



Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatiezorg

Handreiking bij de kwaliteitsbeoordeling

Werkgroep Revalidatie VAGZ

1-4-2018

Inhoudsopgave

1. Inleiding:	3
2. Wat is medisch specialistische revalidatiegeneeskunde? (MSR)	5
3. Algemene randvoorwaarden:.....	6
3.1 Algemeen Beroepskader:	6
3.2 Aanvullende opmerkingen:	7
4. Afbakening medisch specialistische revalidatie:	10
4.1 Interdisciplinaire Medisch specialistische revalidatie (MSR) vs. Multidisciplinaire eerstelijns revalidatie:.....	10
4.2 Afbakening tov. overige specialismen	11
4.3 Afbakening GGZ.....	12
4.4 Afbakening Geriatrische revalidatie zorg (GRZ)	12
4.5 Afbakening arbeidsrevalidatie:.....	12
4.6 Afbakening MSR en welzijnsbevordering	13
4.7 MSR en SOLK	13
4.8 Hartrevalidatie:.....	13
5. Beoordeling doelmatige inzet van behandeluren	15
6. Overige kwaliteits aspecten, transparantie en registratie:	16
6.1. Veiligheids Management Systeem (VMS)	16
6.2. Visitatie revalidatieartsen.....	16
6.3 Kwaliteitseisen paramedici.....	16
6.4 Transparantie van kwaliteit.....	17
7. Diagnose-specifieke aspecten	18
7.1. Oncologische revalidatie	19
7.2. Hand- en Polsrevalidatie.....	20
7.3. Dwarslaesie	20
7.4. Chronische Pijn	23

1. Inleiding:

Beste lezer,

Voor u ligt de herziene ‘Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatiezorg’ van de VAGZ.

Aanleiding van deze update is het feit dat nieuwe ontwikkelingen en inzichten, die van invloed kunnen zijn op het inkoopbeleid door zorgverzekeraars, een bijstelling nodig maakte.

Dit document is vooral gericht op gebieden binnen de medisch specialistische revalidatie (MSR) waar zorgverzekeraars hun aandachtspunten hebben cq. knelpunten ervaren, waardoor bepaalde zorg van de MSR meer aan bod komt dan andere. Doel van deze werkwijzer is het geven van een handleiding aan de individuele medisch adviseur ter advisering aan zijn/haar zorgverzekeraar als het gaat om de inkoop van deze zorg. Het is uiteraard aan iedere zorgverzekeraar zelf om zijn individuele beleid te bepalen.

Met nadruk spreekt deze werkwijzer niet over de door ons en andere partijen geconstateerde ontwikkeling van verruiming van de indicatiestelling medisch specialistische revalidatiezorg. De discussie over een duidelijker indicatiestelling op individueel niveau wordt door de werkgroep op andere plekken gevoerd.

In deze werkwijzer wordt naast bovengenoemde algemene aspecten tevens ingegaan op enkele diagnose-specifieke aspecten.

Deze werkwijzer heeft een dynamisch karakter. Bij nieuwe ontwikkelingen zoals adviezen of uitspraken van het ZiNL, herzieningen van relevante documenten van de VRA e.d. of nieuwe inzichten bij zorgverzekeraars, zal dit document worden bijgesteld.

Deze werkwijzer is geschreven door de werkgroep medisch specialistische revalidatiezorg van de VAGZ. De werkgroep bestaat uit de volgende leden:

Monika Kop, medisch adviseur Menzis
Eline Tuyn, medisch adviseur CZ
Jacques van Limbeek, medisch adviseur Zilveren Kruis
Jürgen Hermsen, medisch adviseur VGZ
Marco Persoons, medisch adviseur CZ

Reacties en opmerkingen kunnen gemaïld worden naar Marco Persoons, marco.persoons@cz.nl

Disclaimer: aan deze werkwijzer kunnen geen rechten worden ontleend.

2. Wat is medisch specialistische revalidatiegeneeskunde? (MSR)

In de nota 'indicatiestelling medisch specialistische revalidatie' (VRA & RN, 2016)¹ wordt de medische specialistische revalidatie als volgt omschreven:

“De medisch specialistische revalidatie richt zich op patiënten van alle leeftijden en wordt uitgeoefend in de tweede lijn, door of onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De revalidatiearts kan complexe situaties van patiënten analyseren en zo voor specifieke doelgroepen een centrale rol spelen bij triage, indicering, verwijzing en/of behandeling. 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. Medisch specialistische revalidatie kan poliklinisch, ambulant of klinisch plaatsvinden”

In het in 2015 verschenen rapport van het ZiNL over de medische specialistische revalidatiezorg² staat de volgende omschrijving

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

In alle gevallen betreft het de behandeling van kinderen of volwassenen die ten gevolge van ziekte of aandoening problemen ervaren in dagelijkse activiteiten en maatschappelijk functioneren. Verwacht mag worden dat door MSR de beperkingen of belemmeringen kunnen worden voorkomen, verminderd, of overwonnen. Door middel van medische, paramedische, psychosociale, educatieve en arbeidsgerichte maatregelen, wordt gewerkt aan het herwinnen van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren.

Niet alle aangeboden vormen van revalidatie zijn medisch specialistische revalidatie; Revalidatie komt als enkelvoudige zorg voor in eerstelijns voorzieningen en als meervoudige zorg in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van eerstelijns of “anderhalvelijns” voorzieningen. Revalidatie voor fysiek, mentaal en/of sociaal kwetsbare ouderen, wordt als Geriatrische Revalidatie (GRZ) geboden door organisaties voor ouderenzorg, onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Verder dient onderscheid gemaakt te worden tussen

- algemene specialistische revalidatie (onderzoek en behandeling door de revalidatiearts, die hoofdbehandelaar, consulent of medebehandelaar is)

en

-interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (behandeling van patiënten door de revalidatiearts met één of meer behandelaars van zijn/haar multidisciplinair samengesteld revalidatieteam, en kenmerkt zich onder meer door geïnstitutionaliseerde samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van de revalidatiearts, die op het betreffende domein specifiek vakinhoudelijk deskundig is.

¹ nota indicatiestelling VRA, 2016

² Medisch specialistische revalidatie (zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden) ZINL, 2015

3. Algemene randvoorwaarden:

De medisch specialistische revalidatie is complexe (specialistische) zorg uitgeoefend door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, omschreven zoals in hoofdstuk 2.

