

Handleiding en format voor behandelkaders revalidatiegeneeskunde

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Doel en functie van een behandelkader	3
1.3 Gebruikers van een behandelkader	3
1.4 Eisen aan behandelkader	3
1.5 Werkwijze voor het opstellen van behandelkaders.....	4
Hoofdstuk 2 Inhoud van het behandelkader	5
1. Algemene inleiding behandelkader	5
2. Patiëntendoelgroep	6
3. Behandelaanbod	6
4. Indicatoren.....	7
5. Kwaliteitscriteria.....	7
6. Referenties	8
Bijlage 1 Begrippen en definities	9
Bijlage 2 Referenties	11

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Sinds 1999 ontwikkelen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en Revalidatie Nederland (RN) behandelkaders. In een behandelkader wordt beschreven aan welke minimale eisen een specifieke revalidatiegeneeskundige behandeling moet voldoen. Zie de website van VRA/RN voor de behandelkaders die door de VRA zijn geautoriseerd <https://www.revalidatie.nl/kwaliteit/behandelkaders/>.

Het doel van de handleiding en format voor behandelkaders is een leidraad bieden bij het opstellen en herzien van behandelkaders. Dit om de onderlinge verschillen tussen behandelkaders te reduceren en het opstellen en herzien van een behandelkader te vergemakkelijken.

Deze handleiding is in februari 2024 herzien door de Commissie Kwaliteit – subcommissie beleid.

1.2 Doel en functie van een behandelkader

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep. De Nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie¹, het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde² en landelijke richtlijnen dienen als basis voor de te ontwikkelen behandelkaders.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

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

1.3 Gebruikers van een behandelkader

Er zijn verschillende gebruikers van het behandelkader te onderscheiden. De instellingen en de revalidatieartsen zijn de belangrijkste gebruikers van het behandelkader. Zij kunnen bij het opstellen van behandelprogramma's toetsen in hoeverre deze voldoen aan de eisen zoals die binnen het behandelkader zijn opgesteld. Tevens kan aan de hand van de behandelkaders binnen het behandelaanbod een duidelijke keuze worden op welk niveau men waar een behandelprogramma aanbiedt. De VRA en RN kunnen het behandelkader gebruiken voor profilering van de revalidatiegeneeskunde en zijn dan ook belangrijke gebruikers van het behandelkader. Het behandelkader biedt externe partijen (zoals patiënten, zorginkopers, beleidsmakers) transparantie van het aanbod en de voorwaarden waaraan revalidatiegeneeskundige zorg moet voldoen.

1.4 Eisen aan behandelkader

Het is van belang dat een behandelkader in de praktijk gebruikt wordt en niet een document wordt voor in de la. Dit betekent dat een behandelkader aan de volgende eisen moet voldoen:

- geeft inzicht in de kwaliteitseisen waaraan het behandelaanbod voor specifieke patiëntendoelgroepen moet voldoen;
- omschrijft eenduidig en helder de verschillende niveaus van het behandelaanbod voor een patiëntendoelgroep;
- geeft inzicht in verschillende typen hulpvragen met daaraan gekoppeld de minimale eisen waaraan het revalidatiegeneeskundig behandelaanbod moet voldoen;

- omschrijving van de patiëntendoelgroepen sluit aan bij de indicatiestelling medisch-specialistische revalidatie;
- de inhoud is in overeenstemming met het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde en landelijk ontwikkelde richtlijnen;
- er wordt voor het meten van de kwaliteit van zorg waar mogelijk gebruik gemaakt van reeds ontwikkelde indicatoren (bijvoorbeeld via de Stichting Revalidatie Impact³);
- het is overzichtelijk van opzet, begrippen zijn eenduidig gedefinieerd en het is makkelijk leesbaar.

