



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Zorginstituut Nederland**

Zorg  
Paramedische Zorg

Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

**Contactpersoon**

Dr. H. Miedema

**Onze referentie**

2023025253

Datum 12 juli 2023  
Betreft Rapport medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden

Geachte heer Kuipers,

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland heeft het rapport *Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden* vastgesteld. Wij bieden u dit rapport met genoegen aan.

**Aanleiding actualisatie standpunt medisch-specialistische revalidatie**

Het Zorginstituut heeft een actualisatie gemaakt van het *Standpunt medisch-specialistische revalidatie - zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden* uit 2015. Dit standpunt beschrijft de reikwijdte en afbakening van de medisch-specialistische revalidatiezorg (MSR). De inhoud hiervan bleek bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten(organisaties) onduidelijk. We verwachten dat de verduidelijking in het geactualiseerde standpunt zorgt voor betere organisatie en efficiëntie van de hele keten van revalidatiezorg. Zo krijgen patiënten passende zorg en geen intensievere behandeling dan nodig.

**Doel en inhoud standpunt**

Dit standpunt heeft als doel meer duidelijkheid te geven over:

- de inhoud van MSR-zorg;
- de indicatiegroepen van patiënten die in aanmerking komen voor MSR;
- de afbakening van MSR vergeleken met andere vormen van revalidatiezorg;
- de manier waarop revalidatieartsen bij een patiënt kunnen beoordelen of er een indicatie is voor interdisciplinaire MSR-behandeling.

In dit standpunt beoordelen we het hele gebied van zorgverlening door revalidatieartsen. We noemen dit medisch-specialistische revalidatie (MSR). MSR-zorg is gericht op het behandelen van mensen die door bepaalde ziekten of aandoeningen ernstige problemen ervaren in hun dagelijkse activiteiten en daardoor moeilijk meekomen in de maatschappij. Het doel van MSR-behandeling is dat de patiënt zichzelf goed kan redden, zelf controle kan nemen en beter kan deelnemen aan de maatschappij. Ieder jaar ontvangen ongeveer 200.000 patiënten MSR-zorg.

In dit standpunt hebben we onderzocht voor welke patiënten met welke klachten of aandoeningen MSR-zorg uit het basispakket van de zorgverzekering vergoed kan worden. Ook hebben we een handleiding gemaakt in afstemming met de

beroepsorganisaties van revalidatieartsen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars, die een werkwijze beschrijft waarmee een revalidatiearts bij de individuele patiënt de indicatie kan stellen voor intensieve behandeling door het revalidatieteam. Het gaat dan om het vaststellen welke aandoening de patiënt heeft en hoe complex de medische situatie is. De handleiding bevat vier indicatiecriteria waarmee alle revalidatieartsen op dezelfde manier kunnen beoordelen wie in aanmerking komt voor dit type MSR-behandeling. Dit bevordert gelijke toegankelijkheid van deze zorg.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg  
Paramedische Zorg

**Datum**  
12 juli 2023

**Onze referentie**  
2023025253

Met dit standpunt als uitgangspunt hebben de betrokken partijen afgesproken om in 2024 een kwaliteitsstandaard op te stellen. Hierin leggen zij afspraken vast over de wijze waarop de revalidatiearts bij een individuele patiënt op een navolgbare manier de indicatie voor intensieve behandeling kan stellen. Zo kunnen we de aanbevolen richting in de handreiking verder formaliseren.

### **MSR-behandeling en passende zorg**

Bij een MSR-behandeling werkt een revalidatiearts samen met een revalidatieteam van gespecialiseerde zorgverleners uit verschillende vakgebieden. Het hele team werkt onder leiding van de revalidatiearts en samen met de patiënt aan het herwinnen of behouden van een zo hoog mogelijk niveau van functioneren en kwaliteit van leven.

MSR-behandelingen zijn intensief en kostbaar. Ze zijn alleen bedoeld voor patiënten voor wie andere vormen van revalidatiezorg ontoereikend zijn. Zij hebben deze intensieve zorg nodig door de aard van hun ziekte of aandoening en de hierdoor veroorzaakte beperkingen. De zorg moet waardegedreven zijn en passend geleverd worden. De revalidatiearts moet de behandeling adviseren die het best past bij de ernst van de individuele gezondheidsproblemen. Als die behandeling buiten de revalidatie-instelling of -afdeling is, dan kan hij daarnaar verwijzen. Zo krijgen patiënten passende zorg en geen intensievere behandeling dan noodzakelijk.

### **Welke patiënten komen in aanmerking voor MSR?**

In het standpunt zijn drie indicatiegroepen omschreven. Dit zijn groepen patiënten met bepaalde klachten en aandoeningen die een MSR-behandeling nodig kunnen hebben. De indicatiegroepen zijn uitgebreid, maar duidelijk afgebakend van andere patiëntengroepen voor wie geen aanspraak op MSR-behandeling mogelijk is. Sommige patiënten moeten eerst eerstelijnsbehandelingen hebben gehad, bijvoorbeeld bij een fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog. Zij komen pas in aanmerking voor MSR-behandeling als de eerstelijnsbehandelingen ontoereikend zijn gebleken. Dit noemen we *stepped care*. Dat is een stapsgewijze manier van behandelen, waarbij de patiënt niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk. Deze werkwijze draagt bij aan de juiste zorg op de juiste plek.

### **MSR-behandelingen bij mensen met chronische pijn bewezen effectief**

Voor dit standpunt hebben we onderzoek gedaan naar wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van enkele MSR-behandelingen. Het Zorginstituut heeft een duiding uitgevoerd over de MSR-behandeling bij mensen met chronische pijn. Hierover heeft het Zorginstituut een apart standpunt uitgebracht.<sup>1</sup> De conclusie was dat deze indicatie voldoet aan 'de stand van wetenschap en praktijk' en dus vergoed kan worden uit het basispakket.

---

<sup>1</sup> [Standpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie \(IMSR\) bij patiënten met chronische pijn](#).  
Zorginstituut Nederland, 9 oktober 2022.

### **Nieuw standpunt voor MSR-behandeling na kanker**

Voor het toepassen van MSR als herstellende zorg bij mensen met kanker hebben we vastgesteld dat er geen relevante gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken beschikbaar zijn. Hier is dus sprake van een kennislacune. Daarom starten we een duidings-onderzoek naar de meerwaarde van interdisciplinaire MSR-behandeling voor mensen met kanker en brengen hierover naar verwachting begin 2024 een apart standpunt uit. Hierover zal een apart standpunt worden uitgebracht. Tot die tijd blijft de aanspraak op MSR voor deze indicatie ongewijzigd.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg  
Paramedische Zorg

**Datum**  
12 juli 2023

**Onze referentie**  
2023025253

Hoogachtend,



Peter Siebers  
*Lid Raad van Bestuur*



Zorginstituut Nederland

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

Datum 27 juni 2023  
Status definitief

## Colofon

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

## Inhoud

### **Samenvatting—1**

### **Inleiding—3**

- 1 Wettelijk kader medisch-specialistische revalidatie—6**
  - 1.1 Zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden—6
  - 1.2 Stand van de Wetenschap en Praktijk (SWP)—8
  - 1.3 Behoeftte aan zorg en indicatiestelling—8
  
- 2 Omschrijving van medisch-specialistische revalidatie—10**
  - 2.1 Wat is Medisch Specialistische Revalidatie (MSR)?—10
  - 2.2 Algemene MSR—12
  - 2.3 Interdisciplinaire MSR—13
  - 2.4 Klinische interdisciplinaire MSR—13
  - 2.5 Beoogd resultaat van de MSR—14
  - 2.6 Methoden en technieken van de MSR—14
  - 2.7 Fasering in het onderzoek en de behandeling van patiënten—15
  - 2.8 Lijst van revalidatiediagnosen met meestal duidelijke indicatie voor MSR—17
  
- 3 Indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR—18**
  - 3.1 Drie indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR—18
  - 3.2 Stand van de wetenschap en praktijk—20
    - 3.2.1 IMSR bij patiënten met chronische pijn—20
    - 3.2.2 IMSR bij patiënten met oncologische problematiek—20
  
- 4 Afbakening MSR ten opzicht van andere vormen van revalidatie—22**
  - 4.1 Eerstelijns revalidatie—22
  - 4.2 Geriatrische revalidatiezorg—22
  - 4.3 Orgaanrevalidatie—22
    - 4.3.1 Hartrevalidatie—23
    - 4.3.2 Longrevalidatie—23
    - 4.3.3 Diabetesrevalidatie—24
  - 4.4 Oncologische revalidatie—24
  
- 5 Arbeidsrevalidatie in de MSR: wanneer te verzekeren zorg?—25**
  - 5.1 Relatie tussen arbeidsrevalidatie en MSR—25
  - 5.2 Bekostiging van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in de MSR—26
  - 5.3 Te verzekeren op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten in de MSR—26
    - 5.3.1 Communicatie met bedrijfsarts en andere arboprofessionals—27
    - 5.3.2 Diagnostische activiteiten en opstellen behandeldoelen voor arbeidsparticipatie—27
    - 5.3.3 De setting waarin de zorg wordt geboden—27
  - 5.4 Geen te verzekeren zorg volgens de Zvw—28
  - 5.5 Quicksan in het programma 'Vroege Interventie'—28
  
