

INDICATIESTELLING

REVALIDATIEZORG

Revalidatie Nederland	RN
Nederlandse vereniging van Revalidatieartsen	VRA
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	NVZ
Zorgverzekeraars Nederland	ZN
Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren	KPZ

Mei 2001

Inhoud

Inleiding	3
Aard, inhoud en omvang van revalidatiezorg	4
• Aard van de functie	4
• Aanspraak van de verzekerde	5
• Omvang van de aanspraak op revalidatie	6
De indicering voor revalidatiezorg	7
• Waarvoor kan geïndiceerd worden ?	7
• Welke criteria gelden ?	8
Procedures bij de indicering voor revalidatiezorg	11
• Diagnostieken advisering	11
• Medebehandeling	12
• Behandeling	12
Beoordelingskader Nieuwe Revalidatieprogramma's	14

Bijlagen

Bijlage I: Schematische voorstelling voor het bepalen van een revalidatie-indicatie	16
Bijlage II: Diagnosegroepen	17
Bijlage III: Definities	18
Bijlage IV: Verstrekkingenbesluit	29

Het Besluit

Artikel 8.1 van de Ziekenfondswet geeft aan dat verzekerden aanspraak hebben op revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. In art. 8.3. wordt verwezen naar het verstrekkingenbesluit waarin in art. 23 de inhoud en omvang van de aanspraken nader worden geregeld:

Genoemde revalidatiezorg omvat onderzoek, behandeling en advisering te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.

Op revalidatiezorg bestaat slechts aanspraak indien: deze hulp als meest doeltreffend is aangewezen gericht op het voorkomen of verminderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, teneinde de

verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Een verdere detaillering inzake de verstrekking revalidatiezorg is vastgelegd in de uitkomst van overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland enerzijds, de VRIN, VAZ en NVZ anderzijds. Dit onderhandelingsresultaat verkreeg op 22 augustus 1996 de wettelijk vereiste goedkeuring en is sinds die tijd een vast onderdeel van de overeenkomsten tussen instellingen en verzekeraars. De onderhavige nota "indicatiestelling revalidatiezorg" is een onderdeel van de U.V.O. De tekst van de thans vigerende UVO is in deze nota NIET opgenomen.

INLEIDING

In mei 1993 is de eerste door de VRA, RN, NVZ, ZN (toenmalig VNZ en KLOZ) en KPZ de nota "Indicatiestelling Revalidatiezorg" uitgebracht. Deze nota bevat een gezamenlijk advies aan de respectievelijke achterbannen over de indicatiestelling van de per 1-1-1992 geldende functioneel omschreven (AWBZ) verstrekking voor de revalidatiezorg. Doel van de nota was bij te dragen aan het ontstaan van een helder inzicht in de rechten van verzekerden op de revalidatiezorg door het aanreiken van richtlijnen en procedures over de indicatiestelling.

Een tweede versie van de nota verscheen in juli 1994. Aanleiding was een verschil van inzicht over de indicatie voor revalidatiezorg voor patiënten met verkregen cognitieve stoornissen zonder (resterende) motorische stoornissen. De afspraak werd toen gemaakt nader onderzoek te doen op basis van een protocol over diagnostiek en behandeling voor deze patiëntengroep. De resultaten van dit onderzoek zijn in deze vernieuwde derde versie van de nota verwerkt. Tevens bevat deze nota een beoordelingskader over de ontwikkeling van nieuwe revalidatieprogramma's en de inpassing van nieuw aanbod in het verzekeringsstelsel.

De besturen van ZN, RN, NVZ, KPZ en VRA bevelen de in deze nota omschreven richtlijnen voor de indicatiestelling van de revalidatiezorg van harte aan. Voor interpretatievragen die zich in de uitvoering van de revalidatieverstrekking tussen zorgverzekeraars en revalidatie-instellingen voordoen kan een beroep worden gedaan op een door partijen ingestelde landelijke begeleidingscommissie.

Mei 2001

AARD, INHOUD EN OMVANG VAN REVALIDATIEZORG.

3 Indicatiestelling Revalidatiezorg

Aard van die functie

Revalidatiezorg omvat de kennis, vaardigheid en faciliteiten van specifiek revalidatiegeneeskundige aard op specialistisch niveau, die zich richten op de complexe en/of ingrijpende blijvende gevolgen, in de zin van stoornissen en beperkingen van:

- somatische ziekten, -trauma's of aangeboren afwijkingen van het houdings- en bewegingsapparaat,
- somatische ziekten of aandoeningen die tot complexe en/of ingrijpende beperkingen in het bewegingsvermogen leiden,
- somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel, leidend tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen,
- somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel leidend tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, in principe in persisterende aanwezigheid van defecten in het bewegingsvermogen.