3.1 Algemeen Beroepskader:

De zorg voldoet aan de eisen zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. Het Algemeen Beroepskader is een door de beroepsvereniging van Revalidatieartsen (VRA) vastgesteld document, waarin randvoorwaarden zijn beschreven die noodzakelijk zijn om de kwaliteit van de medisch specialistische revalidatie te borgen. Hoewel het beroepskader niet op alle vragen en behoeften concreet antwoord geeft is het naar de mening van de werkgroep een nuttig document omdat het inzicht geeft wat revalidatieartsen zelf relevant vinden.

De werkgroep adviseert om de eisen zoals genoemd in het Algemeen Beroepskader revalidatiegeneeskunde op te nemen als uitgangspunt bij de kwaliteitsbeoordeling van MSR.

Onderstaande opsomming is afkomstig uit dit Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. Versie 15 april 2016. Enkele punten zijn "vet" gemarkeerd, omdat dit naar inzicht van de werkgroep VAGZ speciale aandachtspunten zijn en niet overal vanzelfsprekend geïmplementeerd. Vanzelfsprekend zijn de andere punten ook van belang.

Randvoorwaarden:

1. *De revalidatiearts is geregistreerd als revalidatiearts in het BIG-register en in het register van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS).*
2. *De revalidatiearts voldoet aan de eisen die gesteld worden voor herregistratie door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS).*
3. *De revalidatiearts handelt volgens het KNMG Kwaliteitskader medische zorg "Staan voor Kwaliteit".*
4. *De revalidatiearts handelt conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).*
5. *De revalidatiearts voldoet aan de competenties, zoals vastgelegd door het Centraal college Medisch Specialisten CCMS en uitgewerkt in het opleidingsplan BETER van de VRA.*
6. *De revalidatiearts voldoet aan de criteria en competenties zoals omschreven in de relevante diagnose gebonden behandelkaders van de VRA.*
7. *De revalidatiearts volgt de richtlijnen van de VRA. Indien hiervan beargumenteerd afgeweken wordt, dient dit vastgelegd te worden in het patiëntendossier.*
8. *De revalidatiearts is verantwoordelijk voor het gehele revalidatiegeneeskundige proces (i.e. diagnostiek, prognostiek, behandeling en evaluatie).*
9. *De werkwijze van de revalidatiearts is van dien aard dat alle aspecten van de zorgvraag van de patiënt in samenhang worden gediagnosticeerd en behandeld en passen binnen de revalidatie indicatie. De revalidatiearts heeft een voortrekkersrol in de afstemming tussen en met alle relevante disciplines.*
10. ***De revalidatiearts stelt op basis van een door hem uitgevoerd onderzoek de indicatie voor nader al dan niet multidisciplinair onderzoek en voor een door hem zelf uit te voeren behandeling dan wel een multidisciplinaire behandeling.***
11. ***De revalidatiearts is verantwoordelijk voor het toezien op de principes van "stepped care". Dit houdt in dat de revalidatiearts beoordeelt of er een primaire indicatie is voor revalidatiegeneeskundige***

behandeling of adviseert over behandeling in een andere instelling, dan wel op een ander "stepped care" niveau.

12. *De revalidatiearts is aanwezig bij de besprekingen van het revalidatiebehandelteam.*
13. *Er is een revalidatiearts op de locatie aanwezig tijdens de behandelingen of direct bereikbaar voor overleg.*
14. *De revalidatiearts neemt deel aan de kwaliteitsvisities van de VRA.*
15. *De revalidatiearts neemt deel aan een systeem voor individueel functioneren medisch specialisten zoals bijvoorbeeld IFMS.*
16. *De Revalidatiearts is (buitengewoon) lid van de medische staf van de instelling waar hij of zij werkzaam is.*
17. ***Het behandelteam voldoet aan de criteria en competenties zoals omschreven in de relevante diagnose gebonden behandelkaders. Het behandelteam handelt conform door de VRA vastgestelde richtlijnen en behandelkaders.***
18. *De instelling heeft de faciliteiten waardoor revalidatieartsen en het behandelteam kunnen werken conform de voor hen relevante richtlijnen en behandelkaders.*
19. ***De instelling neemt deel aan kwaliteitstoetsingen (bijvoorbeeld HKZ en NIAZ) en is hiervoor gecertificeerd of heeft hiervoor certificering aangevraagd.***
20. *De instelling heeft een reglement met betrekking tot disfunctionerende medisch specialisten.*
21. ***De instelling heeft een adequate regeling getroffen conform advies van de VRA (Basisedische voorziening in revalidatie instellingen (2013)) waarmee spoedeisende hulp en basisedische zorg geborgd zijn.***
22. *Voor bijzondere (niet direct patiëntengebonden) functies dient de instelling adequate (geormerkte) formatiecapaciteit revalidatiearts vrij te maken. Gedacht kan worden aan: managementfunctie, opleiderschap, lidmaatschap medisch stafbestuur, lidmaatschap VRA bestuur en commissies*
23. ***Het daadwerkelijk binnen de (opleidings)instelling werkzame PA's revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in Fte's bedraagt ten hoogste tweemaal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in Fte's dat in de instelling werkzaam is.***
24. *De revalidatiearts is voor supervisie/overleg beschikbaar tijdens de gehele behandelperiode.*
25. *Indien er sprake is van herschikking van taken van de revalidatiearts naar de physician assistent, verpleegkundig specialist of een vergelijkbare medewerker, dan voldoet de betrokkenheid van de revalidatiearts wel aantoonbaar aan de punten genoemd onder de randvoorwaarden. De verantwoordelijkheden en taken zijn schriftelijk vastgelegd.*
26. *De Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist (AMS) of de cao UMC is van toepassing op revalidatieartsen in dienst van het (academisch) ziekenhuis of van een revalidatie instelling.*

Randvoorwaarde specifiek geldend voor algemene medisch specialistische revalidatie

27. ***De revalidatiearts heeft tijdens (de diagnostische fase van) het revalidatieproces tenminste eenmaal fysiek individueel contact met de patiënt.***

Randvoorwaarden specifiek geldend voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie:

28. ***De revalidatiearts heeft tijdens de diagnostische fase van het revalidatieproces tenminste eenmaal een fysiek individueel contact met de patiënt.***
29. ***De revalidatiearts is betrokken bij de interdisciplinaire behandeling en ziet de patiënt tenminste één keer fysiek tijdens deze behandeling.***
30. ***De revalidatiearts heeft een fysieke afspraak met de patiënt gemaakt om de behandeling te evalueren.***

3.2 Aanvullende opmerkingen:

In de eerste versie van het algemeen beroepskader stonden 63 eisen en randvoorwaarden, de nieuwe versie nog 30. Hoewel deze niet meer als randvoorwaarden gedragen worden door de VRA, zijn een aantal van de weggevallen randvoorwaarden uit het oorspronkelijke algemeen beroepskader in de ogen van de werkgroep wel relevant bij de beoordeling van de kwaliteit van medisch specialistische revalidatiegeneeskunde.

