

**Kinderrevalidatiegeneeskunde: elk kind
wil gewoon mee doen!**

**Strategienota
(versie 14 april 2019)**

Sectie kinderrevalidatiegeneeskunde

VRA 2019

Inleiding:

In september 2016 is de eerste versie van de Strategienota van de Sectie Kinderrevalidatiegeneeskunde, "Kinderrevalidatie: elk kind wil gewoon meedoen!" vastgesteld. In de afgelopen jaren zijn de thema's van de nota door diverse werkgroepen van de sectie verder uitgewerkt. Om de strategie actueel te houden en hem verder te onderbouwen is deze tweede versie van de strategienota ontwikkeld, met meer cijfermatige onderbouwing. Om de geformuleerde strategische doelen verder te brengen zal op basis van deze nota meer dan voorheen de samenwerking gezocht worden met andere partijen in het veld, vooral Revalidatie Nederland.

Hoofdstuk 1: Feitenoverzicht impact kinderrevalidatie

Kinderrevalidatie is een omvangrijk deel van de medisch specialistische revalidatiezorg in Nederland, met een grote maatschappelijke impact. Zeker wanneer we ons realiseren dat een groot deel van het cohort kinderen na hun 18e in de volwassenen revalidatie terechtkomen.

- 15 % van alle patiënten in de medisch specialistische revalidatie zijn kinderen (onder de 18 jaar).
- Kinderrevalidatie is 1/3 van alle revalidatiezorg gemeten in uren patiëntgebonden tijd.
- Het merendeel van de patiëntgebonden tijd (75-80%) wordt besteed aan de hersenen gelieerde diagnoses.
- Er zijn ongeveer 750-1000 fte medewerkers, waaronder 140 kinderrevalidatieartsen bij de kinderrevalidatie betrokken.
- De markt voor kinderrevalidatiezorg (140 miljoen euro, 90% in revalidatie centra) groeit de afgelopen 5 jaren in aantallen patiënten (15%) en omzet (20%). De markt voor kinderrevalidatiezorg groeit de afgelopen 5 jaren minder hard dan de markt voor volwassen revalidatiezorg.
- Er is de afgelopen jaren een concentratie van klinische kinderrevalidatiezorg waarneembaar. Klinische kinderrevalidatiezorg wordt in 8 revalidatie centra geboden, verdeeld over het land (Beetsterzwaag, Enschede, Arnhem, Utrecht, Wijk aan Zee, Rotterdam, Tilburg en Valkenburg). Daarnaast is in 2018 het Daan Theeuwescentrum in Woerden geopend, een centrum waar jongeren met hersenletsel vanaf 16 jaar kunnen worden opgenomen.

Werkwijze:

De cijfermatige onderbouwing die in de strategienota terug komt is gebaseerd op een enquête Kinderrevalidatie die is uitgezet onder 31 leden van Revalidatie Nederland. Met een respons van 17 heeft 55% van deze revalidatiecentra de enquête beantwoord. In het rapport zal in percentages verwezen worden naar de uitkomsten van de enquête Kinderrevalidatie. Indien nodig zijn respondenten telefonisch geïnterviewd om een kwalitatieve verdieping te geven aan het kwantitatieve beeld wat uit de enquête volgde. De uitkomsten van de

enquête Kinderrevalidatie zijn aangevuld met DBC-bestandsanalyses kinderrevalidatie, waardoor onder andere “Feitenoverzicht impact kinderrevalidatie” tot stand is gekomen.

Hoofdstuk 2: Visie kinderrevalidatie, algemeen en specifieke standpunten ten opzichte van diverse recente ontwikkelingen

Algemeen: Visie kinderrevalidatiegeneeskunde

Kinderrevalidatiegeneeskunde, onderdeel van de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde, beoogt het bevorderen van de *ontwikkeling* van functies en vaardigheden van kinderen met beperkingen in mobiliteit en/of leervaardigheden veroorzaakt door een aangeboren of verworven aandoening, binnen en buiten het gezin.

Centraal daarbij staan 1. Het optimaliseren van zelfredzaamheid en eigen regie- aanvankelijk uitgeoefend door ouders en in de loop van de ontwikkeling toenemend door het kind zelf. -, en 2. De ontwikkeling van participatie. In de behandeling wordt gestreefd naar gezins geïntegreerde zorg.

Door kennis vanuit wetenschappelijk onderzoek, het toepassen van (technologische) innovaties en door het aangaan van zorgnetwerken en samenwerking met het onderwijs draagt de kinderrevalidatiegeneeskunde actief bij aan het verbeteren van de zorg voor het kind en gezin. De kinderrevalidatiegeneeskunde is daarbij herkenbaar, vindbaar en benaderbaar.

Kinderrevalidatiegeneeskunde neemt haar maatschappelijke verantwoordelijkheid door actieve belangenbehartiging betreffende haar doelgroep in lokale en nationale ontwikkelingen en door het nadrukkelijk betrekken van ouder en kind bij innovatie, wetenschap en de inrichting van het kinderrevalidatiegeneeskundige proces.

Recente ontwikkelingen

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg algemeen, in de revalidatiegeneeskunde en in de kinderrevalidatiegeneeskunde in het bijzonder, zijn talrijk. De sectie kinderrevalidatiegeneeskunde beperkt zich in dit document tot de externe ontwikkelingen waarmee rekening moet worden gehouden bij haar eigen beleidsbepaling.

2.1 Samenwerking met onderwijs

Belangrijke ontwikkelingen:

- De wet op het Passend Onderwijs sinds augustus 2014
- Eisen van de Inspectie Onderwijs
- Verbokkelende samenwerking met scholen

Een goede samenwerking tussen kinderrevalidatie en onderwijs is voor de doelgroep van groot belang, omdat beiden een belangrijke bijdragen leveren aan de ontwikkeling van het individuele kind. In het kader van de veranderde Onderwijsinspectie-eisen is formele samenwerking, zoals vormgegeven in het keurmerk EKEP kader (Eén Kind Eén Plan) in het speciaal onderwijs tussen school en revalidatiecentrum essentieel. Daarmee kan duidelijk gemaakt worden dat er daadwerkelijk samengewerkt wordt t.b.v. de ontwikkeling van het individuele kind.