- 6 Integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR—29**
  - 6.1 Handleiding voor de integrale beoordeling met vier indicatiecriteria—30
    - 6.1.1 Beoordeling of sprake is van stoornissen op meerdere functiedomeinen—32
    - 6.1.2 Beoordeling of sprake is van ernstige functiestoornissen—34
    - 6.1.3 Beoordeling of het stepped care-traject voldoende is ingevuld—35
    - 6.1.4 Beoordeling of de behandelcomponenten van IMSR kunnen worden ingezet die aangrijpen op de beschreven problemen—36

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

**Bijlage A Resultaat deelproject 'Arbeidsrevalidatie'—40**

**Bijlage B Literatuuronderzoek MSR bij oncologische patiënten—68**

**Bijlage C Resultaat deelproject 'Stepped care'—70**

**Bijlage D Toepassing van de ICF-qualifiers—74**

**Literatuur—76**

## Samenvatting

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

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

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

### **MSR-behandeling en passende zorg**

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

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

### **Welke patiënten komen in aanmerking voor MSR?**

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



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

### **Uitleg over deelonderzoek naar het effect van enkele MSR-behandelingen**

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

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

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

### **Over de standpunten van het Zorginstituut**

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

## Inleiding

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

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

### *Aanleiding voor een vervolg op het standpunt over MSR uit 2015*

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

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

### *Betrokkenheid van diverse partijen bij de ontwikkeling van dit standpunt*

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

---

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

In het verlengde van dit vervolgstandpunt willen we de juiste zorg op de juiste plek bevorderen voor alle patiënten die op revalidatiezorg zijn aangewezen. Dit draagt bij aan Passende zorg<sup>2</sup> in de hele keten van revalidatiezorg, die ook op langere termijn houdbaar is ondanks schaarste aan zorgpersoneel en toenemende zorgkosten.

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

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

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

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

#### *Vier deelprojecten*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Leeswijzer voor de inhoud van dit standpunt*

Dit standpunt is als volgt opgebouwd:

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

## 1 Wettelijk kader medisch-specialistische revalidatie

Het Zorginstituut heeft op grond van artikel 64 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de wettelijke taak om de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties te bevorderen. Het Zorginstituut kan hiertoe – op eigen initiatief of op verzoek – op basis van de regelgeving verduidelijken of zorg al dan niet tot het te verzekeren basispakket van de Zvw behoort. Een dergelijke ‘duiding van zorg’ noemen we ook wel een standpunt. Een standpunt van het Zorginstituut kan gaan over de vraag of een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast kunnen we bij een duiding ingaan op de reikwijdte van een onder de Zvw te verzekeren prestatie. Het kan dan gaan om een afbakeningskwestie, zoals de vraag of zorg valt onder zorg zoals een medisch specialist die pleegt te bieden. In dit standpunt gaat het om nadere duiding van zorg zoals revalidatieartsen (subgroep van medisch specialisten) die plegen te bieden.

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

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

In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk werken we de bovengenoemde drie criteria van het wettelijk kader uit en lichten we toe in welke hoofdstukken van dit rapport deze criteria aan de orde komen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.3 **Behoeftte aan zorg en indicatiestelling**

In artikel 2.1, derde lid, van het Bzv is bepaald dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst, voor zover hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. We noemen dit het indicatievereiste. Artikel 14 van de Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.

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

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

<sup>3</sup> Zie standpunt 'IMSR bij patiënten met chronische pijn' en bijlage B.

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

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

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

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

---

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



## 2 Omschrijving van medisch-specialistische revalidatie

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

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

### 2.1 Wat is Medisch Specialistische Revalidatie (MSR)?

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

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

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

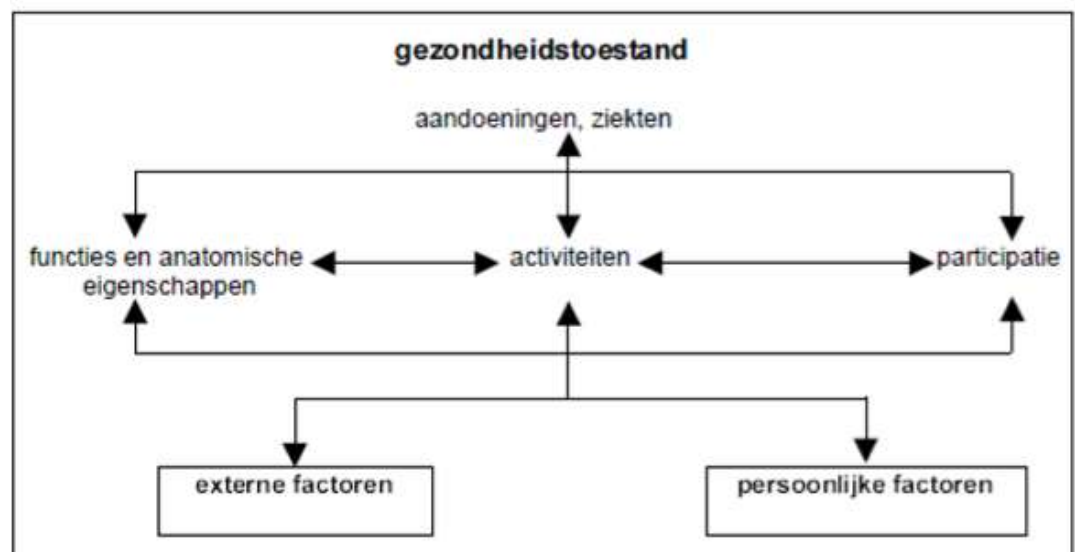
<sup>7</sup> In voorkomende gevallen kan een *physician assistant* of verpleegkundig specialist deze rol vervullen, mits de handelingen vallen binnen de daarvoor wettelijk vastgestelde kaders en geborgd zijn binnen de organisatie.

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

MSR richt zich op patiënten van alle leeftijden en kan poliklinisch, ambulant of klinisch plaatsvinden.<sup>8,9</sup> Waar andere medisch specialisten zich vooral richten op de primaire behandeling van ziekten of aandoeningen, richten revalidatieartsen zich in de diagnostiek en behandeling ook nadrukkelijk op het opheffen, verminderen of zo mogelijk voorkomen van de gevolgen ervan. Daarnaast is het een belangrijk doel om patiënten te leren omgaan met tijdelijke of blijvende beperkingen en zo hun zelfredzaamheid en eigen regie te vergroten.<sup>10</sup>

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

Figuur 1 - Het ICF-model<sup>[5]</sup>



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

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

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

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

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

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

De versies van het *Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde* van de VRA uit 2016 en 2021 van de VRA beschrijven de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om de kwaliteit van de MSR te borgen.<sup>[6]</sup> Een belangrijke randvoorwaarde is een voldoende mate van betrokkenheid van en fysiek contact met de revalidatiearts. Volgens dit beroepskader wordt MSR toegepast volgens de richtlijnen en behandelkaders die zijn vastgesteld door de VRA en volgens eventueel andere erkende richtlijnen die van toepassing zijn. Hier kan een revalidatiearts alleen op basis van toetsbare onderbouwing van afwijken.

## 2.2 Algemene MSR

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

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

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

<sup>11</sup> Zoals een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.

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

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

### 2.3 Interdisciplinaire MSR

Interdisciplinaire MSR (IMSR) betreft de behandeling van patiënten door een revalidatiearts met één of meer behandelaars van een multidisciplinair samengesteld revalidatieteam. Deze behandeling is intensief, doel- en resultaatgericht, kent een breed palet aan specialistische interventies en kenmerkt zich door geïnstitutionaliseerde interdisciplinaire samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk en stuurt met zijn revalidatiegeneeskundige kennis het interdisciplinaire werkende revalidatieteam aan, met behoud van de professionele zelfstandigheid van de teamleden die de behandelingen uitvoeren. De revalidatiearts geeft samen met de leden van het revalidatieteam de precieze inhoud en omvang van het IMSR-behandelprogramma vorm in overleg met de patiënt en diens naasten op basis van goed omschreven behandeldoelen.

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

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

### 2.4 Klinische interdisciplinaire MSR

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

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

<sup>12</sup> Deze opsomming is gebaseerd op het Position paper, maar is niet uitputtend

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

## 2.5 Beoogd resultaat van de MSR

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

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

## 2.6 Methoden en technieken van de MSR

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

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

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

## 2.7 Fasering in het onderzoek en de behandeling van patiënten

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

### 1. Diagnostiek

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

### 2. Prognostiek

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

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

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

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

### 3. *Behandeling*

Na de diagnostische en prognostische fase beoordeelt de revalidatiearts of er sprake is van een indicatie voor AMSR- of IMSR-behandeling. In beginsel is hierbij het stepped care-principe uitgangspunt. Volgens dit principe adviseert of biedt de revalidatiearts patiënten de meest doelmatige behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Patiënten ontvangen daardoor de best passende zorg waarbij zij niet intensiever worden behandeld dan strikt noodzakelijk.

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

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

Als er geen sprake is van een indicatie voor behandeling binnen de MSR, dan verwijst de revalidatiearts – zo mogelijk met een behandeladvies – terug naar de eerste lijn, of verwijst hij door naar een andere passende interventie buiten de MSR. Dit is onafhankelijk van eventuele voorgaande behandelingen die hebben plaatsgevonden en het resultaat daarvan.

