicatiecriterium moet er sprake zijn van samenhangende stoornissen in *elk* van de volgende twee (subgroepen van) functiedomeinen van de ICF:

²⁵ ICF core sets faciliteren de beschrijving van functioneren in de klinische praktijk, door lijsten van essentiële categorieën te leveren die relevant zijn voor specifieke aandoeningen en contexten in de gezondheidszorg. Deze categorieën zijn geselecteerd uit de hele ICF na een uitgebreid proces met behulp van een multidisciplinaire groep experts. Zie voor de diverse core sets, waaronder de core set 'Rehabilitation': <https://www.icf-core-sets.org/>. In de core set 'Rehabilitation' zijn de volgende functies opgenomen: energie en driften (b130), slaap (b134), stemming (b152), pijngewaarwording (b280), inspanningstolerantie (b455), functies gerelateerd aan urinelozing (b620), seksuele functies (b640), mobiliteit van gewrichten (b710), spiersterkte (b730).

²⁶ We hebben de volgende functiedomeinen van de ICF core set 'Rehabilitation' niet geselecteerd: het domein 'Pijngewaarwording', omdat de aandoening chronische pijn al is meegenomen in de indicatiegroepen van patiënten die in aanmerking kunnen komen voor MSR-behandeling, en omdat pijngewaarwording verder niet separaat bijdragend is aan de indicatiestelling voor IMSR-behandeling. De domeinen 'Energy & drive function' en 'Exercise tolerance', omdat deze samenhangen met meegenomen problemen van het bewegingsvermogen en verder niet separaat bijdragend zijn aan de indicatiestelling voor IMSR-behandeling. De domeinen 'Urinelozing', 'Seksuele problemen', en 'Slaapproblemen', omdat deze niet leiden tot specifiek hieraan gerelateerde zorgactiviteiten in de MSR. Een psycholoog kan wel aandacht besteden aan een psychisch probleem dat ten grondslag ligt aan een seksueel probleem of slaapprobleem, maar dit is al beschreven ICF-items die in de categorie 'Stemming' vallen.

- 1) Functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies (ICF-code b7). Deze functiestoornis hangt samen met de aandoening op basis waarvan een patiënt in aanmerking kan komen voor MSR-behandeling (zie hoofdstuk 3) en die een probleem van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen veroorzaakt. Onder stoornis in het spieruithoudingsvermogen (b740) wordt ernstige deconditionering verstaan zoals omschreven in hoofdstuk 3.
- 2) 'Stemming' (ICF-code b152).²⁷ Hieronder wordt verstaan: adequaatheid van stemming, regulering van stemming en bereik van stemmingen; affect, droefheid, geluk, liefde, vrees, boosheid, haat, gespannenheid, angst, vreugde, verdriet; labiliteit; emotionele vervlakking.

Een eerste uitzondering hierop vormen patiënten met zeldzame aandoeningen die een veelvoud van stoornissen in het bewegingsvermogen kunnen veroorzaken. Ook zonder stoornis in het domein 'Stemming', kunnen deze aandoeningen aanleiding geven tot behandeling in de IMSR. Dit hangt samen met de noodzaak tot centralisatie van de behandeling, vanwege de zeldzaamheid en complexiteit van de aandoening, waardoor de expertise die nodig is voor behandeling van de aandoening niet in de eerste lijn kan worden opgebouwd. Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn (post)poliosyndroom, status na multitrauma en brandwonden over een groot lichaamsoppervlak.

Een tweede uitzondering hierop vormen patiënten met NAH.²⁸ Bij hen moet sprake zijn van samenhangende stoornissen in minimaal twee van de volgende vijf groepen van functiedomeinen van de ICF:

- 3) Functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies (ICF-code b7). Deze functiestoornis hangt samen met de aandoening op basis waarvan een patiënt in aanmerking kan komen voor MSR-behandeling (zie hoofdstuk 3) en die een probleem veroorzaakt van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Hierbij merken we op dat we onder een stoornis in het spieruithoudingsvermogen (b740) ernstige deconditionering verstaan zoals omschreven in hoofdstuk 3.
- 4) Onder mentale functies: functies die te maken met de stemming (ICF-code b152). De ICF verstaat hieronder: adequaatheid van stemming, regulering van stemming, en bereik van stemmingen; affect, droefheid, geluk, liefde, vrees, boosheid, haat, gespannenheid, angst, vreugde, verdriet; labiliteit; emotionele vervlakking.²⁹
- 5) Onder mentale functies: functies die te maken hebben met aandacht (ICF-code b140), hogere cognitieve functies (ICF-code b164).³⁰
- 6) Onder mentale functies: functies die te maken hebben met het bepalen sequentie bij complexe bewegingen (ICF-code b176).³¹
- 7) Taal-, spraak- en slikfuncties, zoals mentale functies gerelateerd aan taal (ICF-code b167), of articulatie (ICF-code b320),³² of opname van voedsel (ICF-code b510).³³

²⁷ Dit is de in het Nederlandstalige ICF-model bij b152 toegepaste vertaling van 'Emotional functions'; dit omvat meer psychische stoornissen, dan alleen stemmingsgerelateerd, zoals blijkt uit de aangegeven subcategorieën.

²⁸ Zie voor de definitie daarvan in het kader van dit standpunt de tweede indicatiegroep in hoofdstuk 3.

²⁹ Psychiatrische problematiek kan juist een exclusie criterium zijn; zie paragraaf 2.7 (onderdeel 2).

³⁰ Zoals abstractie, organisatie en planning, beoordelingsvermogen.

³¹ Zoals apraxie.

³² Zoals dysartrie.

³³ Zoals kauwen, slikken.

Bij toepassing van de handleiding dragen stoornissen in andere functiedomeinen dan hierboven beschreven niet bij aan de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR-behandeling in engere zin. Wel kunnen deze stoornissen in andere functiedomeinen bijdragen aan het opstellen van het behandelplan, omdat hieraan behandeldoelen worden gekoppeld en soms ook specifieke behandelinterventies.

Naast het beschrijven van functiestoornissen op basis van de ICF-functiedomeinen zal de revalidatiearts ook een analyse maken van de voor de patiënt belangrijke beperkingen in activiteiten en participatie, die *samenhangen* met de beschreven functiestoornissen. Omdat deze het gevolg zijn van de aandoening die de indicatie tot IMSR-behandeling vormt, dragen ook deze ICF-categorieën als zodanig niet bij aan de beoordeling van de indicatiestelling in engere zin. Uiteraard dragen ze wel bij aan het formuleren van de behandeldoelen en behandelinterventies in het behandelplan. Voor het analyseren en beschrijven van de meest relevante beperkingen in activiteiten en participatie kan de ICF core set 'Rehabilitation' ook als basis dienen.

Bij de IMSR-behandeling kunnen ook persoonlijke factoren³⁴ en externe factoren³⁵ van patiënten een belangrijke rol spelen. Ook deze factoren leveren zelfstandig geen bijdrage aan de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR, maar mogelijk wel aan het formuleren van de behandeldoelen en behandelinterventies. Sommige persoonlijke of externe factoren kunnen wel bijdragen aan de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR als het gaat om hun *gevolgen*. Bijvoorbeeld als een patiënt een bepaalde *coping*-stijl heeft die leidt tot functiestoornissen in het functiedomein 'Stemming' (zoals bewegingsangst, catastroferende gedachten). Dan is het *gevolg* van de persoonlijke factor wel van belang om mee te wegen bij de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR, maar het hebben van die persoonlijke factor op zichzelf niet. 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 beoordeling van de indicatiestelling. Wel kunnen deze persoonlijke of externe factoren dan een rol spelen bij het formuleren van behandeldoelen of behandelinterventies.

6.1.2

Beoordeling of sprake is van ernstige functiestoornissen

Om volgens de handleiding in aanmerking te komen voor IMSR-behandeling, moet bij een patiënt sprake zijn van 'ernstige' functiestoornissen in meerdere categorieën van functiedomeinen zoals beschreven bij criterium 1. Volgens de handleiding kan de revalidatiearts de mate van ernst van de functiestoornissen analyseren aan de hand van generieke *ICF-qualifiers*, die zijn ontwikkeld door de *World Health Organization* (WHO). Ook de ernst van de beperkingen in activiteiten en participatie die optreden door de functiestoornissen kan met de ICF-qualifiers worden aangegeven.

³⁴ Persoonlijke factoren betreffen de individuele achtergrond van het leven van een patiënt en bestaan uit kenmerken van de patiënt die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand. Deze factoren kunnen omvatten: leeftijd, ras, geslacht, opleiding, ervaringen, persoonlijkheid en karakter, bekwaamheden, andere aandoeningen, lichamelijke conditie in het algemeen, levensstijl, levensgewoonten, opvoeding, redzaamheid, sociale achtergrond, beroep en ervaringen uit het heden en verleden.^[5]

³⁵ Onder externe factoren wordt verstaan de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven. Externe factoren worden geordend op twee niveaus: 1) Individueel: in de onmiddellijke omgeving van een patiënt, zoals plaatsen als de woning, werkplek en school; dit omvat ook het contact met anderen, zoals familieleden, collega's e.d.; en 2) Sociaal-formele en informele sociale verbanden, zoals organisaties en instellingen op het gebied van werkomgeving, communicatie en transport. Het omvat zowel wetten, regelingen en formele regels als informele regels.^[5]

Bij de analyse geeft de revalidatiearts aan:

- van welk niveau van ernst er sprake is; en
- de wijze van onderbouwing van het niveau van ernst; bijvoorbeeld door observatie of meting bij de patiënt met een bepaald meetinstrument.

Bijlage D bevat een verdere toelichting op de methode van toepassing van deze ICF-qualifiers.

6.1.3

Beoordeling of het stepped care-traject voldoende is ingevuld

In hoofdstuk 2 is beschreven, dat voor de aandoeningen die niet zijn opgenomen in de eerdergenoemde lijst van revalidatiediagnosen met meestal duidelijke indicatie voor MSR, stepped care het uitgangspunt voor (de advisering over) de behandeling is: een patiënt wordt niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk is. Volgens het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) moet worden gestart met de meest eenvoudige interventie die past bij de aandoening of de klachten.^[7]

Hiervan afgeleid is voor de beoordeling van het stepped care-traject bij de indicatiestelling voor IMSR een stepped care-model opgesteld dat bestaat uit vier stappen:

1. Preventie en zelfzorg.
2. Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn.
3. Diagnostiek en behandeling op verschillende domeinen van het biopsychosociaal model in de eerste lijn, of in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn.
4. Interdisciplinaire diagnostiek en behandeling in de tweede of derde lijn.

Op basis van het gegeven dat stepped care het uitgangspunt voor behandeling is, moet de revalidatiearts voorafgaand aan de start van eventuele MSR-behandeling beoordelen in hoeverre in het voorafgaande jaar voldoende invulling is gegeven aan de voorgaande stappen in het stepped care-model. Om dit adequaat te kunnen doen, heeft de revalidatiearts informatie nodig over de invulling en resultaten van de verschillende stappen in het stepped care-model.

Voor de wijze waarop de revalidatiearts met het uitgangspunt van stepped care kan omgaan, zijn wij in de handleiding uitgegaan van het resultaat van een werkgroep die tijdens het ontwikkeltraject van het standpunt hiervoor speciaal is ingesteld. Daarin is per stap van het stepped care-model, die bij een patiënt is ingevuld, bepaald welke informatie een revalidatiearts minimaal nodig heeft om te kunnen beoordelen of deze stap van het stepped care-traject in voldoende mate is ingevuld. Gesteld is dat wanneer de informatie over de uitgevoerde behandelingen in stap 2 en 3 in de periode voorafgaand aan de indicatiestelling voor IMSR niet beschikbaar is, de revalidatiearts de invulling van dit traject niet adequaat kan beoordelen. Vervolgens is aangegeven dat in dat geval de beoordeling moet worden uitgesteld, totdat de benodigde informatie wel aanwezig is. In bijlage C is het stepped care-model met de benodigde informatie vragen per stap verder uitgewerkt. Ook wordt hierin uitgelegd hoe het model moet worden toegepast door diverse zorgverleners.

Stepped care is het uitgangspunt binnen de MSR. In het stepped care-model dat in de handleiding wordt gehanteerd betekent dit, dat patiënten eerst stap 1 tot en met 3 (dienen te) doorlopen, voordat zij worden verwezen naar de intakefase behorend bij stap 4 (IMSR). Binnen de eerstelijnsbehandeling kan het voorkomen dat een huisarts (of andere verwijzer) en de patiënt samen tot de conclusie komen dat direct meerdere behandel disciplines uit de eerste lijn moeten worden betrokken, omdat behandeling op meerdere domeinen van het biopsychosociaal model meteen is aangewezen. In dat geval kan stap 2 beargumenteerd worden overgeslagen.

Over stap 1 van het stepped care-model hoeft geen schriftelijke informatie te worden beoordeeld, omdat huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn over preventie en zelfzorg slechts beperkte en zeer variabele informatie beschikbaar zullen hebben. Voor informatie over deze stap is de revalidatiearts dus aangewezen op de anamnese.

Bij bepaalde aandoeningen kunnen verwijzer en patiënt samen tot de conclusie komen, dat (verdere) eerstelijns behandeling niet zinvol is en de patiënt direct op IMSR is aangewezen. In dat geval kan met duidelijke argumentatie direct verwijzing plaatsvinden naar de revalidatiearts, die vervolgens wel dient te beoordelen of het overslaan van stap 2 en 3 terecht was en behandeling in de eerste lijn niet toch voldoende mogelijkheden biedt. Bij de volgende aandoeningen is dit aan de orde:

1. De aandoening is opgenomen op de lijst van lijst van revalidatiediagnosen met meestal duidelijke indicatie voor MSR, waarvoor niet alle indicatiecriteria direct bij intake of consultatie hoeven worden vastgelegd in het patiëntendossier. Immers de verwachting bij deze aandoeningen is dat de integrale beoordeling door de revalidatiearts bij de meeste van deze patiënten leidt tot de vaststelling van een directe indicatie voor IMSR-behandeling. Zie de nadere toelichting in hoofdstuk 2. Er dient wel altijd een goede afweging plaats te vinden of één of meer eerstelijns behandelingen toch aangewezen kunnen zijn. Wanneer er een directe indicatie is voor IMSR, dan zal dit moeten blijken uit het EPD dat gedurende de behandeling wordt opgebouwd.
2. Acut ontstane aandoeningen die niet tot de bij punt 1 benoemde aandoeningen horen, maar die wel zodanig ernstige stoornissen en beperkingen veroorzaken dat er direct een IMSR-behandelindicatie is.

6.1.4 *Beoordeling of de behandelcomponenten van IMSR kunnen worden ingezet die aangrijpen op de beschreven problemen*

Bij het vierde criterium van de handleiding stelt de revalidatiearts samen met de patiënt en de leden van het behandelteam behandeldoelen op per probleem dat is beschreven bij de indicatiecriteria 1 en 2, en voor aanvullend geïdentificeerde problemen. Ook maakt de revalidatiearts een inschatting van de behandelduur. Uit het behandelplan moet blijken dat:

- de verschillende behandelcomponenten van de beoogde IMSR-behandeling aangrijpen op de problemen van de patiënt zoals beschreven in de indicatiecriteria 1 en 2; en
- deze behandelcomponenten bijdragen aan de te bereiken behandeldoelen.

7 Standpunt medisch-specialistische revalidatie

7.1 Standpunt

In zijn vergadering van 27 juni 2023 heeft de Raad van Bestuur van het Zorginstituut de zorg zoals beschreven in hoofdstuk 2, 3, 4 en 5 van dit rapport, binnen de wettelijke context zoals beschreven hoofdstuk 1, geduid als medisch-specialistische revalidatie (MSR) zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

7.2 Handleiding met vier indicatiecriteria voor de indicatiestelling voor IMSR

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. Hiermee ontstaat een transparant beoordelingsproces, dat het aanbieden van de passende zorg (inclusief 'de juiste zorg op de juiste plek') kan bevorderen en kan bijdragen aan een afname van het aantal discussies en interpretatieverschillen over de indicatiestelling. Omdat op dit gebied het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft (zie hoofdstuk 1), heeft het aan de partijen VRA, RN en ZN gevraagd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen voor de indicatiestelling door de revalidatiearts voor IMSR bij de individuele patiënt, waarin de inhoud van dit standpunt, inclusief de handleiding met de vier indicatiecriteria, het uitgangs- of startpunt zal zijn.

7.3 Consequenties van dit standpunt

Dit standpunt biedt patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer duidelijkheid over welke zorg te beschouwen is als MSR zoals revalidatieartsen plegen te bieden en over welke patiënten redelijkerwijs in aanmerking kunnen komen voor deze zorg.

De hoofdstukken 2, 3, 4 en 5 van het standpunt bieden een kader aan revalidatieartsen om te beoordelen of een verwezen patiënt behoort tot één van de indicatiegroepen van patiënten, die mogelijk in aanmerking komen voor MSR (zie hoofdstuk 3 en 4) en welke zorgactiviteiten zij daarbij kunnen aanbieden (zie hoofdstuk 2 en 5).

Met de handleiding in hoofdstuk 6 kan de revalidatiearts op navolgbare wijze beoordelen of een patiënt redelijkerwijs is aangewezen op een IMSR-behandeling. Gezien het feit dat het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft in de individuele beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op AMSR of IMSR, en dus ook niet in de wijze waarop de revalidatiearts deze beoordeling uitvoert, is dit onderdeel van het rapport niet op te vatten als een standpunt of duiding in de zin van artikel 64 van de Zvw.

7.4 Consultatie van het concept standpunt

Dit standpunt is via een ruim drie jaar durend project tot stand gekomen in samenwerking met alle relevante partijen uit het veld van de medisch specialistische revalidatiezorg (organisaties van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars).