De voor de kinderrevalidatieartsen relevante sectoren van het onderwijs hebben te maken met bezuinigingen en beleidswijzigingen waarvan nog niet duidelijk is, hoe deze zullen uitpakken. Vooralsnog lijkt het er niet op dat het aantal leerlingen op de Mytyl/Tylytscholen afneemt, maar voor kinderen met beperkingen wordt een verschuiving verwacht van onderwijs gezamenlijk met revalidatiebehandeling binnen het speciaal onderwijs naar het regulier onderwijs met extra begeleiding (wet op Passend Onderwijs). De visie hierachter wordt gedeeld door de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde: ook kinderen met een fysieke beperking horen in principe thuis in regulier onderwijs.

Van de respondenten enquête Kinderrevalidatie geeft 18% aan een afname van het aantal door het centrum gegeven poliklinische behandelingen binnen de mytylscholen als gevolg van o.a. Passend Onderwijs te signaleren. Hiervan zegt 65% dat het aantal behandelingen gelijk blijft, 17% antwoordt: het aantal behandelingen neemt toe.

Als het gaat om poliklinische behandelingen binnen het centrum/afdeling, buiten de mytylscholen, geeft 53% aan dat dit aantal gelijk blijft. Als gevolg van o.a. Passend Onderwijs benoemt 47% dat het aantal behandeling toeneemt.

Elders (d.w.z. niet op de mytylschool of in het centrum) wordt door 35% van de bevroagden een verandering in het geleverde volume van poliklinische kinderrevalidatie gezien. Instellingen geven aan dat deze poliklinische kinderrevalidatie voornamelijk in (verpleegkundige) kinderdagcentra (83%) plaatsvindt. Ook vinden de behandelingen in eerstelijns praktijken, onderwijs-zorgconcepten en in de thuissituatie plaats. In alle gevallen vindt deze poliklinische kinderrevalidatie plaats onder de regie van de instelling.

Deze visie brengt echter voor de scholen en voor de ouders een toenemende verantwoordelijkheid met zich mee. Het regulier onderwijs is nog niet ingericht op de extra begeleiding die 'onze' doelgroep nodig heeft; de ouders, gewend aan onderwijs en zorg in één hand, krijgen te maken met een meer complexe structuur. De in het verleden bestaande regeling rugzakfinanciering is vervallen. Dat betekent dat ondersteuning vanuit het revalidatiecentrum op de reguliere school niet meer vanzelfsprekend kan worden georganiseerd. De rol van het revalidatieteam verschuift daarmee van behandelteam naar expertteam. Dit vraagt ook een andere rol/houding van de kinderrevalidatiearts en diens teamleden. In de visie van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde moet revalidatiezorg toegankelijk zijn voor alle kinderen die een indicatie hebben; kinderrevalidatie expertise moet ook op reguliere scholen geboden worden. Daarnaast liggen er mogelijkheden om de competenties en kennis ten aanzien van kinderrevalidatie (diagnose groepen, onderzoek en aanpak) bij jeugdartsen te vergroten.

Momenteel levert 40% van de revalidatiecentra medisch specialistische revalidatiezorg op reguliere scholen. Momenteel wordt er samengewerkt maar instellingen benoemen dit niet als “vaste adviesrol in een samenwerkingsverband passend onderwijs”.

2.2. Veranderde wet – en regelgeving overheid

Belangrijke ontwikkelingen:

- Jeugdwet (overdracht naar gemeente van kinder jeugdzorg en kinder psychiatrische behandeling)
- Van AWBZ naar WMO en WLZ per januari 2015
- Participatiewet (o.a. beperking Wajong toetreding)
- Korten subsidie MEE
- Teloorgang financiering integrale vroeghulp
 - Invulling integrale vroeghulp door teams zonder revalidatiearts

Het overheidsbeleid op deze terreinen heeft als gemeenschappelijke factor het streven naar zelfredzaamheid conform de participatiewet. Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger, de patiënt, staan centraal. De VRA onderschrijft dit in haar Position Paper¹. De doelstelling van het overhevelen van Jeugdzorg naar de gemeenten is het bereiken van een meer op de individuele problematiek toegesneden aanpak van probleemkinderen/gezinnen doordat de coördinatie dichtbij ligt. Momenteel is nog veel onduidelijk over hoe dit uitwerkt. In elk geval verschilt het erg van situatie tot situatie.

Daarbij is een grote belemmering het ontbreken van een wettelijk kader voor wat betreft aard en inhoud van de door de gemeenten uitgevoerde jeugdzorg. Dat betekent dat elke gemeente de wet op de jeugdzorg zelf met eigen regelgeving invult. Voorbeeld is het in het land zeer divers uitgevoerde – en vaak ontbrekende - beleid ten aanzien van Integrale Vroeghulp.

Wel kan gezegd worden dat de ervaring is, dat gemeenten blij zijn met de deskundigheid van de kinderrevalidatiearts, omdat de overheid geen of weinig kennis heeft van de bijzondere minderheid die ‘onze’ doelgroep nu eenmaal is.

Kinderrevalidatieartsen van de bevroegde instellingen hebben geen adviesrol bij gemeente/wijkteams. Echter benoemt 24% dat er andere medewerkers van de instellingen wel een adviesrol hebben t.o.v. de gemeente.

Momenteel zijn er van 59% van de revalidatiecentra kinderrevalidatieartsen actief betrokken bij de integrale vroeghulp binnen de regio. In slechts 18% van deze gevallen wordt deze betrokkenheid gefinancierd door gemeenten. Tevens zegt 59% van de bevroegde instellingen dat de rol van de kinderrevalidatiearts bij de integrale vroeghulp veranderd is. In 40% van de gevallen komt dit doordat de betrokkenheid is beëindigd wegens gebrek aan financiering.

Het sterk uitkleden van de AWBZ (overgang naar WLZ) en WMO doet een groot appèl op het individuele oplossingsvermogen van de patiënt en diens ouders – zij moeten nu veel meer zelf regelen (c.q. financieren). Dat is voor de ouders geen gemakkelijke opgave. Zij hebben te maken met vele loketten in een ingewikkeld zorglandschap. Voor de kinderrevalidatiesector wordt het in de komende jaren de uitdaging om de patiënt effectief te ondersteunen bij het voeren van de eigen regie. Alle instellingen beantwoorden dan ook knelpunten te ervaren met de overgang van AWBZ naar WLZ. Het gebrek aan kennis bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voor de problematiek van kinderen met beperkingen wordt door alle respondenten benadrukt. Ook de indicatiestelling voor de WLZ bij jonge kinderen, het invullen van medische verklaringen door de kinderrevalidatiearts voor het CIZ en het tempo van besluitvorming bij het CIZ werken belemmerend. (dit verhoogt ook de werkdruk bij de kinderrevalidatieartsen, zie hoofdstuk 2.5).

