



50^{jaar}
Revalidatie **R**
Nederland

REVALIDATIE IN 2030

HOE REVALIDEREN PATIËNTEN
IN DE TOEKOMST?

Colofon

Teksten: Revalidatie Nederland en BeBright
Eindredactie: Revalidatie Nederland
Fotografie: Inge Hondebrink
Vormgeving: AC+M, Maarssen
Drukwerk: Damendrukkers

Revalidatie Nederland
Postbus 9696, 3506 GR Utrecht
T 030 2739384
E info@revalidatie.nl
I www.revalidatie.nl

© Revalidatie Nederland, september 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enigerlei wijze, hetzij elektronisch, hetzij mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van Revalidatie Nederland.

Revalidatie Nederland heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan het samenstellen van 'Revalidatie in 2030'. Desondanks accepteren wij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

Het intellectuele eigendom van modellen, technieken en instrumenten met betrekking tot scenarioplanning ligt bij BeBright.



REVALIDATIE IN 2030

HOE REVALIDEREN PATIËNTEN
IN DE TOEKOMST?



Ervaringsdeskundigheid is een onmisbare aanvulling van de kennis en kunde van revalidatieprofessionals. Mijn droom is dat revalidatie-instellingen voortaan structureel ervaringsdeskundigen inschakelen, zowel op de werkvloer als bij de beleidsvorming.

▪ Jos Dekkers

Ik wens dat de revalidatiesector in 2030 zoveel kennis en zelfvertrouwen heeft vergaard dat zij ieder (kind, volwassene, gezin) de ondersteuning kan geven om letterlijk en figuurlijk in balans te blijven.

▪ Martijn Klem

In mijn ideale situatie zijn autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt heel belangrijk. Beslis niet voor mij, zonder mij. Er moet wel een vangnet zijn, zodat de minder mondigen niet buiten de boot vallen.

▪ Melanie Peterman

In 2030 hoop ik tachtig te worden. Dat is al ruim een halve eeuw meer dan artsen mijn ouders voorspelden. Dat is 't aardige van scenario's: het onvoorspelbare van medische vooruitgang!

▪ Cees Smit

Ik zie een maatschappij voor mij, waarin er (revalidatie-) zorg van hoge kwaliteit is voor iedereen, ongeacht afkomst en inkomen en mensen betrokken zijn bij elkaar. Technologische ontwikkelingen helpen om te kunnen blijven participeren. Iedereen hoort erbij.

▪ Peter Timofeeff

In de optimale situatie is de zorg kleinschalig, dicht in de buurt, met een makkelijk toegankelijke behandelaar die heel goed naar de patiënt luistert. Persoonlijk contact en de menselijke maat staan centraal.

▪ Ilona Thomassen

In mijn meest positieve toekomst komen technologische ontwikkelingen in een stroomversnelling. Technologie die mijn hersenen aanstuurt, zou in de toekomst mijn beperking kunnen laten verdwijnen.

▪ Bram Prinsen



Revalidatie Nederland bestaat 50 jaar, een mooie mijlpaal. Een jubileum is ook een goed moment om naar de toekomst te kijken. Waar gaat het naartoe met de medisch specialistische revalidatie? Hoe kunnen we ook in de toekomst patiëntgerichte zorg leveren? Ons 50-jarig bestaan vieren we met de ontwikkeling van drie toekomstscenario's. Deze scenario's hebben we samen met onze stakeholders en, in het bijzonder, onze klankbordgroep van patiënten ontwikkeld.

Het was onze ambitie om de stem van patiënten luid te laten klinken in dit traject. Deze stem hebben we ook een podium gegeven in onze klankbordgroep. De waardevolle inzichten, de verschillende invalshoeken en de boeiende discussies waren van wezenlijk belang in dit traject. De scenario's zijn vanuit het perspectief van patiënten geschreven. Wat betekenen de veranderingen precies voor hen?

Daar doen we het immers voor: goede patiëntenzorg nu én in de toekomst. De revalidatiesector heeft veel oog voor de leefwereld van patiënten. Met deze holistische benadering lopen we voorop en daar zijn we heel trots op. De scenario's geven onze sector de kans om te anticiperen op de komende veranderingen en om in te spelen op de veranderende wensen en behoeften van patiënten. Samen met hen bereiden we ons voor op de toekomst.

Revalidatie Nederland

Drs. H.J. (Heino) van Essen
voorzitter

Drs. J.A. (Jannie) Riteco
directeur



1	Inleiding	7
1.1	Het waarom van scenario's	8
1.2	Werkwijze	9
1.3	Leeswijzer	11
2	Trends en ontwikkelingen: een overzicht	13
2.1	Trends en ontwikkelingen	14
2.2	Trends en ontwikkelingen in detail	20
2.3	Hoe ontwikkelen aandoeningen zich in de toekomst?	55
3	Van onzekerheden naar scenario's	59
3.1	Van trends naar onzekerheden	59
3.2	Impact- en onzekerheidsanalyse	59
3.3	Van onzekerheden naar scenario's	60
3.4	Het ontwerp van de drie scenario's	66
4	Toekomstscenario's	68
4.1	Scenario 1: Mijn doel voorop	71
4.2	Scenario 2: Op eigen kracht	89
4.3	Scenario 3: Mijn nieuwe ik	109
5	Van scenario's naar acties	127
5.1	Patiënteninbreng gewaarborgd	128
5.2	Netwerkvalidatie ingezet	129
5.3	Transparantie verder doorgevoerd	132
5.4	Innovatievermogen optimaal ingezet	133
5.5	Afsluitend	135
	Dankwoord	136
	Literatuur en bronnen	138



1 Inleiding

De Nederlandse medisch specialistische revalidatie staat hoog aangeschreven. De revalidatiesector heeft een sterke reputatie op het gebied van kwaliteit van zorg, onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek. In de top 10 van academische centra op het gebied van revalidatie-geneeskunde wereldwijd staan drie Nederlandse centra.¹

De revalidatiezorg heeft aandacht voor de unieke patiënt en zijn omgeving. Zeker als de acute fase voorbij is en de patiënten hun leven weer proberen op te pakken. Er wordt gekeken hoe patiënten actief mee kunnen doen in de maatschappij.² Een verscheidenheid aan professionals levert revalidatiezorg in een zorgcontinuüm van hoog- tot laag-complexe zorg, van medisch specialistische zorg tot paramedische zorg.

Er vindt momenteel een verschuiving plaats van intramurale naar extramurale zorg en er is sprake van concentratie van hoog-complexe zorg. Zorgkosten nemen toe en technologische ontwikkelingen bieden oneindig veel mogelijkheden.³ Door vergrijzing groeit de zorgvraag en neemt de complexiteit ervan toe. Het aantal mensen met één of meer (chronische) aandoeningen neemt toe. Deze ontwikkelingen hebben effect op de vraag naar revalidatiezorg.



Revalidant blijf je voor altijd, maar je wordt wel steeds deskundiger.

Alok Blondé

Hoe ziet de revalidatiezorg er in de toekomst uit? In het kader van het 50-jarig bestaan kijkt Revalidatie Nederland naar kansen en uitdagingen die de toekomst biedt. Om de toekomst te verkennen is Revalidatie Nederland een scenariotraject gestart om in samenwerking met patiënten en stakeholders toekomstscenario's te ontwikkelen voor de revalidatiezorg.

De vraag die daarbij centraal staat is:

Hoe ziet de Nederlandse medisch specialistische revalidatiezorg er in 2030 uit?

De toekomst wordt door vele onzekerheden beïnvloed, waardoor er niet slechts één antwoord is op deze vraag. Daarom zijn er drie scenario's ontwikkeld die een mogelijk antwoord geven.



Scenario's geven leidinggevenden een manier om te anticiperen op verschillende toekomst in de betrekkelijk rustige omgeving van een vergaderruimte in plaats van in een crisiscentrum.
James Ogilvy

1.1 Het waarom van scenario's

Het schetsen van toekomstscenario's helpt bij het maken van een voorstelling van wat de toekomst kan brengen en wat dit betekent voor de revalidatiezorg. De veranderende zorgomgeving vraagt om herijking van de rol en plaats van de revalidatiearts en de revalidatie-instelling. Waar is de medisch specialistische revalidatie van toegevoegde waarde in de toekomst voor de patiënten en in welke richting ontwikkelt de revalidatiezorg zich? Door scherper in beeld te brengen waar de revalidatiezorg naartoe gaat, kan de revalidatiesector zelf het voortouw nemen.⁴ De scenario's geven richting aan een mogelijke rol en invulling van de revalidatiezorg gericht op de toegevoegde waarde voor patiënten. Ze kunnen ook een ingeslagen weg bevestigen.

In dit rapport is medisch specialistische revalidatie in haar omgeving bekeken. Deze omgeving en de impact die deze omgeving op de medisch specialistische revalidatie heeft, kan niet los gezien worden van revalideren in bredere zin. Daarom wordt de bredere term revalidatie gebruikt. Dat doet niets af aan de positie en rol van de medisch specialistische revalidatie. Deze medisch specialistische zorg heeft een unieke plaats in het brede spectrum van de revalidatie.

Gedurende drie bijeenkomsten met stakeholders, vijftien interviews en drie bijeenkomsten met de klankbordgroep van patiënten heeft Revalidatie Nederland samen met patiënten en stakeholders in de revalidatiesector drie toekomstscenario's ontwikkeld. De scenario's geven ieder voor zich een alternatieve realiteit waarbinnen de revalidatiezorg een plek heeft. De scenario's zijn bedoeld om te prikkelen en na te denken over de toekomst van de revalidatiezorg. De scenario's zijn verrassend, uitdagend, maar ook plausibel. Zij verkennen de grenzen en tegelijkertijd lijken ze soms helemaal niet zo ver weg. 2030 is ook niet ver weg! Relevante vragen zijn: wat betekent het voor mij als patiënt, als naaste, als zorgprofessional, als manager, als toezichthouder of als organisatie.

1.2 Werkwijze



1. In kaart brengen trends en ontwikkelingen

In het project 'Revalidatie in 2030' zijn ontwikkelingen in de externe omgeving in kaart gebracht en uitgewerkt tot **17 trendbeschrijvingen**: ontwikkelingen die zich voor langere tijd in een duidelijke richting bewegen en grote impact zullen hebben op de toekomst van de sector. De trends zijn onder te verdelen in demografie, economie, politiek, sociaal-maatschappelijke factoren, technologie en sectorspecifieke trends. Deze trends zullen tussen nu en 2030 hun stempel drukken op de revalidatiezorg.



2. In dialoog over de toekomst

Ruim **150 deelnemers** (patiënten, leden en stakeholders) hebben in **drie bijeenkomsten** met elkaar gesproken over revalideren in de toekomst. Er is gekeken naar de impact van de trends en ontwikkelingen op de leefwereld van patiënten en naar de belangrijkste uitdagingen voor de toekomst van de revalidatiezorg. Aanvullend zijn **15 experts** geïnterviewd over hun beeld van de toekomst. In **drie bijeenkomsten** van de **klankbordgroep** is met ervaringsdeskundigen verdieping gegeven aan de toekomstverkenning.



3. Ontwikkelen van drie scenario's

Op basis van verzamelde inzichten zijn **drie toekomstbeelden** samengesteld. Deze scenario's geven ieder voor zich een alternatieve realiteit waarbinnen de revalidatiezorg haar plek heeft. De scenario's zijn bedoeld om te prikkelen en na te denken over de toekomst van de revalidatiezorg.

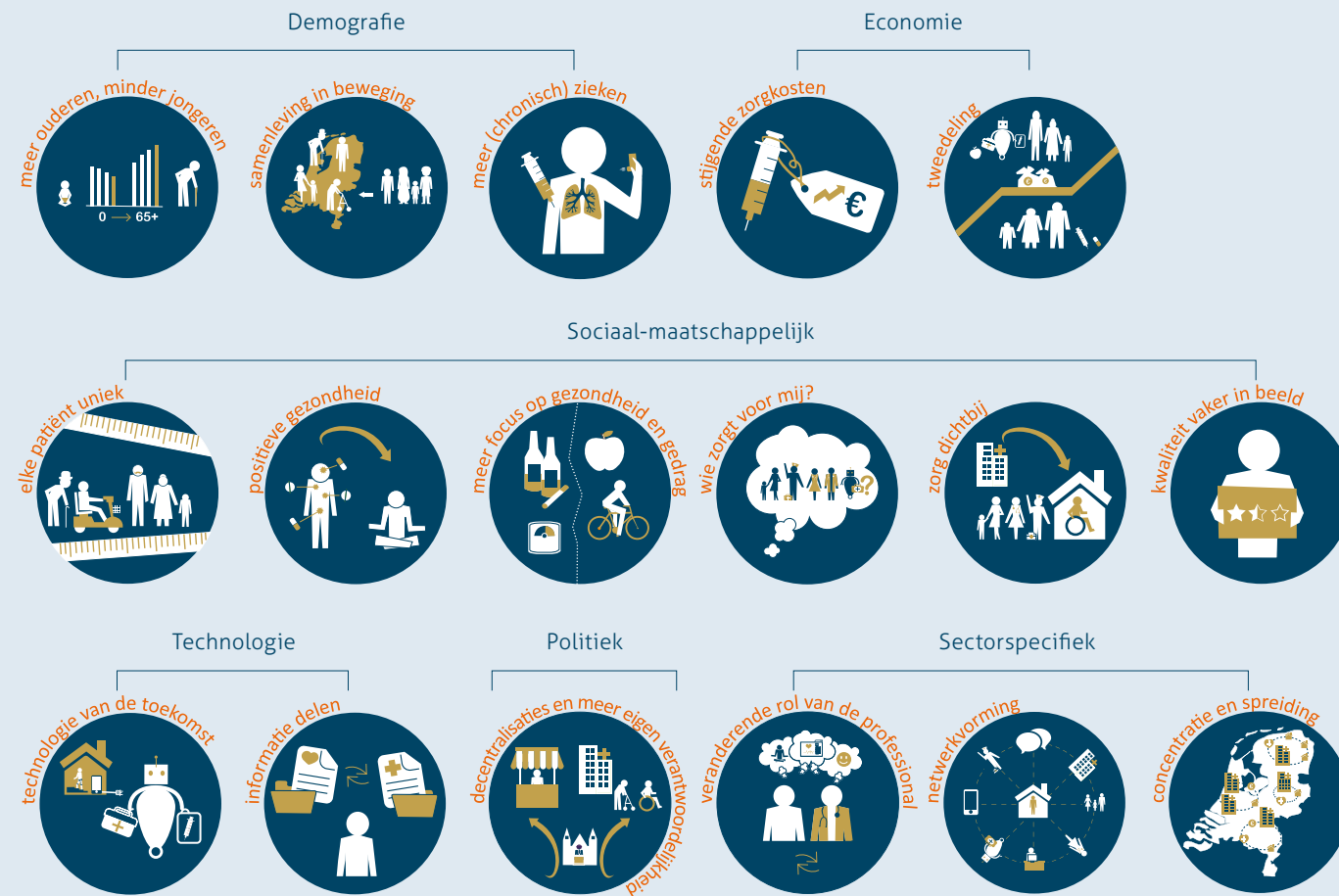


1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 treft u een overzicht aan van 17 trends en ontwikkelingen die relevant zijn voor de toekomst van de revalidatiezorg. Deze zijn samen met patiënten en stakeholders in de revalidatiezorg in kaart gebracht en geven een overzicht op demografisch, sociaal-maatschappelijk, technologisch, economisch en politiek vlak.

Naast trends waarvan met enige zekerheid ingeschat kan worden hoe hun verloop zal zijn, zijn er ook ontwikkelingen die zich moeilijk laten voorspellen: kernonzekerheden. Hoofdstuk 3 geeft hier een overzicht van. De onzekerheden vormen de basis voor drie uitgewerkte scenario's voor de toekomst van de revalidatiezorg.

In hoofdstuk 4 treft u deze scenario's aan: *Mijn doel voorop*, *Op eigen kracht* en *Mijn nieuwe ik*. Tot slot leest u in hoofdstuk 5 de eerste voorlopige inzichten die dit scenariotraject heeft opgeleverd. Dat is nog geen uitgewerkt beleidsplan, maar het zijn wel richtingen die verkend kunnen worden. Dit is een uitnodiging om samen het initiatief te nemen als het gaat over de toekomst van de revalidatiezorg. Om met elkaar te kijken hoe deze praktisch invulling krijgt vanuit het perspectief van patiënten en diens naasten en om te kijken wat de betekenis is voor de revalidatiezorg, het wetenschappelijk onderzoek en de opleidingen. Patiënt is hierbij een overkoepelend woord, waaronder ook cliënt, consument of revalidant verstaan kan worden, met daaromheen zijn naasten en/of familie.



Een outside-in analyse van impactvolle bewegingen op de medisch specialistische revalidatiezorg

Revalidatie Nederland heeft, samen met patiënten en stakeholders in de revalidatiesector, bewegingen en ontwikkelingen in de externe omgeving in kaart gebracht en uitgewerkt tot 17 trendbeschrijvingen: ontwikkelingen die zich voor langere tijd in een duidelijke richting bewegen en grote impact hebben op de toekomst van de sector. De trends zijn onder te verdelen in demografie, economie, politiek, sociaal-maatschappelijke factoren, technologie en sectorspecifieke trends. Deze trends zullen tussen nu en 2030 hun stempel drukken op de revalidatiezorg.

2.1 Trends en ontwikkelingen

Demografie



1. **Meer ouderen, minder jongeren:** de Nederlandse bevolking verandert van samenstelling, het aantal ouderen neemt sterk toe en het aantal jongeren daalt. Hierdoor stijgt de gemiddelde leeftijd van de bevolking en neemt de grijze druk toe. Daarbij komt enerzijds een toename van gezonde/vitale ouderen, door verbeterde leefomstandigheden en gezondheidszorg. Anderzijds is er een groeiende en meer complexe zorgvraag onder ouderen door chronische aandoeningen en multimorbiditeit.



2. **Samenleving in beweging:** de Nederlandse samenleving verandert. Naast de vergrijzing en ontgroening is er meer diversiteit in culturele achtergrond, opleiding, geloof en inkomen. Ook neemt de diversiteit in zorgvragen toe. Deze diversiteit brengt ook een tweedeling mee in kennis en vaardigheden om regie te kunnen (en willen) voeren over eigen gezondheid en zorg.



3. **Meer (chronisch) zieken:** veel aandoeningen zijn, in tegenstelling tot vroeger, niet meer (direct) fataal. Men leeft langer met een (chronische) aandoening. Hierdoor neemt het aantal chronisch zieken toe en hebben meer mensen meerdere aandoeningen tegelijk: multimorbiditeit. De zorgvraag wordt complexer en neemt toe.

Economie



4. **Stijgende zorgkosten:** met de toenemende en complexere zorgvraag zijn de zorgkosten in de afgelopen jaren flink gestegen. De toegankelijkheid van zorg komt met de toenemende zorgvraag en een dreigend tekort aan zorgpersoneel onder druk te staan. Patiënten en kwaliteitsinstituten eisen meer transparantie over de kwaliteit van zorg. De verwachtingen over die kwaliteit zijn steeds hoger.

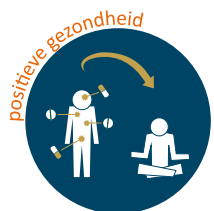


5. **Tweedeling:** in Nederland bestaan grote verschillen in leefstijl, gezondheidsontwikkeling en gezondheidsvaardigheden. Deze zijn mede gerelateerd aan de sociaal-economische status. Er is een tweedeling zichtbaar waarbij mensen uit de lagere inkomensklassen een kortere gezonde levensverwachting kennen, vaker langdurige beperkingen hebben en vaker één of meer chronische aandoeningen hebben. De verschillen op het gebied van financiën, kennis en vaardigheden vragen om verschillende benaderingen.

Sociaal-maatschappelijk



6. **Elke patiënt uniek (zorg op maat):** ziektebeelden en zorgvragen van patiënten worden complexer (mede door multimorbiditeit) en diffuser. Bovendien verschilt de omgeving van elke patiënt. Waar de één kan vertrouwen op de zorg van naasten, staat de ander er in het dagelijks leven alleen voor. Elke zorgvraag en omgeving is uniek. Dit vraagt om meer zorg op maat voor elke unieke patiënt.



7. **Positieve gezondheid:** in de nieuwe definitie van gezondheid staat het vermogen van een individu om zich aan te passen en eigen regie te voeren centraal. Een persoonlijke invulling van zorg en welzijn vraagt om flexibilisering van het aanbod en andere vormen van interactie. In de revalidatie wordt gewerkt met een integrale benadering van patiënten en hun omgeving, waarbij wordt gekeken naar eigen doelen en behoeften en de mogelijkheden om te participeren in de samenleving. Zorg wordt nog meer aangepast aan de gezondheidsvaardigheden van patiënten en hun omgeving.



8. **Meer focus op gezondheid en gedrag:** met de toenemende zorgvraag neemt ook de aandacht voor preventie toe. Leefstijl is gerelateerd aan de ontwikkeling van (chronische) ziekten. Niet iedereen is in staat om het eigen gedrag of zijn of haar leefstijl aan te passen. Er ligt steeds meer focus op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. De voordelen van een gezonde leefstijl en de nadelen en risico's van een ongezonde leefstijl krijgen meer aandacht. De aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl zet het solidariteitsvraagstuk onder druk.



9. **Wie zorgt voor mij?:** met de toenemende zorgvraag en het dreigende tekort aan zorgpersoneel komt de toegankelijkheid van zorg onder druk te staan. We doen vaker een beroep op mantelzorgers, maar het aantal mantelzorgers per patiënt neemt in de toekomst af. De ouder wordende mens kan zich met recht afvragen: "Wie zorgt voor mij als ik hulpbehoevend word?"



10. **Zorg dichtbij en integraal:** zorg en ondersteuning zal vaker dichtbij of aan huis verleend worden. Door de toenemende levensverwachting, innovatie in de zorg en de vergrijzing verandert de aard van de zorgvraag. Door andere wensen ten aanzien van levenskwaliteit en keuzevrijheid willen veel mensen hun leven (ook op hogere leeftijd) graag voortzetten zoals zij gewend zijn en willen ze graag thuis blijven wonen.



11. **Kwaliteit vaker in beeld:** kwaliteit van behandelingen en zorginstellingen wordt steeds uitgebreider in kaart gebracht, onder meer omdat kwaliteitsinstellingen en verzekeraars dit vragen. Patiënten worden in staat gesteld zorg te vergelijken, weloverwogen keuzes te maken en de ontvangen zorg te beoordelen. Om ervaren kwaliteit van zorg te waarborgen besteden zorginstellingen meer aandacht aan de zachte waarden in het zorgproces. Daarnaast zien we steeds meer aandacht voor *evidence based* werken.

Technologie



12. **Technologie van de toekomst:** vernieuwingen en veranderingen op het gebied van technologie vinden in golfbewegingen plaats en maken veranderingen noodzakelijk in alle sectoren, ook in de zorgsector. Geavanceerde technologische mogelijkheden in de zorg nemen toe en medische technologieën worden steeds kleiner, sneller en beter. Technologische ontwikkelingen zoals big data, 3D-printen en robotica maken nieuwe vormen van revalidatie mogelijk. De mogelijkheden zijn eindeloos en keuzes maken waarbij de toegevoegde waarde voor patiënten het uitgangspunt is, is steeds lastiger. Ook vragen de ontwikkelingen een groot innovatievermogen van de betrokken organisaties.



13. **Informatie delen:** er komen steeds meer innovatieve oplossingen op de markt om informatie te delen en de zorg te faciliteren. Connectiviteit in de zorg houdt in dat patiënten met behulp van technologie steeds meer in verbinding kunnen staan met zorgprofessionals, ongeacht tijd en plaats. Patiënten hebben makkelijker toegang tot eigen gegevens en zijn meer betrokken bij het eigen zorgproces. Samenwerking tussen zorgverleners en -organisaties verbetert door verbeterde informatie-uitwisseling.

Politiek



14. **Decentralisaties en meer eigen verantwoordelijkheid:** de overheid heeft de afgelopen tien jaar een aantal ontwikkelingen doorgevoerd. Er zijn door decentralisatie veel taken bij gemeentes gelegd om zo zorg en ondersteuning dicht bij de burger te kunnen regelen. Ook zijn er steeds meer taken afgestoten naar de private sector. Daarbij wordt er een steeds groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en de actieve houding van burgers. De verwachtingen rondom zelfredzaamheid zijn hoog.

Sectorspecifiek



15. **Veranderende rol van de professional:** de rol van zorgprofessionals verandert naar een meer coachende rol. Patiënten krijgen inzicht in de eigen medische gegevens, worden betrokken bij besluitvorming (shared decision making) en communiceren op een hoger niveau met zorgprofessionals. De relatie tussen patiënten en zorgprofessionals verandert. De tweedeling tussen patiënten op het gebied van kennis en vaardigheden vraagt om een passende benadering en regie. Niet iedere patiënt kan of wil regie voeren over zijn eigen zorgtraject.



16. **Netwerkvorming:** zorg wordt steeds meer georganiseerd in een netwerk rondom patiënten. Er ontwikkelen zich nieuwe vormen van organisatie van zorg en samenwerkingsverbanden nemen toe. Ook zien we een verplaatsing van zorg in de vorm van concentratie en spreiding of door substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar de nulde lijn (zelfmanagement door patiënten). Dit vraagt om financieringsvormen die hierop aansluiten.



17. **Concentratie en spreiding:** om het kwaliteitsniveau te verhogen (klinische topzorg) en zorgkosten te verlagen ontstaat er een concentratie van meer specialistische kennis/zorg en een spreiding van meer algemene zorg.



2.2 Trends en ontwikkelingen in detail

= Definitie

De Nederlandse bevolking verandert van samenstelling, het aantal ouderen neemt sterk toe en het aantal jongeren daalt. Hierdoor stijgt de gemiddelde leeftijd van de bevolking en neemt de grijze druk toe. Daarbij komt enerzijds een toename van gezonde/vitale ouderen, door verbeterde leefomstandigheden en gezondheidszorg. Anderzijds is er een groeiende en meer complexe zorgvraag onder ouderen door chronische aandoeningen en multimorbiditeit.

+ Versterkende factoren

Veranderende tijdsgeschiedenis | Meer singles | Minder kinderen | Babyboomgeneratie wordt 65-plus | Hogere levensverwachting | Betere behandelmogelijkheden | Betere en vroegtijdige diagnostiek | Veilige leefomgeving | Verbeterde welvaart | Veranderde/gezondere leefstijl

- Verzwakkende factoren

Epidemieën of rampen | Afname babysterfte | Veranderend beeld van behandelen bij ouderen | Emigratie van ouderen | Immigratie van jongeren uit minder welvarende landen

* Toelichting & Impact

- Door vergrijzing en ontgroening neemt het absolute en relatieve aantal ouderen sterk toe (in de periode 2017-2030 zal het aantal personen boven de 65 jaar met 1 miljoen toenemen tot ruim 4.2 miljoen).¹
- Een gezondere leefstijl en betere diagnostiek en behandelmogelijkheden zorgen voor een stijgende levensverwachting. Hier is een dubbele vergrijzing zichtbaar: zowel het aantal 65-plussers als het aantal 80-plussers neemt toe. Met de grote hoeveelheid ouderen stijgt ook het aantal chronisch zieken en de totale zorgvraag.²
- De gemiddelde levensverwachting is in 2030 met ongeveer 3 jaar toegenomen, waardoor vrouwen een levensverwachting van 85,7 jaar hebben en mannen een levensverwachting van 82,6 jaar.³
- Rond 2020 zal een historische omslag plaatsvinden en zal het aantal ouderen (65-plussers) groter zijn dan het aantal jongeren (van 20 jaar of jonger) in Nederland.
- Daarmee verandert ook de zorgvraag. De volumes in bepaalde verrichtingen en ziektebeelden zullen stijgen (toename heupoperaties, oogoperaties, hart- en vaatchirurgie, kanker en orthopedische ingrepen) ten gevolge van de vergrijzing. Dat vraagt om andere specialisten en zorgverleners.

- Voor de revalidatiezorg zullen vooral de revalidatie na beroerte en de oncologische revalidatie sterk toenemen.⁴
- Door vergrijzing neemt ook de groep kwetsbare ouderen toe. Beperkingen in mobiliteit, eenzaamheid, depressie en dementie versterken de kwetsbaarheid en beïnvloeden de zelfredzaamheid en de mogelijkheid om zelfstandig te kunnen blijven wonen.⁵



= Definitie

De Nederlandse samenleving verandert. Naast de vergrijzing en ontgroening zien we meer diversiteit in culturele achtergrond, opleiding, geloof en inkomen. De diversiteit in zorgvragen neemt toe. Deze diversiteit brengt ook een tweedeling mee in kennis en vaardigheden om eigen regie te kunnen (en willen) voeren over eigen gezondheid en zorg.

