

Rehabilitation 2030



Revalidatie 2030 Zuid-Limburg

Bewegen naar een regio waar iedereen meedoet



Deze position paper is opgesteld door een kerngroep met vertegenwoordigers uit verschillende revalidatie-domeinen in Zuid-Limburg. Het document is mede gebaseerd op de resultaten van een invitational conference met een brede vertegenwoordiging uit het werkveld.

Kerngroep

- Jeanine Verbunt, revalidatiearts, hoogleraar revalidatiegeneeskunde Maastricht University en revalidatiearts Adelantegroep, manager kenniscentrum Adelante en trekker Academische Werkplaats Revalidatie (medisch specialistische revalidatie)
- Ivan Huijnen, lector Zuyd Hogeschool, senior onderzoeker Maastricht University, manager kenniscentrum Adelante en trekker Academische werkplaats Revalidatie (medisch specialistische revalidatie)
- Alice ten Kate, fysiotherapeut n.p., Platform Paramedie Zuid Limburg (revalidatie in het sociaal domein)
- Marc Schiepers, fysiotherapeut, Platform Paramedie Zuid Limburg (revalidatie in de eerstelijns)
- Bem Bruls, huisarts (revalidatie in de eerstelijns)
- Jolanda van Haastregt, Universitair docent Maastricht University, Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (geriatrische revalidatie)
- Ton Lenssen, hoogleraar fysiotherapie, MUMC (ziekenhuisrevalidatie)

De invitational conference werd georganiseerd in het kader van de campagne “Rehabilitation 2030” van de WHO (Maastricht University is sinds 2023 lid van de Wereld Revalidatie Alliantie van de WHO).



Organisatie invitational conference

- Kerngroep
- Loes Coppens Kwartiermaker 1ste lijn, beleidsmedewerker Adelante

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Bewegen naar een regio waar iedereen meedoet! | 4 |
| Samenvatting | 5 |
| Deel 1: Ziekte en gezondheid en de rol van revalidatie | 6 |
| 1.1 Ziekte en gezondheid: een uitdaging voor Zuid-Limburg | 6 |
| 1.1.1. Wat kan revalidatie betekenen? | 8 |
| 1.1.2. Wat is revalidatie? | 8 |
| 1.1.3. Opbrengst van revalidatie | 9 |
| 1.2. Revalidatie in perspectief van ontwikkelingen | 9 |
| 1.2.1. WHO Rehabilitation 2030 | 9 |
| 1.2.2. Revalidatie en preventie: Een twee-eenheid | 12 |
| Deel 2: Revalidatie anno 2024 | 13 |
| 2.1. Revalidatie vanuit het zorgdomein | 13 |
| 2.2. Revalidatie vanuit het sociaal domein | 14 |
| 2.3. Samenwerking tussen vormen van revalidatie anno 2024 | 14 |
| 2.4. Conclusie huidige situatie revalidatie | 16 |
| Deel 3: Revalidatie 2030 Zuid -Limburg | 17 |
| 3.1. De 6 principes van de revalidatie 2030 in Zuid-Limburg | 17 |
| 3.1.1 Een integrale visie op gezondheid vormt het uitgangspunt | 18 |
| 3.1.2 De revalidatie past bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem en de (zorg)vraag van de patiënt | 19 |
| 3.1.3. Met samenwerking en expertise-uitwisseling versterken we elkaar, o.a. in de vorm van netwerksamenwerking | 19 |
| 3.1.4. Extra versterking van de basis in de eerste lijn en het sociaal domein (basis piramide) | 20 |
| 3.1.5. In Bij een ziekenhuisopname maakt revalidatie een integraal onderdeel uit van het patiëntenzorgpad (van indicatiestelling tot herstel vanzelfredzaamheid). | 21 |
| 3.1.6. De zorg en ondersteuning is doelmatig | 22 |
| Deel 4: Vervolgstep | 24 |
| Literatuur | 26 |
| Bijlage 1: Deelnemers | 28 |



Bewegen naar een regio waar iedereen meedoet!

Voor u ligt de position paper “Revalidatie 2030 Zuid-Limburg” met daarin een houtkoolschets voor de Zuid-Limburgse revalidatie in 2030. Deze position paper is samengesteld door een kerngroep van vertegenwoordigers uit verschillende revalidatiedomeinen en is mede gebaseerd op een invitational conference die plaatsvond op 26-02-2024. In deze invitational conference participeerde een brede vertegenwoordiging vanuit het (revalidatie)werkveld in Zuid-Limburg (zie bijlage 1).

In deze position paper presenteren we de revalidatie zoals die er naar onze mening uit moet zien in 2030. Het doel is een regionaal toekomstscenario te schetsen, waarin we beogen iedere persoon met een (dreigende) chronische aandoening/beperking passend te ondersteunen op weg naar beter functioneren en een vitaal leven.

Deze position paper bestaat uit vier delen. In deel 1 vindt u achtergrondinformatie over de gezondheidssituatie in Zuid-Limburg en gaan we in op de betekenis en opbrengst van revalidatie en op de campagne “Rehabilitation 2030” van de WHO. In deel 2 beschrijven we het revalidatielandschap zoals het nu is. In deel 3 tonen we u onze visie op de revalidatie van de toekomst in Zuid-Limburg met de houtkoolschets “Revalidatie 2030 Zuid- Limburg” en de zes principes voor passende revalidatie in 2030. In deel 4 worden vervolgstappen beschreven om te komen tot passende revalidatie in Zuid-Limburg in 2030.

Veel leesplezier!



Samenvatting

Het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten is in Zuid-Limburg groter dan elders in Nederland en zal in de komende jaren verder stijgen. De zorgvraag en de complexiteit daarvan zullen daardoor toenemen, terwijl de personeelstekorten in de zorg verder zullen toenemen. Een grote uitdaging gaat zich dus aandienen voor de Zuid-Limburgse gezondheidszorg. Dat vraagt onder andere om een verandering in het zorgsysteem. Een verandering waarbij we de focus verleggen van ziekte naar gezondheid en waarbij het accent meer op preventie ligt. Dat vraagt dat we gezondheid gaan zien als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Met een integrale visie kijken naar gezondheid dus. Van mensen die al een chronische ziekte hebben, vraagt dat veel veerkracht: Zoals het nemen van meer zelfregie in het gezond blijven en behouden van je kwaliteit van leven ondanks ziekte. Het vraagt ook het aanleren van (zelfmanagement) vaardigheden om je dagelijkse leven te kunnen leiden en mee te blijven doen in de maatschappij ondanks de gevolgen van je ziekte.

Revalidatie kenmerkt zich door een integrale visie op gezondheid en is daardoor nauw verweven met zorggerelateerde preventie. Revalidatie kan omschreven worden als een set van interventies, ontwikkeld om functioneren van mensen met gezondheidsproblemen te verbeteren en hun ervaren beperkingen in het functioneren te verminderen. Revalidatie zorg en ondersteuning wordt geboden vanuit het zorg domein en sociaal domein. Revalidatie zorgt voor een betere gezondheid, beter functioneren en een betere sociale participatie van de persoon die revalideert. Maar het ontlast ook de zorg (het zorgt voor meer zelfregie en beter functioneren) en verlaagt maatschappelijke kosten (door deelname in opleiding/arbeid en het langer zelf thuis wonen).

De Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) benadrukt de potentie van revalidatie voor de gezondheidszorg van de toekomst en stelt een betere positionering van revalidatie in de zorg van de toekomst voor. Zij vraagt met haar campagne “Rehabilitation 2030” om actie, zodat in 2030 iedere persoon met een gezondheidsprobleem, passende revalidatie krijgt. Passend betekent daarbij passend bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem, met oog voor de ziekte, de persoon en de omgeving. Revalidatie op maat dus. In Zuid-Limburg onderschrijven we deze visie van de WHO en zien we het als een belangrijke uitdaging om de revalidatie klaar te maken voor de toekomst. Het huidige revalidatielandschap (eerstelijns-, geriatrische en medische specialistische revalidatie en revalidatie in het sociaal domein) kenmerkt zich namelijk door het werken in “silo’s”, ieder met een eigen dynamiek, eigen terminologie en eigen financiële randvoorwaarden. Dit belemmert de transformatie naar passende en toekomstbestendige revalidatie in 2030.

In deze position paper tonen wij, Limburgse revalidatieprofessionals, u daarom onze visie op de veranderingen die volgens ons nodig zijn, om de Zuid-Limburgse revalidatie klaar te maken voor de toekomst. Dat doen we door het presenteren van de houtkoolschets “Revalidatie 2030 Zuid-Limburg” samen met 6 principes voor passende en toekomstbestendige revalidatiezorg:

1. Een integrale visie op gezondheid vormt het uitgangspunt
2. Zorg, die past bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem en de vraag van de patiënt
3. Met samenwerking en expertise-uitwisseling versterken we elkaar, o.a. in de vorm van netwerksamenwerking
4. Extra versterking van de revalidatie in de eerste lijn en het sociaal domein
5. Bij een ziekenhuisopname maakt revalidatie een integraal onderdeel uit van het patiëntenzorgpad (van indicatiestelling tot postoperatief herstel van zelfredzaamheid).
6. Revalidatiezorg en ondersteuning is doelmatig

We beogen met deze position paper en onze houtkoolschets “Revalidatie 2030 Zuid-Limburg” een bijdrage te leveren aan de gewenste transformatie van de zorg en ondersteuning in Zuid Limburg. Deze position paper is zelf nog geen transformatieplan, maar legt een basis voor een revalidatie transformatieplan Zuid-Limburg en kan daarnaast andere transformatieplannen versterken.

Deel 1: Ziekte en gezondheid en de rol van revalidatie



1.1 Ziekte en gezondheid: een uitdaging voor Zuid-Limburg

De ontwikkelingen in de gezondheid van de Zuid-Limburgers laten geen rooskleuring beeld zien. (zie kader 1)¹. De situatie in de regio kenmerkt zich door een gezondheidsachterstand ten opzichte van de rest van Nederland. Het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen is groter dan elders in Nederland en de verwachting is dat dit verder gaat stijgen. Dit betekent dat de zorgvraag en de complexiteit hiervan in de komende jaren zal toenemen. Tegelijkertijd zal ontgroening in Zuid-Limburg zorgen voor een afname van beschikbaarheid van medewerkers die zorg en ondersteuning kunnen bieden². Kortom, Zuid-Limburg staat de komende jaren voor een enorme uitdaging.