Tegelijkertijd is er nog relatief weinig invloed van revalidatieartsen op lokaal en regionaal beleid met betrekking tot de inrichting van de patiëntenzorg. De expertise van revalidatieartsen wordt daarmee beperkt benut. Niet alleen in de directe patiëntenzorg, maar ook op beleidsmatig niveau.

In de visie van sectie kinderrevalidatiegeneeskunde moet de expertise van de kinderrevalidatiearts meer en structureler ingezet worden met betrekking tot de inrichting van de patiëntenzorg en op beleidsmatig niveau, zowel lokaal als regionaal.

2.3 Verschuiving aandoeningen

Belangrijke ontwikkelingen:

- Langere overleving van kinderen met zeldzame, voorheen dodelijke aandoeningen
- Toegenomen aandacht voor revalidatiegeneeskundige problematiek na de kinderrevalidatie

Demografische ontwikkelingen kinderen, overgenomen uit de Position Paper VRA¹:

Uit een rapport van Morkink et al, 2008², blijkt dat in Nederland ongeveer 14% van alle kinderen lijdt aan een chronische aandoening. Veel van deze kinderen ervaren participatiebelemmeringen. Vanwege de specifieke expertise van de revalidatiegeneeskunde op het gebied van participatie problematiek is er in toenemende mate behoefte aan betrokkenheid van kinderrevalidatieartsen bij analyse en evaluaties, multidisciplinaire overleggen en eventuele indicatiestelling voor behandeling. Verder zijn er kinderen met ernstige aandoeningen die door verbeterde behandelmethoden nu ouder worden dan vroeger, zoals kinderen met spierziekten of stofwisselingsziekten. Een deel van deze kinderen

heeft blijvende beperkingen en daardoor levenslang extra zorg nodig.

De doelgroep van de kinderrevalidatiegeneeskunde is niet constant, maar verandert in de tijd. Zo tekent zich een snelle ontwikkeling af in de kindergeneeskunde en de genetica. Het aantal kinderen dat de neonatale- en kinder-intensive-care periode overleeft met blijvende beperkingen neemt toe. De mogelijkheden van genetische diagnostiek worden in hoog tempo vergroot. Of dit op den duur leidt tot een afname van het aantal patiënten door vergaande pre-conceptionele- en durante zwangerschapsdiagnostiek is onzeker.

Er zijn veel zeldzame aandoeningen die met elkaar een relatief grote groep vormen.

Concrete voorbeelden hiervan zijn: oncologie bij kinderen, congenitale hartafwijkingen, genetische afwijkingen en andere orgaanaandoeningen. De kenniscentra voor de diagnostiek en behandeling van deze doelgroep zijn de UMC's. De complexiteit van de benodigde zorg voor deze groep is hoog en neemt toe.

Het is de visie van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde dat de kinderrevalidatiegeneeskunde ook voor kinderen (en diens families) met deze diagnoses een belangrijke meerwaarde biedt.

Dit vraagt een goede profilering van onze beroepsgroep in de ziekenhuizen en specifieke bijscholing van de kinderrevalidatieartsen op deze nieuwe terreinen.

Daarnaast is er toenemend aandacht voor de problematiek van volwassenen met een diagnose die in hun kindertijd in de kinderrevalidatiegeneeskunde behandeld zijn. Dezen blijken op latere leeftijd tegen gezondheidsproblemen aan te lopen die soms niet of pas laat onderkend worden. In de visie van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde moet er aandacht zijn voor lifespan care en moet een goede overgang van zorg op kinderleeftijd naar zorg op volwassenenleeftijd (transitie) gegarandeerd worden.

2.4 Toename kwaliteitseisen

Belangrijke ontwikkelingen:

- Eisen evidence based werken
- Een Kind Een Plan (EKEP) keurmerk
- Ontwikkeling prestatie-indicator kinderrevalidatie
- Ontwikkeling diagnose gebonden, specialisme-onafhankelijke meetsets in het kader van Value Based Health Care

Kwaliteitseisen zijn goed en nodig. Als de uitkomsten van zorg transparant zijn komt dat de kwaliteitsverbetering ten goede en kan aan de patiënt betere keuze-informatie worden gegeven. Wel moet er een balans gevonden worden tussen de terechte eisen van transparantie en aantoonbare kwaliteit enerzijds en de overkill aan te toetsen/verantwoorden items, met de registratielast die dat met zich meebrengt anderzijds. In de visie van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde moet het

kinderrevalidatiegeneeskundige veld een actieve en sturende rol spelen door een sterke stem te hebben in het beleidsveld om duidelijk te maken wat echt de moeite waard is om te toetsen en wat niet en vervolgens door de noodzakelijke indicatoren etc. goed te meten, te registreren en te aggregeren. Het gaat zowel om het meten van kwaliteit van behandeling als om het meten van de individuele kwaliteiten van de revalidatiearts.

2.5 Druk op kinderrevalidatieartsen

Belangrijke ontwikkelingen:

- Verdeling aandacht schaarse artsen
 - Taakherschikking
 - Relatieve verschuiving van werkzaamheden van direct behandelaar naar
 - consulentfunctie
 - regionaal beleidsmatig adviseur / regelaar (makelaarsfunctie)
 - expert
- Sterk toegenomen bureaucratie en bemoeienis van de zorgverzekeraar en gemeente bij indicatiestelling

Het aantal kinderrevalidatieartsen is de laatste decennia fors gegroeid (waartegenover weer een belangrijke parttime factor staat): thans ongeveer 140 artsen. Wel duidelijk is, dat kinderrevalidatieartsen veel meer dan revalidatieartsen voor volwassenen, extra werk moeten doen, bijvoorbeeld het uitleggen van diagnose en prognose van patiënten aan externe partijen (zoals gemeenten, wijkteams, onderwijs) in verband met de relatief veel minder voorkomende kinderrevalidatiegeneeskundige diagnoses en dus ook mindere bekendheid hiermee bij de diverse organisaties. Een belangrijk deel van dit soort taken zou relatief makkelijk gedelegeerd kunnen worden. Dat kan niet alleen naar physician assistants, verpleegkundig specialisten en zorg- coördinatoren, maar ten dele ook naar administratieve ondersteuners. Hiervoor willen we ook verwijzen naar het stuk Taakherschikking dat eind 2018 aan de VRA werd aangeboden.