1.5 Werkwijze voor het opstellen van behandelkaders

De werkgroepen van de VRA kunnen een behandelkader ontwikkelen. Hiervan dienen de Commissie Kwaliteit en het bestuur van de VRA op de hoogte te worden gebracht. Ook Revalidatie Nederland wordt hierover geïnformeerd. De werkgroep stelt een commissie aan voor het ontwikkelen van een behandelkader. Indien relevant, worden andere verenigingen of organisaties, die betrokken zijn bij het onderwerp gevraagd voor deelname of advies. De betreffende patiëntenvereniging of de Patiëntenfederatie wordt vroegtijdig in het ontwikkelproces betrokken. Voor het schrijven van het behandelkader wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur en expertdeskundigheid. Tevens wordt bij het opstellen van het behandelkader aandacht besteed aan het patiëntenbelang, aspecten t.a.v. organisatie van zorg en kosten-/doelmatigheidsaspecten.

Als het behandelkader in concept gereed is, wordt het opgestuurd naar kwaliteitscommissie@revalidatiegeneeskunde.nl voor de commentaarfase. Alle VRA-leden, de Commissie Kwaliteit, de Beroepsbelangencommissie (BBC), Revalidatie Nederland, het VRA-bestuur en patiëntenvereniging(en) krijgen gedurende 6 weken de gelegenheid om commentaar te geven op het behandelkader. Dit commentaar wordt verzameld door het VRA-bureau en verwerkt door de werkgroep. Het (n.a.v. de commentaren) aangepaste behandelkader wordt beoordeeld door de Commissie Kwaliteit en deze adviseert het bestuur over autorisatie door de ALV. Na goedkeuring van het bestuur kan het behandelkader voorgelegd worden aan de ALV ter autorisatie. De tijdsduur van voorbereiding tot autorisatie is gemiddeld genomen anderhalf tot twee jaar. Na autorisatie zal het behandelkader gepubliceerd worden op de VRA website en kan het gebruik van het behandelkader getoetst worden middels externe toetsing en visitaties.

Een behandelkader is geen statisch document. Uiterlijk vijf jaar na autorisatie bepaalt de werkgroep of het behandelkader nog actueel is. Het jaar waarin dit moet gebeuren staat duidelijk vermeld in het behandelkader. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten. Ook na een herzieningstraject dient het herziene behandelkader ter autorisatie aan de ALV te worden voorgelegd.

Hoofdstuk 2 Inhoud van het behandelkader

De inhoud van het behandelkader bestaat uit de volgende vijf onderdelen:

1. Algemene inleiding behandelkader
2. Patiëntendoelgroep
3. Behandelaanbod
4. Indicatoren
5. Kwaliteitscriteria (deskundigheid, faciliteiten, netwerk)
6. Referenties

Hieronder worden de zes onderdelen apart beschreven met suggesties voor standaard tekstdelen.

1. Algemene inleiding behandelkader

In de algemene inleiding is een aantal basisgegevens opgenomen voor de gebruikers van de behandelkaders.

1.1 Doel en functie behandelkader

(standaardtekst):

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

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

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

(standaardtekst):

Voor het ontwikkelen van het behandelkader [titel] is in [jaartal] een commissie ingesteld. De commissie bestond uit de volgende personen:

- Titulatuur, initialen, achternaam, functie, werkplek/locatie

De commissie werkte van [startdatum] tot [einddatum] aan de totstandkoming van het concept behandelkader. Het concept behandelkader is voor commentaar voorgelegd aan alle VRA-leden, de Commissie Kwaliteit, de Beroepsbelangencommissie (BBC), Revalidatie Nederland, het VRA-bestuur en de patiëntenvereniging(en). Na verwerking van het commentaar door de commissie is het behandelkader met verzoek om autorisatie voorgelegd aan het bestuur. Het bestuur heeft de Commissie Kwaliteit om advies gevraagd. Het concept behandelkader is voor autorisatie voorgelegd aan de leden tijdens de ALV van [datum]. Na autorisatie is het behandelkader gepubliceerd op de website van de VRA.

