

# Revalidatiegeneeskunde: vanuit een goede inhoud naar een goed profiel

Beleidsplan 2007-2011

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)

# Revalidatiegeneeskunde: vanuit een goede inhoud naar een goed profiel

Beleidsplan 2007-2011

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)



# Voorwoord

Een nieuw beleidsplan voor de jaren 2007-2011 van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen ligt voor u. Met dit document wil de vereniging laten zien waar zij de komende jaren voor staat: *Vanuit een goede inhoud naar een goed profiel.*

Het vorige beleidsplan *In Beweging* werd geschreven in de periode dat de vereniging in haar naam nog verwees naar de fysieke geneeskunde. Deze benaming sloot niet meer aan bij het profiel van de revalidatiearts anno 2005, het jaar waarin de vereniging haar 50-jarig bestaan vierde. Maar het veranderen van de naam is zeker niet het enige dat de VRA in de achterliggende periode heeft gedaan. Om dat zichtbaar te maken zijn de belangrijkste beleidsdoelen uit het vorige beleidsplan in de bijlage bij dit beleidsplan teruggehaald en is beschreven wat er is bereikt. Die terugblik geeft enerzijds een gevoel van trots over wat is bereikt, anderzijds weten we dat er nog veel moet gebeuren.

Bij iedere beleidsperiode past een 'rode draad' voor het te voeren beleid. De rode draad voor de komende jaren wordt gevormd door het motto 'profileren'. Het begrip *revalidatie-*

*geneeskunde* zou bij iedereen hetzelfde beeld moeten oproepen. Om dat te bereiken moeten wij beter laten zien wat er in de revalidatiegeneeskunde gebeurt. Wat houdt het in en wat kan het betekenen voor mensen. Binnen afzienbare tijd zal twintig procent van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar en ook het aantal chronisch zieken zal toenemen. Het overheidsbeleid is erop gericht om mensen zolang mogelijk zelfstandig te laten functioneren en daarbij is de revalidatiegeneeskunde onmisbaar. Wanneer het gaat om herstel na een ziekte of het leren omgaan met een functiestoornis is het vaak – zeker in complexe situaties – de revalidatiearts die de patiënt begeleidt naar een nieuw toekomstperspectief. De revalidatiearts stelt samen met de patiënt en het behandelteam een behandelplan op om dit toekomstperspectief te verwezenlijken. Evenzo stelde de vereniging van revalidatieartsen dit beleidsplan op om haar doelen voor de toekomst te benoemen en daarnaar toe te werken. In 2011 zullen we opnieuw terugkijken of deze doelen ook zijn gehaald. U mag ons ook tussentijds altijd op de doelen uit ons beleidsplan aanspreken.

*De redactiecommissie.*

# De VRA

*De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) is de beroepsvereniging van revalidatieartsen in Nederland. De VRA zet zich in om de inhoud van de revalidatie-geneeskunde te verbeteren en de positie van de revalidatiegeneeskunde te versterken. De vereniging ontwikkelt beleid, treedt op als belangenbehartiger, onderhoudt samenwerkingsrelaties, adviseert gevraagd en ongevraagd en voert projecten uit.*

*De VRA richt zich op twee hoofdgebieden:*

- *Inhoud van de revalidatiegeneeskunde. Het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, het invoeren van onderzoeksresultaten in de praktijk, het verbeteren van de opleiding en scholing van revalidatieartsen, het verzorgen van onderwijs, het toetsen van de kwaliteit van de revalidatie en het verbeteren van de organisatie van de behandeling.*
- *Positie van de revalidatiegeneeskunde. Het profileren van de revalidatiesector door middel van pr en het onderhouden van contacten, het behartigen van de belangen van revalidatieartsen met betrekking tot bijvoorbeeld arbeidsvoorwaarden en het plannen van de benodigde capaciteit.*

# Inhoud

<b>IETS GOEDS LATEN ZIEN</b>	5
<b>DE RICHTING DIE GEVRAAGD WORDT</b>	
Meer en andere zorgvragen	6
Stelselherziening	7
<b>DE RICHTING DIE WE KIEZEN</b>	
Inhoud van de revalidatiegeneeskunde	8
Positie van de revalidatiegeneeskunde	10
Wie wát doet	11
<b>DEELPLANNEN WERKGROEPEN</b>	
Deelplan amputaties	13
Deelplan CVA	14
Deelplan dwarslaesie	15
Deelplan kinderen	16
Deelplan multitrauma	17
Deelplan pijn	18
Deelplan spierziekten	19
Deelplan traumatisch hersenletsel	20
<b>DEELPLANNEN COMMISSIES</b>	
Deelplan belangenbehartiging	23
Deelplan hulpmiddelen	24
Deelplan internationale betrekkingen	25
Deelplan kwaliteit	26
Deelplan opleiding en scholing	27
Deelplan wetenschap	28
Deelplan ziekenhuisrevalidatie	29
<b>BIJLAGE</b>	
Terugblik op het vorige beleidsplan	30

# Iets goeds laten zien

De afgelopen jaren heeft de Nederlandse revalidatiegeneeskunde zich sterk ontwikkeld. Het medisch specialisme verwierf een serieuze plaats in de academische wereld, het revalidatiegeneeskundig onderzoek groeide in omvang en kwaliteit, de opleiding van revalidatieartsen werd versterkt door een leerplan, in de revalidatie-instellingen\* werd een begin gemaakt met evidence-based werken, er verschenen richtlijnen en behandelkaders die de kwaliteit van de behandeling waarborgen. Dit alles werd bereikt dankzij een vruchtbare samenwerking tussen alle betrokkenen, in de revalidatiecentra, academische en algemene ziekenhuizen en daarbuiten. Het is typerend voor de revalidatie: de krachten worden gebundeld om met elkaar het beste te realiseren voor de patiënten.

In de ontwikkelingen speelt de VRA als vereniging van revalidatieartsen een eigen rol. De VRA heeft hard gewerkt om de revalidatiegeneeskunde verder te ontwikkelen en een meer toonaangevende rol te geven in de gezondheidszorg.

Dit gebeurde in lijn met het beleidsplan voor de periode 2001-2005, *In beweging*, waarin werd geconstateerd dat er goede kansen lagen voor de revalidatiegeneeskunde. Er zijn de laatste jaren duidelijk vorderingen gemaakt, maar dat wil niet zeggen dat de VRA tevreden achterover kan leunen. De gezondheidszorg is sterk in verandering en de revalidatiegeneeskunde wil en moet daarin mee.

Dit beleidsplan maakt naar buiten toe duidelijk wat van de VRA mag worden verwacht; naar binnen toe geeft het richting aan het werk in bestuur, concilium, commissies en werkgroepen. Het centrale thema daarbij is het verder verbeteren van het profiel van de revalidatiegeneeskunde. Het is immers van belang dat de revalidatiegeneeskunde laat zien wat zij te bieden heeft. Om preciezer te zijn: het is van belang dat de revalidatiegeneeskunde laat zien dat zij iets goeds te bieden heeft. Vanuit een goede inhoud naar een goed profiel: daar wil de VRA naartoe.

\* Hiermee bedoelen we revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen.

# De richting die gevraagd wordt

Revalidatiegeneeskunde richt zich op beperkingen in het functioneren. Zo mogelijk worden beperkingen voorkomen. Als dit niet mogelijk is, leren patiënten tijdens de revalidatie hoe ze ondanks hun beperkingen zo onbelemmerd mogelijk kunnen leven. Waar andere medische specialisten zich met name bezighouden met de behandeling van ziektes en aandoeningen, houden revalidatieartsen zich vooral bezig met de behandeling van de gevolgen daarvan.

Wat opvalt aan de gespecialiseerde revalidatie, is de mate van samenwerking. Verschillende disciplines geven in nauwe samenspraak – ook met de betrokken patiënt – de revalidatie vorm, onder leiding van de revalidatiearts. Revalidatie is maatwerk en teamwerk, met de revalidatiegeneeskunde als basis. Kenmerkend daarbij is de sterke drang om te verbeteren. Hierdoor heeft de revalidatie de afgelopen jaren grote vooruitgang geboekt.

Er is veel bereikt, maar er blijft genoeg over om aan te werken. De inhoud van de revalidatiegeneeskunde kan altijd weer beter, de positie van de revalidatiegeneeskunde kan nog sterker. Bovendien gaan de ontwikkelingen in de omgeving door, en ook dat vraagt om actie. We kijken naar de belangrijkste ontwikkelingen.

## MEER EN ANDERE ZORGVRAGEN

De behoefte aan gespecialiseerde revalidatiebehandeling neemt al jaren toe, en die toename blijft doorgaan. De groeiende vraag ontstaat vooral door vergrijzing van de bevolking en door de voortschrijdende medische technologie. Daardoor blijven mensen langer in leven, met beperkingen. Hetzelfde geldt voor kinderen die te vroeg of met een handicap geboren worden. Verder is de revalidatiegeneeskunde zichtbaarder geworden: mensen weten dat het bestaat en maken er dus vaker gebruik van. Bovendien is de revalidatiegeneeskunde nu in alle Nederlandse ziekenhuizen bereikbaar.

Steeds meer patiënten doen dus een beroep op gespecialiseerde revalidatie, en het aantal revalidatieartsen is dan ook sterk gegroeid. Waren er in 2001 286 revalidatieartsen, in 2006 waren het er 354; dat is een groei van bijna 24%. Ondanks deze groei is er echter nog steeds een tekort aan revalidatieartsen. Het is bovendien erg onzeker in hoeverre de komende jaren voldoende revalidatieartsen kunnen worden opgeleid om in de groeiende vraag te blijven voorzien.

De behoefte aan revalidatiezorg groeit niet alleen, maar verandert ook. Door de verbeterde medische technologie blijven mensen met meer complexe beperkingen in leven en

doen een beroep op de revalidatie. Ook het overheidsbeleid – denk bijvoorbeeld aan de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning – is erop gericht om mensen langer zelfstandig te laten leven. Dit soort maatschappelijke ontwikkelingen leveren een verschuiving van hulpvragen op. Ziekenhuizen ontslaan patiënten sneller, waardoor mensen die meer zorg nodig hebben in de revalidatie terecht komen. Verder verschijnen soms nieuwe doelgroepen in de revalidatie, zoals patiënten met chronische pijn, en bestaat de behoefte om revalidatie-expertise toe te passen op doelgroepen die van oudsher buiten de sector behandeld werden, zoals patiënten met longproblemen of kanker.