Het uitgangspunt van stepped care betekent, dat de revalidatiearts in het kader van de indicatiestelling voor een MSR-behandeling beoordeelt, wat de eenvoudigste interventie is die past bij de aandoening of de klachten, en vervolgens of er in dat licht voorafgaand aan een (eventueel) MSR-behandelprogramma voldoende invulling is gegeven aan het stepped care-traject. Wanneer er nog één of meer eenvoudiger eerstelijns behandelingen onbenut zijn gebleven, verwijst de revalidatiearts eerst conform het stepped care-model naar de eerstelijns behandelingen, die passen bij de stoornissen en beperkingen van de patiënt, en die afzonderlijk of in combinatie kunnen worden ingezet, of verwijst hij terug naar de huisarts.<sup>[7]</sup>

### 4. *Evaluatie*

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

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

## 2.8 Lijst van revalidatiediagnosen met meestal duidelijke indicatie voor MSR

De VRA en ZN hebben in samenspraak een lijst van aandoeningen opgesteld, waarvoor geldt dat een groot deel van de patiënten direct bij of enige tijd na het ontstaan van die aandoening aangewezen is op een MSR-behandeling. Deze aandoeningen zijn benoemd als aandoeningen met meestal duidelijke indicatie voor MSR. De lijst wordt gepubliceerd op de website van de VRA.<sup>13</sup> Bij deze aandoeningen staat een indicatie voor MSR-behandeling vrijwel nooit ter discussie en blijkt de complexiteit van de gezondheidssituatie van de patiënt tijdens de MSR-behandeling, omdat in het patiëntendossier sprake zal zijn van ernstige en meervoudige samenhangende stoornissen in fysieke, mentale of cognitieve functies.

Niet altijd hoeven patiënten met één (of meer) van deze aandoeningen aangewezen te zijn op MSR. Sommige patiënten hebben een beperkt aantal relatief milde stoornissen, waarbij minder intensieve eerstelijns behandelingen nog tot de mogelijkheden behoren. Maar voor het deel van de patiënten met één (of meer) aandoeningen op genoemde lijst, dat direct is aangewezen op MSR, vervalt het uitgangspunt van stepped care. Bij hen bestaat de beoordeling van het stepped care-traject voorafgaand aan een MSR-behandeling uit de constatering, dat gezien de aard en ernst van de aandoening een stepped care-traject niet aan de orde is.

---

<sup>13</sup> Zie <https://www.revalidatie.nl>



### 3 Indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR

In hoofdstuk 2 is conform het position paper van de VRA de doelgroep van patiënten die in de loop van hun zorgpad aangewezen kunnen zijn op MSR-behandeling als volgt beschreven: patiënten met complexe problemen van motoriek en/of cognitieve ten gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening.<sup>[3]</sup> Vervolgens zijn in het position paper van de VRA een aantal belangrijke diagnosegroepen benoemd. Dit is van belang, aangezien we onder het 'plegen te bieden' criterium niet alleen beoordelen welke vormen van zorg een bepaalde beroepsgroep in het algemeen aanbiedt, maar ook bij welke klachten of aandoeningen die zorg wordt aangeboden.

Omdat de doelgroep uit het position paper van de VRA in hoofdstuk 2 in algemene termen is beschreven en de lijst van belangrijke diagnosegroepen niet uitputtend is, werken we in dit hoofdstuk verder uit wat de indicatiegroepen van patiënten zijn, die potentieel aangewezen zijn op MSR-behandeling. In samenspraak met de klankbordgroep is gekozen voor het omschrijven van drie indicatiegroepen, met op subgroepniveau benoemde aandoeningen waarvan de stoornissen in functie veel overeenkomsten vertonen.<sup>14</sup> Een MSR-behandeling kan behoren tot de te verzekeren zorg, indien een patiënt een aandoening heeft die in één van drie hieronder beschreven indicatiegroepen valt, mits de patiënt redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Consultatie en diagnostiek door de revalidatiearts behoort altijd tot de te verzekeren zorg.

#### 3.1 Drie indicatiegroepen van patiënten die aangewezen kunnen zijn op MSR

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

1. Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen<sup>15</sup> van wervelkolom, romp of ledematen. Bij patiënten met een aandoening van het bewegingsapparaat is het probleem primair gelegen in het bewegingsapparaat (spieren/pezen/botten/gewrichten).
2. Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Bij patiënten met een neurologische aandoening is het gezondheidsprobleem primair gelegen in de aansturing van het bewegingsapparaat. Hieronder vallen aandoeningen van hersenen, ruggenmerg en zenuwen en neuromusculaire aandoeningen.  
Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kunnen ook in aanmerking komen voor MSR zonder dat sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen, als het hersenletsel leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Decubitus: niet genoemd als zelfstandige indicatie, omdat deze altijd het gevolg is van één of meer andere aandoeningen die onder de indicatiegroepen vallen, zoals in de lijst eerder benoemd bij dwarslaesie.
- Aandoeningen in de categorie Organen: de gevolgen van deze aandoeningen, die leiden tot een mogelijke indicatie voor MSR-behandeling, zijn in de derde indicatiegroep nader omschreven.
- Somatisch onvoldoende te verklaren lichamelijke klachten (SOLK), tegenwoordig benoemd als Algemene lichamelijke klachten (ALK) behoort alleen tot de derde indicatiegroep, wanneer sprake is van chronische bewegingsapparaat-gerelateerde pijn, al dan niet in combinatie met andere SOLK of ALK. SOLK of ALK die zich alleen uit in het Chronisch vermoeidheid syndroom (CVS) valt hier derhalve niet onder.

### 3.2 Stand van de wetenschap en praktijk

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

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

#### 3.2.1 *IMSR bij patiënten met chronische pijn*

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

#### 3.2.2 *IMSR bij patiënten met oncologische problematiek*

IMSR bij oncologische patiënten met ernstige deconditionering door het oncologisch proces zelf, de complicaties daarvan, of door behandeling met chemotherapie, radiotherapie of chirurgie, wordt al geruime tijd wordt toegepast en in 2018 is hiervoor een multidisciplinaire richtlijn opgesteld.

Het Zorginstituut heeft een literatuursearch verricht naar wetenschappelijke studies over de effectiviteit van IMSR bij patiënten met oncologische problematiek, die behoefte hebben aan herstellende zorg ter verbetering van hun functioneren en participatie. Het Zorginstituut heeft hiertoe een PICOT opgesteld en geconsulteerd bij partijen. In deze literatuursearch kwamen geen artikelen naar voren die aan de PICOT voldoen. We hebben daarom vastgesteld dat sprake is van een kennislacune.

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

Het Zorginstituut gaat ook bij deze indicatie een duidingsonderzoek uitvoeren om de vraag te beantwoorden in hoeverre de effectiviteit van IMSR voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Hierover zal net als bij chronische pijn een apart standpunt worden uitgebracht. Tot die tijd blijft de aanspraak op IMSR voor deze indicatie ongewijzigd, hetgeen betekent dat de zorgverzekeraars aan de hand van de criteria beschreven in dit standpunt beoordelen of er aanspraak is op IMSR.

Aangezien patiënten, revalidatieartsen én zorgverzekeraars IMSR als een kansrijke behandelmogelijkheid zien voor oncologische patiënten, heeft het Zorginstituut dit onderwerp ook onder de aandacht gebracht bij het samenwerkingsverband ZE&GG, dat het heeft geprioriteerd voor het opzetten van effectiviteitsonderzoek.

## 4 Afbakening MSR ten opzicht van andere vormen van revalidatie

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

### 4.1 Eerstelijns revalidatie

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

### 4.2 Geriatrische revalidatiezorg

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

### 4.3 Orgaanrevalidatie

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

<sup>20</sup> Triage-instrument GRZ, Verenso 2013; te vinden op: [https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Thema-en-projecten/GRZ/Verensotriage-instrument-GRZversie-maart-2013.pdf)

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

#### 4.3.1 *Hartrevalidatie*

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

Sommige patiënten die een cardiaal incident hebben doorgemaakt kunnen (ook) in aanmerking komen voor IMSR-behandeling onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts, wanneer bij die patiënt sprake is van een complicatie van het cardiale incident of comorbiditeit, die leidt tot een stoornis van het bewegingsvermogen. Deze complicatie of comorbiditeit maakt dan dat deze patiënt met een hartrevalidatie-indicatie mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling (zie ook hoofdstuk 3). Bijvoorbeeld een patiënt met een doorgemaakt hartinfarct met een indicatie voor hartrevalidatie, maar met daarbij ook een al bestaande parese bij status na CVA. In deze situaties moet de revalidatiearts ook op basis van de integrale beoordeling tot de conclusie zijn gekomen dat de patiënt in aanmerking komt voor IMSR-behandeling.

#### 4.3.2 *Longrevalidatie*

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

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

#### 4.3.3

##### *Diabetesrevalidatie*

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

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

#### 4.4

##### **Oncologische revalidatie**

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

Oncologische revalidatie kan plaatsvinden door één psychosociale of paramedische zorgverlener in de eerste lijn, door zorgverleners van verschillende disciplines in de eerste lijn of door een multidisciplinair team in de tweede lijn onder verantwoordelijkheid van een oncoloog of oncologisch chirurg.