1. In het oorspronkelijke document is gespecificeerd dat elke patiënt in alle fasen van het revalidatieproces direct arts-patiënt contact zou moeten hebben, voor tenminste één uur. In het huidige document is dit gewijzigd. De revalidatie arts heeft nu in de diagnostische, behandel- en

evaluatie fase fysiek contact met de patiënt. Dit zou in theorie dus ook slechts een handdruk kunnen betreffen, wat naar de mening van de werkgroep niet wenselijk is

2. In het nieuwe document staat bij punt 12: *De revalidatiearts is aanwezig bij de besprekingen van het revalidatiebehandelteam.* In de vorige versie van het algemeen beroepskader stond tevens: *De revalidatiearts en het behandelteam evalueren de behandeldoelen minimaal 1x in de 6 weken met de patiënt aan de hand van relevante en waar mogelijk evidence-based meetinstrumenten die in behandelkaders, behandelprogramma's of zorgpaden zijn vastgelegd. Indien nodig of gewenst, worden de behandeldoelen bijgesteld. Voor kinderen geldt minimaal één keer per drie maanden evaluatie.* De huidige versie geeft dus geen specificatie meer van frequentie of inhoud van de patiëntenbespreking. De werkgroep beschouwt desondanks bovengenoemde periodiciteit (1x6 weken) als minimum.

3. Ook vervallen in het nieuwe document: *De revalidatiearts superviseert de A(N)IOS, physician assistant (PA), stafarts, praktijkondersteuners en andere betrokken beroepsbeoefenaren tijdens de gehele behandelperiode.*

In een instelling waarbij veel taken worden overgenomen van de revalidatiearts, blijft deze wel eindverantwoordelijk. Supervisie moet borgen dat de behandeling wel medisch specialistische zorg blijft en geen eerstelijns zorg is

4. Vervallen: *De betrokken disciplines dienen aantoonbaar als team samen te werken.* Dit punt is met name relevant bij instellingen gevestigd op verschillende locaties, of waarbij de behandeling plaatsvindt in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. Nogmaals wijst de werkgroep er op, dat bij interdisciplinaire MSR sprake is van meerdere disciplines die samenwerken om een geïntegreerde behandeling te realiseren rond vooraf geformuleerde behandeldoelen.

5. Helemaal vervallen zijn de eisen met betrekking tot omvang van het aantal Fte revalidatiearts.

Het is zinnig om bij het beoordelen van de kwaliteit een berekening te maken of het aantal Fte revalidatiearts wat beschikbaar is voor patiëntenzorg in relatie tot het totaal aantal behandelde patiënten voldoende basis biedt voor een adequate invulling van de rol van de revalidatiearts in het arts patiënt contact en als eindverantwoordelijke van de revalidatiebehandeling. In het oorspronkelijke beroepskader stond:

De omvang van het aantal in te zetten (fte) revalidatieartsen in een instelling dient in redelijke verhouding te staan tot het aantal patiënten of bedden ("caseload") en wel in een verhouding van , :

1 fte revalidatiearts doet maximaal 1000 eerste patiëntbezoeken en/of klinische medebehandelingen per jaar.

Of 1 fte revalidatiearts coördineert maximaal 12.000 poliklinische behandeluren (volwassenen).

Of 1 fte revalidatiearts per 32 bedden (hierin zijn ook klinische RBU's verdisconteerd).

Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleidings)instelling werkzame aios/ anios/ PA's revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte's bedraagt ten hoogste 1,5 maal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte's dat in de instelling werkzaam is. In een specifiek besluit kan een aan deze ratio aanvullende bepaling worden opgenomen.

6. Borging van continuïteit vindt de werkgroep zeer relevant bij het beoordelen van kwaliteit van zorg. Ook het artikel wat hierover ging is niet meer opgenomen in het nieuwe algemeen beroepskader; *De instelling met PRB beschikt over tenminste 2 revalidatieartsen die tezamen voor minimaal 0,5 fte aan de instelling verbonden zijn om de continuïteit te kunnen waarborgen. De revalidatieartsen dienen minimaal 1 dagdeel per week gelijktijdig aanwezig te zijn voor o.a. overdracht en collegiaal overleg.*

Een aantal van de andere weggevallen artikelen vindt de werkgroep zeker ook belangrijk, zoals aanwezigheid van een verbetercyclus, jaardocument, klachtenprocedure, etc. Echter deze vallen onder wettelijke eisen of eisen van een kwaliteitsmanagementsysteem, wat in een van de andere randvoorwaarden al is genoemd.

Nieuw in het algemeen beroepskader is een verwijzing naar het rapport “ Advies basismedische zorg in revalidatie-instellingen³ “.

Dit rapport beschrijft:

1. bekwaamheidseisen voor revalidatieartsen t.b.v. basismedische zorg;
2. Een systematische en overzichtelijke registratie en verslaglegging van de basismedische zorg;
3. Het opstellen van een model voor verantwoordelijkheidstoedeling.

Tevens dient er samenhang te zijn met een adequaat protocol en een adequate regeling vanuit de vakgroep of instelling hoe de basiszorg en spoedzorg/vervolgzorg medisch feitelijk is geregeld 24 uur per dag.