*De revalidatiegeneeskunde wil het zorgaanbod aanpassen aan de veranderende behoeften. Daarbij willen we vanuit de VRA duidelijk aangeven wat de revalidatiegeneeskunde wél en niet kan bieden. We willen ons profileren en herkenbare grenzen stellen. Natuurlijk zullen die grenzen aan verandering onderhevig zijn; de revalidatiegeneeskunde blijft een vak in ontwikkeling. Maar waar mogelijk willen we duidelijkheid geven. Ook willen we duidelijk aangeven wat nodig is om in de behoefte aan revalidatie te kunnen voorzien. Wij kunnen ons werk immers alleen doen als aan de voorwaarden voldaan is.*

## STELSELHERZIENING

De revalidatiegeneeskunde was al de weg ingeslagen van evidence-based, transparant en vraaggericht werken, en op die weg zullen we de komende jaren in stevig tempo moeten voortgaan. Door de stelselherziening in de Nederlandse gezondheidszorg krijgen patiënten en zorgverzekeraars namelijk meer zeggenschap. Zo kunnen door het verdwijnen van de contracterplicht zorgverzekeraars zelf bepalen in hoeverre ze met revalidatie-instellingen zaken willen doen. Andere instellingen kunnen ook revalidatie gaan aanbieden. Omgekeerd kunnen revalidatie-instellingen ook nieuwe zorgproducten gaan aanbieden.

Zorgverzekeraars en patiënten zullen hun sterkere positie gebruiken om hoge eisen te stellen aan de revalidatie. De revalidatiegeneeskunde moet daarom meer nog dan

voorheen innoveren en zich profileren, laten zien dat goede kwaliteit wordt geleverd tegen een goede prijs, en inspelen op de steeds veranderende behoeften van de klanten. Het risico bestaat dat verzekeraars een sterke nadruk leggen op de kosten van revalidatie. Revalidatieartsen zullen dus moeten blijven opkomen voor de kwaliteit van de revalidatie.

*De revalidatiegeneeskunde hoeft de koers niet te wijzigen door de stelselherziening: evidence-based, transparant en vraaggericht werken stonden al volop in de aandacht. Die aandacht zal echter nog flink moeten toenemen. Niet alleen omdat we het zelf willen, maar zeker ook omdat onze omgeving het van ons vraagt.*

# De richting die we kiezen

De VRA is verantwoordelijk voor de inhoud van de revalidatiegeneeskunde, met daarbij de komende jaren als bijzondere aandachtspunten het evidence-based, transparant en vraaggericht werken. Daarnaast werkt de VRA aan de positie van de revalidatiegeneeskunde. Speciale aandachtspunten hierbij zijn het zichtbaar maken van wat de gespecialiseerde revalidatie wel en niet te bieden heeft en het realiseren van voorwaarden om het werk goed te kunnen doen.

De VRA wil dus kwaliteit verbeteren, zowel van de inhoud als van de positie van de revalidatiegeneeskunde. Dit is de algemene richting die wij kiezen. Die richting wordt uitgewerkt aan de hand van de thema's die u hieronder ziet.

De thema's zijn aangedragen door de werkgroepen en commissies van de VRA. Alle thema's samen bepalen de kwaliteit van de revalidatiegeneeskunde.

## INHOUD VAN DE REVALIDATIEGENEESKUNDE

- **Deskundigheid.** Zonder deskundige revalidatieartsen geen goede revalidatiegeneeskunde. Deskundigheidsbevordering is om die reden een voortdurend punt van aandacht: het verbeteren van de opleiding, het visiteren van opleidingspraktijken en het na- en bijscholen van revalidatieartsen. Het leerplan voor de opleiding tot revalidatiearts zal de komende jaren verder worden uitgewerkt, en zal worden vertaald naar een beschrijving van de competenties waaraan een revalidatiearts aan het eind van zijn opleiding moet voldoen. In de inhoudelijke ontwikkeling van en de deskundigheidsbevordering op de verschillende gebieden van de revalidatiegeneeskunde spelen de geaccrediteerde werkgroepen van de VRA een belangrijke rol.
  - **Patiëntgericht werken.** Revalideren is een actief proces voor patiënten: zij bepalen in hoge mate zelf de uitkomst ervan. Bovendien staan in de revalidatie de eigen behoeften van patiënten centraal: zij weten wat ze belangrijk vinden in hun leven en wat ze willen leren. Daarom moeten revalidatie-instellingen steeds beter worden in het patiënt- of vraaggericht werken. De VRA wil hierbij ondersteunen, bijvoorbeeld door overleg en/of gezamenlijke richtlijnontwikkeling met landelijke patiëntenorganisaties en verenigingen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. De werkgroepen van de VRA nemen initiatieven om per diagnosegroep de patiëntgerichtheid te verbeteren.
  - **Organisatie van de zorg.** Door de zorg goed te organiseren, wordt het zorgaanbod beter en doeltreffender. Een cruciale factor hierbij is samenwerking: binnen revalidatie-instellingen, tussen revalidatie-instellingen onderling en tussen revalidatie-instellingen en andere zorgverleners. Door samenwerking ontstaan meer mogelijkheden voor specialisatie en innovatie, en kan worden gezorgd dat de juiste kennis op de juiste momenten wordt ingezet. Bij CVA-patiënten is de ketenzorg al sterk verbeterd; voor andere groepen, zoals de neurotraumatologie, wordt hier eveneens aan gewerkt.
- Ook het elektronisch patiëntendossier (EPD) zal helpen de zorg beter te organiseren. Informatie komt sneller en completer beschikbaar. De Nederlandse revalidatiecentra hebben besloten gezamenlijk een EPD te ontwikkelen en dat voor eind 2008 in te voeren. De VRA ondersteunt deze ontwikkeling door deelname aan de commissie van Revalidatie Nederland die dit proces begeleidt.
- **Inzichtig werken.** Revalidatie Nederland en de VRA willen inzichtelijk maken wat revalidatie inhoudt. Dat wordt ook verlangd door de buitenwereld: de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. Zij willen instellingen kunnen vergelijken. Daarom zullen instellingen duidelijk moeten maken wat zij te bieden hebben. Daartoe worden meetinstrumenten ontwikkeld en verfijnd, en wordt onderzoek gedaan naar de tevredenheid van patiënten. Bijna iedere revalidatie-instelling doet wel iets op dit vlak. Om versnippering en dubbel werk te voorkomen, wordt gewerkt aan het Visiedocument verantwoorde revalidatiezorg. Dit wordt een gezamenlijk document van VRA, Revalidatie Nederland en patiëntenorganisaties, in overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS en zorgverzekeraars. In het visiedocument wordt beschreven hoe instellingen de professionele kwaliteit van de revalidatie waarborgen en hoe ze het cliëntenperspectief een plaats geven. Daarbij wordt toegewerkt naar een jaarlijkse quickscan, om de patiënttevredenheid in alle revalidatiecentra op dezelfde wijze te meten. Dit maakt vergelijking tussen centra mogelijk. Een manier om meer duidelijkheid te geven over de inhoud van de behandeling, is het behandelen volgens omschreven richtlijnen en behandelkaders. Het actueel houden en verder ontwikkelen van richtlijnen en behandelkaders is daarom van belang. Ook zal veel aandacht worden besteed aan het invoeren van richtlijnen in de behandelpraktijk en aan het daadwerkelijke gebruik van behandelkaders. Verder wordt begonnen met de registratie van complicaties.

- **Resultaatmeting.** Resultaatmeting is nodig om verantwoording af te leggen: duidelijk wordt welke prestatie is geleverd. Resultaatmeting maakt daarnaast kwaliteitsverbetering mogelijk: duidelijk wordt welke aanpak het beste werkt en waar verbeteringen mogelijk zijn. Om steeds beter de resultaten van behandeling te kunnen meten, blijft de VRA op zoek naar goede meetinstrumenten. Het gaat daarbij zowel om algemene instrumenten als om instrumenten die zijn gericht op bepaalde diagnosegroepen. De komende jaren zal moeten worden aangetoond dat ontwikkelde meetinstrumenten aan hun doel beantwoorden, en dus inzicht geven in het resultaat van de behandeling. De Commissie Prestatie-Indicatoren van Revalidatie Nederland en VRA, voert hierbij de regie.
- **Wetenschappelijk onderzoek.** Onderzoek is onmisbaar om verantwoording af te leggen, om de kwaliteit van de revalidatie verder te verbeteren en om behandeling efficiënt in te zetten. Het Ile Programma Revalidatieonderzoek en het Landelijk Innovatieprogramma Kinderrevalidatie zullen de komende jaren sturing geven aan het revalidatieonderzoek. De VRA is vertegenwoordigd in

de programmacommissies. Op de jaarcongressen en colloquia die de VRA organiseert, presenteren onderzoekers en revalidatieartsen in opleiding hun onderzoeksresultaten. Deze bijeenkomsten zijn een onmisbare schakel tussen wetenschap en behandelpraktijk geworden. Gewerkt wordt aan verdere verbetering van het jaarcongres. Zo komen er meer presentaties, onder meer door het houden van parallelsessies. Verder worden ook buitenlandse sprekers uitgenodigd en worden de congressen toegankelijk voor anderen dan revalidatieartsen. In het kader van het Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek van ZonMw heeft de VRA cursussen ontwikkeld over het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. De VRA zal deelname aan deze wetenschaps-cursussen blijven promoten onder haar leden. Ook zal structureel ruimte worden gemaakt voor de opleiding van klinisch onderzoekers: Aiokos (voorheen Agiko's). Door mensen op te leiden als revalidatiearts én onderzoeker, raken wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg meer met elkaar verweven. Dit zal het onderzoek en de patiëntenzorg ten goede komen.