Hierbij neemt de urgentie om de zorg in de regio echt anders te organiseren zienderogen toe. Er is een dringende behoefte aan innovatieve oplossingen en een nauwe samenwerking tussen de verschillende disciplines en organisaties in het zorgdomein en sociaal domein. De noodzaak van intensieve samenwerking komt naar voren in het Regioplan Zuid Limburg¹. Dit regioplan is in 2023 opgesteld door een brede vertegenwoordiging van verzekeraars, gemeenten, zorgorganisaties en vertegenwoordigers van burgers in Zuid-Limburg en schetst de volgende principes voor de gewenste verandering:

1. Inwoners Zuid-Limburg als startpunt
2. Gebiedsgerichte benadering
3. Multifocale insteek
4. Het goede voortzetten en uitbreiden
5. Veranderopgaven met impact
6. Wetenschappelijke inzichten benutten en samen leren

Belangrijk in deze aanpak is een verschuiving naar een focus op gezondheid in plaats van ziekte. Dit vraagt een verandering van alle Zuid-Limburgers (in alle levensfasen).

Wij onderschrijven deze focus. In deze position paper gebruiken we de onderstaande definitie voor gezondheid:

Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven³.

Een focus op gezondheid vraagt om een samenleving waarin we elkaar helpen een goed en gezond leven te leiden, zodat iedereen mee kan blijven doen in opleiding, werk en/of sociale activiteiten. Waar we elkaar helpen veerkrachtig te blijven of (weer) te worden om de uitdagingen van het leven aan te gaan. Een samenleving waarin, als het qua gezondheid tegenzit, passende zorg en/of ondersteuning wordt geboden. Zorg en ondersteuning die bijdragen aan de terugkeer naar een goed en gezond leven ook met een ziekte/ongeval op het levenspad.

Deze manier van kijken vraagt vervolgens wel iets anders van ons zorgstelsel: Dat vraagt een verdere verschuiving/transitie van een (biomedisch) zorgstelsel waar de nadruk nog vaak vooral ligt op het genezen van ziekten en het steeds weer vinden van nieuwe toepassingen hiervoor naar een (biopsychosociaal) stelsel waarbij er ook een belangrijke focus op gezondheid en kwaliteit van leven ligt, als een ziekte niet weg te nemen is. In dit zorgsysteem is het ondersteunen van mensen in het behouden of verhogen van zelfregie en participatie in geval van een (dreigende) chronische ziekte van even groot belang als het genezen van ziekten.

Ondanks dat er, met name in de chronische zorg, in de laatste jaren belangrijke stappen in deze richting zijn gezet, is er zeker ook nog veel terrein te winnen in de transitie van de focus van ziekte naar gezondheid in ons zorgsysteem.

Hierbij is het essentieel dat de zorg en ondersteuning op een doelmatige wijze wordt aangeboden. Dat betekent dat er passende en dus gepersonaliseerde zorg en ondersteuning wordt geboden op een efficiënte manier, waarbij de juiste zorg en ondersteuning, op de juiste plaats, op het juiste moment wordt geboden en onnodige en ineffectieve zorg wordt vermeden.

De uitdaging van Zuid-Limburg: Samenvatting Regiobeeld Zuid-Limburg

Groter wordende kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod

In Zuid-Limburg is sprake van een zorgkloof; de zorgvraag staat niet in verhouding tot het beschikbare zorgaanbod. Ondanks de bevolkingskrimp in de regio zal de vraag naar zorg en ondersteuning toenemen en complexer worden, waardoor het probleem rondom de zorgkloof naar verwachting zal toenemen. Vanwege de toenemende krapte op de arbeidsmarkt van de formele zorg, komt de informele zorg verder onder druk te staan.

Flinke gezondheidsachterstanden t.o.v. Nederland

Zuid-Limburg kampt met flinke gezondheidsachterstanden; zowel qua fysieke gezondheid (veel inwoners hebben chronische aandoeningen en de inwoners hebben een minder gezonde leefstijl) als qua mentale gezondheid (relatief veel inwoners ervaren stress, hebben risico op een angststoornis of depressie, hebben weinig regie over het eigen leven, zijn vaker eenzaam, hebben minder veerkracht, zijn beperkt zelfredzaam en beschikken over relatief lage gezondheidsvaardigheden). Dit geldt voor volwassenen, maar deels ook voor de jeugd.

Door laag opleidingsniveau, armoede, eenzaamheid, en verminderde zelfregie grote verschillen tussen wijken, gemeenten

Er bestaan grote verschillen in fysieke en mentale gezondheid tussen sub-regio's, gemeenten en wijken binnen gemeenten. Deze verschillen hangen – behalve met demografische kenmerken, zoals leeftijd – ook samen met sociaaleconomische kenmerken (zoals opleidingsniveau en moeite met rondkomen) en sociale determinanten (zoals eenzaamheid en verminderde regie over het eigen leven).

Hoog zorggebruik in vergelijking met Nederland

Zowel in het zorgdomein als in het sociale domein (WMO en Jeugdwet) is er in Zuid-Limburg in vergelijking met de rest van Nederland sprake van een hoog zorggebruik en (zeer) hoge zorgkosten. De grootste afwijking doet zich voor in de leeftijd tot 65 jaar. Net als in de rest van Nederland zien we dat een relatief klein deel van de populatie een groot deel van de zorgkosten maakt. Het hogere zorggebruik in de regio valt te verklaren door de (zelf-ervaren) gezondheidsstatus, sociaaleconomische situatie, leefstijl, de mate van eenzaamheid en zelfregie. Leefstijlgevoonten, eenzaamheid en zelfregie ontstaan in de brede context van de leefomgeving. Het is daarom van belang om naar de brede determinanten van gezondheid te kijken. Hiervoor is een verbreding nodig naar andere domeinen dan alleen de gezondheidszorg, zoals arbeid, huisvesting, onderwijs en leefomgeving.



Een (regionale) integrale domein overstijgende aanpak is noodzaak

Er wordt veel samengewerkt in Zuid-Limburg. Samenwerkingen zijn vaak thema of (zorg)domein verbonden, of op lokaal, subregionaal niveau georganiseerd. Als oplossing voor de hierboven beschreven uitdagingen wordt een (regionale) integrale domein overstijgende aanpak voorgesteld. Op dit moment wordt de samenhang tussen het aanbod van zorg en ondersteuning als onvoldoende samenhangend ervaren en is de samenwerking niet afdoende afgestemd op de eigen kracht van inwoners en op de mogelijkheden van de gemeenschap. De huidige complexe vraagstukken noodzaken tot optimaal effectieve samenwerking vanuit een integrale kijk.

1.1.1. Wat kan revalidatie betekenen?

De gezondheidsproblemen in Zuid-Limburg staan niet op zichzelf. In Nederland, zijn ze in onze regio Zuid-Limburg wel het meest uitgesproken. De vraag om anticipatie op de gezondheidsproblemen van nu en in de toekomst is echter wereldwijd. Bv. door meer nadruk te leggen op het voorkomen (preventie) van gezondheidsproblemen. En door, als ze er eenmaal zijn, de nadruk te leggen op het behouden/verbeteren van functioneren ondanks gezondheidsproblemen. Zodat iedereen mee kan blijven doen in de maatschappij.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), ziet een belangrijke rol voor revalidatie in de beoogde transitie van onze gezondheidszorg. De integrale visie op gezondheid/ziekte van revalidatie en de ervaring van revalidatieprofessionals met deze manier van werken, kunnen volgens de WHO een grote rol gaan spelen om de negatieve sociale en economische impact van (chronische) aandoeningen te verkleinen⁴. Deze WHO-visie werd bekrachtigd door het aannemen van de resolutie: “Strengthening rehabilitation in health systems” in mei 2023; de eerste WHO-resolutie op het domein van revalidatie ooit⁴.

1.1.2. Wat is revalidatie?

In deze position paper gebruiken wij de onderstaande definitie van revalidatie van de WHO:

Revalidatie is een set van interventies ontwikkeld om functioneren van mensen met gezondheidsproblemen te verbeteren en hun ervaren beperkingen in het functioneren in interactie met hun omgeving te verminderen⁵.

Revalidatie is belangrijk voor mensen van jong tot oud, die door een gezondheidsprobleem beperkt worden in het functioneren. Bij functioneren valt te denken aan fysiek, cognitief en/of zintuiglijk functioneren. De gemene deler is dat al deze gebieden op het domein van functioneren voorwaardelijk zijn voor deelname aan onze samenleving ofwel sociale participatie. Daar **sociale participatie** voor iedere individu een andere betekenis heeft (omschreven als de gewenste rol in het gezin, opleiding, werk en samenleving) is revalidatie dan ook een hoogst persoonlijke gezondheidsstrategie.

Uit de definitie van revalidatie blijkt ook de nauwe samenhang van revalidatie met zorggerelateerde preventie. **Zorggerelateerde preventie** streeft naar het voorkomen van complicaties, beperkingen, een lagere levenskwaliteit of zelfs sterfte bij mensen die al te maken hebben met een ziekte of aandoening (VWS)⁶. De revalidatiefocus, met zijn accent op beter functioneren, meer bewegen en sociale participatie vermindert ervaren beperkingen en verhoogt kwaliteit van leven. Deze focus levert gezondheidswinst op: fysiek, mentaal en sociaal en ondersteunt daarmee de gewenste zorggerelateerde preventie en zelfredzaamheid.

Ondanks de overduidelijke inhoudelijke samenhang tussen (zorggerelateerde) preventie en revalidatie, is de term revalidatie helaas geen prominent onderdeel van menig beleidsstuk op het gebied van preventie. Dat is jammer, want dat maakt dat de potentiële bijdrage, die het huidige revalidatielandschap in de gewenste gezondheidszorgtransitie kan spelen, nog verre van volledig wordt benut. Dat maakt ook duidelijk dat de revalidatiesector haar potentiële rol veel duidelijker mag uitdragen!