Vertegenwoordigers vanuit deze partijen hebben deelgenomen aan een klankbordgroep voor dit project, waarin uitgebreide discussies zijn gevoerd en feedback is opgehaald over de conceptstukken van het Zorginstituut inzake de diverse omschrijvingen en criteria die in de voorgaande hoofdstukken zijn beschreven. Ook de uitvoerbaarheid van verschillende onderdelen van dit rapport is meermalen bediscussieerd. Dit heeft tot diverse aanpassingen geleid om de implementatie en uitvoerbaarheid te bevorderen.

Het concept standpunt is in juli-september 2022 geconsulteerd onder een groot aantal partijen op het terrein van de revalidatiezorg. Hierop is een groot aantal commentaren ingestuurd, die zijn opgenomen in een aparte bijlage bij dit rapport. In deze bijlage is op hoofdlijnen ook de reactie van het Zorginstituut op deze commentaren verwoord. Op grond van de commentaren uit de consultatie zijn de teksten van het standpunt op veel onderdelen duidelijker geformuleerd of van verdere toelichting voorzien. Het bleek noodzakelijk om scherper te formuleren op welke onderdelen het Zorginstituut op basis van zijn wettelijke taken een eenduidige uitleg kan geven over de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties, en op welke onderdelen sprake is van adviezen ter verbetering van de kwaliteit van zorg. In de definitieve versie van het standpunt is dit in hoofdstuk 1 verhelderd. Daarin hebben we aangegeven dat het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft in de individuele beoordeling of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op AMSR of IMSR, en dus ook niet in de wijze waarop de revalidatiearts deze beoordeling uitvoert, met andere woorden de indicatiestelling voor IMSR. Om wel tegemoet te komen aan de onduidelijkheid die er bestaat over de wijze waarop een revalidatiearts dit op een transparante en navolgbare wijze kan doen, hebben we in hoofdstuk 6 van dit rapport de indicatiecriteria, die we in nauwe samenspraak met de klankbordgroep hadden ontwikkeld, in de vorm van een handleiding opgenomen. Bij toepassing van deze handleiding kan een revalidatiearts de navolgbaarheid van de indicatiestelling bij een individuele patiënt al direct vergroten, maar hij mag ook ervoor kiezen om op andere wijze te beargumenteren hoe hij de indicatie voor een bepaalde MSR-behandeling heeft vastgesteld. We hebben met VRA, RN en ZN afgesproken dat zij gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard zullen ontwikkelen voor de indicatiestelling door de revalidatiearts voor IMSR bij de individuele patiënt. Hierbij zal de inhoud van dit standpunt, inclusief de handleiding met de vier indicatiecriteria, het uitgangs- of startpunt zijn, en kan de beroepsgroep zelf verder werken aan eenduidige begrippen en criteria die overal in Nederland op dezelfde manier kunnen worden gehanteerd.

7.5 Uitvoerbaarheid van het standpunt

Dit standpunt biedt een overzicht van de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Het geeft een duidelijk kader voor de toepassing van passende MSR-zorg, inclusief een nadere duiding van de patiëntengroepen die op grond van hun klachten of aandoening een indicatie kunnen hebben voor deze vorm van revalidatiezorg. Tevens bakent het standpunt de MSR af van andere vormen van revalidatiezorg.

Het standpunt geeft ook aan wat de betekenis is stepped care als uitgangspunt voor de keten van revalidatiezorg. Dit is één van de indicatiecriteria die een rol kunnen spelen bij de indicatiestelling door de revalidatiearts voor IMSR bij de individuele patiënt. Er is ook een groot aantal aandoeningen, waarbij voor een groot deel van de patiënten direct bij of enige tijd na het ontstaan van die aandoening duidelijk is dat zij zijn aangewezen op een MSR-behandeling, zonder dat er voorafgaand eerstelijns behandelingen toegepast hoeven te zijn.

De VRA en ZN hebben een lijst van dit type aandoeningen opgesteld, die gepubliceerd is op de website van de VRA.³⁶ Op deze lijst staan de aandoeningen waarbij de indicatie voor MSR-behandeling vrijwel nooit ter discussie staat en de complexiteit van de gezondheidssituatie van de patiënt tijdens de MSR-behandeling duidelijk wordt op basis van de informatie in het patiëntendossier. Het doel van toepassing van deze lijst is het wegnemen van overbodige beoordelingen van indicatiecriteria en de verslaglegging daarover, terwijl de indicatie voor de MSR-behandeling evident is. Bij patiënten met een aandoening die op deze lijst voorkomt is stepped care geen uitgangspunt meer, hoewel voor een deel van de patiënten met mildere ziekteverschijnselen eerstelijns behandeling nog steeds aangewezen kan zijn. De beoordeling van stepped care voorafgaand aan een MSR-behandeling voor aandoeningen op deze lijst kan bestaan uit de constatering, dat gezien de aard en ernst van de aandoening een stepped care-traject niet aan de orde is.

Voor de beoordeling van stepped care bij de overige indicatiegroepen voor MSR heeft een werkgroep geformuleerd welke informatie minimaal nodig is om te kunnen beoordelen of het stepped care-traject voldoende is ingevuld bij een patiënt die mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling. De beschikbaarheid van de informatie, die de revalidatiearts nodig heeft voor de beoordeling van de inhoud en uitkomsten van de voorafgaande behandelingen bij een verwezen patiënt, kan een probleem zijn. Als deze informatie niet beschikbaar is, dan kan de revalidatiearts de invulling van het stepped care-traject niet adequaat beoordelen. Hij moet dan de beoordeling uitstellen totdat de benodigde informatie wel aanwezig is. De patiënt en de huisarts moeten alsnog deze informatie achterhalen, waar nodig in samenspraak met de zorgaanbieders die de voorafgaande behandelingen hebben uitgevoerd (zie paragraaf 6.1.3 en bijlage C). Met de organisaties van de patiënten en de huisartsen is afgesproken dat zij zich hier gezamenlijk voor verantwoordelijk willen stellen en dat zo nodig een verwezen patiënt en diens huisarts zich zullen inspannen om de benodigde informatie te achterhalen. Toch zal het zeker in de eerste periode na de vaststelling van dit standpunt kunnen voorkomen dat de informatie van sommige behandelaren niet meer of nog niet beschikbaar is, waardoor problemen kunnen ontstaan bij de beoordeling door de revalidatiearts of een verwezen patiënt is aangewezen op IMSR-behandeling. Het zal dus tot de eerstelijns zorgaanbieders moeten doordringen dat zij hierin een belangrijke rol hebben te vervullen. Overigens behoort goede verslaglegging over de inhoud en uitkomsten van de toegepaste zorgactiviteiten een normaal onderdeel van goede zorg te zijn. In de kwaliteitsstandaard voor de indicatiestelling door de revalidatiearts voor IMSR bij de individuele patiënt, die partijen zullen gaan opstellen, zal de wijze van beoordeling van het stepped care-traject verder worden uitgewerkt, aangezien dit is benoemd als één van de vier indicatiecriteria voor IMSR.

Het is de verwachting dat de uitvoerbaarheid van dit standpunt ook zal worden bevorderd door de andere afspraken die de tripartite partijen zullen vastleggen in de kwaliteitsstandaard voor de indicatiestelling door de revalidatiearts voor IMSR bij de individuele patiënt. Het Zorginstituut beveelt de tripartite partijen ook aan om de ontwikkeling of actualisatie van evidence-based richtlijnen of kwaliteitsstandaarden voor onderdelen van de MSR verder op te pakken. Op deze wijze kunnen de partijen invulling geven aan hun verantwoordelijkheid om ook binnen het domein van MSR passende zorg na te streven.

³⁶ Zie <https://www.revalidatie.nl>

Bijlage A Resultaat deelproject 'Arbeidsrevalidatie'

Om tot dit standpunt te komen, heeft het Zorginstituut vier deelprojecten uitgevoerd. De achtergrond van deze deelprojecten staat beschreven in het 'Plan van aanpak voor het vervolg op het standpunt medisch-specialistische revalidatie'.^[2] Een van de uitgevoerde deelprojecten betreft het beantwoorden van de onderzoeksvraag: *Bij welke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten uitgevoerd binnen de MSR is sprake van te verzekeren zorg volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw)?*

Voor het beantwoorden van deze hoofdvraag hebben we onder andere gekeken welke delen van het rapport 'Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis' van het Zorginstituut (2016)^[25] van toepassing zijn op de MSR, of naar die context kunnen worden omgezet.³⁷ Daarnaast hebben we diverse revalidatiecentra bezocht. Het doel hiervan was achterhalen welke specifieke op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten onderdeel uitmaken van MSR-behandelprogramma's, of als aanvullend aanbod daarop worden aangeboden. Tenslotte hebben we diverse documenten en artikelen over arbeidsrevalidatie bestudeerd.

Deze bijlage is als volgt opgebouwd. In het inleidende deel A.1 beschrijven we de relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid, gaan we in op de plaats van arbeidsrevalidatie binnen de MSR en leggen we uit waarom het nodig is om te onderzoeken bij welke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten uitgevoerd binnen de MSR sprake is van te verzekeren zorg volgens de Zvw. In deel A.2 beschrijven we de criteria op grond waarvan we kunnen beoordelen of bepaalde op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen. In deel A.3 geven we onze algemene conclusies weer. Tenslotte geven we in deel A.4 aan of specifieke op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten volgens de criteria uit deel A.2 onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen. Deel A.5 bevat de toelichting bij de beoordeling van het 'plegen te bieden'-criterium.

A.1 Inleiding

A.1.1 De relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid

Het participeren in arbeid is een wezenlijk onderdeel van iemands identiteit, vormt een belangrijke bron voor sociale contacten en steun buiten de directe familie- of vriendenkring en kan iemand het gevoel geven nuttig te zijn, gewaardeerd te worden en een bijdrage te leveren aan de maatschappij.^[26, 27] Werken leidt tot zelfontplooiing, zinvolle dagbesteding en een gevoel van maatschappelijke inclusie. Daarnaast verschaft werk mensen dagelijkse structuur en bevordert het zelfvertrouwen en eigenwaarde. De positieve betekenis van werk vormt voor mensen met een chronische ziekte of aandoening een belangrijke motivatie om hun werk voort te zetten of, bij uitval, te hervatten, net als bij gezonde werkenden. Omgekeerd kan verzuim of verlies van werk het gevoel geven een deel van jezelf verloren te zijn. Wat voor mensen met een chronische aandoening specifiek geldt, is dat werk geldt als symbool voor een normaal leven en als een belangrijk element van de maatschappelijke participatie.

³⁷ Dit rapport heeft het Zorginstituut in 2016 uitgebracht als resultaat van de uitvoeringstoets van (arbeids)participatie in de ggz van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In dit rapport beantwoorden we onder andere de vraag in hoeverre er sprake is van verzekerde zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) bij de activiteiten van zorgprofessionals die gericht zijn op het bevorderen van arbeidsparticipatie van de cliënt of het verbeteren van de arbeidsomstandigheden van de cliënt.

In het recent ontwikkelde concept van positieve gezondheid speelt werk ook een belangrijke rol, als belangrijk element van het sociaal-maatschappelijk participeren, onderdeel van het dagelijks functioneren en mogelijke bron voor aspecten van zingeving, zoals het nastreven van doelen of idealen en het realiseren van toekomstperspectief.^[28] Dit concept beschouwt gezondheid niet meer als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Voor veel mensen zonder of met een chronische aandoening speelt werk daarbij een zeer belangrijke rol.

De Position Paper van de VRA (2015) benoemt ook het belang van maatschappelijke participatie voor individu én samenleving.^[3] Enerzijds bevordert een betere gezondheid de participatie, anderzijds bevordert betere participatie de gezondheid: *"Participatie leidt tot minder ziektelast, ontwikkelen van vaardigheden, versterken van gevoel van eigenwaarde, sociaal-economische positie en op maatschappelijk niveau, meer sociale cohesie, grotere collectieve welvaart en een grote beroepsbevolking"*.^[3] Deze wederkerige relatie tussen werken en gezondheid wordt uitgebeeld in figuur 2. Enerzijds leidt een slechtere gezondheidssituatie tot minder arbeidsparticipatie.^[21] Anderzijds lijkt werken ook een positief effect op de gezondheid te hebben.^[29]



Figuur A.1 De relatie tussen gezondheid en werk^[29]

De positieve wederzijdse relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid is in meerdere onderzoeken aangetoond. Een review van Waddell en Burton (2006) onderzocht de relatie tussen werk, gezondheid en welbevinden.^[19] Dit review concludeert enerzijds dat er een sterk verband is tussen werkloosheid en slechte gezondheid. Anderzijds leidt weer aan het werk komen tot het verbeteren van de algemene en geestelijke gezondheid. Nederlands onderzoek door Schuring en collega's (2011) laat zien dat het starten met betaalde arbeid vanuit een uitkeringssituatie alle dimensies van ervaren gezondheid (waaronder mentale, fysieke en algemene gezondheid) verbetert.^[30] Van der Noordt en collega's concluderen in een systematische review (2014) dat werk het risico op depressie vermindert en de algemene mentale gezondheid verbetert.^[20] In dit onderzoek was onvoldoende bewijs beschikbaar om een positief effect van werk op algemene en fysieke gezondheid te onderbouwen. Later onderzoek vond wel onderbouwing voor een positief effect van weer aan het werk gaan vanuit een werkloosheidssituatie op de ervaren fysieke gezondheid^[31-33] en de ervaren algemene gezondheid^[34-36]. Hoewel meer onderzoek op dit terrein nodig is, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat werk het herstel van een ziekte of aandoening kan ondersteunen en de mogelijk nadelige effecten van langdurig verzuim of werkloosheid en de kans op langdurige arbeidsongeschiktheid kan verminderen.

In een impact graphic verwoordt het Centrum Werk Gezondheid, met inbreng van de Sociaal-Economische Raad, de positieve relatie tussen werk en gezondheid als volgt: *"Het hebben, verwerven en behouden van werk is een belangrijke voorwaarde voor gezondheid"* en *"Arbeidsparticipatie is te beschouwen en in te zetten als remedie: werk als medicijn"*.^[37]

Werken kan echter ook gezondheidsschade veroorzaken, bijvoorbeeld door fysieke belasting, belasting vanuit de omgeving en psychosociale belasting.^[21] Uit het eerder genoemde review van Waddell en Burton (2006) blijkt dat over het geheel genomen, de positieve gezondheidseffecten van arbeidsparticipatie groter zijn dan de gezondheidsrisico's van werken.^[21, 19] Het is wel van belang dat werk aansluit op iemands kennis, vaardigheden en persoonlijke omstandigheden en er sprake is van een veilige, gezonde en ondersteunende werkomgeving.^[29] Uit de impact graphic van het Centrum Werk Gezondheid blijkt, dat 48 procent van de werkenden met een chronische ziekte of aandoening een positief effect van werk op hun gezondheid ervaart en dat 30 procent zich minder gezond voelt door het werk.

A.1.2 Arbeidsrevalidatie binnen de MSR

Vaak wordt de term 'arbeidsrevalidatie' gebruikt om activiteiten te omschrijven die gericht zijn op het bevorderen van arbeidsparticipatie. Een Engelstalige definitie van arbeidsrevalidatie of arbeidsgerichte revalidatie is die van Selander (geciteerd in het TNO-rapport Revalidatie en Arbeid, investeren voor de toekomst, 2010^[18]): *"Medical, psychological, social and occupational activities aiming to re-establish among sick or injured people with previous work history their working capacities and prerequisites for returning to the labour market, to a job or availability for a job."*

Voor dit rapport hebben we deze definitie vertaald naar het Nederlands en uitgebreid zodat deze ook van toepassing is op jongvolwassenen die nog nooit hebben gewerkt: *"Medische, psychologische, sociale en werkgerelateerde³⁸ activiteiten voor mensen uit de beroepsbevolking met een arbeidsbeperking door een ziekte, aandoening of trauma, die gericht zijn op het herstellen van de arbeidsmogelijkheden en de randvoorwaarden voor integratie of re-integratie op de arbeidsmarkt."*

Deze definitie voor arbeidsrevalidatie komt inhoudelijk grotendeels overeen met een definitie voor 'vocational rehabilitation' die kort daarna door een internationale groep van deskundigen is opgesteld: *"Een multi-professionele evidence-based interventie gericht op het optimaliseren van arbeidsparticipatie, die vanuit verschillende settings kan worden aangeboden aan mensen in de arbeidsleeftijd met gezondheidsgerelateerde stoornissen, belemmeringen of beperkingen in het functioneren op het werk."*^[38]

Volgens deze definities bestaat arbeidsrevalidatie uit twee typen activiteiten:

- Generieke activiteiten, die bijdragen aan meerdere participatiedoelen, waaronder arbeidsparticipatie. Voorbeelden van deze activiteiten zijn opnieuw leren lopen, verbeteren van het fysiek functioneren en behandelen van cognitieve stoornissen.
- Activiteiten die specifiek gericht zijn op het bevorderen van de arbeidsparticipatie. Bijvoorbeeld trainen van vaardigheden die specifiek in een bepaalde werkfunctie nodig zijn, of leren omgaan met specifieke belemmeringen in het werk.

In de rest van deze bijlage spreken we over op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten.

³⁸ In deze definitie verstaan we onder werkgerelateerde activiteiten: activiteiten verstaan die onlosmakelijk zijn verbonden aan de werkplek of de arbeidsorganisatie. Deze activiteiten zijn dan gericht op de randvoorwaarden waaronder de patiënt zijn werk(taken) kan uitvoeren, maar niet op de patiënt zelf.

Uit deze definities blijkt ook dat arbeidsrevalidatie een overkoepelende term is. Er vallen veel verschillende activiteiten onder die de arbeidsparticipatie kunnen bevorderen. Een groot deel van deze activiteiten kunnen door verschillende professionals in diverse contexten uitgevoerd worden. Bijvoorbeeld op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die worden uitgevoerd in de eerstelijns door bijvoorbeeld fysio- of oefentherapeuten of ergotherapeuten. Of activiteiten uitgevoerd in de arbozorg of de re-integratiesector door bijvoorbeeld bedrijfsartsen en arbo- of re-integratieprofessionals.