## POSITIE VAN DE REVALIDATIEGENEESKUNDE

- **Profilering van de revalidatiegeneeskunde.** De revalidatiegeneeskunde moet laten zien wat zij waard is, wil ze brede maatschappelijke steun krijgen en behouden. De VRA wil de revalidatiegeneeskunde goed presenteren, zodat iedereen die ermee te maken heeft weet wat ervan mag worden verwacht. Huisartsen, verpleeghuisartsen en andere medisch specialisten moeten weten wanneer een verwijzing of consult op zijn plaats is. Het moet zoveel mogelijk duidelijk zijn waar de grenzen liggen. Tegelijkertijd kunnen die grenzen worden verlegd, bijvoorbeeld doordat nieuwe patiëntengroepen in behandeling komen.  
Wat doen we wel en wat doen we niet: de komende jaren zal hierover dus meer duidelijkheid moeten ontstaan. Wat in de tussentijd al flink meehelpt, zijn de behandelkaders. Deze behandelkaders geven per diagnosegroep duidelijk weer wat de behandel mogelijkheden en -vereisten zijn. De komende jaren zullen de werkgroepen verder bouwen aan behandelkaders.  
Ook patiënten en hun familieleden moeten weten wat zij wel en niet van de revalidatie mogen verwachten. Voorlichting aan deze groepen is in de eerste plaats een taak van revalidatie-instellingen. De VRA gaat in samenwerking met Revalidatie Nederland onderzoeken hoe zij de instellingen hierin kan ondersteunen of sturen. De VRA zal verder structureel overleg gaan voeren met de stakeholders. Er wordt al intensief overlegd met Revalidatie Nederland. Daarnaast zal regelmatig worden gesproken met andere wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, inspectie en overheid. Dit overleg heeft onder meer tot doel 'reflectie' te krijgen op het functioneren van de vereniging en de positie die de vereniging inneemt of kan innemen in het stelsel van de gezondheidszorg.
- **Versterken van de sector.** Gespecialiseerde revalidatie wordt aangeboden door revalidatiecentra én door revalidatieafdelingen in ziekenhuizen. Een speciaal aandachtspunt de komende jaren is de positie van de ziekenhuisrevalidatie. De meeste aandacht ging tot op heden naar de revalidatiecentra. Om daarin verandering te brengen, heeft Revalidatie Nederland in overleg met de VRA besloten een vaste Commissie Ziekenhuisrevalidatie op te richten. Ook formuleerden de organisaties (VRA en RN) een gezamenlijke visie op ziekenhuisrevalidatie. De VRA kan commissieleden voordragen en onderhoudt contact met de commissievoorzitter. De commissie zal erop toezien dat in het revalidatiebeleid voldoende rekening wordt gehouden met de positie van revalidatieafdelingen in algemene ziekenhuizen en universitair medische centra. Zo zal bijvoorbeeld worden gezorgd dat het elektronisch patiëntendossier dat nu ontwikkeld wordt ook bruikbaar is voor revalidatieafdelingen in ziekenhuizen.
- **Capaciteitsplanning.** Bij een steeds veranderende zorgvraag is bezinning nodig op de vraag hoeveel revalidatieartsen nodig zijn - en dus hoeveel opleidingscapaciteit nodig is. Vraag en aanbod moeten in evenwicht zijn. Bij het plannen van de capaciteit moet rekening worden gehouden met nieuwe beroepsbeoefenaren op hbo-niveau, zoals 'nurse practitioners' en 'physician assistants', die zich deels op het gebied van de revalidatieartsen begeven. Zij kunnen taken overnemen en inspelen op nieuwe zorgvragen. De mogelijkheden van deze beroepen zullen in kaart worden gebracht. Waar nodig zullen afspraken worden vastgelegd over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden.
- **Versterken van de VRA.** Een sterke vereniging van revalidatieartsen kan haar werk goed doen. De vereniging draait op de vrijwillige inzet van veel leden, die worden ondersteund door het VRA-bureau. Om de organisatie verder te professionaliseren, is de afgelopen jaren een goede bureaubezetting gerealiseerd. Voor het beheer van de financiën en voor het organiseren van congressen is professionele assistentie van buiten aangetrokken. De komende jaren zal de VRA zich inspannen om ook jongere leden actief bij haar werk te betrekken. Net als andere verenigingen merkt de VRA namelijk dat het doen van vrijwilligerswerk niet meer wordt gezien als een vanzelfsprekende taak naast het dagelijkse werk. Veel aandacht zal uitgaan naar de financiële positie van de VRA. Doordat de vereniging de afgelopen jaren hard heeft gewerkt aan kwaliteitsverbetering, werden meer kosten gemaakt. Tegelijkertijd had de VRA enkele grote vorderingen, onder meer op de Orde van Medisch Specialisten. Hierdoor ontstond begin 2006 een zorgelijke financiële situatie. De VRA kon niet aan alle financiële verplichtingen voldoen. Een van de maatregelen die werden genomen, was verhoging van de - al tamelijk hoge - contributie. Inmiddels heeft de Orde van Medisch Specialisten laten weten dat er vanaf 2007 geen subsidie meer verstrekt zal worden voor kwaliteitsbeleid. Dit betekent een vermindering van de inkomsten met een derde. De VRA moet dus de komende tijd de financiële huishouding grondig saneren. Het doel is om binnen maximaal vier jaar de financiën van de VRA weer op peil te brengen. Waar ook aan zal worden gewerkt, is de interne communicatie. Op dat vlak is al het nodige bereikt, maar het kan nog beter. Er zal meer gebruik worden gemaakt van de communicatie-mogelijkheden via internet. Zo zullen meer elektronische nieuwsbrieven worden verspreid en zal meer worden overlegd via de website.

## WIE WÁT DOET

De VRA wil haar doelen bereiken door het uitvoeren van een serie deelplannen van de verschillende VRA-werkgroepen en -commissies (zie de pagina's hierna). In die deelplannen wordt kort en krachtig beschreven welke activiteiten de komende jaren worden ondernomen en tot welke resultaten dat moet leiden. Het is lang niet altijd mogelijk om vijf jaar vooruit te plannen, maar activiteiten die zeker ondernomen zullen worden vindt u terug in de deelplannen.

Door de commissies en werkgroepen veel handelingsruimte te geven, wil de VRA de beschikbare kennis en ervaring doeltreffend inzetten. Onderwerpen kunnen het beste worden aangepakt door mensen die er een directe band mee hebben. Natuurlijk houdt het VRA-bestuur daarbij toezicht. Activiteiten van commissies en werkgroepen blijven immers VRA-activiteiten.

Het VRA-bestuur zal uiteraard ook een aantal van de thema's die hierboven worden beschreven centraal aanpakken en de activiteiten coördineren. Dat geldt dan vooral voor de thema's die horen bij de algemene kwaliteit van de revalidatiegeneeskunde en bij de positie van de revalidatiegeneeskunde. Verder stelt het bestuur zich tot taak om snel en effectief te reageren op ontwikkelingen die van buitenaf op de vereniging afkomen. Zo zullen plannen en voorstellen rond de DBC's de komende tijd ongetwijfeld de aandacht vragen.

De algemene plannen en de deelplannen zijn allemaal bouwstenen van het VRA-beleid. Ze vormen samen één geheel en versterken elkaar.

De VRA doet haar werk niet alleen. ZonMw helpt bij de ontwikkeling van het wetenschappelijk onderzoek, en de hoogleraren revalidatiegeneeskunde en 'hun' academische centra zijn een stuwende kracht bij het verder ontwikkelen van de revalidatiegeneeskunde. Hoogleraren nemen ook deel in de verschillende commissies van de VRA.

Tot voor kort gaven de Orde van Medisch Specialisten en het Kwaliteitsinstituut CBO financiële, respectievelijk inhoudelijke steun aan de VRA. In het najaar van 2006 verviel de financiële steun. Daarmee is voorlopig het fundament weggeslagen onder het kwaliteitsbeleid van veel medisch wetenschappelijke verenigingen in Nederland, en dus ook van de VRA. Gezamenlijk zullen de wetenschappelijke verenigingen zoeken naar nieuwe manieren om tot een goede financiële ondersteuning te komen. Deze financiering is een voorwaarde om ook in de toekomst een goed kwaliteitsbeleid te kunnen garanderen.

Een belangrijke partner voor de VRA bij de uitvoering van haar beleid is de brancheorganisatie van revalidatieinstellingen, Revalidatie Nederland. Veel activiteiten worden gezamenlijk gedaan. Een nauwe samenwerking met Revalidatie Nederland blijft ook de komende jaren voorop staan.

# Deelplannen werkgroepen

In 2002 begon de VRA met het accrediteren van diagnosegebonden werkgroepen. Op 1 januari 2006 telde de VRA negen werkgroepen, die zich ieder bezighouden met een deelterrein van de revalidatiegeneeskunde. De werkgroepen richten zich dus op de vakinhoud. Ze worden binnen de VRA beschouwd als eerste deskundige op hun terrein. Werkgroepen voeren zelf activiteiten uit en brengen daarnaast gevraagd of ongevraagd advies uit aan het VRA-bestuur. Ook zijn ze voor hun deel-terrein aanspreekpunt voor het bestuur, het concilium en de commissies van de VRA.

In dit beleidsplan presenteren de werkgroepen voor het eerst hun deelplannen. Voor de VRA betekenen deze plannen een schat aan waardevolle extra activiteiten die de revalidatiegeneeskunde verder versterken. Om de waarde die de VRA hieraan toekent te onderstrepen, worden de deelplannen van de werkgroepen als eerste gepresenteerd.