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

## 5 Arbeidsrevalidatie in de MSR: wanneer te verzekeren zorg?

Onder arbeidsrevalidatie verstaan we het uitvoeren van medische, psychologische, sociale en werkgerelateerde<sup>21</sup> activiteiten voor mensen uit de beroepsbevolking met een arbeidsbeperking door een ziekte, aandoening of trauma, die gericht zijn op het herstellen van de arbeidsmogelijkheden en de randvoorwaarden voor integratie of re-integratie op de arbeidsmarkt.<sup>22</sup> Het bevorderen van arbeidsparticipatie staat daarbij centraal, maar ook het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven door de verbeteringen op het terrein van arbeidsparticipatie. In de rest van dit hoofdstuk spreken we over op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten.

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

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

### 5.1 Relatie tussen arbeidsrevalidatie en MSR

Bij arbeidsrevalidatie kan het gaan om:

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

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

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

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

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



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

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

## **5.2 Bekostiging van op arbeidsparticipatie gerichte activiteiten in de MSR**

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

## **5.3 Te verzekeren op arbeidsparticipatie gerichte zorgactiviteiten in de MSR**

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

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

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

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

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

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

#### 5.3.1 *Communicatie met bedrijfsarts en andere arboprofessionals*

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

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

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

#### 5.3.2 *Diagnostische activiteiten en opstellen behandeldoelen voor arbeidsparticipatie*

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

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

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

#### 5.3.3 *De setting waarin de zorg wordt geboden*

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

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

In dat geval kan de betreffende zorg niet onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen. In de arbeidscontext is dit aan de orde, als activiteiten op de werkplek onderdeel uitmaken van de interventie.

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

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

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

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

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

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

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

## 6 Integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het Zorginstituut heeft aan VRA, RN en ZN gevraagd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite Kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, waarin (onder meer) de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts uitgewerkt wordt, met dit standpunt, inclusief de handleiding met de vier indicatiecriteria, als uitgangs- of startpunt. VRA, RN, ZN en de VAV-werkgroep revalidatie hebben toegezegd hun medewerking te verlenen aan de tripartite ontwikkeling van een dergelijke kwaliteitsstandaard binnen ongeveer 12 maanden. Partijen zullen dit onderwerp aanmelden voor de Meerjarenagenda van het Zorginstituut, waarmee in samenspraak met de Kwaliteitsraad geborgd kan worden dat deze kwaliteitsstandaard binnen afzienbare termijn tot stand komt.

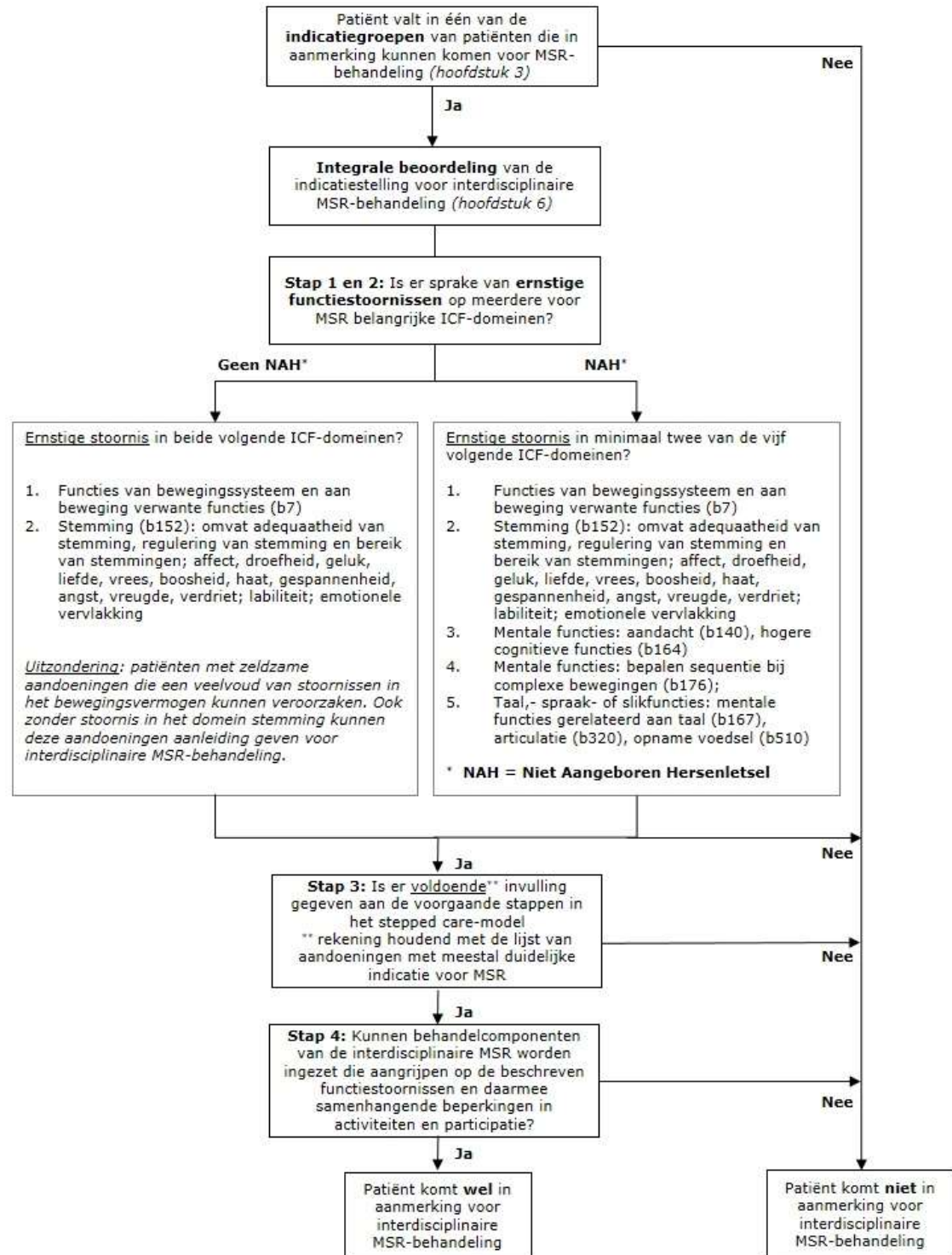
## **6.1 Handleiding voor de integrale beoordeling met vier indicatiecriteria**

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

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

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

Figuur 2 Samenvatting van het integrale beoordelingsproces door de revalidatiearts



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

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

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

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

#### 6.1.1

##### *Beoordeling of sprake is van stoornissen op meerdere functiedomeinen*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>30</sup> Zoals abstractie, organisatie en planning, beoordelingsvermogen.

<sup>31</sup> Zoals apraxie.

<sup>32</sup> Zoals dysartrie.

<sup>33</sup> Zoals kauwen, slikken.



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

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

Bij de IMSR-behandeling kunnen ook persoonlijke factoren<sup>34</sup> en externe factoren<sup>35</sup> van patiënten een belangrijke rol spelen. Ook deze factoren leveren zelfstandig geen bijdrage aan de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR, maar mogelijk wel aan het formuleren van de behandeldoelen en behandelinterventies. Sommige persoonlijke of externe factoren kunnen wel bijdragen aan de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR als het gaat om hun *gevolgen*. Bijvoorbeeld als een patiënt een bepaalde *coping*-stijl heeft die leidt tot functiestoornissen in het functiedomein 'Stemming' (zoals bewegingsangst, catastroferende gedachten). Dan is het *gevolg* van de persoonlijke factor wel van belang om mee te wegen bij de beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR, maar het hebben van die persoonlijke factor op zichzelf niet. Als het gevolg van een persoonlijke of externe factor leidt tot een functiestoornis in een ander functiedomein, of als het een beperking betreft in het activiteiten- of participatiedomein, dan is het geen onderdeel van de beoordeling van de indicatiestelling. Wel kunnen deze persoonlijke of externe factoren dan een rol spelen bij het formuleren van behandeldoelen of behandelinterventies.

### 6.1.2

#### *Beoordeling of sprake is van ernstige functiestoornissen*

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

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

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

Bij de analyse geeft de revalidatiearts aan:

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

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

### 6.1.3

#### *Beoordeling of het stepped care-traject voldoende is ingevuld*

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

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

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

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

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

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

aangewezen. In dat geval kan stap 2 beargumenteerd worden overgeslagen. Over stap 1 van het stepped care-model hoeft geen schriftelijke informatie te worden beoordeeld, omdat huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn over preventie en zelfzorg slechts beperkte en zeer variabele informatie beschikbaar zullen hebben. Voor informatie over deze stap is de revalidatiearts dus aangewezen op de anamnese.

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

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

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

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

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

## 7 Standpunt medisch-specialistische revalidatie

### 7.1 Standpunt

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

### 7.2 Handleiding met vier indicatiecriteria voor de indicatiestelling voor IMSR

In hoofdstuk 6 van dit rapport is een handleiding beschreven voor de integrale beoordeling van de indicatiestelling voor IMSR door de revalidatiearts, die in samenspraak met de klankbordgroep is opgesteld. Met de vier indicatiecriteria die in deze handleiding zijn omschreven kan de revalidatiearts op een navolgbare manier onderbouwen of IMSR passend is voor een bepaalde patiënt. Hiermee ontstaat een transparant beoordelingsproces, dat het aanbieden van de passende zorg (inclusief 'de juiste zorg op de juiste plek') kan bevorderen en kan bijdragen aan een afname van het aantal discussies en interpretatieverschillen over de indicatiestelling. Omdat op dit gebied het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft (zie hoofdstuk 1), heeft het aan de partijen VRA, RN en ZN gevraagd om gezamenlijk en in samenwerking met de patiëntenorganisatie een tripartite kwaliteitsstandaard te ontwikkelen voor de indicatiestelling door de revalidatiearts voor IMSR bij de individuele patiënt, waarin de inhoud van dit standpunt, inclusief de handleiding met de vier indicatiecriteria, het uitgangs- of startpunt zal zijn.

