

VAGZ

Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatie

Handreiking bij de kwaliteitsbeoordeling

Werkgroep Revalidatie VAGZ

15-4-2015

Inhoudsopgave

1. Inleiding:	2
2. Wat is medisch specialistische revalidatiegeneeskunde?	4
3. Algemene randvoorwaarden:.....	5
3.1 Algemeen Beroepskader:	5
3.2 Aanvullende opmerkingen:	8
4. Afbakening medisch specialistische revalidatie:	9
4.1 Medisch specialistische revalidatie (MSR) vs. meervoudige eerstelijns revalidatie :	9
4.2 Afbakening tov. overige specialismen	11
4.3 Afbakening GGZ.....	11
4.4 Afbakening Geriatrische revalidatie zorg (GRZ)	12
4.5 Afbakening arbeidsrevalidatie:.....	12
4.6 Afbakening MSR en welzijnsbevordering	12
5.1 Veiligheids Management Systeem (VMS)	13
5.2 Visitatie revalidatieartsen.....	13
5.3 Kwaliteitseisen paramedici.....	13
5.4 Transparantie van kwaliteit.....	14
6. Diagnose-specifieke aspecten	15
6.1 Oncologische revalidatie	16
6.2 CVA	17
6.3. Dwarslaesie	18
6.4 Chronische Pijn	20

1. Inleiding:

Beste lezer,

Op verzoek van de VAGZ¹ heeft een werkgroep bestaande uit medisch adviseurs van een aantal zorgverzekeraars bijgaande 'Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatie' opgesteld.

Aanleiding van dit verzoek was gelegen in het feit dat er een behoefte lag aan het formuleren van kwaliteitscriteria met name op het gebied van afbakening, randvoorwaarden en overige kwaliteitsaspecten binnen de medisch specialistische revalidatiezorg (verder 'MSR' genoemd).

Dit dokument is vooral gericht op gebieden binnen de 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. Het is uiteraard aan iedere zorgverzekeraar zelf om zijn individuele beleid te bepalen.

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

Het dokument is ter becommentariëring voorgelegd aan VRA, RN, ZINL en enkele patientenverenigingen, en heeft geleid tot enkele aanpassingen in de definitieve tekst.

Deze werkwijzer heeft een dynamisch karakter. Er zijn ontwikkelingen gaande, zoals de (komende) duiding van de MSR door het Zorginstituut Nederland, een herziening van het beroepskader en de nota indicatiestelling MSR, die maken dat periodiek het dokument bijgesteld zal worden.

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
Jacques van Limbeek, medisch adviseur Achmea
Jürgen Hermsen, medisch adviseur VGZ
Marco Persoons, medisch adviseur CZ

¹ VAGZ-vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers, werkzaam bij (zorg-)verzekeraars

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?

In het definitief concept VRA & RN van 27 maart 2013 wordt de medische specialistische revalidatie als volgt gedefinieerd:

“De medisch specialistische revalidatie is complexe zorg die wordt uitgeoefend in de tweede lijn door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts en voldoet aan de eisen zoals vastgelegd in het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. De medisch specialistische revalidatie richt zich op patiënten van alle leeftijden en onderscheidt zich door de dynamische setting waarin de revalidatiebehandeling wordt aangeboden, het brede pallet aan specialistische interventies en de intensiteit en resultaatgerichtheid van de behandeling. (Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie (definitief concept VRA & RN, 27 maart 2013)) “

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.

3. Algemene randvoorwaarden:

De medisch specialistische revalidatie is complexe (specialistische) zorg uitgeoefend door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.

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, waarbij specifieke eisen zijn geformuleerd waaraan MSR moet voldoen. Hoewel het beroepskader niet op alle vragen en behoeften concreet antwoord geeft is het naar de mening van de werkgroep een nuttig document om MSR te onderscheiden van bijvoorbeeld eerstelijns zorg.