Ook professionals werkzaam binnen de MSR voeren op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten uit. Van oudsher speelt arbeidsparticipatie een belangrijke rol in de revalidatiegeneeskunde. Zo had het eerste revalidatiecentrum van Nederland, Aardenburg te Doorn, bij de opening in 1946 arbeidshervatting als voornaamste doel van de revalidatie.^[39] Tegenwoordig is het herstel en optimaliseren van de participatie van de patiënt in de maatschappij nog steeds één van de belangrijkste behandeldoelen van de revalidatiegeneeskunde. Dit blijkt onder meer uit de Position Paper Revalidatiegeneeskunde van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA): *"Revalidatiegeneeskunde beoogt het verbeteren van functies en vaardigheden, het optimaliseren van zelfredzaamheid, eigen regie en participatie van patiënten met beperkingen veroorzaakt door een aangeboren of verworven aandoening"*.^[3]

Participatie in arbeid is te beschouwen als een belangrijk onderdeel van participatie in de maatschappij: *"Revalidatiegeneeskunde richt zich nadrukkelijk op de gevolgen van aandoeningen voor de patiënt. Hoe kan een patiënt met zijn aandoening (zo) zelfstandig (mogelijk) wonen, onderwijs volgen, aan het werk gaan en deelnemen aan het sociale leven?"*^[3] Deze stelling benadrukt dat het bevorderen van arbeidsparticipatie een belangrijke doelstelling is binnen de MSR.

In deze bijlage gaan we verder alleen in op activiteiten gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie die in de context van MSR worden uitgevoerd. Over de activiteiten elders in de tweedelijns- of in de eerstelijns gezondheidszorg doet deze bijlage geen uitspraak.

A.1.3 Bekostiging van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in de MSR

Revalidatiecentra in Nederland stellen zelf hun behandelprogramma's samen en besluiten welke behandelmodules daarin worden opgenomen. Het uitgangspunt is dat een behandelprogramma aansluit op de individuele behandeldoelen en behoeften van een patiënt. Er kan zo een aanzienlijke variatie in behandelprogramma's optreden. Dit geldt ook voor de activiteiten die worden uitgevoerd op het gebied van arbeidsrevalidatie. Vaak maken de op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die professionals in de MSR uitvoeren, deel uit van een MSR-behandeling. Deze activiteiten worden dan bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Maar vaak hebben MSR-professionals ook competenties waardoor zij ook op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten kunnen uitvoeren die bekostigd moeten worden vanuit een ander domein. Bijvoorbeeld door een gemeente of door een werkgever of arbeidsorganisatie. In de praktijk bestaat vaak onduidelijkheid over waar de scheiding in bekostiging precies ligt. Tussen revalidatiecentra bestaan verschillen in het type activiteiten dat wordt aangeboden, en in de manier waarop dezelfde activiteiten worden gedeclareerd.

Zo liet een onderzoek naar toepassing van arbeidsrevalidatie bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) zien, dat ruim 60 procent van de responderende revalidatiecentra (n=55) activiteiten aanbood in het kader van arbeidsrevalidatie.

Bijna 40 procent gaf dit niet aan. Bijna 60 procent van de centra die wel een aanbod hadden, voerde de activiteiten op dit terrein uit op basis van een daarvoor ontwikkeld protocol. Tussen de centra bestond ook variatie in aangeboden activiteiten, bijvoorbeeld op het gebied van belastbaarheidstraining gericht op werk (aangeboden door 80 procent) en de locatie van werktraining (bijna 80 procent in de instelling en bijna 50 procent ook of alleen op de werkplek). Ook ten aanzien van externe betrokkenen bestond grote variatie. Zo betrof bijna 80 procent de werkgever en bijna 90 procent de bedrijfsarts. In bijna 40 procent werden ook collega's van de revalidant betrokken en in bijna 30 procent andere disciplines, zoals een arbeidsdeskundige of een professional van de gemeente of een re-integratiebureau. Variatie in financiering was ook aanwezig: in bijna 80 procent van de instellingen werd het traject volledig bekostigd door de zorgverzekeraar, in ruim 20 procent deels door de zorgverzekeraar en deels door de werkgever.^[40]

Door deze verschillen is het afhankelijk van het revalidatiecentrum waar een patiënt wordt behandeld, of en hoe activiteiten op het gebied van arbeidsrevalidatie worden aangeboden, uitgevoerd en bekostigd. De variatie in bekostiging laat patiënten onzeker over de vergoeding van deze zorg. Met dit deelproject geven we duidelijkheid bij welke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten uitgevoerd binnen de MSR sprake is van te verzekeren zorg volgens de Zvw.

A.2 Criteria om vast te stellen wanneer er bij activiteiten gericht op bevorderen van arbeidsparticipatie uitgevoerd in de MSR, sprake is van te verzekeren zorg

Om de vraag te kunnen beantwoorden welke activiteiten ter bevordering van de arbeidsparticipatie onder de te verzekeren prestaties van de Zvw kunnen vallen, moet eerst de vraag worden beantwoord of deze interventies ten principale tot het domein van de Zvw gerekend kunnen worden.

Vervolgens beoordeelt het Zorginstituut of de zorg voldoet aan de wettelijke prestatieomschrijving zoals die is neergelegd in artikel 2.4 lid 1 Bzv: *"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, [...]"*

In het kader van de vraag of op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die worden uitgevoerd tijdens MSR-behandeling onder deze omschrijving kunnen vallen, stellen we achtereenvolgens de volgende vragen, die in samenhang met elkaar moeten worden gezien:

1. Behoren op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in beginsel tot het domein van de Zvw?
2. Behoren de specifiek geformuleerde op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten tot de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden?
3. Zijn er op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die zijn uitgesloten van de te verzekeren prestaties?

In de volgende paragrafen lichten we de algemene criteria verder toe.

A.2.1 Het domein van de Zvw

Een zorgverzekering in de zin van de Zvw is een schadeverzekering. Volgens artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek is een schadeverzekering: de verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden. In de Zvw gaat het om de vermogensschade, de financiële schade, die een verzekerde kan lijden als gevolg van een behoefte aan geneeskundige zorg, mondzorg etc. Dit volgt uit artikel 10 van de Zvw.

In het algemeen geldt dat de geneeskundige zorg onder de Zvw gericht is op herstel of genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening.^[41] 'Geneeskundig' moet hier niet te beperkt 'medisch' worden opgevat. Ook het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen die ontstaan zijn ten gevolge van een aangeboren of verworven ziekte of aandoening, kan onder 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw worden geschaard. Daarnaast hoeft er niet per se al sprake te zijn van een aandoening of beperking. Ook zorg gericht op het voorkomen van (verergering van) een aandoening of beperking, of gericht op zo goed mogelijk functiebehoud bij gevolgen van een aandoening of beperking, kan onder de Zvw vallen, mits er sprake is van een hoog risico hierop.^[42] Bij zorg gericht op het compenseren van beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, kan alleen zorg die direct verband heeft met de beperking en daarop ingrijpt, gerekend worden tot geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Interventies die niet ingrijpen op de beperking zelf, behoren niet tot geneeskundige zorg in de zin van de Zvw.^[43]

Volgens de Memorie van Toelichting is de Zvw een sociale verzekering, die verplicht is voor de gehele bevolking, op basis van risico- en inkomenssolidariteit. De risicosolidariteit is geborgd door een plicht voor zorgverzekeraars om alle Nederlandse ingezetenen als verzekerden te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket. De inkomenssolidariteit komt tot uiting in het verbod op premiedifferentiatie op grond van aan de persoon gerelateerde factoren, en in het stelsel van aan hoogte van het inkomen gelieerde premieheffing en een zorgtoeslag die voor mensen met een laag inkomen ter compensatie van de persoonlijke premies. De regering acht het een blijvende overheidsverantwoordelijkheid dat noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit voor alle Nederlanders toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand of inkomenspositie. Een solide borging van dit publieke belang stelt hoge eisen aan het systeem van gezondheidszorg, zowel op medisch en zorginhoudelijk gebied als vanuit een oogpunt van doelmatige uitvoering en beheerste kostenontwikkeling.

Vanuit het principe van risicosolidariteit, waarbij aan de persoon gerelateerde factoren geen rol mogen spelen, valt af te leiden dat de zorg die op grond van de Zvw wordt geboden, beperkt dient te zijn tot de persoon zelf. Het betreft dan geneeskundige zorg, die voor een individuele patiënt nodig is gericht op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening. Hierbij hebben de interventies direct verband met de beperking en grijpen daarop in.

Interventies die niet gericht zijn op de beperking van de patiënt, maar die bijvoorbeeld randvoorwaardelijk kunnen zijn voor die patiënt om in zijn omgeving adequaat te kunnen functioneren en participeren, behoren niet tot het domein van de Zvw omdat zij de gevolgen van de ziekte of aandoening niet beïnvloeden. In plaats daarvan veranderen zij de omgeving van de patiënt, waardoor deze ondanks de gevolgen van de ziekte of aandoening beter in deze omgeving kan functioneren of participeren. Vertaald naar de arbeidscontext betekent dit, dat interventies die gericht zijn op het veranderen van de arbeidsomstandigheden of het bevorderen van arbeidsparticipatie of re-integratie door maatregelen die de leidinggevende of collega's betreffen, niet onder de Zvw vallen.

Samenvattend moet een activiteit voldoen aan de volgende voorwaarden om gerekend te worden tot geneeskundige zorg in de zin van de Zvw en daarmee tot het domein van de Zvw:

- De activiteit is op de persoon gericht; en
- De activiteit is gericht op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening; en
- De activiteit houdt direct verband met de beperking en grijpt daarop in.

Ook arbeidsbeperkingen als gevolg van een aandoening waarvoor een patiënt een indicatie heeft voor MSR-behandeling, vallen hier onder.

Activiteiten van zorgprofessionals in een MSR-team, die niet vallen onder bovenbeschreven omschrijving van geneeskundige zorg, behoren niet tot geneeskundige zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Dit betreft met name activiteiten die rechtstreeks zijn gericht op het wegnemen van belemmeringen voor arbeidsparticipatie in de omgeving van de patiënt, zoals te zware belasting door bepaalde werktaken, of op het beïnvloeden van de randvoorwaarden rond de patiënt, zoals het organiseren van ondersteuning door leidinggevende of collega's.

A.2.2 Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden

De verzekerde bij wie zich het te verzekeren risico voordoet, heeft recht op prestaties bestaande uit de zorg of vergoeding van kosten van zorg waaraan hij behoefte heeft. De te verzekeren prestaties zijn nader uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering. Voor de prestatie geneeskundige zorg is in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bepaald: "*Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden [...]*"

Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kijkt het Zorginstituut onder meer naar de richtlijnen van de beroepsgroep en andere documenten van de beroepsgroep zelf. Ook andere documenten kunnen relevant zijn, zoals beleidsdocumenten, richtlijnen van andere bestuursorganen, kwaliteitsnormen, opleidingseisen, beroepscodes, kortom, alle bronnen die iets over dit onderwerp zouden kunnen zeggen.^[44]

Medisch-specialistische revalidatie wordt "*Uitgeoefend in de tweede lijn, door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts*"^[4] en wordt "*uitgevoerd door een revalidatiearts met of zonder revalidatieteam.*"^[3] In de MSR kan het dus gaan om zorg die geleverd wordt door een breed samengesteld multidisciplinair team. Als het gaat om het *soort* zorg dat in het kader van de Zvw kan worden verleend – ongeacht wie deze zorg verleent – gaat het om zorg zoals medisch specialisten (in dit geval revalidatieartsen) plegen te bieden. De regelgeving omschrijft de zorg (het 'wat') en maakt hierbij geen onderscheid naar type zorgprofessional. Wie de zorg gaat verlenen (het 'wie') is een vraag waar de regelgeving geen antwoord op geeft. De organisatie van de zorg is aan de zorgverzekeraar, die in overleg met zorgaanbieder en verzekerden besluit welke functionaris ingezet wordt (mits bevoegd en bekwaam). Ook is aan de zorgverzekeraar om eventueel voorwaarden te stellen aan de plaats waar de zorg wordt geboden (het 'waar'). Ook hier geeft de regelgeving geen antwoord op, behoudens dat gesteld kan worden dat als de plaats waar zorg geboden wordt invloed heeft op de inhoud van de interventie en niet gebruikelijk is voor de zorgprofessional die deze zorg levert, het 'plegen te bieden' principe in het geding kan zijn. In de arbeidscontext is dit aan de orde als de werkplek onderdeel is van de interventie.

Om te beoordelen of de specifiek geformuleerde op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten behoren tot de zorg die revalidatieartsen plegen te bieden, kijken we onder meer naar de richtlijnen van de beroepsgroep (VRA), naar andere documenten van deze beroepsgroep, en naar richtlijnen van andere beroepsgroepen waarnaar zij verwijzen.³⁹ We kijken niet naar de richtlijnen en documenten van de afzonderlijke professionals die deel kunnen uitmaken van het revalidatieteam, zoals ergotherapeuten, fysio- en oefentherapeuten en psychologen, omdat deze professionals ook buiten de medisch-specialistische revalidatie actief zijn. In deel A.3 geven we voor een aantal specifieke activiteiten aan of deze behoren tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep. De gedetailleerde onderbouwing hiervan met bevindingen uit de richtlijnen, wordt weergegeven in deel A.5.

De participatieambitie van de patiënt geeft in de MSR nadrukkelijk richting aan de behandeldoelen. Hierbij is het uitgangspunt het herstel of benadering van eenzelfde of vergelijkbaar participatieniveau als het niveau dat aanwezig was voordat de ziekte, aandoening of stoornis in lichaamsfunctie zich voordeed. Ook doelen ten aanzien van het bevorderen van arbeidsparticipatie kunnen dus richting geven aan de behandelactiviteiten, zoals die in het kader van MSR worden uitgevoerd. De revalidatiearts is deskundig om bij de gestelde doelen ten aanzien van het bevorderen van arbeidsparticipatie die behandelactiviteiten te kiezen, die gezamenlijk perspectief bieden op het realiseren van de participatieambities van de patiënt.

Samenvattend moeten op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten voldoen aan het criterium 'plegen te bieden'. Activiteiten die niet horen tot het aanvaarde arsenaal van de beroepsgroep, behoren niet tot zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Daarnaast kan het plegen te bieden principe in het geding zijn als de plaats waar de op arbeidsparticipatie gerichte activiteit wordt geboden, invloed heeft op de inhoud van de activiteit, en niet gebruikelijk is voor de zorgprofessional die deze activiteit uitvoert. In de arbeidscontext is dit aan de orde als de werkplek onderdeel is van de interventie.

A.2.3 Uitsluitingen

Als een interventie voldoet aan de bovengenoemde criteria, dan betekent dit dat deze interventie automatisch instroomt in het basispakket, tenzij deze zorg op basis van een ministeriële regeling toch is uitgesloten van de te verzekeren prestaties van het basispakket van de zorgverzekering.⁴⁰ In het kader van deze notitie is dan artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) van belang. Hierin is bepaald dat de zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Bzv niet omvat:

- hulp bij werk- en relatieproblemen (onderdeel i).

De term 'werkproblemen', zoals benoemd in artikel 2.1 Rzv, interpreteren wij in het kader van dit standpunt als de problemen die plaatshebben op het werk. We kwamen dit begrip al eerder tegen in de definitie van arbeidsrevalidatie (zie A.1.2). Het behandelen van dit type problemen (op het werk), valt niet onder de Zvw.

³⁹ Een overzicht van de geautoriseerde richtlijnen waarvan de VRA de (mede-)regiehouder is hier te vinden: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/richtlijnen>. Een overzicht van richtlijnen die in de revalidatiegeneeskunde worden gebruikt of in ontwikkeling zijn, is hier te vinden: https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/overzicht_richtlijnen_-_voor_website_15-5-2020.pdf.

⁴⁰ Dit is neergelegd in artikel 2.4 lid 2 Bzv. Voor voorbeelden van uitsluitingen zie art. 2.1 Rzv. Onderdeel i is oorspronkelijk opgenomen als uitsluiting op de indicatie voor geneeskundige GGZ, maar achten wij ook van toepassing op de MSR.

Hierbij valt te denken aan het opheffen van problematische belasting op het werk of het voeren van besprekingen met een leidinggevende over werkhervatting. Met het behandelen van 'werkproblemen' bedoelen we niet de persoonsgerichte zorgactiviteiten gericht op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening, waarbij de ingezette interventies direct verband houden met de beperking en daarop ingrijpen.

A.2.4 Stand van wetenschap en praktijk

Enkel zorg die voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' kan voor vergoeding in aanmerking komen. Dit criterium is opgenomen in artikel 2.1 lid 2 Bzv. Dit artikel bepaalt dat: *"De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."*

We merken op, dat we voor onze beoordeling niet de vraag stellen of de op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Bij onderzoek naar de effectiviteit van interventies gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie, wordt doorgaans de effectiviteit van de gehele (geïntegreerde) interventie beoordeeld en niet de losse onderdelen van de interventie. In deze bijlage kijken we wel op dit hoge detailniveau naar de losse activiteiten die worden uitgevoerd ter bevordering van de arbeidsparticipatie. Daarnaast concentreren eventuele onderzoeken die er zijn, zich voornamelijk op de effecten van interventies op werkhervatting, en niet op de gezondheidseffecten.^[21] Daarom laten we de effectiviteitsbeoordeling van deze losse activiteiten achterwege.

A.3 Algemene conclusies

Een activiteit gericht op arbeidsparticipatie uitgevoerd binnen MSR-behandeling, moet aan vier criteria voldoen om onder te verzekeren zorg volgens de Zvw te vallen:

1. de activiteit moet nodig zijn vanwege arbeidsbeperkingen ten gevolge van de ziekte of aandoening waarvoor een indicatie voor MSR-behandeling is vastgesteld.
2. de activiteit moet gerekend kunnen worden tot geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Daarvan is sprake als:
 - a) De activiteit op de persoon gericht is; en
 - b) De activiteit gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening; en
 - c) De activiteit direct verband houdt met de beperking en daarop ingrijpt.
3. de activiteit moet voldoen aan het criterium plegen te bieden. Dat wil zeggen dat de activiteit behoort tot het gebruikelijke behandelarsenaal van de MSR.
4. de activiteit mag niet uitgesloten zijn van de te verzekeren prestaties van het basispakket van de zorgverzekering. Dit is het geval bij 'werkproblemen', wat wij in het kader van dit standpunt interpreteren als de problemen die plaatshebben op het werk.