³

https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Dossiers/basis_medische_zorg_advies_2017_def.pdf

4. Afbakening medisch specialistische revalidatie:

Zoals eerder aangegeven kan er onderscheid gemaakt worden tussen algemene en interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiezorg: uit het ZiNL-standpunt:

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

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

4.1 Interdisciplinaire Medisch specialistische revalidatie (MSR) vs. multidisciplinaire eerstelijns revalidatie:

Alhoewel MER een deels achterhaald begrip is, hecht de werkgroep er toch waarde aan hieraan aandacht te schenken, mede omdat in het kader van de nieuwere term '1,5 lijns zorg' een aantal aspecten relevant blijven.

Er is een grijs gebied tussen de MSR en MER. Het veronderstelde kwaliteitsverschil tussen MER en MSR laat zich niet goed in maat en getal uitdrukken.

-Waar eerstelijns zorg vaak primair op somatisch / functioneel niveau insteekt, is MSR gericht op participatie. Bij MER zijn de behandeldoelen minder complex⁴. -Verder is stepped care een belangrijk uitgangspunt bij de interventies voor de betreffende groep patiënten (zie verder).

-De afstemming tussen de verschillende disciplines in gezamenlijkheid als team, onder een dak, is belangrijke voorwaarde om te kunnen spreken van interdisciplinaire MSR. Bij MER gaat het veel meer om meervoudige, multidisciplinaire zorg (gelijktijdig meerdere disciplines)

-Als er voor de diagnostiek en/of de behandeling van de patiënt geen medisch specialistische kennis op doelgroepniveau is vereist, dan is MSR niet geïndiceerd. Bij MER heeft de revalidatiearts beperkte toegevoegde waarde. In geval in een MER-situatie de revalidatiearts in consult wordt geroepen is dat vooral ter uitsluiting van de noodzaak om patiënt naar MSR te verwijzen. In dit kader moeten de diverse initiatieven genoemd worden waarbij eerstelijnsbehandeling plaatsvinden met inbreng van expertise van de revalidatiearts, voor minder 'zware' doelgroepen.

-De revalidatiearts is een generalistisch werkend specialist. Zijn meerwaarde zit in het kunnen samenbrengen van complexe beperkingen tot samenhangende behandeldoelen en het houden van regie en overzicht hoe dit middels inzet van paramedie en psychologie kan worden bereikt. Dit doet

hij onder andere door afstemming met en aansturing van het behandelteam in samenspraak met de patiënt. Om dit overzicht tijdens de behandeling te behouden en de regie over de behandeling adequaat te kunnen voeren is het nodig dat de medisch specialist de patiënt daadwerkelijk kent en in de loop van het traject daadwerkelijk vervolgt middels rapportages van de overige behandelaars en door periodiek fysiek het behandelteamoverleg bij te wonen. De revalidatiearts is actief betrokken bij de behandeling in alle fasen van de revalidatie. Dit komt in een aantal voorbeelden tot uitdrukking: De revalidatie arts is fysiek aanwezig bij de intake, MDO en eindgesprek. Vanuit deze expertise mag ook worden verwacht dat doelmatigheid en meerwaarde van behandeling t.o.v. natuurlijk verloop of eindstadium wordt meegewogen bij het stellen van een indicatie voor behandeling.

-In het kader van medisch specialistische zorg en dus ook MSR, mag worden verwacht dat een medisch specialist binnen 30 minuten op een behandellocatie aanwezig kan zijn. De behandellocatie moet daarbij voldoen aan de vereisten om basismedische zorg te kunnen verlenen.

-MSR is doorgaans behandeling per exclusionem. Alleen daar waar de beperkingen te complex zijn om in een andere setting te worden behandeld kan er een indicatie zijn voor MSR. De revalidatiearts moet kunnen onderbouwen en deze redenering schriftelijk vastleggen, dat er sprake is van stepped care en / of specifieke kennis noodzakelijk is die vooral in de tweede lijn beschikbaar is, (denk aan prothesetraining bij amputatie, slikstoornissen en dergelijke)

De werkgroep wijst erop dat de betrokkenheid van een revalidatiearts bij de behandeling niet automatisch betekent dat deze behandeling ook MSR betreft. De werkgroep ziet in toenemende gevallen voorbeelden waarbij (meervoudige) revalidatie in de eerste lijn onder regie van een revalidatiearts plaatsvindt. Hoewel er hier sprake kan zijn van uitstekende en geïndiceerde zorg is declaratie op basis van tweedelijns MSR-zorgproducten hierbij onjuist. (Behalve het consult van de revalidatiearts).

4.2 Afbakening t.o.v. overige specialismen

Bij disfunctioneren op meerdere domeinen is de revalidatiearts als generiek specialist aangewezen. Bij enkelvoudige problematiek die specialistische behandeling behoeft vanwege functiestoornissen kan naar de mening van de werkgroep een ander medisch specialist eindverantwoordelijk zijn voor de revalidatiebehandeling (bijvoorbeeld de plastisch chirurg bij handletsels, de cardioloog bij enkelvoudige hartrevalidatie, de longarts bij longrevalidatie etc.). Deze behandeling zou dan onderdeel moeten uitmaken van het DBC-zorgproduct van deze specialist.

De werkgroep herkent ontwikkelingen waarbij bijvoorbeeld onder verantwoordelijkheid van orthopedisch chirurgen, en / of anesthesisten revalidatiezorg wordt geboden. Indien er sprake is van meervoudige problematiek is deze vorm van zorg volgens de werkgroep ongewenst, vanwege de eerder genoemde generalistische insteek van de revalidatiearts. Wanneer de zorgvraag valt onder de

reikwijdte van richtlijnen van de betreffende orgaanspecialist dan is primair geen sprake van MSR (zie verder 'bijvoorbeeld onder 'hartrevalidatie')

4.3 Afbakening GGZ

Meervoudige problematiek is te behandelen vanuit een biopsychosociaal model. Alle aspecten verdienen hierin aandacht. Daar waar het aangrijpingspunt van de behandeling primair psychisch is, zoals bij een depressie met vermoeidheid, is er sprake van een GGZ indicatie, al dan niet in de eerste lijn. Wanneer bij ernstige functie- en participatieproblemen bijvoorbeeld ten gevolge van een neurologisch lijden tevens depressieve klachten bestaan, kan er sprake van een revalidatie indicatie, met andere woorden; het aangrijpingspunt bij MSR is altijd primair somatisch.