De revalidatiezorg beoogt ten behoeve van deze problematiek:

- de stoornissen en de (mogelijk) daaruit voortvloeiende beperkingen zo vroeg mogelijk te onderkennen (diagnostiek).
- daarover op verzoek te adviseren (advies en consultatie),
- en door behandeling, op basis van analyse/diagnostiek van deze stoornissen en/of beperkingen en de (mogelijk) daaruit voortvloeiende handicap dezen te voorkomen, herstellen of verminderen, dan wel door beperkingen beter hanteerbaar te maken handicap preventie te bewerkstelligen.

Toelichting

Elk handelen in de gezondheidszorg dient mede gericht te zijn op het voorkomen, herstellen of verbeteren van de gevolgen van aandoeningen in de zin van stoornissen en beperkingen waarop dat handelen betrekking heeft. Deze kennis en vaardigheid behoren in principe tot het normale arsenaal van mogelijkheden die door de gezondheidszorg geboden worden. Zo hoort fysieke reconditionering na een hartinfarct of bij longaandoeningen tot de competentie en het normale arsenaal van de voor deze aandoening primaire behandelaar. Echter, in een aantal gevallen is de dreiging van blijvende, complexe en/of ingrijpende gevolgen zo groot, dan wel is de aangewezen interventie om dit te voorkomen op stoornissen- en beperkingenniveau dermate complex dat specifieke specialistische kennis en vaardigheid vereist is om een adequaat resultaat te bereiken gericht op het voorkomen, herstellen of verminderen van de genoemde gevolgen. In hoofdlijnen betreffen dit aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat en/of van het centraal en perifeer zenuwstelsel indien deze tot stoornissen leiden die tot blijvende, complexe of ingrijpende beperkingen en handicaps (kunnen) leiden. Een enkele keer kunnen het ook de gevolgen van andere aandoeningen (bijvoorbeeld hart of long) zijn die stoornissen veroorzaken welke tot zodanige beperkingen en handicaps (kunnen) leiden dat revalidatiezorg benodigd is.

Bij somatische ziekten, trauma's en aangeboren afwijkingen bij kinderen vormt het groei- en ontwikkelingsaspect een bijzonder punt van aandacht en kan revalidatiezorg benodigd zijn om latere blijvende gevolgen te voorkomen of verminderen.

Tenslotte verdient nog vermelding dat, hoewel niet als onderdeel van aanspraken van verzekerden te onderkennen, in de revalidatiegeneeskunde ook de functies ontwikkeling en overdracht (opleiding) van revalidatiegeneeskundige expertise plaats vinden.

Aanspraak van de verzekerde.

De verzekerde heeft een aanspraak op de functie revalidatiezorg indien sprake is van dreigende of te verwachten blijvende gevolgen van complexe en/of ingrijpende aard van aandoeningen, waarbij voor een doelmatige en doelgerichte diagnostiek, behandeling en advisering deze specifiek revalidatie geneeskundige kennis van specialistisch niveau benodigd is.

De aanspraak naar inhoud

De aanspraak op de functie revalidatiezorg kon in de volgende delen onderscheiden worden:

- De aanspraak van de verzekerde omvat het recht op onderzoek en advisering over bestaande, dreigende of te verwachten complexe en/of ingrijpende gevolgen van blijvende aard van somatische aandoeningen, in de zin van stoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen en handicaps.
- Het onderzoek, de advisering en/of behandeling van de dreigende of te verwachte gevolgen van complexe en/of ingrijpende aard van genoemde somatische aandoeningen, in de zin van stoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen en handicaps, waar, voor een doelmatige en doelgerichte behandeling en advisering revalidatiegeneeskundige kennis, vaardigheid en faciliteiten benodigd zijn naar de algemeen aanvaarde standaard.
- De revalidatiezorg omvat de inzet van revalidatiegeneeskundige kennis, vaardigheid en faciliteiten van specialistisch niveau, al dan niet gepaard gaande met verzorging, verpleging of verblijf in een instelling gedurende een etmaal of deel daarvan, voorzover dit voor een goede en doelmatige zorgverlening nodig is, dan wel door de kenmerken van de verzekerde noodzakelijk is.
- De revalidatiegeneeskundige benadering vindt plaats door de medisch specialist op dat terrein, meestal de revalidatie-arts, dan wel - afhankelijk van de problematiek - in teamverband onder diens leiding, waardoor een zo deskundig mogelijk en op de zorgvraag passende advisering en behandeling op basis van het revalidatiegeneeskundig onderzoek wordt gewaarborgd.