+ Versterkende factoren

Toenemende bevolkingsomvang | Ontgroening | Hogere levensverwachting | Verbeterde gezondheidszorg | Vraag naar arbeid die niet door de bevolking van westerse landen vervuld kan worden | Economische groei die migranten aantrekt

- Verzwakkende factoren

Epidemieën of rampen | Afnemende economische groei in landen waar immigranten naar toe gaan | Toenemende economische groei in Nederland | Politiek beleid om immigratie te ontmoedigen | Emigratie van ouderen

* Toelichting & Impact

- Door de bevolkingsgroei en vergrijzing zal het aantal chronisch zieken toenemen en stijgt de prevalentie van het aantal aan ouderdom gerelateerde aandoeningen.
- De samenleving ontgroent. Hierdoor staat een steeds kleinere groep werkenden voor een steeds groter wordende groep ouderen.
- De samenstelling van de huishoudens verandert. Er zullen zowel meer eenpersoonshuishoudens (prognose 2030 ruim 40% van alle huishoudens) als eenoudergezinnen zijn, waardoor het aantal directe mantelzorgers afneemt.⁶
- De samenleving verstedelijkt sterk wereldwijd. In Nederland leidt dit tot grotere regionale verschillen, zowel demografisch als economisch. Zorgvoorzieningen centraliseren zich ook steeds meer in grotere steden, waardoor de toegankelijkheid van de zorg in dorpen en kleinere steden afneemt.⁷
- De samenleving wordt cultureel meer divers. Er is een toename van immigranten in de westerse wereld, wat vraagt om een aanpassing van het aanbod in werk, wonen en zorg.⁸
- De tweedeling in de samenleving op het gebied van leefstijl, gezondheid en gezondheidsvaardigheden blijft bestaan.



= Definitie

Veel aandoeningen zijn in tegenstelling tot vroeger niet meer (direct) fataal. Men leeft langer met een (chronische) aandoening. Hierdoor neemt het aantal chronisch zieken toe en hebben meer mensen meerdere aandoeningen tegelijk: multimorbiditeit. De zorgvraag wordt complexer en neemt toe.

+ Versterkende factoren

Uitbreiding medische mogelijkheden | Verbeterde gezondheidszorg | Hogere levensverwachting | Vergrijzing | Ontgroening | Verbeterde leefomstandigheden | Veranderende leefgewoonten

- Verzwakkende factoren

Epidemieën of rampen | Verslechterde leefomstandigheden | Veranderende leefgewoonten | Verslechterde toegankelijkheid van medische zorg

* Toelichting & Impact

- In 2030 stijgt het aandeel chronisch zieken tot 52,9% van de bevolking, terwijl dat in 2015 nog 50,1% was (8,5 miljoen personen). Dit betekent dat er ongeveer 1 miljoen chronisch zieken bijkomen. Dit komt door vergrijzing van de bevolking, betere behandeling en vroegtijdige opsporing van ziekten.⁹
- Met de stijgende prevalentie van chronische aandoeningen stijgt ook de prevalentie van multimorbiditeit: het hebben van meerdere chronische aandoeningen.¹⁰ In 2015 had 24,3% van de bevolking twee of meer chronische ziekten, in 2030 is dat naar verwachting 29%. Chronische ziekten en multimorbiditeit komen bij laagopgeleiden meer voor dan bij mensen in de hoogste opleidingscategorie. Multimorbiditeit leidt tot een complexere zorgvraag en een grotere diversiteit aan patiënten. Hierdoor neemt de vraag naar maatwerk toe.¹¹
- Multimorbiditeit leidt vaak tot polyfarmacie (gebruik van vijf of meer geneesmiddelen tegelijkertijd), omdat iedere ziekte een eigen (soms tegenstrijdige) behandeling vereist. Polyfarmacie kan bijwerkingen of interactie tussen de verschillende geneesmiddelen veroorzaken. Dit kan zelfs leiden tot meer complicaties van behandelingen en medicatie, langdurig verblijf in ziekenhuizen, hogere zorgkosten en hogere sterftcijfers. Het gebruik van big data kan helpen bij het leggen van verbanden en bij de veiligheid en effectiviteit van behandelingen.¹²

- Revalidatiezorg kent veel raakvlakken met chronische ziekten (bijvoorbeeld artrose, reuma en diabetes) die kunnen leiden tot chronische pijn- en vermoeidheidsklachten. Artrose en diabetes behoren tot de grootste stijgers in prevalentie richting 2040. Daarnaast stijgen gezichtsstoornissen en coronaire hartziekten ook sterk. Het aantal personen met artrose neemt met ruim 1 miljoen mensen toe tot 2,26 miljoen mensen in 2040.¹³
- Door een toename van het aantal chronisch zieken zal er een stijgende vraag zijn naar zorg en neemt de druk op het westerse zorgsysteem toe.



= Definitie

Met de toenemende en complexere zorgvragen zijn de zorgkosten in de afgelopen jaren flink gestegen. Toegankelijkheid van zorg komt met de toenemende zorgvragen en een dreigend tekort aan zorgpersoneel onder druk te staan. Patiënten en kwaliteitsinstituten eisen meer transparantie over de kwaliteit van de zorg en de verwachtingen over die kwaliteit zijn steeds hoger.

+ Versterkende factoren

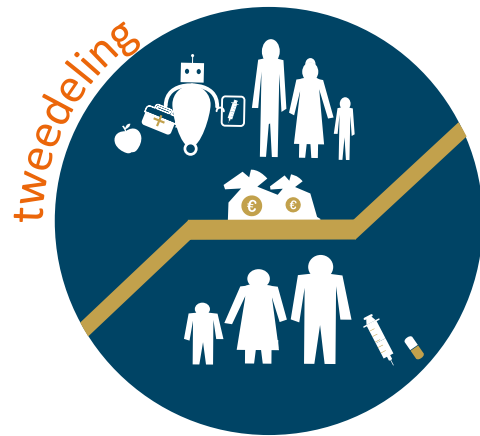
Veranderende zorgvraag | Toenemende keuzevrijheid voor patiënten | Vergrijzing | Toename chronisch zieken en multimorbiditeit | Toenemende inzet nieuwe technologie | Innovatie en toenemend aantal behandelmogelijkheden | Druk op hoge kwaliteit | Stijgende prijzen geneesmiddelen

- Verzwakkende factoren

Automatisering en digitalisering | Standardisering en opschaling | Activity Based Costing | Value Based Healthcare | Alternatieve financiële middelen in de zorg

* Toelichting & Impact

- Demografische ontwikkelingen en zorginnovaties zorgen voor druk op de betaalbaarheid van de zorg. Hierdoor ontstaat ook druk op de toegankelijkheid en de kwaliteit: de kernwaarden van de zorg die centraal staan tijdens het vormen van beleid door de overheid.
- De zorguitgaven verdubbelen tot € 174 miljard in 2040. Dit betekent een gemiddelde groei van zorguitgaven van 2,9% per jaar. De zorguitgaven per persoon groeien van € 5.100 in 2015 naar € 9.600 in 2040.¹⁴
- Twee derde van de toename in de totale uitgaven is toe te schrijven aan ontwikkelingen in medische technologie en welvaartstijging; een derde aan de vergrijzing en bevolkingsgroei. Het aandeel van de uitgaven aan zorg voor 65-plussers stijgt van 43% in 2015 naar 58% in 2040. Van alle zorgsectoren stijgen de uitgaven aan de ouderenzorg het snelst.¹⁵
- Van de uitgaven aan verschillende ziektegroepen groeien die voor de behandeling van oncologische aandoeningen tot 2040 het snelst. Dit komt vooral door technologische ontwikkelingen.¹⁶
- De toegankelijkheid van de zorg staat ook onder druk. Zo is er richting de toekomst minder zorgpersoneel beschikbaar dan nodig zou zijn gezien de groei van het aantal mensen dat zorg nodig heeft. Bovendien wordt het beschikbare zorgpersoneel relatief gezien steeds duurder, omdat de arbeidsproductiviteit moeilijk verhoogd kan worden, terwijl de lonen wel stijgen (wet van Baumol).
- Technologische mogelijkheden spelen een rol in de oplossing van dit probleem. Ook nieuwe financierings- en/of organisatievormen of substitutie kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid.
- De revalidatiezorg kent volgens ZorgPrisma van Vektis de hoogste gemiddelde zorgkosten per patiënt, rond de € 3.500 voor een patiënt van een universitair medisch centrum en € 5.267 voor een patiënt in een revalidatiecentrum.¹⁷



= Definitie

In Nederland bestaan grote verschillen in leefstijl, gezondheidsontwikkeling en gezondheidsvaardigheden. Deze zijn mede gerelateerd aan de sociaal-economische status. Er is een tweedeling zichtbaar waarbij mensen uit de lagere inkomensklassen een kortere gezonde levensverwachting kennen, vaker langdurige beperkingen hebben en vaker één of meer chronische aandoeningen hebben. De verschillen op het gebied van financiën, kennis en vaardigheden vragen om verschillende benaderingen.

+ Versterkende factoren:

Negatieve economische ontwikkeling | Sociale sluiting | Globalisering | Verschil in toegang tot informatie

- Verzwakkende factoren:

Meer inkomensgelijkheid | Laagdrempelig aanbod van informatie | Meer aandacht voor preventie | Meenemen gezondheidsvaardigheid in verplichte lessen

* Toelichting & Impact:

- Er zijn grote verschillen te zien in bevolkingsgroepen qua leefstijl en levensverwachting op het gebied van opleidingsniveau en inkomensklasse. Dat beperkt zich niet alleen tot de ruwe levensverwachting. Ook het aantal jaren in goede gezondheid en het aantal jaren zonder een chronische aandoening is hoger bij hoge inkomens en hoge opleidingsniveaus.¹⁸
- Door de toename aan eigen verantwoordelijkheid en een hogere financiële eigen bijdrage aan de zorg kan de tweedeling toenemen. Door het hogere eigen risico voor de zorg stellen mensen om financiële redenen zorg uit, waardoor in een later stadium de zorgvraag groter is.
- Ook is er een groot verschil in gezondheidsvaardigheden tussen mensen. Deze is vaak gekoppeld aan het opleidingsniveau, maar is ook sterk afhankelijk van de persoonlijke veerkracht.¹⁹
- Groepen in de samenleving groeien door snelle technologische innovatie mogelijk verder uit elkaar. Wanneer gezondheidsbewuste consumenten meer tijd en geld zullen steken in preventieve monitoring en health gadgets bestaat er een risico dat de solidariteit onder druk komt te staan.
- In de trend 'Meer focus op gezondheid en gedrag' is te zien dat de solidariteit met anderen bij het aanwezig zijn van een negatieve leefstijl afneemt.



= Definitie

Ziektebeelden en zorgvragen van patiënten worden complexer (mede door multimorbiditeit) en diffuser. Bovendien verschilt de omgeving van elke patiënt. Waar de één kan vertrouwen op de zorg van naasten, staat de ander er in het dagelijks leven alleen voor. Elke zorgvraag en omgeving is uniek. Dit vraagt om meer zorg op maat voor elke unieke patiënt.

+ Versterkende factoren

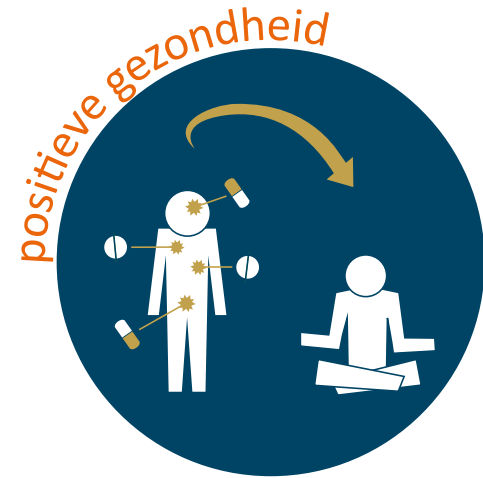
Uitbreiding medische mogelijkheden | Nieuwe definitie van gezondheid | Gewenning aan hogere kwaliteit van leven | Maakbare samenleving | Druk op transparantie | Verschil in kwaliteit wordt steeds meer zichtbaar | Patiënten hebben meer toegang tot informatie | Individualiserende samenleving | Meer aandacht voor gedeelde besluitvorming

- Verzwakkende factoren

Focus op zorgaanbod in plaats van zorgvraag | Beperkte informatie-infrastructuur die toegang tot informatie complex maakt voor patiënten, of uitwisseling van gegevens complex maakt voor zorgprofessionals | Laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden | Privacyvraagstukken | Wettelijke grenzen

* Toelichting & Impact:

- Ieder mens is uniek en er is dan ook een beweging zichtbaar van afhankelijkheid van het standaard aanbod van voorzieningen naar een persoonlijke invulling van wonen, welzijn en zorg. Deze persoonlijke invulling vraagt om flexibilisering van het aanbod en andere vormen van interactie.
- Patiënten hebben steeds vaker en steeds meer toegang tot (online) informatie over ziekte en aandoeningen, behandel mogelijkheden en kwaliteit van zorg.²⁰
- Dankzij de toenemende toegang tot informatie en de groeiende medische mogelijkheden zijn de verwachtingen van zorg bij een deel van de patiëntenpopulatie steeds hoger en wordt een deel van de patiënten steeds mondiger, ook in de spreekkamer.
- We zien dat de rolverdeling tussen arts en patiënt verandert, mede doordat patiënten steeds vaker inzicht hebben in (onderdelen van hun) eigen medisch dossier. Steeds vaker zien we gedeelde besluitvorming, waarbij arts en patiënt samen beslissen over het zorgproces.
- Niet voor elke patiënt is het even makkelijk om mee te beslissen. Lage gezondheidsvaardigheden belemmeren mensen om zich als patiënt actief op te stellen. Bijna de helft van de Nederlanders vindt het moeilijk tot zeer moeilijk om een actieve rol te nemen bij de zorg voor hun eigen gezondheid en ziekte. De diversiteit in gezondheidsvaardigheden vraagt van zorgprofessionals om flexibiliteit en een persoonsgerichte aanpak.²¹



= Definitie

In de nieuwe definitie van gezondheid staat het vermogen van een individu om zich aan te passen en eigen regie te voeren centraal. Een persoonlijke invulling van zorg en welzijn vraagt om flexibilisering van het aanbod en andere vormen van interactie. In de revalidatie wordt gewerkt met een integrale benadering van patiënten en hun omgeving. Hierbij wordt gekeken naar eigen doelen en behoeften en de mogelijkheden om te participeren in de samenleving. Zorg wordt nog meer aangepast aan de gezondheidsvaardigheden van patiënten en hun omgeving.

+ Versterkende factoren

Een nieuwe definitie van gezondheid | Gewenning aan een hogere kwaliteit van leven | Meer (chronisch) zieken | Individualiserende samenleving | Meer aandacht voor gedeelde besluitvorming | Uitbreiding medische mogelijkheden

- Verzwakkende factoren

Focus op zorgaanbod in plaats van zorgvraag | Onvoldoende kennis | Beperkte gezondheidsvaardigheden

* Toelichting & Impact

- De WHO definieerde gezondheid in 1948 als "een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van een aandoening of handicap". Kritiek op deze definitie focust zich voornamelijk op het feit dat deze definitie medicalisering van de maatschappij stimuleert waarbij geen rekening gehouden wordt met de groeiende groep (chronisch) zieken. Bovendien is 'volledig welzijn' lastig meetbaar. De vraag of deze definitie nog past bij de huidige maatschappij wordt steeds vaker gesteld.²²
- Machteld Huber introduceerde om deze redenen een nieuwe definitie van gezondheid: "Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en het zelf beheren en invullen van sociale, fysieke en mentale uitdagingen". Deze brede visie op gezondheid met zes dimensies (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, dagelijks functioneren, sociaal-maatschappelijke participatie, kwaliteit van leven en een spirituele/existentiële dimensie) noemt Huber 'positieve gezondheid'.²³

- In de nieuwe definitie van gezondheid staat het vermogen van een individu om zich aan te passen en eigen regie te voeren centraal. Een persoonlijke invulling van zorg en welzijn vraagt om flexibilisering van het aanbod en andere vormen van interactie.



= Definitie

Met de toenemende zorgvraag neemt ook de aandacht voor preventie toe. Leefstijl is gerelateerd aan de ontwikkeling van (chronische) ziekte. Niet iedereen is in staat eigen gedrag of leefstijl aan te passen. Er ligt steeds meer focus op het verbeteren van gezondheidsvaardigheden. De voordelen van een gezonde leefstijl krijgen meer aandacht, net als de nadelen en risico's van een ongezonde leefstijl. De aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl zet het solidariteitsvraagstuk onder druk.

+ Versterkende factoren

Toenemende druk op eigen verantwoordelijkheid | Meer bewustwording | Toename inzet en mogelijkheden technologie | Focus op stijgende zorgkosten | Meer chronisch zieken | Focus op kwaliteit van leven en integrale benadering | Meer mogelijkheden om informatie te delen | Meer kennis over de relatie tussen leefstijlfactoren, gezondheid en ziekte

- Verzwakkende factoren

Recht om eigen keuzes te maken betreffende leefstijl | Erfelijkheid | Onduidelijkheid over kosten en baten rondom preventie | Grotere tweedeling tussen sociaal-economische klassen, gerelateerd aan leefstijl en gezondheid | Lage of ontbrekende gezondheidsvaardigheden

* Toelichting & Impact

- Via aanpassingen in gedrag en leefstijl kunnen mensen invloed uitoefenen op hun eigen gezondheid, zowel in termen van het behouden van gezondheid als het voorkomen van verslechtering van de gezondheidssituatie en de kwaliteit van leven. Het aantal patiënten met één of meerdere chronische aandoeningen, mede als gevolg van een ongezonde leefstijl, zal naar verwachting blijven toenemen.²⁴
- Preventie is vaak gericht op een specifieke doelgroep van mensen die extra bescherming nodig hebben, of meer risico lopen ziek te worden door bijvoorbeeld hun leefstijl. De doelgroepen worden onderscheiden naar het ziektestadium: van de gezonde bevolking tot mensen met een ziekte. Universele preventie bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking. Selectieve preventie beoogt te voorkomen dat personen met één of meerdere risicofactoren voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Geïndiceerde preventie tracht te voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Het doel van zorggerelateerde preventie is te voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Vanuit de samenleving, maar ook vanuit zorgprofessionals is er steeds meer aandacht voor preventie als onderdeel van het zorgproces.²⁵

- Er is sprake van een verschuiving van de oriëntatie binnen de zorg: van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag. Ook door individualisering wordt gezondheid een steeds grotere eigen verantwoordelijkheid.²⁶
- De gevolgen van ongezonde keuzes raken niet alleen het individu, maar de gehele gemeenschap. De aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl zet het solidariteitsvraagstuk onder druk. In tijden van toenemende zorgkosten en bezuinigingen kan men zich afvragen waarom mensen met een gezonde leefstijl nog meebetalen aan de kosten van andere mensen met een ongezonde leefstijl.



= Definitie

Met de toenemende zorgvraag en het dreigende tekort aan zorgpersoneel komt de toegankelijkheid van zorg onder druk te staan. We doen vaker een beroep op mantelzorgers, maar het aantal mantelzorgers per patiënt neemt richting de toekomst af. De ouder wordende mens kan zich met recht afvragen: "Wie zorgt voor mij als ik hulpbehoevend word?"

+ Versterkende factoren

Afname beroepsbevolking | Dubbele vergrijzing | Toename beroep op mantelzorg | Toename complexiteit zorgvraag | Hoge opleidingseisen | Meer eenpersoonshuishoudens | Technologische ontwikkelingen | Verbeterde informatie-uitwisseling

- Verzwakkende factoren

Hogere participatie vrouwen op de arbeidsmarkt | Ontstaan langere loopbaan | Hogere arbeidsproductiviteit | Meer gebruik medische technologie | Toenemende aandacht voor nieuwe zorgverleners, zoals familie of vrienden (mantelzorg)

* Toelichting & Impact

- De bevolking in Nederland blijft de komende decennia toenemen. Verwacht wordt dat er tot 2050 ruim 1,1 miljoen mensen bijkomen. Het aantal 75-plussers zal met 1,6 miljoen toenemen, terwijl het aantal jongeren stabiel blijft. Het aantal 40- tot 70-jarigen neemt af. Dit betekent dat de potentiële beroepsbevolking tot 2050 met ruim een half miljoen zal afnemen.²⁷
- De zorgsector staat voor de uitdaging om op het juiste niveau en op de juiste plekken gekwalificeerde mensen in te zetten. Het is bovendien een uitdaging om ervoor te zorgen dat dit ook in de toekomst nog lukt. Ook in de revalidatiezorg ontstaat door dit vraagstuk druk op de toegankelijkheid.
- De gemiddelde landelijke wachttijd in 2016 voor de polikliniek voor revalidatiegeneeskunde was 4,9 weken, met een Treeknorm van 4 weken. Medisch specialistische revalidatiezorg wordt veelal in revalidatiecentra aangeboden. Hier is de wachttijd vaak iets korter dan in ziekenhuizen. In bepaalde regio's zijn echter geen revalidatiecentra gevestigd waardoor de wachttijd bij de ziekenhuizen daar hoger is. Het blijkt daarnaast lastig om specialisten aan te trekken in krimpregio's.²⁸

- Doordat er in toenemende mate een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers, zal de balans tussen formele en informele zorg veranderen. Er is meer aandacht voor het organiseren van informele zorg, waarbij mantelzorgers onderdeel zijn van een netwerk rondom de patiënt. Omdat we ouder worden en langer doorwerken, wordt steeds vaker de vraag gesteld of de druk op mantelzorgers niet te groot wordt.
- Mantelzorgers, vooral ouderen, lopen een hoger risico op een verminderde kwaliteit van leven, depressie en verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Om het aankomende tekort aan mantelzorgers op te vangen wordt nu al gekeken naar het potentieel van domotica, zoals zorgrobots, om taken van de mantelzorgers over te nemen.²⁹



= Definitie

Zorg en ondersteuning zal vaker dichtbij of aan huis verleend worden. Door de toenemende levensverwachting, innovatie in de zorg en de vergrijzing verandert de aard van de zorgvraag. Door andere wensen ten aanzien van levenskwaliteit en keuzevrijheid, willen veel mensen hun leven (ook op hogere leeftijd) graag voortzetten zoals zij gewend zijn en thuis blijven wonen.

+ Versterkende factoren

Persoonlijke wensen van patiënten | Stimulans vanuit de overheid om langer thuis te wonen, onder andere afbouw van bedden | Integrale aanpak zorg | Technologische ontwikkelingen zoals domotica, eHealth, monitoring op afstand | Verbeterde informatie-uitwisseling | Druk op beroepsbevolking | Nieuwe woonvormen in groepsverband die aantoonbaar tot een hoger welbevinden leiden

- Verzwakkende factoren

Beperkte beschikbaarheid levensloopbestendige woningen | Risico op vereenzaming en sociaal isolement | Hoge complexiteit zorgvraag | (Nog) ontoereikende technologische hulpmiddelen | Druk op mantelzorgers

* Toelichting & Impact:

- Digitale hulpmiddelen maken het mogelijk dat er op afstand communicatie plaatsvindt tussen patiënt en zorgprofessional. Bovendien maken technologische ontwikkelingen het mogelijk om op afstand een patiënt te monitoren en kan de toepassing van domotica ervoor zorgen dat men 'slimmer' kan wonen.
- Zorg op afstand kan ervoor zorgen dat mensen meer regie hebben over hun eigen leven en hun zorgproces doordat zij niet meer (volledig) afhankelijk zijn van een bezoek aan de revalidatie-instelling. Voor zowel ouderen als jongeren geeft dit meer ruimte voor flexibiliteit, passend bij de eigen zorgbehoefte en wensen. Zorg op afstand past niet bij elke zorgvraag en in elke fase van het zorgproces. Samen met elke unieke patiënt wordt bekeken wat de mogelijkheden zijn.
- Ouderen wonen steeds vaker en langer thuis. Het percentage mensen dat in een instelling woont neemt af. De Wet langdurige zorg (Wlz) biedt mogelijkheden voor mensen met een zwaardere zorgvraag om thuis te blijven wonen.

- Ondersteuning van mantelzorgers vormt een belangrijk aspect bij het langer thuis wonen. Naarmate de zorgvraag toeneemt, kan de druk op mantelzorgers ook toenemen. Specifiek voor patiënten zijn mantelzorgers van onschatbare waarde. Voor hun rol is steeds meer aandacht in het zorgproces.³⁰



= Definitie

De kwaliteit van behandelingen en zorginstellingen wordt steeds uitgebreider in kaart gebracht, onder meer omdat kwaliteitsinstututen en verzekeraars dit vragen. Patiënten worden in staat gesteld zorg te vergelijken, weloverwogen keuzes te maken en de ontvangen zorg te beoordelen. Om ervaren kwaliteit van zorg te waarborgen besteden zorginstellingen hier meer aandacht aan. Daarnaast zien we steeds meer aandacht voor evidence based werken.

+ Versterkende factoren

Beheersen van risico's | Hogere kwaliteitseisen in zorginstellingen | Stijgende druk vanuit zorgverzekeraars | Complexer wordende zorgvraag en -aanbod | Toename aandacht voor medische missers in de media | Benchmarken/spiegelen (op internationaal niveau) | Toename online communities | Toename aandacht kwaliteit vanuit kostenbeheersing

- Verzwakkende factoren

Gebrek aan standaarden | Toename administratieve lasten | Patiënt heeft kwaliteit en veiligheid niet als primaire motivatie bij keuze | Ontoereikende informatie-infrastructuur | Focus op verantwoording in plaats van op vertrouwen

* Toelichting & Impact

- Zorg krijgt aandacht van media, zowel bij successen als bij mislukkingen. In diverse media worden zorgaanbieders vergeleken op basis van tal van kenmerken. Door een toename van de transparantie wordt de veiligheid en de kwaliteit van de zorg steeds inzichtelijker. Bovendien is aandacht voor kwaliteit en veiligheid in lijn met de veranderende rol van patiënten. Patiënten hebben een hogere verwachting van kwaliteit, omdat zij beter de mogelijkheden kennen.
- Patiënten delen vaker informatie over de ervaren kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld op online platforms. Naast de traditionele kwaliteitsmaten die objectief te meten zijn, zoals het aandeel patiënten met een complicatie of wachttijden, zien we een toename van het aantal maten die naar ervaringen van patiënten vragen (patient reported outcome measures (PROM's)).³¹
- Steeds meer registreren om de kwaliteit in kaart te brengen kan de administratiedruk op zorgprofessionals verhogen.
- De zorg wordt steeds vaker ook op internationaal niveau vergeleken, zo ook de revalidatiezorg. Het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van de revalidatiezorg en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek dragen bij aan een sterke positie van de Nederlandse revalidatiezorg op internationaal niveau.

- Daarnaast zien we aandacht voor evidence based practice, wat de kwaliteit van de zorg aanzienlijk heeft verbeterd. Recent verschenen onderzoek toont aan dat voor goede, patiëntgerichte zorg naast externe kennis ook andere kennisbronnen nodig zijn die niet worden benut in evidence based practice. Voorbeelden zijn klinische expertise, kennis van de context en kennis afkomstig van patiënten.³²



⊞ Definitie

Vernieuwingen en veranderingen op het gebied van technologie vinden in golfbewegingen plaats en maken veranderingen noodzakelijk in alle sectoren, ook in de zorgsector. We zien een toename van geavanceerde technologische mogelijkheden in de zorg en medische technologische producten worden steeds kleiner, sneller en beter. Technologische ontwikkelingen zoals big data, 3D-printen en robotica maken nieuwe vormen van revalidatie mogelijk. De mogelijkheden zijn eindeloos en keuzes maken waarbij de toegevoegde waarde voor patiënten het uitgangspunt is, is steeds lastiger. Ook vragen de ontwikkelingen een groot innovatievermogen van de betrokken organisaties.

+ Versterkende factoren

Toename technologische mogelijkheden | Digitalisering van de samenleving | Internationale samenwerking | Investerings in en aandacht voor innovaties | Opkomst persoonsgerichte zorg

- Verzwakkende factoren

Hoge investeringen vereist | Generatiekloof en analfabetisme | Waarborging van privacy | Onoverzichtelijke informatie en keuzestress | Onduidelijke toegevoegde waarde van nieuwe technologie | Achterblijvende infrastructuur

* Toelichting & Impact

- We zien een toename van geavanceerde technologische mogelijkheden in de zorg. Nano- en biotechnologieën en innovatieve geneesmiddelen zorgen ervoor dat medische technologische producten steeds kleiner, sneller en beter worden. Technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat nieuwe vormen van zorg mogelijk worden, waarbij de mogelijkheden richting de toekomst eindeloos zijn.
- Technologische gebieden waarvan een grote impact op de zorg wordt verwacht zijn onder meer de toegenomen rekenkracht (processoren en geheugen), Internet of Things (tijdelijk verbinden van apparaten met internet om gegevens uit te wisselen), big data, robotica, alternatieve energie, nieuwe materialen en 3D-printen. Deze gebieden hebben ook invloed op de wereld van onderzoek en onderwijs.^{33,34}
- Voor de revalidatiezorg zijn onder andere exo- en endoskeletten, bionische protheses, ontwikkeling van nieuwe weefsels, smart chips en neurostimulatie belangrijke ontwikkelingen voor de toekomst.



= Definitie

Er komen steeds meer innovatieve oplossingen op de markt om informatie te delen en de zorg te faciliteren. Connectiviteit in de zorg houdt in dat patiënten steeds meer, met behulp van technologie, in verbinding kunnen staan met zorgprofessional ongeacht tijd en plaats. Patiënten hebben meer toegang tot eigen gegevens en zijn meer betrokken in het eigen zorgproces. Samenwerking tussen zorgverleners en -organisaties verbetert door verbeterde informatie-uitwisseling.