4.4 Afbakening Geriatrie revalidatie zorg (GRZ)

Belangrijk verschil tussen de GRZ en MSR is de leer-/trainbaarheid van de (oudere) patiënt en het bestaan van co-/multimorbiditeit. Wanneer van dit laatste in hoge mate sprake is, is de expertise van de specialist ouderengeneeskunde aangewezen. Deze groep patiënten hoort niet in de MSR thuis. Wanneer sprake is van een beperkte mate van co-/multimorbiditeit en voldoende leer-/trainbaarheid hoort ook de oudere patiënt in de MSR thuis, mits aan de indicatiecriteria wordt voldaan.

Omdat het hier gaat om verschillen in doelgroepen met ieder hun eigen aanpak in zorg, zijn de patiënten cq. de professionals die hierbij betrokken zijn niet zonder meer uitwisselbaar. Een revalidatiearts als consulent bij de GRZ behandeling kan zeker zijn meerwaarde hebben, daarmee is de geleverde zorg niet meteen MSR.

De triage van patiënten die in aanmerking zouden kunnen komen voor GRZ dan wel MSR is belangrijk, maar het huidige instrument (Verenso) is naar de mening van de werkgroep onvoldoende bruikbaar om te komen tot een goede triage, die immers bepalend is voor de patiëntenstromen. Verbetering daarvan is noodzakelijk.

Soms kan het voorkomen dat een initiële indicatiestelling door afwijkend beloop dan vooraf ingeschat, in tweede instantie terecht moet worden aangepast. Er is echter tussen MSR en GRZ sprake van een grijs indicatiegebied. Overgang van MSR naar GRZ of andersom leidt in dat geval mogelijk tot onnodig hoge zorgkosten doordat de financieringsstructuur van beide zorgvormen niet goed op elkaar aansluit.

4.5 Afbakening arbeidsrevalidatie:

Het is belangrijk te toetsen of er sprake is van primair op arbeids-re-integratie gerichte activiteiten zoals inzet van een arbeidsdeskundige, of werkplekbezoek. Deze activiteiten zijn immers geen aanspraak vanuit de basisverzekering. Soms wordt er aan de medische specialistische revalidatiezorg een aparte werkgeversmodule gekoppeld, die voor rekening komt van de werkgever. Hiertegen is in principe geen bezwaar. Wel is het belangrijk om in de gaten te houden of de revalidatiebehandeling die wordt aangeboden wel MSR betreft en niet bv MER behandeling.

In het duidingsrapport van het ZiNL staat dat zij van het ministerie van VWS de vraag hebben ontvangen in hoeverre er bij de activiteiten die zorgprofessionals plegen tot het bevorderen van arbeid of participatie, sprake is van verzekerde ZVW-zorg. Hierover zal het ZiNL met een uitvoeringstoets komen. In deze uitvoeringstoets zal ook worden ingegaan op de afbakening tussen arbeid en gezondheid en MSR.

4.6 Afbakening MSR en welzijnsbevordering

Gezien de complexiteit van problematiek op diverse domeinen is het te verwachten dat er bij patiënten regelmatig ook vragen spelen tav bijvoorbeeld spiritualiteit, “levensvragen”, etc. Zorgaanbieders spelen soms in op een behoefte door tijdens een revalidatie traject begeleiding aan te bieden zoals levenscoaching, mindfulness, yoga, etc. Hoewel dit mogelijk een zeer goed effect heeft op het algemeen welbevinden is het essentieel om onderscheid te blijven maken tussen de behandeldoelen passend in de paramedie, en (cognitieve) psychologie en behandelvragen die primair samenhangen met welzijn en / of welbevinden. En daarmee of deze zorg binnen een revalidatie DBC-zorgproduct hoort. Hiermee is niet gezegd dat er bijvoorbeeld niet een uur ontspanningstherapie opgenomen kan worden om behandeldoelen te bereiken, echter het zwaartepunt van de behandeldoelen en de wijze waarop het bijbehorende behandelplan wordt ingestoken dient volledig bij de eerder genoemde disciplines te liggen.

4.7 MSR en SOLK

Met verwijzing naar onder meer de richtlijn SOLK⁵ en de betreffende richtlijn van de NHG, geeft het ZiNL het volgende aan:

De categorie lichte SOLK en matig ernstige SOLK zal in het algemeen binnen de eerste lijn (stepped care) worden behandeld. Als psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, kan een verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ aangewezen zijn. Medisch specialistische revalidatie zoals revalidatieartsen plegen te bieden, richt zich op de categorie (matig) ernstige SOLK, met verschijnselen in het houdings- en bewegingsapparaat, waarbij het functioneren ernstig is beperkt.

4.8 Hartrevalidatie:

Indien sprake is van een indicatie voor revalidatie bij of in aansluiting van een cardiologische probleem, zal in veel gevallen de verzekerde behoren tot de doelgroep zoals beschreven in de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie. Deze richtlijn omschrijft de indicatie, de zorg en de eisen waaraan deze moet voldoen. Er dient sprake te zijn van verwijzing door een cardioloog, en is de cardioloog eindverantwoordelijk voor deze vorm van revalidatie. Inzet van MSR bij verzekerden die onder de doelgroep van deze richtlijn vallen is in beginsel niet aan de orde, want niet doelmatig. Wanneer dat niet het geval is dan kan sprake van een indicatie voor MSR

⁵richtlijn SOLK 2010 (opgenomen in het register van het zorginstituut)

SOLK: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten

De hartrevalidatie zoals in de richtlijn omschreven kent twee zgn. levels, voor respectievelijk niet complexe en complexe zorgvragen:

Level I:

Er is een multidisciplinair hartrevalidatie-team dat is samengesteld uit:

- een revalidatiecoördinator (bijv. verpleegkundige of nurse practitioner)
- een hartrevalidatie-cardioloog (zie bijlage 1), eventueel in combinatie met sportarts of revalidatiearts
- een verpleegkundige
- een diëtist
- een fysiotherapeut
- een maatschappelijk werkende.

Indien er professionals van andere disciplines nodig zijn wordt er contact gezocht met het level II centrum waarmee een overeenkomst is gesloten.