### 7.3 Consequenties van dit standpunt

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

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

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

### 7.4 Consultatie van het concept standpunt

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

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

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

## **7.5 Uitvoerbaarheid van het standpunt**

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

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

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

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

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

---

<sup>36</sup> Zie <https://www.revalidatie.nl>

## Bijlage A Resultaat deelproject 'Arbeidsrevalidatie'

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

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

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

### A.1 Inleiding

#### A.1.1 De relatie tussen arbeidsparticipatie en gezondheid

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

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

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

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



**Figuur A.1** De relatie tussen gezondheid en werk<sup>[29]</sup>

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



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

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

#### A.1.2 Arbeidsrevalidatie binnen de MSR

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

Voor dit rapport hebben we deze definitie vertaald naar het Nederlands en uitgebreid zodat deze ook van toepassing is op jongvolwassenen die nog nooit hebben gewerkt: *"Medische, psychologische, sociale en werkgerelateerde<sup>38</sup> activiteiten voor mensen uit de beroepsbevolking met een arbeidsbeperking door een ziekte, aandoening of trauma, die gericht zijn op het herstellen van de arbeidsmogelijkheden en de randvoorwaarden voor integratie of re-integratie op de arbeidsmarkt."*

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

Volgens deze definities bestaat arbeidsrevalidatie uit twee typen activiteiten:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **A.2.1 Het domein van de Zvw**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *A.2.2 Zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden*

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

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

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

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

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

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

### *A.2.3 Uitsluitingen*

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

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

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

<sup>39</sup> Een overzicht van de geautoriseerde richtlijnen waarvan de VRA de (mede-)regiehouder is hier te vinden: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/richtlijnen>. Een overzicht van richtlijnen die in de revalidatiegeneeskunde worden gebruikt of in ontwikkeling zijn, is hier te vinden: [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/overzicht\\_richtlijnen\\_-\\_voor\\_website\\_15-5-2020.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/overzicht_richtlijnen_-_voor_website_15-5-2020.pdf).

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

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

#### *A.2.4 Stand van wetenschap en praktijk*

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

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

### **A.3 Algemene conclusies**

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

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

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

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

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

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

#### *Communicatie met bedrijfsarts en andere arboprofessionals*

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

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

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

#### *Diagnostische activiteiten en opstellen behandeldoelen voor arbeidsparticipatie*

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

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

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

#### *De plaats waar de zorg wordt geboden*

De plaats waar de activiteit plaatsvindt moet, net als de activiteit zelf, voldoen aan het 'plegen te bieden' criterium. Dit criterium kan in het geding zijn, als de plaats waar de zorg wordt geboden invloed heeft op de inhoud van de interventie, en niet gebruikelijk is voor de zorgprofessional die deze zorg levert. In dat geval kan de betreffende zorg niet onder de te verzekeren zorg volgens de Zvw vallen. In de arbeidscontext is dit aan de orde, als de werkplek onderdeel is van de interventie.



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

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

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

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

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

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

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

22 Training op de werkplek, specifiek gericht op arbeidsbeperkingen indien simulatie niet mogelijk is vanwege complexiteit werktaak	Ja	Nee	Nee	Nee
23 Advies over opleidings- / beroepskeuze	Ja	Ja	Nee	Ja
24 Advies / overleg t.a.v. re-integratieplan	Nee	Nee	Ja	Nee
25 Arbeidsdeskundig onderzoek	Nee	Nee	Ja	Nee
26 Jobcoaching (op werkplek zelf)	Nee	Nee	Ja	Nee
27 Arbeidstoeleiding (bv re-integratie 2e spoor of zoeken passend werk)	Nee	Nee	Ja	Nee
28 Werkfit-traject (voorbereiden op toekomstig werk)	Nee	Nee	Ja	Nee
29 Werkplekaanpassing	Nee	Nee	Ja	Nee
30 Werkaanpassing	Nee	Nee	Ja	Nee
<sup>1</sup> De toelichting op deze beoordeling is te vinden in deel A.5, in de paragraaf die correspondeert met het nummer van de activiteit.				
<sup>2</sup> Informatieverstrekking aan en contact met de bedrijfsarts valt onder geneeskundige zorg indien dit een geneeskundig doel dient, dat wil zeggen als dit gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening. In casu dient men te denken aan informatie-uitwisseling met als doel het afstemmen van de belasting in het werk op de belastbaarheid van de patiënt, om te voorkomen dat de gevolgen van een aandoening toenemen door bijvoorbeeld te zware werkbelasting of te snelle re-integratie. Dit geldt ook voor informatie-uitwisseling met de leidinggevende/werkgever.				
<sup>3</sup> In sommige centra worden hiervoor ook derden uitgenodigd in het zogenoemde participatiegesprek.				
<sup>4</sup> Indien de activiteit nodig is voor het opstellen van geneeskundige behandeldoelen of het instellen van een interventie die tot geneeskundige zorg kan worden gerekend. Zoals eerder beschreven betreft dit een behandeling/interventie die dit gericht is op herstel, genezing, voorkomen van (verergering van) een aandoening, of gericht op het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen in activiteiten ten gevolge van een aandoening, waarbij de ingezette interventie direct verband houdt met de beperking en daarop ingrijpt.				
<sup>5</sup> Uit de gesprekken met revalidatiecentra komt naar voren dat sommige revalidatiecentra een onderscheid maken tussen professionals die een expertise hebben op het gebied van arbeid (team arbeid) en tussen professionals die met name de medische behandeling doen (diagnosegebonden teams). In een aantal centra sluit een lid van team arbeid aan bij besprekingen van de diagnosegebonden teams, als er behandeldoelstellingen zijn op het gebied van arbeidsparticipatie. Het arbeids-MDO is gericht op het stellen van behandeldoelen op het gebied van arbeidsparticipatie en afstemmen welke zorgverlener welk behandeldoel gaat oppakken.				

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

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

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

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

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

### *1 Rapportage (medisch) aan bedrijfsarts (indien verwijzer)*

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

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

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

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

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

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

### *2 Informatie over belastbaarheid in werk aan bedrijfsarts*

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

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

### *3 Overleg bedrijfsarts*

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

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

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

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

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

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

#### 6 Opstellen doelen m.b.t. arbeidsparticipatie

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

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

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

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

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

### *8 Functionele capaciteitsevaluatie*

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

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

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

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

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

#### *9 Arbeids-MDO*

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

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

#### *10 Coördinatie door arbeidsconsulent / arbeidscoördinator / re-integratiecoördinator*

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

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



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

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

### 11 Werkplekonderzoek

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

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

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

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

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

### *12 Neuropsychologisch onderzoek*

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

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

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

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

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

### *13 Fysiek en/of mentaal belastbaarheidsonderzoek*

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

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

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

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

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

### *15 Onderzoek door klinisch arbeidsgeneeskundige*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *17 Ondersteuning coping met gevolgen van aandoening voor werk*

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

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

In de richtlijnen kan het volgende worden gevonden over coping.

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

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

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

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

Uit documenten van de beroepsgroep wordt het volgende duidelijk:

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

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

*20 Training specifiek gericht op arbeidsbeperkingen*

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

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

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

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

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

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

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

Wel wordt er melding van gemaakt in de concept update van de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie voor bedrijfs- en verzekeringsartsen<sup>41</sup> (aanbevelingen hoofdstuk 3, pagina 9: *"Revalidatieartsen houden de mogelijkheid open om met work-samples tijdens arbeidsrevalidatie patiënten met NAH inzicht te geven in de beperkingen t.a.v. werk."*<sup>[67]</sup>

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

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

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

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

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

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

Gezien deze beschrijving vinden wij dat training op de werkplek, specifiek gericht op arbeidsbeperkingen indien simulatie niet mogelijk is vanwege de complexiteit van de werktaak, niet tot het aanvaarde behandelarsenaal van de beroepsgroep behoort.

### *23 Advies over opleidings-/ beroepskeuze*

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

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

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

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

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



### 25 Arbeidsdeskundig onderzoek

Een arbeidsdeskundig onderzoek wordt uitgevoerd door een arbeidsdeskundige. In de behandelkaders en richtlijnen van de revalidatieartsen wordt wel benoemd dat indien nodig er verwezen moet kunnen worden naar een arbeidsdeskundige<sup>[70, 57]</sup> en dat er een arbeidsdeskundige kan worden betrokken tijdens de re-integratiefase.<sup>[9]</sup> In de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie wordt de arbeidsdeskundige tot de arbeidssetting en niet tot de behandelsetting gerekend.<sup>[9]</sup> Er wordt in de richtlijnen niet gesproken over een arbeidsdeskundig onderzoek door een revalidatieteam als onderdeel van de revalidatiebehandeling. Een arbeidsdeskundig onderzoek heeft tot doel om te beoordelen of de werknemer terug kan naar het eigen werk, of er aanpassingen mogelijk zijn in het eigen werk zodat de werknemer alsnog terug kan, of er ander geschikt werk is bij de werkgever of dat er gezocht moet worden naar werk buiten de oorspronkelijke werkgever.<sup>[71]</sup> De activiteit arbeidsdeskundig onderzoek is niet afleidbaar van andere activiteiten en zien wij daarom niet als zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. Daarnaast onderbouwden we in paragraaf 11 al dat het adviseren over werkaanpassingen, ook geen zorg is zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.