In deel A.4 hebben we een lijst opgenomen met specifieke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die door revalidatiecentra worden uitgevoerd in het kader van MSR-behandeling. We hebben getoetst of deze specifieke activiteiten onder de te verzekeren zorg vallen, aan de hand van de criteria die we hierboven hebben beschreven.

Activiteiten van zorgprofessionals in een MSR-team, die niet vallen onder deze criteria, behoren niet tot de verzekerde zorg in de zin van de Zvw. Dit betreft bijvoorbeeld activiteiten gericht op:

- Het inventariseren van arbeidsmogelijkheden zonder daaraan revalidatiegeneeskundige behandeldoelen te koppelen;
- Het wegnemen van belemmeringen voor arbeidsparticipatie in de omgeving van de patiënt, zoals te zware belasting door bepaalde werktaken;
- Het beïnvloeden van de randvoorwaarden rond de patiënt, zoals het organiseren van ondersteuning door leidinggevende of collega's.

Voor behandelinterventies is vaak duidelijk of deze voldoen aan de gestelde voorwaarden. Sommige activiteiten, zoals het uitwisselen van informatie of diagnostische activiteiten, behoeven verdere uitleg. Dit geldt ook voor de plaats waar de zorg wordt geboden. Hieronder gaan we daar op in.

Communicatie met bedrijfsarts en andere arboprofessionals

Activiteiten zoals informatieverstrekking aan en communicatie met de bedrijfsarts en andere arboprofessionals kunnen onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen, indien de informatieverstrekking of communicatie is gericht op:

- Herstel, genezing of voorkomen van (verergering van) een aandoening; of
- Het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening.

Denk hierbij aan informatie-uitwisseling met als doel het afstemmen van de belasting in het werk op de belastbaarheid van de patiënt, om te voorkomen dat de gevolgen van een aandoening toenemen door bijvoorbeeld te zware werkbelasting of te snelle re-integratie.

Diagnostische activiteiten en opstellen behandeldoelen voor arbeidsparticipatie

Activiteiten die betrekking hebben op het maken van een probleemanalyse en het opstellen van onderdelen van het behandelplan, waaronder ook diagnostische activiteiten en het opstellen van behandeldoelen voor arbeidsparticipatie, kunnen onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen, indien deze nodig zijn voor, of leiden tot:

- Het inzetten van een interventie die gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening; of
- Het inzetten van een interventie die is gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening; waarbij de ingezette interventie direct verband houdt met de beperking en daarop ingrijpt. Denk bijvoorbeeld aan het inventariseren van de knelpunten in de arbeidsbelasting waaraan in de interventie vervolgens aandacht kan worden besteed.

De plaats waar de zorg wordt geboden

De plaats waar de activiteit plaatsvindt moet, net als de activiteit zelf, voldoen aan het 'plegen te bieden' criterium. Dit criterium kan in het geding zijn, als de plaats waar de zorg wordt geboden invloed heeft op de inhoud van de interventie, en niet gebruikelijk is voor de zorgprofessional die deze zorg levert. 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 de werkplek onderdeel is van de interventie.

A.4 Beoordeling van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in de MSR aan de hand van de criteria

We hebben een lijst samengesteld van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die door revalidatiecentra worden uitgevoerd. Dit hebben we gedaan op basis van interviews met acht revalidatiecentra, waarvan vier reguliere revalidatiecentra en vier zelfstandige behandelcentra. Tijdens de interviews hebben we geïnventariseerd welke op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in het revalidatiecentrum worden uitgevoerd, door wie deze worden uitgevoerd en hoe deze worden bekostigd. De lijst is aangevuld met enkele activiteiten die beschreven zijn in diverse documenten.^[45, 46]

In dit deel toetsen we of deze specifieke op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van een MSR-behandeling, onder de te verzekeren zorg vallen, aan de hand van de criteria die we eerder hebben beschreven.

Hieronder geven we een overzicht van op het bevorderen van arbeidsparticipatie gerichte activiteiten die door de zorgprofessionals in de bezochte revalidatiecentra worden uitgevoerd. Voor al deze activiteiten geldt dat ze nodig moeten zijn vanwege de arbeidsbeperkingen ten gevolge van de aandoening waarvoor een indicatie is gesteld voor MSR-behandeling, om onder te verzekeren zorg volgens de Zvw te vallen. Vervolgens toetsen we of deze activiteiten onder de te verzekeren zorg vallen, aan de hand van de laatste drie criteria die we eerder hebben beschreven. De onderbouwing van de beoordeling of de specifieke activiteit tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep behoort, wordt weergegeven in deel A.5.

Tabel A.1 Toetsing van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten aan de hand van de criteria. Voor alle activiteiten geldt dat ze nodig moeten zijn vanwege de arbeidsbeperkingen ten gevolge van de aandoening waarvoor een indicatie is gesteld voor MSR-behandeling.

Activiteit gericht op arbeidsparticipatie	Geneeskundige zorg in de zin van de Zvw?	Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden? ¹	Uitsluiting van toepassing op basis van werkgerelateerd probleem?	Mogelijk onderdeel van te verzekeren zorg?
1 Rapportage (medisch) aan bedrijfsarts (indien verwijzer)	Ja ²	Ja	Nee	Ja
2 Informatie over belastbaarheid in werk aan bedrijfsarts	Ja ²	Ja	Nee	Ja
3 Overleg bedrijfsarts	Ja ²	Ja	Nee	Ja
4 Informatie over belastbaarheid in werk aan werkgever / leidinggevende	Ja ²	Nee	Nee	Nee
5 Overleg werkgever / leidinggevende	Ja ²	Nee	Nee	Nee
6 Opstellen behandeldoelen m.b.t. arbeidsparticipatie ³	Ja ⁴	Ja	Nee	Ja

7 Inventarisatie arbeidssituatie en knelpunten in arbeidsbelasting (tijdens MSR-intake of -behandeling)	Ja ⁴	Ja	Nee	Ja
8 Functionele capaciteitsevaluatie	Ja ⁴	Nee	Nee	Nee
9 Arbeids-MDO ⁵	Ja ⁴	Ja	Nee	Ja
10 Coördinatie door arbeidsconsulent / arbeidscoördinator / re-integratie-coördinator ⁶	Ja ⁴	Ja	Nee	Ja
11 Werkplekonderzoek	Nee	Nee	Ja	Nee
12 Neuropsychologisch onderzoek	Ja ⁴	Ja	Nee	Ja
13 Fysiek en/of mentaal belastbaarheidsonderzoek	Ja ⁴	Ja	Nee	Ja
14 Expertise aangevraagd vanuit bedrijfs- of verzekerings-geneeskundig of arbeidsdeskundig perspectief gericht op arbeidsmogelijkheden	Nee	Nee	Nee	Nee
15 Onderzoek door klinisch arbeidsgeneeskundige	Ja ⁴	Nee	Nee	Nee
16 Quickscan bij specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat	Ja ⁷	Ja	Nee	Ja
17 Ondersteuning coping met gevolgen van aandoening voor werk	Ja	Ja	Nee	Ja
18 Psychologische ondersteuning (vanuit MSR-team) specifiek gericht op arbeidsbeperkingen	Ja	Ja	Nee	Ja
19 Fysio- en oefentherapie (vanuit MSR-team) specifiek gericht op arbeidsbeperkingen	Ja	Ja	Nee	Ja
20 Training specifiek gericht op arbeidsbeperkingen	Ja	Ja	Nee	Ja
21 Training in het revalidatiecentrum specifiek gericht op de arbeidsbeperkingen met behulp van praktijksimulatie van werktaken	Ja	Ja	Nee	Ja

22 Training op de werkplek, specifiek gericht op arbeidsbeperkingen indien simulatie niet mogelijk is vanwege complexiteit werktaak	Ja	Nee	Nee	Nee
23 Advies over opleidings- / beroepskeuze	Ja	Ja	Nee	Ja
24 Advies / overleg t.a.v. re-integratieplan	Nee	Nee	Ja	Nee
25 Arbeidsdeskundig onderzoek	Nee	Nee	Ja	Nee
26 Jobcoaching (op werkplek zelf)	Nee	Nee	Ja	Nee
27 Arbeidstoeleiding (bv re-integratie 2e spoor of zoeken passend werk)	Nee	Nee	Ja	Nee
28 Werkfit-traject (voorbereiden op toekomstig werk)	Nee	Nee	Ja	Nee
29 Werkplekaanpassing	Nee	Nee	Ja	Nee
30 Werkaanpassing	Nee	Nee	Ja	Nee

¹ De toelichting op deze beoordeling is te vinden in deel A.5, in de paragraaf die correspondeert met het nummer van de activiteit.

² Informatieverstrekking aan en contact met de bedrijfsarts valt onder geneeskundige zorg indien dit een geneeskundig doel dient, dat wil zeggen als dit gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening. In casu dient men te denken aan informatie-uitwisseling met als doel het afstemmen van de belasting in het werk op de belastbaarheid van de patiënt, om te voorkomen dat de gevolgen van een aandoening toenemen door bijvoorbeeld te zware werkbelasting of te snelle re-integratie. Dit geldt ook voor informatie-uitwisseling met de leidinggevende/werkgever.

³ In sommige centra worden hiervoor ook derden uitgenodigd in het zogenoemde participatiegesprek.

⁴ Indien de activiteit nodig is voor het opstellen van geneeskundige behandeldoelen of het instellen van een interventie die tot geneeskundige zorg kan worden gerekend. Zoals eerder beschreven betreft dit een behandeling/interventie die gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening, waarbij de ingezette interventie direct verband houdt met de beperking en daarop ingrijpt.

⁵ Uit de gesprekken met revalidatiecentra komt naar voren dat sommige revalidatiecentra een onderscheid maken tussen professionals die een expertise hebben op het gebied van arbeid (team arbeid) en tussen professionals die met name de medische behandeling doen (diagnosegebonden teams). In een aantal centra sluit een lid van team arbeid aan bij besprekingen van de diagnosegebonden teams, als er behandel doelstellingen zijn op het gebied van arbeidsparticipatie. Het arbeids-MDO is gericht op het stellen van behandel doelen op het gebied van arbeidsparticipatie en afstemmen welke zorgverlener welk behandel doel gaat oppakken.

⁶ Uit de gesprekken met revalidatiecentra blijkt dat er soms een professional vanuit het revalidatieteam of arbeidsteam van het revalidatiecentrum wordt ingezet om de doelen en interventies op het gebied van arbeid te coördineren. Deze professional heeft verschillende namen (arbeidsconsulent, arbeidscoördinator, re-integratiecoördinator).

⁷ In 2008 heeft het Zorginstituut (destijds CVZ) de Quickscan in het programma Vroege Interventie geduid.^[22] Het Zorginstituut beschreef dat het programma Vroege Interventie voor personen met specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat die vanwege die klachten langdurig ziek (thuis) zijn, de mogelijkheid biedt om hun klachten nader te onderzoeken op een eerder moment dan gebruikelijk is in het revalidatietraject. Op grond van dat onderzoek kan een interventie worden voorgesteld. Hierdoor lopen patiënten minder risico dat hun klachten overgaan in langdurige chronische klachten met het risico van permanente uitval op het werk. De Vroege Interventie bestaat uit een intake door de revalidatiearts, gevolgd door multidisciplinair vervolgonderzoek: de Quickscan. De Quickscan is een diagnostische activiteit die plaatsvindt voorafgaand aan een MSR-behandeling. Het doel van de Quickscan is juist het geven van een advies over de aangewezen behandeling. De activiteit kan leiden tot een advies voor MSR-behandeling, maar ook tot advies voor behandeling in bijvoorbeeld de eerste lijn. Hiermee vormt deze activiteit een uitzondering op de voorwaarden die we in hebben gesteld om onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw te vallen.

In 2008 oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan past binnen het zorgdomein, binnen het te verzekeren risico van de Zvw en binnen de zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De Quickscan werd niet beschouwd als een nieuwe diagnostische test, maar als een al lang in de revalidatie bestaande diagnostische methode. Ook oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het standpunt uit 2008 luidt dat de Vroege Interventie behoort tot de te verzekeren prestaties van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dit standpunt blijft van kracht.

A.5 Toelichting bij beoordeling criterium 'plegen te bieden' per op arbeidsparticipatie gerichte activiteit

In deel A.4 hebben we de activiteiten die we hebben opgehaald bij de revalidatiecentra, beoordeeld op een aantal criteria, waaronder of de activiteit tot het aanvaarde behandelarsenaal van de revalidatiearts behoort (criterium 'plegen te bieden'). In dit deel geven we per activiteit weer wat hierover in de richtlijnen van de beroepsgroep staat en waarom we afleiden dat de activiteit wel of niet behoort tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

1 Rapportage (medisch) aan bedrijfsarts (indien verwijzer)

- De VRA-richtlijn medisch-specialistische revalidatie bij oncologie noemt dat de revalidatiearts regelmatig terugkoppeling zal geven aan de verwijzer en, indien de verwijzer niet de huisarts is, ook aan de huisarts over de effecten van de revalidatiegeneeskundige behandeling (module Organisatie van zorg, aanbevelingen bij rol revalidatiearts).^[17] Hieruit kan afgeleid worden dat er ook terugkoppeling aan de bedrijfsarts zal worden gegeven, indien deze verwijzer is.

Daarnaast wijzen de richtlijnen op het belang van afstemming/communicatie met de bedrijfsarts:

- De VRA-richtlijn NAH en arbeidsparticipatie beveelt voor het revalidatieteam (inclusief de revalidatiearts) aan om zo vroeg mogelijk in het proces de bedrijfsarts, re-integratie deskundige/arbeidsdeskundige, en werkgever (eventueel via de bedrijfsarts) te betrekken bij terugkeer naar werk en te zorgen voor een overdracht van informatie (module Herstelfase, interventies arbeidsparticipatie).^[9] Ook wordt aanbevolen om vanuit de behandelsetting (niet specifiek zijnde de revalidatiearts, maar wel inclusief de revalidatiearts) zorg te dragen voor een ontslagbrief naar zowel de huisarts als de bedrijfsarts.

Daarnaast wordt aanbevolen dat een behandelaar kennis over NAH en (de resultaten van) ingezette interventies deelt met de andere professionals/partners die betrokken zijn bij het re-integratieproces van de individuele persoon met NAH.

- De VRA-richtlijn medisch-specialistische revalidatie bij oncologie noemt dat de revalidatiearts zorg moet dragen voor frequent contact met de primair behandelaar ([...], huisarts en/of bedrijfsarts), om informatie te verstrekken of om af te stemmen over het verloop en de afronding van de revalidatiebehandeling (aanbevelingen in module Intake).^[17]

Een medische rapportage aan de bedrijfsarts (indien verwijzer), kan worden beschouwd als een vorm van afstemming/communicatie met de bedrijfsarts en beoordelen we daarom als behorend tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

2 Informatie over belastbaarheid in werk aan bedrijfsarts

- De VRA-richtlijn NAH en arbeidsparticipatie beveelt aan om vanuit de behandelsetting (niet specifiek zijnde de revalidatiearts, maar wel inclusief de revalidatiearts) zorg te dragen voor een ontslagbrief naar zowel de huisarts als de bedrijfsarts.^[9] Deze brief bevat informatie over o.a. het klinische beeld en de diagnose, de aanwezige zichtbare en onzichtbare gevolgen van hersenletsel, het verloop in de tijd/verwachting t.a.v. herstelverloop, en indien aanwezig een NPO-verslag met ten minste cognitief profiel, conclusies en aanbevelingen en paramedische verslagen met ten minste afgenomen testen met uitkomsten, conclusies en aanbevelingen, getrainde vaardigheden en strategieën met conclusies en aanbevelingen. Ook wordt aanbevolen dat de bedrijfsarts informatie op dient te halen bij neuroloog, revalidatiearts en/of huisarts.
- Daarnaast beveelt dezelfde richtlijn aan dat een inschatting of iemand weer aan het werk kan niet op één instrument gebaseerd kan worden. De aanbeveling is om breed, multidimensionaal, naar alle belangrijke aspecten te kijken: cognitieve functies, fysieke beperkingen, mentale beperkingen, fysieke belastbaarheid, mentale belastbaarheid, sociaal functioneren en emotioneel functioneren. Dit in samenhang met de benodigde capaciteiten voor het werk en de werkomstandigheden zoals werkdruk, prikkels, taken en arbeidsbelasting. De formele bepaling of iemand kan werken ligt bij bedrijfsarts, verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Hieruit kan afgeleid worden dat de bedrijfsarts wel over informatie over belastbaarheid moet kunnen beschikken om deze bepaling te maken.

Uit bovenstaande leiden wij af dat het verstrekken van informatie over belastbaarheid in werk aan de bedrijfsarts behoort tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

3 Overleg bedrijfsarts

In paragraaf 1 hebben we reeds laten zien wat er in de richtlijnen staat over overleg met de bedrijfsarts. We leiden hieruit af dat dit behoort tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

4 Informatie over belastbaarheid in werk aan werkgever/leidinggevende & 5 Overleg werkgever/leidinggevende

- In de VRA-richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt aangegeven dat het revalidatieteam (inclusief de revalidatiearts) zo vroeg mogelijk in het proces de bedrijfsarts en werkgever (eventueel via de bedrijfsarts) dient te betrekken.^[9] Voor de bedrijfsarts wordt aanbevolen de werkgever te adviseren interventies in te zetten die gericht zijn op re-integratie.

Ook het beloop dient met o.a. de werkgever geëvalueerd te worden door de bedrijfsarts. Bij de aanbevelingen voor de werkgever wordt benoemd dat deze zo vroeg mogelijk de bedrijfsarts dient in te schakelen en eventueel een re-integratiedeskundige in overleg met de bedrijfsarts.