1.1.3. Opbrengst van revalidatie

De opbrengst van revalidatie is grofweg uit te drukken op drie niveaus:

- **Opbrengst voor het individu;** Revalidatie ondersteunt personen met functieproblemen (in alle levensfasen) om weer zelfstandig te functioneren en hun rol in de samenleving op te pakken. Participeren in de samenleving, betekent deelnemen aan onderwijs, arbeid, vrijwilligerswerk en activiteiten in de vrije tijd. Revalidatie geeft daarnaast de mogelijkheid tot persoonlijke ontwikkeling⁷. Voor een kwetsbare groep ouderen is de opbrengst van revalidatie in een verbetering van zelfredzaamheid en veiligheid extra van belang, zodat langer thuis wonen mogelijk is, het valrisico wordt verlaagd en het aantal ziekenhuisopnamen wordt verkleind⁸. Meer zelfstandigheid, geeft ook verlichting van zorglast van mantelzorgers en verbetert de onderlinge relatie. Als revalidatie uiteindelijk leidt tot verbeterde participatie in de samenleving, versterkt dit het sociaal netwerk en steun voor de persoon.
- **Opbrengst voor de gezondheidszorg;** Revalidatie “ontzorgt”. Door revalidatie kan de zelfredzaamheid en het functioneren van het individu toenemen waardoor het beroep, dat het individu doet op onze gezondheidszorg wordt verlaagd. Als revalidatie wordt ingezet naast een andere medische interventie (bv. voor en na een operatie) kan het de gezondheidsuitkomsten van deze interventies versterken. Prevalidatie verbetert de fysieke en mentale conditie van patiënten vóór een operatie of andere medische handeling, en leidt na de operatie tot sneller herstel, minder complicaties, en lagere zorgkosten^{9,10}. Postoperatieve revalidatie versnelt het herstel na een operatie en verkleint de kans op complicaties met een negatieve impact op het welzijn van het individu¹¹. Revalidatie vermindert de opnameduur in het ziekenhuis, zorgt voor een kleiner aantal heropnamen en vermindert zo de impact op het zorgsysteem⁷.
- **Opbrengst voor de maatschappij;** Revalidatie zorgt voor een toename in zelfredzaamheid en deelname aan de maatschappij (zoals arbeidsreïntegratie en langer thuis blijven wonen (ouderen))^{12,13,14,15}. Zo wordt binnen de arbeidssector de opbrengst van revalidatie zichtbaar door (snellere) terugkeer naar werk van mensen met een chronische aandoening/lichamelijke beperking. De veelal hoge kosten van hooggespecialiseerde revalidatiezorg bij een complexe gezondheidssituatie (bv klinische revalidatie bij dwarslaesie) betalen zich op termijn terug doordat iemand in de maatschappij mee blijft doen (bv. in arbeid) en een grotere zelfredzaamheid (en dus minder zorg en maatschappelijke kosten) heeft¹². Bij ouderen wordt de opbrengst van revalidatie zichtbaar, doordat zij langer thuis kunnen blijven wonen en een opname in een verpleeghuis niet nodig is of kan worden uitgesteld⁸.

1.2. Revalidatie in perspectief van ontwikkelingen

1.2.1. WHO Rehabilitation 2030

Met de campagne “Rehabilitation 2030; a call for action” vraagt de WHO om actie en benoemt de volgende aandachtspunten (zie pagina 11)¹⁶.

- Zorg voor een geïntegreerd revalidatieaanbod over de verschillende lijnen en sectoren heen.
- Werk vanuit een integrale visie op gezondheid en creëer waar nodig (door complexiteit) multidisciplinaire revalidatieteams.

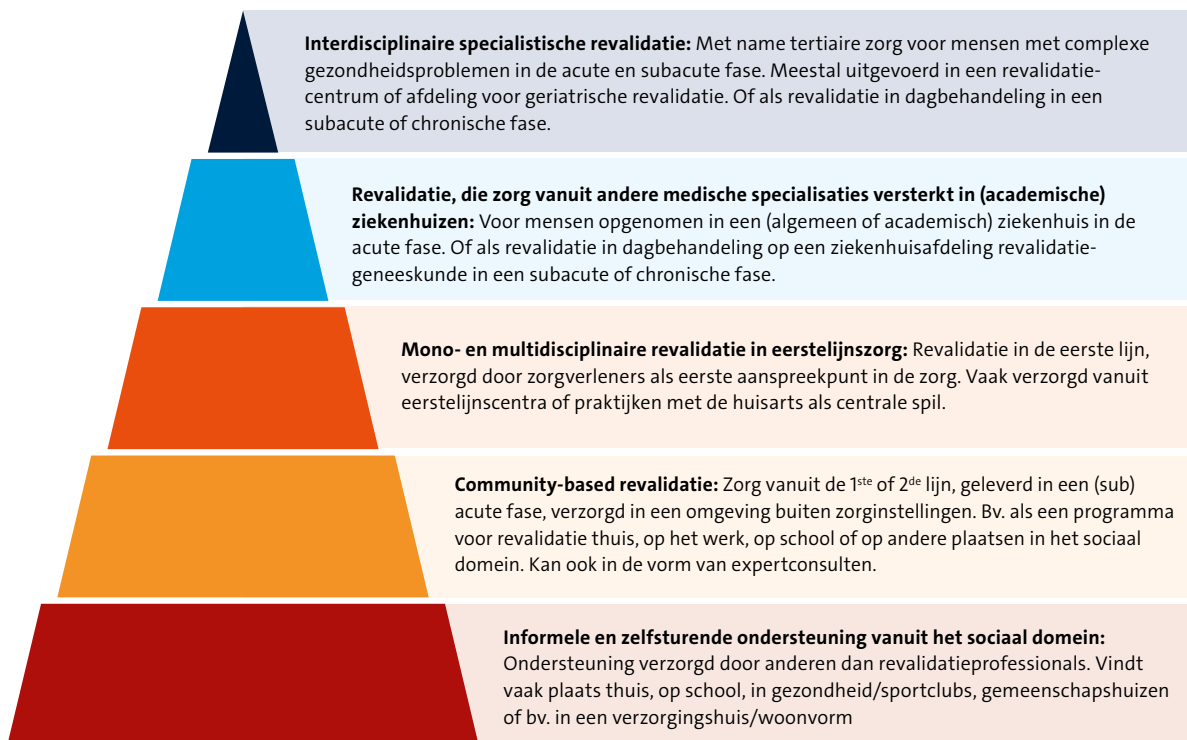
- Maak revalidatievoorzieningen beschikbaar in alle zorglijnen en het sociaal domein (zowel in de wijk als in ziekenhuis of revalidatiecentrum).
- Bied voor mensen met complexe zorgbehoeften zorg in gespecialiseerde revalidatiecentra, waar kennis gebundeld is.
- Wijs specifiek budget toe aan revalidatiediensten en zorg dat revalidatiediensten vergoed worden door de zorgverzekering.
- Vergroot de toegang tot en betaalbaarheid van hulpmiddelen en train mensen in het gebruik ervan.

Het framework “**Rehabilitation in health systems**” (figuur 1) biedt een verdere verdieping op het eerst benoemde actiepunt¹⁵. Drie elementen zijn daarbij van belang:

- Iedere persoon met een (dreigende) chronische aandoening krijgt revalidatie op weg naar meer zelfredzaamheid, beter functioneren en meer vitaliteit.
- De intensiteit van revalidatie past bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem (= **matched revalidatie**). Van intensieve zorg waar het moet tot ondersteuning vanuit sociaal domein waar het kan.
- Goede samenwerking en kennisdeling zijn een vereiste.

Als vertegenwoordigers van de Zuid-Limburgse revalidatie sluiten we ons aan bij bovenstaande visie van de WHO en bijbehorende adviezen.

Revalidatie in gezondheidszorgsystemen




Figuur 1: WHO-Rehabilitation in health systems/ Revalidatie in gezondheidszorgsystemen: aangepast naar de Nederlandse situatie¹⁵

Limitations in Functioning due to Health and the Need for Rehabilitation

FUNCTIONAL LIMITATIONS IN DAILY LIFE:

4-20 MORE  Report limitations in daily life due to poor health in the lowest income quintile compared to the highest income quintile

4-22 MORE  Report limitations in daily life due to poor health in the lowest income quintile compared to the highest income quintile

Wealth status and the number of people reporting limitation in daily activities due to poor health are strongly associated



Limiting illness is defined as restrictions individuals experience in everyday activities for a period of at least 6 months, due to a health condition



Limitations in functioning create difficulties in:

-  Thinking
-  Moving
-  Seeing & Hearing
-  Having Relationships
-  Communicating
-  Remaining Employed

Investment in rehabilitation benefits both the individual and society

Rehabilitation not only enables individuals to participate in education and employment but also to remain independent and reduce the need for financial and caregiver support

Further, rehabilitation can help avoid hospitalization and prevent re-admission as well as reduce the length of hospital stays



Rehabilitation is not a luxury, optional service, or a fallback strategy if preventative or curative interventions fail but rather is a central pillar of effective health care

Everyone should have access to timely and affordable rehabilitation interventions. This entails starting rehabilitation on diagnosis of a health condition and continuing rehabilitation alongside other interventions

TAKE ACTION:

-  1. Integrate rehabilitation services into health systems and between primary, secondary and tertiary levels
-  2. Create a multi-disciplinary rehabilitation workforce
-  3. Have community and hospital rehabilitation services available
-  4. Form specialized rehabilitation units for individuals with complex needs
-  5. Allocate specific budgets and ensure health insurance covers rehabilitation service
-  6. Increase access and affordability of assistive products and train individuals in the use of these products

Sources:

1. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019): <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>
2. Rehabilitation in health systems: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf?sequence=8>
3. WHO website on rehabilitation: <https://www.who.int/rehabilitation/en/>
4. WHO Rehabilitation Fact Sheet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
5. Functional and activity limitations statistics: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics
6. WHO European Health Equity Status Report Initiative (HESRI): https://who.europe.shinyapps.io/health_equality_dataset/

© World Health Organization 2020

WHO Rehabilitation 2030: A call for action

1.2.2 Revalidatie en preventie: Een twee-eenheid

De opbrengst van revalidatie is onlosmakelijk verbonden met zorggerelateerde preventie als opbrengst. Het framework “**Rehabilitation in health systems**” toont als het ware hoe we voor iedere persoon zorggerelateerde preventie op maat kunnen bieden door revalidatie. Waar de één zelfstandig aan de slag kan op weg naar meer zelfredzaamheid en beter functioneren met gezondheidswinst (revalidatie in het sociaal domein) heeft de ander meer ondersteuning op maat nodig (revalidatie als zorg): Ofwel passende revalidatie als zorggerelateerde preventie op maat.

Revalidatie lijkt, door zijn nauwe verwevenheid met zorggerelateerde preventie, dan ook naadloos aan te sluiten bij regionale en landelijke initiatieven op het gebied van preventie en gezondheid. Hieronder een aantal voorbeelden van landelijke initiatieven waar revalidatie bij aansluit:

- **Het integraal zorgakkoord (IZA).** Het IZA is de leidraad in de transformatie van de gezondheidszorg naar passende zorg. Het IZA beschrijft passende zorg als waarde gedreven, effectief en doelmatig. En zorg die samen met en rond de patiënt tot stand komt, met juiste zorg op de juiste plek en de focus op gezondheid in plaats van ziekte. Precies zoals de insteek van revalidatie is¹⁷. De Nederlandse branchevereniging voor revalidatiecentra, Revalidatie Nederland, sluit met haar propositie aan bij de insteek van IZA¹⁸.
- **Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).** Het GALA heeft als doel gezondere inwoners in 2040 en heeft als fundament een gerichte lokale en regionale aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis¹⁹. Met extra aandacht voor het verbeteren van gezondheid van kwetsbare groepen, zoals o.a. mensen met een handicap, een beperking of een (chronische) ziekte. Kwetsbare groepen, waar revalidatie met zijn gepersonaliseerde aanpak het verschil kan maken in gezondheid en kwaliteit van leven.
- **Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).** Het WOZO ondersteunt een brede maatschappelijke beweging in het kader van een verandering in de organisatie van ondersteuning en zorg voor ouderen²⁰. Revalidatie kan een essentiële bijdrage leveren in het verhogen van zelfredzaamheid en zelfregie van de oudere Nederlander, die daardoor langer zelfstandig kan blijven wonen.