Voor maximale effectiviteit moet de revalidatiearts zich kunnen concentreren op zijn medisch – specialistische taken en voldoende tijd hebben voor het directe patiëntcontact enerzijds en daarnaast gericht aandacht hebben voor specifieke wetenschappelijke of maatschappelijke verantwoordelijkheden. Passend bij “ontregel de zorg” moet er kritisch gekeken worden naar administratieve procedures. Het is nuttig voor de ziekenhuizen, revalidatiecentra en de scholen die onder stevige financiële druk staan om taken scherper af te bakenen. Effectiever werken, waaronder taakherschikking, kan helpen om de kosten in de hand te houden en een betere invulling te geven aan de rol als consulent (zoals beschreven in de Position Paper¹).

In 59% van de instellingen worden taken van administratieve aard door kinderrevalidatieartsen gedelegeerd. In alle gevallen gaat dit om het notuleren van patiëntbesprekingen. Het uitwerken van notulen van

teambesprekingen wordt door 70% gedelegeerd en 50% van de respondenten delegeert het maken van patiënten correspondentie. Het redigeren van handelingsplannen en andere taken zoals zorglogistiektrajecten wordt door 20% gedelegeerd. Het zijn vooral zorgcoördinatoren en administratief ondersteuners die deze taken overnemen (in 70% van de gevallen). Een enkele instelling geeft aan een Physician Assistants in opleiding en een verpleegkundig specialist te hebben aangenomen in verband met het artsentekort.

Zorginhoudelijke taken worden binnen 47% van de instellingen gedelegeerd. Dit gebeurt het meest voor het voorzitten van patiëntbesprekingen en onderhouden van oudercontacten (87%). Controle op afspraken teambespreking en contacten met planning wordt in 75% van de gevallen gedelegeerd. De voortgang, controle en doelmatigheid DBC dan wel uitvoeren van het technische spreekuur worden in 63% respectievelijk 38% van de gevallen gedelegeerd. Ook voor dit type taken worden Physician Assistants en zorgcoördinatoren ingezet (50%) maar ook GZ-psychologen en teammanagers nemen zorginhoudelijke taken over van de kinderrevalidatiearts.

2.6 Positionering binnen het netwerk / veranderde eisen ouders

Belangrijke ontwikkelingen:

- Laagdrempelige toegang in de buurt
 - Eerstelijns praktijken als revalidatieteams
 - Aanpassing openingstijden aan wensen werkende ouders
 - Vermenging reguliere opvang met opvang kinderen met beperkingen, als concurrent voor de therapeutische peutergroepen

De tijd dat revalidatiezorg het vanzelfsprekende domein was van de revalidatiearts, is voorbij. Er is sprake van een 'zorgmarkt' waarop diverse aanbieders van revalidatie zich begeven. Voorbeelden hiervan zijn ZBC's gericht op chronische pijn en eerstelijns zorgpraktijken die revalidatiezorg aanbieden, zowel binnen de revalidatie voor volwassenen als voor kinderen. Er zijn fysiotherapiepraktijken, vrij toegankelijk, die in multidisciplinaire setting een breed spectrum van revalidatiezorg aanbieden. Uit de enquête Kinderrevalidatie blijkt dat 53% van de bevrageden dit als concurrentie ervaart. Het wordt vooral als concurrentie of bedreiging beschouwd wanneer er naar buiten toe aangegeven wordt dat het om medisch specialistische revalidatie (MSR) zou gaan. Zo wordt het niet gedeclareerd maar de grenzen van MSR worden daardoor, met name voor de consument/patiënt, onduidelijker. Daarnaast biedt het ook mogelijkheden voor het verstevigen van de eerste lijn door meer overleg en samenwerking. Hierbij wordt benoemd dat de concurrentie binnen de eerste lijn waarschijnlijk groter is waardoor de kwaliteit juist omhoog gaat. Tevens zou de klantvriendelijkheid en flexibiliteit beter geregeld zijn in de eerste lijn; iets waar de (kinder)revalidatie nog van kan leren.

In de visie van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde moet de kinderrevalidatiegeneeskunde in reactie op deze ontwikkelingen een 'sprong naar voren' maken door de rol te nemen van de expert, die diagnosticeert, behandelplannen opstelt, controleert, maar alleen in specifieke gevallen uitvoert, door contacten met 1^e lijn te verstevigen en door voort te gaan met de gezamenlijke ontwikkeling en innovatie van de kinderrevalidatiegeneeskundige expertise en producten. Samenwerking met de eerstelijns

praktijken is een voorwaarde door minder complexe zorg aan hen over te laten en over en weer aan elkaar door te verwijzen.

De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn kan voor de sector een belangrijke inspiratiebron vormen.

Momenteel wordt er door 71% van de bevroagde instellingen structureel samengewerkt met eerste en/of anderhalve lijn praktijken. De beroepsbeoefenaren die voornamelijk in deze praktijken werkzaam zijn: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, orthopedagogen en diëtisten. In 42% van de samenwerkingen nemen deze medewerkers structureel deel aan patiëntbesprekingen in de betreffende instelling.

Daarnaast zou er gekeken moeten worden naar de organisatie van het proces van de kinderrevalidatie. Hoe kan dit zo ingericht worden dat ouders meer keuzemogelijkheden krijgen, bijvoorbeeld met betrekking tot therapietijden, overlegmomenten? Ouders willen meer als klant worden gezien, met meer service, betere informatievoorziening en een grotere mate van samenwerking dan wellicht nu het geval is. Shared decision making is uitgangspunt voor de benadering van ouders door revalidatiearts en revalidatieteam.

2.7 Verandering financieringsstructuur revalidatiegeneeskunde / centra

Belangrijke ontwikkelingen

- Invoering module structuur
 - Explicitering interventies revalidatiearts en –team

De invoering van de modulestructuur heeft als voordeel dat beter dan tot nu toe wordt geëxpliciteerd wat de kinderrevalidatiearts indiceert als mogelijkheden voor interventie. Het systeem maakt ook discussie over indicatiestelling tussen artsen en centra onderling gemakkelijker. Tegelijkertijd signaleert de sector dat het risico bestaat op te veel modules, door een te grote differentiatie. Daarmee wordt uniformering lastiger.