- In de richtlijn Multipiele Sclerose, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, wordt aanbevolen dat de bedrijfsarts contact heeft met de werkgever over factoren die van belang zijn bij de arbeidsparticipatie (module Arbeidsparticipatie van patiënten met MS, submodule Re-integratie & arbeidsparticipatie MS).^[47] Ook benoemt de richtlijn dat de behandelarts of behandelteam informatie kan verstrekken over de aandoening MS aan de werkgever (module Organisatie van zorg voor multipiele sclerose, submodule Kwaliteitscriteria patiëntenperspectief).
- In de richtlijn Ziekte van Parkinson, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, wordt bij de omschrijving van de taken van de bedrijfsarts genoemd dat deze samen met de werkgever kijkt hoe het werk passend gemaakt kan worden en met de werkgever overlegt (na toestemming van de betreffende werknemer).^[48] Deze taken staan niet benoemd bij de revalidatiearts en diens team.
- In de richtlijn RA en participatie in arbeid wordt bij de taken van de bedrijfsarts benoemd het adviseren van de werkgever.^[49]

Op basis van de gevonden informatie in de richtlijnen lijkt het overleg met de werkgever/leidinggevende vooral te worden beschouwd als het terrein van de bedrijfsarts en niet van de revalidatiearts. Dit beschouwen wij dan ook niet als zorg zoals de revalidatiearts die pleegt te bieden.

6 Opstellen doelen m.b.t. arbeidsparticipatie

- Uit de algemene documenten van de revalidatiegeneeskunde blijkt dat er bij de uitoefening van revalidatiegeneeskunde nadrukkelijk *"wordt onderzocht welke stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en problemen in participatie aanwezig en/of te verwachten zijn en in welke mate"*.^[4] Het inventariseren van problemen in de arbeidssituatie maakt zo deel uit van de inventarisatie welke participatieproblemen er bestaan. Daarnaast geldt: *"Er wordt ook ingegaan op beperkingen in activiteiten. Hulpvraag en participatieambitie zijn essentieel en geven nadrukkelijk richting aan de behandeling. Hierbij worden alle domeinen uit het ICF model betrokken"*.^[3]
- Ook in het behandelkader CVA wordt dit specifiek benoemd: *"doelstellingen in het domein 'Belangrijke levensgebieden', bijvoorbeeld opleiding en werk, maken deel uit van de behandeling"*.^[50] Dit komt ook naar voren in het behandelkader Chronische pijn^[51]: *"doelen op het gebied van participatie kunnen zijn: dagbesteding verbeteren: arbeid: betaald/onbetaald"* en in de richtlijn Duchenne spierdystrofie: *"Het verkrijgen en in stand houden van participatie in school, werk, relaties, sociale en vrije tijd activiteiten is daarom één van de belangrijkste doelstellingen van een revalidatiebehandeling bij patiënten met DMD"*.^[52] Ook de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie, hoewel niet specifiek voor de revalidatiearts, maar wel gericht op de behandelsetting inclusief de revalidatiearts, benoemt dit: *"zet een arbeidsgerichte interventie in op basis van de door de persoon met NAH geformuleerde (tussen)doelen"*.^[9]

Uit bovenstaande leiden wij af dat beperkingen in activiteiten en participatie, waaronder werk, nadrukkelijk richting geven aan de behandeling. Het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie als onderdeel van het behandelplan beschouwen wij dan ook als zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden.

7 Inventarisatie arbeidssituatie en knelpunten in arbeidsbelasting (tijdens MSR-intake of -behandeling)

- In de VRA-richtlijnen en -behandelkaders is het volgende terug te vinden over deze specifieke activiteit. De richtlijn medisch-specialistische revalidatie bij oncologie beveelt aan (in de aanbevelingen uit de module Revalidatie-interventies, submodule Arbeids (re)integratie en maatschappelijke participatie) om arbeidsproblematiek in kaart te brengen.^[17] Vervolgens dient maatwerk geleverd te worden bij het begeleiden bij de terugkeer naar het arbeidsproces. De richtlijn NAH en arbeidsparticipatie beveelt aan om in de behandelsetting (inclusief revalidatiearts) problemen, barrières en mogelijkheden voor de terugkeer naar werk in kaart te brengen op basis van de domeinen van het ICF-model en de functiebelasting.^[9] Ook wordt aanbevolen om een arbeidsgerichte interventie in te zetten op basis van de door de persoon met NAH geformuleerde (tussen)doelen. De VRA-richtlijn Duchenne Spierdystrofie beschrijft dat mogelijkheden en eventuele belemmeringen die er zijn binnen verschillende ICF-domeinen, waaronder werk, besproken dienen te worden.^[52] Ook de VRA-richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit beveelt aan om in de revalidatiebehandeling aandacht te besteden aan terugkeer naar werk.^[53] De richtlijn beveelt aan om eventuele belemmerende factoren en de specifieke doelen van de individuele patiënt op dit gebied te identificeren, en de revalidatiebehandeling hierop af te stemmen.
- In de richtlijn Multipole Sclerose, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, wordt aanbevolen om bij patiënten de arbeidssituatie in kaart te brengen en een analyse te doen van bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot arbeidsparticipatie (in module Arbeidsparticipatie, submodule Beïnvloedende factoren arbeidsparticipatie en submodule Re-integratie & arbeidsparticipatie MS).^[47] De beïnvloedbare factoren vormen het uitgangspunt voor arbeidsrevalidatie. Deze aanbevelingen zijn echter niet specifiek bedoeld voor de revalidatiearts en verdere verantwoordelijkheidsverdeling wordt niet duidelijk gemaakt in de richtlijn. Dit geldt ook voor de aanbevelingen in de richtlijn Ziekte van Parkinson waarin wordt gesteld dat bij elke patiënt de belemmerende en bevorderende factoren voor arbeidsparticipatie moeten worden geanalyseerd.^[48]

In paragraaf 6 concludeerden we al dat het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie zorg is zoals de beroepsgroep pleegt te bieden. Afgeleid hiervan kan gesteld worden dat voor het formuleren van behandeldoelen gericht op arbeidsparticipatie ook een inventarisatie van de arbeidssituatie en knelpunten moet worden gedaan. Daarover bevatten de richtlijnen ook specifieke aanbevelingen. Daarom beoordelen we het inventariseren van de arbeidssituatie en knelpunten hierin als behorend tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

8 Functionele capaciteitsevaluatie

Onderzoek naar de fysieke werkcapaciteit vindt plaats met behulp van een Functionele Capaciteit Evaluatie, de Workwell FCE. Deze gestandaardiseerde (functionele) testmethode geeft een analyse van de functionele (duur)belastbaarheid met betrekking tot verschillende fysieke vaardigheden (zitten, staan, lopen, hurken, knielen, hoog/laag reiken, hanteren, tillen, dragen), zoals gebruikt wordt binnen de bedrijfsgeneeskunde (FML lijst, rubrieken dynamische handelingen en statische houdingen). Taken die voorkomen in de functie van de cliënt kunnen zo nodig middels toegevoegde werksimulatietesten zo veel mogelijk benaderd worden. Doelstelling: Verkrijgen van een zo objectief mogelijk beeld van de fysieke (arbeids)belastbaarheid. Analyseren van de functionele mogelijkheden. Advisering omtrent mogelijke aanpassingen rondom de werkplek. Re-integratieadvies voor de eigen functie of andere functie of scholingsadvies.^[54]

Zoals onderbouwd in paragraaf 6 en 7 is het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie, zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Dit geldt ook voor het inventariseren van de arbeidssituatie en knelpunten. Als een onderzoek naar de functionele capaciteit van de patiënt nodig is om knelpunten te analyseren en op basis daarvan behandeldoelen op te stellen, zou een onderzoek naar de functionele capaciteit afgeleid hiervan onder het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep kunnen vallen.

In de richtlijnen van de beroepsgroep vinden we echter geen specifieke vermelding over het uitvoeren van een functionele capaciteitsevaluatie. Wel vinden we wat terug over het in kaart brengen van de belastbaarheid van de patiënt:

- In de richtlijn MSR bij oncologie wordt aanbevolen om de belastbaarheid en arbeidsproblematiek in kaart te brengen (module Revalidatie-interventies, submodule Arbeids (re)integratie en maatschappelijke participatie); ook wordt in de module Intake aanbevolen om in kaart te brengen of er een verstoring/bedreiging van het sociaal functioneren in onder andere het arbeidsproces is.^[17]

Hieruit kunnen we opmaken dat het in kaart brengen van de (fysieke) belastbaarheid van de patiënt wel behoort tot zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden. Maar een functionele capaciteitsevaluatie is een veel uitgebreider middel dat specifiek allerlei vormen van belastbaarheid voor specifieke werktaken in kaart brengt. Die activiteit komt niet voor in richtlijnen of documenten van de beroepsgroep en daarom beschouwen wij dit niet als zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden.

9 Arbeids-MDO

Zoals benoemd in de beoordelingstabel van deel A.4, is het arbeids-MDO gericht op het stellen van behandeldoelen op het gebied van arbeidsparticipatie en afstemmen welke zorgverlener welk behandeldoel gaat oppakken. Zoals onderbouwd in paragraaf 7 is het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie, zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Daarmee valt ook een arbeids-MDO, waarin behandeldoelen worden opgesteld en afgestemd op het gebied van arbeidsparticipatie, onder het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

In de richtlijnen zelf wordt over de specifieke activiteit 'arbeids-MDO' niets teruggevonden.

10 Coördinatie door arbeidsconsulent / arbeidscoördinator / re-integratiecoördinator

Of de inzet van een dergelijke professional zelf valt onder het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep, kan mogelijk worden afgeleid uit de diverse behandelkaders en documenten van de beroepsgroep. Een behandelteam moet namelijk voldoen aan de criteria en competenties zoals omschreven in de relevante diagnose-gebonden behandelkaders van de VRA.^[55]

- De Position Paper chronische pijn van de VRA noemt dat aan een pijnrevalidatieteam een professional met specifieke kennis op het gebied van arbeid (bijvoorbeeld een arbeidsconsulent) een meerwaarde kan bieden.^[56] Deze disciplines zijn beschikbaar en kunnen op indicatie bij een patiënt worden ingezet, afhankelijk van de hulpvraag.
- Het behandelkader Chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat van de VRA, geeft aan dat er bij WPN-niveau 2, 3 en 4 adequate consultatiemogelijkheden moten zijn van o.a. een arbeidsconsulent.^[51]

- De richtlijn NAH en arbeidsparticipatie geeft aan dat in de behandelsetting een arbeidscoördinator betrokken kan zijn. Ook beveelt de richtlijn aan dat er minimaal 1 iemand met kennis van NAH en kennis van wet- en regelgeving op het gebied van ziekte en arbeidsongeschiktheid wordt betrokken tijdens de behandelfase.^[9] Er kan echter niet worden afgeleid dat deze persoon onderdeel van het revalidatieteam moet zijn. De behandelsetting bedoeld in de richtlijn is namelijk breder dan de revalidatiearts en diens team.
- Het behandelkader beenamputatie van de VRA noemt dat arbeidsrevalidatie ingeschakeld moet kunnen worden bij mogelijke problematiek bij arbeidshervatting of andere arbeidsproblematiek.^[57] In het behandelkader dwarslaesie^[58] wordt benoemd dat een arbeidsconsulent aanwezig moet zijn in het revalidatiecentrum. Het behandelkader Cerebrale Parese bij volwassenen benoemt dat een arbeidsconsulent (of maatschappelijk werkende/ergotherapeut met dit aandachtsgebied) deel kan uitmaken van het revalidatieteam.^[59] Meer specifiek staat beschreven dat er bij behandelniveau 3 minimaal één therapeut binnen het team kennis moet hebben van arbeidsre-integratie. Het behandelkader Hand- en polsrevalidatie beschrijft dat de arbeidsconsulent bij participatieproblemen deel kan uitmaken van het behandelteam.^[60] In het behandelkader CVA wordt benoemd dat er kennis en extra specialisatie op het gebied van arbeidsrevalidatie aanwezig moet zijn.^[50] Andere behandelkaders noemen dat als er geen deskundigheid in het team is op het gebied van arbeid, er wel een directe verwijsmogelijkheid moet zijn binnen het netwerk.^[51, 57, 61, 62]

Concluderend kunnen we zeggen dat de inzet van arbeidsspecifieke deskundigheid, zoals een arbeidsconsulent/arbeitscoördinator/re-integratiecoördinator in het team behoort tot het aanvaarde behandelarsenaal. Het verschilt echter per activiteit die deze professional uitvoert, of de activiteit gerekend kan worden tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep. De activiteiten die deze professional kan vervullen, bespreken we in aparte paragrafen.

11 Werkplekonderzoek

In de richtlijnen wordt in de aanbevelingen niet specifiek aandacht besteed aan het doen van een werkplekonderzoek. In de overwegingen van de richtlijn MSR bij oncologie (module Revalidatie-interventies, submodule Arbeids (re)integratie en maatschappelijke participatie), staat benoemd dat het voor patiënten met kanker wenselijk is de belastbaarheid en arbeidsproblematiek in kaart te brengen en een bezoek aan de werkplek te verrichten.^[17] Hier worden echter geen aanbevelingen over geformuleerd en een bezoek aan de werkplek is niet hetzelfde als een werkplekonderzoek.

Uit de richtlijnen blijkt wel dat het adviseren over werkaanpassingen en werkplekaanpassingen (redenen om een werkplekonderzoek te verrichten) vooral bij de bedrijfsarts liggen.

- In de VRA-richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt in de aanbevelingen benoemd dat de arbeidsetting een plan van aanpak moet opstellen voor de terugkeer naar werk en dat de bedrijfsarts de werkgever moet adviseren over interventies die gericht zijn op re-integratie van mensen met NAH in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter.^[9]
- In de VRA-richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 wordt ook aanbevolen (module Werk en CRPS-I, submodule Optimaliseren behandeling en diagnose CRPS-I) dat de bedrijfsarts beoordeelt of en welke werkplekaanpassingen of organisatorische maatregelen noodzakelijk zijn om de patiënt met CRPS-I in staat te stellen op een medisch gezien verantwoorde manier deel te nemen aan het arbeidsproces.^[63]

- In de richtlijn Ziekte van Parkinson, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, staat beschreven dat de bedrijfsarts samen met werkgever en eventueel arbeidsdeskundige kijkt of en hoe het werk passend gemaakt kan worden naar het arbeidsvermogen van de werknemer.^[48] Ook wordt genoemd dat een klinisch arbeidsgeneeskundige (een bedrijfsgeneeskundige met specialistische kennis van diverse ziekten en werk), adviezen kan geven over de behandeling in relatie tot het werk en over aanpassingen en interventies in het werk.

Uit bovenstaande leiden we af dat het doen van een werkplekonderzoek niet tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep behoort en ligt op het terrein van de bedrijfsarts of werkgever.

12 Neuropsychologisch onderzoek

Zoals onderbouwd in paragraaf 6 en 7 is het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie, zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Dit geldt ook voor het inventariseren van de arbeidssituatie en knelpunten. Als een neuropsychologisch onderzoek nodig is om knelpunten te analyseren en op basis daarvan behandeldoelen op te stellen, zou een neuropsychologisch onderzoek afgeleid hiervan onder het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep kunnen vallen.

In de VRA-richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt het volgende gevonden over het uitvoeren van een neuropsychologisch onderzoek: er wordt aangeraden om in de behandelsetting, niet specifiek zijnde de revalidatiearts, maar wel inclusief de revalidatiearts, tijdig een ontslagbrief te verzorgen met onder andere, indien uitgevoerd, een neuropsychologisch verslag met ten minste cognitief profiel, conclusies en aanbevelingen.^[9]

De richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, beveelt in de module Revalidatie na herseninfarct/-bloeding, submodule Cognitieve problemen na herseninfarct, aan om elke patiënt met een herseninfarct of hersenbloeding indien mogelijk op aanwezigheid van cognitieve stoornissen te onderzoeken in de acute/subacute fase.^[64] In de overwegingen bij deze submodule staat geformuleerd dat in de revalidatie- en chronische fase een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek zinvol is om een uitgebreide sterkte- en zwakte-analyse te maken als uitgangspunt voor psycho-educatie, cognitieve revalidatie en maatschappelijke re-integratie, zoals mogelijke terugkeer naar arbeid.

Daarnaast beveelt dezelfde richtlijn aan in de module Revalidatie na herseninfarct/-bloeding, submodule Cognitieve revalidatie, om cognitieve revalidatie te overwegen na een herseninfarct/-bloeding bij patiënten met cognitieve stoornissen, om hen te leren omgaan met (blijvende) cognitieve gevolgen in het dagelijks leven. Afgeleid hiervan kan gesteld worden dat het in kaart brengen van de neuropsychologische status in een revalidatiesetting dient te gebeuren om te onderzoeken waar de beperkingen liggen, om vervolgens patiënten te kunnen leren omgaan met de gevolgen hiervan in het dagelijks leven.

Uit dit laatste leiden we af dat het doen van een neuropsychologisch onderzoek in een revalidatiesetting gerekend kan worden tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

13 Fysiek en/of mentaal belastbaarheidsonderzoek

Zoals onderbouwd in paragraaf 6 en 7 is het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie, zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Dit geldt ook voor het inventariseren van de arbeidssituatie en knelpunten. Als een onderzoek naar de fysieke of mentale belastbaarheid nodig is om knelpunten te analyseren en op basis daarvan behandeldoelen op te stellen, zou onderzoek naar de mentale en fysieke belastbaarheid afgeleid hiervan onder het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep kunnen vallen.

In paragraaf 8 lieten we al zien dat het in kaart brengen van de (fysieke) belastbaarheid van de patiënt zorg is zoals de beroepsgroep pleegt te bieden. Een mentaal belastbaarheidsonderzoek is een middel om de belastbaarheid van de patiënt in kaart te brengen. Hiermee worden knelpunten geanalyseerd en op basis daarvan behandeldoelen opgesteld.