### 26 Jobcoaching (op werkplek zelf)

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

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

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

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

### *28 Werkfit-traject (voorbereiden op toekomstig werk)*

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

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

### *29 Werkplekaanpassing*

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

### *30 Werkaanpassing*

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

## Bijlage B Literatuuronderzoek MSR bij oncologische patiënten

### Interventie-indicatiecombinatie

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

### Aanleiding

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

### Wat is er gedaan door het Zorginstituut

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

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

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

### MSR richtlijn

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

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

### Resultaten literatuursearch

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

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

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

### Conclusie

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

## Bijlage C Resultaat deelproject 'Stepped care'

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

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

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

De werkgroep heeft geformuleerd welke informatie minimaal nodig is voor een revalidatiearts om te kunnen beoordelen of het stepped care-traject voldoende is ingevuld bij een patiënt die mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling. Het eindproduct van de werkgroep is door de partijen namens wie de vertegenwoordigers waren afgevaardigd en door het NHG geaccordeerd.

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

1. Preventie en zelfzorg
1. Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn
2. Diagnostiek en behandeling op verschillende domeinen van het biopsychosociaal model<sup>42</sup> in de eerste lijn, of eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn
3. Interdisciplinaire diagnostiek en behandeling in de tweede of derde lijn

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

---

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

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

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

#### *Toepassing door eerstelijns zorgverleners*

Logischerwijs zorgt elke zorgaanbieder bij afsluiting van de behandeling voor verslaglegging aan de huisarts en eventueel andere verwijzers. Dit sluit aan bij de NHG/KNGF-richtlijn 'Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut' uit 2012.<sup>[24]</sup> We achten dit ook van toepassing op andere zorgverleners in de eerste lijn. De werkgroep beveelt aan dat de behandelaar de informatievragen van dit stepped care-model meeneemt in deze verslaglegging. Hiermee zijn de vragen in dit stepped care-model een verdere uitwerking van de vaste rubrieken die volgens de NHG/KNGF-richtlijn in het verslag horen te staan.

#### *Toepassing door huisartsen of andere verwijzers*

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

Voor het verzamelen van de informatie beveelt de werkgroep aan dat patiënt en verwijzer gezamenlijk de verslaggeving door de verschillende betrokken behandelaren bij elkaar brengen ('stepped care dossier'). Als de verslaggeving ontbreekt, wordt de betreffende zorgverlener hierop aangesproken. In het kader van samen beslissen spreken patiënt en verwijzer onderling af wie welke taak vervult bij het verzamelen van bestaande informatie en het verkrijgen van ontbrekende informatie. De verwijzer ontziet de patiënt hierin, als de patiënt naar oordeel van de verwijzer niet in staat is hierin een rol te vervullen vanwege beperkte gezondheidsvaardigheden en/of laaggeletterdheid<sup>43</sup>.

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

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

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

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

### *Toepassing door de revalidatiearts*

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

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

## **C.2 Uitzonderingen op stepped care**

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

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

In hoofdstuk 3 van dit standpunt gaan we in op de vraag of IMSR-behandeling bij bepaalde indicatiegroepen is aangewezen zonder voorafgaande behandeling in de eerste lijn.

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

### *Stap 1: Preventie en zelfzorg*

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

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

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

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

---

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

*Stap 2: Monodisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn*

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

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

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

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

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

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

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



## Bijlage D Toepassing van de ICF-qualifiers

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

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

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

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

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

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

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

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

## Literatuur

1. Zorginstituut Nederland. Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. 22 juni 2015. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/standpunten/2015/06/22/standpunt-medisch-specialistische-revalidatie---zorg-zoals-revalidatieartsen-plegen-te-bieden>.
2. Zorginstituut Nederland. Plan van aanpak voor het vervolg op het standpunt medisch-specialistische revalidatie. 2019. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/publicatie/2019/01/18/plan-van-aanpak-actualisering-standpunt-medisch-specialistische-revalidatie>.
3. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Position Paper Revalidatiegeneeskunde. Actief naar zelfredzaamheid en eigen regie. 2015. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/position\\_paper\\_revalidatiegeneeskunde\\_2015.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/position_paper_revalidatiegeneeskunde_2015.pdf).
4. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Nota Indicatiestelling medisch-specialistische revalidatie. April 2016. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota\\_indicatiestelling\\_def\\_april\\_2016\\_rn\\_vra.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_indicatiestelling_def_april_2016_rn_vra.pdf).
5. Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Compilatie. 2002. Geraadpleegd via <https://www.rivm.nl/media/WHO-FIC/ICFwebuitgave.pdf>.
6. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. Utrecht: VRA, 2016 en 2021.
7. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Stepped care. Bijlage bij Protocolair GGZ, editie 2014. Geraadpleegd via [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/images/thema/stepped\\_care.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/thema/stepped_care.pdf).
8. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Traumatisch Hersenletsel voor volwassenen. 2013. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_traumatisch\\_hersenletsel\\_2013.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_traumatisch_hersenletsel_2013.pdf).
9. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn NAH en arbeidsparticipatie. 2021. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah\\_en\\_arbeidsparticipatie/startpagina\\_nah\\_en\\_arbeidsparticipatie.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/startpagina_nah_en_arbeidsparticipatie.html).
10. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). 2013. Geraadpleegd via [https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/74\\_Somatisch%20onvoldoende%20verklaarde%20lichamelijke%20klachten%20\(SOLK\)\\_mei-2013.pdf](https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/74_Somatisch%20onvoldoende%20verklaarde%20lichamelijke%20klachten%20(SOLK)_mei-2013.pdf).
11. WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC) in the Netherlands. Nederlandse International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) online browser. Geraadpleegd via <https://class.whofic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>.
12. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Oktober 2013. Geraadpleegd via [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4).
13. Zorginstituut Nederland. Geriatrische revalidatiezorg in de Zvw. 2021. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/11/23/geriatrische-revalidatiezorg-in-de-zorgverzekeringswet>.
- 14a. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie 2011. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hartrevalidatie/hartrevalidatie\\_startpagina.html#algemeen](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hartrevalidatie/hartrevalidatie_startpagina.html#algemeen).

- 14b. Panaxea en Zorgvuldig Advies. Richtlijnanalyse en literatuurreview longrevalidatie. Juni 2018. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/06/03/zinnige-zorg---rapport-richtlijnanalyse-en-literatuurreview-longrevalidatie>
15. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT). Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD. Maart 2010. Geraadpleegd via [http://www.longalliantie.nl/files/3613/6752/1360/Richtlijn\\_Diagnostiek\\_en\\_Behandeling\\_van\\_COPD\\_actualisatie\\_maart\\_2010.pdf](http://www.longalliantie.nl/files/3613/6752/1360/Richtlijn_Diagnostiek_en_Behandeling_van_COPD_actualisatie_maart_2010.pdf).
16. Keers JC. Diabetes Rehabilitation : Effects and Utilisation of a Multidisciplinary Intensive Education Programme. 2004. Geraadpleegd via <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/55625703/J.C.Keers.pdf>.
17. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Medisch specialistische revalidatie bij oncologie. 2018. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/medisch\\_specialistische\\_revalidatie\\_bij\\_oncologie/algemeen.html#algemeen](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/medisch_specialistische_revalidatie_bij_oncologie/algemeen.html#algemeen).
18. TNO. Revalidatie en arbeid, investeren voor de toekomst. Verkenning naar het rendement van best-practices en toekomstscenario's voor arbeidsgerichte revalidatie. Hoofddorp, 2010.
19. Waddell G and Burton AK. Is work good for your health and well-being? Londen, TSO 2006.
20. van der Noordt M, H IJ, Droomers M, et al. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occup Environ Med 2014; 71: 730-6.
21. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven, RIVM 2013.
22. College voor zorgverzekeringen (nu: Zorginstituut Nederland). Quickscan in programma Vroege Interventie een verzekerde prestatie. 15 december 2008. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2008/12/15/quickscan-in-programma-vroege-interventie-een-verzekerde-prestatie>.
23. Dutch Pain Society (DPS) en Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem (SWP). Zorgstandaard Chronische Pijn. 2017. Geraadpleegd via [https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard\\_Chronische\\_Pijn\\_versie\\_2017\\_03\\_28.pdf](https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf).
24. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). NHG/KNGF-richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut. 2012. Geraadpleegd via <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/NHG+KNGF+Richtlijn+gestructureerde+informatie-uitwisseling+tussen+huisarts+en+fysiotherapie+%28versie+1%29.pdf>.
25. Zorginstituut Nederland. Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis. 29 augustus 2016. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2016/08/29/standpunt-bevorderen-van-participatie-van-clienten-met-een-psychische-stoornis>.
26. van Echtelt P. Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. 2010.
27. Saunders SL and Nedelec B. What work means to people with work disability: a scoping review. J Occup Rehabil 2014; 24: 100-10.
28. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.
29. Raad voor Volksgezondheid en Zorg (nu Raad voor Volksgezondheid en Samenleving). Doorwerken en gezondheid. Den Haag, RVZ 2015.
30. Schuring M, Mackenbach J, Voorham T, et al. The effect of re-employment on perceived health. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 639-44.