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

Onderstaande opsomming is afkomstig uit dit Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. 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.

Inzet en expertise van de revalidatiearts

De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan de inzet en expertise van de revalidatiearts:

1. *De revalidatiearts is geregistreerd als revalidatiearts in het BIG-register en in het register van de MSRC.*
2. *De revalidatiearts voldoet aan de eisen die gesteld worden voor herregistratie door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).*
3. *De revalidatiearts handelt volgens de gedragscode intramuraal praktiserend medisch specialist van de Orde van Medisch Specialisten.*
4. *De revalidatiearts handelt conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).*
5. *De revalidatiearts voldoet aan de competenties, zoals vastgelegd door het CCMS en uitgewerkt in het opleidingsplan BETER van de VRA.*
6. *De revalidatiearts voldoet aan de criteria en competenties zoals omschreven in de relevante diagnosegebonden 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 revalidatiearts heeft in (alle fasen van) het revalidatieproces direct arts-patiënt contact, ten minste 1 uur per patiënt, tenzij het gaat om patiënten die gezien worden door een revalidatiearts in de rol van consulent-adviseur.***
10. *De werkwijze van de revalidatiearts is van dien aard dat alle aspecten van de zorgvraag van de patiënt in samenhang worden gediagnosticeerd en behandeld. De revalidatiearts heeft een voortrekkersrol in de afstemming tussen en met alle relevante disciplines.*
11. ***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.***

12. **Dit onderzoek omvat onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat.** De revalidatiearts heeft de mogelijkheid om verder specifiek diagnostisch onderzoek (loopenalyse, belastingsonderzoek) uit te voeren (in de eigen instelling of bij een collega-zorgverlener).
13. De revalidatiearts stelt op basis van het onderzoek en in overleg met de patiënt en zo nodig met het revalidatiebehandelteam een revalidatiediagnose en revalidatiebehandelplan met bijbehorende doelen vast en maakt hierbij gebruik van bestaande richtlijnen en de ICF systematiek.
14. **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.
15. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de inhoud en de doelmatigheid van het behandelprogramma en draagt er zorg voor dat de behandelingen worden uitgevoerd conform de behandelkaders en richtlijnen.
16. **De revalidatiearts is in principe aanwezig bij de besprekingen van het revalidatiebehandelteam.**
17. De revalidatiearts houdt het medisch dossier van de patiënt bij waarin in ieder geval de volgende onderdelen zijn opgenomen: personalia, ziektegeschiedenis, medicatie, revalidatiediagnose, revalidatieplan en revalidatiedoelen, verslagen van teambesprekingen, relevante correspondentie en uitslagen van aanvullend onderzoek.
18. De revalidatiearts draagt zorg voor termijncontroles en minimaal twee brieven aan de verwijzer: bij intake en aan het einde van de behandeling. Bij enkelvoudige diagnostiek en/of behandeling of bij advisering kan volstaan worden met één brief.
19. De revalidatiearts functioneert binnen een regionaal zorgnetwerk teneinde o.a. indicatiestelling en aanmelding voor klinische opname te faciliteren.
20. **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 voor behandeling in een andere instelling, dan wel op een ander niveau.**
21. De revalidatiearts superviseert de A(N)IOS, physician assistant (PA), stafarts, praktijkondersteuners en andere betrokken beroepsbeoefenaren tijdens de gehele behandelperiode.
22. **Indien er sprake is van gedelegeerde taken van de revalidatiearts naar de physician assistent of een vergelijkbare medewerker, dan dient de betrokkenheid van de revalidatiearts wel aantoonbaar te voldoen aan de punten genoemd onder 'inzet en expertise van de revalidatiearts' in het hoofdstuk randvoorwaarden van het Algemeen Beroepskader. De verantwoordelijkheden en taken dienen schriftelijk te zijn vastgelegd**
23. De revalidatiearts neemt deel aan de kwaliteitsvisities van de VRA.
24. De revalidatiearts neemt deel aan een vorm van intercollegiale toetsing, bijvoorbeeld de IFMS/360 graden feedback.
25. De revalidatiearts neemt deel aan overige instellings- en afdelingsgebonden kwaliteitstoetsingen (bijvoorbeeld HKZ en NIAZ).