[Benoem eventuele bijzonderheden of beperkingen bij het ontwikkelen van het behandelkader, bijv. betrokkenheid patiëntenvereniging, samenwerking andere beroepsverenigingen].

1.3 Datum en geldigheidsduur van het behandelkader

(standaardtekst):

Het behandelkader is op [datum] geautoriseerd door de leden van de VRA. De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader.

Uiterlijk [jaartal, max. 5 jaar na autorisatie] bepaalt het bestuur van [naam werkgroep] of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

2. Patiëntendoelgroep

In het tweede onderdeel van het behandelkader wordt de patiëntendoelgroep omschreven.

2.1 Omschrijving doelgroep

De kenmerken van de beschrijving van de patiëntendoelgroep zijn hoofdzakelijk gerelateerd aan een medische diagnose (bijv. beroerte). Bij de omschrijving van de doelgroep dient beschreven te worden wanneer een patiënt uit de doelgroep in aanmerking komt voor revalidatiegeneeskundige behandeling volgens het behandelkader (inclusiecriteria) en onder welke omstandigheden een patiënt (nog) niet kan worden behandeld conform het behandelkader (exclusiecriteria). Tevens dient de omschrijving van de doelgroep aan te sluiten bij de Nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie¹.

Het is niet alleen van belang om de doelgroep duidelijk te omschrijven, het is ook noodzakelijk om te onderzoeken hoe de markt van de doelgroep eruit ziet. Bij de omschrijving van de doelgroep dienen voor zover mogelijk de volgende punten beschreven te worden:

- huidige omvang van de doelgroep;
- de mate waarin de doelgroep wordt bereikt (d.w.z. of de doelgroep vermoedelijk groter is dan het aantal patiënten dat nu naar de revalidatiepraktijk verwezen wordt);
- belangrijke epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen die mogelijk van invloed zijn op de doelgroep.

2.2 Omschrijving subgroepen

De doelgroep kan onderverdeeld worden in subgroepen, waarbij niveaus van complexiteit waarop behandelingen gericht zijn, worden aangegeven. Kenmerkende onderscheidende factoren dienen te worden benoemd in de omschrijving van subdoelgroepen en daarbij de verschillen in aanpak van de behandeling. De kenmerken dienen zo helder en eenduidig mogelijk geformuleerd te worden (bijvoorbeeld definiëren wat wordt verstaan onder 'lichte klachten').

2.3 Patiëntenperspectief en behandeldoelen

Bij het opstellen van het behandelkader is het belangrijk om na te gaan of de betreffende patiëntenvereniging het patiëntenperspectief heeft beschreven, bijvoorbeeld in een zorgstandaard. De voorkeuren en wensen van patiënten omtrent behandeling, communicatie, verwijzing, etc. kunnen waar mogelijk in het behandelkader worden verwerkt. Tevens kan hier beschreven worden wat de globale behandeldoelen zijn.

3. Behandelaanbod

In het derde onderdeel wordt het behandelaanbod voor de specifieke patiëntendoelgroep beschreven. Om zorg op maat te kunnen leveren, is het van belang het behandelaanbod af te stemmen op de wensen en behoeften van de patiëntendoelgroep. Daarvoor is het van belang te weten wat de specifieke revalidatiebehoeften van de patiëntendoelgroep zijn en wat de problemen zijn waar (ex-)revalidanten en hun omgeving last van hebben in het dagelijks leven. De hulpvraag van de

patiëntendoelgroep komt voort uit de gezamenlijke individuele hulpvragen van revalidanten en hun omgeving.

Het behandelaanbod dient in globale termen en per beschreven niveau van complexiteit te worden omschreven in het behandelkader. Aandachtspunten bij het beschrijven van het behandelaanbod zijn:

- een concreet overzicht met behandelopties en de voordelen/nadelen in het kader van Samen Beslissen;
- opbouw van de behandeling waarbij in principe 'stepped care' wordt toegepast;
- behandeldisciplines: aangeven of er bepaalde behandeldisciplines beschikbaar horen te zijn die niet standaard betrokken zijn (bijv. neurolinguïst, bewegingsagoog, psychomotorisch therapeut, haptotherapeut);
- beschrijving van de plaats van de revalidatiegeneeskundige behandeling in de ketenzorg;
- globale omschrijving van de informatieverstrekking aan de patiënt.