+ Versterkende factoren

Digitalisering in de zorg | Meer aandacht voor *patient empowerment* | Stijgende vraag naar kwaliteitsinformatie door zorgverzekeraars | Publicatie zorguitkomsten motiveert om kwaliteit te blijven verbeteren | Stimulerend beleid van de overheid | Netwerkvorming

- Verzwakkende factoren

Vraagstukken omtrent veiligheid en privacy | Ontoereikende informatie-infrastructuur | Administratiedruk | Behoefte aan zekerheid en toename keuzestress | Angst voor misbruik gevoelige informatie | Noodzaak vaststellen standaarden

*** Toelichting & Impact**

- Er komen steeds meer innovatieve oplossingen op de markt om het delen van informatie tussen patiënten, zorgprofessionals en zorgorganisaties te faciliteren.
- Digitale hulpmiddelen worden vaker ingezet voor communicatie tussen zorgprofessionals onderling en tussen zorgprofessionals en patiënten, maar ook voor het vastleggen en delen van gegevens. Overheid en zorgorganisaties zijn actief met het inzichtelijk maken van online patiëntdossiers, waarbij de patiënt eigenaar is van zijn eigen data.
- De toenemende mogelijkheden in toegang tot informatie en de mogelijkheid om informatie uit te wisselen faciliteert transparantie in de zorg. Transparantie over zorggebruik en -uitkomsten kan bijdragen aan het verbeteren van kwaliteit.
- De uitwisseling van informatie door de inzet van ICT vraagt om zorg en precisie. Op verschillende manieren kan de continuïteit en kwaliteit van zorg in gevaar worden gebracht, bijvoorbeeld door de dreiging van digitale criminaliteit. Het goed beveiligen van persoonlijke medische gegevens is cruciaal om de privacy van het individu te beschermen.



= Definitie

De overheid heeft in de afgelopen tien jaar een aantal ontwikkelingen doorgevoerd. Enerzijds zijn er door decentralisaties veel taken bij gemeentes gelegd om zo zorg en ondersteuning dicht bij de burger te kunnen regelen. Anderzijds zijn er steeds meer taken afgestoten naar de private sector. Daarbij wordt er ook een steeds groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en de actieve houding van burgers. De verwachtingen rondom zelfredzaamheid zijn hoog.

+ Versterkende factoren

Privatisering | Bezuinigingen | Decentralisatie | Verschuiving van formele naar informele zorg | Kostendruk

- Verzwakkende factoren

Calamiteiten | Risico op het niet bereiken van de juiste patiënten met de juiste zorg | Beperkte (zelf)redzaamheid

*** Toelichting & Impact**

- Door stijgende uitgaven aan zorg is enkele decennia geleden ingezet op gereguleerde marktwerking in de zorg. Doel was om dit efficiënter en kwalitatief beter te regelen dan de overheid dit zou kunnen. De overheid trekt zich terug en voert een controlerende en faciliterende rol uit.
- Door de decentralisaties in het sociaal domein wordt er over de zorg meer op lokaal niveau beslist. Specifiek voor patiënten in de revalidatie gaat het om wezenlijke zaken als recht op thuiszorg, mobiliteit en vervoer, contractering van leveranciers van hulpmiddelen en dergelijke.
- Vanuit de overheid wordt gestuurd op een verschuiving van formele naar informele zorg. Waar mogelijk nemen mantelzorgers steeds vaker taken van zorgprofessionals over. Dit levert uitdagingen op zoals druk op mantelzorg.
- Er wordt er een steeds groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en een actieve houding van burgers. De verwachtingen rondom zelfredzaamheid zijn hoog. Niet alle burgers kunnen dit onder alle omstandigheden aan. Er bestaat een behoorlijk verschil tussen wat van burgers wordt verwacht en wat zij daadwerkelijk aankunnen. Iedereen kan in situaties verzeild raken waarin de zelfredzaamheid ontoereikend is, zeker op momenten dat het leven tegenzit. Van zorgverleners vraagt dit dat zij rekening houden met de mentale belastbaarheid van elke unieke patiënt.³⁵



= Definitie

De rol van zorgprofessionals verandert naar een meer coachende rol. Patiënten krijgen inzicht in hun eigen medische gegevens, worden betrokken bij besluitvorming (shared decision making) en communiceren op een hoger niveau dan voorheen met zorgprofessionals. De relatie tussen patiënten en zorgprofessionals verandert. Echter, de tweedeling tussen patiënten op het gebied van kennis en vaardigheden vraagt om een passende benadering en regie. Niet iedere patiënt kan of wil eigen regie voeren over zijn eigen zorgtraject.

+ Versterkende factoren

Nieuwe definitie van gezondheid | Emancipatie van patiënten | Betere informatievoorziening en gebruik internet | Aandacht voor gedeelde besluitvorming | Focus op vertrouwen in plaats van verantwoording

- Verzwakkende factoren

Ontoereikende informatievoorziening | Ontoereikende kennis rondom behoefte patiënt | Onwennigheid rondom nieuwe rolverdeling | Wet- en regelgeving voor kwaliteit | (Nog) onvoldoende veiligheid bij uitwisseling van (medische) gegevens

* Toelichting & Impact

- Patiënten hebben steeds vaker toegang tot meer en uitgebreidere informatie over ziekte en aandoeningen, behandel mogelijkheden en kwaliteit van zorg. Daarnaast is er ook vanuit de media steeds meer aandacht voor de kwaliteit van zorg en houden ze zorgprofessionals en zorginstellingen scherp in de gaten. Patiënten worden mondiger en hebben hogere verwachtingen van de kwaliteit van zorg die zij ontvangen. Dit legt extra druk op het zichtbaar maken van de toegevoegde waarde door zorginstellingen en -professionals.
- De rol van zorgprofessionals is aan verandering onderhevig. Vroeger lag de nadruk op de 'professionele dominantie', waarbij de zorgprofessional expert was en de patiënt hem volgde. Er is een beweging naar een paradigma waarin samenwerking tussen zorgprofessionals en patiënten centraal staat. Het doel is maatschappelijke waardecreatie, waarbij de kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid voorop staan.³⁶
- Niet alle mensen hebben de vaardigheden om zelf keuzes te maken over de eigen gezondheid. Dit vraagt om een passende benadering van elke unieke patiënt, gericht op persoonlijke doelen en vaardigheden.



= Definitie

Zorg wordt steeds meer georganiseerd in een netwerk rondom patiënten. Er ontwikkelen zich nieuwe vormen van organisatie van zorg en samenwerkingsverbanden nemen toe. Ook zien we een verplaatsing van zorg in de vorm van concentratie en spreiding of door substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar de nulde lijn (zelfmanagement door patiënten). Dit vraagt om financieringsvormen die hierop aansluiten.

+ Versterkende factoren

Nieuwe samenwerkingsvormen | Veranderende behoefte | Toename complexe ziektebeelden en multimorbiditeit | Zorg dichtbij huis | Focus op preventie | Meer eigen verantwoordelijkheid voor burgers | Toenemende mogelijkheden technologie | Digitalisering | Focus op kwaliteit en veiligheid

- Verzwakkende factoren

Professionele autonomie | Bestaande belangen | Belemmeringen uit wet- en regelgeving | Onvoldoende standaardisering rondom informatieoverdracht | Financiële belemmeringen | Weerstand tegen verandering | Toename in specialisatie | Opleiding niet aansluitend op veranderende toekomst

* Toelichting & Impact

- De toenemende en complexere zorgvraag van patiënten vraagt om aanpassingen van de organisatie van zorg. Het streven is om, ondanks de groeiende zorgvraag en de toenemende complexiteit, de zorg betaalbaar te houden en deze het liefst zo dicht mogelijk bij patiënten te organiseren met behoud van kwaliteit.
- Er is meer aandacht voor de ontwikkeling van zorgnetwerken van zorgprofessionals, zowel fysiek als digitaal. Een zorgnetwerk neemt de behoefte van patiënten als uitgangspunt, vanuit de gedachte dat verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. Digitale ontwikkelingen op het gebied van monitoring en informatie-uitwisseling vervullen hierbij een belangrijke rol.³⁷
- Als onderdeel van deze ontwikkeling zien we nieuwe zorgconcepten als focusklinieken en anderhalvelijnscentra ontstaan, waar zorg geconcentreerd plaatsvindt of waar eerstelijnszorg en tweedelijnszorg gecombineerd worden.



= Definitie

Om het kwaliteitsniveau van zorg te verhogen (klinische topzorg) en zorgkosten te verlagen ontstaat er een concentratie van meer specialistische kennis/zorg en een spreiding van meer algemene zorg.

+ Versterkende factoren

Stijgende zorgkosten | Afnemende beroepsbevolking | Druk op toegankelijkheid | Aandacht voor een holistische benadering in meerdere specialismen | Nieuwe organisatievormen

- Verzwakkende factoren

Vastgoedvraagstukken | Regionale verschillen | Bekostigingsvraagstukken | Verschillende belangen

*** Toelichting & Impact**

- De toenemende en complexere zorgvraag van patiënten vraagt om aanpassingen van de organisatie van zorg. Uitgangspunt is, ondanks de groeiende zorgvraag en de toenemende complexiteit, de zorg betaalbaar te houden en deze het liefst zo dicht mogelijk bij patiënten te organiseren met behoud van kwaliteit.
- Specialistische zorg kan in kwaliteit stijgen bij het bundelen en concentreren van expertise. Specialisten zien meer patiënten met dezelfde aandoening en houden kennis beter op peil. Daarnaast hoeft, door concentratie bijvoorbeeld, kostbare apparatuur slechts op enkele locaties beschikbaar te zijn.³⁸
- Laag-complexe zorg wordt steeds meer verspreid aangeboden. De verwachting is dat taken die vroeger centraal werden uitgevoerd in de toekomst opgepakt worden door verschillende organisaties die dicht bij de patiënten staan.
- Als onderdeel van deze ontwikkeling zien we nieuwe zorgconcepten als focusklinieken en anderhalvelijnscentra ontstaan waar zorg geconcentreerd geleverd wordt of waar eerstelijnszorg en tweedelijnszorg gecombineerd worden.



2.3 Hoe ontwikkelen aandoeningen zich in de toekomst?

Los van de scenario's zal een aantal trends zeker doorzetten, met name op het gebied van demografie. Door demografische ontwikkelingen en innovatie in de zorg is een verschuiving te zien in de prevalentie van aandoeningen. Bovendien zijn steeds meer aandoeningen chronisch.

Door vergrijzing en ontgroening neemt het aantal ouderen sterk toe. In de periode 2017-2030 neemt het aantal personen boven de 65 jaar met 1 miljoen toe tot ruim 4.2 miljoen.¹ Een gezondere leefstijl en betere diagnostiek en behandelmogelijkheden zorgen voor een stijgende levensverwachting. Hier is een dubbele vergrijzing zichtbaar: zowel het aantal 65-plussers als het aantal 80-plussers neemt toe. Met de grote hoeveelheid ouderen stijgt ook het aantal chronisch zieken en de totale zorgvraag.²

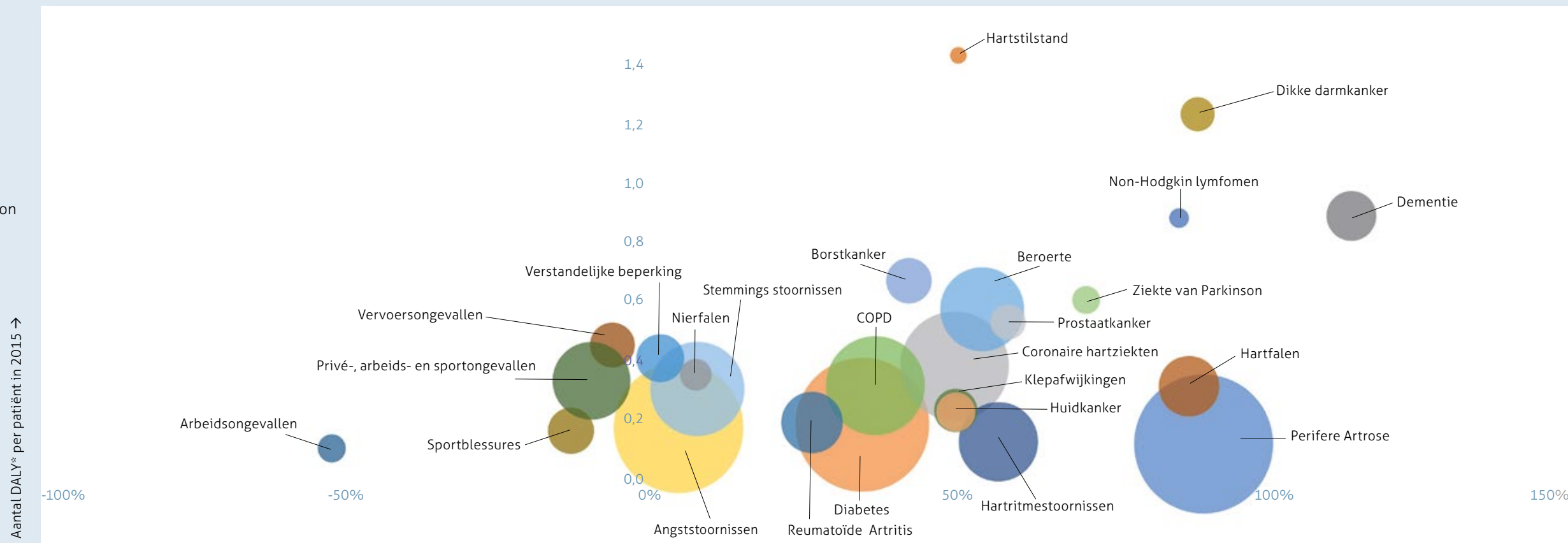
In 2030 stijgt het aandeel chronisch zieken tot 52,9% van de bevolking, terwijl dat in 2015 nog 50,1% was. Absoluut betekent dit dat er circa 1 miljoen chronisch zieken bijkomen.³ Ook multimorbiditeit neemt toe.⁴ In 2015 had 24,3% van de bevolking twee of meer chronische aandoeningen, in 2030 is dat naar verwachting 29%. Multimorbiditeit leidt tot een complexere zorgvraag en een grotere diversiteit aan patiënten. Hierdoor neemt de vraag naar maatwerk toe.⁵

Richting 2040 vindt naar verwachting een toename plaats in prevalentie van de meeste aandoeningen. Zie hiervoor ook de figuur op pagina 60. Perifere artrose, diabetes, hartritmestoornissen, beroerte, coronaire hartziekten en verschillende soorten oncologische aandoeningen behoren tot de grootste stijgers. Zowel de toename in prevalentie, als de mogelijke combinatie van aandoeningen levert nieuwe uitdagingen op voor de revalidatiezorg. Ook veranderen de gevolgen van sommige aandoeningen door innovaties in het acute zorgproces. Zo neemt het aantal volledige dwarslaesies af, en kan de schade bij een beroerte beperkter zijn.⁶ De verwachting is dat een kleiner deel van de CVA-patiënten klinisch hoeft te revalideren.

In de kindergeneeskunde en de genetica is de afgelopen jaren een snelle ontwikkeling zichtbaar. Het aantal kinderen dat de neonatale- en kinderintensive care overleeft met blijvende beperkingen neemt toe. De mogelijkheden van genetische diagnostiek worden in hoog tempo groter. Of dit op den duur leidt tot een afname van het aantal patiënten door vergaande pre-conceptionele en durante zwangerschapsdiagnostiek is al jaren onzeker.⁷

Hoe ontwikkelen aandoeningen zich in de toekomst?

Deze figuur geeft aan hoeveel patiënten er zijn in 2015 (grootte bol), hoeveel groei wordt verwacht richting 2040 (horizontale as) en wat de gemiddelde ziektelast is per persoon (verticale as).⁸



Groei in % aantallen patiënten richting 2040 →
Omvang Bol: aantal patiënten in 2015

*Disability Adjusted Life Years. Maat voor ziektelast ('burden of disease') in een populatie; opgebouwd uit het aantal verloren levensjaren (door vroegtijdige sterfte), en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld een ziekte), gewogen voor de ernst hiervan (ziektejaarequivalenten).



3 Van onzekerheden naar scenario's

3.1 Van trends naar onzekerheden

Vanuit de centrale vraag: **'Hoe ziet de Nederlandse medisch specialistische revalidatiezorg er in 2030 uit?'** zijn in hoofdstuk 2 de belangrijkste trends en ontwikkelingen geschetst die een rol spelen in de revalidatiezorg. Het zijn trends en ontwikkelingen die waarschijnlijk allemaal in meer of mindere mate herkenbaar zijn, maar waarover vaak grote verschillen van inzicht bestaan met betrekking tot de reikwijdte en de effecten ervan. Het is voor een groot aantal trends moeilijk te voorspellen hoe ze zich op korte termijn ontwikkelen, laat staan voor een langere periode. En dat terwijl revalidatie-instellingen regelmatig strategische beslissingen moeten nemen die de horizon van de korte termijn ver overschrijden.

Een grondige trendanalyse bestaat niet alleen uit het nadenken over de mogelijke effecten van trends, maar ook over de mate van onzekerheid per trend. Immers, uitgerekend de trends en ontwikkelingen die grote invloed kunnen hebben en uiterst onvoorspelbaar zijn, bieden de grootste strategische risico's en kansen. Op basis van de trends en onzekerheden zijn drie scenario's ontwikkeld. Het is niet de vraag of het éne of ándere scenario 'zal uitkomen', maar vooral: **wat gaan wij, ga ik, doen als de samenleving en de revalidatiezorg zich in de richting van het ene of andere scenario ontwikkelt?** De scenario's zijn bedoeld om na te denken over mogelijke invloeden en consequenties en daarmee over de strategische keuzes van vandaag.

3.2 Impact- en onzekerheidsanalyse

Om ons voor te bereiden op onzekerheden in de toekomst is het essentieel niet alleen de huidige situatie en trends vanuit het verleden te kennen, maar ook een beeld te krijgen van de cruciale onzekerheden die de toekomst van de revalidatiezorg beïnvloeden. Die onzekerheid betreft de kans dat een ontwikkeling zich daadwerkelijk voordoet, maar ook de snelheid en de richting ervan. Samen met een groep van experts uit de sector is gekeken naar de trends en ontwikkelingen die een grote impact en onzekerheid hebben. Om naar de toekomst te kijken, is het van belang het brede speelveld van revalidatiezorg te onderzoeken om vervolgens in te zoomen op medisch

specialistische revalidatie. Daarom is gekeken naar maatschappelijke ontwikkelingen, zorgontwikkelingen en specifieke ontwikkelingen voor de revalidatiezorg, waarna de impact daarvan op de medisch specialistische revalidatiezorg is bepaald. Ook onzekerheden die relevant zijn voor patiënten en hun naasten zijn meegenomen.

Vanzelfsprekend zijn alle trends met een verwachte hoge impact van belang. Deze ontwikkelingen bepalen zowel de vraag als het aanbod in de revalidatiezorg in de toekomst. Staat bijvoorbeeld de unieke patiënt met al zijn dimensies centraal? Hoe wordt er samengewerkt in welke rollen? Ook de impact van de maatschappelijke oriëntatie, de mate van onderlinge solidariteit en van technologische ontwikkelingen is groot én onzeker.

3.3 Van onzekerheden naar scenario's

Met de huidige kennis kunnen organisaties anticiperen op toekomstige ontwikkelingen. De ontwikkeling van de groeiende groep ouderen met een zorg- en/of hulpvraag is bijvoorbeeld in redelijke mate voorspelbaar. De zorgvraag zal steeds verder toenemen. Dit is het gevolg van de vergrijzing, verbeterde en snellere diagnose en betere zorg. Ook de complexiteit van zorgvraagstukken neemt toe. Dit komt door groei van het aantal mensen dat één of meer (chronische) aandoeningen heeft. Vooral de groep mensen met drie of meer chronische aandoeningen groeit. Er is steeds meer bekend over aandoeningen en mensen leven langer met aandoeningen. Deze mate van voorspelbaarheid geldt niet voor alle trends.

Ten aanzien van de toekomst van de revalidatiezorg gelden grotendeels dezelfde onzekerheden als voor de toekomst van de gehele gezondheidszorg. Uit diverse scenariostudies blijken de belangrijkste kernonzekerheden voor de Nederlandse gezondheidszorg de volgende te zijn: de *macro-economische* ontwikkelingen in de komende dertien jaar en de situatie in 2030, de *stijging van de zorgkosten*, de *ontwikkeling van de solidariteit* en de *politieke keuzes*. Komt er een periode

van groei of krimp, hoe ontwikkelen de zorgkosten zich en zijn die nog te betalen? En welke keuzes worden er gemaakt om de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden? Hoe ontwikkelt de balans tussen sociale cohesie en individuele verantwoordelijkheid zich? Bij de ontwikkeling van de solidariteit kan onderscheid worden gemaakt tussen formele solidariteit zoals deze is vastgelegd in wet- en regelgeving en de informele solidariteit die tot uiting komt in de wijze waarop we met elkaar omgaan. De formele solidariteit is mede afhankelijk van de economie (en daarmee de beschikbaarheid van kapitaal en de druk op de begroting op het gebied van gezondheidszorg) en de politieke kleur. Uiteindelijk is de grootste onzekerheid voor patiënten en hun naasten: krijg ik in de toekomst de zorg die bij mij past, op de juiste plek, door de juiste persoon en op het juiste moment en is deze voor mij betaalbaar?

Kernonzekerheid 1

Macro-economische ontwikkelingen: hoe ontwikkelt de Nederlandse en de lokale economie zich in de komende 13 jaar?

Economische groei is niet vanzelfsprekend. Bij achterblijvende groei of krimp worden budgettaire maatregelen genomen. Drie economische scenario's becijferen richting 2030 verschillende paden. Van stagnatie en beperkte groei, tot economische bloei. In het scenario van stagnatie reikt de groei niet verder dan gemiddeld 0,3% per jaar (over een langere periode). Onrust in de wereld leidt tot deglobalisering. Nederland is afhankelijk van internationale handel. De groei van de Nederlandse economie wordt hierdoor negatief beïnvloed. Deze is lager dan de 1,8% groei van nu en het gevolg van het uitblijven van maatregelen om structurele onevenwichtigheden in de economie aan te pakken. Het leidt ertoe dat we niet meer, maar ook niet minder te besteden hebben. Het derde scenario voorziet bloei. De economische groei bedraagt 2,3%. De groei is het gevolg van een duidelijke visie en structurele maatregelen. Daarnaast leveren technologische ontwikkelingen meer op dan in eerste instantie werd verwacht. De economie komt weer op een groeipad dat vergelijkbaar is met het groeipad van voor de financiële crisis in 2008.¹

Kernonzekerheid 2

Zorgkostenontwikkeling: hoe ontwikkelen de zorgkosten zich de komende 13 jaar?

De macro-economische groei richting 2030 is onzeker. De verwachting is echter dat de zorgkosten sterker toenemen dan de economische groei, vanwege de toenemende zorgvraag. Inschattingen van het RIVM² stellen dat de zorgkosten jaarlijks met 2,9% zullen toenemen tot circa € 129,4 miljard in 2030. Van de groei van de totale zorguitgaven is 1,2% gebaseerd op demografische ontwikkelingen. 1,7% van de uitgavengroei is toe te schrijven aan andere ontwikkelingen, zoals een veranderend zorggebruik als gevolg van medische technologie en welvaartstijging. Concreet betekent dit een stijging van de gemiddelde zorgkosten per persoon van € 5.280 per jaar in 2017 naar € 7.250 per jaar in 2030. Het is nog niet duidelijk hoe deze kosten gedragen worden.

Het is onzeker of de economische groei en de kostentoeename de geschetste paden gaan volgen of dat er (aanvullende) budgettaire maatregelen genomen zullen worden om de kostenontwikkeling te beperken. De kosten kunnen uiteindelijk ook hoger uitvallen als gevolg van duurdere behandelmethoden en niet voorziene kostenstijgingen. Het is niet ondenkbaar dat er maatregelen genomen worden die consequenties hebben voor de toegang tot zorg, beschikbare hulpmiddelen en benodigde ondersteuning voor patiënten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan aanpassingen van vergoedingen in de basisverzekering (Zvw) waardoor vergoedingen voor specialistische zorg en paramedische zorg beperkt worden. Het kan ook gaan om beperkingen van vergoedingen voor hulpmiddelen, zoals protheses en rolstoelen of ondersteuning voor patiënten thuis vanuit de Wmo en Wlz.³ Maatregelen kunnen bijvoorbeeld inhouden dat de eigen bijdrage aan de diensten uit de Wmo hoger wordt of dat mogelijkheden voor ondersteuning beperkt worden in aard en frequentie. Mogelijk zijn er consequenties voor het persoonsgebonden budget (pgb). Deze onzekerheden raken patiënten en zorginstellingen. Ze vragen om aandacht om de zorg kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar te houden. Deze ontwikkelingen leiden er nu al toe dat verzekeraars meer inzicht willen in de toegevoegde waarde van de medisch specialistische revalidatiezorg.

Kernonzekerheid 3

Politieke keuzes, maatschappelijke oriëntatie en solidariteit: hoe ontwikkelt onze maatschappelijke oriëntatie en solidariteit zich?

De toenemende zorgvraag, de krappe arbeidsmarkt, zorgkosten die harder groeien dan de economie en individualisering in de maatschappij vragen om oplossingen die de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg garanderen. Voor een deel is de hoop gevestigd op technologische ontwikkelingen die het mogelijk maken om efficiënter en effectiever zorg te verlenen en langer zelfstandig te kunnen leven. Daarnaast wordt gezocht naar mogelijkheden om de zorg beter te structureren en af te stemmen op patiënten. Maar er wordt ook gezocht naar mogelijkheden om de informele zorg te versterken. Linksom of rechtsom vraagt dit om keuzes. Welke zorg wordt vergoed, welke niet? Zijn patiënten straks nog meer aangewezen op informele zorg? Hoe wordt de revalidatiezorg georganiseerd? Wat betekent dit voor patiënten en hun naasten? Wat betekent het voor de instellingen en de zorgprofessionals die revalidatiezorg bieden? Wat betekent dit voor formele en informele solidariteit?

Zullen patiënten als gevolg van stijgende zorgkosten steeds vaker een eigen bijdrage moeten betalen? Zijn bepaalde zorg, hulpmiddelen en ondersteuning alleen toegankelijk voor diegenen die het zich kunnen veroorloven? Er zal veel afhangen van de politieke kleur en van de mate waarin solidariteit georganiseerd en geregisseerd wordt (formele solidariteit) of aan de maatschappij wordt overgelaten (informele solidariteit). Het is onzeker waar de balans komt te liggen.

De verkenning van trends en de analyse van onzekerheden heeft echter meer onzekerheden aan het licht gebracht. De toekomst, en met name de inrichting van de revalidatiezorg, wordt niet alleen door deze drie kernonzekerheden bepaald. Een belangrijke factor die ook meespeelt is het transformatievermogen van onder andere zorg- en revalidatie-instellingen, zorgprofessionals, paramedici, verzekeraars, gemeentes, de overheid en patiënten bij de hervorming van de gezondheidszorg in het algemeen, en de revalidatiezorg in het bijzonder.

Kernonzekerheid 4 **Transformatievermogen: hoe groot is het transformatievermogen van de verschillende betrokkenen?**

In hoeverre is men in staat bestaande zekerheden los te laten om innovatie en transformatie mogelijk te maken? In hoeverre lukt het om samen te werken binnen de hele zorgketen en vorm te geven aan netwerkgeneeskunde, waarbij de unieke patiënt echt centraal staat?⁴

Ontwikkelingen in de zorg, en in de revalidatiesector in het bijzonder, laten zien dat veranderingen nodig zijn om ook in de toekomst de best passende zorg te kunnen leveren aan patiënten. Om de zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitief hoogstaand te houden, is een transformatie noodzakelijk. Voor de revalidatiezorg is dit door het gefragmenteerde speelveld een lastige opgave, omdat er veel verschillende betrokkenen zijn. Toch loopt de revalidatiesector ook voorop op het gebied van integrale benadering van patiënten, waarin alle domeinen van het leven worden meegenomen.

De vraag is of alle betrokkenen in staat zijn bestaande belemmeringen te overwinnen, zoals financiering, infrastructuur (ICT en vastgoed), wet- en regelgeving en de eigen belangen. Alleen dan kan revalidatiezorg volledig integraal rondom patiënten georganiseerd worden, waardoor ieder mens zorg en ondersteuning krijgt op de manier zoals hij of zij dat wenst en nodig heeft.

Aansluitend op het transformatievermogen speelt ook de vraag hoe de technologie zich ontwikkelt en in hoeverre men bereid en in staat is deze te implementeren. Welke impact heeft dat dan? Dit is de laatste onzekerheid die in dit traject is meegenomen.