Inzet en expertise van het revalidatiebehandelteam

De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan de inzet en expertise van het revalidatiebehandelteam:

26. De instelling kan tenminste para- en perimedische disciplines inzetten ten behoeve van de revalidatiebehandeling, zoals beschreven in de diagnose gebonden behandelkaders.
27. **De para- en perimedici voldoen aan de nascholingscriteria van de betreffende beroepsvereniging.**
28. **Het behandelteam voldoet aan de criteria en competenties zoals omschreven in de relevante diagnosegebonden behandelkaders.**
29. **Het behandelteam handelt conform bestaande richtlijnen en behandelkaders.**
30. **De betrokken disciplines dienen aantoonbaar als team samen te werken.**
31. Het behandelteam maakt een schriftelijk behandelplan en teamrapportage. Het behandelteam draagt zorg voor tijdige rapportage en afname van meetinstrumenten ten behoeve van het multidisciplinaire overleg. Indien de behandelaar niet zelf zitting heeft in het MDO draagt deze wel zorg voor een overdracht van relevante informatie.
32. Het behandelteam stelt individuele behandeldoelen op in overleg met de patiënt of de ouders van de patiënt met inachtneming van de ICF systematiek.

Instelling/organisatie

De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan de instelling of organisatie:

33. **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 2,3:**
34. **1 fte revalidatiearts doet maximaal 1000 eerste patiëntbezoeken en/of klinische medebehandelingen per jaar.**
 - a. **Of 1 fte revalidatiearts coördineert maximaal 12.000 poliklinische behandeluren (volwassenen*).**
 - b. **Of 1 fte revalidatiearts per 32 bedden (hierin zijn ook klinische RBU’s verdisconteerd).**
 - c. **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.**
35. 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, coördinator research & development, looplab, etc.
36. **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.**
37. **Er is een revalidatiearts op de locatie aanwezig tijdens de behandelingen of direct bereikbaar voor overleg.**
38. Para- en perimedici kunnen beschikken over de meest voorkomende (loop) hulpmiddelen.
39. Er is een oefenruimte aanwezig met oefenmateriaal voor mensen met en zonder fysieke beperkingen.
40. De instelling beschikt over de inzet van een orthopedisch schoenmaker en orthopedisch instrumentmaker. Bij voorkeur is er sprake van een gezamenlijk spreekuur van revalidatiearts en orthopedisch schoenmaker of instrumentmaker.
41. De instelling heeft een adequate regeling getroffen voor spoedeisende hulp en basisedische zorg conform het advies van de VRA.
42. De instelling beschikt over gestandaardiseerde zorgprocessen en behandelprogramma’s voor de hoofddoelgroep(en).
43. **De instelling beschikt over een adequaat registratiesysteem waarin patiëntenstromen, diagnosecategorieën en de beschikbare inzet van revalidatieartsen en paramedici inzichtelijk is gemaakt.**
44. De instelling beschikt over schriftelijke informatie voor patiënten over behandeling en werkwijze.
45. Toegangstijden en wachttijden voor diagnostiek en behandeling zijn conform de Treek norm (www.treeknorm.nl).
46. De instelling heeft een systeem waarbij het patiëntenperspectief (middels enquêtes, spiegelgesprekken, wachtkamerinterviews, etc.) structureel in beeld wordt gebracht en er naar aanleiding hiervan verbeteracties uitgevoerd worden.
47. De instelling heeft een klachtenreglement en een systeem voor melding van incidenten.
48. De instelling heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en incidenten wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de resultaten te verbeteren.
49. De instelling heeft een reglement met betrekking tot disfunctionerende medisch specialisten.
50. De instelling heeft een (meerjaren) beleidsplan, een kwaliteitshandboek en een jaarverslag.
51. De instelling heeft regelmatig overleg met relevante patiëntenverenigingen.
52. De instelling heeft een duidelijke plaats in de regionale zorgketen en er zijn schriftelijke samenwerkingsafspraken gemaakt met partners in de zorg die betrokken zijn bij dezelfde doelgroepen over patiëntenlogistiek (doorstroom, in- en uitstroom), overdracht, protocolafstemming en consultatie en informatie.
53. De nazorg of voortzetting van revalidatie na ontslag uit de intramurale instelling is geformaliseerd in afspraken over dagbehandeling, polikliniek, revalidatie aan huis en thuiszorg.
54. De instelling dient toegankelijk te zijn.
55. De instelling voldoet aan alle wettelijk gestelde eisen.