31. Carlier BE, Schuring M and Burdorf A. Influence of an Interdisciplinary Re-employment Programme Among Unemployed Persons with Mental Health Problems on Health, Social Participation and Paid Employment. *J Occup Rehabil* 2018; 28: 147-57.
32. Schuring M, Robroek SJ and Burdorf A. The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: evidence for the selection and causation mechanism. *Scand J Work Environ Health* 2017; 43: 540-9.
33. Curnock E, Leyland AH and Popham F. The impact on health of employment and welfare transitions for those receiving out-of-work disability benefits in the UK. *Soc Sci Med* 2016; 162: 1-10.
34. Schuring M, Robroek SJ, Lingsma HF, et al. Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce. *Scand J Work Environ Health* 2015; 41: 441-50.
35. Park S, Chan KC and Williams EC. Gain of employment and perceived health status among previously unemployed persons: evidence from a longitudinal study in the United States. *Public Health* 2016; 133: 83-90.
36. Carlier BE, Schuring M, Lotters FJ, et al. The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands. *BMC Public Health* 2013; 13: 503.
37. Centrum Werk Gezondheid. Impact graphic Werkbehoud bij chronische aandoeningen, wat levert het op? Achtergronden. 2019. Geraadpleegd via <https://www.fitforworknederland.nl/werkbehoud-achtergronden-impact-graphic-2019/>.
38. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J, et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil* 2011; 21: 126-33.
39. van Bennekom CAM and Reneman MF. 60 jaar VRA: arbeidsrevalidatie. Terug van (nooit) weg geweest? *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde* 2015; 6: 254-6.
40. Van Velzen JM, Van Bennekom CAM and MHW F-D. Arbeidsgerichte revalidatie na niet-aangeboren hersenletsen. Aanbod en praktijkvariatie binnen de medisch-specialistische revalidatiepraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde* Oktober 2017: 149-55.
41. Zorginstituut Nederland. Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet. 2014. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/12/04/standpunt-sportgeneeskunde-en-de-zorgverzekeringswet>.
42. Zorginstituut Nederland. Extramurale behandeling ontleed: de zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw. 2016. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed>.
43. Zorginstituut Nederland. Kan de zorg aan zintuiglijk gehandicapten onder de Zvw vallen? Een verkenning. 25 juni 2013. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2013/06/25/overheveling-zorg-zintuiglijk-gehandicaptensector-naar-zvw>.
44. Zorginstituut Nederland. Pakketbeheer in de praktijk deel 3. 2013. Geraadpleegd via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/10/18/pakketbeheer-in-de-praktijk-deel-3>.
45. Van Velzen J, Zandstra C and Van Benenkom C. Arbeidsgerichte revalidatie. Arbeid als onderdeel van de revalidatie. *Heliomare* November 2018.
46. Roessingh Arbeid. Folder Preventief medisch onderzoek. 2019. Geraadpleegd via [https://assets.ctfassets.net/u9duitvinyq9/XqaQyPvLCLS51X60ls0fd/e2970a3d83e9e46e95147d5fc6649816/Preventief\\_Medisch\\_Onderzoek.pdf](https://assets.ctfassets.net/u9duitvinyq9/XqaQyPvLCLS51X60ls0fd/e2970a3d83e9e46e95147d5fc6649816/Preventief_Medisch_Onderzoek.pdf).
47. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Multipole Sclerose. 2012. Geraadpleegd via [https://richtlijnen database.nl/richtlijn/multipole\\_sclerose/arbeids participatie\\_van\\_pati\\_nten\\_m\\_et\\_ms/beinvloedende\\_factoren\\_arbeids participatie.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/multipole_sclerose/arbeids participatie_van_pati_nten_m_et_ms/beinvloedende_factoren_arbeids participatie.html).

48. Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Richtlijn Ziekte van Parkinson. 2020. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ziekte\\_van\\_parkinson/startpagina\\_ziekte\\_van\\_parkinson.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ziekte_van_parkinson/startpagina_ziekte_van_parkinson.html).
49. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) en Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG). Richtlijn reumatoïde artritis en participatie in arbeid. 2015. Geraadpleegd via <https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2018/09/NVR-NVVG-Richtlijn-RA-en-participatie-in-arbeid-2015.pdf>.
50. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader CVA. 2016. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_cva\\_def\\_15-04-16.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_cva_def_15-04-16.pdf).
51. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Behandelkader Chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. 2020.
52. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn Duchenne spierdystrofie (DMD). 2021. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/duchenne\\_spierdystrofie\\_dmd/startpagina\\_duchenne\\_spierdystrofie.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/duchenne_spierdystrofie_dmd/startpagina_duchenne_spierdystrofie.html).
53. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit. 2020. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/amputatie\\_prothesiologie\\_onderste\\_extremiteit/startpagina\\_-\\_amputatie\\_en\\_prothesiologie\\_onderste\\_extremiteit.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/amputatie_prothesiologie_onderste_extremiteit/startpagina_-_amputatie_en_prothesiologie_onderste_extremiteit.html).
54. Vroege Interventie. Onderzoek fysieke belastbaarheid – Functionele Capaciteit Evaluatie. Geraadpleegd via <https://vroegeinterventie.nl/onderzoek-fysieke-belastbaarheid/>.
55. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde. 2016. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/algemeen\\_beroepskader\\_def\\_15-04-16.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/algemeen_beroepskader_def_15-04-16.pdf).
56. Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Position Paper Medisch-specialistische revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat. 2017. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/system/files/attachments/position\\_paper\\_chronische\\_pijn.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/system/files/attachments/position_paper_chronische_pijn.pdf).
57. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Beenamputatie. 2019. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_beenamputatie\\_-\\_12\\_april\\_2019\\_def.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_beenamputatie_-_12_april_2019_def.pdf).
58. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Dwarslaesie. 2019. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_dwarslaesie\\_-\\_2019-04-12\\_def.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_dwarslaesie_-_2019-04-12_def.pdf).
59. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Behandelkader volwassenen met Cerebrale Parese. 2021. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/behandelkader\\_cp\\_volwassenen\\_-\\_geaccordeerd\\_door\\_alv\\_22-4-2021.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Richtlijnen/behandelkader_cp_volwassenen_-_geaccordeerd_door_alv_22-4-2021.pdf).
60. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Behandelkader Hand- en Pols Revalidatie. 2020. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_30\\_okt\\_2020\\_whpr\\_-\\_goedgekeurd\\_door\\_alv\\_19-11-2020.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_30_okt_2020_whpr_-_goedgekeurd_door_alv_19-11-2020.pdf).
61. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Ziekte van Parkinson en aanverwante bewegingsstoornissen. 2015. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_parkinson\\_def\\_vastgesteld\\_1-4-2015.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_parkinson_def_vastgesteld_1-4-2015.pdf).

62. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Revalidatie van kinderen/jongeren met niet aangeboren hersenletsel. 2016. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/bk\\_hje\\_def\\_15-04-16.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/bk_hje_def_15-04-16.pdf).
63. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1. 2014. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/complex\\_regionaal\\_pijn\\_syndroom\\_type\\_1/startpagina\\_-\\_complex\\_regionaal\\_pijsyndroom.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/complex_regionaal_pijn_syndroom_type_1/startpagina_-_complex_regionaal_pijsyndroom.html).
64. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding. 2017. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct\\_en\\_hersenbloeding/startpagina\\_herseninfarct\\_-\\_bloeding.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_-_bloeding.html).
65. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader Oncologische revalidatie. 2015. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_oncologische\\_revalidatie\\_def\\_vastgesteld\\_1-4-2015.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_oncologische_revalidatie_def_vastgesteld_1-4-2015.pdf).
66. Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde. Beroepsprofiel van de Klinisch arbeidsgeneeskundige. 2015. Geraadpleegd via <https://www.nvka.nl/resources/Beroepsprofiel-van-de-Klinisch-arbeidsgeneeskundige.pdf>.
67. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid. Richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. 2017. Geraadpleegd via <https://www.nvvg.nl/files/157/RichtlijnNAH1762017def.pdf>.
68. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn Facioscapulohumerale dystrofie (FSHD). 2018. Geraadpleegd via [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/facioscapulohumerale\\_dystrofie\\_fshd/pijn\\_bij\\_fshd.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/facioscapulohumerale_dystrofie_fshd/pijn_bij_fshd.html).
69. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Beter in Beweging. Landelijk Opleidingsplan revalidatiegeneeskunde. 3<sup>e</sup> ed., juli 2020. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Opleiding/Opleidingsplan/beter\\_in\\_beweging\\_deel\\_1\\_def\\_opmaak\\_klein.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Opleiding/Opleidingsplan/beter_in_beweging_deel_1_def_opmaak_klein.pdf).
70. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Behandelkader neuromusculaire aandoeningen volwassenen. 2013. Geraadpleegd via [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader\\_nma\\_2013.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_nma_2013.pdf).
71. ArboNed. Waarom en wanneer een arbeidsdeskundig onderzoek? 10 mei 2019. Geraadpleegd via <https://www.arboned.nl/nieuws/20190510-waarom-en-wanneer-een-arbeidsdeskundigonderzoek>.
72. Noloc beroepsvereniging van loopbaanprofessionals en jobcoaches. Wat doet een jobcoach? Geraadpleegd via <https://www.noloc.nl/wat-doet-een-jobcoach>.
73. UWV perspectief. Re-integreren: zo word ik weer werkfit. Geraadpleegd via <https://perspectief.uwv.nl/artikelen/werkfit>.