Het gaat om de volgende deelplannen:

- Deelplan amputaties
- Deelplan CVA
- Deelplan dwarslaesie
- Deelplan kinderen
- Deelplan multitrauma
- Deelplan pijn
- Deelplan spierziekten
- Deelplan traumatisch hersenletsel

## DEELPLAN AMPUTATIES

(Werkgroep amputatie en prothesiologie, WAP)

### Deskundigheid

- Het verder verbeteren van de revalidatiegeneeskundige behandeling na amputatie van de onderste extremiteit (tenen, voeten, benen) bij volwassenen.
- Het vergroten van de kennis van revalidatieartsen en arts-assistenten op het gebied van amputaties en prothesiologie. Er is een werkgroep geformeerd die de mogelijkheden onderzoekt en een overzicht maakt van relevante scholing.
- Bijdragen aan het scholingsprogramma van de VRA over het onderwerp 'prothesiologie van de onderste extremiteit'.
- Eenmaal per anderhalf jaar een WAP-dag organiseren voor revalidatieteams. Tijdens deze dagen wisselen de teams kennis uit.
- Contacten onderhouden met fabrikanten en importeurs van prothese-onderdelen, om zo te komen tot een compleet productoverzicht. Productinformatie zal via de website van de VRA beschikbaar worden gemaakt.
- Het opstellen en bijhouden van een actueel literatuur-overzicht op het gebied van beenamputaties en prothesiologie. Het overzicht wordt geplaatst op de website van de VRA, zodat geïnteresseerde leden steeds een goed overzicht hebben van relevante literatuur.
- Het uitwisselen van praktijkervaringen rond beenamputaties en prothesiologie. Praktijkervaringen worden in de vergaderingen van de WAP besproken en genoteerd.
- Actueel houden van informatie via de website. Zo is er bijv. een handleiding ontwikkeld voor de keuze van een protheseknie om revalidatieartsen beter toe te rusten. Deze handleiding is te vinden op [www.revalidatiegeneeskunde.nl](http://www.revalidatiegeneeskunde.nl) en [www.protheseassistent.nl](http://www.protheseassistent.nl).
- Aanwezige kennis beter verspreiden binnen de VRA, om meer VRA-leden hierin te laten delen. Leden van de WAP zullen geregeld in *Revalidata* en op de website publiceren.

### Patiëntgericht werken

- Het uitbreiden van het contact met patiëntenverenigingen.
- Het regelmatig inventariseren van gebruikte patiënteninformatie, het uitwisselen van ervaringen en ideeën op dit gebied.

### Organisatie van de zorg

- Bevorderen van het werken in een zorgketen, onder meer door het opstellen van een aandachtspuntenlijst.

### Inzichtelijk werken

- Ontwikkelen van een landelijk behandelkader voor revalidatie na een amputatie van de onderste extremiteit.
- Meewerken aan een richtlijn voor de revalidatiebehandeling na een amputatie van de onderste extremiteit.
- Een richtlijn ontwikkelen voor de postoperatieve direct zorg na een beenamputatie.
- Verkennen van de mogelijkheden om tot een uniforme registratie van patiëntkenmerken te komen.

### Resultaatmeting

- Vergelijken van bestaande meetinstrumenten voor beenamputatiepatiënten, en zo nodig het verder ontwikkelen van meetinstrumenten.
- Een prestatie-indicator invoeren voor de behandeling van beenamputatiepatiënten.

### Wetenschappelijk onderzoek

- Het bijhouden van een actueel overzicht op [www.revalidatiegeneeskunde.nl](http://www.revalidatiegeneeskunde.nl) van het onderzoek dat in Nederland wordt gedaan op amputatiegebied.
- Het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek op amputatiegebied.

### Profilering van de revalidatiegeneeskunde

Toewerken naar meer kennis bij (vaat)chirurgen, orthopeden en verpleeghuisartsen over de mogelijkheden van revalidatie en prothetisering.

## DEELPLAN CVA

(Werkgroep CVA Nederland, WCN)

### Deskundigheid

- Een actieve rol spelen in de opleiding van revalidatieartsen op het gebied van CVA-revalidatie. De WCN organiseert de VRA na- en bijscholingscursus CVA in het kader van scholing en nascholing.

### Organisatie van de zorg

- Het stimuleren van de WCN-leden tot het beter organiseren van de strokeservice, door kennis te vergroten, gebruik te maken van elkaars deskundigheid, mee te werken aan richtlijnen en deel te nemen aan landelijke werkgroepen.

### Inzichtelijk werken

- Ontwikkelen van een behandelkader voor CVA-patiënten, zodat precies duidelijk is welke patiëntengroepen welke zorg horen te krijgen. In dit behandelkader zal aangegeven worden aan welke minimumeisen behandelprogramma's dienen te voldoen.
- Stimuleren van het gebruik van de richtlijnen Revalidatie na een beroerte van de Hartstichting.
- Meewerken aan een Nederlandse versie van de ICF-core-

set stroke. Vanuit de WCN zullen diverse revalidatieteams meewerken aan het tot stand komen van deze coreset.

- Ontwikkelen van een richtlijn voor neuropsychiatrische stoornissen na hersenletsel, in samenwerking met de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel van de VRA. Deze richtlijnen zullen richtinggevend zijn voor het behandelkader en behandelprogramma's.

### Resultaatmeting

- Een werkgroep van de WCN houdt zich bezig met de vraag welke meetinstrumenten van belang zijn voor de informatie-uitwisseling tussen de ketenpartners in de CVA-zorg. Doel is een optimale informatievoorziening te bereiken bij de revalidatiecentra binnen de strokeservices.

### Wetenschappelijk onderzoek

- Het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek naar het effect van therapeutische elektrostimulatie. Het gaat om het effect van elektrostimulatie in de acute, subacute en chronische fase van revalidatie aan zowel armen als benen. Het onderzoek dient te resulteren in richtlijnen voor behandeling.

## DEELPLAN DWARSLAESIE

(Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap, NVDG)

### Deskundigheid

- Een actieve rol spelen in de opleiding van revalidatieartsen op het gebied van dwarslaesie-revalidatie.
- Eenmaal per jaar een congres organiseren voor alle leden van behandelteams die zijn aangesloten bij het NVDG.
- Vier keer per jaar voor artsen en therapeuten een bijeenkomst voor revalidatieteams organiseren over de inhoud van de dwarslaesierevalidatie.
- Eens in de drie jaar het inhoudelijke deel verzorgen van de na- en bijscholingscursus van de VRA over dwarslaesierevalidatie.
- Uitgeven van een nieuwe versie van het Handboek Dwarslaesierevalidatie in voorjaar 2007.

### Patiëntgericht werken

- Verder ontwikkelen van [www.spinalnet.nl](http://www.spinalnet.nl), de vraagbaak voor mensen met een dwarslaesie. Het NVDG is verantwoordelijk voor de inhoud en bemanning van deze site.
- Onderhouden van goede contacten met de patiëntenverenigingen Dwarslaesie Organisatie Nederland en Piekernie uit Vlaanderen.
- Verzorgen van inhoudelijke bijdragen aan de halfjaarlijkse bijeenkomsten van deze verenigingen.

### Organisatie van de zorg

- Door intervisie en onderlinge kennisuitwisseling komen tot vergelijkbare behandelprogramma's en -protocollen in de acht voor hoge dwarslaesiepatiënten gespecialiseerde revalidatiecentra. Patiënten weten hierdoor dat ze overal dezelfde, optimale behandeling krijgen.
- Streven naar gespecialiseerde afdelingen voor relatief weinig voorkomende deelproblemen rond een dwarslaesie, zoals beademing of handproblematiek. Door de problemen te concentreren, wordt de kwaliteit van zorg optimaal.

### Inzichtelijk werken

- Voortzetten van de digitale registratie van patiëntgegevens. De gespecialiseerde centra houden deze registratie al tien jaar bij voor alle dwarslaesiepatiënten. De informatie wordt gebruikt om verantwoording af te leggen en om de behandeling verder te verbeteren, onder meer door middel van wetenschappelijk onderzoek.
- Bijhouden van de eigen website [www.nvdg.org](http://www.nvdg.org), waarop onder andere wordt geïnformeerd over actualiteiten en over het kwaliteitsprofiel voor gespecialiseerde klinische afdelingen voor dwarslaesierevalidatie.

### Resultaatmeting

- Doorgaan met het landelijke Koepelproject, waarbij alle gespecialiseerde centra structureel metingen doen bij alle dwarslaesiepatiënten. Op deze manier worden gegevens verzameld over bijvoorbeeld kracht en longfunctie, maar ook over handvaardigheid en rolstoelvaardigheid. Er zijn nu vier meetmomenten, tussen het moment van opname in het revalidatiecentrum en een jaar na ontslag. Er wordt een vijfde meting georganiseerd, die vijf jaar na ontslag zal plaatsvinden.

### Wetenschappelijk Onderzoek

- Het NVDG heeft een eigen wetenschappelijke commissie, met daarin artsen, wetenschappers en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. Deze commissie stimuleert en ondersteunt wetenschappelijk onderzoek.

### Profilering van de revalidatiegeneeskunde

- Actief zijn in het publiceren in wetenschappelijke bladen en het geven van voordrachten.
- Onderhouden van goede contacten met collega-specialisten waarmee in de behandeling van dwarslaesiepatiënten intensief wordt samengewerkt: plastisch chirurgen, urologen, traumatologen.

## DEELPLAN KINDEREN

*(Platform Kinderrevalidatieartsen)*

### Deskundigheid

- Het instellen van een Servicepunt Kinderrevalidatie, waar professionals terecht kunnen voor informatie en advies. Het servicepunt zal bijdragen aan netwerkvorming en informatie-uitwisseling.
- Het oprichten van de Dutch Academy of Childhood Disability, een multidisciplinair samenwerkingsverband voor professionals die bij de revalidatie van kinderen zijn betrokken. De D-ACD zal de eerste nationale tak zijn van de European Academy of Childhood Disability.
- Tijdens de bijeenkomsten van het platform meer aandacht besteden aan inhoudelijke onderwerpen, door middel van voordrachten door de leden en werkgroepen van het platform en door gastsprekers.
- Op basis van de gezamenlijke visie van het Platform Kinderrevalidatieartsen, het Nederlands Instituut van Psychologen en de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen streven naar toepassing van de International Classification of Functioning in de kinderrevalidatie. Het is de bedoeling dit classificatiemodel in al zijn aspecten toe te passen, met aandacht voor de ontwikkeling en het systeem van het kind.

### Patiëntgericht werken

- Het beter toerusten van gezinnen voor de omgang met hun gehandicapte kind. Dit krijgt onder meer vorm in de projecten van het Landelijk Innovatieprogramma Kinderrevalidatie. Ook zullen de adviezen worden opgevolgd die de richtlijn Behandeling van spastische cerebrale parese geeft over het besteden van aandacht aan ouder en gezin en aan het functioneren van het kind.
- Gebruikmaken van telecommunicatiemogelijkheden in de patiëntencontacten.