² De onderstaande punten zijn additief aan elkaar.

³ De getallen onder nummer 33 zijn maximum getallen. Dit wil zeggen indien de aantallen boven deze getallen liggen de kwaliteit van de behandeling niet meer gegarandeerd kan worden. Dit dient niet gelezen te worden als een productienorm die gehaald dient te worden. Per doelgroep verschillen deze aantallen.

56. **De instelling is gecertificeerd volgens de normen van het NIAZ dan wel HKZ revalidatie of heeft certificering hiervoor aangevraagd.**
57. *De instelling heeft interne audits en neemt deel aan kwaliteitstoetsingen (bijvoorbeeld HKZ en NIAZ).*
58. *De instelling heeft papieren en/of elektronische dossiers en evalueert regelmatig de dossiervoering.*
59. *De instelling heeft afspraken op basis van vigerende kwaliteitsindicatoren om uitkomsten te analyseren en verbeteracties vast te stellen en protocolwijzigingen te implementeren.*
60. **Indien een instelling zich primair richt op één doelgroep dan dient minimaal één van de leden van de vakgroep lid te zijn van de desbetreffende geaccrediteerde werkgroep.**
61. *De instelling voldoet aan de normen uit de relevante diagnosegebonden behandelkaders van de VRA.*

Netwerk

De volgende randvoorwaarden worden gesteld aan het netwerk:

62. *De instelling maakt deel uit van een netwerk voor revalidatiegeneeskunde voor inhoudelijke afstemming en werkafspraken.*
63. *De revalidatiearts heeft de mogelijkheid om laagdrempelig aanpalende medisch specialisten te consulteren, in elk geval (kinder)neuroloog, chirurg, internist, reumatoloog, orthopedisch chirurg, psychiater, radioloog en afhankelijk van de setting andere specialisten.*

3.2 Aanvullende opmerkingen:

Naar de mening van de werkgroep VAGZ geeft bovenstaande aanleiding tot een aantal opmerkingen die in dit verband relevant zijn.

- Naast het algemeen beroepskader zijn er nog een aantal andere randvoorwaarden waaraan revalidatieartsen en / of instellingen dienen te voldoen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de WTZI vergunning. Voorliggend document gaat specifiek in op de inhoudelijke kwaliteitsaspecten van MSR, die voor zorgverzekeraars relevant zijn.
- De werkgroep mist in het algemeen beroepskader een verwijzing naar het rapport “Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen”. 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.

In het rapport ‘Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen’ vindt u de uitwerking van het advies en aanbevelingen. Het rapport is in 2013 herzien.

De werkgroep is van mening dat voldoen aan de eisen zoals gesteld in het rapport "Basismedische zorgverlening in revalidatie-instellingen" belangrijk is in de kwaliteitsbeoordeling van instellingen voor revalidatiezorg.

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.