De insteek van revalidatie sluit ook aan bij initiatieven van instellingen in Zuid-Limburg, zoals bij:

- De visie op gezondheid van UM/MUMC+ beschreven in “**Strategie Preventie Aanpak (SPA)**” van **UM/MUMC+**²¹. **UM/MUMC+** omarmt een integrale benadering van gezondheid en zorg, waarbij het vergaren, delen en toepassen van kennis over preventie, vitaliteit en gezondheidsbevordering een kernprogramma vormt. Het Maastricht UMC+ heeft de ambitie om in 2030 hét nationale kennis- en expertisecentrum voor preventie, leefstijl en vitaliteit te zijn –met aandacht voor innovatie, implementatie en borging in de regio. De insteek van revalidatie, met haar accent op zorggerelateerde preventie, en het regionale karakter van deze positionering lijken dan ook beide zeer goed passend binnen deze Maastricht UMC+ ambitie.

Samenvattend lijkt er voor revalidatie in de toekomstige gezondheidszorg een essentiële rol weggelegd. De insteek van revalidatie met zijn nauwe verwevenheid met zorggerelateerde preventie, lijkt naadloos te passen bij gewenste veranderingen, die landelijk en regionaal worden nagestreefd in de gezondheidszorg. Ook vinden we het van belang te benadrukken, dat we pleiten voor een andere positionering van revalidatie om zijn kracht ten volle te benutten voor de zorg van de toekomst. Dat is niet hetzelfde als transformatie van revalidatie. Het betekent dat we revalidatie een integraal onderdeel van de zorg willen maken.

Maar, de vraag is of het huidige revalidatielandschap, klaar is om deze handschoen op te pakken?

Deel 2: Revalidatie anno 2024



Het beantwoorden van de vraag of ons huidige revalidatiezorglandschap klaar is om haar potentiële rol in de zorg van de toekomst te pakken, vraagt een kritische blik op de huidige inrichting van ons revalidatiezorglandschap. In het Nederlands zorgsysteem wordt revalidatie vanuit het zorgdomein als ook vanuit het sociaal domein aangeboden. In vergelijking met andere landen, is het revalidatie-aanbod in Nederland aanzienlijk. Tegelijkertijd valt op, dat er weinig samenhang is in het Nederlandse en dus ook het Zuid-Limburgse revalidatieveld. Revalidatie heeft in iedere zorglijn en ook in het sociaal domein als het ware zijn eigen dynamiek, gekoppeld aan een eigen terminologie, eigen beroepsgroep met beroepsverenigingen en eigen financiële kaders en randvoorwaarden. Daar waar een variatie aan revalidatievormen passend bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem uiteraard vooral ook wenselijk is, is het gebrek aan samenhang tussen de revalidatievormen verder vooral remmend in de samenwerking en in het bieden van passende en doelmatige revalidatiezorg, zoals dat in de toekomst vooral zo noodzakelijk zal zijn. Op dit moment (medio 2024) ziet de revalidatie er als volgt uit:

2.1. Revalidatie vanuit het zorgdomein

In ons Nederlandse zorgsysteem zijn op dit moment zorgprofessionals vanuit verschillende zorglijnen werkzaam binnen het domein van revalidatie. Dat betreft:

1. Revalidatiezorg in de eerste lijn:

Revalidatiezorg in de eerste lijn richt zich op thuiswonende patiënten. Hierbij zijn Revalidatieprofessionals in de eerste lijn en huisartsen betrokken. De revalidatieprofessionals zoals de fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog, maatschappelijk werker, bewegingsagoog of leefstijlcoach werken veelal monodisciplinair aan een specifiek aandachtsgebied binnen het functionele domein. In de laatste jaren groeit het aanbod van multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER), waarbij revalidatieprofessionals in de eerste lijn samenwerken in de behandeling. Ook wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van reablement interventies. Reablement is een manier om samen met een (meestal oudere) client te werken aan zelfredzaamheid. Het heeft als doel om mensen zo onafhankelijk mogelijk van zorg te maken en wordt vaak geïnitieerd vanuit de thuiszorg in samenwerking met andere disciplines, waarbij vaak nauw wordt samengewerkt met het sociaal domein. De huisarts heeft een belangrijke rol in de vroegtijdige herkenning van acute en (dreigend) chronische problematiek. De huisarts biedt begeleiding en coaching en draagt (indien nodig) zorg voor een passende doorverwijzing.

Financiering eerstelijns revalidatie: Revalidatiezorg in de eerstelijns is vrij toegankelijk en wordt geheel of gedeeltelijk vergoed vanuit de basisverzekering. Aanvullende verzekeringen kunnen nodig zijn voor bijvoorbeeld uitgebreide fysiotherapie of andere zorgkosten die niet gedekt zijn vanuit de basisverzekering.

2. Ziekenhuisrevalidatie:

Ziekenhuisrevalidatie richt zich op indicatiestelling en behandeling op het gebied van revalidatie aan patiënten in een ziekenhuisomgeving. Het betreft veelal zorg in een acute fase van ziekte bij opgenomen patiënten of zorg in de vorm van revalidatie in een poliklinische setting in een ziekenhuis. Het kan bestaan uit enkelvoudige revalidatiezorg gegeven door een paramedische zorgprofessional, of revalidatiezorg door een multidisciplinair of interdisciplinair samenwerkend revalidatieteam. De interdisciplinaire vorm van revalidatie, valt onder medisch specialistische revalidatie (MSR). Afhankelijk van de complexiteit wordt enkelvoudige dan wel multi/interdisciplinaire revalidatiezorg gegeven.

Financiering ziekenhuisrevalidatie: Ziekenhuisrevalidatie valt onder de basisverzekering.



3. Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ):

GRZ richt zich op zelfstandig wonende kwetsbare, multimorbide ouderen met een afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid. Het is gericht op terugkeer naar de thuissituatie en het zo goed mogelijk deel kunnen blijven nemen aan het maatschappelijk leven. Meestal krijgen ouderen GRZ nadat ze zijn opgenomen in een ziekenhuis voor een medisch specialistische behandeling, maar ook directe doorverwijzing door de huisarts is mogelijk na een acute aandoening met verminderde mobiliteit en zelfredzaamheid als gevolg. Binnen de GRZ is veel expertise op het gebied van multimorbiditeit en geriatrische syndromen. Zorgprofessionals werken multi/interdisciplinair samen vanuit een integrale visie op gezondheid. Een specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk van de behandeling. Financiering GRZ: vanuit de zorgverzekeringswet op basis van GRZ-tarief

4. Medisch Specialistische Revalidatie (MSR);

MSR richt zich op patiënten met complexe gezondheidsproblematiek. Binnen de MSR is veel expertise in het toepassen van hoog-specialistische revalidatietechnieken. Revalidatieartsen, verpleging, psychologen en paramedici werken interdisciplinair in een instelling voor MSR of bieden deze vorm van behandeling in een ziekenhuisafdeling of zelfstandige behandelcentrum (ZBC). De behandeling is interdisciplinair: Verschillende behandelaren werken samen om de patiënt te helpen zijn persoonlijke doelen te bereiken. Een revalidatiearts is eindverantwoordelijke van de behandeling. Verwijzing voor behandeling vindt veelal plaats vanuit de huisarts of een medisch specialist in het ziekenhuis. Financiering MSR: vanuit de zorgverzekeringswet op basis van MSR-tarief.

2.2. Revalidatie vanuit het sociaal domein

Met de komst van “Positieve Gezondheid” is de rol die het sociaal domein speelt in het verhogen van de mate van sociale participatie steeds verder versterkt. Belangrijke aandacht gaat naar het ondersteunen van de eigen regie en het versterken van vitaliteit, veerkracht en kwaliteit van leven. Revalidatie in het sociaal domein speelt een belangrijke rol in de eerder genoemde reablement-programma’s en in het bieden van gecombineerde leefstijlinterventies. Veelal op basis van lokale initiatieven ontstaan activiteiten zoals zelfhulpgroepen met ervaringsdeskundigen en mantelzorginitiatieven. Daarnaast spelen de georganiseerde 0^{de} lijn in burgerinitiatieven (bv. Burgerkracht), in (sport)verenigingen en binnen activiteiten op het gebied van gezondheid vanuit school- en werkrelaties een belangrijke rol. Ook ondersteuning in zelfhulp op basis van e-health toepassingen hoort hierbij. Mooie voorbeelden in onze regio zijn de ketenaanpak “Welzijn op Recept”, het onderdeel in het sociaal domein van “Beweeghuis”, de “Academie voor patiënt en Mantelzorg” en de zelfregietool van Burgerkracht (<https://zelfregietool.nl>).

2.3. Samenwerking tussen vormen van revalidatie anno 2024

Alhoewel de verschillende vormen van revalidatie in het huidige zorglandschap alle een focus hebben op het verbeteren van het functioneren van mensen met een chronische aandoening is het ook opvallend hoe veel ze in hun huidige vorm ook van elkaar verschillen. Ze werken als het ware ieder op hun eigen manier in hun eigen domein aan revalidatie, gescheiden door schotten binnen een silo (verschillen in regelgeving en bekostiging). Zo verschillen ze op zowel inhoud, doelgroep, beroepskaders als bekostiging. Professionals werkzaam binnen verschillende revalidatievormen gebruiken vaak andere terminologie en hanteren verschillende uitgangspunten bij hun behandeling. Door dit verschil in terminologie wordt kennisdeling tussen verschillende vormen van revalidatie belemmerd. Kwaliteitskaders van de verschillende vormen van revalidatie worden opgesteld door de betrokken beroepsvereniging per zorglijn. Gestructureerde samenwerking op het gebied van revalidatie over domeinen heen ontbreekt of vraagt verbetering. De huidige wijze van bekostiging in de Nederlandse gezondheidszorg bemoeilijkt samenwerkingsactiviteiten (zoals een

multidisciplinair overleg MDO in de eerste lijn of over lijnen heen) of inzet van expertise van de ene lijn in de andere. Overleg wordt vaak uitgevoerd in marge-tijd of eigen tijd van zorgprofessionals. Binnen het sociale domein ontbreekt vaak een structurele samenwerking tussen verschillende initiatieven en ook de samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein is slechts beperkt.

Potentiële verwijzers naar revalidatie zijn vaak slecht op de hoogte van de meerwaarde van revalidatie voor hun patiënt. Te weinig bekendheid bij verwijzers met het werken vanuit een integrale visie op gezondheid, de verschillen in de gebruikte terminologie en een gebrek aan overzicht over wie in de regio welke revalidatievorm biedt, zorgt ervoor dat verwijzers vaak door de bomen het bos niet meer zien met niet passende verwijzingen tot gevolg.