### Organisatie van de zorg

- Het verbeteren van de overgang van kinderrevalidatie naar volwassen revalidatie: op diverse plaatsen in Nederland zijn jongvolwassenenpoli's aanwezig of in oprichting; er wordt gestreefd naar een netwerk van dit type poli's.

### Inzichtelijk werken

- Meewerken aan de ontwikkeling en implementatie van

richtlijnen, zoals de richtlijn Behandeling van spastische cerebrale parese.

- Verbeteren van beleidsafstemming tussen de diverse werkgroepen van het Platform Kinderrevalidatieartsen, zoals de werkgroepen rond therapeutische peutergroepen, kinderrevalidatie in academische ziekenhuizen en kinderrevalidatie in mytylscholen.

### Resultaatmeting

- Landelijk invoeren van de PEDI, de vragenlijst waarmee de dagelijkse activiteiten van een kind in kaart worden gebracht, als prestatie-indicator en procesmeter.
- Landelijk invoeren van het gebruik van meet- en classificatiesystemen, zoals GMFCS en MACS.

### Wetenschappelijk onderzoek

- Uitvoeren van projecten in het kader van het IIe Programma Revalidatieonderzoek van ZonMw.
- Participeren in onderzoeksprojecten van de universitaire kernen in Groningen, Utrecht, Amsterdam en Rotterdam.
- Implementeren van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld door het opzetten van transitiepoli's.

### Profilering van de revalidatiegeneeskunde

- Deelnemen aan het Landelijk Innovatieprogramma Kinderrevalidatie.
- Beschrijven van de speciale competenties van een kinderrevalidatiearts en het onderzoeken van de vraag of instellen van een subspecialisme kinderrevalidatiegeneeskunde gewenst en haalbaar is.
- Uitbreiden van het aantal hoogleraren revalidatiegeneeskunde met de speciale leeropdracht revalidatie van kinderen.

### Financiering

- Bewaken van de voorzieningenverstrekking aan kinderen op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De expertise bij gemeenten richt zich bijna volledig op volwassenen. De voorzieningenverstrekking van kinderen komt daardoor in het gedrang.

## DEELPLAN MULTITRAUMA

*(Werkgroep traumarevalidatie)*

### Deskundigheid

- Het verder verbeteren van de revalidatiebehandeling van meervoudig ernstig gewonden en mensen met extremitetletsels, zoals handletsels en complexe beenletsels.
- Het scholen van de eigen leden en belangstellenden op het gebied van de traumarevalidatie. Dit gebeurt door twee maal per jaar een scholingsmoment aan te bieden, aansluitend op de huishoudelijke vergadering.
- Een keer per drie jaar de na- en bijscholingscursus over traumatologie en brandwonden van de VRA organiseren. Vanaf 2008 meewerken aan de na- en bijscholingscursus over arm- en handletsels van de VRA.
- Zorgen dat in 2010 een landelijk leerplan traumarevalidatie is opgenomen in de portfolio van Aios.

### Organisatie van de zorg

- Het verder stimuleren van de betrokkenheid van de revalidatiearts in de hele ketenzorg van de (poly-)traumapatiënt en de (intensieve) samenwerking met de andere betrokken medisch specialisten.

### Resultaatmeting

- In 2006 heeft TNO-iRv in opdracht van derden het meetinstrument IMPACT ontwikkeld en gevalideerd: een meetinstrument dat de lichamelijke en maatschappelijke gevolgen van een verkeersongeval in kaart brengt. De WTR heeft meegewerkt aan de validering en zal ook meewerken aan het vervolg: het testen van de praktische toepasbaarheid van de aangepaste versie.

### Wetenschappelijk onderzoek

- De WTR zal onderzoek initiëren naar de knelpunten in de patiëntenzorg en de mogelijkheden onderzoeken van samenwerking tussen de verschillende revalidatieafdelingen voor traumarevalidatie.

### Profilering van de revalidatiegeneeskunde

- De WTR is lid van de op te richten landelijke Federatie voor Traumazorg, waarin verschillende disciplines, betrokken bij de zorg aan traumapatiënten, samenwerken.
- Leden van de WTR zijn op lokaal niveau actief deelnemer aan de zorgketen en ze werken mee aan bijvoorbeeld refereeravonden van traumatologen.

## DEELPLAN PIJN

*(Werkgroep pijnrevalidatie Nederland, WPN)*

### Deskundigheid

- In samenwerking met de Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie een scholingsdag rond een thema organiseren voor WPN-leden en hun interdisciplinaire teams.
- Organiseren van een na- en bijscholingscursus van de VRA over pijn voor arts-assistenten in opleiding.
- Meewerken aan scholing voor andere beroepsgroepen, zoals huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen en bedrijfsartsen.

### Patiëntgericht werken

- De WPN is vertegenwoordigd in het Platform Pijn en Pijnbestrijding, een organisatie waarin zowel patiëntenverenigingen als professionals participeren.

### Organisatie van de zorg

- Nader onderzoeken van de vraag waar de expertise van de WPN zinvol ingezet kan worden, met name ten aanzien van de plaats in de zorgketen.

### Inzichtelijk werken

- Meer duidelijkheid scheppen over de vraag voor wie pijnrevalidatie geïndiceerd is. De WPN vindt het van belang dat dit voor zowel verwijzers als patiënten als collega-revalidatieartsen duidelijk is. Gesproken wordt over de afgrenzing met de psychiatrie. Er worden richtlijnen geformuleerd die aangeven wie naar wélk soort behandelinstelling wordt verwezen.

- De WPN heeft niveaus van complexiteit benoemd die een richtlijn vormen voor behandeling: hoe complexer de problematiek, des te meer eisen aan de behandeling gesteld worden. De eveneens door de WPN ontwikkelde behandelkaders pijnrevalidatie borduren hierop voort. De komende jaren zal de indeling in niveaus geëvalueerd worden en zo nodig geactualiseerd.

### Resultaatmeting

- Het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de pijnrevalidatie, in samenwerking met de Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie.

### Wetenschappelijk onderzoek

- Het onderhouden van nauwe contacten met het LoBaDis onderzoeksproject, naar de effectiviteit van behandeling bij patiënten met chronische a-specifieke lage rugklachten.

### Profilering van de revalidatiegeneeskunde

- Het vergroten van de kennis over pijnrevalidatie en het verbeteren van het imago. Dit gebeurt door middel van het profileren van de revalidatiearts binnen de pijnbehandeling en het profileren van de pijnrevalidatie in de opleiding tot basisarts.

## DEELPLAN SPIERZIEKTEN

*(Werkgroep revalidatieartsen voor spierziekten)*

### Deskundigheid

- Kennis over ophoesttechnieken ('airstacking') verspreiden binnen de revalidatie. Een cursus is geïnitieerd door de werkgroep en wordt gegeven voor revalidatieartsen met hun fysiotherapeuten. Zij leren de kennis door te geven aan patiënten en hun verzorgers. In 2008 wil de werkgroep een vast cursusaanbod hebben gerealiseerd.
- Uitdragen van vakinhoudelijke ontwikkelingen ten aanzien van spierziekten naar collega's. Er worden onder andere twee themamiddagen gehouden, over relevante onderwerpen die nu nog niet bekend zijn. Ook tijdens werkgroepvergaderingen zal kennis worden overgedragen, via casuïstiek en voordrachten. Verder zal de werkgroep medisch-inhoudelijke bijdragen leveren aan Myonet, een kwartaalblad voor artsen en paramedici van de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN).

### Patiëntgericht werken

- Samenwerken met patiëntenverenigingen.
- Informatie overdragen aan patiënten met een spierziekte, onder andere door middel van lezingen op patiëntdagen en bijdragen aan VSN-publicaties.
- Kinderen met een spierziekte stimuleren in hun groei naar zelfstandigheid. Deze transitie wordt steeds belangrijker, aangezien patiënten met spinale musculaire atrofie (SMA) en de ziekte van Duchenne steeds ouder worden.

### Organisatie van de zorg

- Verbeteren van de zorg voor volwassenen met langzaam progressieve spierziekten.
- Verbeteren van de overgang van de jeugdzorg naar de volwassenenzorg. Er wordt onder meer een themamiddag gehouden over het onderwerp 'transitie'.
- Verbeteren van de samenwerking met huisartsen. Huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners weten weinig over spierziekten. Het revalidatieteam heeft een belangrijke taak in het informeren en adviseren van vooral de huisarts, opdat patiënten in de eerste lijn goede zorg krijgen. Het is de bedoeling om in 2007

de VSN-huisartseninformatie af te ronden, door het realiseren van brochures met probleemgerichte adviezen door revalidatieartsen en neurologen. Deze brochures worden ook op de site met huisartsenstandaarden gezet.

### Inzichtelijk werken

- Het actualiseren van bestaande richtlijnen, bijvoorbeeld over amyotrofische laterale sclerose (ALS) en ataxie van Friedreich.
- Het ontwikkelen van twee nieuwe richtlijnen, over hereditaire motorische en sensorische neuropathie (HMSN) en de ziekte van Duchenne, als daarvoor financiering kan worden gevonden.
- Na de totstandkoming van de richtlijnen Scoliose bij spierziekten en Prednison bij Duchenne (in 2006): implementatie van deze richtlijnen en zorgen dat de inhoud actueel blijft.
- In 2006 is de protocollenbank spierziekten op internet geactualiseerd; ook hier de zorg voor actueel houden.

### Wetenschappelijk onderzoek

- Wetenschappelijk onderzoek wordt geïnitieerd via bestaande onderzoekslijnen. De stand van zaken in het onderzoek is een terugkerend onderwerp op vergaderingen van de werkgroep.

### Profilering van de revalidatiegeneeskunde

- Het profileren van de revalidatiearts - zowel ten opzichte van andere medisch specialisten als van patiënten - binnen de multidisciplinaire revalidatie.
- De werkgroep is sterk verweven met de VSN: de beleidsmedewerker van de VSN is lid van de werkgroep. Veel van de activiteiten van de werkgroep worden via de VSN naar buiten gebracht. Daarmee profileert de werkgroep zich als groep van deskundigen op het terrein van de revalidatiezorg aan mensen met een spierziekte, die de verbetering van de zorg wil bewerkstelligen in nauw overleg met de patiënten(organisatie).