Kernonzekerheid 5 **Technologische ontwikkelingen: Wat is de impact van technologische ontwikkelingen?**

Dat de technologische ontwikkeling en innovatie doorzet en het leven beïnvloedt is niet onzeker. Onzeker is wel wat de impact is van de technologische ontwikkelingen en hoe snel nieuwe technologieën zijn ingebed in het dagelijks leven. We zien ontwikkelingen als big data, data

analytics, IoT, Ai, maar ook biotech, nanotech, domotica en robotica. In de revalidatiezorg speelt technologie een voorname rol bij bijvoorbeeld protheses, implantaten, rolstoelen en hulpmiddelen gerelateerd aan het bewegingsapparaat. Deze zijn essentieel voor het versterken van de zelfstandigheid en de kwaliteit van leven van patiënten. Door verbeterde operatietechnieken en technologieën in het ziekenhuis neemt het aantal volledige dwarslaesies af en wordt de schade bij een beroerte beperkt. Hierdoor veranderen de revalidatiebehoeften van deze patiënten. De mogelijkheden van eHealth- en mHealth-toepassingen voor zorg en monitoring thuis, aangepast aan het ritme van de patiënt, zijn eindeloos en zullen veel impact hebben op de toekomstige zorgbehoefte.⁵

In elke fase van de zorg zal technologie een rol spelen: bij preventie en gezond leven, bij het consult met de zorgprofessional, bij het diagnosticeren en het vaststellen van prognoses, bij de behandeling en de begeleiding en bij de controle en monitoring van de situatie en de revalidatievoortgang bij patiënten. De technologie in de zorg zal verbonden worden met technologie thuis. Revalidatieartsen zullen patiënten met een andere zorgvraag zien door verbeterde behandelingen in de acute zorgfase en de chronische zorgfase.

Onzeker is hoe snel technologische ontwikkelingen toegepast kunnen en mogen worden. Onzeker is ook wie deze technologische ontwikkelingen betaalt en of technologische ontwikkelingen bestaande zorgprocessen en behandelmethoden veranderen of zelfs vervangen. Het is ook afwachten in hoeverre zorginstellingen in staat zijn om de potentie van technologische ontwikkelingen en innovaties te omarmen en om te zetten in toegevoegde waarde voor patiënten en hun naasten (innovatievermogen).

3.4 Het ontwerp van de drie scenario's

De belangrijkste onzekerheden zijn hierboven vertaald in vijf kernvragen voor de revalidatiezorg in 2030. In de scenario's wordt aan de kernvragen op een andere manier invulling gegeven. *Mijn doel voorop* kent economische stabiliteit. Het is een meer collectieve oriëntatie waarbij de unieke mens centraal staat en het transformatievermogen en de samenwerking, zeker op regionaal niveau, toeneemt. Hierbij is technologie ondersteunend. In *Op eigen kracht* is sprake van forse economische krimp, sterke bezuiniging om de zorgkosten in bedwang te houden, een individualistische oriëntatie en weinig transformatievermogen in de revalidatiesector. Technologie wordt ingezet wanneer er aantoonbare kostenbesparende effecten zijn. In *Mijn nieuwe ik* groeit de economie. Daarmee neemt de druk op de begroting af en nemen de mogelijkheden toe. Het transformatievermogen in de gezondheidszorg is groot, mede onder druk van de overheid. Innovaties en technologische ontwikkelingen worden omarmd.

Op basis van de trendanalyse en de (kern)onzekerheden is het raamwerk gevormd voor de drie verkennende scenario's. De scenario's zijn zoveel mogelijk kwalitatief en kwantitatief onderbouwd op basis van deskresearch, interviews, werkbezoeken en input die tijdens de verschillende bijeenkomsten met relevante stakeholders in de revalidatiezorg verkregen is. De klankbordgroep met ervaringsdeskundigen heeft erop toegezien dat in de scenario's het perspectief van patiënten en hun naasten is meegenomen. Het ontwerp van de scenario's is op meer dan vijftig verschillende factoren gebaseerd die in ieder van de drie scenario's op een andere manier zijn uitgewerkt. Het schema hiernaast geeft een samenvatting van het raamwerk en geeft een impressie van de drie scenario's. Het is niet van belang om te discussiëren welk scenario het meest waarschijnlijk of wenselijk is, maar om de dialoog te voeren over de vraag: 'Wat als dit scenario of een aantal ontwikkelingen werkelijkheid wordt?'

	Scenario 1: Mijn doel voorop	Scenario 2: Op eigen kracht	Scenario 3: Mijn nieuwe ik
Gemiddelde macro-economische groei 2017 – 2030	1,4%	0,3%	2,3%
Gemiddelde groei zorgkosten 2017 - 2030	2,9%	1,2%	3,1%
Politieke koers	Sociaal-democratisch, goedbedoelde bezuinigingen, maar niet rigoureu	Wisselende coalities, veel bezuinigingen en weinig visie	Neoliberaal meerderheidskabinet met duidelijke visie op de zorg
Centrale focus	Patiënten staan centraal, samen beslissen, patiënten maken eigen keuzes in budget, gezondheidsvaardigheden zijn belangrijk	Uitgeklede zorg, weinig maatwerk, hoge eigen bijdrage, complex en gefragmenteerd zorglandschap	Zorg in netwerk rondom patiënten georganiseerd, veel technologische oplossingen, regie bij unieke patiënt
Rol van naasten	Naasten zijn nauw betrokken en er is ondersteuning voor hen	Er wordt veel van naasten verwacht, vooral in het zorgproces	Naasten hebben een rol in het netwerk en worden daarin ondersteund door technologie
Solidariteit: informeel en formeel	Formele en informele solidariteit is hoog	Formele solidariteit is laag, informele solidariteit in kleine kring	Iedereen werkt mee om formele solidariteit in stand te houden
Transformatievermogen van betrokkenen	Landelijk geen transformatie, regionaal veel samenwerking vanuit gedeeld holistisch perspectief	Landelijke focus op kostenbesparing, concentratie en specialisatie, lokaal meer eerstelijnscentra en zorg thuis	Landelijke transformatie van zorg met zorglijnen en -netwerken als uitkomst, revalidatiezorg is koploper thuis
Impact van technologie	Technologie biedt een goede basis om samen te werken in regionale netwerken en verbetert de kwaliteit van dagelijks leven	Bewezen technologie wordt ingezet om kosten te besparen, alles is te koop voor wie geld heeft	Technologie en innovatie worden breed ingezet, zowel experimenteel als om samenwerking te optimaliseren





4.1 Scenario 1: Mijn doel voorop

Als patiënt bepaal en kies je zelf wat je nodig hebt om persoonlijke doelen te bereiken. De zorgprofessional wil graag samen met jou beslissen. Je eigen regie voeren, flexibel zijn en een actieve houding aannemen, kan best lastig zijn. Mensen met gebrek aan gezondheidsvaardigheden en zelfredzaamheid hebben het zwaar. Als je wel beschikt over gezondheidsvaardigheden, kun je de basiszorg goed regelen.

Positieve gezondheid is niet alleen omarmd, maar wordt ook daadwerkelijk ingevuld. Jouw doelen staan centraal. Regionale samenwerking binnen een revalidatienetwerk is versterkt rondom jong, volwassen en oud. Het maakt niet uit hoe oud je bent, revalidatie past bij jouw doel en wordt verleend door zorgprofessionals maar zeker ook door je naasten: vrienden, familie en buren. Je maakt zelf keuzes over jouw budget, maar ook dan geldt: "de sky is niet de limit". Welkom in 2030!

Hoi, ik ben Sem en ik ben 19 jaar. Ik woon met twee vrienden in een studentenhuus in Maastricht. Wat ik echt leuk vind om te doen is 3D-vlogs maken voor mijn YouTube-kanaal. Als ik live ga, kunnen mensen over de hele wereld naast me komen staan, in mijn kamer. Niet echt natuurlijk, maar via de beelden van mijn stemgestuurde 4D-Drone.

Ik vind het tof om anderen te laten zien wat ik doe en kan. Sinds dit jaar volg ik de HBO-opleiding: digital data mining. Het kostte me best even tijd om sociale contacten op te bouwen met leeftijdsgenoten. De afgelopen jaren heb ik met de nodige ondersteuning mijn middelbare school kunnen afmaken. Ik heb cerebrale parese. Mijn benen doen niet altijd wat ik wil, ik kan ze niet goed controleren. Ik kan best goed lopen hoor, maar lange afstanden vind ik pittig. Ook bij traplopen houd ik mij goed vast aan de leuning.

Sinds mijn 18e heb ik zelf een UwBudget, echt fijn dat dat hier zo kan. Ik beslis over een deel van de ondersteuning die ik inkoop, dat kan ook mantelzorg zijn. Ik heb tenslotte echt niet altijd ondersteuning nodig van een professionele zorgverlener en ik kan het best af met wat ondersteuning van mensen uit mijn eigen directe omgeving. Voordeel is dat ik door de invoering van een UwBudget nu kan kiezen uit veel meer 'professionele ondersteuners' uit mijn directe omgeving en ik kan ze voor hun werk betalen. Dat maakt me minder afhankelijk van vrijwilligers en vooral mantelzorgers, wat mij meer autonomie geeft en heel anders aanvoelt.

Sommige van mijn lotgenoten komen er op eigen houtje lastig uit, ik snap dat best. Het UwBudget lijkt een makkelijke oplossing, maar door de vele regeltjes is het niet makkelijker geworden. Je mag wel mantelzorgers betalen voor het schoonmaken van je huis, maar je vader betalen als hij voor je kookt mag niet. Achter de schermen bestaan alle verschillende

potjes nog, ik snap niet waarom dat niet anders kan. Moet ik dit jaar nou kiezen voor schoenen op maat of voor extra mantelzorg?

Dagelijks vul ik mijn digitale Positief Gezondheids Dossier (PGD) aan met persoonlijke informatie. Mijn vitale functies worden gemeten met een biologische chip en direct aan mijn dossier toegevoegd, en de informatie over kwaliteit van leven en mijn gemoedstoestand voeg ik zelf toe. Die fysieke meetwaarden stel ik samen met mijn revalidatiearts vast, momenteel zijn dat bloedwaarden en de spieractiviteit in mijn benen. Vroeger werd die spieractiviteit nog gemeten in het revalidatiecentrum, nu kan dat gewoon op afstand. Wekelijks wordt een test uitgevoerd met behulp van wearables die ik op mijn benen plak. Een fysiotherapeut kan op afstand de scores uitlezen en als het nodig is tips geven voor oefeningen. Ik bepaal zelf of ik die tips opvolg.

Invoeren van gegevens kost niet veel tijd hoor, ik vraag mijn digitale stemgestuurde buddy Alexis om dit voor me te doen. Als er afwijkingen zijn, worden de zorgprofessionals en naasten die ik toegang geef geïnformeerd. Zij kunnen hulp aanbieden, maar ik kies zelf of ik daar gebruik van maak. Laatst nog, kreeg ik een behandeling met botulinetoxine om de spierstijfheid in mijn benen iets te verlichten. Het festivalseizoen in Amsterdam kwam eraan en dat was net wat ik nodig had. Ging ik daar vroeger voor naar het ziekenhuis, nu ga ik in het anderhalvelijnscentrum naar de gespecialiseerde verpleegkundige. Behalve dat het mij veel reistijd scheelt, schijnt het ook nog een bezuiniging te zijn. Dat geld en de kostbare tijd van het medisch personeel kunnen we tenslotte echt beter besteden dan aan zo'n routine-handeling.

Welkom in mijn wereld!

Nederland laat een sociaal gezicht zien, maar verwacht veel van zijn burgers

De verkiezingsuitslag in 2017 leek uit te wijzen dat de polarisatie in Nederland steeds verder toegenomen was onder druk van de economische stagnatie en de constante migratiestromen. In de jaren daarna is er een sterke tegenreactie vanuit de samenleving gekomen, waardoor de polarisatie niet verder heeft doorgezet. De aandacht is juist steeds meer gericht op de versterking van saamhorigheid.

Er is een breed besef in de samenleving dat men elkaar nodig heeft om de uitdagingen van een stagnerende economie in combinatie met grotere maatschappelijke lasten door de vergrijzing te kunnen dragen. De politiek vaart een sociaal-democratische koers en heeft de laatste twee kabinetten sterk ingezet op verbinding binnen de maatschappij. Ook burgers en werkgevers hebben actief actie ondernomen om met elkaar een inclusieve samenleving te creëren.

De toegenomen saamhorigheid en inclusieve cultuur maken dat inwoners met een migratieachtergrond meer geaccepteerd worden, evenals mensen met een beperking. Natuurlijk gaat het in sommige regio's beter dan in andere, dat is sterk afhankelijk van de wijze waarop alle partijen samenwerken en afhankelijk van elkaar zijn. In Oost-Groningen is het nu niet alsof er veel keuze is, gezien de krimpende beroepsbevolking. In de Randstad leven groepen nog jaren langs elkaar heen, hier zien we dan ook de grenzen aan de solidariteit. Momenteel liggen landelijk de plannen klaar om aan de slag te gaan met de integratie van onderwijs en zorg. Dat is tot op heden nog niet gelukt door gebrek aan investeringen.

In sommige delen van Nederland is het een probleem de beroepsbevolking op peil te houden. Scholieren en studenten leveren een verplichte maatschappelijke bijdrage in het onderwijs, de ouderenzorg of de openbare ruimte. Zo worden Drentse scholieren en studenten succesvol ingezet om patiënten met bijvoorbeeld polyneuropathie te ondersteunen bij hun dagelijkse oefeningen en beweging, ondersteund door eHealth.

Werkgevers zijn met name in plattelandsregio's bereid om werk aan te passen aan de belastbaarheid van de werknemers. Ook bieden ze ruimte voor mantelzorg binnen werktijd. Dit neemt veel stress weg bij werknemers en de tijd die zij wel werken, besteden zij effectiever. Op een krappe arbeidsmarkt zijn dergelijke arbeidsvoorwaarden cruciaal om goede medewerkers aan te trekken én te binden.¹

Iedereen hoort erbij, maar zelf maak je de beste keuzes

De verwachtingen van de overheid over zelfredzaamheid op het gebied van gezondheid zijn sterk toegenomen. Lokale overheden zijn zo ingesteld dat zij burgers in eigen kracht en regie willen zetten. Met de decentralisaties sinds 2015 hebben de meeste gemeentes ingezet op het aannemen van een faciliterende rol. Zij willen de actieve burger zoveel mogelijk ondersteunen, maar hebben alleen tijd en middelen voor een persoonlijke benadering van de meest kwetsbare groepen. Ook voor anderen is er veel mogelijk, maar de verantwoordelijkheid ligt bij henzelf.

Gemeentes werkten enige tijd nauw samen met revalidatiecentra, met een vaste casemanager die patiënten in de chronische fase bijstond. Ondanks tevredenheid van patiënten, zijn de meeste casemanagers inmiddels weer afgeschaft. Gemeentes hebben enkel tijd en middelen om die samenwerking vorm te geven in de acute fase. Steeds meer mensen lijken klem komen te zitten en vinden het lastig om de juiste keuzes te maken, waardoor zij ondanks alle mogelijkheden moeite hebben om passende revalidatie te krijgen.

Voor een optimale ondersteuning van de zelfredzaamheid van patiënten en voor goede integrale samenwerking wordt er al jaren ingezet op het realiseren van een landelijk Positief Gezondheids Dossier (PGD). Op landelijk niveau is met behulp van subsidies een uniforme standaard voor de gegevensuitwisseling ontwikkeld.² Een daadwerkelijk landelijk digitaal systeem is helaas nog steeds niet tot stand gekomen, doordat veel zorginstellingen al flink hadden geïnvesteerd in eigen systemen. Toch is sinds 2026 in sommige regio's het PGD wel beschikbaar, doordat in

die regio's al samenwerkingsverbanden bestonden en gezamenlijk de technische drempels zijn overwonnen. Met het PGD worden gegevens tussen eerste en tweede lijn makkelijk uitgewisseld. Patiënten kunnen zelf aangeven welke data worden verzameld, maar het eigenaarschap van de data ligt bij de instellingen. Zo kunnen patiënten met **holistic tracking** vitale functies meten. Veel jonge mensen kiezen voor het gemak van een biologische chip.³

Naast de informatie over de vitale functies kunnen patiënten zelf informatie over kwaliteit van leven aanvullen in het PGD. Zo kunnen zorgverleners in Drenthe die bij een instelling werken die aangesloten is bij een regionaal PGD op continue basis patiënten monitoren. Ook naasten blijven makkelijk in contact. Veranderingen in kwaliteit van leven worden snel waargenomen. Een voorbeeld uit de regio is de POH-GGZ (Praktijkondersteuning Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg), die contact opneemt met een CVA-patiënt en zijn naasten, zodra hij de informatie krijgt dat de patiënt drie dagen achter elkaar aangeeft somber te zijn. Uit een big data-analyse van het Institute for Positive Health in 2024 bleek al dat proactief aanbieden van een *Mental eHealth* module in deze situatie verergering helpt voorkomen. Patiënten kiezen zelf of zij hier gebruik van maken.⁴

De aansluiting op het PGD bepaalt nog niet de toestroom van patiënten. Instellingen die niet hebben gezorgd voor een naadloze gegevensuitwisseling merken echter wel dat, mede onder druk van de patiëntenorganisaties en de negatieve publiciteit, patiënten steeds vaker kiezen voor zorgverleners in een andere regio die dit wel op orde hebben. Dit stimuleert zorginstellingen om aan te sluiten bij regionale samenwerkingsverbanden.

Hoge verwachtingen van de actieve patiënt

We hechten al sinds de tweede helft van de 20^e eeuw steeds meer waarde aan keuzevrijheid en zelfbeschikking; steeds vaker zien we diversiteit in gedrag en opvattingen. Mensen willen meer zeggenschap en zijn steeds mondiger. Patiënten zijn consumenten geworden op de Nederlandse zorgmarkt. Daarentegen nemen ook de verwachtingen ten aanzien van de actieve patiënt toe. Het actief betrekken van patiënten sluit aan bij de tijdsgeest.

Elke zorgverlener wil in 2030 samen met patiënten beslissen. Patiënten weten zelf het beste wat ze nodig hebben om hun persoonlijke doelen te behalen. Zorgverleners helpen hen keuzes te maken door het delen van hun expertise. De meeste zorgverleners hebben 'samen beslissen' volledig omarmd en opgenomen in de patiëntenzorg. De meer holistische benadering is voor veel medisch specialisten nieuw. Zij worden opgeleid en bijgeschoold om het gesprek met patiënten en hun naasten beter te kunnen voeren.

Voor revalidatieartsen was dit al bekend terrein en zij worden veelvuldig gevraagd om te coachen bij het vormgeven van behandeltrajecten. Van patiënten vraagt dit natuurlijk wel goede gezondheidsvaardigheden. De focus op eigen regie van patiënten in combinatie met de hoge verwachtingen van het 'actieve patiëntschap' zorgen voor druk op die vaardigheden. Het is al jaren bekend dat er grote verschillen bestaan in gezondheidsvaardigheden. Toch is weinig ingezet op het versterken van de gezondheidsvaardigheden van de kwetsbare groepen. Niet omdat het belang ervan niet onderkend wordt, maar omdat de middelen er niet zijn.

Holistische benadering en aandacht voor alle facetten van het leven

Ruim de helft van de mensen in Nederland is in 2030 chronisch ziek, maar ook met een aandoening kun je gezond zijn. De algemene opvatting over gezondheid is niet langer de aanwezigheid van ziekte, maar draait om het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren. In de samenleving is een integrale en meer holistische benadering van de mens omarmd en zo wordt ook gekeken naar zorg en ondersteuning.

De centrale vraag luidt: "Hoe blijf ik positief en gezond leven?". Een vraagstuk dat zeker van belang is binnen de revalidatie. Veel meer dan in het verleden is er naast de fysieke kant van het revalidatievraagstuk aandacht voor de psychosociale vragen die spelen. Mede dankzij uitgebreid Nederlands onderzoek weet de revalidatiezorg veel beter hoe zij patiënten kan bijstaan om krachtig en met zelfvertrouwen in het leven te staan. Zo bieden ervaringsdeskundigen in 2030 direct in de eerste week van een behandeling coaching aan. Die coaching is ook beschikbaar voor

naasten, bijvoorbeeld ouders of partners. Ook wordt zo nodig al bij de start van een behandeling intensief contact gezocht met de gemeente om te zorgen voor de juiste afstemming over aanpassingen thuis.

Bovendien is het besef toegenomen dat revalidatie ook na langere tijd nog zinvol kan zijn. Zowel in de acute fase, de herstelfase als in de chronische fase kan revalidatie ondersteunen bij het verwezenlijken van persoonlijke doelen. In verschillende regio's is inmiddels een speciale poli waar ervaringsdeskundigen en revalidatieartsen 50-plussers met een aangeboren aandoening ondersteunen bij het stellen van realistische doelen.⁵

Patiëntenorganisaties nemen een actievere rol in

In 2030 hebben patiëntenorganisaties zich verder geprofessionaliseerd en de patiëntenbeweging is een volwaardige gesprekspartner voor verzekeraars, zorginstellingen en de politiek. Bovendien ondersteunen zij patiënten intensief bij het vinden van hun weg in het complexe zorglandschap en bij het maken van passende keuzes. Natuurlijk speelt informatie over de kosten en uitkomsten van behandelingen nog steeds een belangrijke rol, maar ook is patiëntvriendelijkheid nu een belangrijke indicator. Patiëntenorganisaties verzamelen en delen hierover veel informatie, waarbij bijvoorbeeld ook aanbieders van alternatieve geneeswijzen worden meegenomen bij positieve patiëntervaringen. Verzekeraars maken ook gebruik van deze informatie bij de zorginkoop. De Nederlandse patiëntenorganisaties lopen internationaal voorop. Zo heeft de patiëntenvereniging CRPS (Complex Regionaal Pijn Syndroom) een internationaal online platform *Patients finding a cure* opgericht. Het platform heeft ervoor gezorgd dat mensen wereldwijd met chronische pijnklachten sneller van elkaar leren en ervaringen delen.^{6,7}

Vanaf 2013 werd door Revalidatie Nederland al gewerkt aan de Landelijke Databank Uitkomstmaten Revalidatie. Deze databank is doorontwikkeld en Revalidatie Nederland presenteert nu jaarlijks in samenwerking met enkele patiëntenorganisaties de 'Benchmark Revalidant Ervaren Zorg'. Terwijl landelijk is vastgesteld wat kwaliteitsuitkomsten moeten zijn in harde en zachte

maten, verschilt de toepassing hiervan regionaal sterk. Revalidatie-instellingen gebruiken de informatie om de dialoog aan te gaan met patiëntenorganisaties, of als spiegelinformatie, om zo de kwaliteit en effectiviteit in de eigen instelling te verbeteren.

Druk op gezondheidsvaardigheden

Vanuit de samenwerkende patiëntenorganisaties is veel aandacht voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden, maar het blijkt lastig om hen op de juiste manier te bereiken. Sommige patiënten zien de revalidatiearts nog steeds als alwetend en verwachten dat hij hun gezondheidsproblemen oplost. Er is in de acute revalidatiefase veel aandacht voor een persoonsgerichte benadering. Desondanks neemt de druk op eigen regie en verantwoordelijkheid in de chronische fase toe. Het uitvalpercentage onder patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden in de chronische fase is de afgelopen jaren gestegen. Deze patiënten weten vaak niet op de juiste manier en op het juiste moment hulp te zoeken. De tweedeling in levensverwachting tussen mensen met hoge en lage gezondheidsvaardigheden in Nederland is dan ook toegenomen tussen 2020 en 2030.⁸

In een aantal achterstandswijken in grote steden waar de levensverwachting laag was, wordt sinds 2019 geïnvesteerd om de verschillen met de rest van Nederland te verkleinen. Nu, in 2030, plukt bijvoorbeeld de grote wijk Feijenoord daar de vruchten van. Door de samenstelling van de bevolking heeft deze wijk nog steeds een lagere levensverwachting en minder gezonde levensjaren. Toch is door een multidisciplinaire aanpak, waarbij burgers zelf een belangrijke rol spelen, de trend niet alleen doorbroken maar bij bepaalde patiëntgroepen zelfs gekeerd. Door de versterkte infrastructuur en vergrote saamhorigheid in de wijk is er bijvoorbeeld een geweldig programma voor de revalidatie van CVA-patiënten dicht bij huis. De combinatie van de expertise van het revalidatiecentrum, de inzet van eerstelijns fysiotherapeuten en veel vrijwillige buurtgenoten maakt dat dit programma een Europese subsidie heeft gekregen van het EU Horizon 2030 programma.

De meeste zorgprofessionals wijzen actief op het belang van een gezonde leefstijl. Toch blijkt in de praktijk het volgen van een bepaalde leefstijl niet altijd even makkelijk te zijn. Patiënten zijn wat preventie betreft zelf regisseur: als jij niet naar de sportschool gaat, is dat jouw eigen keuze. Specifiek binnen de kinderrevalidatie is *gaming* standaard geworden in de behandeling om therapietrouw te bevorderen. Met *Virtual Reality* worden kinderen thuis gestimuleerd om in het dagelijks leven te oefenen met dagelijkse taken, zoals aankleden of een gesprek voeren met een vriendje. In sommige regio's kunnen resultaten van oefeningen worden gemonitord op afstand. Zo nodig kunnen oefeningen worden bijgesteld, door de koppeling van een *Fitbit* of *Virtual Reality* bril aan het regionale PGD. Kinderen sparen bovendien met elke beweging geld voor het Liliane Fonds. Natuurlijk zien we net als vroeger dat tieners niet altijd zin hebben om keuzes te maken waar ze vaak pas op lange termijn profijt van hebben. Toch helpt het online oefenen veel tieners om de revalidatie-oefeningen meer onderdeel te laten zijn van hun leven.^{9,10}

Bezuinigen is vanzelfsprekend, maar niet rigoureuus

Als gevolg van de vergrijzing stijgt de zorgvraag elk jaar weer. De totale zorgkosten zijn gestegen en stijgen nog steeds met een jaarlijks gemiddelde van 2,9%, waarmee de zorgkosten in 2030 op € 129 miljard zijn uitgekomen. Gelukkig heeft de economische groei licht doorgezet met een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,4% sinds 2017. Lang niet genoeg om de groeiende zorgvraag en daaraan gerelateerde zorgkosten op te vangen, maar het kan veel slechter. Zo zien we de economische groei in Italië al jaren stagneren op 0,1% waardoor daar de zorg echt grote klappen heeft gekregen. Ook in Nederland moeten keuzes gemaakt worden en moet worden ingezet op die innovaties die bijdragen aan de doelmatigheid van de zorg, zoals eHealth. Bezuinigingen zijn vooral gericht op een efficiënte samenwerking rondom patiënten.^{11,12}

Door de politieke verdeeldheid en het versnipperde landschap lijkt er geen échte integrale visie achter de bezuinigingen te zitten. De noodzakelijke rigoureuze innovatie en transformatie van de zorg zijn niet van de grond gekomen. Zo is het niet gelukt om een brug te slaan tussen de ver-

schillende financieringsstromen (de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet). Dit is een voorwaarde voor echte integrale zorg en bekostiging waar al jaren over gesproken wordt, maar die nooit van de grond gekomen is door besluiteloosheid. Ook voor de komende jaren staat integrale bekostiging weer op het overheidsprogramma.

Terwijl het landelijk niet is gelukt om meer afstemming en samenwerking te realiseren, lukt dat in meerdere regio's wel. In de revalidatiezorg bleek dat niet zo'n grote uitdaging omdat er al een goede samenwerking, en vooral wederzijds respect en vertrouwen, was tussen alle betrokken partijen. Met name in krimpregio's bleek de noodzaak en het draagvlak voor betere samenwerking het grootst en de overdracht van taken naar de eerste en nulde lijn het gemakkelijkst.

UwBudget legt de regie bij jou: jij weet wat goed is om jouw persoonlijke doel te bereiken

In 2017 heeft de provincie Limburg de ambitie uitgesproken de eerste Positieve Gezonde Provincie te willen worden. Gestimuleerd door de patiëntenbeweging werd een belangrijke stap gezet om daar te komen: het budget voor ondersteuning werd in grote mate in handen gelegd van patiënten. Limburg is daarmee de eerste regio die naar het UwBudget is gegaan. Dit was alleen mogelijk door intensieve samenwerking, waarbij één regionaal platform is gecreëerd waarbij op basis van de nationale uniforme standaard voor informatie-uitwisseling informatie gedeeld kan worden tussen eerste en tweede lijn, en patiënten zelf.

Met de invoering van het UwBudget, geïnspireerd op de persoonsvolgende financiering, wordt financiering meer vraaggestuurd gemaakt. Dat wil zeggen dat patiënten een eigen budget krijgen op maat van hun vraag naar ondersteuning en zelf kunnen bepalen hoe ze hun ondersteuning organiseren. Ook al heb je misschien eenzelfde aanpak als een ander, jouw persoonlijke doel kan heel anders zijn. Formeel, informeel of technologische ondersteuning: jij bepaalt waar



je jouw UwBudget aan uitgeeft. Achter de schermen bestaan de oude financieringsstromen natuurlijk nog, maar aan de voorkant is het voor patiënten iets gemakkelijker om zicht te houden op de verschillende potjes doordat er voor hen één UwBudget zichtbaar is. Vanuit de Positieve Gezonde Provincie is gezamenlijk met de patiëntenbeweging bepaald aan welke ondersteuning een UwBudget mag worden uitgegeven.