Op de vraag **Wat zijn de grootste uitdagingen van de (Limburgse) revalidatiezorg?** benoemden deelnemers aan de invitational conference de volgende top 5

(in volgorde van aantal maal genoemd):

1. Het moeten werken binnen schotten, samenwerken over lijnen heen
2. Het ontbreken van passende financiering
3. Het bieden van passende revalidatiezorg
4. Goed overzicht hebben over welke revalidatiezorg waar geboden wordt
5. Krapte op de arbeidsmarkt/personeel

Vier voorbeelden van dilemma's in de Nederlandse revalidatie anno 2024.

Werken in silo's: Het schot tussen het sociale domein en het zorgdomein

Niet iedere hulpvraag is ook daadwerkelijk een zorgvraag. In het leren functioneren met een chronische aandoening kan het sociale domein een grote rol spelen. Er is op dit moment echter onvoldoende kennis bij zorgverleners over alle mogelijkheden binnen het sociale domein.

Werken in silo's: Schotten in de revalidatiezorg

In ons huidig zorglandschap wordt revalidatiezorg gefragmenteerd aangeboden. De eerstelijns, geriatrische (GRZ) en medisch specialistische revalidatie (MSR) bieden alle revalidatiezorg bij disfunctioneren na acute medische problematiek (zoals bv. na een CVA/beroerte). Echter, dat doen zij ieder met hun eigen randvoorwaarden (op basis van specifieke expertise, regelgeving en financieringsmogelijkheden). Een patiënt volgt ofwel eerstelijns revalidatie, GRZ of MS. Indicatiestelling is niet altijd gebaseerd op een integrale visie op gezondheid waardoor niet passende revalidatiezorg en onder- of overbehandeling dreigt. Overdracht binnen een revalidatietraject van een patiënt van de ene vorm van revalidatie naar de andere (bv MSR naar eerste lijn of GRZ naar eerste lijn) is niet altijd goed geregeld.

Niet passende verwijzingen: De flipperkast van niet passende zorg

Patiënten met complexe gezondheidsproblematiek waar met name persoons- en omgevingsfactoren een essentiële rol spelen in het disfunctioneren (bv. bij disfunctioneren bij chronische specifieke pijn) raken in ons huidig (biomedisch georiënteerde) zorgsysteem vaak verstrikt in een reeks van niet passende verwijzingen. In de zoektocht naar de oplossing voor hun klachten bezoeken zij de ene naar de andere hulpverlener voor verdere diagnostiek en behandeling zonder de gewenste oplossing (het wegnemen van de klachten) te vinden. Deze patiënten ervaren hun zorg als een "flipperkast" waarin

verschillende zorgverleners, achtereenvolgens vaak andere (en ook nog eens tegengestelde) informatie verstrekken. Indicering vanuit een integrale visie op gezondheid en matched care (zorg afgestemd op een indicatiestelling vanuit een integrale visie; dus niet alleen op de ziekte, maar ook rekening houdend met persoons- en omgevingsfactoren) ontbreken veelal.

Voorbeeld van de noodzaak van indicering met een integrale visie

Eerder onderzoek toonde dat medisch specialistische revalidatie (MSR) geboden aan patiënten met ernstig disfunctioneren bij complex regionaal pijnsyndroom (CRPS) kosteneffectief (-14.731 euro pp) bleek in het verbeteren van functioneren en de kwaliteit van leven ten opzichte van zorg geboden als monodisciplinaire fysiotherapie. Ondanks hogere behandelkosten voor MSR was deze behandeling kosteneffectief vanwege lagere gezondheidszorgkosten tijdens de follow up van 6 maanden (33% v.d. kostenbesparing) en minder werkverzuim en lagere maatschappelijke kosten (67% v.d. kostenbesparing) in deze periode²².

2.4. Conclusie huidige situatie revalidatie

Revalidatie heeft veel meerwaarde en potentie. Internationaal en nationaal komt er steeds meer oog voor de potentiële rol die revalidatie kan spelen in de oplossing van de gezondheidsproblemen van de toekomst. De opbrengst van revalidatie in het versterken van zelfredzaamheid, veerkracht en het vergroten van de sociale participatie bij patiënten met (dreigende) chronische aandoening is zowel op individueel als maatschappelijk niveau van grote waarde. Revalidatie kan ook “ontzorgen” en zo bijdragen aan het oplossen van de uitdagingen waar onze gezondheidszorg voor staat.

Op dit moment wordt in Nederland revalidatie geboden in zowel het zorg- als sociaal domein. De verschillende revalidatievormen bedienen ieder een eigen populatie vanuit een eigen perspectief met eigen randvoorwaarden en eigen verwijsstromen. Het revalidatiezorglandschap is dus op dit moment suboptimaal ingericht voor het bieden van passende revalidatiezorg. Bij het aangaan van de problemen van de toekomst (meer mensen met problemen in het functioneren door gezondheidsproblemen en een steeds groter wordende krapte in personeel) lijkt krachtenbundeling en intensieve samenwerking noodzaak. Een overkoepelende visie en structurele samenwerking op het gebied van revalidatie lijkt daarbij een voorwaarde om ook in 2030 aan ieder individu met problemen in het functioneren passende revalidatiezorg en ondersteuning te kunnen blijven bieden.

Deel 3: Revalidatie 2030 Zuid -Limburg

In dit derde deel schetsen we hoe revalidatie er in 2030 volgens ons uit zou moeten zien. Onze kennis, expertise en ervaring binnen de verschillende onderdelen van de huidige revalidatiezorg en ondersteuning vanuit het sociaal domein nemen we daarin mee.

De gezondheidsproblemen in onze regio Zuid-Limburg zijn voor ons de aanleiding om juist hier de handschoen op te pakken en aan de slag te gaan met het advies op het gebied van revalidatie van de WHO. Dat doen we met als doel om mensen met een (dreigende) chronische aandoening/beperking in onze regio ook in 2030 passende revalidatiezorg en ondersteuning te kunnen bieden.

We schetsen onze visie op de revalidatie van 2030 in Zuid-Limburg door de presentatie van een houtskoolschets getiteld **“Revalidatie 2030 Zuid-Limburg”**. In dit deel beschrijven we ook “De 6 principes van revalidatie 2030”. Om te komen tot revalidatiezorg die vervolgens ook doelmatig is, presenteren we vervolgens aanvullend 3 voorwaarden voor doelmatige revalidatie.

In deze position paper leggen we vooral het accent op vernieuwing in de revalidatie die samenwerking tussen revalidatiepartners uit verschillende domeinen en/of onderwijsinstellingen vereist. Juist hier kan vanuit een gezamenlijke actie het verschil worden gemaakt. Vernieuwing specifiek voor één sector/zorglijn is dan ook geen onderdeel van deze schets.

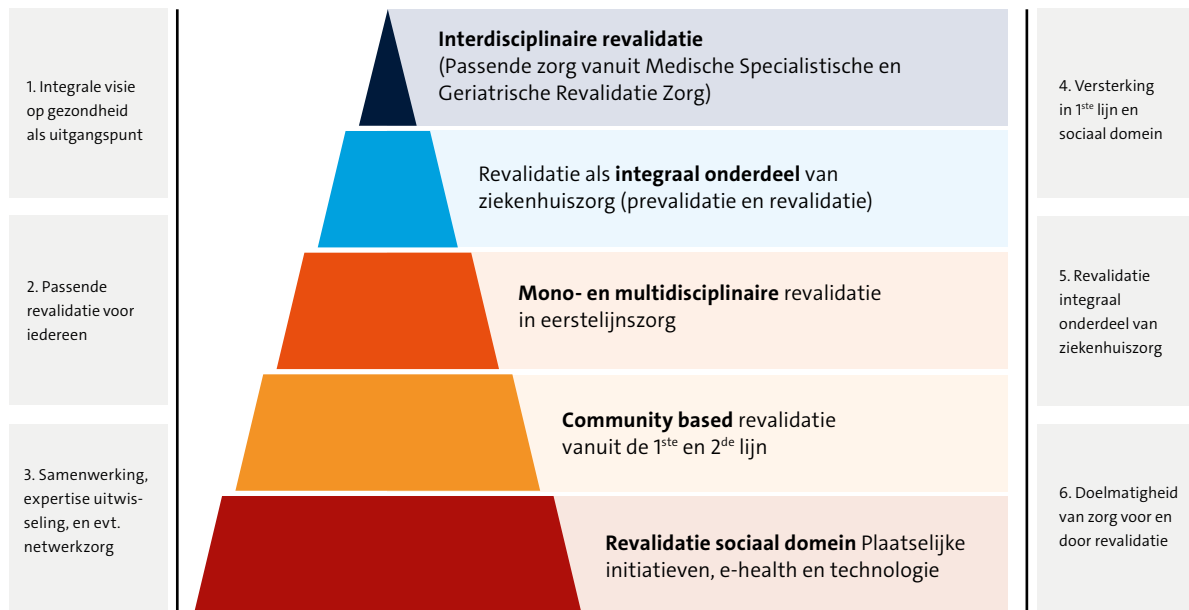
Bij het opstellen van dit hoofdstuk gebruikten we informatie verzameld tijdens de invitational conference en verwerkten we aangeleverde feedback vanuit verschillende stakeholders. Daarnaast verwerkten we informatie vanuit landelijke initiatieven op het gebied van zorgtransformatie, de Wereld Revalidatie Alliantie en de literatuur.

3.1. De 6 principes van de revalidatie 2030 in Zuid-Limburg

Volgens ons zijn voor revalidatie in Zuid-Limburg 2030 de volgende principes essentieel

1. Een integrale visie op gezondheid vormt het uitgangspunt
2. De revalidatie past bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem en de (zorg)vraag van de patiënt
3. Met samenwerking en expertise-uitwisseling versterken we elkaar, o.a. in de vorm van netwerksamenwerking
4. Extra versterking van de revalidatie in de eerste lijn en het sociaal domein
5. Bij een ziekenhuisopname maakt revalidatie een integraal onderdeel uit van het patiëntenzorgpad (van indicatiestelling tot herstel van zelfredzaamheid).
6. De zorg en ondersteuning zijn doelmatig

Revalidatie 2030 Zuid-Limburg



Figuur 3: Houtkoolschets Revalidatie 2030 Zuid-Limburg

Dat betekent per principe toegelicht het volgende:

3.1.1 Een integrale visie op gezondheid vormt het uitgangspunt

Revalidatie is altijd gebaseerd op een integrale visie op gezondheid. Dat geldt zowel voor revalidatiezorg als voor ondersteuning vanuit het sociaal domein. Dat betekent dat we aandacht hebben voor de zowel de aandoening, de persoon als de omgeving. Om voor ieder persoon de gewenste rol in de samenleving (de mate van sociale participatie) te bereiken richt revalidatie zich zowel op het verhogen van (voorwaardelijke) activiteiten, op het versterken van persoonsfactoren (zoals veerkracht en zelfregie) als ook het beïnvloeden van externe factoren (bv. familie, werksituatie en omgeving). De hulpvraag van de persoon wordt, samen met de persoon, omgezet in persoonlijke participatiedoelen. Deze doelen zijn leidend in de zorg/ondersteuning die wij bieden. Revalidatie is dus **persoonsgericht en waarde gedreven**. De zorg wordt zo goed mogelijk rondom en samen met de patiënt georganiseerd: dichtbij de patiënt waar dat kan en verder weg als dat moet. Werken met een integrale visie op gezondheid betekent ook een directe winst voor de gezondheid zelf, die we als revalidatiesector nog veel explicieter tastbaar moeten gaan maken: Revalidatie in 2030 moet dan ook niet alleen impliciet (als bij-opbrengst van het verhogen van het functioneren en de mate van participatie) maar ook expliciet een opbrengst hebben in het verhogen van **vitaliteit**. Dit vraagt leefstijl advies als expliciet onderdeel van revalidatie. Kortom, revalidatie in 2030 is een hoogst gepersonaliseerde gezondheidsstrategie, die zorgt voor een **beter en gezonder leven, waarin je weer meedoet in de samenleving**.