Voor Level II hartrevalidatie (complexe) staat er:

Conform level I, aangevuld met:

- Een gezondheidspsycholoog (lid van hartrevalidatie-team)
- Een revalidatiearts (op consultatieve basis)
- Een diabetesverpleegkundige (op consultatieve basis)
- Een psychiater (op consultatieve basis)

5. Beoordeling doelmatige inzet van behandeluren.

Toetsing of de (beoogde) inzet van behandeluren doelmatig is in het kader van aanspraak of materiele controle is niet altijd eenvoudig. MSR kenmerkt zich door op het individu toegesneden behandelprogramma's waarbij de hulpvraag en participatieproblematiek leidend is, waardoor de benodigde interventie van persoon tot persoon kan verschillen.

Toch kunnen wel enkele veel geldende principes met betrekking tot doelmatigheid worden geformuleerd als kan worden uitgegaan van een patiënt met een voor de indicatie geldende "gemiddelde" complexiteit. Uitzonderlijke situaties kunnen altijd voorkomen, maar zullen dan vanuit de context als exceptioneel moeten kunnen worden onderbouwd.

Zo is het over het algemeen niet als doelmatig te beschouwen om meer dan 9 gewogen behandeluren te gebruiken voor het stellen van een indicatie / doen van een assessment: Een indicatiestelling is niet bedoeld om tot in detail het behandelplan te kunnen vaststellen en een uitgebreide observatie te doen. Een eerste beoordeling of er een indicatie is voor MSR moet binnen 4 gewogen uren in veel gevallen goed mogelijk zijn. Het is immers het vak van revalidatiearts om op basis van beperkingen en hulpvraag in te kunnen schatten wat de meerwaarde van MSR op de functionele uitkomst zou kunnen zijn. Wanneer er sprake is van complexe situaties kan de revalidatiearts gebruik maken van een multidisciplinaire intake. Echter in vrijwel alle gevallen moet een indicatiestelling in maximaal 9 gewogen behandeluren kunnen worden vastgesteld.

6. Overige kwaliteitsaspecten, transparantie en registratie:

6.1. Veiligheids Management Systeem (VMS)

Vooralsnog zijn de revalidatiecentra niet verplicht een Veiligheids Management Systeem (VMS) te hebben. Gezien het belang van veilige patiëntenzorg zijn leden van Revalidatie Nederland van mening dat revalidatie-instellingen toch over een gecertificeerd VMS moeten beschikken. De werkgroep deelt deze mening. Het is mogelijk om het VMS ter certificering in het HKZ-schema Medisch Specialistische Revalidatie onder te brengen. Ook een op zichzelf staand VMS is mogelijk. Niet alle thema's zijn voor de revalidatie relevant. Echter er zijn een aantal relevante thema's te onderscheiden waar mogelijk winst te behalen valt t.a.v. het terugdringen van onbedoelde vermijdbare schade:

1. Basismedische zorg
2. Incidenten revalidanten
3. Medicatie
4. Infectiepreventie
5. Technologie

De werkgroep beveelt aan afspraken te maken over de aanwezigheid van een gecertificeerd VMS op de genoemde thema's. Het verdient de voorkeur het VMS onder te brengen in een kwaliteitsmanagement systeem zoals HKZ-medisch specialistische revalidatie of NIAZ/Qmentum.

6.2. Visitatie revalidatieartsen

Door mee te werken aan visitatie stelt de revalidatie arts zich toetsbaar op. Visitatie is daarmee een instrument om tot kwaliteitsverbetering te komen. De werkgroep is daarmee van mening dat revalidatieartsen zich periodiek zouden moeten laten visiteren. De beroepsvereniging van revalidatieartsen (VRA) heeft een belangrijke verantwoordelijkheid om alle BIG geregistreerde revalidatieartsen desgevraagd en tijdig te visiteren.

6.3 Kwaliteitseisen paramedici

Verschillende beroepsverenigingen van Paramedici hebben specifieke kwaliteitseisen geformuleerd. Het kwaliteitsregister paramedici registreert als aantoonbaar aan deze eisen wordt voldaan. Binnen de revalidatiesector is inschrijving door paramedici in het kwaliteitsregister niet vanzelfsprekend.

Naar de mening van de werkgroep is aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen van de respectievelijke beroepsverenigingen voor paramedici een vereiste, en de eisen zoals geformuleerd in de behandelkaders.

6.4 Transparantie van kwaliteit

Ter wille van onderlinge vergelijkbaarheid, transparantie naar verzekeren en inkoopwensen van zorgverzekeraars is inzage in de organisatie van de revalidatiezorg, de doelgroepen, behandelinzet en uitkomsten van een zorginstelling essentieel.

De sector maakt hier naar de mening van de werkgroep langzaam maar zeker stappen in. In samenwerking met diverse stakeholders is de indicatorenset "Inzicht in Revalidatie" ontwikkeld. Deze is in 2015 aangeboden aan het zorginstituut Nederland voor opname in het kwaliteitsregister. Hoewel het een eerste stap is op weg naar transparantie zijn de indicatoren nog onvoldoende bruikbaar om zorg op in te kopen.

In 2016 is een nieuw initiatief gelanceerd; de *Landelijke Databank Uitkomstmaten Revalidatie*. In deze databank, die nog ontwikkeld gaat worden, zullen behandelresultaten worden opgenomen. Hierdoor kunnen revalidatie instellingen extern verantwoording afleggen over de geleverde kwaliteit. Verschillende zorgverzekeraars zijn actief betrokken bij de ontwikkeling van deze database.

De werkgroep adviseert de zorgverzekeraars expliciet aandacht te schenken aan transparantie, registratie en deelname aan landelijke benchmarkgegevens en kwaliteitsindicatoren
--

In 2015 is het kwaliteitsvenster voor de revalidatie gelanceerd. Dit geeft op een aantal aspecten (beperkt) inzicht in de kwaliteit van zorg en de ervaringen van patiënten. Echter alleen ziekenhuizen en "klassieke" revalidatiecentra zijn op de homepage terug te vinden. Nieuwe aanbieders van revalidatiezorg niet.

7. Diagnose-specifieke aspecten

Binnen de revalidatiegeneeskunde zijn verschillende specifieke doelgroepen te onderscheiden. Voor een aantal van deze diagnosegroepen zijn door de vereniging van revalidatieartsen behandelkaders gedefinieerd. 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 patiënten doelgroep 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).