## DEELPLAN TRAUMATISCH HERSENLETSEL

*(Werkgroep traumatisch hersenletsel, WTH)*

### Deskundigheid

- Organiseren van de na- en bijscholingscursus over traumatisch hersenletsel van de VRA.
- Jaarlijks organiseren van teamdagen.
- Eenmaal per drie jaar organiseren van een internationaal werkbezoek aan een vooraanstaand revalidatiecentrum.

### Organisatie van zorg

- Eenmaal per jaar vergaderen bij een van deelnemende revalidatie-instellingen. Op die dag vindt naast de huishoudelijke vergadering van de WTH tevens een presentatie plaats van de betreffende instelling. Kwaliteitsbeleid, netwerkvorming en intern scholingsbeleid zijn voorbeelden van onderwerpen die hierbij aandacht krijgen. Hoewel deze presentatie niet de formele status heeft van een extern auditeersysteem, heeft het daar wel kenmerken van.

### Inzichtelijk werken

- Leden van de WTH informeren en adviseren elkaar over de ontwikkeling van behandelprogramma's. Vanuit de

WTH werd het initiatief genomen om tot de CBO richtlijn psychofarmacologie bij traumatisch hersenletsel te komen. Na de totstandkoming van deze richtlijn (eind 2006) vragen de implementatie en het actueel houden van de richtlijn de aandacht.

### Resultaatmeting

- Nieuwe meetinstrumenten worden besproken en afspraken worden gemaakt over bijdragen aan de ontwikkeling ervan. De QuoLiBrI is hier een voorbeeld van en heeft geleid tot deelname aan een internationale valideringsstudie. Verder heeft de WTH geadviseerd over de prestatie-indicatoren.

### Wetenschappelijk onderzoek

- Leden van de WTH informeren elkaar over lopend onderzoek. Ze streven naar samenwerking in multicenterstudies.
- Er is geopteerd voor een WTH-workshop over lopend onderzoek tijdens de najaarsvergadering van de VRA in 2007.

- Pro- en orthesen
- Voetzorg
- Therapeutisch elastische kousen

# GAAN EN STAAN WAAR JE WILT

[www.oim.nl](http://www.oim.nl)



***oim***  
o r t h o p e d i e

Almere, Amsterdam, Arnhem, Assen, Beetsterzwaag, Dokkum, Ede,  
Emmen, Groningen, Haren, Hoogeveen, Leeuwarden, Veendam,  
Velsbroek, Winschoten, Zwolle

# Deelplannen commissies

De VRA heeft een aantal vaste commissies die het bestuur adviseren over belangrijke algemene thema's en die ondersteuning bieden bij het uitvoeren van bestuurstaken. Ook is er het concilium, dat zich bezighoudt met de opleiding tot revalidatiearts. De commissies zijn ingesteld door en leggen verantwoording af aan het bestuur; het concilium is ingesteld door en legt verantwoording af aan de algemene vergadering.

De commissies van de VRA werken vanuit een vaste taakstelling en adviseren het VRA-bestuur gevraagd en ongevraagd. De meeste commissies hebben een reglement waarin hun taken nader omschreven staan en waarin ook de communicatie met het bestuur is geregeld. De commissies verrichten veel praktische en uitvoerende taken. Naast de vaste commissies zijn er ook tijdelijke commissies, die een beperkte tijd aan een beperkte opdracht werken.

In dit beleidsplan presenteren de vaste commissies en het concilium van de VRA opnieuw hun deelplannen. Met deze plannen leggen commissies en concilium een belangrijke basis onder het werk van de VRA.

Het gaat om de volgende deelplannen:

- Deelplan belangenbehartiging
- Deelplan hulpmiddelen
- Deelplan internationale betrekkingen
- Deelplan kwaliteit
- Deelplan opleiding en scholing
- Deelplan wetenschap
- Deelplan ziekenhuisrevalidatie

## DEELPLAN BELANGENBEHARTIGING

*(Beroeps Belangen Commissie)*

De Beroeps Belangen Commissie (BBC) richt zich op het verstevigen van de positie van de revalidatiegeneeskunde. Dit doet de BBC door de belangen van revalidatieartsen te behartigen. Een bestuurslid van de VRA zit in de BBC en is ook vertegenwoordiger in het overleg van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband.

Verder adviseert de BBC het VRA-bestuur gevraagd en ongevraagd en geeft de BBC advies aan leden, die vragen hebben op het gebied van arbeidsvoorwaarden, salaris en werkomstandigheden.

### Activiteiten in de komende jaren:

- Het aantal revalidatieartsen dat wordt opgeleid wordt bewaakt, door deelname aan de Stuurgroep Capaciteitsbepaling Revalidatieartsen.
- Gestreefd wordt naar goede primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, onder andere via de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband en de Orde van Medisch Specialisten. De belangen van revalidatieartsen worden in dit overleg behartigd.
- Ontwikkelingen met betrekking tot de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in algemene ziekenhuizen (AMS) worden gevolgd en zo nodig teruggekoppeld naar de beroepsgroep.
- Er wordt meegewerkt aan het formuleren van een normpraktijk voor diverse praktijkvormen, dus in een revalidatiecentrum, een academisch ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis.
- Gezorgd wordt voor goede voorlichting wanneer zich geschilpunten voordoen met betrekking tot de collectieve arbeidsovereenkomsten voor academisch medisch specialisten, AMS en Honoreringsregeling Academisch Medisch Specialisten (HAMS).
- Aandacht zal worden besteed aan de taakafbakening tussen revalidatiearts, physician assistent en nurse-practitioner.
- De BBC zal gaan participeren in de in te stellen werkgroep Nieuwe Beroepsgroepen, die behalve de taakafbakening ook andere aspecten rondom nieuwe beroepen in de revalidatiezorg in kaart zal brengen en die streeft naar kennisverbreding op dit punt binnen de revalidatieinstellingen en bij de revalidatieartsen. Het betreft hier een gezamenlijke werkgroep van Revalidatie Nederland en VRA.

## DEELPLAN HULPMIDDELEN

*(Beleidsadviescommissie revalidatietechnische hulpmiddelen, BARTH)*

Revalidatieartsen spelen een belangrijke rol bij de verstrekking van kunst- en hulpmiddelen - hier voor het gemak hulpmiddelen genoemd. Op grond van de wet verzorgen zij de indicatie voor hulpmiddelen, als onderdeel van de geneeskundige zorg. In de praktijk spelen ze ook een rol bij de bewaking van verstrekingsprocessen en bij de controle van de kwaliteit en doelmatigheid van geleverde hulpmiddelen. Bij op maat gemaakte hulpmiddelen treden revalidatieartsen verder op als wettelijk voorschrijver. Op basis van hun medische deskundigheid stellen zij de specificaties vast ten aanzien van het individueel benodigde maatwerk. Dit gebeurt in samenspraak met een technicus, zoals de orthopedisch schoentechnicus of instrumentmaker, en zeker ook in samenspraak met de patiënt.

Er zit de laatste tijd veel beweging in de regelgeving voor de verstrekking van hulpmiddelen. Landelijke overheid en

zorgverzekeraars hebben initiatieven genomen die de verstrekking van hulpmiddelen kunnen beïnvloeden en de rol van de revalidatiearts kunnen veranderen. Het doel van de BARTH is te zorgen dat de revalidatiegeneeskundige kennis, die noodzakelijk is voor een optimale hulpmiddelenverstrekking, ook daadwerkelijk kan worden ingezet.

De BARTH adviseert gevraagd en ongevraagd het VRA-bestuur en individuele VRA-leden op het gebied van de verstrekking van hulpmiddelen. Daarbij wordt ingespeeld op de actualiteit. Waar nodig overlegt de BARTH met andere partijen, zoals brancheorganisaties en patiëntenverenigingen. De komende tijd zullen onder andere eerdere initiatieven om te komen tot een protocol rond voetschoenproblematiek verder worden ondersteund. Naar dit protocol wordt door alle betrokken partijen al te lang reikhalzend uitgekeken.

## DEELPLAN INTERNATIONALE BETREKKINGEN

*(Buitenlandcommissie, BUCO)*

Internationale samenwerking kan de inhoud en de positie van de revalidatiegeneeskunde versterken. De buitenlandcommissie (BUCO) richt zich daarom op internationale samenwerking, zowel binnen als buiten Europa. De BUCO adviseert het VRA-bestuur over internationale ontwikkelingen en stimuleert de deelname van VRA-leden aan internationale medische organisaties.

In de afgelopen jaren hebben de Nederlandse vertegenwoordigers een belangrijke bijdrage geleverd aan de Europese ontwikkelingen. Het gaat hierbij onder meer om regelgeving met betrekking tot herregistratie, de totstandkoming van het Europees diploma van revalidatieartsen en het nieuwe White Book on Physical and Rehabilitation Medicine. Verder is een aantal VRA-leden zeer actief betrokken bij bestuurlijke aangelegenheden van internationale revalidatie-organisaties zoals ISPRM en ISPO. De internationale bijdragen zullen voortgezet moeten worden, opdat de Nederlandse revalidatiegeneeskunde bij kan blijven of - vaker - voorop kan blijven lopen.

### Activiteiten in de komende jaren:

- De BUCO wordt beter georganiseerd en gaat zich meer profileren binnen de VRA. Om te beginnen wordt een huishoudelijk reglement ingevoerd. Daarin worden praktische zaken vastgelegd over het jaarlijks uitbrengen van een begroting en over de communicatie van de BUCO naar het VRA-bestuur en de VRA-leden.
- Binnen de Europese Unie wordt gewerkt aan het afstemmen van opleidingseisen voor de revalidatiegeneeskunde, en daarmee aan een meer uniforme benadering van de inhoud en de uitvoering van het specialisme. Veranderende opvattingen binnen de Nederlandse revalidatiewereld over de inhoud en de uitvoering van het specialisme dienen aansluiting te houden bij de opvattingen in andere landen.
- De BUCO draagt bij aan het formuleren van Europese basisnormen voor de opleiding tot revalidatiearts, het opzetten en uitvoeren van een Europees systeem van visitatie van opleiders en opleidingen en het verder ontwikkelen van het Europees examen.
- De ontwikkeling van Continuïng Medical Education wordt bewaakt.
- Het revalidatiegeneeskundig model zoals dat in Nederland is ontwikkeld, kan worden beschouwd als voorloper van de ICF, de International Classification of Functions, dat vanuit de wereldgezondheidsorganisatie WHO nadrukkelijk wordt ondersteund. Daarom zal de invoering van de ICF worden gevolgd.
- De kennis en ervaring die in Nederland is opgebouwd, wordt ten dienste gesteld van landen waar de revalidatie minder ontwikkeld is.
- Het streven is om in de komende jaren weer een internationaal congres in Nederland te organiseren.