Van patiënten en hun naasten wordt een actieve en zelfstandige houding verwacht, terwijl zij niet altijd over voldoende vaardigheden beschikken om dit te kunnen. Laatst nog was er een vrouw met een dwarslaesie die de helft van haar jaarlijkse UwBudget al had uitgegeven aan een handbike training, toen haar rolstoel kapot ging. Tja, dat is toch je eigen verantwoordelijkheid. Zij moet nog drie maanden wachten totdat haar UwBudget van 2031 binnen is.

Kennis delen binnen regionale samenwerkingsverbanden

Revalidatiezorg vindt op allerlei plekken plaats, maar regionaal zijn er verschillen. Hoog-complexe revalidatie vindt nog steeds plaats in revalidatie-instellingen. Veelal hebben centra zich gespecialiseerd in een aandoening. In veel regio's zijn eerstelijnscentra uitgebreid tot anderhalvelijnszorg praktijken die poliklinische revalidatiezorg dichtbij aanbieden voor kinderen, volwassenen en ouderen. Veel anderhalvelijnscentra hebben zich gespecialiseerd in enkele aandoeningen, vaak is er wekelijks een revalidatiearts en een specialist oudergeneeskunde in huis. De multidisciplinaire omgeving, in combinatie met toegankelijk en dichtbij, is voor veel patiënten erg prettig.

Begin jaren '20 steeg de vraag naar interdisciplinaire consulten met revalidatieartsen. Zij werden meer betrokken bij andere specialismen, die ook steeds meer de integrale benadering omarmden. Ook werd vanuit de verpleeghuizen meer aandacht van hen gevraagd door de enorme toename van revaliderende ouderen. Het werd steeds duidelijker dat een goede samenwerking met onder meer de eerste lijn voorwaarde was om de kwaliteit van zorg op peil te houden. Zelf alle

patiënten nog zien, was niet langer haalbaar. Daarom wordt in 2030, na het succes van Kennisnetwerk CVA Nederland, binnen regionale samenwerkingsverbanden veel kennis gedeeld tussen eerste- en tweedelijns behandelaren, vanuit revalidatiecentra, verpleeghuizen en ziekenhuizen. Samen met de patiëntenorganisaties zijn regionaal speerpunten benoemd, waarmee *knowledge brokers* aan de slag zijn gegaan. Natuurlijk niet meer enkel voor CVA, maar revalidatie breed. In het onderwijs zien we de focus op samenwerking terug: de opleidingen voor Specialist Oudergeneeskunde en Medisch Specialistische Revalidatiezorg kennen sinds 2024 bijvoorbeeld een gezamenlijk opleidingsjaar.¹³

Revalidatieartsen focussen in 2030 op twee aspecten in hun werk. Enerzijds zijn zij de expert die diagnosticeert, behandelplannen opstelt samen met patiënten en hun naasten en deze controleert. De uitvoering laat hij meestal over aan het multidisciplinaire team en, in minder complexe gevallen, aan de eerste lijn. Daarnaast ligt sinds begin jaren '20 veel nadruk op kennisoverdracht in regionale samenwerkingsverbanden. Een revalidatiearts besteedt in veel regio's bijna de helft van zijn tijd aan kennisdeling met en coaching van andere zorgverleners. Bovendien treedt de revalidatiearts op als adviseur van andere medisch specialisten. Regionaal zijn afspraken gemaakt met verzekeraars over een vergoeding voor de tijd die revalidatieartsen besteden aan interdisciplinair overleg en coaching.

In de praktijk zien we nu bijvoorbeeld dat revalidatieartsen van het Dwarslaesie Netwerk Noord-oost Nederland wekelijks digitaal spreekuur houden met 20 eerste- en anderhalvelijnscentra in de regio en, in specifieke, complexe gevallen, ook met andere centra in het land. Jaarlijks worden momenteel zo'n 300 dwarslaesiepatiënten besproken. Patiënten kunnen digitaal aanhaken bij het spreekuur als hun zorgvraag besproken wordt. De goede communicatie leidt tot minder overbehandeling en tot snellere afstemming over complexe vraagstukken. In het begin was het voor sommigen best lastig om te wennen aan het communiceren op afstand. Inmiddels is het gebruik sterk versimpeld.^{14, 15}

Maatschappelijke waarde van revalidatie opnieuw inzichtelijk gemaakt

De zorg over steeds verder stijgende kosten is sterk toegenomen de afgelopen jaren. Verzekeraars en overheid, maar ook zorgprofessionals en patiënten, willen graag weten of verleende zorg een patiënt verder helpt bij zijn persoonlijke doel. Hoe kunnen we het beschikbare geld zo goed mogelijk besteden om de kwaliteit van zorg voor onze patiënten te vergroten? Met de hoge kosten van klinische revalidatie en het toenemende aantal patiënten in de revalidatiezorg wordt druk uitgeoefend op de revalidatiesector om de toegevoegde waarde aan te tonen. Wat is nu eigenlijk de maatschappelijke *raison d'être* van revalidatiezorg in brede zin?

Vanuit patiënten is de roep groot om de toegevoegde waarde van revalidatiezorg in kaart te brengen. Patiënten ervaren een betere kwaliteit van leven door revalidatiezorg en vinden het cruciaal dit ook in de toekomst te behouden. Het in kaart brengen van de toegevoegde maatschappelijke waarde vergt een integrale en brede blik. De baten van revalidatie zijn immers vooral zichtbaar in andere domeinen. De zorgprofessionals hebben het voortouw genomen in de keuze van meetinstrumenten. Samen met de Hersenstichting en de Hartstichting besluiten Revalidatie Nederland, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen VRA, Verenso en ActiZ hierin te investeren. Resultaten van het onderzoek naar revalidatiezorg bij CVA en hartfalen, uitgevoerd door Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), laten zien dat revalidatiezorg de maatschappij geld bespaart. Dit komt met name door de besparing op het verlies van arbeidsproductiviteit, complicatiepreventie en de toename van de kwaliteit van leven. De positieve uitkomsten hebben voor veel positieve aandacht gezorgd voor de revalidatiezorg.^{16, 17}

Revalidatie Nederland heeft met alle betrokken partijen een commissie opgericht die zich sinds 2025 focust op het optimaliseren van de maatschappelijke waarde van revalidatiezorg. De afgelopen jaren is sterk ingezet op samenwerking met het sociale domein, arbeidsgeneeskundigen en het Institute for Positive Health. Maar ook op concrete initiatieven, waarin nieuwe integrale samenwerkingen vorm krijgen, zoals het regionale samenwerkingsverband in Limburg.

De droom van netwerkrevalidatie met een belangrijke rol voor de revalidatiearts

Samenwerkingsverbanden op landelijk niveau zijn nog toekomstperspectief: complexe belemmeringen als gebrek aan beleid en bestaande belangen bestaan helaas nog steeds. Bovendien is het niet gelukt om technologie in te zetten om patiënten te laten behandelen op het juiste moment, op de juiste plaats en door de juiste persoon. Een prachtige toekomstdroom, die helaas nog geen werkelijkheid is.

Toch zijn er regionaal prachtige initiatieven. In verschillende regio's zijn nieuwe afspraken gemaakt om de zorg anders in te richten, vanuit een gemeenschappelijke wens en gedeelde belangen. Zo is het experiment 'Revalidatie Netwerk Zeeland' op initiatief van een revalidatie-instelling in de regio Zeeland een groot succes. Revalidatieartsen hebben het voortouw genomen om op basis van de succesformule van ParkinsonNet de revalidatiezorg voor patiënten met een aandoening aan zenuwen of spieren anders in te richten. Samenwerking vindt plaats tussen bestaande zorgorganisaties, de gemeentes Goes, Terneuzen en Middelburg en de patiëntenorganisaties BOSK, VSN en het Landelijk Steunpunt (Mede)zeggenschap. Een deel van de revalidatiezorg vindt nu plaats in de eerste- en anderhalvelijnscentra, of thuis. Natuurlijk was het voor revalidatiecentra spannend om hierin te investeren, aangezien de nieuwe inrichting minder inkomsten oplevert. Na veel gesprekken met lokale verzekeraar CZ is een succesvolle *shared savings* constructie opgezet.¹⁸

In andere regio's zien we soortgelijke netwerken ontstaan. Die netwerken ontstaan vanuit gelijke waarden en een gedeelde blik op maatschappelijke uitdagingen. Persoonlijke relaties in de regio hebben een grote rol gespeeld bij het versterken van de samenwerking. Binnen de revalidatiezorg was het opvallend dat belemmeringen door bestaande belangen een kleine rol speelden. Revalidatieartsen zijn gidsend geweest in het kijken in elkaars keuken, onder het motto "als je niet weet wat een ander doet, kun je ook zijn expertise niet benutten".

Na het grote succes van de CVA Stepped Care Unit (SCU), een samenwerking tussen een revalidatiecentrum en een verpleeghuis in het zuiden van het land, is de werkwijze in veel regionale

samenwerkingsverbanden overgenomen. De SCU maakt het mogelijk dat patiënten in het ziekenhuis niet lang op een revalidatieplek hoeven te wachten en snel met passende therapie kunnen starten. Dagelijks is een multidisciplinair team aanwezig met onder meer een specialist ouderengeneeskunde en een revalidatiearts om patiënten na een ziekenhuisopname op de te vangen. De samenwerking tussen de verpleeghuizen en revalidatiecentra zorgt ervoor dat patiënten gemiddeld 10 dagen korter in het ziekenhuis hoeven te blijven.¹⁹

Uit onderzoek 15 jaar geleden bleek al dat door de soepele overgang én goede triage de kans om op korte termijn weer te kunnen participeren aanzienlijk toeneemt. Bovendien levert het meer zelfredzaamheid op en een betere kwaliteit van leven voor naasten. Omdat de revalidatiecentra over vrije bedden beschikken, hebben ze inmiddels vrijwel allemaal een Stepped Care Unit. Dit neemt druk weg van de overvolle verpleeghuizen, want: iedereen is welkom.²⁰

In 2030 sta je als patiënt centraal. Je voert de eigen regie. De kans bestaat dat in jouw regio de samenwerking goed tot stand is gekomen. Je bepaalt zelf wat je nodig hebt en wilt bereiken. Als je dat tenminste kunt.... want jouw doel staat voorop!

4.2 Scenario 2: Op eigen kracht

Als patiënt ben je snel weer thuis. De zorg is uitgekleeft en je neemt eigen verantwoordelijkheid voor je zorgproces en het betrekken van je naasten. Revalidatie is gericht op de basisvaardigheden. Hoe jij je voelt of daarmee omgaat, is aan jou. De financiële ruimte voor de groeiende groep patiënten die een vorm van revalidatie nodig heeft, is beperkt. Hierdoor heb je niet altijd de juiste hulpmiddelen en stel je zorg soms noodgedwongen uit. Het is lastig voor sommige patiëntgroepen om hun gezondheid op peil te houden.

Bezuinigingen bepalen de zorg en echte keuzes maken op basis van kwaliteit kun je niet. Jij staat als patiënt centraal maar het systeem domineert, ondanks mooie volzinnen over integrale zorg en een holistisch mensbeeld. Heb je wel wat te besteden? Dan kun je zorg-op-maat inkopen en is de revalidatiezorg echt heel goed. Gelukkig ontstaan er lokaal ook veel mooie initiatieven en biedt technologie verrassende oplossingen. Welkom in 2030!

Hoi ik ben Faya. Vijf jaar geleden werkte ik nog als betaalde ervaringsdeskundige op de dwarslaesieafdeling in een revalidatie-instelling, maar daar ben ik helaas wegbezuinigd. Nu doe ik hetzelfde werk, maar dan als vrijwilliger in een gespecialiseerde fysiotherapie-praktijk bij mij in het dorp.

Ontwikkelingen in de revalidatiezorg zijn de afgelopen jaren snel gegaan. Na mijn ongeluk, 20 jaar geleden, verbleef ik nog 11 maanden in een revalidatie-instelling, nu is de gemiddelde ligduur twee maanden voor een hoge dwarslaesie en 3,5 maand is echt het maximum. Daarna is er directe overdracht naar de eerste lijn. Geen tijd om even te wennen aan de 'kampeerfase' in je eigen huis. Steeds vaker hebben patiënten de basisvaardigheden nog onvoldoende onder de knie wanneer ze terug naar huis gaan. Dit zet relaties onder druk.

Zelf heb ik het ook niet makkelijk gehad. Mijn bovenwoning in een grachtenpand was volledig ongeschikt. Ik kon niet terug naar mijn man en kinderen en heb een tijd bij mijn ouders gewoond. Inmiddels heb ik een passend appartement. Mijn relatie heeft het helaas ook niet gered. Financieel is het zwaar door hoge eigen bijdragen en een uitgekleden uitkering. Uitjes met vriendinnen kan ik niet altijd betalen en ik wil niet dat anderen dat telkens voor mij doen. Daarom ben ik blij met mijn vrijwilligerswerk, want anders zit ik ook maar zo alleen thuis.

Mijn grootste zorg is mijn gezondheid. Kan ik wel de passende hulpmiddelen en zorg blijven betalen? Ik ben bang dat ik decubitus krijg en naar een VVT-instelling moet. Mijn rolstoel is echt aan vervanging toe, maar waar ik vroeger na zeven jaar een nieuwe rolstoel kreeg, moet hij nu echt kapot zijn. En dan heb je geluk als je een nieuwe krijgt en niet een tweedehandsje. Ze realiseren zich niet dat dit mijn benen zijn!

In de praktijk zie ik patiënten met protheses die vaak slecht passen en problemen veroorzaken; 'confectie' in plaats van maatwerk. Tja, en lichamen veranderen nu eenmaal, maar vaak een nieuwe prothese is voor veel patiënten niet te betalen. Het lijkt soms oneerlijk, maar iemand die meer geld heeft, kan ook een mooiere auto kopen. Dus misschien is het niet zo oneerlijk dat iemand met meer geld ook een mooiere rolstoel of betere prothese heeft. Er is wel een groot verschil met twintig jaar geleden. Ook al zeggen politieke partijen dat marktwerking in de zorg niet bestaat, dat voelt in de klassenmaatschappij van de revalidatiezorg toch echt anders.

Door afschaffing van de nazorgpoli kom ik nooit meer bij een revalidatiearts. Thuiszorg was al beperkt tot het aantrekken van steunkousen, en daar heb ik nu een tweedehands robot voor. Fysiotherapie wordt gelukkig nog steeds vergoed en mijn fysiotherapeut is gespecialiseerd in dwarslaesies. De huisarts zou mijn casemanager moeten zijn, maar wordt zowel qua werkdruk als kennis over dwarslaesie vreselijk overvraagd. Ik vraag mij af wanneer zij een burn-out krijgt....

Gelukkig ben ik redelijk technisch onderlegd. Tijdens mijn vrijwilligerswerk bedien ik inmiddels de zorgrobots en denk ik mee over Virtual Reality trainingen. Hierdoor kunnen patiënten na een beroerte hun oefeningen thuis voortzetten, zonder extra kosten. Ook heb ik een online-community opgezet om patiënten wegwijs te maken in alle verschillende loketten waar zij ondersteuning, aanpassingen aan hun woning en een uitkering kunnen aanvragen.

Ach, mijn leven is nog niet zo slecht. Zolang ik mijn gezondheid maar op peil kan houden, red ik het wel op eigen kracht.

De Nederlandse economie stagneert

Het gaat economisch gezien niet goed in 2030. Nederland heeft een streng begrotingsbeleid met een grote rem op overheidsbestedingen. Door gebrek aan investeringen en onderbesteding is de economie al jaren geleden gestagneerd tot een gemiddelde jaarlijkse groei van 0.3%.¹ Aanvanke-lijk was het zorgbeleid gericht op het ontzien van (chronisch) zieken en ouderen.

Ondanks de convenanten waarmee de groei van de zorgkosten beperkt werd, ging er nog geen tien jaar geleden best veel geld naar de gezondheidszorg en de AOW. Dit kunnen we ons al enkele jaren niet meer veroorloven. In de gezondheidszorg is flink bezuinigd en de zorgpremie en eigen bijdragen zijn drastisch verhoogd. De sociale zekerheid is uitgekleeft en huishoudens moeten nu grotendeels zelf opdraaien voor de kosten. De eigen bijdrage is gestegen tot gemiddeld € 2.600,- per jaar, een bedrag dat naast de zorgpremie voor veel mensen niet op te brengen is. Ook voor kinderen is een eigen bijdrage ingevoerd en zij zijn niet meer automatisch tot hun 18^e meeverzekerd met hun ouders.

Armoede en tweedeling nemen zichtbaar toe

De stijgende werkloosheid (5,4%) leidt, vooral bij laag- en middelbaar opgeleiden en 45-plussers, tot een groeiende groep die het financieel zwaar heeft.² In de zorg is een grote vraag naar personeel, maar er is een mismatch tussen vraag en aanbod van personeel. Inkomens en uitkeringen zijn achtergebleven bij de inflatie en de stijgende zorglasten, waardoor het besteedbaar inkomen sterk is afgenomen. De kwetsbaren in de samenleving hebben nog recht op beperkte zorgtoeslagen, maar juist de middeninkomens hebben het zwaar. Voor hen zijn er geen extra tegemoetkomingen in hun ziektekostenverzekering of bij chronisch zorggebruik. Een deel van hen probeert als zzp'er geld te verdienen, maar de flexibele arbeidsmarkt maakt hen kwetsbaar. Daarnaast zijn veel zzp'ers slecht verzekerd en heeft slechts 20% een arbeidsongeschiktheidsverzekering.³ Vanuit de overheid is vaak gesproken over een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenopbouw voor zzp'ers. Maar beide zijn er nooit gekomen.

Steeds meer gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden proberen wat geld bij te verdienen als oppas, virtuele leefstijlcoach of in de 24-uurs ondersteuning van ADL-activiteiten bij mensen met een langdurige beperking die nog iets te besteden hebben. Hierdoor ontstaat een nieuwe zwarte markt met lage tarieven van vaak ongekwalificeerde zorgverleners.

Zorg wordt vaker uitgesteld

Patiënten met een langdurige beperking hebben steeds vaker een flinke inkomensval. In combinatie met de hoge extra uitgaven voor zorg en aanpassingen aan de woning, leidt dit tot schrijnende situaties; oplopende schulden, uithuiszettingen en vereenzaming. Zorggebruik wordt uitgesteld, zoals de aanschaf van hulpmiddelen, waardoor de gezondheid onder druk staat. Met het risico dat de zorgvraag nog groter en de kosten nog hoger worden. Ook ouders worden gedwongen tot het maken van scherpere keuzes die soms leiden tot slechtere zorg voor hun kinderen. En in veel gezinnen met een kind met een beperking stopt één van de ouders met werken, omdat opvang en zorg niet meer te betalen zijn. Natuurlijk is er vanuit patiëntenorganisaties veel kritiek gekomen, maar dit heeft niets opgelost.

Diegene die het financieel goed hebben, kunnen de zorg betalen die zij nodig hebben. Toch lopen zij door de beperkingen in integrale zorg en financiering ook tegen belemmeringen aan. Kun je het betalen, dan zijn er particuliere zorginstellingen waar je kunt revalideren in een comfortabele omgeving. Of je wijkt uit naar luxe revalidatiecentra in het buitenland. De gezondheidszorg, en met name de revalidatiezorg, is in Nederland nog steeds goed. Maar de mogelijkheden voor additionele zorg zijn door het stringente beleid maar zeer beperkt, zelfs tegen betaling.

Regionale verschillen nemen sterk toe

De regionale verschillen zijn de afgelopen jaren, mede onder druk van de economische stagnatie, sterk toegenomen. Steden groeien, terwijl de krimp in de randgebieden van Nederland stevig heeft doorgezet. De krimpregio's zijn sterk vergrijsd en er wonen in verhouding meer laagopgeleiden met minder gezondheidsvaardigheden. Ook is het voorzieningenniveau in veel dorpen uitgedaald en leegstand en achteruitgang is niet tegen te houden.

Gemeentes zien de druk op de WMO toenemen en hebben thuiszorg tot het minimum beperkt. Hulp in de huishouding is al jaren geleden geschrapt. En ook de bijzondere ondersteuning voor jongeren is uitgedaald. Aangepast werk voor jongeren wordt niet meer gesubsidieerd en jongeren met een beperking komen vaak zonder werk in een uitgedaalde bijstand terecht. De verschillen tussen gemeentes op het gebied van zorgaanbod en leefbaarheid worden steeds groter. Het budget voor woningaanpassingen verschilt per gemeente. En wil je bijvoorbeeld een rolstoel op maat, dan is dat in veel gemeentes lastig omdat zij een contract met slechts één rolstoelleverancier hebben, die één basismodel levert. Voor een aanpassing op maat moet je zelf bijbetalen.

Ook de vergrijzing onder zorgprofessionals vormt een uitdaging in de krimpregio's. Een gebrek aan opleidingsplaatsen en interesse om zich in deze regio's te vestigen, leidt tot een groot tekort aan zorgpersoneel.⁴ Dit leidt tot hoge werkdruk, langere wachttijden en vergroot de afstand tot zorg, waardoor de kans dat je op de juiste plek revalideert, steeds kleiner wordt.

Lokale initiatieven bieden oplossingen

Limburg kent al langer een tekort aan revalidatieartsen. Daarom is hier actief ingezet op een ambulante multidisciplinaire eerstelijnsnetwerk. Revalidatieartsen houden zich niet meer bezig met behandelingen, maar richten zich op brede virtuele kennisoverdracht richting huisartsen en fysiotherapeuten. Op deze manier kunnen zij met minder uren en kosten een bredere groep

patiënten bedienen. Ook is er een experiment met een rondreizend revalidatieteam dat met een vrachtwagen vol spullen wekelijks in een andere stad resideert.

Slimme lokale initiatieven zetten technologie in om kosten te besparen. Tekort aan thuiszorg en mantelzorgers wordt in meer welvarende gemeentes, zoals Laren en Bloemendaal, opgevangen door Chinese lease-zorgrobots. Of door een verpleegkundige die op afstand virtueel meekijkt en de mantelzorger thuis instrueert bij het uitvoeren van zorghandelingen. Ook richten sommige gemeentes een eerstelijns mantelzorgverblijf in. Deze is voorzien van 24-uurs virtuele toegang tot een zorgprofessional. Als patiënt verblijf je hier samen met je mantelzorger om zo de kosten en druk op zorgpersoneel te verminderen. Maar wachttijden voor deze verblijven zijn vaak lang.

Overheidsbezuinigingen zijn een continu thema

De afgelopen kabinetten hebben de bezuinigingslijn structureel doorgezet, zonder al te veel visie. De overheid probeert de zorgkosten te beperken, maar de groei is onvermijdelijk. De zorgkosten zijn sinds 2015 gestegen met een gemiddelde jaarlijkse groei van circa 1,2% tot € 110 miljard in 2030. Het Budgetair Kader Zorg kent al jaren een stringent beleid. Tot 2023 werd een budgettair kader vastgesteld van rond de 1%. Nadat de overheid het kader op 0,7% wilde vaststellen, is het niet meer gelukt om tot een gezamenlijk vastgesteld kader te komen. De basisverzekering is uitgedaald en de inkomensgrens voor zorgtoeslag sterk verlaagd. De overheid stuurt op kosten, doelmatige zorg, bewezen interventies en vooral op eigen zelfredzaamheid. Ontschotting in de bekostigingssystematiek is nooit tot stand gekomen. Dit werkt, zeker binnen de revalidatiezorg, belemmerend voor samenwerking en integrale patiëntbenadering. De meeste patiënten maken gebruik van voorzieningen uit de Zvw, de Wlz en de WMO. Waarbij ook de Wlz steeds stringenter wordt toegepast en alleen mensen met een chronische 24/7-zorgvraag hier aanspraak op kunnen maken. Als patiënt moet je goed de weg kennen tussen de verschillende digitale loketten.

Meer aandacht voor leefstijl en gedrag

De overheid heeft in 2022 'zorgaccijnzen' ingevoerd. Hierdoor betalen mensen met een ongezonde leefstijl mee aan hun behandeling. De tabaksaccijns wordt gebruikt voor behandelingen van aandoeningen door roken en een rookpreventiefonds. Mede door het bewezen succes van een suikertaks in Californië, is deze na jaren praten acht jaar geleden ingevoerd. Eerst voor producten zoals frisdrank, en daarna voor vele andere producten. Deze belastinginkomsten werden in eerste instantie ingezet voor de preventie van obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten, maar in toenemende mate ook om de zorgkosten van deze aandoeningen te dragen. Zorgverzekeraars verplichten huisartsen om samen met patiënten met (risico op) diabetes type 2 en COPD een zorgplan op te stellen waarin afspraken staan over gezondheid en leefstijl. Hierbij worden patiënten steeds meer gewezen op hun eigen verantwoordelijkheid.

Verzekeringen uitgekleeft

De aanvullende verzekering is uitgebreid, maar heeft een hoge premie en strenge selectie aan de poort. Voor *extreme sports* zijn de aanvullende premies sterk verhoogd. En bij een revalidatievraag moet je bewijzen dat een derde partij geen schuld heeft in het veroorzaken van je aandoening, anders legt de verzekeraar een claim neer bij de veroorzaker. Zorgverzekeraars kopen scherp in en rekenen zorgprofessionals af op geleverde kwaliteit, gemeten in exacte waarden, zoals opnameduur en mortaliteit. (Onderdelen van) revalidatiebehandelingen waarvan de toegevoegde waarde onvoldoende bewezen is, vallen buiten het basispakket. Revalidatiezorg is aan conjunctuur onderhevig en de toegang tot de revalidatiezorg zegt duidelijk iets over de afnemende welvaart in ons land.

Solidariteit staat onder druk

Hoge premies, het hoge eigen risico en de eigen bijdrage zorgen voor onvrede. De stijgende zorguitgaven, vooral voor ouderenzorg, zetten de solidariteit in de zorg onder druk, tussen jong en oud, gezond en ongezond en arm en rijk. De transitie van formele solidariteit naar informele solidariteit lijkt haaks te staan op het beleid van toenemende individualisering, eigen verantwoordelijkheid en eigen regie. Er is onrust en polarisering. En de informele solidariteit is vooral gericht op de eigen kring.

Hoewel solidariteit onder druk staat, neemt het aantal online-communities en kleine lokale initiatieven toe. Zo is een groep patiënten actief in een internationale open-source community, waar zij gezamenlijk nieuwe eHealth-software ontwikkelen, waarmee zij hopen iets bij te kunnen verdienen. Bij lokale 3D printshops kun je bijna gratis handen, armen en andere protheses printen in je favoriete kleur vanuit een open source community. Door de online samenwerking zijn de protheses steeds verder ontwikkeld en geperfectioneerd, maar het blijft natuurlijk confectie.⁵

Ook particuliere initiatieven op het gebied van gezamenlijke woonvormen, zoals de 'Krasse Knarrenhoven', nemen toe. Deze worden vaak geïnitieerd door gelijkgestemde vitale ouderen waarbij gelijkgestemdheid zowel verwijst naar de leefstijl als ook naar de omvang van de portemonnee. Een bewoner met een grotere zorgvraag is vaak niet welkom. Voorsorteren als je nog gezond bent, lijkt steeds belangrijker te worden voor een prettige oude dag.

Inmiddels kiezen steeds meer 70-plussers met een grote zorgvraag en chronische pijn voor euthanasie. Voorstanders vinden deze vrije keuze een groot goed. Tegenstanders vinden dat er een maatschappelijke norm is ontstaan waardoor ouderen met een beperking worden gestigmatiseerd.



Kwaliteit van zorg vaker in beeld en focus op evidence based

Verzekeraars vragen steeds meer om *evidence based practice*. Zij verwachten van revalidatie-instellingen dat zij de effectiviteit van behandelingen in kaart brengen en zich spiegelen aan andere instellingen. Oorspronkelijk werd dit opgezet voor kwaliteitsverbetering en keuze-informatie voor patiënten. Inmiddels wordt er door verzekeraars handig gebruik van gemaakt om zorginstellingen af te rekenen op de doelmatigheid van de zorg. Instellingen die niet voldoen aan de criteria, zoals beschreven in de richtlijnen, worden niet gecontracteerd en zorgverzekeraars vergoeden in dat geval slechts 50% van de vastgestelde tarieven. Voor veel revalidatie-instellingen is de balans doorgeschoten tussen de terechte eisen van transparantie en aantoonbare kwaliteit enerzijds en de overkill aan te toetsen items met de bijbehorende registratielast anderzijds. Het is voor hen lastig hieraan te voldoen, met sluitingen en fusies als gevolg.

Het is duidelijk dat de focus op zorg volgens strikte richtlijnen belemmerend werkt op innovatie en de snelheid waarmee nieuwe behandelingen gebruikt kunnen worden. Hierdoor wordt Nederland internationaal van alle kanten ingehaald.

Voor patiënten blijft het lastig om de kwaliteit goed te beoordelen. Zij kiezen vaak op basis van beschikbaarheid, nabijheid en of de instelling gecontracteerd is door hun zorgverzekeraar. De sterke toename van de wachttijd de afgelopen 10 jaar in de revalidatiezorg bepaalt steeds vaker de keuze.