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

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

---

### **Inhoudsopgave**

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

## 1. Rechtmatigheid uitbrengen van dit standpunt door het Zorginstituut

### *VRA/RN:*

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

### *Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:*

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

### *Revalidatie Friesland:*

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

### *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (Nvvh):*

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

### Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

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

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

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

#### *Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG):*

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

#### *Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde:*

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

#### *Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN):*

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

#### *Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN):*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

## **2. Omschrijving 'Plegen te bieden'**

#### *VRA/RN:*

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

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

*Zorgverzekeraars Nederland:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

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

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

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

*Verenso:*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

#### *Zorgverzekeraars Nederland:*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

#### *Pijnpatiëntennaar1stem:*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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



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

*Ergotherapie Nederland (EN):*

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

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

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

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

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

#### *VRA/RN:*

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

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

*Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

*Pijnpatientennaar1stem:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

*Nederlandse vereniging voor Reumatologie:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

#### *Ergotherapie Nederland:*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

#### **Onderdeel a: selectie van de ICF-items**

##### *VRA/RN:*

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



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

*Nederlandse Vereniging voor Reumatologie:*

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

*Patiëntenfederatie Nederland:*

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

*Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV):*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

#### *Ergotherapie Nederland:*

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

#### *Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN):*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

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

### **Onderdeel b: Qualifiers voor de ernst van de aanwezige items**

#### *VRA/RN:*

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

#### *Nederlandse Vereniging voor Reumatologie:*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

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

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

Graag toelichting ter verduidelijking.

Reactie Zorginstituut:

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

*Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF):*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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

VRA/RN:

- Matched care is de werkwijze zoals revalidatieartsen hun zorg plegen te bieden.
- VRA en RN gaan niet akkoord met het beschreven indicatie en stepped care model en de daarmee gepaard gaande toename van de administratieve lasten bij verwijzers en zorgverleners.
- Ook wij vinden dat een behandeling die in de eerste lijn plaats kan vinden niet voor vergoeding in de tweede lijn in aanmerking komt. Wij onderschrijven het uitgangspunt dat een revalidatiearts moet kunnen uitleggen waarom IMSR de aangewezen behandeling is. Goed documenteren hoort bij goede zorg leveren. De in uw concept standpunt beschreven werkwijze is echter niet zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.
- Wij zijn van mening dat in uw concept het stepped care-principe verkeerd is uitgewerkt door het uitsluitend in een retrospectieve context te plaatsen. Het principe van stepped care is echter in oorsprong vooral prospectief bedoeld in het kader van passende zorg met een actieve rol voor de revalidatiearts. Samen met de patiënt wordt beslist hoe het beste de gevraagde zorg vormgegeven kan worden met als uitgangspunt de meest effectieve en doelmatige zorg die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Essentieel hierbij is dat de revalidatiearts in de gelegenheid moet worden gesteld de eerste lijn aan te kunnen sturen met als revalidatiedoelen voor de patiënt: optimale zelfstandigheid, eigen regievoering en maatschappelijke participatie.
- In Bijlage C (vanaf pagina 42) staat "de werkgroep heeft geformuleerd welke informatie minimaal nodig is voor een revalidatiearts om te kunnen beoordelen of het stepped care-traject voldoende is ingevuld bij een patiënt die mogelijk in aanmerking komt voor IMSR-behandeling." Wij maken hiertegen bezwaar. De door de werkgroep genoemde informatie betreft niet de informatie die (minimaal) nodig is om een MSR-indicatie te stellen. Het is bovendien niet aan het ZIN (of de werkgroep), maar aan de revalidatiearts om te bepalen welke informatie nodig is voor de indicatiestelling. Mede door hun poortwachtersfunctie is het een kerncompetentie van revalidatieartsen om via matched care te indiceren. Het door u voorgestelde proces van indicatiestelling is een ontoelaatbare vereenvoudiging van de manier waarop revalidatieartsen dit plegen te doen. De inschatting door een revalidatiearts volgt geen eenvoudig 'afvinklijstje', maar is een professionele inschatting per individu, waarbij niet alleen de diagnose en de directe gevolgen daarvan, maar ook bijvoorbeeld persoonskenmerken en ambities meewegen in de uiteindelijke indicatiestelling. Deze werkwijze heeft zich inmiddels ruim bewezen; veel patiënten die worden aangeboden, krijgen geen MSR-indicatie. De vastlegging van de indicatiestellingen in het dossier behoort uiteraard wel tot de werkwijze zoals revalidatieartsen die plegen te bieden.
- Het concept standpunt wekt ten onrechte de indruk dat het dwingende stepped care beleid enkel geldt in gevallen die niet in de voorlopige tabel van VRA, RN en ZN staan. Zorgvuldige lezing laat zien dat het enkel een verschil betreft in vastlegging: in sommige gevallen moet alles vooraf vastgelegd worden en in andere gevallen kan dit ook achteraf. Feitelijk betekent dit dat ZIN de stepped care benadering integraal en algemeen wil gaan invoeren.
- In de 'Tabel integrale beoordeling revalidatiearts 220620' wordt geschreven: "In hoofdstuk 3 van dit standpunt gaan we in op de vraag of IMSR-behandeling bij bepaalde indicatiegroepen is aangewezen zonder voorafgaande behandeling in de eerste lijn." In hoofdstuk 3 vinden we echter géén indicaties waarvoor de eis van voorafgaande toestemming niet zou gelden.
- Uw standpunt zou in feite een verandering brengen in de werkwijze van revalidatieartsen, kennelijk enkel vanwege de wens tot verantwoording van medisch adviseurs van zorgverzekeraars om de beoordeling te kunnen toetsen. Medisch adviseurs hebben nooit méér informatie nodig dan de revalidatiearts om tot een beoordeling te kunnen komen.
- De beschrijving die u geeft van het stepped care-model (in hoofdstuk 4 en bijlage C) sluit inhoudelijk niet aan bij onze werkwijze in de praktijk<sup>2</sup>.

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

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

#### *Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:*

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

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

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

#### *Revalidatie Friesland*

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

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

*Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):*

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

*Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie:*

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

*Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH):*

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

*Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN):*

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

*Nederlandse Vereniging voor Reumatologie:*

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

*Patiëntenfederatie Nederland:*

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



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

#### Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

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

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

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

*Ergotherapie Nederland:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

## Opmerkingen over exclusiecriteria voor IMSR

### *Verenso:*

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

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

### *Patiëntenfederatie Nederland:*

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

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

### Reactie Zorginstituut:

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

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

### *Kenniscentra complexe chronische longaandoeningen (KCCL):*

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

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

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

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

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

*Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC):*

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

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

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

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

*Verenso:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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

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

#### VRA/RN:

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



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

*Basalt:*

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

*Revalidatie Friesland:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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

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

Reactie Zorginstituut:

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

*Ergotherapie Nederland:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

## 6. Arbeidsrevalidatie

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

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

### Reactie Zorginstituut:

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

*Patiëntenfederatie Nederland:*

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

### Reactie Zorginstituut:

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

*Ergotherapie Nederland:*

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

### Reactie Zorginstituut:

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

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

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

### *Patiëntenfederatie Nederland:*

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

### Reactie Zorginstituut:

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

### *Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal:*

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

### Reactie Zorginstituut:

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

## 8. MSR bij oncologische patiënten:

### *VRA/RN:*

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

### *Revalidatiecentrum Klimmendaal:*

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

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

*Revalidatie Friesland:*

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

*Verenigen arts en Volksgezondheid (VAV):*

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

*Patiëntenfederatie Nederland:*

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

*Ergotherapie Nederland:*

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

*Nederlandse Federatie voor Kankerpatiëntenorganisaties (NFK);*

*Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL);*

*Taskforce Cancer Survivorshipcare:*

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

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

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

*Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie:*

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

*Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH):*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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



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

## 9. Overig

### *Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ):*

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

### Reactie Zorginstituut:

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

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

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

### *Patiëntenfederatie Nederland:*

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

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

*Pijnpatientennaar1stem:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

*Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF):*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

#### *Nederlandse Vereniging voor Neurologie:*

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

#### Reactie Zorginstituut:

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

### **Impact en uitvoerbaarheid**

#### *VRA/RN:*

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

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

*Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:*

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

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

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

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

*Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):*

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

*Zorgverzekeraars Nederland (ZN):*

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

*Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV):*

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

*Patiëntenfederatie Nederland:*

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

*Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH):*

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

*Nederlandse Vereniging voor reumatologie:*

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

-

Reactie Zorginstituut:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

## **Totstandkoming van standpunt**

*VRA/RN:*

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

Reactie Zorginstituut:

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

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

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

## **Perspectief patiënten**

### *Revalidatiecentra Basalt/Klimmendaal/Friesland:*

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

### Reactie Zorginstituut:

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

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

## **Bijlage over arbeidsrevalidatie:**

### *Ergotherapie Nederland:*

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

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

*Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF):*

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

Reactie Zorginstituut:

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