Doel 2030: Revalidatie wordt gegeven vanuit een integrale visie op gezondheid. Het bevorderen van vitaliteit is een integraal onderdeel van revalidatie in alle revalidatievormen.

3.1.2 De revalidatie past bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem en de (zorg)vraag van de patiënt

Daar revalidatie een hoogst gepersonaliseerde interventie is, is de invulling voor iedereen anders. Passende revalidatie betekent hier dan ook, revalidatiezorg of ondersteuning passend bij de complexiteit van het gezondheidsprobleem. Dat betekent ook, dat het kiezen van passende revalidatie (ofwel indicatiestelling) vraagt om een goede inschatting van de revalideerbaarheid (complexiteit van de gezondheidsproblematiek en de veranderbaarheid daarvan). Ook deze inschatting vergt een integrale visie op gezondheid. Voor een juiste inschatting zijn van belang:

- De hulpvraag van de patiënt
- De medische diagnose/de ziekte
- De functionele diagnose (Hoe functioneert deze persoon met deze medische diagnose op dit moment)
- De functionele prognose (Wat is het te verwachten herstel in functioneren van deze persoon met deze medische diagnose in zijn/haar leefomgeving).

Een juiste inschatting van de revalideerbaarheid bepaalt de keuze voor één van de revalidatie-vormen uit de WHO-piramide (zie figuur 1 op bladzijde 10) en leidt op deze manier tot **passende revalidatiezorg**. Dit is dan ook altijd **matched care**, daar zij afhankelijk is van zowel de ziekte, de persoon als de omgeving.

Doel 2030: Passende revalidatiezorg wordt in 2030 gerealiseerd o.b.v. indicatiestelling, gebaseerd op een integrale visie op gezondheid.

- Indicatiestelling in het sociaal domein wordt, waar nodig, ondersteund door een indicatietool. Bij laag complexe problematiek leidt deze tot passende revalidatie ondersteuning door zelfhulp (informatie op een website en/of eHealth) of geeft het toegang tot ondersteuning in het sociaal domein.
- De indicatiestelling voor revalidatie bij de huisarts kan, waar gewenst, worden ondersteund door inzet van een indicatietool. Met name bij aandoeningen met frequente verwijzingen, bv chronische pijn, bleek dit in eerder onderzoek helpend en te leiden tot doelmatige zorg²³. Bij hoog complexe problematiek kan dat de toeleiding tot een adviesconsult betekenen (in 1,5 lijnconsult of 2^{de} lijn) voor verdere indicatiestelling en snellere toeleiding tot de juiste vorm van revalidatie.

3.1.3. Met samenwerking en expertise-uitwisseling versterken we elkaar, o.a. in de vorm van netwerksamenwerking

In onze regio zorgen we samen voor passende revalidatie voor iedere persoon: Zo dicht bij huis als mogelijk, maar in een gespecialiseerd centrum waar nodig, passend binnen het kader van het IZA. Dat doen we samen met de patiënt, diens naasten, zorgprofessionals en zorgorganisaties vanuit het zorgdomein (eerste, tweede en derde lijn), het sociaal domein (welzijnsorganisaties, gemeenten, vrijwilligers). Door samenwerking en expertise-uitwisseling versterken wij elkaar. We zorgen voor versterking van revalidatie in nieuwe initiatieven gericht op het verbeteren van de samenwerking tussen het sociale domein en de 1^{ste} lijn in bv de opzet van wijkteams en organisatie van buurthuizen.

Waar helpend, werken we samen in een regionaal **revalidatienetwerk** rondom een groep personen met samenhangende gezondheidsproblematiek (bv regionale netwerkzorg voor hersenletsel of oncologie). Netwerkzorg kenmerkt zich door een geïntegreerde aanpak en samenwerking. Ontschotting tussen eerstelijns revalidatie, MSR, ziekenhuisrevalidatie, GRZ en het sociaal domein faciliteert netwerksamenwerking. Samenwerken in een revalidatienetwerk bevordert ook expertiseontwikkeling door interdisciplinair leren, het laagdrempelig kunnen organiseren van nascholing en intervisie en het samen leren transformeren. Voorbeelden van transformatie naar netwerkzorg zijn bv. de transformatie van de huidige

ketenzorg CVA in Zuid- Limburg naar netwerkzorg hersenletsel. De recent ontvangen ZonMW subsidie “Gezond leven met hersenletsel in Limburg” ondersteunt deze transformatie van ziekte naar gezondheid. En de implementatie van netwerkzorg voor chronische pijn gekoppeld aan het Beweeghuis-initiatief in Maastricht.

Voor acute problematiek waarvoor patiënten in het ziekenhuis zijn opgenomen, sluit het revalidatienetwerk aan bij bestaande zorgpaden in het ziekenhuis. In de zorg voor patiënten die tijdens hun herstel in meerdere instellingen (bijv. ziekenhuis gevolgd door revalidatiecentrum) en thuis werken aan herstel van hun functioneren of participeren, is goede overdracht van informatie tussen revalidatieprofessionals in verschillende zorgsettings van belang om de revalidatie naadloos te kunnen vervolgen.

Samenwerking komt ook tot uiting in de vorm van het uitwisselen van kennis in een **expert consult revalidatie**. Een expert consult revalidatie levert een eenmalig advies voldoende om het functioneren te verbeteren of een advies ter ondersteuning van revalidatie in een andere setting (veelal lager in de piramide). Verschillende vormen van expert consulten kunnen worden ingezet. Bijvoorbeeld:

- Een beweegadvies vanuit de eerste lijn voor activiteiten in het sociaal domein.
- Een hulpmiddelenadvies vanuit de eerste (ergotherapie) of tweede lijn (revalidatiegeneeskunde)
- Expert consult voor inschatting revalideerbaarheid bij complexe problematiek ofwel ondersteuning van revalidatie 1^{ste} lijn door een eenmalig consult in 1,5 of 2^{de} lijn (bv. om vragen vanuit patiënt te beantwoorden; bv stadspoli revalidatiegeneeskunde)
- Een arbeidspoli waar advies wordt gegeven ten aanzien van de mogelijkheden tot functioneren in arbeid.
- Expert consult GRZ ten aanzien van bijvoorbeeld trainbaarheid bij multimorbiditeit, advies thuis wonen en inzet van andere revalidatie vormen

Doel Revalidatie 2030:

- Met een revalidatieverwijskaart Zuid-Limburg geven we verwijzers een overzicht over mogelijkheden tot passende revalidatie in Zuid-Limburg
- Revalidatiepartners in de regio zorgen samen voor passende revalidatie voor iedere patiënt.
- In 2030 zijn er drie regionale revalidatienetwerken actief: Revalidatienetwerk hersenletsel, Revalidatienetwerk chronische pijn en een revalidatienetwerk bij een andere nader te kiezen doelgroep, mogelijk oncologische revalidatie.
- In 2030 zijn expertconsulten een integraal onderdeel van revalidatie.

3.1.4. Extra versterking van de basis in de eerste lijn en het sociaal domein (basis piramide)

Revalidatiezorg van de toekomst heeft meer dan nu een multidisciplinair karakter en is domeinoverstijgend. Diverse thema's in het Regioplan Zuid Limburg passen bij de insteek van revalidatie en betrekken nadrukkelijk het sociaal domein in het kader van preventie, welzijn (welzijn op recept), zelfregie (zelfregietool.nl) en (maatschappelijke) participatie. Risico's op uitval worden meetbaar en bespreekbaar gemaakt binnen het concept van Positieve Gezondheid.

De versterking van de samenwerking tussen het sociaal domein en 1^{ste} lijn wordt verwoord in het transformatieplan van de “PlusWijken”. In dit plan, ligt voor de eerste lijn een sterke focus op de juiste zorg op de juiste plaats (JZOJP), de “gezonde generatie” en “vitaal ouder worden”. Professionals in de 1^{ste} lijn werken via afgesproken domeinoverstijgende zorgpaden en een passende ketenaanpak samen met het sociaal

domein dat bijdraagt aan reactivatie en participatie. Er is een duidelijk overzicht van welke zorg en welk welzijnsaanbod er aanwezig is in de directe omgeving van de client en verwijzing naar een van de interventies vindt plaats op basis van vrije keuze van de inwoner en expertise van de aanbieder.

De huisarts is de spil in de dossiervoering en heeft een superviserende rol in de eerstelijns samenwerking. Multidisciplinaire eerstelijnszorg vindt plaats rondom de client waarbij zorg aangevuld wordt met aandacht voor zelfregie, meedoen en zingeving. Er zijn korte communicatielijnen met alle betrokkenen. De transitie van zorg naar zelfregie heeft een prominente plaats in de aanpak. Revalidatiedoelstellingen worden mede gebaseerd op herstel activiteiten, behoud en/of toename zelfregie en meer ervaren “positieve gezondheid”, waarbij de client gemotiveerd wordt tot een voor hem of haar optimale maatschappelijke participatie. De inzet van motiverende gesprekstechnieken, eHealth en het optimaliseren van zelfregie zorgen gezamenlijk voor kosteneffectieve zorg en welzijn.

Doel Revalidatie 2030:

- Inwoners vinden dankzij domein overstijgende samenwerking van het zorg- en sociaal domein in hun wijk en online de informatie die ze nodig hebben als stimulans voor een gezonde levensstijl, gezondheid ondersteunende activiteiten en voldoende mogelijkheden voor participatie (zorg-gerelateerde preventie).
- De PlusWijken zijn zodanig ingericht dat revalidatie in het sociaal domein beschikbaar is. Als bij complexe problematiek opschaling naar passende revalidatiezorg nodig is, dan wordt dit in gang gezet.

3.1.5. In Bij een ziekenhuisopname maakt revalidatie een integraal onderdeel uit van het patiëntenzorgpad (van indicatiestelling tot herstel vanzelfredzaamheid).