- Verder als aanvulling op punt 9 van het beroepskader: De revalidatiearts voert de indicatiestelling, het beloop en de coördinatie van de behandeling lege artis uit. Dat betekent naar de mening van de werkgroep minimaal een face to face contact in de diagnostische fase, (eventueel via ICT) een of

meerdere contacten in de andere fasen, en in de afsluitingsfase wederom een face to face contact. De revalidatie-arts is aanwezig bij besprekingen van het revalidatiebehandelteam.

4. Afbakening medisch specialistische revalidatie:

4.1 Medisch specialistische revalidatie (MSR) vs. meervoudige eerstelijns revalidatie :

Er 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 MSR. Bij MER gaat het veel meer om meervoudige zorg (gelijktijdig meerdere disciplines) dan multidisciplinaire zorg.

-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 revalidatie-arts in consult wordt geroepen is dat vooral ter uitsluiting van de noodzaak om patient naar MSR te verwijzen. 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 tov 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.

⁴ zie komende duiding ZINL, waarin aan onderwerp 'complex' aandacht wordt gegeven

-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 tov. 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 anaesthesisten revalidatiezorg wordt geboden. Indien er sprake is van meervoudige problematiek heeft deze vorm van zorg niet de voorkeur van de werkgroep, vanwege de eerder genoemde generalistische insteek van de revalidatiearts.

4.3 Afbakening GGZ

Meervoudige problematiek is te behandelen vanuit een bio psycho sociaal 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 revalidatie-arts 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.

De werkgroep herkent de ontwikkeling dat in toenemende mate GRZ- en MSR-behandelingen binnen dezelfde instelling plaatsvinden. De expertise die noodzakelijk is voor de verschillende doelgroepen is niet gelijk. Dit komt onder ander tot uitdrukking in een verschil in prijs. De werkgroep maakt de aanbeveling om op een plek waar naast MSR ook GRZ wordt aangeboden goed te borgen dat niet te gemakkelijk de indicatie wordt gesteld voor de (duurdere) MSR behandeling.

Noodzakelijkheid om eerst te toetsen of de geboden behandeling wel MSR betreft en niet GRZ met consultatie revalidatiearts is voor de Werkgroep vanzelfsprekend.

4.5 Afbakening arbeidsrevalidatie:

Het is belangrijk te toetsen dat er geen sprake is van primair op arbeids-reintegratie gerichte activiteiten zoals inzet arbeidsdeskundige, 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.

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.

5 Overige kwaliteits aspecten, transparantie en registratie:

5.1 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.

5.2 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.

5.3 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.

5.4 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 blijft hier naar de mening van de werkgroep ernstig achter. In samenwerking met diverse stakeholders is de indicatorenset "Revalidatie inZicht" ontwikkeld. Hoewel het een eerste stap is op weg naar transparantie zijn de indicatoren nog onvoldoende bruikbaar om zorg op in te kopen.

Een andere set benchmark indicatoren is geanonimiseerd.

De werkgroep hoopt dat de sector zich actief aansluit bij bestaande landelijke registratiesystemen als de DICA CVA (CVAB) of Parkinson (DPIA) (www.parkinsoninzicht.nl), dan wel komt tot een 'eigen' registratiesysteem.

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

6. Diagnose-specifieke aspecten

Binnen de revalidatiegeneeskunde zijn verschillende specifieke doelgroepen te onderscheiden. De beroepsgroep/VRA heeft voor een aantal hiervan behandelkaders gedefinieerd, waarin een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling beschreven worden.

Multiple Sclerose (MS) (2013)
Neuromusculaire aandoeningen (2013)
Pijnrevalidatie (2013)
Traumatisch hersenletsel bij volwassenen (2013)
Kinderrevalidatie (2012)
Dwarslaesie (2011)
Beenamputatie (2009)
Cognitieve revalidatie (2008)
Beroerte (2007)

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

Voor de werkgroep zijn deze behandelkaders randvoorwaardelijk bij het inkopen van de medisch specialistische revalidatie zorg voor deze diagnosegroepen.