Omvang van de aanspraak op revalidatie

De verzekerde kan zijn aanspraak op revalidatiezorg als te voren omschreven tot gelding brengen:

- indien en voor zolang daarmee het ontstaan van beperkingen en handicaps kan worden voorkomen, hersteld of verminderd naar de algemeen aanvaarde standaard.
- en indien en voor zolang als de inzet van die zorg kan leiden tot het bereiken dan wel behouden van een mate van zelfstandigheid, die gegeven blijvende of progressieve stoornissen, redelijkerwijs mogelijk is.
- en indien en voor zolang het bereiken en/of behouden van genoemde mate van zelfstandigheid niet op gelijkwaardige wijze bereikt kan worden door inzet van functies op grond van andere aanspraken en rechten.
- en indien en voor zover het bereiken en behouden van de genoemde mate van zelfstandigheid niet in redelijkheid door de verzekerde en/of zijn directe leefverband kon worden gerealiseerd.

Toelichting

Voor de beoordeling van de gevolgen voor het functioneren in de zin van beperkingen in het functioneren wordt aangesloten bij de in de revalidatiegeneeskunde ontwikkelde SAMPC- en/of RAP-methodiek. Aan de hand van SAMPC of RAP worden de gevolgen van stoornissen beschreven als beperkingen in vaardigheden en activiteiten op een aantal gebieden van het functioneren (zie bijlage :ordening (beperkingen in) activiteitengebieden volgens SAPMC en RAP)

De rechten van de verzekerde omvatten een beroep op de verstrekking revalidatiezorg, voorzover en zolang naar de algemeen aanvaarde standaard de verzekerde zelf, zijn directe leefverband of andere hulpverleners onvoldoende in staat zijn om gegeven de aard van de aandoening en de blijvende stoornissen een daarbij passende en mogelijke fysieke, psychische en maatschappelijke zelfredzaamheid te bereiken of te behouden.

DE INDICERING VOOR REVALIDATIEZORG

Waarvoor kan geïndiceerd worden

De indicering voor (specialistische) revalidatiezorg, zoals bedoeld in de functionele omschrijving in het voorgaande nader gespecificeerd, kan betreffen:

- a. **Diagnostiek**
- b. **Advisering**
- c. **Medebehandeling**
- d. **Behandeling**

Toelichting

a. **Diagnostiek**

Diagnostiek omvat het onderzoek naar aanwezige en/of te verwachten stoornissen, beperkingen en handicaps, samen met de daaraan ten grondslag liggende medische diagnose resulterend in de revalidatiediagnose, alsmede de prognose in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps en een eventueel vaststellen van een revalidatie behandelingsindicatie in termen van indicatiecriteria. Met de 2e functie wordt de aanspraak van de verzekerde op revalidatiegeneeskundige expertise zeker gesteld.

Het onderzoek kan plaatsvinden:

- in een poliklinische situatie
- in de thuissituatie van verzekerde
- in een verblijfsituatie van verzekerde elders
- bij verblijf van verzekerde in een revalidatie-instelling met als doelstelling observatie in het kader van dit onderzoek.

Het onderzoek kon worden uitgevoerd door een revalidatiearts alleen of in samenwerking met het revalidatieteam.

b. **Advisering**

Het opstellen van een - naar duur, frequentie en episode en naar benodigde middelen gespecificeerd - concreet (deel)behandeladvies betreffende in redelijkheid te bereiken behandeldoelen op basis van de revalidatiediagnose en -prognose. Het behandeladvies kan zowel betreffen de behandeling door andere hulpverleners als de voor de revalidatiezorg gecontracteerde hulpverlener. Het advies kan worden uitgebracht aan de verzekerde, de verwijzer en/of de verzekeraar.