In de behandelprogramma's wordt het totale behandelproces beschreven en wordt in meer detail ingegaan op het behandelaanbod, ingeschatte benodigde behandelduur en frequentie en benodigd aantal behandeluren.

4. Indicatoren

Om te kunnen meten in hoeverre de behandeling die wordt uitgevoerd conform het behandelkader effectief is, kan gebruik gemaakt worden van bestaande uitkomsten en indicatoren. Het aantal te benoemen uitkomstindicatoren dient, indien mogelijk, maximaal vijf te zijn.

5. Kwaliteitscriteria

Dit onderdeel beschrijft de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de revalidatiegeneeskundige zorg conform het behandelkader op verantwoorde wijze uit te kunnen oefenen. Deze dienen afgestemd te zijn op het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde².

5.1 Deskundigheid

In dit onderdeel wordt beschreven welke specifieke deskundigheden en vaardigheden nodig zijn voor het deskundig uitvoeren van de behandeling conform het behandelkader en voor de wijze waarop deze deskundigheid wordt gewaarborgd. Dit betreft:

- eisen die gelden voor alle teamleden;
- eisen die gelden voor specifieke disciplines;
- eisen die gelden voor eventuele externe deskundigen/consulenten (bijv. plastische chirurgie voor de behandeling van tetraplegische handen bij dwarslaesie).

Naast het vastleggen van de benodigde deskundigheid is het belangrijk de continuïteit van de zorg en dus de continuïteit van de deskundigheid te waarborgen. Er dient voor zover mogelijk te worden aangegeven hoeveel patiënten van de doelgroep (voor tenminste de hoogste niveaus van complexiteit) jaarlijks minimaal moeten worden behandeld om het vereiste deskundigheidsniveau te kunnen handhaven. Tevens dient hierbij beschreven te worden waar de zorg voor deze patiënten zou moeten plaatsvinden (visie op concentratie en spreiding van zorg).

5.2 Faciliteiten

In dit onderdeel wordt weergegeven welke randvoorwaarden nodig zijn om het behandelprogramma te kunnen uitvoeren, zoals bouwkundige voorzieningen en hulpmiddelen.

5.3 Netwerk

Onder het kopje netwerk wordt omschreven welke regionale afspraken (met bijvoorbeeld externe leveranciers) moeten worden gemaakt om de behandeling beschreven in het behandelkader goed uit te voeren. Dit hoort aan te sluiten bij de beschreven visie op concentratie en spreiding en op de beschreven stepped care.

6. Referenties

De informatiebronnen die gebruikt zijn en waarnaar verwezen wordt in het behandelkader, worden in deze paragraaf vermeld.

Bijlage 1 Begrippen en definities

Richtlijnen

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering in de gezondheidszorg, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van goed medisch handelen. Het behandelkader dient inhoudelijk te worden afgestemd met de richtlijn.