Zoals elders in dit document al 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.

Niet alle aspecten genoemd in de behandelkaders zijn toetsbaar, objectiveerbaar of relevant. Voor een aantal relevante doelgroepen hebben we de naar de mening van de werkgroep meest relevante aspecten samengebracht, namelijk

- CVA
- Pijn
- Dwarslaesie

Aanvullend hieraan hebben we bij de oncologische revalidatie nog enkele opmerkingen c.q. overwegingen geplaatst.

6.1 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 .

Ook bij van medisch specialistische oncologische revalidatie gaat de werkgroep uit van meervoudige complexe problematiek waarbij sprake is van interactie tussen de behandeldoelen, en / of ernstige functiestoornissen.

Bij primair hulpvragen op gebied van conditieverlies/vermoeidheid met eventueel depressie / acceptatieproblematiek, is naar de mening van de werkgroep toepassen van stepped care voorliggend, aangezien bij adequate cognitieve therapie in de eerste lijn ook effect op energiehouding te verwachten is, en multidisciplinaire medisch specialistische behandeling niet doelmatig. Dit betekent dus in algemene zin MSR bij deze doelgroep niet is aangewezen.

De doelgroep waarvoor een indicatie bestaat voor MSZ heeft een veel meer complexe hulpvraag dan de groep die baat heeft bij geprotocolleerde groepsbehandeling (zoals Herstel en Balans)

6.2 CVA⁵

Het behandelkader CVA is uitgebreid; hieronder zijn een aantal aandachtspunten opgesomd die de werkgroep extra relevant vindt, met het oog op het inkopen van kwalitatief goede CVA-zorg door zorgverzekeraars, en op het maken van het onderscheid met de GRZ.

Afhankelijk van de categorie die behandeld wordt (WCN 1,2,3,4) zijn de volgende minimale eisen te stellen:

Ten aanzien van deskundigheid

- Eisen disciplines:
 - revalidatiearts: min. één van de revalidatieartsen is lid van de WCN
 - psycholoog: min. één is gezondheidspsycholoog of neuropsycholoog; bij WCN-4: min. één is NIP geregistreerd, sectie revalidatiepsychologen
 - FT/ergotherapie: min. 1 (WCN 2) of min. 60% (WCN 3-4) heeft een opleiding binnen de neurorevalidatie gevolgd; AMPS min. één van de ergotherapeuten
 - logopedie (WCN 2,3,4): min. 60% opleiding binnen de neurorevalidatie
 - verpleegkundige: per dienst minimaal één verpleegkundige aanwezig met een revalidatie en/of neuroverpleegkundige aantekening

Ten aanzien van samenwerking

- Netwerk:
 - actieve deelname aan stroke-service cq. Collegiaal overleg met neurologen (bij geen stroke-service) bij WCN 2-3-4
 - adequate consultatiemogelijkheid door psychiater, internist, seksuoloog, geriater en dietist bij WCN 3,4
 - samenwerking met neurolinguïst/spraaktaalpatholoog bij WCN 4
 - allen: samenwerking met schoen- instrumentmakerij

Ten aanzien van outcome

- Outcome:
 - >80-90% van de patiënten verplaatst zich buitenshuis (WCN 2,3,4)
 - >90% van de patiënten met een WCN 4 functioneert in een (aangepaste) thuissituatie na een periode van 3-5 maanden klinische revalidatiebehandeling

⁵ Uit: behandelkader CVA

6.3. Dwarslaesie⁶

In 2013 is de Zorgstandaard Dwarslaesie tot stand gekomen en inmiddels ingeschreven in het register voor professionele standaarden van het Zorginstituut Nederland (ZINL).

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

- 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.

⁶ Uit Zorgstandaard Dwarslaesie, en Behandelkader Dwarslaesie

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 /patient

2)NVDG-nivo 2

- Jaarlijks minimaal 25 patienten 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 /patient
- 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

6.4 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.

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