Weinig ruimte voor maatwerk en integrale benadering

Waar de revalidatiezorg altijd veel oog heeft gehad voor de gehele leefwereld van patiënten en hun naasten is er door de strikte bezuinigingen steeds minder tijd voor persoonlijke zorg en aandacht. Revalidatieartsen raken gefrustreerd door het systeem. Het leveren van integrale zorg is moeilijk doordat samenwerking niet van de grond komt. Daarbij werken gefragmenteerde financiering, verschillende belangen en de bestaande infrastructuur (vastgoed en ICT) belemmerend.

Vanuit het principe 'patiënt centraal en eigen regie' moet de zorgprofessional veel verantwoordelijkheid leggen bij patiënten. Door de toenemende claimcultuur en het afrekenen op kwaliteit en toegevoegde waarde door de zorgverzekeraars worden medische professionals echter steeds meer risicomijdend, waardoor ze de neiging hebben om zelf de volledige controle te houden.

Patiënten sneller naar huis

De opnameduur in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen is de afgelopen jaren steeds verder verkort onder druk van bezuinigingen en door betere operatietechnieken, intensievere behandelingen en de mogelijkheden van eHealth en telerevalidatie. Patiënten gaan snel naar huis en revalideren poliklinisch in de eerste of anderhalve lijn. Richtte revalideren zich in het verleden vooral op het gebied van het oppakken van belangrijke activiteiten, zoals terugkeer naar werk en sociale rollen, nu is er vooral nog aandacht voor herstel van de fysieke basisvaardigheden. Voor psychosociale revalidatie is nog maar weinig ruimte. Hierdoor neemt de kwetsbaarheid van veel patiënten toe, duurt het vaak langer voordat patiënten weer kunnen participeren en neemt de kans op depressies en vereenzaming toe.

Patiënten komen met minder basisvaardigheden thuis. En terwijl ze met hun naasten nog aan het verwerken zijn wat hun is overkomen moeten zij ook zaken als woningaanpassingen, uitkeringen, zorg en vervoer regelen. Door de complexiteit bij gemeentes en uitgeklede budgetten gaat dit vaak traag. Dit leidt soms tot schrijnende situaties, waarbij patiënten maandenlang in hun woonkamer kamperen zonder te kunnen douchen.

Binnen de revalidatie-instellingen houdt de revalidatiearts de regie, maar doordat de nazorgpoli's op veel plekken zijn afgebouwd, verdwijnen patiënten vaak uit het zicht. Hierdoor wordt de drempel voor patiënten om contact op te nemen met een revalidatiearts steeds groter. Niet overal is de overdracht zo beperkt. Sommige revalidatie-instellingen hebben een goede samenwerking opgebouwd met een lokale fysiotherapiepraktijk, VVT-instelling en wijkverpleegkundige.

Nazorg en begeleiding in de chronische fase zijn de laatste jaren steeds verder uitgekleed en het ideaal van *lifespan care* is helemaal verdwenen. Hierdoor zijn mensen met cerebrale parese of spina bifida op hun 16^e helemaal klaar in de revalidatiezorg, ondanks alle risico's, secundaire aandoeningen en implicaties voor participatie. En dat terwijl ze misschien nog 70 jaar met hun handicap te leven hebben.

Grotere druk op naasten

Patiënten moeten zoveel mogelijk de eigen regie houden. En naasten en het sociale netwerk krijgen een steeds grotere rol in de verzorging. Dit zet de onderlinge verhoudingen in een relatie of in vriendschappen vaak onder druk. Het bewustzijn was er jaren geleden al dat mantelzorgers zo vroeg mogelijk in het traject betrokken moesten worden; nu is dit de standaardprocedure. De focus ligt echter vooral op de verzorgende rol en niet op de impact en specifieke wensen en grenzen van het gezin. Veel mantelzorgers ervaren een hoge zorglast en een verminderde kwaliteit van leven. De zware verantwoordelijkheid, regeldruk, onduidelijkheid over de zorgbehoefte van de patiënt, constante bezorgdheid, verminderde sociale contacten en het gevoel er alleen voor te staan, maken het zwaar en leiden vaak tot depressiviteit. Respijtzorg, zoals dagopvang, is uitgekleed en vrijwel volledig afhankelijk van vrijwilligers. Hierdoor is er weinig adempauze voor mantelzorgers.

Toename revalidatie in de eerste lijn

De focus op bezuinigingen en stepped care binnen de revalidatiezorg en de sterk toegenomen zorgvraag, hebben de positie van de eerstelijns fysiotherapie de afgelopen jaren versterkt. Steeds meer patiënten werden snel naar de eerste lijn verwezen en fysiotherapeuten zijn zich actief op deze meer complexe zorg gaan richten door zich bij te scholen en/of te specialiseren.

Al jaren geleden werd erkend dat fysiotherapie noodzakelijk is om de toenemende zorgvraag op te vangen en dat het complexere duurdere zorg in de tweede lijn kan voorkomen vanuit de stepped care gedachte.⁶ Zorgverzekeraars hebben daarom een ziektelastmeter geïntroduceerd waar de vergoedingen in de eerste lijn aan gekoppeld worden. Hierdoor krijgen sommige patiënten ruimere fysiotherapievergoedingen.

Op veel plekken in Nederland zijn fysiotherapiepraktijken ingericht, die in een multidisciplinaire eerstelijns setting een breed spectrum van revalidatiezorg aanbieden. Vaak zijn zij gespecialiseerd in één of twee aandoeningen en gericht op het voorkomen van arbeidsuitval. Sommige revalidatie-instellingen zien dit als bedreiging. Maar vooral in krimpregio's waar de afstand tot een instelling groot is, biedt dit voor patiënten goede oplossingen. In een aantal van deze praktijken werkt een revalidatiearts die één dag per week diagnosticeert, behandelplannen opstelt en deze alleen in specifieke gevallen zelf coördineert. Hiervoor rekenden de praktijken voorheen meerdere specialistische tarieven. Hoewel dit verdere substitutie mogelijk maakte met de juiste patiënt op de juiste plek, was deze kostenontwikkeling niet wenselijk. De NZa heeft hen hiervoor hard op de vingers getikt. Nu, in 2030, hebben veel gespecialiseerde lokale en regionale revalidatiepraktijken een revalidatiearts in dienst, maar is de vergoeding op het eerstelijnsniveau.

Ook revalidatie-instellingen staan onder druk

Door de toename van de zorgvraag en de druk op de budgetten zetten veel revalidatie-instellingen in op meer differentiatie van arbeid. De dure uren van de revalidatiearts worden tot het minimum beperkt, physician assistants (PA's) en revalidatieverpleegkundigen nemen steeds meer taken over. Ook is eHealth onder grote druk van zorgverzekeraars standaard geworden, waardoor patiënten sneller naar huis kunnen en thuis gemonitord kunnen worden. Revalidatiecentra lopen hierdoor inkomsten mis. Patiënten komen in minder goede conditie in het revalidatiecentrum dan 10 jaar geleden. Dit vraagt steeds meer verpleegzorg en stelt hogere eisen aan de basismedische zorg. Hierdoor wordt meer van de kostbare revalidatietijd en -budget besteed aan verpleging.

Veel revalidatie-instellingen hebben al lang geleden voorgesorteerd en zich gespecialiseerd in bepaalde diagnosegroepen, zoals CVA's, dwarslaesies, amputaties en spierziekten, waarbij voldoende wetenschappelijk bewijs is (vaak in een samenwerkingsverband met een universiteit) voor een medisch specialistische revalidatie behandeling (MSR). Dit is essentieel voor bekostiging door de verzekeraar. Niet alle revalidatie-instellingen hebben deze keuzes op tijd gemaakt. Zij zijn in de problemen geraakt en na een dwingend advies van de NZa fusies aangegaan. Het aantal revalidatie-instellingen is door deze ontwikkelingen landelijk flink afgenomen.

Door de strategische keuzes en de afbouw van bedden ontstaan er op veel plekken lege vierkante meters vastgoed. Revalidatie-instellingen experimenteren met Bijna-thuishuizen, een soort eerstelijnsverblijven waar patiënten 'droog' kunnen oefenen. Oorspronkelijk onder de financiering van de Zvw, maar de laatste jaren wordt het verblijf vaak deels bekostigd door patiënten zelf als zij zich dit kunnen permitteren. Daarnaast ontstaan er steeds meer comfortabele revalidatiehotels waar patiënten, grotendeels op eigen kosten, zich kunnen voorbereiden om naar huis te gaan. Medische zorg is er op eerstelijnsniveau aanwezig.

Zelfstandige behandelcentra richten zich op niches en op luxe zorg

Jaren geleden werd duidelijk dat pijnrevalidatie en arbeidsrevalidatie niet meer onder medisch specialistische revalidatiezorg vallen. ZBC's namen dit werkgebied over. Hun businessmodel was oorspronkelijk opgebouwd op basis van het hogere MSR-tarief. Verzekeraars waren, door gebrek aan voldoende wetenschappelijk bewijs van de toegevoegde waarde, niet langer bereid deze tarieven te betalen. Een deel van de ZBC's heeft het hierdoor niet gered. En een deel heeft zich gericht op het luxe segment, voor wie dat kan betalen. Deze luxere ZBC's zijn populaire werkgevers. De relatief lage werkdruk, hogere salarissen en nieuwste technologieën onderscheiden hen van veel andere plekken.

Revalidatieartsen verdwijnen uit het ziekenhuis

De financiering van revalidatiezorg in ziekenhuizen staat al jaren onder druk.⁷ Vanuit de bestoening wordt stevig gestuurd op verplaatsing van zorg naar de eerste lijn door verlaging van tarieven.⁸ De financiering van revalidatie is vooral gericht op het financieren van behandelen, waardoor de tarieven voor enkelvoudige consulten in ziekenhuis of polikliniekbezoek al jaren ontoereikend zijn. Door de gebrekkige financiering zijn multidisciplinaire overleggen met bijvoorbeeld neurologen of reumatologen gesneuveld.

Andere specialisten, zoals cardiologen, oncologen en longartsen nemen steeds meer gerichte revalidatie in hun behandeling mee. Hierdoor lijkt de rol van de revalidatiearts in het ziekenhuis uitgespeeld. En deze is in meerdere ziekenhuizen dan ook verdwenen. In de universitaire medische centra (UMC's) wordt nog steeds onderzoek verricht en veel UMC's hebben zich gericht op een expertisecentrum rondom één ziektebeeld, waarbij revalidatieartsen betrokken zijn bij gespecialiseerd onderzoek.

Voor de acute revalidatiezorg vindt in steeds meer ziekenhuizen digitale afstemming plaats tussen een arts, kinderarts of specialist ouderengeneeskunde uit een instelling en een gespecialiseerd verpleegkundige uit het ziekenhuis. Door de beperkte triage vooraf, de wachttijden en de verkeerde beddenproblematiek kom je als patiënt vaker op een revalidatieplek die niet bij je past. En ook is de afstand tot de eigen woonplaats vaak groot.

Gebrek aan standaardisatie belemmert samenwerking

Door gebrek aan investeringsruimte bij zorginstellingen en door gebrek aan samenwerking tussen instellingen, blijft de integrale ICT achterlopen en daarmee een goed gestandaardiseerd landelijk EPD-systeem. Dit wordt mede veroorzaakt door de hoge beveiligingseisen vanuit de overheid door risicobeheersing na meerdere hacks.

Op lokaal en instellingsniveau worden allerlei apps en zelfmeetapparatuur ingezet om patiënten op afstand te monitoren. Uitwisseling van gegevens tussen verschillende instellingen en zorgprofessionals werd echter niet structureel geregeld. Patiënten raakten hierdoor gefrustreerd en maakten steeds meer gebruik van *Facebook Health community*. Daar delen zij zelf hun gegevens met verschillende zorgprofessionals. Het systeem voldoet niet aan de hoge beveiligingscriteria die de overheid stelt, maar de overheid heeft tot nog toe niet ingegrepen en patiënten accepteren de risico's.

De zorg voor kwetsbare ouderen heeft het druk met haar eigen opgaven

Een verdere samenwerking tussen GRZ en MSR is niet tot stand gekomen. Binnen de verschillende onderdelen van de revalidatiezorg richt ieder zich op zijn eigen doelgroep. Met de vergrijzing is het aantal kwetsbare ouderen en ook het aantal vitale ouderen sterk toegenomen. De groep patiënten die in het grijze gebied tussen MSR en GRZ valt is groter geworden, waardoor het vaker voorkomt dat patiënten op de verkeerde plek terechtkomen.

De ingezette weg van de GRZ om drie sporen te creëren, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar GRZ, eerstelijnsverblijven en extramurale behandelen, loopt tegen dezelfde bezuinigingen aan als de revalidatiezorg. Door de uitkleding van de thuiszorg en de steeds kortere opnameduur is de behoefte aan een tussenoplossing zoals de eerstelijnsverblijven gestegen. De bestoening van deze verblijven is nooit echt uitgekristalliseerd en door de onduidelijkheid hierover is de groei, na de oorspronkelijk sterke toename van het aantal eerstelijnsbedden, afgenomen. Het aantal kwetsbare ouderen dat te vroeg thuiskomt en zich na verloop van tijd meldt op de spoedeisende hulp neemt nog steeds toe. Beter samenwerking in de keten zou hier een oplossing voor kunnen bieden en veel kosten kunnen besparen. Echter, door de schotten in de bestoeningssystematiek en de druk op het systeem richt iedereen zich meer op het oplossen van de problemen van alledag.

Kinderrevalidatie vindt thuis plaats en steeds minder op maat binnen het reguliere onderwijs

Door de brede beschikbaarheid van prenatale screening en diagnostiek wordt het maatschappelijk steeds minder geaccepteerd dat vrouwen een kind met een aangeboren aandoening op de wereld zetten. Kinderrevalidatie vindt, vanuit het inzicht dat kinderen het beste thuis kunnen revalideren en onder druk van bezuinigingen, inmiddels vrijwel altijd poliklinisch plaats. De circa 80 speciale bedden voor kinderrevalidatie zijn de afgelopen tien jaar fors afgebouwd. En de roep om innovatieve activiteiten door het kinderrevalidatiegeneeskundige veld in samenwerking met de eerste en tweede lijn wordt steeds groter.

Ook in het onderwijs is een verschuiving geweest, van speciaal onderwijs met revalidatiebehandeling naar het regulier onderwijs met extra begeleiding.⁹ Door de hoge zorgkosten in het speciaal onderwijs zijn deze zorgvormen volledig uitgekleeft. De revalidatie-instelling heeft in het reguliere onderwijs geen rol meer doordat de behandeling gericht op onderhoud niet meer bij de revalidatiezorg ligt.

Ook de gedachte achter Een Kind Een Plan (EKEP) is te kostbaar gebleken en er is een standaardpakket per school. Een deel van de kinderen komt niet mee en komt thuis te zitten. Door de digitale leeromgeving kunnen zij thuis wel live meekijken met de lessen op school, maar voor de sociale participatie en ontwikkeling van de kinderen is het een ramp. Ook vraagt dit veel van de ouders, omdat een kind bijna permanent thuis is. Daarbij is de dagbesteding uitgekleeft, eerst voor schoolgaande kinderen, daarna veel breder.¹⁰ Alle wijzigingen vragen veel van scholen en van het individuele oplossingsvermogen van patiënten en hun ouders. Zij moeten nu veel meer zelf regelen en financieren.

Bewezen technologieën worden ingezet om kosten te besparen

De allernieuwste technologieën zijn voor velen niet betaalbaar. Door de internationale tweedehands markt van zorgrobots, *Virtual Reality*-systemen en andere technologische hulpmiddelen is technologische ondersteuning breed beschikbaar. Maatwerk is lastig met tweedehands hulpmiddelen, waardoor ze soms meer schade aanrichten.

Zorgverzekeraars onderzoeken actief welke technologieën bewezen kostenbesparend zijn om zo zorg op afstand (telerevalidatie) goedkoper te maken. Voor sommige patiënten zijn zorgrobots een uitkomst; voor anderen leidt het gebrek aan persoonlijk contact tot toenemende eenzaamheid. Bij veel zorginstellingen is wel het bewustzijn dat bewezen nieuwe technologieën de doelmatigheid van zorg kunnen vergroten. Zij kiezen vooral voor technologieën/behandelingen waarvan duidelijk is wat dit financieel oplevert. Voor patiënten die een orthopedische prothese nodig hebben, bijvoorbeeld bij een amputatie, zijn de technologieën nog verder ontwikkeld. De bekostiging is echter uitgekleeft en patiënten moeten vaak langer met een slecht passende prothese doen, met alle schade van dien. Dit geeft veel onvrede, gezondheidsproblemen, mobiliteitsbeperkingen en administratieve rompslomp.

In 2030 moet je als patiënt veel zelf regelen en betalen en hopen dat je vitale naasten hebt. Het behouden en versterken van je gezondheid is je eigen verantwoordelijkheid. Maar je kunt niet bij de pakken neerzitten, je moet *op eigen kracht* vooruit!



4.3 Scenario 3: Mijn nieuwe ik

De overheid heeft korte metten gemaakt met de verschillende kolommen in de zorg. Regels en belangen die persoonsgebonden zorg vanuit een holistisch beeld in de weg stonden zijn weggenomen. Nu in 2030 kunnen we eindelijk spreken van werkelijke integrale revalidatiezorg en bekostiging. Innovatie en zorgtransformatie zijn gestimuleerd en vanuit het buitenland is veel aandacht voor onze innovaties. Je wordt als patiënt op geleide van jouw eigen data door je gezondheidscoach uitgenodigd om gebruik te maken van de nieuwste zorginnovaties. Je hoeft niet meer langs verschillende loketten voor zorg, hulpverlening en financiering. Je kunt terecht bij één gezondheidscoach en aanspraak maken op één budget. Zorginnovaties dragen ertoe bij dat je zo snel mogelijk weer zelfstandig naar vermogen kunt participeren. Door technologie vindt veel revalidatie thuis plaats. Soms vragen patiënten zich af of hun persoonlijke doel wel écht centraal staat. Of weegt het belang van de mooiste innovatie zwaarder? Welkom in 2030!

Dag, ik ben Hendrik. Ik sta in mijn woonkamer naast het hologram van mijn kleinzoon van drie jaar. Mijn zoon, zijn vriendin en kleinzoon wonen ver weg. Dan is dit een mooie manier om hen toch zo nu en dan te zien. Mijn lieve vrouw is zes jaar geleden overleden na een kort ziekbed. Ik woon nu alleen in een appartement in Stadskanaal.

Mijn leven is de afgelopen jaren flink veranderd. Een half jaar geleden was ik nog werkzaam als teamleider bij een bank, maar na mijn herseninfarct ben ik niet meer zo kwiek. Alles gaat wat langzamer. Ik vind het moeilijk om mij te concentreren en heb wat moeite met mijn coördinatie. Ik ben vaak moe en moet echt de tijd nemen. Dat frustriert mij soms wel. Mijn vrienden zeggen dat ik veranderd ben. En soms word ik uit het niets emotioneel. Het is duidelijk iets dat kan gebeuren, maar ik schaam me er wel een beetje voor.

Ik heb zes weken intensieve revalidatie gehad bij een revalidatie-instelling. Nu ben ik weer thuis en wordt mijn gezondheid continu gemonitord. Mijn gezondheidscoach ondersteunt mij met oefeningen of geeft mij een alert wanneer afwijkende waarden worden gemeten. Dit gebeurt op basis van sensoren in mijn appartement en de chip in mijn arm. Deze meet van alles en nog wat; hoe ik mij in het appartement voortbeweeg en of ik überhaupt wel beweeg. Maar ook hoe mijn bloedwaarden zich ontwikkelen. Er zitten zelfs sensoren in mijn koelkast. Als ik teveel toetjes eet, dan krijg ik een alert. Het motiveert mij, maar soms voel ik me een beetje bespioneerd.

Medicatie ontvang ik van de huismeester. Deze ontvangt de medicatie voor alle bewoners via een drone. Wel spacy hoor, transport via een drone. Ik heb begrepen dat dit een samenwerking is van het Drone Instituut van de Universiteit Twente en apothekers in Oost-Groningen. Mijn zoon krijgt ook een bericht als mijn medicijnen worden geleverd; duidelijk zijn ze bang dat ik vergeetachtig word. Ik moet veel medicijnen nemen en dat is een hele opgave. Gelukkig helpt die medicatie-app daarbij. Met al die technologie, voel ik mij soms wel een proefdier.

Ik ben, al zeg ik het zelf, een echte Bourgondiër. Voor mijn herseninfarct organiseerde ik regelmatig etentjes. Dat gaat helaas niet meer. De voorbereiding, het koken en het samen-zijn kosten mij teveel energie. Ik ontvang nu op maat gemaakte maaltijden waarbij ook rekening wordt gehouden met mijn diabetes type 2. Soms smaakt het, maar vaker nog gruwel ik van de maaltijden. Maar ik blijf wel goed op gewicht.

Ik zie mijn vrienden veel minder dan voorheen en voel mij soms eenzaam. Ja, ik zie en hoor ze wel via één van de schermen, maar lekker met elkaar erop uit is er niet meer bij. Met mijn gezondheid gaat het gelukkig steeds beter. Tenminste, er is geen achteruitgang. Het is een geruststellende gedachte dat mijn gezondheidscoach overlegt met andere zorgprofessionals en ik niet meer naar het revalidatiecentrum hoef, maar twee straten verderop naar het zorgcentrum kan. Ik herinner me nog dat het zorgcentrum een echt volwaardig zelfstandig ziekenhuis was, maar dat is inmiddels lang geleden. Door de ontwikkeling van de technologie kunnen ze veel meer in dit soort eerstelijnszorgcentra. Het gevolg is wel dat je naar Groningen of Assen moet voor grotere ingrepen of voor acute zorg. In het zorgcentrum heb ik een goede fysiotherapeut. Zij is geweldig en staat in direct contact met mijn revalidatiearts. Die heb ik na mijn ontslag uit het revalidatiecentrum maar één keer gezien per newskype. Ik weet echter dat mijn fysio en huisarts in contact staan met de revalidatiearts voor het geval er iets zou zijn.

Al met al gaat het dus wel goed met mij. Ik ben dankbaar voor het leven dat ik, ondanks mijn beperkingen, kan leiden. Dat wil niet zeggen dat ik me geen zorgen maak. Met 68 ben ik best nog wel jong en heb ik nog heel wat jaren te gaan. Er wordt goed voor mij gezorgd. Dichtbij en vooral met inzet van technologie op afstand. Soms zie ik de hele week niemand. Daar hebben ze nog niets op gevonden.

De maatschappij is in beweging om vergrijzing op te vangen

Nederland vergrijst al jaren en de consequenties voor de zorg zijn in de afgelopen tien jaar pas echt goed voelbaar. Er moet steeds meer zorg verleend worden door minder professionals. Mensen op zoek naar werk zijn naar Nederland gekomen; toch is dit onvoldoende om de groeiende arbeidsvraag te beantwoorden. Geneeskunde- en verpleegkundestudenten uit Spanje werden verleid om te werken in Nederland. Zo hebben een revalidatiecentrum, een algemeen ziekenhuis en een universitair medisch centrum in Utrecht samen met de gemeente Utrecht midden jaren '20 een programma opgesteld dat voorziet in begeleiding bij huisvesting, opleiding en werk voor deze studenten en de mogelijkheid om na afronding van de opleiding in Nederland te blijven. Een mooi initiatief maar het lost de tekorten in de randgebieden van Nederland niet op. Daar wordt het steeds lastiger om goede zorg dichtbij patiënten te organiseren. Nieuwe technologieën en zorg op afstand worden zoveel mogelijk toegepast, maar door de combinatie van vergrijzing en ontgroening staat naast de zorg het complete voorzieningenniveau in deze gebieden onder druk.

Een antwoord voor met name kwetsbare ouderen, maar ook volwassenen met een beperking, wordt gezocht in nieuwe woonvormen, zoals gedeelde appartementencomplexen of hofjes. Naast een grote toename van het Collectief Particulier Opdrachtgeverschap, nemen gemeentes samen met woningcorporaties, verpleeghuizen en eerste- en anderhalvelijnszorgcentra het initiatief om nieuwe woonvoorzieningen te creëren die geschikt zijn voor kwetsbare ouderen en bewonersgroepen met een specifieke aandoening of zorgvraag. Zo zijn er inmiddels mooie voorbeelden, zoals in Bladel. Daar heeft de oudste zorgcoöperatie van Nederland een oude school omgebouwd tot acht appartementen voor CVA-patiënten die niet meer in staat zijn om volledig zelfstandig te wonen. Met elkaars steun en beperkte ondersteuning van een wijkverpleegkundige, van mantelzorgers en vrijwilligers redden ze het prima. Technologie is meer dan ooit essentieel voor goede zorg op afstand. Het biedt de mogelijkheid om de gezondheid en het welbevinden van bewoners op afstand te monitoren, maar het biedt ook een platform waar alle formele en informele zorgverleners de zorg en ondersteuning aan de bewoners kunnen plannen en afstemmen. De technologische ontwikkelingen gaan snel en meer dan ooit wordt gevraagd of het nu om de technologie gaat of om de patiënt.

Versterking van duurzame inzetbaarheid en zelfredzaamheid

Het gaat goed met Nederland. De economie is de afgelopen jaren met gemiddeld 2,3% gegroeid.¹ Deze groei is niet vanzelf gegaan. Door technologische ontwikkelingen is de vraag naar arbeid, kennis en vaardigheden veranderd. Innovatie heeft bijgedragen aan het oplossen van een aantal maatschappelijk vraagstukken zoals (digitale) veiligheid, het vergroten van de zelfredzaamheid, maar ook aan het vraagstuk van participatie. Zorginnovatie heeft bijgedragen aan het verhogen van doelmatigheid van zorg en aan de economische groei en werkgelegenheid. Bedrijven gericht op nieuwe zorgtechnologieën zijn hard gegroeid en hebben gezorgd voor banengroei in verschillende regio's zoals Eindhoven, Nijmegen, Enschede, Delft en Den Haag.

De economische groei houdt de zorgkostenontwikkeling echter niet bij. De zorgkosten zijn de afgelopen jaren gemiddeld 3,1% per jaar gestegen en bedragen inmiddels ruim € 130 miljard.² De toename is naast de groei van de zorgvraag het gevolg van diezelfde innovatie, maar dan voornamelijk in de medische technologieën, de toename van behandelmogelijkheden en, niet te vergeten, de aanzienlijke prijsstijging van *personalized medicine*.³ Tegelijkertijd is iedereen zich er inmiddels van bewust dat alleen door de inzet van ICT, mHealth en proces- en sociale innovatie de zorg betaalbaar gehouden kan worden. Zorginstellingen reserveren inmiddels mede op advies van de Nederlandse Vereniging van Zorginstellingen minimaal 4% van hun omzet voor innovatie. Tegenwoordig heeft 80% van de zorginstellingen een CMIO (Chief Medical Innovation Officer) in de directie om innovatie, veranderingen en samenwerking met andere partijen structureel vorm te geven en te bewaken. Zij werken nauw samen met innovatieve technologische bedrijven en patiëntgroepen om zinvolle vernieuwingen te realiseren. Ontwikkelingen die leiden tot daadwerkelijk toegevoegde waarde in de zorg hebben ook (internationaal) commerciële waarde. De innovatie is gecoördineerd om te voorkomen dat het wiel op meer plaatsen uitgevonden wordt. Nederland vormt voor internationale technologische bedrijven een interessante testmarkt omdat hier een vruchtbare bodem bestaat voor innovatie en het adoptievermogen van nieuwe technologie hoog is. Naast doelmatigheid moet zorginnovatie in eerste instantie bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en de ervaren kwaliteit door patiënten en zorgmedewerkers. Tenslotte zijn de duurste innovaties technologieën die niet gebruikt worden.

De innovatiefocus binnen de revalidatie is naast de behandelmogelijkheden vooral gericht op het versterken van zelfredzaamheid en draagt bij aan het snel weer participeren in de samenleving. De revalidatiearts richt zich in toenemende mate ook op de vitale ouderen met hoog-complexe zorgvraagstukken.

Iedereen wordt gevraagd naar vermogen te participeren

Iedereen wordt door de overheid gestimuleerd deel te nemen aan het arbeidsproces of zich anderszins nuttig te maken voor de maatschappij. Het wordt als een ieders verantwoordelijkheid gezien om naar vermogen te participeren. Ouderen worden gestimuleerd langer door te werken. Zij worden nog steeds actief benaderd om te participeren in de samenleving en vrijwilligerswerk te doen. Verandering van wetgeving heeft geleid tot verdere flexibilisering van arbeid en stimulatie van werkgevers om ouderen in dienst te nemen. Het vrijwilligerswerk wordt door lokale overheden gestimuleerd door inzet van zorgmunten die verdiend kunnen worden en waarmee je als vrijwilliger kunt sparen voor bijvoorbeeld ondersteuning wanneer dat actueel wordt. Daarnaast is de pensioenleeftijd tussentijds weer verhoogd. Enerzijds omdat mensen ook langer vitaal blijven en anderzijds omdat de mensen nodig zijn vanwege de grote arbeidsvraag. De stijging van de pensioenleeftijd naar 68 jaar per 1 januari 2018 bleek niet voldoende. In 2028 werd deze leeftijd verhoogd naar 69 jaar en men spreekt nu van een verhoging naar 70 jaar.⁴ Daar waar in de zorg een tekort ontstaat aan mensen die zorg kunnen verlenen of een praatje kunnen maken, doen steeds meer zorgrobots hun intrede. Het intermenselijk contact is een begrip dat naar de achtergrond is verdwenen en de eenzaamheid, vooral onder ouderen, is daardoor toegenomen. Via moderne communicatietechnologieën hebben mensen juist makkelijker meer en intensief contact, maar het blijft vaak toch oppervlakkig.