In een behandelkader worden naast een beschrijving van doelgroep, het behandelaanbod en eventuele kwaliteitsindicatoren ook een set minimale kwaliteitscriteria beschreven waaraan het team, of de individuele behandelaren moet(en) voldoen.

- Armamputatie en transversale congenitale reductiedefecten bovenste extremiteit (2016)
- CVA (2016)
- Revalidatie van kinderen/jongeren met niet aangeboren hersenletsel (2016)
- Oncologische revalidatie (2015)
- Parkinson en aanverwante bewegingsstoornissen (2015)
- Multiple Sclerose (MS) (2013)
- Neuromusculaire aandoeningen (2013) met Addendum Kwaliteitscriteria ALS behandelteams (2016)
- Pijnrevalidatie (2013)
- Traumatisch hersenletsel bij volwassenen (2013)
- Kinderrevalidatie (2012) met Addendum Therapeutische Peutergroep (2016)
- Dwarslaesie (2011)
- Beenamputatie (2009) (wordt momenteel herzien)
- Cognitieve revalidatie (2008)

(zie <https://revalidatiegeneeskunde.nl/behandelkaders>)

Voor de werkgroep zijn deze behandelkaders randvoorwaardelijk bij het inkopen van de medisch specialistische revalidatie zorg voor deze diagnosegroepen. Indien een zorgaanbieder niet voldoet aan de minimumeisen zoals deze in een behandelkader worden gedefinieerd, voldoet de zorg ook niet aan de zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden.

Zoals elders in dit document al is aangegeven: het blijft van belang om ook bij deze doelgroepen te toetsen of niet MER in plaats van MSR voorligt, en of de stepped care gedachte uitgangspunt is geweest bij de besluitvorming tot indicatie voor MSR.

Aanvullend hieraan hebben we bij een aantal diagnoses nog aanvullende opmerkingen c.q. overwegingen.

7.1. Oncologische revalidatie

De Richtlijn Oncologische Revalidatie uit 2011 heeft revalidatie voor oncologische patiënten laagdrempeliger gemaakt. Het is goed dat er meer aandacht voor deze problematiek is gekomen. Wel plaatst de werkgroep kanttekeningen bij de lage evidence. Ook is in de richtlijn geen objectiveerbaar oordeel gegeven over afbakening MSR, MER, eerste lijn, of zelfzorg .

Het Zorginstituut heeft in haar rapport: "medisch specialistische zorg: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden", uit 2015 (interdisciplinaire) medisch specialistische revalidatie en oncologische revalidatie als volgt afgebakend:

- Bij enkelvoudige problematiek is verwijzing door de oncoloog naar eerstelijns aangewezen: **geen** medisch specialistische revalidatie
- Bij meervoudige problematiek: oncologische revalidatie door een multidisciplinair revalidatieteam onder leiding van de oncoloog. In deze situatie is er nog steeds sprake van oncologische revalidatie en **niet** van (interdisciplinaire) medisch-specialistische revalidatie.
- Bij complexe (en samenhangende) problematiek kan er sprake zijn van een verwijzing voor een poliklinisch consult bij een revalidatiearts. Aan de hand van het doorlopen van de revalidatiegeneeskundige fasen zal de revalidatiearts bepalen of terugverwijzing plaatsvindt met een behandeladvies of voert de revalidatiearts het revalidatie behandelplan uit en is er sprake van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie

Bij medisch specialistische oncologische revalidatie dient sprake te zijn van meervoudige samenhangende complexe problematiek waarbij sprake is van interactie tussen de behandeldoelen, en / of ernstige functiestoornissen.

7.2. Hand- en Polsrevalidatie

Hand- en polsproblematiek komt veel voor en vraagt vaak expertise die niet zonder aanvullende kennis door een fysiotherapeut of ergotherapeut kan worden geleverd. Een handtherapeut is dan de aangewezen behandelaar. Bij enkelvoudige en/of weinig complexe hulpvragen kan binnen de eerstelijns door een handtherapeut in het kader van stepped care veel zorg adequaat worden opgepakt.

Bij meervoudige of complexe problematiek kan een verwijzing naar een aanbieder voor medisch specialistische revalidatiezorg aangewezen zijn. Het dient dan hulpvragen te betreffen waarbij:

- Beperkingen bestaan op meerdere ICF domeinen, waaronder participatieproblemen en/of psychologische factoren
- En / of er blijvende beperkingen te verwachten zijn
- En / of de hulpvraag structurele interdisciplinaire coördinatie vraagt

7.3. Dwarslaesie⁶

In 2013 is de Zorgstandaard Dwarslaesie tot stand gekomen en inmiddels ingeschreven in het register voor professionele standaarden van het Zorginstituut Nederland (ZINL). Naar verwachting volgt dit jaar een vernieuwde versie van deze zorgstandaard.

De zorgstandaard kent een aantal aanbevelingen, waarvan de aanbevelingen die betrekking hebben op de revalidatiefase, hieronder genummerd (I-VIII) weergegeven worden:

De zorgstandaard beveelt aan dat afspraken voor klinische dwarslaesierevalidatie van patiënten met een recente dwarslaesie alleen worden met revalidatiecentra gemaakt die de volgende minimale productienormen halen:

- I. minimaal gemiddeld 15 tegelijkertijd door patiënten met een dwarslaesie bezette bedden (eerste opnames en herhaalopnames samen) en
- II. minimaal 25 eerste opnames per jaar van patiënten met een recente dwarslaesie (traumatisch en niet-traumatisch samen).

Verder geeft de zorgstandaard aan dat zorgverzekeraars bij het signaleren van klinische dwarslaesierevalidatie van patiënten met een recente dwarslaesie buiten de gespecialiseerde centra actie dienen te ondernemen.