In een optimale vorm van *integrated people centered care*; een vorm van persoonsgerichte zorg, die in veel ziekenhuizen wordt nagestreefd, is revalidatie een integraal onderdeel van zorg. Revalidatie is onmisbaar binnen de klinische setting van het ziekenhuis. Met name in de veelal biomedische georiënteerde omgeving van het ziekenhuis is een integrale visie op gezondheid van belang om iedere patiënt op passende wijze te kunnen ondersteunen op weg naar beter functioneren. Bijvoorbeeld door het bevorderen van bewegend functioneren zo vroeg mogelijk tijdens de ziekenhuisopname of al voorafgaand aan een geplande operatie (prevalidatie). Hiermee draagt revalidatie bij aan een snel fysiek herstel (fysiotherapie) en het weer kunnen oppakken van dagelijkse activiteiten (ergotherapie). Het bevordert zo het welzijn van de patiënt. Even zo belangrijk in deze fase is passende revalidatie voor mensen met verminderd cognitief of zintuiglijk functioneren (bv door hersenletsel; psychologie en logopedie). Mensen met een lage mentale veerkracht of met complexe problematiek in hun sociale situatie krijgen in deze fase passende ondersteuning in de terugkeer naar huis (maatschappelijk werk en psychologie). Dat geldt zowel voor de patiënt alsook zijn/haar mantelzorger. Afhankelijk van de complexiteit is ziekenhuisrevalidatie, mono-, multi- of interdisciplinaire revalidatie (revalidatiearts en revalidatieteam). Gepersonaliseerde ziekenhuiszorg met passende revalidatie als onderdeel draagt bij aan een versneld herstel en welzijn van patiënten.

Ziekenhuisrevalidatie staat niet op zichzelf. Het is in feite het onderdeel van de regionale revalidatie dat plaatsvindt binnen de muren van het ziekenhuis. Een warme overdracht van informatie van en naar het ziekenhuis is dan ook essentieel (zoals van en naar de eerste lijn of de revalidatie- of verpleeghuissector) om de revalidatie te kunnen voortzetten. Naast gepersonaliseerd behandelen tijdens de ziekenhuisfase is tijdige indicatiestelling voor het snel in gang zetten van passende revalidatie buiten de muren van het ziekenhuis van belang. Ook hier bevordert netwerksamenwerking de snelle inzet van passende revalidatiezorg en een tijdige overdracht naar buiten de ziekenhuissetting.

Doel Revalidatie 2030:

- Ziekenhuisrevalidatie wordt geboden in de vorm van passende revalidatiezorg en is een integraal onderdeel van integrated people centered care in het ziekenhuis.
- In 2030 zijn er drie aan ziekenhuisopname gerelateerde revalidatie-netwerken op een thema regionaal actief.

3.1.6. De zorg en ondersteuning is doelmatig

De voorgestelde veranderingen beschreven in de eerste 5 principes dragen alle direct bij aan het verbeteren van de doelmatigheid van onze gezondheidszorg. Zoals eerdere beschreven is de opbrengst van revalidatie er voor de individuele patiënt, maar ook direct voor de gezondheidszorg en de maatschappij. **Door revalidatie** wordt de doelmatigheid van zorg verhoogd. Maar doelmatigheid van zorg wordt ook gevraagd **van revalidatie** zelf. De te verwachten toename van patiënten met een revalidatie-indicatie en de tevens te verwachten afname van het aantal revalidatieprofessionals in 2030 vraagt ook om een verhoging van de doelmatigheid van de revalidatiezorg en ondersteuning zelf. Zodat we ook in 2030 iedereen ook daadwerkelijk passende revalidatiezorg kunnen bieden. Dat betekent dat we als zorgprofessionals zelf nog veel meer focus op het verbeteren van de doelmatigheid van onze revalidatiezorg zullen moeten leggen. Dat vraagt een attitudeverandering: Naast kwaliteit van zorg moet ook doelmatigheid van zorg een continue verbeterfactor zijn.

Voor doelmatige revalidatie in 2030 zijn verder de volgende drie voorwaarden van belang:

1. eHealth en technologie zijn een integraal onderdeel van revalidatie

In de revalidatie 2030 zijn eHealth en revalidatietechnologie vaste onderdelen van revalidatie voor alle revalidatievormen. Ze dragen bij aan een duurzame organisatie van revalidatie. Structurele aandacht voor de implementatie van eHealth en technologie in revalidatie is dan ook van belang:

- De indicatiestelling: Gebruik van indicatietool: Zie hiervoor ook de uitleg bij principe 2.
- De behandel fase: Telerevalidatie is in 2030 al een vast onderdeel van blended revalidatiezorg. Met telerevalidatie begeleiden zorgprofessionals via een digitaal platform patiënten op afstand als aanvulling op de oefeningen tijdens de “fysieke” behandelingen. Telerevalidatie versterkt de zelf-regie en zelfredzaamheid van de patiënt en de intensiteit van de behandeling kan erdoor omhoog. De patiënt voert zijn oefeningen uit, de zorgprofessional krijgt vanuit het platform feedback over de kwaliteit en intensiteit van de uitgevoerde handelingen en baseert daarop vervolgbehandeling. Het inzetten van virtual en augmented reality (VR en AR) kan revalidatie leuker, uitdagender en realistischer maken. In 2030 zal robotica vaker worden ingezet en zal de inzet van 3D geprinte hulpmiddelen reguliere praktijk zijn.
- De nazorgfase: Met monitoring kan de patiënt op afstand worden gevolgd, bv. in een kwetsbare fase. Bij signalen van terugval, kan begeleiding snel worden opgepakt.
- In ondersteuning: Het gebruik van digitale mogelijkheden zoals ChatGPT en andere AI functionaliteiten kunnen zorgprofessionals ondersteunen bij het uitvoeren van administratieve taken en zelfs taken overnemen.



2. Revalidatieprofessionals in een krappe arbeidsmarkt: binden en (blijven) boeien.

Revalidatie 2030 kan alleen slagen met voldoende en goed opgeleide revalidatieprofessionals.

- Voor toekomstige zorgprofessionals is een goede voorbereiding op de zorg van de toekomst dan ook essentieel. De basis voor de benodigde kennis, expertise en vaardigheden wordt gelegd tijdens hun opleiding. **Een integrale visie op gezondheid** moet daarom centraal staan in het onderwijs voor revalidatieprofessionals. **Interprofessioneel opleiden** helpt studenten om over, van en met elkaar leren. De revalidatiesector biedt de mogelijkheid om ook over de grenzen van onderwijsinstellingen heen te leren van elkaar (bv. door samenwerking tussen studenten van Maastricht University en Zuyd Hogeschool tijdens hun stages in interdisciplinaire teams binnen de revalidatiesector). Afstudeerprojecten in de vorm van interprofessionele opdrachten, versterken het innovatieklimaat in de revalidatiezorg en vormen een leer-werkomgeving gericht op vernieuwen (zoals het Revalidatie Innovatie Lab; initiatief van Adelante en Zuyd Hogeschool).
- Ook zorgprofessionals werkzaam in de revalidatiesector kunnen veel van elkaar leren, bv. in revalidatienetwerkzorg op thema's zoals samenwerken vanuit één visie, interdisciplinair samenwerken, samenwerking tussen zorg en sociaal domein en het toepassen van digitale mogelijkheden. Een innovatieve omgeving in de revalidatiesector en het bieden van ontwikkelmogelijkheden (als docent in onderwijs en opleiding in de Zuid-Limburgse onderwijsinstellingen of in wetenschappelijk onderzoek) helpt in het binden en boeien van revalidatiezorgprofessionals.

3. Passende zorg vraagt passende bekostiging

De randvoorwaarden voor het organiseren van passende revalidatiezorg zijn nu nog niet ingevuld. Regelgeving en gefragmenteerde bekostiging belemmeren de samenwerking en daarmee de invulling van passende revalidatiezorg en ondersteuning. Zo wordt bijvoorbeeld intercollegiaal overleg in eerste lijn niet vergoed. En belemmert regelgeving de samenwerking vanuit één gezamenlijke dossiervoering. Innovatieve plannen, zoals de opzet van revalidatienetwerkzorg, het bieden van het expert consult of de toepassing van therapeut onafhankelijke training met behulp van eHealth en technologische mogelijkheden vraagt het verkennen van innovatieve vormen van bekostiging. Dat vraagt wetenschappelijk onderzoek en afstemming tussen instanties zoals VWS, NZa, beroepsorganisaties, brancheverenigingen en verzekeraars.

Doel revalidatie 2030:

- Het verbeteren van doelmatigheid van revalidatiezorg is een vaste factor in de verbetercyclus van revalidatieteams.
- E-health en technologie zijn een vast onderdeel van revalidatiezorg en ondersteuning.
- De integrale visie op gezondheid krijgt een centrale plek in de curricula van alle zorg-opleidingen. Stages in de revalidatiepraktijk-omgeving ondersteunen in het interdisciplinair leren. Zij zijn bij voorkeur verbonden aan living labs, zoals het Revalidatie Innovatie Lab (boeien van nieuwe revalidatieprofessionals).
- De regio biedt een curriculum met ontwikkelmogelijkheden voor revalidatieprofessionals in onze regio (binden van revalidatieprofessionals).
- Onderzoek richt zich op het evalueren van de effectiviteit van revalidatienetwerkzorg en een hierbij passend financieringsmodel.

Deel 4: Vervolgstep

Transformeren naar een nieuw vorm van revalidatie is een mooie maar uitdagende opgave. Om tot gezondheidsbevordering en passende revalidatiezorg en ondersteuning te komen is er verandering bij alle betrokkenen nodig. Dit vraagt om lef en creativiteit om die veranderingen zowel in cultuur, denk- en werkwijzen als in organisatiestructuur door te laten dringen. Het vraagt ook afstemming met andere regionale transformatieplannen, zodat deze elkaar kunnen versterken in de transitieplannen in Zuid-Limburg.

Een Lerend Revalidatie Systeem: Versneller van transformatie

Leren transformeren van zorg naar gezondheid kan worden ondersteund door een zogenaamd Lerend Zorg Systeem (LZS)²⁴. Het genereren van kennis is een integraal onderdeel van de zorgverlening in een LZS. Nieuwe kennis komt zo direct ten goede van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zwitserse revalidatieonderzoekers (en collega's in de Wereld Revalidatie Alliantie) vertaalden deze aanpak naar een **Lerend Revalidatie Systeem**, als katalysator van de transformatie van de gezondheidszorg en een veranderde positionering van revalidatie hierin²⁵. Deze revalidatie-variant van het principe van een Lerend Zorg Systeem stellen zij voor om de sector overstijgende insteek van revalidatie (zowel in zorg als in het sociaal domein) goed te kunnen ondersteunen.

We stellen het inrichten van een **Lerend Revalidatie Systeem Zuid Limburg** (LRS Zuid Limburg) voor waarin we als revalidatiezorg- en onderzoekspartners in de regio nauw samenwerken. Het LRS Zuid Limburg werkt als een versneller van innovatie binnen de Zuid- Limburgse revalidatie en heeft als doel om per 2030 passende en doelmatige revalidatie in Zuid-Limburg te realiseren.