Advisering zal voorafgegaan worden door diagnostiek in het kader van de revalidatiezorg. Zowel de revalidatiearts als het revalidatieteam onder diens verantwoording kunnen daarbij betrokken zijn. Advies kan ook uitgebracht worden op basis van door de verwijzer aangebrachte diagnostische informatie en onderzoekgegevens.

c. Medebehandeling

Ondersteuning van de primaire behandelaar met specifiek revalidatie-geneeskundige expertise door een voor de revalidatiezorg gecontracteerde aanbieder (meestal revalidatie-arts of revalidatie-arts met revalidatieteam). Deze medebehandeling kan in de thuissituatie ter ondersteuning van de huisarts of in de poliklinische, klinische of andere verblijfsituatie ter ondersteuning van een specialist of andere medicus plaatsvinden.

d. Behandeling

Specifiek revalidatiegeneeskundige behandeling door het revalidatieteam van daartoe geïndiceerde revalidatieproblematiek op geleide van een episodegebonden behandelplan gericht op het bereiken van een combinatie van de navolgende doelen in onderlinge relatie, afhankelijkheid en afstemming:

- herstel of verminderen van stoornissen op somatisch, cognitief en communicatief terrein,
- herstel of verminderen van beperkingen in activiteiten en vaardigheden op de velden van SAMPC of RAP (zie bijlage).

Het bereiken van bovengenoemde doelen op stoornissen- en beperkingenniveau beoogt het voorkomen of verminderen van handicaps. Daarnaast wordt op het handicapniveau zelf bijgedragen aan vergroting van acceptatie en verwerking en vermindering van de sociaal nadelige positie.

Nazorg maakt onderdeel uit van het behandelplan. Onder nazorg wordt verstaan: Het na enig tijdsverloop na het afsluiten van de revalidatiebehandeling nagaan of het bereikte resultaat op het gewenste niveau gehandhaafd kan worden. Zo dit niet het geval is, kan er reden zijn een nieuwe revalidatiebehandelingsindicatie te stellen. Dit kan aan de orde zijn bij patiënten die aan een chronisch progressieve aandoening lijden en bij kinderen waarbij uiteraard de te bereiken revalidatiedoelen afgezet dienen te worden tegen het leeftijds- cq. ontwikkelingsniveau.

De behandeling kan plaatsvinden in een poliklinische situatie, bij verblijf van de verzekerde thuis of bij verblijf van de verzekerde in een revalidatieinstelling.

Welke indicatiecriteria gelden

De aanspraak op revalidatiezorg bestaat wanneer de optredende (opgetreden) stoornissen (kunnen) leiden tot complexe en/of ingrijpende blijvende beperkingen en handicaps. (Een lijst van aandoeningen waartoe dan vaak de oorzakelijke aandoening zal behoren is ter toelichting vermeld in bijlage II).

De indicatie voor (specialistische) revalidatiezorg wordt aan de hand van de volgende criteria bepaald:

I De verwachte mate van herstel

Toelichting:

Revalidatiegeneeskunde heeft als kenmerk dat de doelgroep wordt gevormd door mensen met een ziekte of aandoening die blijvende stoornissen met daaruit voortvloeiende beperkingen en handicaps in het dagelijks leven tot gevolg heeft of dreigt te hebben.

Als verwacht mag worden dat met de gangbare medische (niet zijnde revalidatiegeneeskundige) behandeling blijvende stoornissen met daaruit voortvloeiende beperkingen en handicaps adequaat kunnen worden voorkomen is er geen indicatie voor specialistische revalidatie.

Tevens dient de (specialistische) revalidatiezorg (nog) een reële mogelijkheid te bieden een bijdrage te leveren aan het realiseren van de doelstellingen zoals eerder geformuleerd (zie pag. 8) en in het navolgende criterium II.

II. De meervoudigheid van de aanwezige of te verwachten beperkingen en handicaps, gecombineerd met de complexiteit van de doelstellingen, in aanmerking genomen de levensfase en het premorbide niveau van functioneren van de patiënt.

Toelichting:

De revalidatiegeneeskundige diagnostiek en behandeling richt zich op de functionele gevolgen van de genoemde probleemcategorieën op vijf activiteiten/vaardigheidsgebieden, aangeduid met SAMPC of RAP, die voor het dagelijks functioneren van de mens van belang zijn.

Als er een indicatie is voor specialistische revalidatie, is er sprake van beperkingen op een combinatie van deze gebieden in de SAMPC of RAP, in principe in samenhang met het somatisch gebied (SAMPC) of het mobiliteitsveld (RAP).

De maatschappelijke situatie en de (mogelijkheid tot) actieve tijdsbesteding, gezinstaken, arbeid en onderwijs, bepalen enerzijds de indicatie. Anderzijds bepalen zij de mogelijkheid tot het bereiken van dat niveau van ambulante, zelfverzorging, cognitief functioneren en communicatie dat nodig is om die maatschappelijke rol weer geheel of gedeeltelijk te vervullen, de indicatie.

Leeftijd speelt daarbij een rol, maar is geen zelfstandig criterium. Ook ouderen kunnen zich in een maatschappelijk zeer actieve premorbide situatie hebben bevonden, zodat het revalidatiedoel complex is. Vitaliteit is daarbij belangrijker dan leeftijd.