De gespecialiseerde revalidatieafdelingen dienen

⁶ Uit Zorgstandaard Dwarslaesie, en Behandelkader Dwarslaesie

- III. te voldoen aan de overige voorwaarden uit het NVDG-VRA Behandelkader Dwarslaesie, een aantal zaken die daarbij bijzonder van belang zijn worden hieronder verder uitgewerkt (dit geldt overigens voor alle instellingen die dwarslaesiezorg verlenen)
- IV. te beschikken over een duidelijk beschreven nazorgprogramma aansluitend op de periode van de klinische revalidatie.
- V. dienen duidelijke afspraken te maken met de overige centra die dwarslaesiezorg leveren die niet gericht is op de klinische opname van recente dwarslaesie

Verder dienen alle instellingen die dwarslaesiepatiënten behandelen een adequate registratie te voeren en per kalenderjaar ten minste publiceren:

- VI. het aantal patiënten met een dwarslaesie dat is behandeld,
- VII. uitgesplitst naar a) traumatische / niet traumatische oorzaak, b) klinische / niet-klinische behandeling / nazorg, c) eerste opname resp. heropname, d) leeftijd, e) geslacht, f) overzicht ASIA scores bij opname en ontslag en g) gemiddelde behandelduur klinisch resp. niet-klinisch resp. deelname nazorg bij hoge (T6 en hoger) en bij lage (onder T6) dwarslaesie, plus
- VIII. naar welke bestemming deze patiënten zijn 'uitgestroomd' na de opname, bijv. a) naar huis, b) andere woonvorm, c) verpleeghuis, d) ziekenhuis, e) overleden, e.d.

ad IV:

De volgende (minimale) eisen zijn te stellen, afhankelijk van de categorie die behandeld wordt:

1)NVDG-nivo 1:

- Behandelmodules aanwezig voor de stoornis/beperving waarvoor de revalidant opgenomen wordt
- Aantoonbare samenwerkingsafspraken met NVDG-nivo 2 centra
- Beschikbare disciplines:
Revalidatiearts-verpleging-psychologie-fysiotherapie-ergotherapie-logopedie-dietetiek-MW-sport-rolstoeltechniek-adaptatietechniek-orthopedietechniek
Waarvan minimaal 1 persoon verbonden aan de afdeling:
Revalidatiearts, psycholoog, FT, ergotherapeut verpleegkundige (en als zodanig geregistreerd)
- Minimaal 1x 2 maanden teambespreking /patiënt

2)NVDG-nivo 2

- Jaarlijks minimaal 25 patiënten met een recente dwarslaesie
- Alle behandelmodules aanwezig voor de stoornis/beperving waarvoor dwarslaesierevalidanten opgenomen worden
- Structurele samenwerkingsafspraken met NVDG-1 centra
- Groepsvoorlichting minimaal 3x/jaar
- Beschikbare disciplines:
Revalidatiearts-verpleging-psychologie-fysiotherapie-ergotherapie-logopedie-dietetiek-MW-sport-rolstoeltechniek-adaptatietechniek-orthopedietechniek
waarvan minimaal 2 personen verbonden aan de afdeling:
-Revalidatiearts, psycholoog, FT, ergotherapeut, verpleegkundige (en als zodanig geregistreerd), waarvan minimaal 1 persoon lid van de NVDG

- Minimaal 1x 2 maanden teambespreking /patiënt
- De afdeling heeft de beschikking over vaste consultants op het gebied van de (neuro-) urologie, seksuologie, orthopedie, neuro-chirurgie, interne geneeskunde en plastische chirurgie
- De afdeling heeft de beschikking over ruimte (bv. proefwoning/hotelkamer) waar patiënt zijn zelfstandigheid kan oefenen en met partner kan verblijven
- Outcome
 - >80-90% van de patiënten verplaatst zich buitenshuis
 - >90% functioneert (uiteindelijk) in de (eigen) woonsituatie
 - Bij 100% is de nazorg aantoonbaar geregeld

7.4. Chronische Pijn⁷

Bij deze groep gaat het om

- pijnklachten in houdings- en bewegingsapparaat
- geen indicatie voor een andere medische behandeling
- patiënten van 18 jaar en ouder

Binnen de revalidatiegeneeskunde en het behandelkader pijnrevalidatie wordt onderscheid gemaakt naar 4 zogenaamde WPN niveaus waarbij de aanwezigheid cq. ernst van aanwezige psychosociale problematiek een belangrijke rol speelt in het (ervaren) niveau van functioneren.

Naar de mening van de werkgroep valt een aantal aandachtspunten te formuleren bij de inkoop van dit type zorg

- Multidisciplinaire behandeling in de medisch specialistische setting zoals in dit document beschreven is in het algemeen niet aan de orde voor de WPN niveau's 1 en 2. Een eerstelijns, eventueel meervoudige behandeling ligt voor.
 - Bij de WPN-3 groep zal de noodzaak tot klinische opname zelden aan de orde zijn
 - Bij de groep met WPN 4 niveau (psychosociale problematiek met in zeer ernstige mate invloed op het (ervaren) niveau van functioneren) gaat het om zeer complexe problematiek, waarbij klinische opname soms aan de orde is. Gezien de complexiteit, de speciale expertise, de grootte van de patiëntengroep is spreiding van deze klinische zorg niet aan te bevelen. Deze groep dient bij voorkeur in een beperkt aantal centra behandeld te worden.
- De reden van opname dient overigens duidelijk in het dossier vermeld te worden.

Verder dient het centrum te voldoen aan de meetregistraties cq. –momenten zoals vastgelegd in het behandelkader.

Overigens loopt er momenteel een traject, ondersteund door het ZINL, om te komen tot een zorgstandaard chronische pijn naar aanleiding van aanbevelingen uit het rapport 'chronische pijn' van de regieraad kwaliteit van zorg in 2011.

Inmiddels is deze zorgstandaard voorgelegd aan ZN om deze vervolgens tripartiete aan te bieden aan ZINL tbv. inschrijving in het kwaliteitsregister.

ZN is daarmee niet accoord gegaan. Dat heeft niet zozeer een inhoudelijke achtergrond, maar is gelegen in het feit dat de NHG de zorgstandaard niet onderschrijft (niet getoetst) en dat de zorgstandaard geen aanknopingspunten biedt voor zorginkoop.

Eind 2017 is een nieuwe position paper verschenen, die in het kader van inkoop MSR geen nieuwe relevante informatie oplevert.

⁷ Bron: behandelkader pijnrevalidatie;

-de doelgroep VI (Vroege Interventie) valt niet onder de strekking van dit hoofdstuk

-de doelgroep jeugdigen < 18 jaar valt niet onder de strekking van dit hoofdstuk