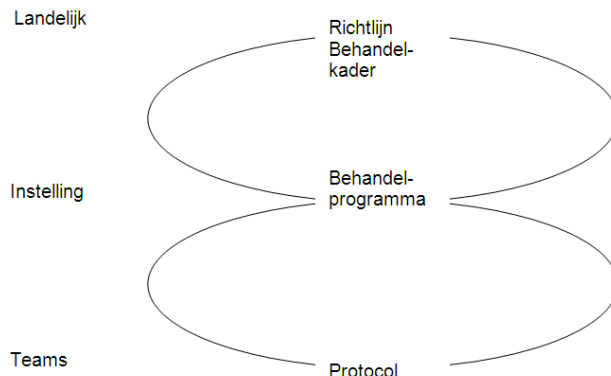
Behandelprogramma

Een behandelprogramma is een verdere verfijning en meer op de instelling toegespitste uitwerking van een behandelkader. Het is een beschrijving van een behandelaanbod voor een specifieke patiëntendoelgroep. Een behandelprogramma heeft tot doel de behandeling van een specifieke patiëntendoelgroep in een instelling te structureren, te sturen, inzichtelijk te maken voor teamleden, patiënten, verwijzers en andere betrokkenen. Het landelijk ontwikkeld behandelkader is het kader aan de hand waarvan behandelprogramma's, die op lokaal niveau worden ontwikkeld, kunnen worden getoetst en geborgd.

Protocol

Een protocol beschrijft veelal de aanpak van een bepaald probleem al dan niet gekoppeld aan een bepaalde doelgroep. Een protocol beschrijft meestal hoe iets gebeurt. In een behandelprogramma kan worden gerefereerd aan een protocol.

De relatie tussen richtlijnen, behandelkaders, behandelprogramma's en protocollen kan als volgt worden geschetst:



Kwaliteitsvisitatie

Een visitatie is een intercollegiale doorlichting op locatie waarbij de omstandigheden waaronder en de manier waarop collegae het beroep uitoefenen worden beoordeeld op basis van door de wetenschappelijke vereniging vastgestelde kwaliteitsnormen en met het meest recente visitatiemodel. De beroepsgroep bepaalt zelf wat zij onder kwaliteit verstaat en daarmee waar het visitatie instrument aan moet bijdragen. Tijdens de visitatie kan worden getoetst in hoeverre de behandeling van een patiëntendoelgroep voldoet aan de gestelde eisen. Het behandelkader neemt binnen de kwaliteitsvisitatie een vergelijkbare positie in als bij de externe toetsing.

Externe toetsing

Een vorm van toetsing waarbij de beoordeling van het professionele handelen door anderen (bijv. patiënten, verwijzers, verzekeraars) dan de degene die wordt getoetst, wordt opgezet en uitgevoerd. De ontwikkelde behandelkaders revalidatiegeneeskunde hebben een belangrijke rol in de externe

toetsing. Getoetst kan worden in hoeverre de revalidatiegeneeskundige zorg van een patiëntendoelgroep voldoet aan de gestelde eisen. Voorbeelden zijn: HKZ-certificatie en NIAZ-accreditatie.

Indicatoren

Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit maar wijst op een bepaald aspect van presteren en kan een aanleiding zijn tot nader onderzoek. Een bruikbare indeling van indicatoren is die in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren:

- Structuurindicatoren geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen zorg wordt geleverd. Een voorbeeld van een structuurindicator is 'De aanwezigheid van een oefenzaal'.
- Procesindicatoren geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Het kenmerk van procesindicatoren is dat ze direct beïnvloedbaar zijn: ze meten hoe (vaak) iets is gedaan. Een voorbeeld van een procesindicator is 'het percentage patiënten dat bij aanvang van de behandeling een behandelplan aangeboden gekregen heeft van de behandelaar'.
- Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen gemeten op patiëntniveau. Uitkomstindicatoren zijn van vele factoren afhankelijk en daardoor vaak moeilijk te herleiden tot directe patiëntenzorg. Een voorbeeld van een uitkomstindicator is het percentage dwarslaesiepatiënten met decubitis bij ontslag'.

Stepped care

Stepped care betekent letterlijk stapsgewijze zorg, dat wil zeggen onnodige zorg zoveel mogelijk voorkomen door eerst naar lichtere behandelmethoden te zoeken. Volgens het uitgangspunt van stepped care wordt een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek aangeboden. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft wordt naar een intensievere interventie overgegaan.

Ketenzorg

Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat (wat blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg). In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg.

Bijlage 2 Referenties

1. Nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie (2016)
2. Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde (2021)
3. Stichting Revalidatie Impact: <https://www.revalidatie-impact.nl/>