Het belang van, maar ook de waardering voor de revalidatiezorg is de afgelopen jaren sterk toegenomen. In de samenleving, bij werkgevers en niet in de laatste plaats binnen de zorg zelf. We zien dan ook dat steeds meer studenten kiezen voor de specialisatie revalidatiegeneeskunde

en revalidatieverpleegkundige. Dit is natuurlijk vanwege de werkgelegenheidskansen, maar zeker ook omdat er extra in de opleidingen geïnvesteerd wordt. Ook wordt er meer geïnvesteerd in fundamenteel en toegepast onderzoek naar preventie van arbeidsuitval en revalidatie. Het kabinet heeft hiertoe in 2022 een apart onderzoeksbudget van € 175 miljoen vrijgemaakt. Tenslotte moet de verouderende beroepsbevolking fit en vitaal blijven nu zij tot hun 69^e moeten werken. Vanuit preventie bij werknemers ligt de nadruk vooral op het voorkomen van overbelasting of burn-out. Daarnaast gaat er ook veel aandacht uit naar de verbetering van de behandeling bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat, CVA, orgaanrevalidatie en revalidatie bij oncologische aandoeningen. Ook is er onderzoeksgeld naar de kinderrevalidatie gegaan, omdat eerder al aangetoond was dat specifieke interventies en ondersteuning bijdragen aan de zelfredzaamheid en participatie op latere leeftijd. Vanzelfsprekend wordt ook binnen de medisch specialismen oncologie en cardiologie veel aandacht besteed aan revalidatie, maar de holistische blik en de specifieke kennis en ervaring maken dat het merendeel van de onderzoeksgelden naar revalidatiegeneeskunde is gegaan.

Zorgtransformatie Plan

Aan het begin van deze eeuw was er een enorme versnippering van het politieke speelveld. Bovendien ontbraken een heldere visie op de toekomst en het bestuurlijke lef om keuzes te maken. In 2021 kwam een kentering. Hoewel het Nederland economisch best voor de wind ging, groeiden de zorgkosten steeds harder. De administratieve lastendruk bleef onverminderd hoog en de financiering via de separate zorgwetten Zvw, Wmo en Wlz stonden echte integrale zorg in de weg. Dit kwam de doelmatigheid niet ten goede. Druk van met name ouderenorganisaties en patiëntenorganisaties leidde ertoe dat een neoliberal meerderheidskabinet met de VVD, 50Plus en D66, uiteindelijk samen met de sector de kaders heeft geschapen voor een fundamenteel andere inrichting van de zorg. Het betekende de geboorte van het Zorgtransformatie Plan, in de volksmond ook wel genoemd het Deltaplan Gezondheid.

De overheid zette niet alleen in op het realiseren van integrale zorg en integrale bekostiging, maar ook op het versterken van het innovatievermogen. Niet dat er geen innovatie plaatsvond maar het ontbrak vooral aan het opschalen van bewezen innovaties. Er was bovendien wel heel veel ruimte voor zorgorganisaties om nog een keer het wiel uit te vinden. Hierdoor werd innovatie vooral gezien als kostenpost. Tegenwoordig wordt de zorg meer dan ooit gezien als een sector die veel economische en maatschappelijke waarde creëert. Binnen de zorgsector scoort de Nederlandse revalidatiezorg in de internationale benchmark onverminderd hoog door de toegenomen transparantie, kwaliteit en de waardecreatie voor de maatschappij. De revalidatiezorg zorgt ervoor dat mensen die hard nodig zijn op de arbeidsmarkt sneller hun weg daarnaartoe terugvinden. Inmiddels is gebleken dat patiënten bij goede revalidatie veel langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en dat de benodigde ondersteuning soms wel met 40% afneemt.

Het Zorgtransformatie Plan voorzag in ruimte om onderzoek sneller te vertalen naar concrete innovaties en experimenten. Er wordt hierbij gestuurd op innovaties, die toegevoegde waarde genereren, helpen om de zorg meer doelmatig in te richten, en mensen in staat te stellen om zo snel mogelijk (weer) te participeren naar vermogen. De overheid dwingt nu samen met de NZa en de verzekeraars af dat innovaties aantoonbaar bijdragen aan de Quadruple Aim-doelstellingen (verbeteren kwaliteit van zorg, verlaging zorgkosten, verbetering gezondheid van de bevolking en verbeteren beleving van patiënten). Indien een innovatie in de zorg niet aantoonbaar een bijdrage levert dan wordt het gebruik ervan niet gefinancierd. De ontwikkeling van innovaties wordt steeds vaker gefinancierd door patiëntenorganisaties. Zij hebben met de onderkenning dat kwaliteit van zorg niet alleen vanuit medisch perspectief bekeken moet worden, maar vanuit een holistisch mensbeeld, meer dan ooit een bepalende rol gekregen in het toekennen van onderzoeksgelden.

Realisatie van integrale zorg en integrale bekostiging

Het belangrijkste uitgangspunt van het Zorgtransformatie Plan is het realiseren van de Quadruple Aim-doelstellingen. Vijftien jaar geleden sprak iedereen over positieve gezondheid en werd het concept een aantal jaren als uitgangspunt voor de zorgtransformatie genomen.⁵ Voor de revalidatiesector oude wijn in nieuwe zakken, maar voor het zorgsysteem als geheel - onder andere in termen van financiering en inrichting - een enorme verandering. De operationalisering ervan bleek veel meer voeten in de aarde te hebben dan verwacht. Niet omdat zorgprofessionals zich inhoudelijk verzetten tegen het concept, maar omdat de implicaties ervan veel verder gingen dan samen met patiënten beslissingen nemen. Patiënten beschouwden positieve gezondheid steeds vaker als een recht dat geclaimd kon worden bij hun arts. Op een bepaald moment verloor de term dan ook aan geloofwaardigheid. Anno 2030 wordt gesproken over *Integrative Care*. Deze transformatie werd ondersteund door technologische ontwikkelingen die de noodzakelijke infrastructuur mogelijk maakten, zoals snel internet, het breed toepassen van *blockchain* technologie en het ontsluiten en gebruiken van big data. Het heeft nog wel wat hoofdbrekens gekost hoe de privacy van burgers gegarandeerd kon worden, maar ook daar is met vereende krachten een 'gepolderde' weg in gevonden. Gedurende deze transformatie werd duidelijk dat de overheid veel sturender moest zijn bij het vaststellen van standaarden, het wegnemen van de productieprikkel en het slaan van de brug tussen sectoren, specialismen en financieringsbronnen.

Om te komen tot deze transformatie was visie en druk vanuit overheid, verzekeraars, toezichthouders en belangen- en beroepsverenigingen nodig. Ook uit diverse internationale studies in de zorg en andere sectoren, zoals de energiesector, bleek dat voor transformatie - naast sturing vanuit de overheid - samenwerking en vertrouwen tussen alle partijen noodzakelijk is.

De revalidatiezorg wordt al sinds jaar en dag gezien als voorloper in deze beweging en transformatie, waarbij alle partijen gewerkt hebben om met de *patient journey* als uitgangspunt de zorg, processen, informatie en financiering op elkaar aan te laten sluiten. Deze nieuwe manier van

werken werd succesvol geïmplementeerd, onder meer doordat de uitgangspunten van integrative care al diep in de genen van de revalidatiezorg zitten. Dat is ook niet verwonderlijk. De rol en betrokkenheid van ervaringsdeskundigen en hun naasten (family centered care) heeft in het verleden al geleid tot sterk onderling vertrouwen tussen patiënten en de zorgprofessionals, en tot de realisatie van effectieve integrale behandelingen. Wellicht nog belangrijker was dat de versnippering van de revalidatiezorg tussen zoveel specialismen, spelers en instellingen ervoor zorgde dat, behalve het bewustzijn van de noodzaak van samenwerking, er al een grote basis van vertrouwen bestond tussen de spelers in de revalidatiezorg. Samen met de wil om echt de zorg te hervormen vormde dit uiteindelijk de basis voor het succesvol implementeren van integrale zorg en bekostiging. Het feit dat veel van de betrokkenen in de revalidatiezorg vanuit een vast dienstverband werkten maakte ook vanuit inkomenszekerheid de transformatie wellicht makkelijker dan in andere sectoren binnen de zorg.

Op weg naar netwerkrevalidatie bemoeilijkt door bestaand vastgoed

Netwerkgeneeskunde⁶ of netwerkrevalidatie bleek geen volledig nieuw concept voor de revalidatiezorg. Tenslotte was het in de revalidatiezorg al gebruikelijk om over de eigen revalidatiefase heen al samen te werken met andere zorgprofessionals. De zorgtransformatie vroeg echter om nog een stap verder. Zorg voor patiënten liep nog steeds niet naadloos in elkaar over en bleek gefragmenteerd. Zo had de patiënt op enig moment alle noodzakelijke zorg en aandacht tijdens de klinische revalidatie en zo moest diezelfde patiënt samen met zijn naasten met verschillende zorgverleners afspraken maken en hulpmiddelen aanvragen. De overgang was eenvoudigweg te groot. Revalidatie beperkt zich tegenwoordig niet tot enkel de zorg. De ondersteuning in verschillende fasen en het proces rondom het verkrijgen van hulpmiddelen die nodig zijn om naar vermogen zelfstandig te functioneren en te participeren, behoren ook toe aan het netwerk. De focus van revalidatiecentra is steeds meer komen te liggen op hoog-complexe zorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Het heeft geleid tot een daling van het aantal revalidatiecentra. De ontwikkelingen hebben bij menig bestuurder tot hoofdbreken geleid. Een aantal algemene

ziekenhuizen, maar ook categorale ziekenhuizen, bleek te ruim in hun vastgoed te zitten. Omdat dit belemmerend zou werken voor de transformatie is gekeken of regelgeving met betrekking tot de bestemming van het vastgoed versoepeld kan worden.

De zorg kantelt van specialistische domeinen naar patiëntgerichte zorgpaden

Geïnspireerd op de ervaringen van het Karolinska University Hospital in Zweden, dat in 2016 hun operationeel model en daarmee hun zorgverlening op andere wijze vormgaven, is ook de zorg in Nederland hervormd en consequent ingericht.⁷ Het betekende een omslag van specialistische domeinen naar patiëntgerichte zorgpaden. Zorgpaden gericht op specifieke diagnosegroepen waarbinnen patiënten op basis van behoeften en fase in het zorgproces de gepaste zorg en ondersteuning ontvangen. Tegenwoordig werken verschillende zorgprofessionals in zorgpaden samen en begeleiden zij patiënten in hun zorgproces. Het betekende ook dat de medisch specialistische revalidatie daardoor geen domein meer was, maar eerder een functie binnen de verschillende zorgpaden. De patiëntendoelgroepen vormen nu de domeinen: bijvoorbeeld hart- en vaataandoeningen of neurologische aandoeningen. De aanpak is gebaseerd op de principes van *Value Based Healthcare*.⁸ De zorgpaden volgen volgens deze aanpak afgesproken richtlijnen (zorgstandaarden) en protocollen.^{9,10} Afhankelijk van de behoeften van patiënten en hun naasten worden de relevante zorgprofessionals en hulpverleners betrokken. Goede samenwerking en informatie-uitwisseling waren ook hierbij randvoorwaardelijk; niet alleen binnen de grenzen van de instellingen, maar vooral ook erbuiten.

Een belangrijke stap naar integrale bekostiging was het oprichten van een onafhankelijke instelling om alles in goede banen te leiden. De samenwerking tussen de Nederlandse autoriteit voor Populatiebekostiging (NavPb) en de relevante zorgaanbieders, hulpverleners, gemeentes en verzekeraars verloopt steeds beter. Het concreet kunnen terugleiden van kosten naar activiteiten (*Activity Based Costing*) was een voorwaarde en vormde nog een behoorlijke opgave voor zorginstellingen. De Zvw, Wmo en Wlz zijn sinds 2023 samengevoegd. Positief is dat patiënten

niet langer langs verschillende loketten moeten voor declaratie van hun zorg, hulpmiddelen of ondersteuning.

Al met al kunnen we stellen dat de revalidatiezorg al goed stond voorgesorteerd als het gaat om de integrale, interdisciplinaire benadering van zorg en het omarmen van integrale zorg. Revalidatiezorg was daarmee een voorbeeld voor andere zorgdomeinen. Waren 15 jaar geleden de meeste revalidatieartsen fulltime werkzaam binnen een en hetzelfde instituut, in 2030 ziet de werkweek er heel anders uit. Naast hun werk in het centrum voor de hoog-complexe zorg wisselen ze hun werkweek af met de invulling van diagnostiek, prognostiek en coaching van de zorgverleners in het anderhalvelijnscentrum en onderzoek in een academisch ziekenhuis. Ook zijn zij steeds vaker consultant voor een technologisch bedrijf in een innovatieproces. Voor veel revalidatieartsen is dat een hele overgang geweest. Een overgang van locaties en rollen, wat uiteindelijk het werk wel gevarieerder en afwisselender maakt.

Trots op onze status als pioniers in zorginnovatie

In Nederland is iedereen trots op wat er is bereikt op het gebied van zorgtransformatie en zorginnovatie. Trots als pioniers in zorginnovatie. Nederland wordt wereldwijd als gidslaan gezien en zorginnovaties uit Nederland worden ook over de grenzen nadrukkelijk gevolgd en toegepast. De revalidatiegeneeskunde heeft haar vooraanstaande positie verder ontwikkeld en exporteert haar kennis, technologieën en behandelmethodes. Revalidatiezorg is inmiddels een volwassen exportproduct. Zorgprofessionals, instellingen, opleidingsinstellingen, technologiebedrijven, overheden, financiers, patiënten en hun naasten komen naar de jaarlijkse internationale *Health Singularity Fair* in de Jaarbeurs in Utrecht. Patiënten komen daar in aanmerking voor experimentprogramma's. Revalidatiezorg heeft een eigen hal waarin de nieuwste innovaties gedeeld worden en *start-ups* en *meet-ups* worden georganiseerd. Verder worden de ontstane ecosystemen van bijvoorbeeld patiënten, zorgprofessionals, designers, ICT'ers en financiers in stand gehouden door virtuele meet-ups en zijn er specifieke *innovation care clouds* waar data veilig gedeeld en verrijkt kunnen worden.

Er is een sterke groei van buitenlandse patiënten die in Nederland willen revalideren. Het betreft dan met name patiënten met een dwarslaesie of amputatie, maar ook patiënten met een neurologische aandoening of een hersenaandoening, en kinderrevalidatie. Het zijn wel patiënten die het zich kunnen veroorloven, want goedkoop is het niet.

Een mooi voorbeeld is ALS-revalidatie. Naast de satellieten (ALS-behandelteams) in Nederland, heeft een universitair medisch centrum in Utrecht zich de afgelopen jaren ontwikkeld tot het kennis- en onderzoekscentrum voor Motor Neuron Disease (MND) revalidatie. Zij maken gebruik van experimentele behandelmethodes om de levensduur en de kwaliteit van leven van MND-patiënten te verbeteren. Daarnaast is er veel aandacht voor de grote impact die deze aandoening heeft op de naasten van patiënten. Inmiddels zijn er in Europees verband afspraken gemaakt dat patiënten uit de EU gebruik kunnen maken van de kennis en zorgfaciliteiten, waaronder de experimentele behandelingen. Daarnaast biedt het centrum scholing voor revalidatieartsen uit de hele wereld.

Zorgcontinuüm maakt domeindiscussie overbodig

De domeindiscussie was eind jaren '10 een thema. Wat behoort nu wel of niet tot medisch specialistische revalidatiezorg? Deze discussie werd al lang gevoerd vanuit het perspectief van de aard, inhoud en omvang van te verzekeren medisch specialistische revalidatiezorg en de wijze waarop deze zorg onderscheidend is van eerstelijnsrevalidatiezorg of andere medisch specialistische zorg. In 2015 werd hierover meer duidelijkheid gegeven in het rapport 'Medisch specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden'. Uiteindelijk blijkt deze discussie minder relevant doordat de revalidatieartsen hun logische rol innemen in het zorgcontinuüm rondom de unieke patiënt. Was vroeger vanuit de bekostiging het onderscheid tussen medisch specialistische revalidatie en eerstelijnsrevalidatie van belang, nu kan niemand zich dat meer voorstellen. Deze discussie werd tenslotte gevoerd vanuit de financiering en de rol- en taakafbakening, waarbij patiënten en hun zorgpad minder aandacht kregen. Gelukkig wordt daar geen tijd

meer aan verspild. Niet omdat de rol van de revalidatiearts minder belangrijk is geworden, maar omdat alle stappen in het zorgpad goed op elkaar afgestemd zijn en per stap gekeken wordt wie vanuit de behoefte van de patiënt, doelmatigheid en kwaliteit het beste in staat is om de best mogelijke zorg te verlenen. Behalve dat in beschikbaarheid van de zorg regionaal grote verschillen zijn ontstaan, zien we dat dit van patiënt tot patiënt kan verschillen en uiteindelijk is dat leidend. In de periode tussen 2020 en 2025 zijn richtlijnen en protocollen geactualiseerd. Kwaliteit van medisch specialistische revalidatiezorg is beter meetbaar geworden. Revalidatiezorg is onderdeel geworden van verschillende zorgpaden en niet meer een apart zorgdomein.

De patiënt revalideert zoveel mogelijk thuis

Zorg wordt, waar mogelijk, dichtbij huis of met behulp van technologie, thuis georganiseerd. Voor hoog-complexe revalidatiezorg kunnen patiënten terecht bij enkele gespecialiseerde instellingen.

Bij hoog-complexe revalidatievraagstukken is de revalidatiearts vanzelfsprekend onderdeel van het interdisciplinair werkend team. Afhankelijk van de ernst en complexiteit van een vraagstuk heeft de revalidatiearts een coördinerende rol, een rol als (hoofd)behandelaar of een adviserende rol in het zorgproces. De revalidatiearts is vooral betrokken bij de diagnostiek, prognostiek en het vaststellen van het behandelplan.

De revalidatiearts heeft meer dan ooit een belangrijke rol in het versterken en delen van kennis. De periode van klinische revalidatie wordt steeds korter. En technologische ontwikkelingen maken het beter mogelijk om thuis te revalideren en door verbeterde behandelmethodes en medicatie herstellen patiënten sneller. Ook helpt *(close) monitoring* bij het voorkomen van ernstige incidenten. Op basis van beschikbare gezondheids- en gedragsinformatie is er steeds beter inzicht in gezondheidsrisico's en wordt de periode tot (weer) zelfstandig functioneren, indien mogelijk, steeds korter.

Aandacht voor onderzoek, innovatie en veranderend specialisme

De revalidatie-instellingen werken nauw samen met elkaar en met academische centra ten behoeve van de ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde. De opleidingen tot revalidatiearts en de revalidatieverpleegkundige kennen modules zoals: *data analytics, individualized data, mobile tech, User Experience (UX) management, combination trials* en *virtual rehab management*. De hoeveelheid en snelheid van nieuwe technologieën duizelt de revalidatiearts (in opleiding) weleens. Het kost hem veel tijd om alles bij te houden. En de afgelopen jaren zijn er steeds meer klinisch technologen bijgekomen die met revalidatieartsen samenwerken om de nieuwste technologieën te implementeren. Technologische ontwikkelingen op het vlak van autonome mobiliteit en online toegang tot gezondheidsdossiers van patiënten, bieden de revalidatiearts de mogelijkheid om multidisciplinair overleg te hebben terwijl men onderweg is en consulten te plegen in de nabijheid van of bij patiënten. Daarnaast wordt de revalidatiearts steeds vaker geconsulteerd door andere zorgprofessionals. Veel interventies zijn minder *hands-on* geworden en meer *chip-on*. Veel innovaties zijn ook gericht op nieuwe ziektebeelden en nieuwe behandelingen.

Technologie biedt meerwaarde voor iedereen

Er is een landelijk Persoonlijk Gezondheids Dossier (PGD) ingevoerd. Vanuit het VIPP programma dat in de periode 2017-2020 door VWS geïnitieerd is en door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) werd begeleid, zijn de best cases geselecteerd die mede als blauwdruk hebben gediend om te komen tot een landelijk uniform PGD.¹¹ Op basis van een aanvullend pakket van eisen en uitgangspunten zijn de definitieve contouren geschetst in 2021. Er is vaart gezet achter de ontwikkeling om in 2022 te komen tot invoering. In tegenstelling tot eerdere gezondheidsdossiers is de regie en het eigenaarschap neergelegd bij de burger.

Privacyvraagstukken zijn daarbij uitvoerig gewikt en gewogen. Op basis van *blockchain* technologie is een veilige technische infrastructuur gecreëerd waarin privacy gewaarborgd wordt.

Administratieve relevante handelingen en transacties kunnen gecontroleerd en gevalideerd worden zonder dat een partij ongewenste acties met de data kan uithalen. Het belangrijkste struikelblok vormde daarbij de nationale en Europese wetgeving. De infrastructuur bood bovendien de mogelijkheid voor allerlei aanvullende diensten gericht op de unieke persoon of patiënt. Bijvoorbeeld het identificeren van eventuele persoonlijke gezondheidsrisico's door screening van een geneprofiel en door gezondheidsdata tegen big data-databases aan te houden. Naast zorghistorie kunnen ook realtime gezondheids- en omgevingsdata toegevoegd worden aan het gezondheidsdossier. Burgers en patiënten genereren aan de hand van allerlei sensoren (nanotech, smart homes) waardevolle data voor onderzoek.

Technologische innovaties dragen bij aan sneller en beter herstel

Er worden steeds meer en eerder technologische innovaties ingezet. Ook zijn er steeds meer innovaties op het gebied van hulpmiddelen en diensten die patiënten ondersteunen bij het opnieuw verkrijgen van zelfstandigheid. Ook zijn er verschillende innovaties die helpen voorkomen dat zorg nodig is, of die zorgen dat zorg sneller ter plaatse is wanneer het nodig mocht zijn. Voorbeelden zijn valpreventie (WOLK 2.0) en slimme protheses zoals de 'Luke' arm.^{12,13}

Nederland wordt een living lab

Voor elke zorgfase zijn er verschillende technologische innovaties. Nieuwe behandelmethodes zorgen ervoor dat mensen na een incident beter herstellen. Ook zijn er methodes die ernstige nieuwe incidenten voorkomen. Er zijn talloze innovaties die in Nederland door de experimenteeruimte en de beschikbare patiëntinformatie gericht aan de man gebracht worden. Nederland is daarmee een groot *living lab* geworden.¹⁴ Smartpills leveren medicatie doelgericht af en robotchirurgie vervangt invasieve operaties.

Spanningsveld: technologie versus toegevoegde waarde voor de gebruiker

Voor zorgprofessionals en instellingen is het lastig om bij te blijven met alle ontwikkelingen die op hen afkomen. Het heeft geleid tot meer intercollegiaal contact over ervaringen en resultaten. Sommige patiënten duizelt het wel, maar gelukkig wordt innovatie ook steeds meer gericht op de specifieke *user experience*. We vragen ons weleens af of we niet een beetje doordraven. Gaat het nu om de technologische innovatie of om de toegevoegde waarde voor patiënten en hun naasten?

In 2030 word je als patiënt op basis van jouw data uitgenodigd om gebruik te maken van de nieuwste zorginnovaties. Zorg is rondom jouw zorgvraag georganiseerd, maar soms is het de vraag of jij wel centraal staat of dat de technologie jouw nieuwe ik bepaalt?



5 Van scenario's naar acties

De trends en ontwikkelingen die het landschap van de medisch specialistische revalidatie domineren, vormen samen met de kernonzekerheden de basis voor de drie toekomstscenario's die in het vorige hoofdstuk beschreven zijn.

Revalidatie-instellingen willen ook in de toekomst goede, patiëntgerichte revalidatiezorg bieden. Ze werken er dan ook hard aan hun organisaties toekomstgericht en proactief te houden. De toekomstscenario's helpen hierbij. Scenario's zijn geen visie, beleid of strategie. Ze geven nieuwe inzichten die revalidatie-instellingen stimuleren om over de toekomst na te denken. Scenario's kunnen hen inspireren om te anticiperen op ontwikkelingen, te innoveren en zijn een hulpmiddel bij strategische besluitvorming. Ook bieden scenario's de mogelijkheid om invloed uit te oefenen, bijvoorbeeld als het gaat om de positie van de revalidatiegeneeskunde in het zorglandschap.

De hiervoor beschreven toekomstscenario's *Mijn doel voorop*, *Op eigen kracht* en *Mijn nieuwe ik* zijn tot stand gekomen met inbreng van een groot aantal betrokken stakeholders en de klankbordgroep van patiëntvertegenwoordigers. Iedereen kan met de scenario's aan de slag door zich af te vragen wat ze kunnen doen mochten de scenario's werkelijkheid worden.

Scenario's zijn geen voorspellingen maar beschrijvingen van mogelijke veranderingen in de toekomst, die van invloed zijn op de sector. Uit de trendstudies, onzekerheden, interviews en scenario's zijn vier hoofdthema's te destilleren die belangrijk zijn voor de revalidatie. Revalidatie-instellingen, revalidatieartsen en de beide overkoepelende verenigingen Revalidatie Nederland en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen VRA zullen, ongeacht het scenario dat zich zal voltrekken, in deze vier thema's moeten investeren. Revalidatie Nederland heeft voor deze thema's een ambitie, oftewel een moonshot¹, voor de revalidatiesector geformuleerd.

5.1 Patiënteninbreng gewaarborgd

In de zorg wordt samen beslissen steeds belangrijker. Onderzoek wijst uit dat de doelmatigheid en de ervaren kwaliteit van zorg daardoor beter wordt en dat mensen beter in staat zijn beslissingen te nemen over het al dan niet aangaan of voortzetten van behandelingen. De revalidatiezorg loopt al voorop als het gaat om het betrekken van patiënten bij de behandeling. Patiënten laten zich steeds beter informeren over hun aandoening of ziekte en internet biedt veel informatie. Naast internet krijgen patiënten informatie van patiëntenverenigingen, van ervaringsdeskundigen en door lotgenotencontact. Patiënten zijn hierdoor beter voorbereid op wat komen gaat en worden steeds meer de regisseur van hun behandelproces, inclusief het nazorgtraject.

Bij het werkelijk centraal stellen van de zorgbehoefte van patiënten dient met deze rol rekening te worden gehouden. Het gaat voor patiënten niet zozeer om de vraag welk behandelend specialisme bij hun zorgbehoefte hoort, maar wel om het krijgen van een goed antwoord op hun probleem of zorgvraag. Patiënten willen hierbij digitaal ondersteund worden. Bijvoorbeeld door inzage in het eigen dossier, de mogelijkheid tot het plannen van afspraken met behulp van apps en digitale ondersteuning bij therapie in de thuissituatie. Patiënten zijn hierin leidend en bepalen, al dan niet met ondersteuning van een mantelzorger, zelf in hoeverre ze de regie over hun behandeling willen nemen. Het specialisme revalidatiegeneeskunde is hierbij niet zozeer het uitgangspunt, maar wel een belangrijk onderdeel van de oplossing van de zorgvraag van patiënten. De revalidatiearts informeert patiënten zo objectief en goed mogelijk en adviseert hen vervolgens over het behandelplan. Hoe het behandelplan er uiteindelijk uitziet, bepaalt de patiënt samen met zijn mantelzorgers en zorgverleners. Patiënten stellen ook steeds meer eisen aan bejegening en mensgerichtheid, met bijpassende service. Het is echter niet 'u vraagt, wij draaien'. Het behandelplan valt binnen de financiële, mentale en fysieke mogelijkheden van de patiënt.

Binnen de revalidatie is al sprake van een holistische aanpak. Ook de uitgangspunten van positieve gezondheid zijn van toepassing op de sector². Ze zijn al gedeeltelijk ingebed in de revalidatiezorg. Dit kan ook binnen de revalidatie nog veel verder doorgevoerd worden. De Raad

voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) pleit dit jaar in haar rapport 'Zonder context geen bewijs' voor *context based practice*³. De revalidatiegeneeskunde is bij uitstek het specialisme dat de omstandigheden van de patiënt weegt om tot een goed (context én evidence based) behandeladvies te komen. Context staat daarbij niet tegenover evidence, maar maakt daar onderdeel van uit. Evidence is ondersteunend aan de beslissing over de behandeling die patiënten uiteindelijk krijgen. Het RVS-rapport geeft aan dat het belangrijk is meer aandacht te besteden aan luisteren en niet alleen aan het zenden van informatie. Revalidatie Nederland zal de invoering van deze principes stimuleren en zal deze werkwijze toetsen via de uitvraag van ervaringen van patiënten.

Moonshot: over drie jaar geeft 85% van de patiënten (of hun mantelzorgers) in de revalidatie aan dat zij op de hoogte zijn van de verschillende keuzemogelijkheden in hun zorgproces en is hun voorkeur hierin bepalend bij hun behandelplan.