III Leerbaarheid en trainbaarheid van patiënt

Toelichting:

De patiënt moet in staat zijn actief te participeren in een revalidatieprogramma en samen met de hulpverleners tot het gewenste resultaat komen, dan wel de prognose moet bestaan dat de patiënt binnen afzienbare tijd zal kunnen participeren. Uiteraard dient bij jonge kinderen het groei- en ontwikkelingsaspect

te worden meegewogen en de rol van de omgeving, met name de ouders, in die groei en ontwikkeling.

IV De mogelijkheid dat de patiënt weer (op termijn) in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie kan functioneren

Toelichting:

Dit criterium dient vooral te worden gehanteerd bij het bepalen of klinische revalidatie geïndiceerd is. Is bij voorbaat duidelijk dat iemand, ook met adequate verzorging, niet meer in een eigen woonomgeving kan functioneren en aangewezen zal zijn op plaatsing in een verpleeghuis, dan verdient primaire plaatsing in een verpleeghuis meestal de voorkeur. Het komt incidenteel voor dat 'complexe stoornissen' een korte behandelperiode in een klinisch revalidatiecentrum vereisen, waarna plaatsing in een verpleeghuis volgt.

Zie ook:

- Bijlage I : Schematische voorstelling bepalen van een revalidatie-indicatie
- Bijlage II : Diagnosegroepen
- Bijlage III : Definities

PROCEDURES BIJ DE INDICERING VOOR REVALIDATIEZORG

De uitvoeringspraktijk van gehanteerde procedures bij de indicering voor revalidatiezorg is thans zeer divers en varieert van een systematiek van individuele machtiging tot een collectieve melding achteraf. De intentie van partijen is een landelijke uniforme regeling in te voeren, die tegemoet komt aan een transparante zorgverlening en verantwoording met een minimum aan bureaucrativering. Doel is in samenhang met de invoering van een regiem van productgestuurde (DBC) bekostiging uiterlijk in 2003 een landelijk uniforme procedure in te voeren. In afwachting hiervan is de tekst van de oude nota gehandhaafd.

Diagnostiek en advisering

De indicatie voor diagnostiek en/of advisering in het kader van revalidatiezorg ("verwijzing naar revalidatiearts") wordt gesteld door een behandelend arts, niet zijnde een revalidatiearts, dan wel door de verzekeraar (de verzekeraar heeft het recht om eigenstandig voor zijn verzekerde de toegang tot de revalidatiezorg zeker te stellen), op grond van de inschatting over de (verwachte) blijvende en complexe en/of ingrijpende beperkingen en handicaps van de verzekerde en voorzover een revalidatie-behandelingsindicatie niet reeds is gegeven.

Toestemming van de verzekeraar hiervoor wordt geacht te zijn gegeven voor de poliklinische situatie, al dan niet in een revalidatie-instelling, en voor een verblijfs-situatie van de verzekerde thuis of elders, niet zijnde een revalidatie-instelling, voor 1 tot ten hoogste 6 contacten, met het revalidatieteam (eventueel anders in individuele overeenkomst).

De diagnostiek en/of advisering wordt afgesloten met een schriftelijke rapportage aan de verzekerde en/of de verwijzer en/of verzekeraar.

Toelichting:

De specifieke revalidatiegeneeskundige kennis van specialistisch niveau betreffend de diagnostiek en advisering is op deze wijze beschikbaar voor de verzekerde, indien een behandelend arts deze noodzakelijk acht. Het betreft gewoonlijk ambulante patiënten, dan wel patiënten die in een ziekenhuis, verpleeghuis of elders zijn opgenomen.

Een enkele keer zal de aard van de handicap of aandoening van de patiënt dan wel een goede en doelmatige diagnostiek, een verblijf in een Revalidatieinstelling wenselijk maken. Het verdient aanbeveling dat terzake tussen aanbieders van zorg en verzekeraar overeenstemming bestaat over die gevallen waarin een klinische periode aangewezen lijkt (lijst met handicap en/of stoornissen en beperkingen bijv.). Het staat de verzekeraar vrij om alsnog het toestemmingsvereiste te hanteren, indien dit voor een goed toezicht wenselijk lijkt. Een en ander te realiseren middels de individuele overeenkomst.