De drang naar efficiency heeft als gevolg dat budgetten uiteindelijk zullen afnemen, terwijl de behoefte aan revalidatiezorg toeneemt. Ook dit pleit voor een goede selectie van waardevolle, innovatieve activiteiten door het kinderrevalidatiegeneeskundige veld in samenwerking met de eerste en tweede lijn. Aantonen van effectiviteit is daarbij van groot belang.

Een landelijke aanpak is gewenst om zorgpaden geïmplementeerd te krijgen. Het delen van ervaringen binnen de sector is daarbij nog te weinig gemeengoed.

Een specifiek aandachtspunt zijn de therapeutische peutergroepen (TPG) i.v.m. zorgen over de rentabiliteit.

24% van de instellingen geeft aan dat door de verandering van de financieringsstructuur (DBC) de werkwijze van de TPG is veranderd. Daarbij benoemt 12% dat de financiële rentabiliteit van de huidige therapeutische peutergroep slecht is, voor 70% geldt een matige financiële rentabiliteit. Bijna een kwart van de instellingen zegt plannen te hebben tot het aanpassen van de werkwijze.

De sectie kinderrevalidatiegeneeskunde vindt het belangrijk dat in de toekomst een goede financieringsstructuur ontstaat, waarbij inhoudelijk goede kinderrevalidatieproducten voldoende gefinancierd blijven worden. Proactieve betrokkenheid van diverse kinderrevalidatieartsen en kinderrevalidatie-minded bestuurders van RN is hierbij van het grootste belang.

2.8 Stagnatie in ontwikkeling wetenschappelijke structuur kinderrevalidatiegeneeskunde

Belangrijke ontwikkelingen

- Geen leerstoel kinderrevalidatiegeneeskunde
- Ontbreken landelijke structuur voor kinderrevalidatiegeneeskundig onderzoek

Het actuele wetenschappelijk onderzoek in de kinderrevalidatie is beperkt; hiervoor zijn diverse verklaringen. In het algemeen is er sprake van een gebrek aan onderzoekscapaciteit in kinderrevalidatiegeneeskundig onderzoek, inclusief “young potentials” die het onderzoek kunnen oppakken. Er wordt door individuele kinderrevalidatieartsen en groepen onderzoekers goed onderzoek verricht, maar het onderzoek is gefragmenteerd, het ontbreekt aan een landelijke structuur waarin programmatisch onderzoeksvragen opgepakt kunnen worden. Door het ontbreken van een hoogleraar kinderrevalidatie ontbreekt het ook aan leiderschap om dit vorm te kunnen geven en is de kinderrevalidatie niet vertegenwoordigd in het hooglerarenconvent van de VRA. De landelijke programma’s Perrin en Learn 2 Move hebben een grote toename van wetenschappelijke activiteiten en publicaties veroorzaakt, maar de productiviteit afgemeten aan subsidies en publicaties lijkt geen vervolg te hebben gekregen en er is nog geen landelijk vervolg. Daarnaast wordt financiering van onderzoek steeds moeizamer, in den brede, maar zeker ook in de kinderrevalidatiegeneeskunde waar traditionele 3^e geldstroom financiers (JKF, KFA) steeds minder in staat zijn projecten te financieren. *Uit de enquête Kinderrevalidatie blijkt dat 65% van de respondenten een geformaliseerde samenwerking heeft met een academische afdeling. Daarvan is 82% specifiek gericht op kinderrevalidatie. Daarbij geven 10 instellingen aan dat er geen kinderrevalidatieartsen binnen de instelling gepromoveerd zijn. Vijf instellingen hebben één gepromoveerde kinderrevalidatiearts in dienst, één instelling geeft aan met twee gepromoveerde kinderrevalidatieartsen te werken. Een laatste respondent heeft drie kinderrevalidatieartsen binnen de instelling die gepromoveerd zijn.*

Van de bevraagde instellingen zijn in totaal momenteel 20 leden van de medische staf bezig met een promotietraject. Drie promotietrajecten richten zich op een onderzoek specifiek op het gebied van kinderrevalidatie.

Als het gaat om een geformaliseerde regeling (in tijd en/of geld) voor stafleden voor het uitvoeren van een wetenschappelijk onderzoek zegt 59% van de instellingen dit te hebben. De inhoud van deze regeling varieert

sterk per instelling. De regelingen zijn in ieder geval onvoldoende om het volledige onderzoekspotentieel te benutten.

In de visie van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde is wetenschappelijk onderzoek specifiek op het gebied van de kinderrevalidatiegeneeskunde van essentieel belang voor de verdere inhoudelijke ontwikkeling van ons specialisme én om de meerwaarde van ons vak sterker over het voetlicht te laten komen. Het is belangrijk om de huidige situatie m.b.t. wetenschappelijk onderzoek te versterken en uit te breiden voor de toekomst.

Wetenschappelijk onderzoek en expertiseontwikkeling spelen zich toenemend af in multidisciplinaire diagnose gerichte netwerken (zoals CP-net) en expertisecentra zoals de NFU expertisecentra. Samenwerking tussen instellingen/UMC's, koppeling van klinici met wetenschappers en goede samenspraak met ouders en patiëntenverenigingen is essentieel om kwalitatief hoogwaardig en relevant onderzoek te doen. Het stimuleren en faciliteren van de vorming van een landelijke onderzoeksstructuur met zowel klinici als ouders en wetenschappers is hierin een belangrijk aandachtspunt.

Hoofdstuk 3:

Beleidsdoelstellingen

Om adequaat te kunnen omgaan met de geschetste ontwikkelingen en de uitgesproken visie te kunnen realiseren, stelt de Sectie Kinderrevalidatie zich tot taak om de volgende doelstellingen nader uit te werken zodat nieuw beleid kan worden geïmplementeerd. Hiertoe zoekt de sectie kinderrevalidatie samenwerking met relevante partners per onderwerp, en specifiek met de VRA en Revalidatie.

Thema's

1. Ouder participatie
2. Samenwerking in het onderwijs
3. Maatschappelijke positionering kinderrevalidatie en inzet expertise kinderrevalidatiearts
4. Verschuiving aandoeningen?
5. Kwaliteitsborging in de behandeling
6. Subspecialisatie kinderrevalidatie, inhoudelijke profilering
7. Taakherschikking KRA
8. Afstemming 1^e lijn en versterken van onze concurrentie positie/ Samenwerking en profilering in de zorgketen
9. Modulaire Indicatiestelling en Financiering
10. Wetenschappelijke ontwikkeling en innovatie

3.1: Ouderparticipatie:

In het kader van zelfredzaamheid en autonomie moet goed gekeken worden naar de rol van ouders in de vormgeving van deze samenwerking – dit is nu nog onderbelicht. Ouders komen meer *'in the lead'*. De kinderrevalidatiearts moet voor kind en ouders vanzelfsprekende adviseur zijn die diagnoses stelt en begeleid in een samen bepaald behandeltraject. Dat hoeft niet meer automatisch in het eigen team plaats te vinden (ontkoppeling); ouders kunnen ook worden verwezen naar andere behandelaars. De kinderrevalidatiearts wordt adviseur/behandelaar in plaats van behandelaar.