## DEELPLAN KWALITEIT

*(Kwaliteitscommissie, KWACO)*

De kwaliteitscommissie (KWACO) bewaakt de kwaliteit van de revalidatiegeneeskundige zorg in Nederland en doet voorstellen voor het verbeteren van die kwaliteit. De KWACO voert onder meer visitaties uit in alle revalidatie-geneeskundige praktijken. Leden van de KWACO draaien mee in diverse geledingen van de VRA. Ook nemen KWACO-leden deel aan gezamenlijke commissies van Revalidatie Nederland en de VRA, zoals de Stuurgroep Prestatie-indicatoren.

De afgelopen jaren is begonnen met het opzetten van een systeem voor het registreren van complicaties. Daarnaast is een nieuw visitatiesysteem ontwikkeld. Anders dan voorheen worden in het vervolg ook de opleidingspraktijken in de visitatie betrokken. In het nieuwe visitatiesysteem is er meer aandacht voor de samenwerking binnen de praktijken, voor het gebruik van richtlijnen en voor de bejegening van patiënten.

De KWACO heeft verder namens de VRA meegewerkt aan het formuleren van prestatie-indicatoren. Dit gebeurde samen met Revalidatie Nederland. Daarnaast is het systeem voor het toetsen van revalidatie-instellingen onder de loep genomen. Al deze ontwikkelingen zullen ook de komende tijd de aandacht vragen.

### Activiteiten in de komende jaren:

- Het systeem voor complicatieregistratie zal worden uitgebreid. Het moet er toe leiden dat uiteindelijk alle praktijken een complicatieregistratie bijhouden.
- Samen met Revalidatie Nederland zal verder worden gewerkt aan de invoering van algemeen geldende prestatie-indicatoren en aan een nieuw systeem om revalidatie-instellingen te toetsen, als vervanging van de huidige externe toetsing.
- De ontwikkeling van meer evidence-based behandelrichtlijnen en behandelkaders zal worden gestimuleerd.

## DEELPLAN OPLEIDING EN SCHOLING

*(Concilium)*

Veel van de doelen die het concilium zich voor de afgelopen jaren stelde, zijn bereikt. Zo zijn in het raamplan voor basisartsen de revalidatiegeneeskundige eisen duidelijk beschreven. Het leerplan voor revalidatieartsen is aangevuld met een aantal diagnosegerichte hoofdstukken. Er is een systematische evaluatie van supervisors in de opleiding ontwikkeld. Ook is een onafhankelijke toetsing van Aios ontwikkeld en ingevoerd. De criteria voor herregistratie van revalidatieartsen zijn verfijnd. Het zijn enkele voorbeelden van de verbeteringen die zijn gerealiseerd.

### Activiteiten in de komende jaren:

- KKB (korte klinische beoordeling) en portfolio worden geïmplementeerd. Er wordt een onafhankelijke toetsing van Aios ontwikkeld en ingevoerd.
  - Er worden beleidsregels opgesteld over specifieke opleidingseisen.
  - Het leerplan wordt volledig geïmplementeerd in alle opleidingscircuits.
- Er wordt een nieuw, 'competentiegericht' opleidingsplan geschreven, uitgaand van de eisen van de Commissie Modernisering Opleidingen Beroepen Gezondheidszorg. Het al ontwikkelde leerplan voor revalidatieartsen is hierbij een solide basis. De invoering van het nieuwe opleidingsplan in de praktijk wordt bevorderd.
  - De Specifieke Opleidingseisen Revalidatiegeneeskunde worden herzien. Om de eisen te kunnen herzien, zal binnen de VRA duidelijkheid moeten ontstaan over de grenzen van het vak. Er moeten immers alleen eisen worden geformuleerd voor die diagnosegroepen die volgens de meeste VRA-leden bij de revalidatiegeneeskunde horen.
  - Er wordt ingespeeld op landelijke capaciteitsadviezen, ook rond 'academische clustering'. Het moet leiden tot een optimale opleiding tot revalidatiearts, gegeven de landelijke ontwikkelingen.
  - Er wordt een systeem ontwikkeld voor het combineren van kwaliteitsvisitaties en opleidingsvisitaties.

## DEELPLAN WETENSCHAP

*(Wetenschapscommissie, WeCo)*

De Wetenschapcommissie heeft als belangrijkste taak het bevorderen van kennisoverdracht uit onderzoek. Traditioneel gebeurt dat door VRA-symposia en -congressen, waarbij de WeCo de opzet en inhoud bepaalt. Desgevraagd geven leden van de WeCo terugkoppeling op presentaties van voordrachten of posters.

### Activiteiten in de komende jaren:

- In 2006 werd voor het eerst een tweedaags congres georganiseerd met een centraal thema, vooraanstaande gastsprekers en simultane programmaonderdelen. In deze opzet kunnen naast vrije voordrachten en posters, VRA-werkgroepen en onderzoekclusters in het vervolg hun bijdragen aan de ontwikkeling van de revalidatie-geneeskunde presenteren.
- De WeCo wil het jaarcongres tot een kwalitatief hoog niveau brengen, met een actieve deelname van onderzoekers op het gebied van de revalidatiegeneeskunde.
- Aan de presentatie van het beste onderzoek zal de WeCo jaarlijks een prijs toekennen.
- In 2008 zal het jaarcongres samen met Britse revalidatie-artsen worden gehouden. De WeCo stemt af en bepaalt de inhoud. Het zal de eerste keer worden dat de voertaal tijdens het congres Engels is. De ambitie is om vanaf 2008 jaarlijks een internationaal evenement te organiseren, met inbreng en deelname uit meerdere Europese landen.
- Naast het jaarcongres wordt eenmaal per jaar een colloquium georganiseerd, waarop eveneens gelegenheid is voor aios en anderen om onderzoeksresultaten te presenteren.
- Het internet in het algemeen en de VRA-site in het bijzonder biedt goede mogelijkheden voor het publiceren van studieresultaten die bij een breed publiek van onderzoekers, revalidatieartsen en leken bekend gemaakt dienen te worden. Bij het selecteren van onderwerpen wil de WeCo een voortrekkende rol spelen.
- Jaarlijks zal een inventarisatie worden gemaakt van onderzoek dat is uitgevoerd door aios.
- De bibliotheeklijst zal op niveau worden gehouden.

## DEELPLAN ZIEKENHUISREVALIDATIE

Revalidatiegeneeskundige zorg wordt aangeboden in revalidatiecentra en in revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. De brancheorganisatie voor de revalidatiesector, Revalidatie Nederland, besteedt vanouds vooral aandacht aan de ontwikkelingen in de revalidatiecentra. De revalidatieafdelingen voelden zich hierdoor achtergesteld en waren wantrouwend jegens de brancheorganisatie. Onlangs zijn Revalidatie Nederland en de VRA begonnen met een serieuze poging om de ziekenhuisrevalidatie de aandacht te geven die zij verdient. Revalidatie Nederland heeft hiertoe een permanente bestuurscommissie ingesteld: de Commissie Ziekenhuisrevalidatie. De leden van deze commissie zijn verbonden aan ziekenhuizen.

Er is geen commissie binnen de VRA die eigenaar is van de portefeuille ziekenhuisrevalidatie. Toch acht het VRA-bestuur het onderwerp dermate belangrijk dat de doelstelling rondom ziekenhuisrevalidatie in een deelplan van het beleidsplan wordt verwoord.

In het overleg tussen de besturen van de VRA en Revalidatie Nederland zal het onderwerp de komende jaren ook een vast punt op de agenda zijn. Het streven is om een bestuurslid van de VRA op persoonlijke titel deel te laten uitmaken van de Commissie Ziekenhuisrevalidatie.

### Activiteiten in de komende jaren:

- Toegewerkt wordt naar het borgen van de Commissie Ziekenhuisrevalidatie binnen Revalidatie Nederland.
- Er wordt gewerkt aan een elektronisch patiëntendossier en een DBC-registratie die óók in de ziekenhuizen ingezet kunnen worden.
- Geïnterviewd zal worden hoe de ziekenhuisrevalidatie georganiseerd is en hoe de financiering geregeld is. Landelijk zijn er op dit punt grote verschillen.
- De Commissie Ziekenhuisrevalidatie streeft naar een jaarlijks brancherapport voor de revalidatiesector, waarin ook de ziekenhuisrevalidatie een plaats heeft.

# Bijlage

## TERUGBLIK OP HET VORIGE BELEIDSPLAN

In beweging, heette het beleidsplan van de VRA voor de periode 2001-2005. In dit plan werden onderwerpen genoemd waar de VRA zich speciaal voor zou inzetten. Hier herhalen we die onderwerpen, en kijken wat bereikt is:

- *'Het creëren van (internationale) eenduidigheid over de inhoud en de uitoefening van de methode van de revalidatiegeneeskunde.'*

Door het ontwikkelen van richtlijnen en het mede-opstellen van een handleiding voor behandelkaders, is een belangrijke stap gezet in de richting van meer eenduidigheid. Dankzij de nota Indicatiestelling Revalidatiezorg werd naar buiten toe, onder meer voor zorgverzekeraars, duidelijk wat revalidatiegeneeskunde inhoudt.

Voor de opleiding tot revalidatiearts werd een leerplan ontwikkeld, waardoor nu op verschillende plaatsen volgens dezelfde uitgangspunten wordt opgeleid. Verder heeft de VRA zich ingezet voor de mogelijkheid om de opleiding tot revalidatiearts af te sluiten met een Europees erkend examen. Dat is inmiddels het geval.