In deze gevallen waarin diagnostiek en advisering wordt gevraagd zal de revalidatiearts boek houden van de, per verwezen verzekerde te noteren, gegevens betreffende:

- *verwijsindicatie en onderliggende diagnose*
- *inzet van deskundigen naar tijd en intensiteit voor het stellen van de revalidatie diagnose en advisering en de noodzaak daartoe; plus verslag van de deskundigen over die diagnostiek*
- *het uitgebrachte advies aan de verwijzer*

Het verdient aanbeveling dat periodiek de revalidatiearts en de medisch adviseur van de verzekeraar over deze gegevens overleg voeren en vervolgafspraken ter zake vastleggen.

Medebehandeling

Het verzoek om medebehandeling wordt gedaan door een behandelend arts, dan wel de verzekeraar en bevestigd door de revalidatiearts op geleide van de genoemde criteria.

Toestemming van de verzekeraar hiervoor wordt geacht te zijn gegeven voor ten hoogste 6 medebehandelingen van het revalidatieteam (eventueel anders in individuele overeenkomst).

Medebehandeling kan zowel klinisch plaatsvinden bij in het ziekenhuis (of elders, bijv. verpleeghuis) opgenomen patiënten als in een poliklinische setting van de revalidatiezorg, als bij verblijf van de verzekerde in de thuissituatie.

De revalidatiearts doet melding van deze medebehandeling aan de verzekeraar, met vermelding van

- revalidatiediagnose
- benodigde inzet van revalidatieteam naar deskundigheid, duur en frequentie
- revalidatiemededebehandelingsdoelstelling

Behandeling

De verstrekking revalidatiezorg voor wat betreft revalidatiebehandeling door de voor de revalidatiezorg gecontracteerde aanbieder, is onderhevig aan een toestemming van de verzekeraar. De revalidatiebehandelingsindicatie wordt gesteld, dan wel bevestigd, door de revalidatiearts waarnaar verwezen is, op geleide van de criteria en wordt voor toestemming aangemeld bij de verzekeraar, voorzien van tenminste de navolgende informatie:

- a. revalidatiebehandelingsindicatie, met gegevens over verwijsindicatie en onderliggende diagnose, plus naam verwijzer
- b. revalidatiebehandelingsplan met vermelding van plaats, duur, intensiteit, benodigde deskundigheid en frequentie
- c. de noodzaak tot inzet van onder b genoemde
- d. het resultaat dat wordt beoogd en de daarvoor relevante beoordelingsparameters
- e. de voorziene duur van de behandeling en het tijdstip en de wijze waarop over voortgang en resultaat wordt gerapporteerd

De aanmelding dient 2 weken voordat het toestemmingsvereiste van kracht wordt, behoudens spoedgevallen, bij de verzekeraar aanwezig te zijn. In dat laatste geval zal toestemming worden gevraagd binnen 2 dagen na aanvang van de behandeling. Het verdient aanbeveling voor deze toestemmingsprocedure een landelijk uniform formulier te gebruiken.

De verzekeraar deelt zijn beslissing zo snel mogelijk mede. Twee weken na ontvangst van de toestemmingsaanvraag wordt de toestemming geacht te zijn verleend tot het moment dat de verzekeraar een beslissing heeft genomen op een tijdig ingediende aanvraag.

Als alternatief kan ook in overleg tussen de verzekeraar en de revalidatiearts besloten worden tot een procedure met een "gegeven geachte toestemming" voor een periode van ten hoogste 6 maanden, aan de hand van een lijst met overeengekomen behandelingsindicaties en daarbij behorende inzet van middelen en duur van behandeling en al of niet verblijf in een instelling. Toetsing vindt dan, conform de onderzoeks- en adviseringsfase, achteraf plaats en leidt tot het vastleggen van afspraken terzake.

BEOORDELINGSKADER NIEUWE REVALIDATIEPROGRAMMA'S

De revalidatieverstrekking is geen statisch gegeven en wordt beïnvloed door factoren die in vraagontwikkeling een rol spelen. Het realiseren van een op de behoeften van de patiënten en verzekerden afgestemd revalidatieaanbod is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van verzekeraars en aanbieders van revalidatiezorg. Monitoring van de zorgvraag is van belang om een passend revalidatieaanbod te blijven bieden. Daarbij past een beoordelingskader over de ontwikkeling van nieuwe revalidatieprogramma's, alsmede de inpassing van nieuw aanbod in het verzekeringsstelsel.

In de praktijk is gebleken dat vragen over de toepassing van de revalidatieverstrekking vooral betrekking hebben op het grensvlak tussen specialistische revalidatiegeneeskunde en niet-specialistische revalidatie. De revalidatieverstrekking is bestemd voor de specialistische revalidatiegeneeskunde, waarbij voor de niet-specialistische revalidatie in de praktijk veelal niet duidelijk is welke verstrekkingentitel van toepassing is. De aan een verstrekking gekoppelde financiële regelgeving is daarbij een factor van betekenis.