Ouderparticipatie gaat niet alleen over de behandeling van het individuele kind. Ook op beleidsmatig niveau, bijvoorbeeld bij het vormgeven van wetenschappelijk onderzoek, zijn ouders en patiënten, al dan niet vertegenwoordigd door patiëntenorganisaties, een essentiële partner.

Shared Decision Making is uitgangspunt. Dit kan op allerlei manieren: in een lokaal samenwerkingsverband, door structurele inbreng van ouders in nieuwe projecten (wetenschappelijk, innovatief, m.b.t. zorgorganisatie, samenwerking met onderwijs), en door structurele samenwerking met patiëntenorganisaties (BOSK, Spierziekten Nederland, etc.). We moeten vragen wat de ouders willen en wat ze van ons vinden en hen betrekken bij wat we ontwikkelen. Dat betekent het uitspreken van verwachtingen naar elkaar en actieve betrokkenheid van ouders in het revalidatieproces. Bestaande samenwerkingen dienen te worden versterkt, daarnaast moet gekeken worden naar nieuwe samenwerkingen conform bovenstaande; hiervoor zou het veld van de kinderrevalidatiegeneeskunde afspraken met elkaar moeten maken en een actieplan opstellen.

- Doelstelling: De kinderrevalidatiearts ondersteunt en bevordert de positie van de ouders in de rol van object enerzijds en participant anderzijds in de revalidatiegeneeskundige zorg
 - Op individueel (kind) niveau
 - Op het niveau van de instelling.
 - Op regionaal niveau, bijvoorbeeld in relatie met de gemeente / Integrale Vroeghulp.
 - Landelijk door samenwerking met de relevante patiëntenorganisaties.

3.2 Samenwerking in het onderwijs

Kinderrevalidatiegeneeskunde is traditioneel nauw verbonden met het speciaal (veelal Mytyl/Tytyl (spreken we eerder ook over) onderwijs. Kinderrevalidatieartsen en –teams werken op veel plaatsen intensief samen met de school voor speciaal onderwijs. Op een

aantal locaties is de integratie tussen schoolteam en revalidatieteam vrijwel geheel gerealiseerd. EKEP (Eén Kind Eén plan) is hierbij leidend.

Daarnaast is nadere oriëntatie gewenst op de mogelijkheid revalidatiezorg aan te bieden op de scholen waarbinnen kinderen met beperkingen regulier onderwijs volgen.

- Doelstellingen:
 - De kinderrevalidatiearts bevordert de integratie tussen onderwijs en revalidatiegeneeskundige zorg Door het uitoefenen van een passende positie als individu en als leider van het revalidatieteam.
 - De kinderrevalidatiearts bevordert de integratie tussen onderwijs en revalidatiegeneeskundige zorg door het ondersteunen van (invoering van) het EKEP model (Eén Kind Eén Plan)
 - Kinderrevalidatie-expertise is ook beschikbaar voor kinderen op regulier onderwijs
 - Kinderrevalidatieartsen dragen bij aan het vergroten van kennis en kunde van jeugdartsen over “onze doelgroepen” en de kinderrevalidatie aanpak

3.3 Maatschappelijke positionering kinderrevalidatie en inzet expertise kinderrevalidatiearts

De kinderrevalidatiegeneeskunde kan op landelijk niveau een maatschappelijke rol spelen door op hoofdlijnen helder te communiceren welke zorg/voorzieningen echt geregeld moeten worden door overheid/maatschappij en daarvoor te gaan staan, en anderzijds door ouders te helpen bij het vinden van betaalbare oplossingen waar dit niet het geval is.

Het beantwoorden van deze vragen, het kiezen van een duidelijke rol, is niet alleen van belang om de zorgprocessen waar de kinderrevalidatieartsen bij betrokken zijn optimaal in te richten. Het is ook van belang voor een duidelijk profiel in het bestuurlijke en politieke krachtenveld, om een stevige, niet makkelijk te negeren gesprekspartner te zijn.

Voor de kinderrevalidatiegeneeskunde op lokaal niveau is het van groot belang om goede contacten te hebben met de wijkteams, liefst structureel/formeel, maar in elk geval aan de hand van de individuele patiënten casus. Het initiatief hiervoor moet liggen bij het kinderrevalidatieteam aangezien dit voor de wijkteams veelal niet in beeld is. Wel moet het profiel van de doelgroep (welke kinderen horen wel bij de kinderrevalidatiearts, welke niet) duidelijk gemaakt worden.

- Doelstelling: de kinderrevalidatiegeneeskunde heeft een duidelijke en stevige positie in het bestuurlijke en politieke krachtenveld en is een niet te negeren

gesprekspartner. De kinderrevalidatiearts is alom herkenbaar als specialist met erkende expertise (zowel binnen VRA/ RN als daarbuiten).

3.4 Verschuiving aandoeningen

Om tegemoet te komen aan de veranderende vraag naar kinderrevalidatiegeneeskundige expertise en behandeling door het ontstaan van nieuwe doelgroepen is een duidelijk zichtbare positie van de kinderrevalidatiearts in de Multi specialistische behandelteams in de UMC's en de algemene ziekenhuizen voorwaardelijk. Daarnaast zal de kinderrevalidatiearts zich moeten scholen in de specifieke aspecten van de nieuwe ziektebeelden waar hij mee te maken krijgt.

Om te komen tot goede revalidatiegeneeskundige zorg voor mensen met chronische aandoeningen gedurende zowel de kindertijd als de volwassenheid zal nauw samengewerkt moeten worden met de collegae van de volwassenenrevalidatie.

- Doelstellingen:
 - De kinderrevalidatiearts is een vanzelfsprekende, inhoudelijk deskundige partner in relevante Multi specialistische expertiseteams in de UMC's en algemene ziekenhuizen.
 - In het kader van de lifespan care voor mensen met chronische aandoeningen zijn zorgpaden en behandelprotocollen beschikbaar, ontwikkeld door het veld van volwassenen- en kinderrevalidatiegeneeskunde, die per levensfase de adequate revalidatiegeneeskundige zorg beschrijven.