- *'De verdere ontwikkeling van het wetenschappelijk onderzoek en, daarmee samenhangend, evidence-based medicine.'*

Samen met ZonMw en Revalidatie Nederland is een onderzoeksprogramma opgezet met gezamenlijke onderzoeksthema's. Een aanzienlijk deel van de VRA-leden was betrokken bij onderzoek en een relatief groot aantal arts-assistenten werd c.q. wordt opgeleid tot klinisch onderzoeker. Dit leidde o.a. tot een groot aantal promoties. Ook het aantal hoogleraren revalidatiegeneeskunde nam de afgelopen jaren in aantal toe.

Behandelrichtlijnen worden waar mogelijk gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Verder zijn academiseringsovereenkomsten gesloten tussen revalidatiecentra en academische centra, om de uitwisseling tussen wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg te verbeteren. Ook is hard gewerkt om een tweede onderzoeksprogramma te realiseren. Al met al heeft de wetenschappelijke ontwikkeling een belangrijke vaste plaats verworven binnen de VRA.

- *'De kwaliteit van de revalidatiegeneeskunde en de borging daarvan.'*

Er zijn twee soorten visitaties: van niet-opleidingspraktijken (VINOP) en van opleidingspraktijken (VIOP). De VINOP-visitaties richten zich met name op de revalidatiegeneeskunde; de VIOP-visitaties richten zich met name op de opleiding. De afgelopen jaren werd de tweede

ronde van VINOP-visitaties afgerond en werd begonnen met de derde ronde. Waar nodig werden zwaarwegende adviezen en raadgevingen gegeven, die tot praktische verbeteringen leidden. Begonnen werd met het actualiseren van het visitatiemodel. Onder de naam 'kwaliteitsvisitatie' zal het nieuwe model vanaf 2007 worden gebruikt. Vanaf dat moment worden ook bij opleidingspraktijken kwaliteitsvisitaties gedaan; daarnaast blijft de VIOP-visitatie gehandhaafd.

Een andere ontwikkeling op het gebied van kwaliteit is de opzet van een systeem voor de registratie van complicaties. In 2006 is een pilot gestart, waarin dit systeem wordt uitgetoet. Het is de bedoeling om in 2007 te beginnen met landelijke registratie.

Belangrijk, ten slotte, is dat een eerste set prestatie-indicatoren voor de revalidatiesector is ontwikkeld. Hiermee is een begin gemaakt met het ontwikkelen van steeds betere instrumenten om de kwaliteit van de revalidatie aan te tonen en te verbeteren.

- *'De verdere ontwikkeling van de opleiding tot revalidatiearts, qua vorm, inhoud en kwaliteit.'*  
In de opleiding tot revalidatiearts werd een leerplan ingevoerd. Hierin zijn de eindtermen van de opleiding en de bijbehorende leerdoelen beschreven. Het leerplan kan worden gebruikt als referentie of standaard, zowel bij het opzetten, invullen als beoordelen van onderwijs. Daarnaast geeft het leerplan duidelijkheid over de vraag wat revalidatiegeneeskunde is en wat van een revalidatiearts verwacht mag worden. De werkgroepen van de VRA hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de uitwerking van de leerdoelen per diagnosegroep. Met de invoering van het leerplan is een positieve ontwikkeling in gang gezet naar meer eenheid bij de verschillende opleidingsinstellingen.
- *'De verdere ontwikkeling van netwerken voor revalidatie en, in het kader van de zorg voor patiënten met complexe problemen, de ontwikkeling van gestructureerde samenwerkingsverbanden met andere disciplines.'*  
De VRA ondersteunde onder meer de totstandkoming van academiseringsovereenkomsten tussen revalidatiecentra en academische centra. Samen met Revalidatie Nederland formuleerde de VRA een visie op ziekenhuisrevalidatie, om daarmee de samenwerking tussen revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen te verbeteren. In het land vormden zorgverleners, samenwerkingsverbanden rond bepaalde diagnoses. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de CVA-ketenzorg. De VRA kon op landelijk niveau aanvankelijk weinig bijdragen aan deze ont-

wikkeling. Met de accreditatie van de werkgroepen, die een belangrijke plaats innemen in de vereniging, veranderde dat. De initiatieven van de werkgroepen om samenwerkingsverbanden te vormen, uit te bouwen en te versterken, worden door de VRA van harte ondersteund.

- *'Duidelijke profilering en positionering van de revalidatiegeneeskunde en de revalidatiearts in de gezondheidszorg.'*

De revalidatiesector neemt een eigen plaats in binnen de gezondheidszorg. Dit werd bijvoorbeeld zichtbaar bij de invoering van de DBC's. Waar bij andere medische specialismen de diagnose bepalend is voor de behandeling, gaat dat in de revalidatiegeneeskunde niet op. De behandeling van bijvoorbeeld een blindedarmontsteking zal per patiënt niet zo veel verschillen, maar revalidatiebehandeling verschilt wel sterk per persoon. Het hangt ervan af wat iemand nog kan en wat iemand zelf graag wil bereiken met de revalidatie. Daarom heeft de revalidatiesector erop gestaan een eigen DBC-systematiek te ontwikkelen. Inmiddels hebben ook de andere betrokken partijen - ministerie van VWS, zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit (voorheen CTG) - de noodzaak daarvan onderkend.

Ook met de nota Basismedische zorg in revalidatiecentra heeft de VRA zich geprofileerd. Aanleiding was de terechte kritiek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg na een onderzoek naar de basismedische zorg in categorale instellingen. In de nota staan bekwaamheidseisen voor de basismedische zorg, en een model voor registratie en verslaglegging van deze zorg. Verder geeft de nota duidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden bij de inzet van consultants.

Om meer zicht te krijgen op de positie van de revalidatiegeneeskunde in revalidatie-instellingen, hield de VRA een enquête onder alle aangesloten revalidatieartsen. Doel was inzicht te krijgen in de manier waarop revalidatieartsen in een medische staf of vakgroep georganiseerd zijn. Ook werd nagegaan in hoeverre zij invloed hebben op het revalidatiebeleid van de instelling waar zij werken. In het Document Medische Staf, behorend bij de AMS (Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten), is namelijk in 2002 vastgelegd dat deze zaken worden gezien als onderdeel van de noodzakelijke arbeidsvoorwaarden. De VRA wilde weten in hoeverre deze arbeidsvoorwaarden in de revalidatiegeneeskunde zijn gerealiseerd. Alle revalidatieartsen die op de enquête reageerden,

meldden dat er in hun instelling een medische staf is. De meeste revalidatieartsen waren van mening dat hun staf goed in staat is om invloed uit te oefenen op beleid.

- *'Harmonisatie en verbetering van de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden.'*

De onderhandelingen over arbeidsvoorwaarden van revalidatieartsen worden gevoerd door de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), enerzijds en de brancheorganisaties van ziekenhuizen, anderzijds. De Beroepsbelangencommissie (BBC) van de VRA onderhoudt nauw contact met de LAD en woont ook de vergaderingen bij waarop de LAD de achterban informeert tijdens het onderhandelingstraject. Toen er - na de totstandkoming van de AMS - problemen waren bij de invoering daarvan in revalidatiecentra heeft de BBC geadviseerd, zowel richting LAD en VRA-bestuur, als in de richting van de VRA-leden.

- *'Goede manpowerplanning.'*

Het Capaciteitsorgaan, ingesteld door de overheid, brengt vanaf 2000 jaarlijks advies uit aan de minister van VWS over het aantal op te leiden medisch specialisten. Vanaf het begin was het geadviseerde aantal op te leiden revalidatieartsen in de ogen van de VRA en Revalidatie Nederland absoluut onvoldoende. De organisaties betoogden dat er al een tekort aan revalidatieartsen bestaat, en dat bovendien de behoefte aan gespecialiseerde revalidatie groeit. Verder zou rekening gehouden moeten worden met de zwaardere wordende zorgvraag, het relatief grote aantal parttimers onder revalidatieartsen en de wetenschappelijke ontwikkeling, die eveneens om inzet vraagt. De VRA kreeg toestemming om meer revalidatieartsen op te leiden dan oorspronkelijk geadviseerd. Ook werd onderkend dat bij het advies gebruik was gemaakt van onvolledige cijfers. De cijfers zijn aangevuld, waardoor volgende adviezen reëler zullen zijn. Ondanks de vergroting van het aantal Aios meent de VRA dat het tekort aan revalidatieartsen zal blijven toenemen.

De VRA heeft samen met anderen dus duidelijk winst kunnen boeken op deze terreinen. Het zijn echter stuk voor stuk terreinen die blijvend aandacht vragen: we zijn er nooit klaar mee. U vindt de meeste ervan dan ook in terug in het nieuwe beleidsplan.

# Colofon

*Revalidatiegeneeskunde: vanuit een goede inhoud naar een goed profiel, Beleidsplan 2007 – 2011* is een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA).

Het beleidsplan is samengesteld op initiatief en onder verantwoordelijkheid van het VRA-bestuur. In de ledenvergadering van 5 oktober 2006 is het in concept besproken met de leden. Een belangrijke bijdrage aan de totstandkoming van dit document is geleverd door het VRA-bestuur, de geaccrediteerde werkgroepen van de VRA en de vaste commissies.

**Doel:**

- concreet benoemen van de beleidsdoelen voor de komende jaren en de weg waarlangs de vereniging deze doelen wil bereiken;
- richting geven aan de activiteiten binnen de vereniging;
- profileren waar de vereniging en haar leden voor staan.

**Redactie en samenstelling:**

G.A. Balk, *revalidatiearts en secretaris van het bestuur*,  
M.C.C. de Beer, *revalidatiearts en lid van het algemeen bestuur*,

J. Landheer, *beleidsmedewerker*,

A. van Lonkhuyzen, *journalist*.

**Uitgever:**

DCHG Partner in medische communicatie

Zijlweg 70

2013 DK Haarlem

Telefoon: (023) 551 48 88

**Bestelwijze:**

Meerdere exemplaren van dit beleidsplan zijn schriftelijk te bestellen bij het secretariaat van de VRA, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht of

per e-mail: [vra@revalidatiegeneeskunde.nl](mailto:vra@revalidatiegeneeskunde.nl)

De inhoud van het beleidsplan is ook te vinden

[www.revalidatiegeneeskunde.nl](http://www.revalidatiegeneeskunde.nl)

**Copyright:**

Copyright van deze uitgave berust bij het bestuur van de VRA.