Geadviseerd wordt in het 'lokaal' overleg tussen aanbieders en verzekeraars nadere afspraken over de ontwikkeling en beoordeling van nieuwe revalidatieprogramma's te maken en daarbij de volgende vertrekpunten te hanteren:

- de ontwikkeling van nieuwe revalidatieprogramma's wordt systematisch geëvalueerd
- de financiering van het evaluatieonderzoek maakt deel uit van de te maken afspraak
- gedurende de looptijd van het onderzoek worden nieuwe revalidatieprogramma's in gesepareerde productie- en budgetafspraken vastgelegd
- de conclusies van het evaluatieonderzoek worden voorgelegd aan de landelijke adviescommissie revalidatiezorg van ZN en VRIN met het oog op inpassing in een landelijk afsprakenkader.

De inpassing van nieuw revalidatieaanbod in het verzekeringsstelsel vraagt een beoordeling en afweging op basis van de volgende drie mogelijkheden:

- binnen de revalidatieverstrekking indien (nieuwe) revalidatieprogramma's voldoen aan de indicatiecriteria van de revalidatieverstrekking
- indien (nieuwe) revalidatieprogramma's niet voldoen aan de indicatiecriteria van de revalidatieverstrekking, maar wel passen in het kader van 'noodzakelijk te verlenen zorg', is een andere verstrekkingentitel aan de orde
- tot slot bestaat de mogelijkheid dat nieuw aanbod niet past binnen een kader van 'noodzakelijk te verlenen zorg', maar wel een bijdrage levert aan het welbevinden van patiënten c.q. verzekerden. Een positionering in een aanvullend verzekeringspakket is dan de aangewezen weg.

Een beoordeling binnen de geschetste kaders is reeds aan de orde geweest bij de revalidatie van hartpatiënten en patiënten met (niet-aangeboren) hersenletsel, waarbij de lichamelijke beperking niet op de voorgrond staat (cognitieve revalidatie). Beide onderwerpen waren onderwerp van landelijk overleg van aanbieders en verzekeraars.

Om een beoordelingskader voor de hartrevalidatie te ontwikkelen is in juli 2000 een gemeenschappelijke richtlijn opgesteld door alle landelijk betrokken organisaties van aanbieders en verzekeraars. Uit onderzoek bleek slechts een klein deel van de hartpatiënten aan de gestelde criteria voor de revalidatieverstrekking te voldoen. In de vorm van een producttypering voor de hartrevalidatie werd een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige, meervoudige en complexe problematiek. Hartpatiënten met een complexe problematiek bleken te voldoen aan de indicatiecriteria van de revalidatieverstrekking. Afsproken werd voor geïndiceerde patiënten met enkelvoudige en meervoudige problematiek adequate (CTG)bekostigingsregels te ontwikkelen.

Voor de cognitieve revalidatie werd een soortgelijke benadering doorlopen. Op basis van een vastgesteld protocol werd in een tweetal instellingen (RCA en St. Maartenskliniek) een revalidatieprogramma op effectiviteit geëvalueerd. Op basis van een door de revalidatiesector (VRIN en VRA) opgesteld kwaliteitsprofiel is vervolgens onder een aantal voorwaarden (waaronder een gereguleerd landelijk spreidingsbeleid) de cognitieve revalidatie onder het regiem van de revalidatieverstrekking gebracht.

De verwachting is dat de komende jaren ook voor andere doelgroepen een nadere landelijke beoordeling gewenst is. Chronische pijn en arbeidsrevalidatie zijn daar een voorbeeld van. De behoefte aan nieuwe revalidatieprogramma's wordt veroorzaakt door een groeiende vraag naar kwaliteit van leven bij patiënten met chronische aandoeningen ('consumentendruk'). Tevens speelt de toenemende complexiteit van de medisch specialistische geneeskunde een rol met een noodzakelijke intensievere samenwerking van de revalidatiearts met andere medisch specialismen en een hechtere inbedding van de revalidatiegeneeskunde in de ziekenhuizen.