3.5 Kwaliteitsborging in de behandeling

Er is veel behoefte aan evidence voor de interventies die toegepast worden: kinderrevalidatiegeneeskundige zorg gebaseerd op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. Belangrijke vraag hierbij is of interventies diagnosegericht moeten worden ingezet, of meer ontwikkelingsfase c.q. activiteitgericht (ofwel: aansluiten bij ontwikkeling of bij diagnose?).

Kwaliteitsborging vereist ook goed inzicht in de inzet en de uitkomsten van kinderrevalidatiegeneeskundige behandeling. Hiertoe is goede, vergelijkbare resultaatmeting een conditio sine qua non. Onderzoek moet zich richten op effectiviteit van interventies. De COPM is een voorbeeld van een valide en betrouwbaar meetinstrument dat, mits landelijk ingevoerd, sterk zal kunnen bijdragen aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de kinderrevalidatiegeneeskundige zorg. Ook de Pedi-CAT, waarvan de Nederlandse uitvoering momenteel ontwikkeld wordt, is hiervoor mogelijk geschikt.

Daarnaast is er een ontwikkeling van het ontwerpen van diagnose gebonden datasets, die onafhankelijk van het medisch specialisme geregistreerd worden.

- Doelstelling: landelijk wordt generieke meetinstrumenten ingevoerd om resultaten van revalidatiegeneeskundige behandeling inzichtelijk te maken en resultaten onderling te kunnen vergelijken. Deze meetinstrumenten zijn valide in de verschillende leeftijdsfasen.
- Doelstelling: landelijk wordt generieke meetinstrumenten ingevoerd om resultaten van revalidatiegeneeskundige behandeling inzichtelijk te maken en resultaten onderling te kunnen vergelijken. Deze meetinstrumenten zijn valide in de verschillende leeftijdsfasen.
- Doelstelling: voor de belangrijkste diagnosegroepen zijn meetsets vastgesteld en geïmplementeerd, bij voorkeur deel uitmakend van medisch-specialisme onafhankelijke meetsets in het kader van Value Based Health Care
- Doelstelling: De kinderrevalidatiearts levert als leider van het revalidatieteam kwalitatief hoogwaardige en transparante zorg
 - Door het gebruik van richtlijnen, gekwalificeerde meetinstrumenten en zorgpaden
 - Door het toepassen van wetenschappelijk onderbouwde methodieken (Evidence Based Practice).

3.6 Inhoudelijke profilering kinderrevalidatiegeneeskunde

Kinderrevalidatiegeneeskunde heeft intrinsiek een bredere doelstelling dan volwassenen revalidatiegeneeskunde. Beiden hebben (zie het Position Paper¹) maximale zelfstandigheid en autonomie als doelstelling. Echter, bij de volwassenen revalidatiegeneeskunde gaat het om het herwinnen van zelfstandigheid en autonomie. In de kinderrevalidatie gaat het om het ontwikkelen van zelfstandigheid en autonomie in een proces van opgroeien dat ten gevolge van de aandoening van het individu afwijkend verloopt. Daar komt bij dat de communicatie met kinderen anders verloopt dan bij volwassenen, waardoor de kinderrevalidatiearts over specifieke (aanvullende) kennis en kunde moet beschikken.

Voor de kinderrevalidatiegeneeskunde is, naast de specifieke diagnose, ook het leeftijds- of ontwikkelingsfase gebonden perspectief van groot belang. Verwerven van motorische-, cognitieve- en taalvaardigheden op de jonge kinderleeftijd; verwerven van ADL-vaardigheden; transitievragen in de adolescentie – dit zijn problemen die vaak ongeacht de diagnose effectief aangepakt kunnen worden. Het ontwikkelen van een matrixmodel waarin zowel het diagnose- als ontwikkelingsperspectief aanwezig is lijkt een belangrijke stap voorwaarts. Dit moet nader worden uitgewerkt. Zo verkrijgt de kinderrevalidatiegeneeskunde op de inhoud gebaseerd gereedschap om het eigen profiel duidelijk te maken en naar voren te brengen.

- Doelstelling: de kinderrevalidatie sector beschikt over een matrix waaruit duidelijk wordt welke instrumenten de revalidatiearts ter beschikking staan om in de verschillende leeftijd- en ontwikkelingsfasen van het kind het niveau van participatie te bevorderen.

De individuele revalidatiearts beschikt op grond van zijn inschrijving in het specialistenregister en het voldoen aan de eisen van herregistratie (o.a. het volgen van voldoende nascholing en het deelnemen aan de kwaliteitsvisitatie van de VRA) over voldoende kwalificaties om het vak van kinderrevalidatiearts uit te oefenen. Binnen de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde van de VRA gaan echter steeds meer stemmen op om aan de revalidatiearts die kinderen behandelt aanvullende eisen te stellen. Een erkenning van het vak van kinderrevalidatiearts als officieel subspecialisme kan een middel zijn om duurzame kwaliteitsverhoging mogelijk te maken. In de komende periode zal in overleg met het bestuur van de vereniging een studie worden verricht naar de consequenties van een dergelijke erkenning.

- Doelstelling: De kinderrevalidatiearts levert duurzame kwaliteit
 - Voldoet aan de aanvullende eisen aan de individuele beroepsuitoefening
 - Door het gevolgd hebben van scholing
 - Door deelname aan IFMS systeem waarin feedback ook van patiënten
 - Is ingeschreven in het register van het – mogelijk in te stellen - subspecialisme kinderrevalidatie
 - Door zijn kennis en ervaring te delen op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

3.7. Taakherschikking

De kinderrevalidatieartsen moeten onderling duidelijk afspreken wat des revalidatiearts is en wat gedelegeerd kan worden – afhankelijk van de gekozen positionering. Hierbij vormen het consensus document Taakherschikking³, vastgesteld tijdens de laatste ALV op 15 april 2016, en de notitie over taakherschikking, vastgesteld door de sectie kinderrevalidatie d.d. juni 2018 de basis. Keuzes moeten worden gemaakt om effectief te zijn. Wat is nodig om de eigen identiteit/expertise overeind te houden? Welke zijn de oneigenlijke werkzaamheden van de kinderrevalidatiearts, welke negatieve effecten heeft het als hierin niets verandert en wat levert het op als (delen van) deze werkzaamheden kunnen worden gedelegeerd?