Kernactiviteiten in het LRS zijn:

| | |
|--------------------|--|
| Ontwikkelen | Ontwikkelen van zorginnovaties pilots passend binnen de doelstellingen van deel 3 van deze position paper revalidatie 2030. |
| Kennisdelen | Uitwisselen van kennis en expertise over revalidatievormen heen |
| Innoveren | Het invoeren en evalueren van zorgvernieuwing passend binnen de doelstellingen van deel 3 van deze position paper revalidatie 2030. |
| Inspireren | Het elkaar inspireren en motiveren. |
| Leren | Het leren van elkaar en uitwisselen van ervaringen. Het organiseren van cursussen/symposia en intervisie met de nadruk op domein overstijgend werken |

Leren transformeren

De Limburgse kennisinstellingen Maastricht University en Zuyd Hogeschool ondersteunen in het “leren transformeren” door wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en innovatie vanuit de betrokken academische werkplaatsen Revalidatie, Ouderenzorg Limburg en Huisartsgeneeskunde. Ondersteuning door onderzoek is namelijk een van de pijlers weergegeven voor een passend regioplan. De Academische Werkplaats Revalidatie kiest voor de periode 2024-2027 voor het versterken in Health Policy and Systems Research (HPSR) op het gebied van revalidatie. Zodat zij met haar internationale partners binnen de Wereld Revalidatie Alliantie door kennisuitwisseling de verandering in positionering van revalidatie kan versnellen. Het inrichten van het LZS Zuid Limburg sluit verder aan bij het Data Onderzoeks/Ondersteunings Team Zuid-Limburg (DOT-ZL) van de academische werkplaats duurzame zorg dat wordt opgezet ter ondersteuning van de Zuid-Limburgse activiteiten ter invulling van het Integraal Zorgakkoord (IZA).

Hoe nu verder?

Deze position paper presenteert onze visie op de revalidatie van 2030 in Zuid-Limburg. Een visie als basis voor een gezamenlijke vervolgstap om te komen tot een betere positionering voor revalidatie in onze regio. De eerste stappen daarvoor zijn het organiseren van een overleg tussen betrokken revalidatie bestuurders en het parallel daaraan reeds uitvoeren van een snelle toets voor transformatie. In het transformatieplan Revalidatie 2030 Zuid-Limburg, als vervolg op deze position paper, zal de detail-uitwerking van de in deze position paper weergegeven plannen volgen.

Het transformatieplan Revalidatie 2030 Zuid-Limburg zal daarbij aansluiten bij andere transformatieplannen zoals de transformatieplannen voor de

- Pluswijken
- Beweeghuis
- Mantelzorgacademie
- Digitalisering
- Deltaplan ouderen.

en deze verder kunnen versterken.



Literatuur

1. [https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/uc/fab39c8030102a31db600d774a60264dfd3eef4721e6700/Regioplan 20Zuid-Limburg.pdf](https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/uc/fab39c8030102a31db600d774a60264dfd3eef4721e6700/Regioplan%20Zuid-Limburg.pdf)
2. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/werkgelegenheid-in-zorg-en-welzijn>
3. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ. 2011 26;343:d4163.
4. Resolution EB152-10. Strengthening rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2023.
5. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
6. <https://www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie>
7. Bickenbach J, Sabariego C, Stucki G. Beneficiaries of Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. 2021;102(3):543-548.
8. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Avis S, Gooberman-Hill R, Horwood J et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2008;371(9614):725–35.
9. Barberan-Garcia, A., Ubre, M., Pascual-Argente, N., Risco, R., Faner, J., Balust, J., ... & Martinez-Palli, G. (2019). Post-discharge impact and cost-consequence analysis of prehabilitation in high-risk patients undergoing major abdominal surgery: secondary results from a randomised controlled trial. British journal of anaesthesia, 123(4), 450-456
10. Standpunt prevalidatie NVVH
11. Stucki G, Stier-Jarmer M, Grill E, Melvin J. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. Disabil Rehabil. 2009;27(7-8):353–9.
12. Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical dataset. BMJ Open. 2016; 6(2).
13. Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, Shakespeare T, Suhrcke M, Horton S, Poland F, Hooper L, Song F. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. Disabil Health J. 2016;9(1):11-25.
14. Wang Y, McCarthy AL, Hayes SC, Gordon LG, Chiu V, Bailey TG, Stewart E, Tuffaha H. Economic evaluation of exercise interventions for individuals with cancer: A systematic review. Prev Med. 2023 Jul;172:107491.
15. Papadakis S, Oldridge NB, Coyle D, Mayhew A, Reid RD, Beaton L, Dafoe WA, Angus D. Economic evaluation of cardiac rehabilitation: a systematic review. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005 Dec;12(6): 513-20.
16. WHO; Rehabilitation in health framework; Rehabilitation in health systems: Guide for action.
17. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samenwerken-aan-gezonde-zorg>
18. <https://www.revalidatie.nl/propositie/>
19. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e8e739b2e77bf92b7bfed78d4569ae4ecbce8dac/pdf>
20. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4d04b1d5832b98231d40670/pdf>
21. [https://www.mumc.nl/sites/default/files/2024-03/Strategie%20Preventie%20Aanpak november%202023.pdf](https://www.mumc.nl/sites/default/files/2024-03/Strategie%20Preventie%20Aanpak%20november%202023.pdf)

22. den Hollander M, Heijnders N, Goossens MEJB et al. EXPOSURE IN VIVO VERSUS PAIN-CONTINGENT PHYSICAL THERAPY IN CRPS TYPE I: A COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS. *Int J Technol Assess Health Care*. 2018;34(4):400.
23. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, Konstantinou K, Main CJ, Mason E, Somerville S, Sowden G, Vohora K, Hay EM. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011 Oct 29;378(9802):1560-71.
24. van der Graaf R, Wouters R, Rigter T, Groenwold R, de Vries M, Bredenoord A. Transformatie van de dagelijkse zorgpraktijk naar een verantwoord lerend zorgsysteem. *Ned. Tijdschr oncol* 2022; 19:10-4.
25. Bickenbach J, Rubinelli S, Sabariego C, Stucki G. The Learning Rehabilitation System: Strengthening an intersectoral strategy to improve functioning of an ageing population. *Health Policy*. 2023 Sep;135:104866. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104866. Epub 2023 Jun 30. PMID: 37421891.



Bijlage 1: Deelnemers

| Naam | Organisatie | revalidatielijns/(of kennis instituut) werkzaam |
|--|---|--|
| Aanwezig op de invitational conference/ Bijdrage position paper | | |
| Cima Rilana | Academische Werkplaats Revalidatie | interdisciplinaire specialistische revalidatie / kennisinstelling |
| Beusekom Suze van | platform paramedie Zuid Limburg (huid therapie) | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Coppers Loes | Adelante | interdisciplinaire specialistische revalidatie |
| Coumans Peter | Fy'net (fysiotherapie netwerk) | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Coumans Peter | Fy'net (fysiotherapie netwerk) | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Daniels Ramon | Hogeschool Zuyd | Kennisinstelling |
| Dremmen Martijn | Zuyderland | Ziekenhuisrevalidatie |
| Dupuits Milou | Hogeschool Zuyd | Kennisinstelling |
| Everink Irma | Universiteit Maastricht | Academische werkplaats Ouderenzorg Limburg (GRZ vertegenwoordiger) / kennis instelling |
| Geboers Marion | Rap-zorg | interdisciplinaire specialistische revalidatie |
| Haastregt Jolanda v | Universiteit Maastricht | Academische werkplaats Ouderenzorg Limburg (GRZ vertegenwoordiger) / kennisinstelling |
| Huijnen Ivan | Academische Werkplaats Revalidatie | interdisciplinaire specialistische revalidatie / kennisinstelling |
| Janssen Milou | Vitala+ | Geriatrische revalidatie |
| Janssen Yvonne | Academische Werkplaats Revalidatie | interdisciplinaire specialistische revalidatie / kennisinstelling |
| Kate Alice ten | platform paramedie Zuid Limburg (fysio) | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Laake Charlotte van | Adelante | interdisciplinaire specialistische revalidatie / ziekenhuisrevalidatie |
| Lucardie Alicia | Adelante | interdisciplinaire specialistische revalidatie |
| Martens T. | vitala+ | Geriatrische revalidatie |
| Mierlo René van | FOZL | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Nijssen Suzanne | Cicero | Geriatrische revalidatie |
| Otten Frank | Sevagram | Geriatrische revalidatie |
| Rademacher René | mijn zorgtransitie | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Reubzaet-Swelsen Bianca | platform paramedie Zuid Limburg (logopedie) | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Rinkens Yvette | Meander | Geriatrische revalidatie |
| Roomans Rob | Maastricht Universitair Medisch Centrum | Ziekenhuisrevalidatie |
| Roumen Joyce | Maastricht sport | informele en zelfgestuurde zorg vanuit sociaal en maatschappelijk domein |
| Schiepers Mark | platform paramedie Zuid Limburg (fysio) | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Schillings Jenny | Fysiotherapeuten Oostelijk Zuid Limburg | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |

| Naam | Organisatie | revalidatielijn/(of kennis instituut) werkzaam |
|--|---|--|
| Aanwezig op de invitational conference/ Bijdrage position paper | | |
| Sep Simone | Academische Werkplaats Revalidatie | interdisciplinaire specialistische revalidatie / kennisinstelling |
| Simons Marlou | Maastricht Universitair Medisch Centrum | Ziekenhuisrevalidatie |
| Solberg Barbara | vitala+ | Geriatrische revalidatie |
| Sonnemans Mireille | Cicero | Geriatrische revalidatie |
| Susy Braun | Hogeschool Zuyd | Kennisinstelling |
| Ummels Rob | Hogeschool Zuyd | Kennisinstelling |
| Valkenburg William | Meander | Geriatrische revalidatie |
| Verbunt Jeanine | Academische Werkplaats Revalidatie | interdisciplinaire specialistische revalidatie / kennisinstelling |
| Verlouw Anke | Adelante | interdisciplinaire specialistische revalidatie |
| Vonken Lotte | Novicare | Geriatrische revalidatie |
| Wetzels Maria | ervaringsdeskundige | informele en zelfgestuurde zorg vanuit sociaal en maatschappelijk domein |

| Bijdrage position paper | Organisatie | revalidatielijn/(of kennis instituut) werkzaam |
|-------------------------|---|--|
| Bruls Bem | Huisartsen Zuid Oost Limburg | mono en multi disciplinaire revalidatie in eerstelijnszorg |
| Lenssen Ton | Maastricht Universitair Medisch Centrum | ziekenhuisrevalidatie |
| Witlox Adhiambo | Maastricht Universitair Medisch Centrum | Centrum voor Bewegen MUMC+ |