In de richtlijnen zelf is echter niets terug te vinden over deze specifieke activiteit. Desondanks rekenen we dit naar analogie van onderzoek naar (fysieke) belastbaarheid wel tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

14 Expertise aangevraagd vanuit bedrijfs- of verzekeringsgeneeskundig perspectief gericht op arbeidsmogelijkheden

Hiermee bedoelen we de aanvraag van een beoordeling van de arbeidsmogelijkheden van een patiënt, op aanvraag van de bedrijfs- of verzekeringsarts, waarin ook het bedrijfs- of verzekeringsgeneeskundig perspectief naar voren zal komen. Het gaat bijvoorbeeld om het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden ten behoeve van de verzekering of beoordelen van arbeidsmogelijkheden voor het tweede spoor. Hierover wordt niet expliciet iets gezegd in de richtlijnen. We concluderen dat dit geen zorg is zoals revalidatieartsen plegen te bieden.

15 Onderzoek door klinisch arbeidsgeneeskundige

In het behandelkader oncologische revalidatie van de VRA wordt genoemd dat een arbeidsgeneeskundige betrokken kan zijn bij de uitvoering van oncologische revalidatie.^[65] Wel benoemen diverse revalidatiebehandelkaders dat dat als er geen deskundigheid in het revalidatieteam is op het gebied van arbeid, er wel een directe verwijsmogelijkheid moet zijn binnen het netwerk.^[61, 62, 57]

Daarnaast wordt in de richtlijn Ziekte van Parkinson, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, melding gemaakt van de klinisch arbeidsgeneeskundige als professional die betrokken kan zijn bij problemen op werkgebied.^[48] Deze richtlijn benoemt dat dit een bedrijfsgeneeskundige is met specialistische kennis van diverse ziekten en werk. De klinisch arbeidsgeneeskundige kan adviezen geven over de behandeling in relatie tot het werk en over aanpassingen en interventies in het werk ten behoeve van behoud van werk, maar ook over een goede manier van afbouwen van arbeid als werken te belastend wordt. Met zijn specialistische kennis fungeert de klinisch arbeidsgeneeskundige als linking pin tussen reguliere zorg en bedrijfsgezondheidszorg. De richtlijn benoemt deze professional los van de revalidatiearts en het revalidatieteam.

Het doen van het klinisch arbeidsgeneeskundig onderzoek zelf is niet aan het revalidatieteam. Dit onderzoek wordt namelijk juist ingezet als het revalidatieteam er zelf niet uit komt. Daarnaast is klinisch arbeidsgeneeskundige een apart beroep met een apart beroepsprofiel.^[66] We concluderen dat dit geen zorg is zoals revalidatieartsen plegen te bieden.

16 Quickscan bij specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat
In 2008 heeft het Zorginstituut (destijds CVZ) de Quickscan in het programma Vroege Interventie geduid.^[22] Het Zorginstituut beschreef dat het programma Vroege Interventie voor personen met specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat die vanwegtabel e die klachten langdurig ziek (thuis) zijn, de mogelijkheid biedt om hun klachten nader te onderzoeken op een eerder moment dan gebruikelijk is in het revalidatietraject. Op grond van dat onderzoek kan een interventie worden voorgesteld. Hierdoor lopen patiënten minder risico dat hun klachten overgaan in langdurige chronische klachten met het risico van permanente uitval op het werk. De Vroege Interventie bestaat uit een intake door de revalidatiearts, gevolgd door multidisciplinair vervolgonderzoek: de Quickscan.

In 2008 oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan past binnen het zorgdomein, binnen het te verzekeren risico van de Zvw en binnen de zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De Quickscan werd niet beschouwd als een nieuwe diagnostische test, maar als een al lang in de revalidatie bestaande diagnostische methode. Ook oordeelde het Zorginstituut dat de Quickscan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het standpunt uit 2008 luidt dat de Vroege Interventie behoort tot de te verzekeren prestaties van het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

De Quickscan is een diagnostische activiteit die plaatsvindt voorafgaand aan een MSR-behandeling. Het doel van de Quickscan is juist het geven van een advies over de aangewezen behandeling. De activiteit kan leiden tot een advies voor MSR-behandeling, maar ook tot advies voor behandeling in bijvoorbeeld de eerste lijn.

De huidige Nota Indicatiestelling van de beroepsgroep (2016) zegt: *"Diagnostiek en behandeling in de MSR worden uitgevoerd door de revalidatiearts alleen, door de revalidatiearts in samenwerking met eerstelijns behandelaars of door de revalidatiearts met één of meer professionals uit het, onder zijn leiding werkzame, behandelteam."*^[4] De Position Paper van de VRA (2015) vult hierop aan dat in de diagnostische fase gebruik kan worden gemaakt van de diagnostische expertise van het revalidatieteam.^[3]

Ook blijkt het volgende uit de huidige Nota Indicatiestelling: *"De revalidatiearts werkt volgens de principes van stepped care en biedt of adviseert patiënten derhalve de meest doelmatige behandeling die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek."* De Position Paper noemt: *"De indicatiestelling voor de behandeling vindt plaats volgens de principes van stepped care. De revalidatiearts biedt of adviseert zijn patiënt passende zorg volgens het stepped care principe; dat wil zeggen de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek."*

Hieruit blijkt dat diagnostiek multidisciplinair kan plaatsvinden. Op basis van de diagnostiek vindt indicatiestelling voor de behandeling plaats volgens de principes van stepped care. Er kan ook worden geadviseerd voor een andere behandeling dan MSR. De Quickscan past derhalve in de uitoefening van de revalidatiegeneeskunde, zoals revalidatieartsen die plegen te bieden. Het begrip Quickscan zelf wordt in de diverse documenten en richtlijnen niet letterlijk genoemd.

17 Ondersteuning coping met gevolgen van aandoening voor werk

Zoals onderbouwd in paragraaf 6, geven beperkingen in activiteiten en participatie, waaronder werk, nadrukkelijk richting geven aan de behandeling. Het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie beschouwen wij dan ook als zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden.

Uit deze doelen kan voortvloeien dat het nodig is om de behandeling te richten op ondersteuning van de coping van de patiënt met gevolgen van de aandoening voor het werk. Afgeleid van het feit dat werk richting geeft aan het behandelplan, zou het bevorderen van coping met gevolgen van de aandoening voor het werk als zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden beschouwd kunnen worden.

In de richtlijnen kan het volgende worden gevonden over coping.

- In de VRA-richtlijn MSR bij oncologie adviseert de werkgroep om zo nodig interventies gericht op empowerment in te zetten zodat de patiënt met kanker in staat is zelf problemen op de werkplek aan te pakken (aanbevelingen module Revalidatie-interventies, submodule Arbeids (re)integratie en maatschappelijke participatie).^[17]
- In de richtlijn Multipole Sclerose, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, wordt aanbevolen (in aanbevelingen module Arbeidsparticipatie van patiënten met MS, submodule Beïnvloedende factoren arbeidsparticipatie) om persoonlijkheidskenmerken en copingstijl van de cliënt te analyseren en om te beoordelen of deze extra aandacht behoeven.^[47] Daarna wordt bepaald welke interventies nodig zijn. Bijvoorbeeld multidisciplinaire revalidatie (met aandacht voor psychosociale factoren en coping) (module Arbeidsparticipatie van patiënten met MS, submodule Re-integratie & arbeidsparticipatie MS). In deze richtlijn wordt de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgprofessionals niet duidelijk. Wel suggereert de richtlijn dat in multidisciplinaire revalidatie aandacht moet zijn voor coping. Hierbij wordt coping met functionering-gerelateerde problemen niet specifiek benoemd.
- In de richtlijn Ziekte van Parkinson, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, wordt de revalidatiearts in de module Psychosociale en maatschappelijke aspecten, submodule Behandelen copingstrategie, benoemd als expert waarheen de patiënt verwezen kan worden om in te schatten of cognitieve gedragstherapie de juiste behandelvorm is of wellicht in aangepaste vorm mogelijk is.^[48] Hierbij wordt coping met functionering-gerelateerde problemen niet specifiek benoemd.
- In de richtlijn RA en participatie in arbeid, die niet specifiek bedoeld is voor revalidatieartsen maar ook door revalidatieartsen wordt gebruikt, wordt benoemd dat beoordelen van de copingstrategie wenselijk kan zijn, evenals het opstarten van niet-medicamenteuze therapie met het oog op verbeteren van de conditie en belastbaarheid, het vergroten van het zelfvertrouwen en versterken van de stijl van coping.^[49] *"Het verdient de voorkeur, dat tijdens het contact met de patiënt de behandelaar actief aandacht vraagt voor herstel en behoud van functioneren, actieve coping bevordert en er toe bijdraagt, dat de patiënt zich zelf blijft oriënteren op blijven functioneren en op arbeid."* Deze aanbevelingen zijn echter niet specifiek bedoeld voor de revalidatiearts, maar voor alle behandelaars die te maken hebben met patiënten met RA.
- In de Position Paper van de VRA wordt benoemd dat het handelen van de revalidatiearts onder andere is gericht op het leren omgaan met de gevolgen van aandoeningen.^[3]

Uit bovenstaande kan afgeleid worden dat aandacht voor ondersteuning van de coping met de gevolgen van de aandoening voor werk een onderdeel van de zorg kan zijn zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

18 & 19 Psychologische ondersteuning en fysio- of oefentherapeutische behandeling (vanuit MSR team) specifiek gericht op arbeidsbeperkingen

Zoals onderbouwd in paragraaf 6, geven beperkingen in activiteiten en participatie, waaronder werk, nadrukkelijk richting geven aan de behandeling. Het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie beschouwen wij dan ook als zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Uit deze doelen kan voortvloeien dat het nodig is om psychologische en fysio- of oefentherapeutische behandeling specifiek gericht op arbeidsrelevante doelen te geven. Afgeleid van het feit dat doelen t.a.v. arbeidsparticipatie richting geven aan het behandelplan, zouden psychologische en fysio- of oefentherapeutische behandeling specifiek gericht op arbeidsrelevante doelen als zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden beschouwd kunnen worden.

Uit documenten van de beroepsgroep wordt het volgende duidelijk:

- Een van de methoden/technieken in het kader van MSR kan zijn paramedische, perimedische en/of (neuro)psychologische behandeling, waaronder oefening en training van functies en activiteiten en/of psychosociale behandeling van de patiënt en naasten;^[4]
- Het revalidatieteam kan, naast de revalidatiearts, onder meer bestaan uit: een psycholoog/orthopedagoog, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een verpleegkundige, een logopedist en een revalidatietechnicus^[1];
- Door middel van medische, paramedische, psychosociale, educatieve of arbeidsgerichte interventies, wordt gewerkt aan het herwinnen of behouden van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren;^[4]
- In een pijnrevalidatieteam zijn in ieder geval de volgende disciplines beschikbaar: revalidatiegeneeskunde, ergotherapie, fysiotherapie, psychologie, maatschappelijk werk en verpleegkunde/groepsleiding (bij klinische opname).^[56]
- Uit de richtlijn RA en participatie in arbeid:^[49] "Ook kunnen andere (para)medische disciplines, zoals revalidatiearts, fysiotherapie, ergotherapie en (bedrijfs)maatschappelijk werk actief zijn. [...] De fysiotherapeut optimaliseert de belastbaarheid en de conditie door lichamelijke training en oefentherapie." Deze richtlijn gaat echter niet specifiek over de revalidatiesetting.

Uit bovenstaande kunnen we afleiden dat fysio- of oefentherapeutische en psychologische behandeling zorg is zoals revalidatieartsen (en het revalidatieteam) plegen te bieden. Deze professionals kunnen immers deel uitmaken van dit behandelteam. Als er doelen gericht op arbeidsparticipatie worden gesteld, is het denkbaar dat de behandeling om deze doelen te bereiken worden geadresseerd door deze professionals. Daarom beschouwen we dit als zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden.

20 Training specifiek gericht op arbeidsbeperkingen

Zoals onderbouwd in paragraaf 6 geven beperkingen in activiteiten en participatie, waaronder werk, nadrukkelijk richting geven aan de behandeling. Het opstellen van doelen met betrekking tot arbeidsparticipatie beschouwen wij dan ook als zorg zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden. Uit deze doelen kan voortvloeien dat het nodig is om specifieke vaardigheidstraining ten aanzien van werktaken toe te passen. Afgeleid van het feit dat doelen t.a.v. arbeidsparticipatie mede richting geeft aan het behandelplan, zou het specifiek trainen van werktaken als zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden beschouwd kunnen worden.

In slechts enkele richtlijnen is iets te vinden over specifieke vaardigheidstraining ten aanzien van werktaken:

- De VRA-richtlijn MSR bij oncologie stelt in de overwegingen (bij de module Arbeid) dat het met enige voorzichtigheid te stellen is dat voldoende functionele capaciteit en vaardigheden voorwaardelijk zijn voor het succesvol deelnemen aan het arbeidsproces.^[17] De richtlijn noemt dat het denkbaar is dat interventies die gericht zijn op het vergroten van specifieke, voor het werk belangrijke aspecten van functionele capaciteit of vaardigheden, bij patiënten die hierin tekortschieten, positief kunnen bijdragen aan de arbeidsre-integratie. Dit betreft zorg op maat. In de richtlijn zijn hierover echter geen specifieke aanbevelingen geformuleerd.
- De VRA-richtlijn NAH en arbeidsparticipatie spreekt niet specifiek over het trainen van arbeidsspecifieke vaardigheden, maar benoemt het inzetten van een arbeidsgerichte interventie op basis van de door de persoon met NAH geformuleerde (tussen)doelen als belangrijk kenmerk van interventies die terugkeer naar werk kunnen maximaliseren.^[9]

Op basis van bovenstaande kunnen we afleiden dat het trainen van arbeidsspecifieke vaardigheden, zorg is die de beroepsgroep pleegt te bieden.

21 Training in het revalidatiecentrum specifiek gericht op de arbeidsbeperkingen met behulp van praktijksimulatie van werktaken

In paragraaf 20 hebben we onderbouwd dat training specifiek gericht op arbeidsbeperkingen, zorg is die de beroepsgroep pleegt te bieden. Het gebruiken van praktijksimulatie (ook wel worksamples) in het behandelcentrum kan een manier zijn om training gericht op arbeidsbeperkingen te geven, en kan dus ook worden beschouwd als zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden.

In de richtlijnen zelf wordt niet specifiek gesproken over praktijksimulatie of worksamples (nagebootste arbeidssituaties).

Wel wordt er melding van gemaakt in de concept update van de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie voor bedrijfs- en verzekeringsartsen⁴¹ (aanbevelingen hoofdstuk 3, pagina 9: *"Revalidatieartsen houden de mogelijkheid open om met work-samples tijdens arbeidsrevalidatie patiënten met NAH inzicht te geven in de beperkingen t.a.v. werk."*^[67]

Daarnaast wordt melding gemaakt van worksamples in het protocol Arbeidsgerichte Revalidatie van Heliomare: *"Nadat behandeldoelen op arbeid gesteld zijn, moet getraind worden om die doelen te bereiken. Wanneer een revalidant nog niet in staat is op de werkplek te trainen, wordt aangeraden te trainen met behulp van worksamples: nagebootste arbeidssituaties die de werksituatie van een revalidant zoveel mogelijk benaderen. Deze werktraining vindt plaats in de revalidatie-instelling en kan voor de volgende doeleinden ingezet worden [...]"*.^[45]

Bovengenoemde documenten zijn echter geen officiële documenten gebruikt door revalidatieartsen. Omdat echter het gebruiken van praktijksimulatie/worksamples in het behandelcentrum een manier kan zijn om invulling te geven aan het trainen van arbeidsspecifieke vaardigheden, vinden wij dat het ook kan worden beschouwd als zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden.

⁴¹ Het Zorginstituut heeft op 23 april 2019 deelgenomen aan de invitational conference voor de update van de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie. In het concept raamwerk voor deze richtlijn wordt de update die in 2017 is gedaan voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, officieel genoemd. Uit de onofficiële update is ook niet op te maken of de VRA betrokken is geweest bij de ontwikkeling. De revalidatieartsen worden wel tot doelgroep van deze richtlijn gerekend.

22 Training op de werkplek, specifiek gericht op arbeidsbeperkingen indien simulatie niet mogelijk is vanwege complexiteit werktaak

In paragraaf 20 hebben we onderbouwd dat het trainen van arbeidsspecifieke vaardigheden, zorg is die de beroepsgroep pleegt te bieden. Training op de werkplek, specifiek gericht op arbeidsbeperkingen indien simulatie niet mogelijk is vanwege de complexiteit van de werktaak, kan een manier zijn om deze arbeidsspecifieke vaardigheden te trainen, en zou dus ook kunnen worden beschouwd als zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden.

In de richtlijnen zelf wordt echter niet specifiek gesproken over training op de werkplek. Wel wordt er melding van gemaakt in het protocol Arbeidsgerichte Revalidatie van Heliomare: *"Indien een revalidant daartoe in staat is, kan gestart worden met training op de werkplek zelf. Daarbij zal per revalidatie-instelling gekeken moeten worden of die training tijdens of na de revalidatie plaatsvindt onder begeleiding van bijvoorbeeld een behandelaar, jobcoach of collega van de revalidant en vanuit welke middelen deze begeleiding gefinancierd wordt."*^[45]

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.