Bijlagen

Bijlage I

Schematische voorstelling voor het bepalen van een revalidatieindicatie:

- 1. Zijn er blijvende beperkingen / handicaps te verwachten?**
 - * Neen => geen revalidatiebehandelingsindicatie
 - * Misschien => 1. door primaire behandelaar te voorkomen of te behandelen => geen indicatie
2. onduidelijk => indicatie voor revalidatiediagnostiek en/of advisering
 - * Ja => volgende criterium

- 2. Zijn er meervoudige en complexe revalidatiedoelen?**
 - * Neen => geen revalidatiebehandelingsindicatie
 - * Misschien => nadere diagnostiek eventueel met inschakelen revalidatieteam
 - * Ja => volgende criterium

- 3. Is de patiënt c.q. zijn directe omgeving leerbaar / trainbaar?**
 - * Neen => geen revalidatiebehandelingsindicatie
 - * Misschien => eventueel observatie gedurende 4 – 6 weken overwegen met proefbehandeling
 - * Ja => volgende criterium

- 4. Kan de patiënt zich (nu al) voldoende redden thuis, eventueel met (georganiseerde of informele hulp)?**
 - * Ja => kan de behandeling elders door andere hulpverleners met specialistische revalidatiegeneeskundige ondersteuning plaatsvinden?
 - * ja => indicatie voor advisering / medebehandeling
 - * neen => indicatie voor revalidatiedagbehandeling c.q. specialistische revalidatiebehandeling in de verblijfsituatie
 - * Neen => volgende criterium

- 5. Kan de patiënt op termijn naar een (aangepaste) eigen woonomgeving?**
 - * Ja => indicatie voor klinische revalidatie
 - * Neen => is gespecialiseerde revalidatiediagnostiek en/of behandeling nodig ter verbetering van de verpleegbaarheid / verzorging?
 - * ja => indicatie klinische revalidatie ter voorbereiding opname elders
 - * neen => opname elders (b.v. verpleeghuis); indicatie voor advisering / medebehandeling.

Bijlage II

Indien er sprake is van een revalidatiebehandelingsindicatie zal de oorzakelijke aandoening meestal tot de volgende diagnosegroepen behoren:

- A Chirurgische en orthopedische groep
- amputaties en misvorming van extremiteiten
 - gewrichtsaandoeningen en -afwijkingen, zoals arthritis, arthrose, osteochondrose, osteochondritis, traumata, contracturen, ankylose, status na athrodese, endoprothese
 - multitraumapatiënten
 - brandwonden
 - handletsels
 - aandoeningen van de wervelkolom
- B Neurologische groep
- cerebrale beschadigingen
 - bij of vanaf de geboorte aanwezig (infantiele encephalopathiën en neurologische dysfuncties die tot complexe en ernstige handicaps (kunnen) leiden
 - later verkregen (cva, traumata, infecties, tumoren)
 - dwarsleasies, myelomeningocèles
 - perifere Zenuwletsels
 - polyneuritis en polyradiculitis
 - neuromusculaire aandoeningen
 - multipele sklerose, amyotrofische lateraalsklerose
 - M. Parkinson
 - poliomyelitis
 - reflexdystrofieën
- C Reumatische aandoeningen
- reumatoïde arthritis
 - spieraandoeningen en collageenziekten
 - M. Bechterew.
- D Orgaanaandoeningen
- hart- en longaandoeningen alleen, indien ondanks optimale fysieke reconditionering, toch nog ernstige en complexe beperkingen en handicaps resteren of op korte termijn te verwachten zijn

Bijlage III

Definities:

- * Onder revalidatieteam moet worden verstaan het team van revalidatiedeskundigen dat nodig is om de specialistische revalidatiezorg in zijn volle omvang te kunnen geven. Dit team bestaat in zijn basissamenstelling ondermeer uit: revalidatiearts, psycholoog/orthopedagoog, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, verpleegkundige, revalidatietechnicus.

- ** Onder revalidatie-instelling moet worden verstaan een revalidatiecentrum dan wel een afdeling van een algemeen ziekenhuis waaraan minimaal één revalidatieteam is verbonden.

Bijlage IV

Ordering (beperkingen in) activiteitengebieden volgens SAMPC en RAP

SAMPC model

- *Somatisch: somatische basisvaardigheden*
- *ADL: activiteiten dagelijks leven*
- *Maatschappelijk functioneren (waaronder het deelnemen aan het arbeidsproces een rol kan spelen)*
- *Psychisch functioneren*
- *Communicatief functioneren*

RAP model

- *Communicatie*
- *Mobiliteit*
- *Persoonlijke verzorging*
- *Dagvulling (waaronder het deelnemen aan het arbeidsproces een rol kan spelen)*
- *Relaties*

Beperkingen in activiteitengebieden beschreven in één van de twee modellen zijn het gevolg van stoornissen (somatisch, cognitie/gedrag en/of communicatie)