- Doelstelling: De kinderrevalidatiearts wordt efficiënt en passend bij zijn primaire taak ingezet in de zorg
 - Door het delegeren van taken aan beroepsbeoefenaren die een specifieke taak goedkoper kunnen uitoefenen, met behoud of versterking van kwaliteit.
 - Door het vermijden van activiteiten, gefinancierd door de zorgverzekeraar, maar uitgevoerd ten dienste van instanties als gemeenten, CIZ etc. (zie hoofdstuk 3.3).

3.8 Samenwerking en profilering in de zorgketen

De kinderrevalidatieartsen moeten zich beraden hoe zij zich positioneren in zowel de bestaande als nieuw te ontwikkelen zorgketens. Moeten zij zich als experts op het terrein van het functioneren gerelateerd aan de aandoening richten op de collega-medisch specialisten en daar hun positie innemen? Moeten zij zich opstellen als regisseurs van alle behandeling, gericht op ontwikkeling in de kinderleeftijd gerelateerd aan de relevante diagnosegroepen? Of juist als experts die zodanig zichtbaar zijn dat zij tijdig geraadpleegd worden door de omgeving als dat nodig is, maar geen regierol op zich nemen? Binnen de samenwerking in de ketens moet de indicatiestelling wel passen bij de eisen voor de medisch specialistische revalidatie, zoals beschreven in de nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie van de VRA⁴. Het uiteindelijke doel is samen optrekken om, ieder vanuit zijn eigen expertise, de beste zorg aan de patiënt te kunnen bieden.

De in het land nog veel voorkomende scheiding tussen de behandeling in het interdisciplinaire revalidatieteam in het revalidatiecentrum en de vaak verregaand ontwikkelde multidisciplinaire revalidatiebehandeling in de eerste lijn moet worden opgeheven.

- Doelstelling: De samenwerking tussen revalidatiecentra en eerstelijnscentra is versterkt en geformaliseerd door het realiseren van kwalitatieve, personele en materiële banden. Dit betekent een voor de ouders laagdrempelige- en qua locatie nabije behandelmogelijkheid voor hun kind: zo veel mogelijk lokaal, indien nodig voor een specifieke vraagstelling in het revalidatiecentrum. Ook met andere ketenpartners zijn formele samenwerkingsverbanden gerealiseerd die een stepped care benadering bevorderen.

3.9. Modulaire Indicatiestelling en Financiering

De uniformering van de indicatiestelling door middel van modules is in ontwikkeling. De sectie kinderrevalidatiegeneeskunde heeft hierin een actieve rol. Momenteel wordt op verschillende wijze geïndiceerd. Als er één beleid wordt geformuleerd, komt dat niet alleen de praktijkvoering en de efficiency ten goede, maar ook de positie van de kinderrevalidatiearts ten opzichte van de zorgverzekeraars en de NZA. Zij willen meer inzicht verkrijgen in de inhoud en de resultaten van zorg en het landelijk invoeren van de modulestructuur zal dat gewenste inzicht kunnen bieden. De sector wint daarmee aan onderhandelingskracht en neemt daardoor voor een belangrijk deel de regie in eigen hand.

- Doelstelling: op basis van een helder en effectief modulesysteem ontstaan kosten homogene producten in de kinderrevalidatie. Dit leidt tot aanpassing van het huidige fungerende pakket om tot een efficiënt systeem te komen.

3.10 Wetenschappelijke ontwikkeling en innovatie

De bovengeschetste ontwikkelingen, maar überhaupt het bestaansrecht van de kinderrevalidatiegeneeskunde als medisch subspecialisme, nopen tot voortdurende ontwikkeling van de inhoud van de kinderrevalidatiegeneeskunde. Een belangrijke bron hiervoor is de wetenschap, maar ook de ontwikkeling van nieuwe expertises moet gestimuleerd worden. Het gaat hierbij zowel om diagnose gebonden expertises als om diagnose overstijgende onderwerpen. Denk hierbij aan de verschuiving van aandoeningen, interventies m.b.t. omgang met belasting/belastbaarheid, maatschappelijke participatie als sport en vrije-tijds mogelijkheden, diagnosticeren en begeleiding/advies bij cognitieve problemen vroeger interventie bij dreigende schooluitval, ontwikkeling van technologische producten in samenwerking met technische partijen en patiënten/ouders, en de rol van het gezin in de ontwikkeling van het kind.

Om wetenschap en innovatie te bevorderen moet de animo onder kinderrevalidatie artsen worden verhoogd. Er moet een sterke koppeling komen van klinici en wetenschappers in het onderzoek. Dit is van groot belang voor de vergroting van de professionele kennis van de kinderrevalidatieartsen en het bevorderen van innovaties. Wetenschappelijk onderzoek en innovatie worden bevorderd in overleg met de patiëntenorganisaties; de onderzoeksagenda van de BOSK is een goed voorbeeld van een initiatief hiertoe. Er moet gewerkt worden aan een landelijk onderzoeksnetwerk met een programmatische aanpak, zodat onderzoek van excellente kwaliteit kan ontstaan met nieuwe samenwerking, vernieuwing van onderzoekslijnen, toegenomen onderzoekscapaciteit (opleiding en training) en fragmentatie voorkomen kan worden.

Doelstellingen:

- Om voldoende massa te krijgen van kinderrevalidatiegeneeskundig wetenschappelijk onderzoek, nodig voor een stabiele toekomst van de kinderrevalidatie en evidence-based behandeling, ontstaat binnen 3 jaar ontstaat een landelijk onderzoeksnetwerk met consortia voor kinderrevalidatiegeneeskundig onderzoek met participatie van kinderrevalidatieartsen, wetenschappers, academische vakgroepen en revalidatie-instellingen, patiëntenorganisaties en diagnose georiënteerde netwerken.
- Binnen 3 tot 5 jaar zijn er leerstoelen voor minimaal 2 hoogleraren kinderrevalidatiegeneeskunde, toegroeiend naar één voor elk academisch centrum dat deelneemt aan bovengenoemd netwerk.
- Binnen dit netwerk wordt gezorgd voor ontwikkeltracks voor young potentials
- Bij het ontwikkelen van onderzoekslijnen en het selecteren van relevante onderwerpen voor wetenschappelijk onderzoek wordt samengewerkt met patiënten vertegenwoordigingen.