23 Advies over opleidings-/ beroepskeuze

In de richtlijnen is over deze specifieke activiteit het volgende te vinden:

- In de VRA-richtlijn facioscapulohumorale dystrofie staat benoemd dat er naar de eventuele werksituatie van de patiënt gevraagd dient te worden en bij jongeren tijdig de studie- en beroepskeuze besproken dient te worden.^[68] In de overwegingen staat benoemd dat bij jongeren wordt geadviseerd om studie- en beroepskeuze tijdig aan te kaarten. Het advies bij progressieve spierziekten is vaak om een zo hoog mogelijke opleiding te volgen en een fysiek lichte baan te kiezen.
- De VRA-richtlijn Duchenne spierdystrofie benoemt dat de mogelijkheden en eventuele belemmeringen die er zijn binnen de verschillende ICF-domeinen (bijvoorbeeld wonen, opleiding, werken, sociale contacten, seksualiteit) besproken dienen te worden.^[52] De richtlijn noemt dat de volgende aandachtspunten van belang zijn om in kaart te brengen: [...] Leer- en gedragsproblemen met impact op aangaan van relaties, volgen van opleidingen en het vinden van passend werk en passende dagbesteding.
- Uit het opleidingsplan van de VRA blijkt dat de revalidatiearts globale kennis moet hebben van wet en regelgeving op gebied van langdurige zorg, gehandicaptenzorg, overige (speciaal) onderwijs en arbeidstoeleiding.^[69]

Hieruit kunnen we afleiden dat het adviseren ten aanzien van opleidingskeuze en beroepskeuze behoort tot het aanvaarde behandelarsenaal, maar de daadwerkelijke ondersteuning hierbij niet.

24 Advies / overleg t.a.v. re-integratieplan

In de geraadpleegde richtlijnen kan niet gevonden worden dat een revalidatiearts of revalidatieteam verantwoordelijk is voor het opstellen van een re-integratieplan van de werknemer bij MSR-patiënten. Zoals eerder onderbouwd in paragraaf 11, behoort het adviseren over werkaanpassingen volgens de richtlijnen toe aan de bedrijfsarts. We beoordelen het opstellen van een re-integratieplan dan ook als niet behorend tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep.

25 Arbeidsdeskundig onderzoek

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^[70, 57] en dat er een arbeidsdeskundige kan worden betrokken tijdens de re-integratiefase.^[9] In de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt de arbeidsdeskundige tot de arbeidssetting en niet tot de behandelsetting gerekend.^[9] 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.^[71] De activiteit arbeidsdeskundig onderzoek is niet afleidbaar van andere activiteiten en zien wij daarom niet als zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Daarnaast onderbouwden we in paragraaf 11 al dat het adviseren over werkaanpassingen, ook geen zorg is zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

26 Jobcoaching (op werkplek zelf)

De definitie van jobcoaching luidt: *"Het op professionele basis bieden van methodische ondersteuning aan mensen met een arbeidsbeperking, gericht op het vinden en behouden van een baan op de reguliere arbeidsmarkt. De activiteiten die de jobcoach hiertoe inzet kenmerken zich door: vanuit een onderzoekende houding de cliënt te ondersteunen bij het vinden van antwoorden op vragen, het leren benutten van mogelijkheden, het optimaliseren van de zelfredzaamheid in het verrichten van arbeid, het aanleren van (werk)handelingen en in het ontwikkelen van kennis en vaardigheden. Indien nodig stemt de jobcoach af met het ondersteunende sociale netwerk. De jobcoach werkt in zijn ondersteuning toe naar een moment waarop de resterende begeleidingsbehoefte van de cliënt overgenomen kan worden door de werkgever."*^[72]

In de richtlijnen is weinig te vinden over de specifieke activiteit jobcoaching. In de VRA-richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt benoemd dat een persoon met NAH ook in de adaptatiefase verwezen kan worden naar een jobcoach of naar revalidatie. Er worden separate aanbevelingen gedaan voor het handelen van de jobcoach en het revalidatieteam.^[9] Hieruit blijkt niet dat jobcoaching een taak van de revalidatiearts of het revalidatieteam betreft. Ook blijkt niet dat een jobcoach onderdeel van het revalidatiebehandelteam zou moeten zijn. Deze richtlijn geeft in de definities ook aan dat de jobcoach behoort tot de arbeidssetting en niet tot de behandelsetting (waaronder de revalidatie valt). Op basis hiervan concluderen we dat jobcoaching niet tot het aanvaarde behandelarsenaal behoort.

27 Arbeidstoeleiding (bijvoorbeeld re-integratie 2e spoor of zoeken passend werk)

Over deze activiteit is niets terug te vinden in de geanalyseerde richtlijnen. Vanuit andere activiteiten die wel tot het aanvaarde behandelarsenaal horen (zoals het opstellen van doelen m.b.t. arbeidsparticipatie en het gericht trainen om deze doelen te behalen) kan ook niet worden afgeleid dat arbeidstoeleiding tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep behoort.

28 Werkfit-traject (voorbereiden op toekomstig werk)

De definitie van een Werkfit-traject luidt: "*Met Werkfit maken werk je aan het versterken van je werknemersvaardigheden; het verbeteren van je persoonlijke effectiviteit en het verkennen van de arbeidsmarkt. Je kunt gebruikmaken van verschillende middelen die jou hierbij ondersteunen. Denk aan een beroepskeuzetest, training of persoonlijke begeleiding. Ook werken op een werkervaringsplaats of bijvoorbeeld het volgen van assertiviteitstraining of een snuffelstage kan onderdeel zijn van Werkfit maken. Het is ook mogelijk om een opleiding te volgen, maar pas als je (bijna) werkfit bent. Het uiteindelijke doel is altijd om jou klaar te maken voor het vinden van een betaalde baan.*"^[73]

Over deze activiteit is niets terug te vinden in de geanalyseerde richtlijnen. Het gaat bij deze activiteit niet over het behandelen van de gevolgen van een aandoening en het betreft patiënten die niet in revalidatiebehandeling zijn. Vanuit die optiek valt het niet onder zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden.

29 Werkplekaanpassing

In paragraaf 11 hebben we reeds onderbouwd al dat het adviseren over werkplekaanpassingen geen zorg is zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden.

30 Werkaanpassing

In paragraaf 11 hebben we reeds onderbouwd al dat het adviseren over werkaanpassingen geen zorg is zoals de beroepsgroep die pleegt te bieden.

Bijlage B Literatuuronderzoek MSR bij oncologische patiënten

Interventie-indicatiecombinatie

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie voor volwassen oncologie patiënten met complexe en samenhangende functioneringsproblemen.

Aanleiding

In het traject 'actualisatie standpunt MSR' is oncologie geselecteerd als één van de onderwerpen om te onderzoeken, omdat het onduidelijk was of deze interventie bij genoemde indicatie effectief is en daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Wat is er gedaan door het Zorginstituut

- Stakeholders hebben literatuur aangeleverd aan het Zorginstituut
- Het Zorginstituut heeft een concept PICOT opgesteld en deze geconsulteerd. Stakeholders hebben gereageerd op de PICOT
- Het Zorginstituut heeft een search uitgevoerd en literatuur geselecteerd aan de hand van de PICOT

	PICOT	
Populatie	Volwassen oncologie patiënten die tijdens of na een in opzet curatieve behandeling complexe en samenhangende functioneringsproblemen hebben op verschillende vlakken ¹ .	
Interventie	Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij oncologie: Een interdisciplinair rehabilitatieprogramma onder supervisie van een revalidatiearts in een revalidatiesetting.	
Controle	Zorg onder toezicht of op verwijzing van een arts. Het kan gaan om: - Een multidisciplinaire opzet met meerdere behandel disciplines - Verwijzing door een arts naar meerdere afzonderlijke disciplines	
Uitkomstmaten	<u>Cruciaal:</u> - (kanker specifieke) kwaliteit van leven - Functioneren (activiteiten) - Ongewenste effecten (bijwerkingen, complicaties)	<u>Belangrijk:</u> - Vermoeidheid - Psychische gesteldheid - Pijn - Conditie - Participatie
Tijd	Post-interventie en ≥ 6 maanden	
Studie design	De optimale studieopzet voor het bepalen van de effectiviteit van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij oncologie is een gerandomiseerde gecontroleerd onderzoek van voldoende omvang en kwaliteit (de RCT).	

1. lichamenlijk, cognitief, emotioneel, sociaal en/of rolfunctioneren

MSR richtlijn

In de MSR richtlijn (2018) wordt aangegeven dat er sprake is van een kennishiaat:

- “Over de effectiviteit van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie tijdens de in opzet curatieve behandeling kunnen op basis van de voor deze richtlijn geselecteerde literatuur geen uitspraken worden gedaan.”
- “Weliswaar evidence ten aanzien van afzonderlijke onderdelen van revalidatie, maar geen evidence ten aanzien van de interventie ‘Medisch specialistische revalidatie’”

Resultaten literatuursearch

- Aantal artikelen via de search: 62 abstracts, waarvan 22 full-tekst bekeken
- Literatuur aangeleverd door stakeholders: 18 documenten
- Door 2 beoordelaars afzonderlijk beoordeeld
- De aan de hand van de PICOT uitgevoerde search leverde geen bruikbare literatuur op

Van de 22 full-tekst bekeken publicaties betroffen er 8 literatuur reviews (Dennett 2021, Scherer 2021, Kudre 2020, Parke 2019, Myrhaug 2020, Khan 2015, Khan 2013, Khan 2012). Bij deze reviews is nagegaan of er studies zijn geïncludeerd die voldoen aan de PICOT. Dit was niet het geval. Daarnaast zijn 14 originele studies beoordeeld voor inclusie. In onderstaande tabel wordt weergegeven waarom deze zijn geëxcludeerd.

Studie	Reden exclusie
Hojan 2020	Vergelijking 2 vormen van revalidatie
Edbrooke 2019	Betreft geen MSR
O'Neill 2018	Betreft geen MSR
Shahpar 2018	Eenarmige trial
McCarty 2017	Eenarmige trial
Leensen 2017	Betreft geen MSR
Passchier 2016	Betreft geen MSR
Khan 2014	Voldoet niet aan C uit PICOT
Jensen 2014	Betreft geen MSR
Jones 2013	Voldoet niet aan C uit PICOT
Khan 2012	Voldoet niet aan C uit PICOT
May 2009	Voldoet niet aan C uit PICOT
Korstjens 2009	Voldoet niet aan C uit PICOT
Sabers 1999	Betreft geen MSR

Conclusie

In de MSR richtlijn wordt geconcludeerd dat er nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van medisch specialistische revalidatie bij oncologie. Daarnaast is er in de literatuursearch geen literatuur gevonden die aan de PICOT voldoet. Het uitvoeren van een duiding door ZIN heeft op dit moment dan ook geen meerwaarde.

Bijlage C Resultaat deelproject 'Stepped care'

Om tot dit standpunt te komen, heeft het Zorginstituut vier deelprojecten uitgevoerd. De achtergrond van deze deelprojecten staat beschreven in het 'Plan van aanpak voor het vervolg op het standpunt medisch-specialistische revalidatie'.^[2] Een van de uitgevoerde deelprojecten betreft het operationaliseren en verduidelijken van het begrip *stepped care*. Het deelproject is uitgevoerd door een werkgroep die werd gefaciliteerd door het Zorginstituut en die bestond uit vertegenwoordigers van de volgende partijen:

- Ergotherapie Nederland (EN)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), werkgroep revalidatie
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) nam op eigen verzoek niet actief deel aan de werkgroep, maar heeft wel de stukken van de werkgroepvergaderingen ontvangen en het eindproduct van de werkgroep op verschillende momenten becommentarieerd.

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. Het eindproduct van de werkgroep is door de partijen namens wie de vertegenwoordigers waren afgevaardigd en door het NHG geaccordeerd.

De werkgroep heeft op basis van eerdere documenten waarin stepped care wordt benoemd en uitgebreide beraadslagingen en overleg met de eigen achterbannen een stepped care-model opgesteld voor MSR dat bestaat uit vier stappen:

1. Preventie en zelfzorg
1. Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn
2. Diagnostiek en behandeling op verschillende domeinen van het biopsychosociaal model⁴² in de eerste lijn, of eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn
3. Interdisciplinaire diagnostiek en behandeling in de tweede of derde lijn

Dit model is een uitbreiding van het stepped care-model in de zorgstandaard 'Chronische pijn'.^[23] Het model aangepast om van toepassing te zijn op het brede domein van de MSR en niet alleen op chronische pijn. De titel van stap 3 is hierbij ook enigszins aangepast. Vervolgens heeft de werkgroep informatievragen opgesteld om de informatie tekrijgen die nodig is voor de beoordeling van de invulling van het stepped care-traject bij een patiënt die mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling.

⁴² Het biopsychosociale model is een model over het menselijk functioneren waarin, naast biomedische aspecten, ook psychologische en sociale factoren bepalend zijn voor de ziekte en het genezingsproces.^[23] Enkele voorbeelden van zorgaanbieders die in dit model een rol kunnen spelen, zijn de POH-GGZ, (Gz-)psycholoog, (psychosomatisch) fysiotherapeut/oefentherapeut Cesar/Mensendieck en ergotherapeut.

In beginsel is het stepped care-model voor zowel kinderen als volwassenen van toepassing. Hierbij merkt de werkgroep op dat de beoordeling bij kinderen of IMSR-behandeling aangewezen is, anders kan zijn dan bij volwassenen.

C.1 Toepassing van de beoordeling van het stepped care-traject bij de indicatiestelling voor IMSR-behandeling

Toepassing door eerstelijns zorgverleners

Logischerwijs zorgt elke zorgaanbieder bij afsluiting van de behandeling voor 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.^[24] We achten dit ook van toepassing op andere zorgverleners in de eerste lijn. De werkgroep beveelt aan dat de behandelaar de informatievragen van dit stepped care-model meeneemt in deze verslaglegging. Hiermee zijn de vragen in dit stepped care-model een verdere uitwerking van de vaste rubrieken die volgens de NHG/KNGF-richtlijn in het verslag horen te staan.

Toepassing door huisartsen of andere verwijzers

Wanneer een huisarts of andere verwijzer in samenspraak met de patiënt een verwijzing overweegt naar de revalidatiearts, dan kan hij deze richtlijn gebruiken om in te schatten of er voldoende informatie beschikbaar is voor de beoordeling door de revalidatiearts.

Voor het verzamelen van de informatie beveelt de werkgroep aan dat 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 laaggeletterdheid⁴³.

De huisarts of andere verwijzer beoordeelt of de verslaggeving van de behandelaar voldoende inhoudelijke informatie bevat, volgens de richtlijnen die hiervoor zijn beschreven in dit document. De verwijzer spreekt de behandelaar hierop aan als de informatie in de verslaggeving onvoldoende is, zodat de behandelaar de informatie kan aanvullen.

Dit stepped care-model kan voor huisartsen en andere verwijzers ook het uitgangspunt zijn om in samenspraak met de patiënt te bekijken of er mogelijk zinvolle behandelingen in de eerste lijn nog niet hebben plaatsgevonden, voordat zij overgaan tot verwijzing naar de tweede lijn.

In deze richtlijn gaat het bij de gestelde vragen over de informatie die moet worden verzameld om een afweging te kunnen maken of een volgende stap in het stepped care-model aan de orde is. Het gaat niet om criteria of voorwaarden waaraan moet zijn voldaan voordat kan worden overgegaan naar die volgende stap. De afweging of de stap voldoende is ingevuld, ligt bij de verantwoordelijk arts.

⁴³ Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen. Een deel van de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is laaggeletterd. Zie voor meer toelichting bij deze definitie en verdere informatie [Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden - Pharos](#)

Toepassing door de revalidatiearts

De revalidatiearts is in beginsel verantwoordelijk om te beoordelen in hoeverre de patiënt voldoende is behandeld in de eerste lijn, dus of voldoende invulling gegeven aan de voorgaande stappen in het stepped care-model. Dit is onderdeel van de integrale beoordeling door de revalidatiearts van de indicatiestelling voor IMSR-behandeling. Dit stepped care-model is het uitgangspunt voor die beoordeling.

Per stap van het stepped care-model is bepaald welke informatie er minimaal nodig is om te beoordelen of er voldoende invulling is gegeven aan die stap in het stepped care-model. Als deze informatie niet beschikbaar is, dan kan de revalidatiearts de invulling van het stepped care-traject niet adequaat beoordelen. In dat geval moet de beoordeling worden uitgesteld totdat de benodigde informatie wel aanwezig is.

C.2 Uitzonderingen op stepped care

Het uitgangspunt in de MSR is stepped care: een patiënt wordt niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk is. Er wordt gestart met de meest eenvoudige interventie die past bij de aandoening of de klachten.^[7] Dit sluit goed aan bij de actuele visie op zorg: de juiste zorg op de juiste plek. In het hier beschreven model betekent dit dat het uitgangspunt is dat patiënten stap 1 tot en met 3 doorlopen, voordat zij worden verwezen naar stap 4 (interdisciplinaire tweedelijns behandeling).

Binnen de eerstelijnsbehandeling (stap 1 tot en met 3) kan het voorkomen dat een huisarts (of andere verwijzer) en patiënt samen tot de beslissing komen dat direct met stap 3 moet worden begonnen, omdat behandeling op meerdere domeinen van het biopsychosociaal model aangewezen is. In dat geval kunnen stap 1 en 2 beargumenteerd worden overgeslagen.

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.

C.3 Benodigde informatie per stap van het stepped care-model om de invulling van het stepped care-traject te beoordelen

Stap 1: Preventie en zelfzorg

Informatie die nodig is om te beoordelen of deze stap voldoende is doorlopen:

- Zijn er adviezen besproken ter bevordering van preventie, zelfzorg en zelfmanagement? Denk hierbij ook aan meegegeven voorlichtingsmateriaal en eHealth.
- Zo ja, welke?

De werkgroep beveelt aan om in de verwijzing naar de volgende stap in het stepped care model zo mogelijk een toelichting te geven op de gegeven adviezen:⁴⁴

- Zijn de adviezen opgevolgd?
- Zo nee, waarom niet?
- Zo ja, waarom was dit onvoldoende?

⁴⁴ Over stap 1 hoeft geen schriftelijke informatie te worden beoordeeld, omdat huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn over preventie en zelfzorg slechts beperkte en zeer variabele informatie beschikbaar zullen hebben. Voor informatie over deze stap is de revalidatiearts dus aangewezen op de anamnese.

Stap 2: Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn

Informatie die nodig is om te beoordelen of deze stap voldoende is doorlopen:

- Welke zorgprofessional is het afgelopen jaar betrokken (geweest)?
- Wat was de behandelindicatie?
- Wat waren de behandeldoelen?
- Welke behandeling(en) en educatie is/zijn in het afgelopen jaar toegepast?
- Wat was het aantal behandelingen en de doorlooptijd in het afgelopen jaar?
- Wat was het resultaat van de ingezette behandeling(en) in het afgelopen jaar? Zo mogelijk klinimetrisch onderbouwd. Denk hierbij ook aan de invloed op werk(hervatting) en het dagelijks functioneren.
- Waarom was het resultaat van de ingezette behandeling(en) in het afgelopen jaar onvoldoende?
- Heeft een mogelijk zinvolle behandeling in stap 2 niet (volledig) plaatsgevonden? Wat was de reden voor het niet starten dan wel voortijdig beëindigen van de behandeling? (bijvoorbeeld motivatie, tijd, vergoeding)

Stap 3: Diagnostiek en behandeling op verschillende domeinen van het biopsychosociaal model in de eerste lijn, of eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn

- Informatie die nodig is om te beoordelen of deze stap voldoende is doorlopen:
- Welke zorgprofessional(s) is/zijn, naast de huisarts, het afgelopen jaar betrokken (geweest) in de eerste lijn?
- Per betrokken zorgprofessional:
 - Wat was de behandelindicatie?
 - Wat waren de behandeldoelen?
 - Welke behandeling(en) en educatie is/zijn in het afgelopen jaar toegepast?
 - Wat was het aantal behandelingen en de doorlooptijd?
 - Wat was het resultaat van de ingezette behandeling(en) in het afgelopen jaar? Zo mogelijk klinimetrisch onderbouwd. Denk hierbij ook aan de invloed op werk(hervatting) en het dagelijks functioneren.
 - Waarom was het resultaat van de ingezette behandeling(en) in het afgelopen jaar onvoldoende?
- Heeft afstemming of coördinatie plaatsgevonden tussen de verschillende betrokken zorgverleners? Indien er sprake was van coördinatie, wie was de coördinator?
- Hebben mogelijk zinvolle behandelingen in stap 3 niet (volledig) plaatsgevonden? Wat was de reden voor het niet starten dan wel voortijdig beëindigen van de behandeling? (bijvoorbeeld motivatie, tijd, vergoeding)

Stap 4: Interdisciplinaire diagnostiek, en behandeling in de tweede of derde lijn

- 1) De revalidatiearts weegt na het doorlopen van de integrale beoordeling af of er een indicatie is voor IMSR-behandeling. Als onderdeel van deze integrale beoordeling, beoordeelt de revalidatiearts aan de hand van tevoren aangeleverde of opgevraagde informatie of het stepped care-principe voldoende is doorlopen, of dat hier beargumenteerd vanaf is gegaan.

De werkgroep beveelt aan om de noodzaak tot verslaglegging van voorgaande behandelingen ('stepped care dossier') op te nemen in de algemene informatie die aan patiënten wordt verstrekt bij een bezoek aan de revalidatiearts ("checklist: wat moet u meenemen naar de revalidatiearts?").

Bijlage D Toepassing van de ICF-qualifiers

De ICF-qualifiers zijn in de ICF opgenomen kwalificaties voor de ernst van een stoornis, beperking, participatieprobleem of beperkende factor. Deze qualifiers kunnen worden toegepast om frequentie, duur of locatie van een probleem te beschrijven. De WHO beveelt aan om de in tabel 1 aangegeven generieke indeling van categorieën toe te passen op functies, activiteiten en participatie.^[5,12]

Tabel 1 - Kwantificeren van de ernst van problemen in functies, activiteiten en participatie met behulp van de ICF-qualifiers

<i>Codering</i>	<i>Categorie</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Hoeveelheid tijd aanwezig</i>
xxx.0	Geen probleem	Geen, afwezig, verwaarsloosbaar...	0-4%
xxx.1	Licht probleem	Gering, laag...	5-24%
xxx.2	Matig probleem	Tamelijk...	25-49%
xxx.3	Ernstig probleem	Aanzienlijk, hoog, sterk...	50-95%
xxx.4	Volledig probleem	Totaal...	96-100%
xxx.8	Niet gespecificeerd		
xxx.9	Niet van toepassing		

Bij de generieke qualifiers is een percentage aangeduid dat de hoeveelheid tijd weergeeft dat het aangegeven probleem aanwezig is. Dit percentage weerspiegelt ook de impact op het dagelijks leven van de patiënt (zie tabel 2).^[12]

Bij de integrale beoordeling kan de revalidatiearts de mate van ernst van de aanwezige functiestoornissen beschrijven met de genoemde categorieën (geen-licht-matig-ernstig probleem). Om in aanmerking te komen voor IMSR-behandeling, moet bij een patiënt sprake zijn van ernstige functiestoornissen (niveau 'ernstig of volledig probleem') in meerdere categorieën van de functiedomeinen zoals beschreven bij stap 1 van de integrale beoordeling.

Tabel 2 - Omschrijving van de hoeveelheid tijd die het probleem aanwezig en de impact op het dagelijks leven per categorie van de ICF-qualifiers

<i>Codering</i>	<i>Categorie</i>	<i>Hoeveelheid tijd aanwezig en impact op dagelijks leven</i>
xxx.0	Geen probleem	De persoon heeft op geen enkel moment een probleem, of slechts zeer infrequent.
xxx.1	Licht probleem	Het probleem is minder dan 25% van de tijd aanwezig, met een draaglijke intensiteit, en is in de afgelopen dertig dagen slechts zelden voorgekomen.
xxx.2	Matig probleem	Het probleem is aanwezig tussen 25% en 50% van de tijd, met een intensiteit die soms interfereert met het dagelijks leven.
xxx.3	Ernstig probleem	Het probleem is tussen de 50% en 95% van de tijd aanwezig, met een intensiteit die regelmatig interfereert met het dagelijks leven.
xxx.4	Volledig probleem	Het probleem is meer dan 95% van de tijd aanwezig, met een intensiteit die het dagelijks leven compleet verandert.

De revalidatiearts kan ook de ernst van aanwezige beperkingen in het functioneren en participatieproblemen aanduiden met dezelfde qualifiers. De revalidatiearts weegt deze niet mee bij de indicatiestelling, maar kan deze informatie wel gebruiken als handvat om een aantal behandeldoelen te stellen, en in een later stadium om te beoordelen of de behandeling voor het behalen van die doelen succesvol is geweest.

Literatuur

1. Zorginstituut Nederland. Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. 22 juni 2015. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/standpunten/2015/06/22/standpunt-medisch-specialistische-revalidatie---zorg-zoals-revalidatieartsen-plegen-te-bieden>.
2. Zorginstituut Nederland. Plan van aanpak voor het vervolg op het standpunt medisch-specialistische revalidatie. 2019. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2019/01/18/plan-van-aanpak-actualisering-standpunt-medisch-specialistische-revalidatie>.
3. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Position Paper Revalidatiegeneeskunde. Actief naar zelfredzaamheid en eigen regie. 2015. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/position_paper_revalidatiegeneeskunde_2015.pdf.
4. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Nota Indicatiestelling medisch-specialistische revalidatie. April 2016. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_indicatiestelling_def_april_2016_rn_vra.pdf.
5. Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Compilatie. 2002. Geraadpleegd via <https://www.rivm.nl/media/WHO-FIC/ICFwebuitgave.pdf>.
6. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. Utrecht: VRA, 2016 en 2021.
7. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Stepped care. Bijlage bij Protocollair GGZ, editie 2014. Geraadpleegd via https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/thema/stepped_care.pdf.
8. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Traumatisch Hersenletsel voor volwassenen. 2013. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_traumatisch_hersenletsel_2013.pdf.
9. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn NAH en arbeidsparticipatie. 2021. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/startpagina_nah_en_arbeidsparticipatie.html.
10. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). 2013. Geraadpleegd via [https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/74_Somatisch%20onvoldoende%20verklaarde%20lichamelijke%20klachten%20\(SOLK\)_mei-2013.pdf](https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/74_Somatisch%20onvoldoende%20verklaarde%20lichamelijke%20klachten%20(SOLK)_mei-2013.pdf).
11. WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC) in the Netherlands. Nederlandse International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) online browser. Geraadpleegd via <https://class.whofic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>.
12. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Oktober 2013. Geraadpleegd via https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4.
13. Zorginstituut Nederland. Geriatrische revalidatiezorg in de Zvw. 2021. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/11/23/geriatrische-revalidatiezorg-in-de-zorgverzekeringswet>.
- 14a. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie 2011. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hartrevalidatie/hartrevalidatie_startpagina.html#algemeen.

- 14b. Panaxea en Zorgvuldig Advies. Richtlijnanalyse en literatuurreview longrevalidatie. Juni 2018. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/06/03/zinnige-zorg---rapport-richtlijnanalyse-en-literatuurreview-longrevalidatie>
15. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT). Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD. Maart 2010. Geraadpleegd via http://www.longalliantie.nl/files/3613/6752/1360/Richtlijn_Diagnostiek_en_Behandeling_van_COPD_actualisatie_maart_2010.pdf.
16. Keers JC. Diabetes Rehabilitation : Effects and Utilisation of a Multidisciplinary Intensive Education Programme. 2004. Geraadpleegd via <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/55625703/J.C.Keers.pdf>.
17. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Medisch specialistische revalidatie bij oncologie. 2018. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/medisch_specialistische_revalidatie_bij_oncologie/algemeen.html#algemeen.
18. TNO. Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst. Verkenning naar het rendement van best-practices en toekomstscenario's voor arbeidsgerichte revalidatie. Hoofddorp, 2010.
19. Waddell G and Burton AK. Is work good for your health and well-being? Londen, TSO 2006.
20. van der Noordt M, H IJ, Droomers M, et al. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occup Environ Med 2014; 71: 730-6.
21. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven, RIVM 2013.
22. College voor zorgverzekeringen (nu: Zorginstituut Nederland). Quickscan in programma Vroege Interventie een verzekerde prestatie. 15 december 2008. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/12/15/quickscan-in-programma-vroege-interventie-een-verzekerde-prestatie>.
23. Dutch Pain Society (DPS) en Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem (SWP). Zorgstandaard Chronische Pijn. 2017. Geraadpleegd via https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf.
24. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). NHG/KNGF-richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. 2012. Geraadpleegd via <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/NHG+KNGF+Richtlijn+gestructureerde+informatie-uitwisseling+tussen+huisarts+en+fysiotherapie+%28versie+1%29.pdf>.
25. Zorginstituut Nederland. Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis. 29 augustus 2016. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2016/08/29/standpunt-bevorderen-van-participatie-van-clienten-met-een-psychische-stoornis>.
26. van Echtelt P. Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2010.
27. Saunders SL and Nedelec B. What work means to people with work disability: a scoping review. J Occup Rehabil 2014; 24: 100-10.
28. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.
29. Raad voor Volksgezondheid en Zorg (nu Raad voor Volksgezondheid en Samenleving). Doorwerken en gezondheid. Den Haag, RVZ 2015.
30. Schuring M, Mackenbach J, Voorham T, et al. The effect of re-employment on perceived health. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 639-44.

31. Carlier BE, Schuring M and Burdorf A. Influence of an Interdisciplinary Re-employment Programme Among Unemployed Persons with Mental Health Problems on Health, Social Participation and Paid Employment. *J Occup Rehabil* 2018; 28: 147-57.
32. Schuring M, Robroek SJ and Burdorf A. The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: evidence for the selection and causation mechanism. *Scand J Work Environ Health* 2017; 43: 540-9.
33. Curnock E, Leyland AH and Popham F. The impact on health of employment and welfare transitions for those receiving out-of-work disability benefits in the UK. *Soc Sci Med* 2016; 162: 1-10.
34. Schuring M, Robroek SJ, Lingsma HF, et al. Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce. *Scand J Work Environ Health* 2015; 41: 441-50.
35. Park S, Chan KC and Williams EC. Gain of employment and perceived health status among previously unemployed persons: evidence from a longitudinal study in the United States. *Public Health* 2016; 133: 83-90.
36. Carlier BE, Schuring M, Lotters FJ, et al. The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands. *BMC Public Health* 2013; 13: 503.
37. Centrum Werk Gezondheid. Impact graphic Werkbehoud bij chronische aandoeningen, wat levert het op? Achtergronden. 2019. Geraadpleegd via <https://www.fitforworknederland.nl/werkbehoud-achtergronden-impact-graphic-2019/>.
38. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil* 2011; 21: 126-33.
39. van Bennekom CAM and Reneman MF. 60 jaar VRA: arbeidsrevalidatie. Terug van (nooit) weg geweest? *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde* 2015; 6: 254-6.
40. Van Velzen JM, Van Bennekom CAM and MHW F-D. Arbeidsgerichte revalidatie na niet-aangeboren hersenletsen. Aanbod en praktijkvariatie binnen de medisch-specialistische revalidatiepraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde* Oktober 2017: 149-55.
41. Zorginstituut Nederland. Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet. 2014. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/12/04/standpunt-sportgeneeskunde-en-de-zorgverzekeringswet>.
42. Zorginstituut Nederland. Extramuraal behandeling ontleed: de zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw. 2016. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramuraal-behandeling-ontleed>.
43. Zorginstituut Nederland. Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen? Een verkenning. 25 juni 2013. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2013/06/25/overheveling-zorg-zintuiglijk-gehandicaptensector-naar-zvw>.
44. Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer in de praktijk deel 3. 2013. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3>.
45. Van Velzen J, Zandstra C and Van Benenkom C. Arbeidsgerichte revalidatie. Arbeid als onderdeel van de revalidatie. *Heliomare* November 2018.
46. Roessingh Arbeid. Folder Preventief medisch onderzoek. 2019. Geraadpleegd via https://assets.ctfassets.net/u9duityjnyg9/XqaQyPvLCLS51X60ls0fd/e2970a3d83e9e46e95147d5fc6649816/Preventief_Medisch_Onderzoek.pdf.
47. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Multipole Sclerose. 2012. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/multipole_sclerose/arbeidsparticipatie_van_pati_nten_m_et_ms/beinvloedende_factoren_arbeidsparticipatie.html.

48. Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Richtlijn Ziekte van Parkinson. 2020. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ziekte_van_parkinson/startpagina_ziekte_van_parkinson.html.
49. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) en Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG). Richtlijn reumatoïde artritis en participatie in arbeid. 2015. Geraadpleegd via <https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2018/09/NVR-NVVG-Richtlijn-RA-en-participatie-in-arbeid-2015.pdf>.
50. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader CVA. 2016. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_cva_def_15-04-16.pdf.
51. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Behandelkader Chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. 2020.
52. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn Duchenne spierdystrofie (DMD). 2021. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/duchenne_spierdystrofie_dmd/startpagina_duchenne_spierdystrofie.html.
53. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit. 2020. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/amputatie_prothesiologie_onderste_extremiteit/startpagina_-_amputatie_en_prothesiologie_onderste_extremiteit.html.
54. Vroege Interventie. Onderzoek fysieke belastbaarheid – Functionele Capaciteit Evaluatie. Geraadpleegd via <https://vroegeinterventie.nl/onderzoek-fysieke-belastbaarheid/>.
55. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. 2016. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/algemeen_beroepskader_def_15-04-16.pdf.
56. Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Position Paper Medisch-specialistische revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat. 2017. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/system/files/attachments/position_paper_chronische_pijn.pdf.
57. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Beenamputatie. 2019. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_beenamputatie_-_12_april_2019_def.pdf.
58. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Dwarslaesie. 2019. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_dwarslaesie_-_2019-04-12_def.pdf.
59. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Behandelkader volwassenen met Cerebrale Parese. 2021. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/behandelkader_cp_volwassenen_-_geaccordeerd_door_alv_22-4-2021.pdf.
60. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Behandelkader Hand- en Pols Revalidatie. 2020. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_30_okt_2020_whpr_-_goedgekeurd_door_alv_19-11-2020.pdf.
61. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Ziekte van Parkinson en aanverwante bewegingsstoornissen. 2015. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_parkinson_def_vastgesteld_1-4-2015.pdf.

62. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Revalidatie van kinderen/jongeren met niet aangeboren hersenletsel. 2016. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/bk_hje_def_15-04-16.pdf.
63. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1. 2014. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/complex_regionaal_pijn_syndroom_type_1/startpagina_-_complex_regionaal_pijsyndroom.html.
64. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding. 2017. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_-_bloeding.html.
65. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Oncologische revalidatie. 2015. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_oncologische_revalidatie_def_vastgesteld_1-4-2015.pdf.
66. Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde. Beroepsprofiel van de Klinisch arbeidsgeneeskundige. 2015. Geraadpleegd via <https://www.nvka.nl/resources/Beroepsprofiel-van-de-Klinisch-arbeidsgeneeskundige.pdf>.
67. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid. Richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. 2017. Geraadpleegd via <https://www.nvvg.nl/files/157/RichtlijnNAH1762017def.pdf>.
68. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn Facioscapulohumerale dystrofie (FSHD). 2018. Geraadpleegd via https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/facioscapulohumerale_dystrofie_fshd/pijn_bij_fshd.html.
69. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Beter in Beweging. Landelijk Opleidingsplan revalidatiegeneeskunde. 3^e ed., juli 2020. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Opleiding/Opleidingsplan/beter_in_beweging_deel_1_def_opmaak_klein.pdf.
70. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader neuromusculaire aandoeningen volwassenen. 2013. Geraadpleegd via https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_nma_2013.pdf.
71. ArboNed. Waarom en wanneer een arbeidsdeskundig onderzoek? 10 mei 2019. Geraadpleegd via <https://www.arboned.nl/nieuws/20190510-waarom-en-wanneer-een-arbeidsdeskundigonderzoek>.
72. Noloc beroepsvereniging van loopbaanprofessionals en jobcoaches. Wat doet een jobcoach? Geraadpleegd via <https://www.noloc.nl/wat-doet-een-jobcoach>.
73. UWV perspectief. Re-integreren: zo word ik weer werkfit. Geraadpleegd via <https://perspectief.uwv.nl/artikelen/werkfit>.