5.2 Netwerkrevalidatie ingezet

Patiënten zullen in de toekomst een meer centrale positie gaan innemen dan nu het geval is. Ze worden hun eigen casemanager of organiseren deze taak op een andere wijze. De zorg en ondersteuning wordt aangeboden op het moment dat het ze uitkomt op een locatie die bij ze past. De omgeving en de naasten hebben hierin een hele belangrijke rol. Een volledige transitie van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg vindt dan plaats. Dit heeft een andere invulling van het vak revalidatiegeneeskunde tot gevolg. Revalidatie is zorg in de breedte, die bedoeld is om mensen zo lang mogelijk vitaal te houden en te zorgen dat ze zo lang mogelijk deel uit maken van de maatschappij. Revalidatie is geen 'stand alone'-vak maar een samenwerking met andere disciplines gericht op het optimaal functioneren van patiënten. Revalidatie is daarmee onderdeel van een netwerk waarin alle benodigde expertise aanwezig is. Door deze nieuwe inrichting vervalt de ketensegmentatie en blijft er maar één domein over: optimaal leven met de beperking(en). Vanwege de kennis over de verschillende domeinen kan de revalidatie hierin goed de regie voeren.

De revalidatiearts behandelt steeds minder zelf maar heeft juist een belangrijke regiefunctie in de behandeling van patiënten. De revalidatiearts en zijn behandelteam werken ook ambulante, en bezoeken hun patiënten thuis, in de wijk en/of op afstand. De voortschrijdende techniek maakt dat mogelijk. De huisarts is in eerste instantie het aanspreekpunt van patiënten met gezondheidsvragen. Zodra patiënten beperkingen krijgen vanwege een aangeboren aandoening, ongeval of chronische ziekte neemt de revalidatiearts het over. De revalidatiearts treedt als coach op bij een minder complexe zorgvraag en gaat zich toeleggen op complexe zorg bij een groeiende (nieuwe) groep patiënten.

Er komen nieuwe aandoeningen waarbij de werkwijze en de kennis en kunde van de revalidatiearts en zijn interdisciplinaire team goed van pas komen. De revalidatieartsen hebben een netwerk van revalidatieartsen en andere medisch specialisten, waarin ze kennis en kunde uitwisselen en elkaars expertise kunnen benutten. Zo blijft de kwaliteit van de geboden zorg hoog. Deze ontwikkeling sluit goed aan op de in de revalidatie ontwikkelde *stepped care* visie. Onafhankelijk van de plaats in de keten ontvangen patiënten de juiste zorg op de juiste plaats en op het juiste moment. Bij de *stepped care* aanpak wordt aan de hand van heldere criteria de minst intensieve, maximaal effectieve zorg, op de juiste plek in de keten aangeboden. Hieronder valt bijvoorbeeld de verschuiving van professionele zorg naar de nulde lijn (zelfzorg). Dit alles passend bij de ernst van de aandoening, behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Voordeel hierbij is dat door een snelle doorstroom de capaciteit maximaal benut wordt en dat het zorgaanbod plaatsvindt in de voor patiënten meest plezierige omgeving. De revalidatiearts zoekt hierbij de samenwerking in het netwerk met eerstelijnsinstellingen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, onderwijs en gemeentes, vanuit een regierol of expertiserol, afhankelijk van wat passend is voor de situatie. Hierdoor ontstaan zorgpaden die door de schakels in de netwerken rondom patiënten heen kunnen lopen, variërend van een eerste bezoek aan de huisarts en opname in het ziekenhuis tot ambulante begeleiding en nazorgtrajecten.

Veel zorg kan dicht bij patiënten plaatsvinden en de instellingen moeten daarop inspelen. De instellingen bundelen hun krachten en kunnen specifieke netwerken op het gebied van onderwijs, onderzoek en zorg worden, waarin verschillende disciplines samenwerken in de verschillende fasen van de ondersteuning van patiënten. De revalidatiesector levert en/of faciliteert de zorg aan patiënten zoveel mogelijk in hun eigen omgeving en heeft 'centers of excellence' voor de complexe zorg die niet thuis kan plaatsvinden.

Het zorgsysteem is nog niet helemaal zo georganiseerd en gereguleerd. Er moeten nog stappen worden gezet in de inrichting van het zorgproces, de regelgeving en de bekostiging om te komen tot deze integrale revalidatiezorg. Een wijze van werken waarin voor iedere patiënt steeds de beste zorg, op de beste plek en door de beste zorgverlener wordt gegeven en waarbij de kwaliteit van de zorg en de doelmatigheid gebaat zijn.

Er zijn al projecten gaande die hier een aanzet toe leveren. In bijvoorbeeld het project 'Samen beslissen in de revalidatie' werken partijen samen met als doel patiënten in de keten zelf (mee) te laten beslissen wat een goede plek is om te revalideren. Het kennisnetwerk CVA Nederland is opgezet om patiënten te ondersteunen bij kwalitatief goede zorg na een CVA. Hierin werkt de hele keten samen om samen met patiënten goede zorg op de juiste plek te verlenen. De landelijke initiatieven met betrekking tot keten- en of netwerkvorming nemen toe. Alle initiatieven hebben het uitgangspunt dat patiënten en de zorgvraag centraal staan. Verpleeghuizen en revalidatie-instellingen werken al in toenemende mate samen in verschillende varianten, van afstemming tot volledige integratie van beide domeinen. Maar er is ook integratie van eerste-, anderhalve- en tweedelijnsactiviteiten, vooral bij de pijnrevalidatie. Ook op het gebied van de kinderrevalidatie wordt steeds meer samengewerkt met andere medisch specialismen en het onderwijs. Doel is optimaal afgestemde zorg voor de zorgvrager waarbij een efficiënte inrichting van processen en bewezen effecten van de behandeling leidende begrippen zijn. Al deze inhoudelijke initiatieven, die aansluiten bij een maatschappelijke behoefte, dienen verder geoptimaliseerd te worden. Hierbij moeten met name de schotten tussen de verschillende domeinen

(bekostiging, wet- en regelgeving) geslecht worden. Revalidatie Nederland brengt partijen hier- voor met elkaar in verbinding en zorgt ervoor dat experimenten op weg naar integrale bekosti- ging van de grond komen.

Moonshot: de revalidatiesector maakt als eerste sector, vanuit een diepgewortelde holistische visie op de behoeften van patiënten, de stap naar integrale zorg en integrale bekostiging.

5.3 Transparantie verder doorgevoerd

Centraal staat de waarde die de revalidatie toevoegt aan het welbevinden van patiënten. Dit bepalen patiënten ten eerste zelf. Om zelf keuzes te kunnen maken, is het van groot belang dat patiënten over objectieve informatie, ervaringen van andere patiënten en concrete resultaten van behandelingen kunnen beschikken. Daarnaast leggen zorgverzekeraars en overheid de nadruk op bewezen effectiviteit. Daarbij kijken ze niet alleen naar de gemeten kwaliteit, maar ook naar de ervaren kwaliteit en de context waarbinnen de zorg wordt geleverd.

De revalidatiesector moet zich dus verder toeleggen op onderzoek naar de resultaten van behandelingen en het verzamelen en op een aantrekkelijke en duidelijke manier weergeven van patiëntervaringen. De sector heeft al een aantal prestatie-indicatoren opgenomen, waarin patiënten gevraagd wordt naar hun ervaring met de verleende zorg en de behandelaar. Het is van groot belang dat de revalidatiesector het gebruik van ervaringsindicatoren nog verder uitbreidt.

Daarnaast is het doen van onderzoek naar effecten van behandelingen belangrijk. Aan de hand van verschillende uitkomstmaten (onder andere de USER, een meetinstrument om het resultaat van klinische revalidatie te meten en de PDI, een vragenlijst over de invloed van pijnklachten op iemands leven) worden al uitkomsten van behandelingen gemeten die op landelijk niveau verzameld kunnen worden. Systemen van integraal risicomanagement zullen deze ontwikkeling ondersteunen. De kwaliteits- en veiligheidseisen van patiënten, en ook de output van processen,

worden centraal gesteld. Kwaliteit, veiligheid en resultaten van behandelingen worden continu gemeten, gevolgd en verbeterd. Risico's proactief signaleren, verbeteringen initiëren, adequaat reageren op incidenten en klachten en scores op klanttevredenheidsindexen zijn leidend in de cultuur van de revalidatie.

Hiervoor ontwikkelt Revalidatie Nederland, in samenwerking met patiënten en verzekeraars, de Landelijke Databank Uitkomstmaten Revalidatie. In 2018 worden de eerste concrete gegevens over de landelijke resultaten van de revalidatiebehandeling voor klinische CVA-patiënten en patiënten met chronische pijn aangeleverd aan deze databank. Met deze gegevens zullen de eerste benchmarkrapportages gemaakt worden. Gelijktijdig zal de kennis op het gebied van *Value Based Healthcare* vergroot worden met als doel de koppeling van uitkomsten aan kosten te realiseren. Er wordt ook een participatiemeter ontwikkeld. Het gaat om een generiek instrument om de uitkomsten van de revalidatiebehandeling op vier domeinen in kaart te brengen: zelfredzaamheid, participatie, eigen regie en kwaliteit van leven.

Moonshot: de revalidatiesector is volledig transparant over de uitkomsten van de zorg. De indi- catoren hiervoor zijn samen met de patiënten bepaald en gerapporteerd. Als eerste sector in de Nederlandse gezondheidszorg worden deze uitkomsten gekoppeld aan kosten. Dit om zo gunstig mogelijke uitkomsten bij zo hoog mogelijke kwaliteit tegen zo min mogelijk kosten te realiseren.

5.4 Innovatievermogen optimaal ingezet

De komende jaren wordt geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Het wordt gestimuleerd om op zoek te gaan naar manieren om de zorg te verbeteren en te vernieuwen en om gebruik te maken van de nieuwste inzichten. Onderzoek en innovatie zijn echter geen doel op zich. Een stevige brug tussen zorg, innovatie, onderzoek en implementatie is van belang, vooral ook om in de toekomst te blijven voldoen aan de steeds hoger wordende kwaliteitseisen. De instellingen zullen moeten samenwerken en in onderlinge afstemming speerpunten moeten

ontwikkelen. Hierbij is de landelijke dekking van expertise leidend. Innovaties moeten worden ingezet om de zorg te verbeteren en toegankelijker, minder arbeidsintensief en doelmatiger te maken. De vergrijzing zorgt voor een enorme toename van de zorgkosten en het verlagen van het arbeidspotentieel. Innovaties zijn nodig om patiënten ook in de toekomst goede zorg te kunnen bieden. Innovaties komen tot stand door goed te luisteren en te kijken naar patiënten. Patiënten zijn een belangrijke partner in het innovatieproces.

Door technologische ontwikkelingen zijn de mogelijkheden om in de directe omgeving van patiënten te kunnen behandelen toegenomen. Zo wordt er al gewerkt met telerevalidatie (revalidatie op afstand) in verschillende varianten: van videoconsultatie en webgebaseerde omgevingen om mensen thuis te trainen, tot een combinatie van ICT en biomedische technologie, waarbij sensoren op het lichaam signalen meten. Telerevalidatie biedt vele voordelen, zoals tijdswinst voor professionals en minder reistijd voor patiënten, die op deze manier thuis meer kunnen oefenen en een programma op maat kunnen krijgen.

De revalidatiesector leent zich bij uitstek voor het doorvoeren van dit soort innovaties. Zo heeft bijvoorbeeld een aantal revalidatie-instellingen de krachten gebundeld om met behulp van telerevalidatie de kosten van revalidatie op termijn met 10% te verlagen. Dat de sector innovatief is blijkt ook uit de opbrengsten van een innovatieprogramma van waaruit tientallen kleinere of grotere innovaties zijn (door)ontwikkeld. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het inzetten van robotica bij patiënten met een beroerte of het thuis revalideren onder professionele begeleiding met eHealth-toepassingen. Daarnaast wordt revalideren met virtual reality steeds gangbaarder. *Gaming* en ondersteunende looprobots worden al in meerdere centra toegepast. Naast technologische innovaties is ook veel aandacht nodig voor procesinnovaties. Denk hierbij aan het verbeteren en vernieuwen van bestaande ketens of netwerken of aan het organiseren van keten- of netwerkzorgprogramma's, op basis van *stepped care*, met heldere verwijscriteria voor minder intensieve of juist meer intensieve behandeling. Dit leidt tot doeltreffende en doelmatige zorg. De revalidatiesector neemt hierin haar maatschappelijke verantwoordelijkheid en toont de effectiviteit ervan aan met onderzoek. Een netwerk van klinisch werkende revalidatie-instellingen

gaat de krachten bundelen en stelt in samenwerking met de universitaire centra een onderzoeks- en innovatieagenda op. Revalidatie Nederland faciliteert dit.

Moonshot: de revalidatiesector maakt innovatie en technologie snel toepasbaar voor patiënten, doet dit in samenspraak met patiënten en wordt over drie jaar gezien als een van de meest innovatieve sectoren in de Nederlandse gezondheidszorg.

5.5 Afsluitend

De revalidatiesector maakt zich op voor de toekomst. Door de vergrijzing, nieuwe behandelingsmogelijkheden en nieuwe aandoeningen zullen meer patiënten een beroep doen op revalidatiezorg. Dit vraagt om doelmatige en op de zorgbehoefte van patiënten gerichte zorg. Dit betekent een transitie van aanbodgerichte naar vraaggerichte, integrale (revalidatie)zorg. Patiënten, instellingen, professionals, verzekeraars en overheid moeten de handen ineenslaan en aan de slag met deze transitie. Daar is samenwerking tussen de betrokken stakeholders voor nodig. Er hoeven geen grootscheepse systeemwijzigingen plaats te vinden om hierin verdere stappen te zetten. Wel zullen de schotten tussen de verschillende contingenten moeten worden opgeheven. Verder is, naast daadkracht, de garantie aan alle partijen nodig dat de zorg goed geleverd kan worden. Organisaties en professionals moeten de tijd en de middelen geboden worden om deze transitie vorm te kunnen geven. Samenwerking wordt het leidende begrip en is hét kenmerk van de revalidatie. De samenwerking wordt per keten of netwerk georganiseerd waarbij de toegevoegde waarde voor patiënten leidend is. Dat vraagt leiderschap: leiderschap van decisionmakers maar zeker ook leiderschap van professionals. Het belang van patiënten staat centraal. De stip op de horizon is 2030. Met deze ambities starten we nu.

Revalidatie Nederland en BeBright hebben de toekomstscenario's ontwikkeld samen met patiënten en stakeholders. Revalidatie Nederland dankt allen die hier een bijdrage aan hebben geleverd.

Klankbordgroep De heer drs. M.H. (Martijn) Klem (voorzitter) • De heer J.M. (Jos) Dekkers • Mevrouw M. (Melanie) Peterman • De heer B. (Bram) Prinsen • De heer dr. C. (Cees) Smit • De heer J.P.T. (Peter) Timofeeff • Mevrouw drs. I.L. (Ilona) Thomassen-Hilgersom • Mevrouw mr. M.D. (Mariske) Vreugdenhil **Lustrum-commissie** Mevrouw I.M. (Ytje) Jensma MA, Klimmendaal (voorzitter) • De heer S.H. (Steven) Berdenis van Berlekom MBA, De Hoogstraat Revalidatie • De heer F.A. (Frans) van den Broek d'Obrenan MHA, Rijnlands Revalidatie Centrum • Mevrouw drs. K. (Karin) van Londen, Revalidatie Nederland • Mevrouw drs. J.A. (Jannie) Riteco, Revalidatie Nederland • Mevrouw drs. S.D. (Susanne) van Vegten, Merem Behandelcentra **Projectgroep** Mevrouw ir. M. (Maartje) Baede, BeBright • Mevrouw K.A.E. (Karin) Braspenning MSc, Revalidatie Nederland • Mevrouw B. (Bo) Fokkes MSc, BeBright • Mevrouw E. D. (Esther) Hulst, Revalidatie Nederland • De heer Ph.J. (Philip) Idenburg MSc. MBA, BeBright • Mevrouw drs. K. (Karin) van Londen, Revalidatie Nederland • De heer drs. ing. D. (Daniël) Mogendorff, BeBright • Mevrouw drs. J.A. (Jannie) Riteco, Revalidatie Nederland • De heer drs. J. (Jeroen) Smale, Revalidatie Nederland **Geïnterviewden** De heer mr. J.F.M. (Jos) Aartsen, UMCG • Mevrouw drs. E.W.J. (Ellen) Agterhof, De Hoogstraat Revalidatie • De heer drs. R.J. (Rob) Beuse, De Hoogstraat Revalidatie • De heer A. (Alok) Blondé, ervaringsdeskundige • De heer M.G. (Marcel) Conradi, De Hoogstraat Revalidatie • De heer dr. H.A. (Huib) Cense, Federatie Medisch specialisten • De heer drs. I. (Iede) van Dijk, De Hoogstraat Revalidatie • De heer drs. B.E. (Bas) van den Dungen, Ministerie van VWS • Mevrouw drs. A.L. (Anne Lee) Edens, Actiz • De heer drs. C.M. (Marc) van Gestel, Roessingh, Centrum voor Revalidatie • Mevrouw drs. W.M. (Wijnandien) Hoek-Scholten, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen VRA • Mevrouw P.H. (Petra) van Holst-Wormser, Zorgverzekeraars Nederland • Mevrouw B. (Britt) Huijbregts MSc, Nederlandse Zorgautoriteit • De heer J.E.B. (Jeroen) Kemperman, Zilveren Kruis • Mevrouw drs. J.C.E. (Josefien) Kursten, Nederlandse Zorgautoriteit • Mevrouw drs. K. (Karin) Lieber, Zinzia • Mevrouw A. (Annette) Perdon, De Hoogstraat Revalidatie • Mevrouw drs. A.M. (Anne Marie) ter Steeg MHA, Nederlandse

Vereniging van Revalidatieartsen VRA • Mevrouw drs. D. (Dianda) Veldman, Patiëntenfederatie Nederland • Mevrouw prof. dr. J.M.A. (Anne) Visser-Meily, UMC Utrecht **Inhoudelijke meelezers** Mevrouw dr. P.H. (Paulien) Goossens, revalidatiearts, Rijnlands Revalidatie Centrum • De heer dr. J.W.G. (Jan-Willem) Meijer, revalidatiearts, Revant medisch specialistische revalidatie • De heer drs. C.M. (Marc) van Gestel, revalidatiearts, Roessingh, Centrum voor Revalidatie **Patiëntenorganisaties** BOSK • Dwarslaesie Organisatie Nederland • Korter Maar Krachtig • Landelijk Steunpunt (Mede)zeggenschap LSR • Patiëntenfederatie Nederland • Spierziekten Nederland **Stakeholders** Actiz • BPSW • Capaciteitsorgaan • Cognitio Consultancy • CZ Zorgverzekeraar • Erasmus MC • Ergotherapie Nederland • Fenac • FNO Zorg én Perspectief Jongerenpanel • Kenniscentrum Sport • Long Alliantie Nederland • MEE NL • Menzis zorg en inkomen • Mezzo • Mytylschool Ariane de Ranitz • Nederlandse Orthopaedische Vereniging • Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen VRA • Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde • Nederlandse Vereniging voor Cardiologie • Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie • Nederlandse Zorgautoriteit • NIAZ • NIVEL • NVZ Vereniging van ziekenhuizen • Pensioenfonds Zorg en Welzijn • Rabobank Nederland • Rehab Academy • Revalidatiefonds • RIVM • Stichting Vroege Interventie Revalidatiezorg • Tytlylcentrum de Witte Vogel • UMC Utrecht • Verenso • VIR e-care Solutions B.V. • Zilveren Kruis Achmea • ZonMw **Leden Revalidatie Nederland** Academisch Medisch Centrum • Adelante • Bravis ziekenhuis • Capri Hartrevalidatie • Ciran • De Hoogstraat Revalidatie • Heliomare Revalidatie • Klimmendaal • Laurentius Ziekenhuis • Libra Revalidatie & Audiologie • Maasstad Ziekenhuis • Meander Medisch Centrum • Merem Behandelcentra • Militair Revalidatie Centrum Aardenburg • Noordwest Ziekenhuisgroep • OCA • Radboudumc • RAP, Revalideren, Activeren, Participeren • Reade • Revalidatie Friesland • Revant medisch specialistische revalidatie • Rijndam Revalidatie • Rijnlands Revalidatie Centrum • Roessingh, Centrum voor Revalidatie • Saxenburgh Groep • Sint Maartenskliniek • Sophia Revalidatie • Spaarne Gasthuis • Tolbrug • Treant Zorggroep • UMCG Centrum voor Revalidatie • Vogellanden, Centrum voor Revalidatie en bijzondere Tandheelkunde • VU medisch centrum • Wilhelmina Ziekenhuis Assen • Winnock Zorg • Ziekenhuis St Jansdal • Zuyderland

Hoofdstuk 1 Inleiding

- ¹ Skipr Redactie, Nederlandse Revalidatiegeneeskunde scoort internationaal, 4 juli 2017 – top 10 academische centra wereldwijd vastgesteld door Center for World University Rankings (CWUR)
- ² Zichtbaar, innovatief en patiëntgericht, Strategische Beleidsplan 2015-2019, Revalidatie Nederland, juni 2015
- ³ VTV 2018, RIVM, 2017
- ⁴ A.C.H. Geurts, F. Nollet, C.A.M. van Bennekom, J.M.A. Visser-Meily, mede namens alle hoogleraren revalidatiegeneeskunde, De hoogleraar aan zet, Nederlands tijdschrift voor revalidatiegeneeskunde, juni 2016, p.130-133

Hoofdstuk 2 De trends en ontwikkelingen in detail

- ¹ Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) Prognose Bevolking. Statline. Geraadpleegd 20 maart 2017 via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83597NED>
- ² CBS (2016) Kernprognose 2016 – 2060: 18 miljoen inwoners in 2034 voorzien. Bevolkingstrends, oktober 2016
- ³ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ⁴ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ⁵ Hintum, van M. (2011) Kwetsbare ouderen in de praktijk. Sociaal Cultureel Planbureau (22 april 2017) 2011 - 19
- ⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek (2015) Prognose huishoudens. Via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83228NED&D1=0&D2=a&D3=0%2c95-111&D4=0&D5=0-4%2c14%2c24%2c34%2c4&HDR=T%2cG1&STB=G3%2cG4%2cG2&VW=T>
- ⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) Regionale prognose 2017 – 2040. Via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83489NED&D1=0&D2=0&D3=0,21-30&D4=0-12&D5=3,13,l&HD=160912-0828&HDR=T,G1,G3&STB=G2,G4>
- ⁸ Centraal Bureau voor de Statistiek (2017) Bevolking – Herkomstgroepering. Via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37325&D1=a&D2=a&D3=0&D4=a&D5=0-10&D6=18-21&VW=T>
- ⁹ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>

- ¹⁰ Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) Zorgstandaarden in model: rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken ZonMw programma Disease management chronische ziekten: Den Haag.
- ¹¹ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ¹² Drenth- van Maanen A.C. et al. (2012) Polyfarmacie bij ouderen: Wat gaat er mis en hoe kan het beter? Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2012(03): 114 - 119
- ¹³ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ¹⁴ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ¹⁵ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ¹⁶ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ¹⁷ Zorgprisma Publiek (2014) Gemiddelde kosten per patiënt. Via <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/ziekenhuiszorg/medisch-specialistische-zorg/row-4/wat-zijn-de-gemiddelde-kosten-per-patiënt-in-de-verschillende-soorten-instellingen/>
- ¹⁸ Knoops, K., & Van den Brakel, M. (2010) Rijke mensen leven lang en gezond. TSG 88 (1) 17-24
- ¹⁹ Nijman J., Hendriks M., Brabers A., Jong J. de, Rademakers J. (2014) Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. J Health Commun: Int Perspect; 19(8): 955-969
- ²⁰ Nictiz (2016) Patiëntportalen op ziekenhuiswebsites. Via <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Infographics/Factsheet%20patiëntportalen%20ziekenhuiswebsites.pdf>
- ²¹ Nijman J., Hendriks M., Brabers A., Jong J. de, Rademakers J. (2014) Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. J Health Commun: Int Perspect; 19(8): 955-969
- ²² WHO (2006) Constitution of the World Health Organization. Via www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- ²³ Huber M., Knottnerus J.A., Green L., Horst H. van der, Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., Meer J.W. van der, Schnabel P., Smith R., Weel C. van, Smid H. (2011) How should we define health? BMJ; 343:4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- ²⁴ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>

- ²⁵ Volksgezondheid en zorg: Doelgroepen van preventie.
Via <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#!node-doelgroepen-van-preventie>
- ²⁶ De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010) Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening.
Via https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_zorg_voor_je_gezondheid.pdf
- ²⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) Prognose Bevolking. Statline. Geraadpleegd 20 maart 2017 via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83597NED>
- ²⁸ Nederlandse Zorgautoriteit (2017) Rapport: Wachttijden medisch-specialistische zorg, verdiepend onderzoek.
Via https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_Wachttijden_medisch_specialistische_zorg.pdf
- ²⁹ Burgwal-Bronger, van de L. et al. (2007) Belasting van partners van CVA patiënten. Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde. 2007 (32): no 1
- ³⁰ Ketelaar M. (2015) Family Empowerment. Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde. 15: 208 - 2010
- ³¹ Zorginstituut Nederland & Nivel (2014) Handreiking voor het meten van kwaliteit van zorg met Patient Reported Outcome Measures. Via [https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/PublishingImages/Paginas/Patient-Reported-Outcome-Measures-\(PROMs\)/PROMs%20handreiking.pdf](https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/PublishingImages/Paginas/Patient-Reported-Outcome-Measures-(PROMs)/PROMs%20handreiking.pdf)
- ³² Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence based practice in de zorg
- ³³ Meskó B. (2013) The guide to the future of medicine.
Via www.themedicalfuturist.com
- ³⁴ Idenburg P.I., Dekkers V. (2016) ZorgEnablers 2017.
Via www.diagnoseprogrammas.nl/zorgenablers
- ³⁵ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017) Weten is nog geen doen: een realistisch perspectief op zelfredzaamheid. WRR-rapport nr. 97, Den Haag 2017
- ³⁶ Berwick D.M. (2016) Era 3 for Medicine and Health Care. JAMA. 2016;315(13):1329–1330. doi:10.1001/jama.2016.1509
- ³⁷ Federatie Medisch Specialisten (2016) Medisch Specialist 2025.
Via <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>
- ³⁸ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2017) Spreiding en concentratie.
Via <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/spreiding-en-concentratie>

Hoofdstuk 2 2.3 Hoe ontwikkelen aandoeningen zich in de toekomst?

- ¹ Centraal Bureau voor de Statistiek (2016) Prognose Bevolking. Statline. Geraadpleegd 20 maart 2017 via <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83597NED>
- ² CBS (2016) Kernprognose 2016 – 2060: 18 miljoen inwoners in 2034 voorzien. Bevolkingstrends, oktober 2016
- ³ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ⁴ Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) Zorgstandaarden in model: rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten: Den Haag.
- ⁵ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ⁶ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Geraadpleegd 5 juli 2017 via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ⁷ Vereniging Revalidatie Artsen (2016) Strategisch nota kinderrevalidatiegeneeskunde
- ⁸ Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, bewerkt door BeBright

Hoofdstuk 3 Van onzekerheden naar scenario's

- ¹ Rabobank (2016) Visie op 2017 en verder: Nederland.
Via <https://economie.rabobank.com/visie-op-2017/>
- ² RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV).
Via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2015) Hervorming Langdurige Zorg (Infographic)
Via <https://www.btsf.nl/downloads/Infographic-Hervorming-langdurige-zorg.pdf>
- ⁴ Federatie Medisch Specialisten (2016) Medisch Specialist 2025.
Via <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>
- ⁵ Gartner (2017) Gartner Hype Cycle for Emerging Technologies 2017.
Via <http://www.gartner.com/smarterwithgartner/top-trends-in-the-gartner-hype-cycle-for-emerging-technologies-2017/>

Hoofdstuk 4.1 Scenario 1: Mijn doel voorop

- ¹ Sigra (2016) De Amsterdamse Huisartsenzorg in 2025: 3 scenario's. Via https://www.sigra.nl/sites/default/files/publicaties/de_amsterdamse_huisartsenzorg_in_2025_in_drie_scenarios_-_sigra_april_2016_pdf.pdf
- ² Staatscourant (2017, 24 juli) Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 juli 2017, 617-165745-CZ, houdende vaststelling van beleidsregels voor het subsidiëren van overige instellingen voor medisch specialistische zorg, voor het stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling tussen patient en zorgaanbieder. Via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-41685.html>
- ³ Berends N. (2017, 30 mei) Apparaatje vervangt handmatig meten vitale functies. Nursing.nl. Via <https://www.nursing.nl/verpleegkundigen/nieuws/2017/5/apparaatje-vervangt-handmatig-meten-vitale-functies/>
- ⁴ www.ipositivehealth.com
- ⁵ Visser-Meily A. (2016) Cognitieve revalidatie natuurlijk ook in de chronische fase. Hersenletsel Magazine. Via <http://www.dehoogstraat.nl/images/products/1079/visser-meily-column-d-revalidatiefase-bestaat-niet-hersenletselmagazine-herfst-2016.pdf>
- ⁶ Revalidatie Nederland (2015) Factsheet Pijnrevalidatie <http://www.posttraumatischedystrofie.nl>
- ⁷ Schepman A. H. B. C. & Tepper M. (2015) De kracht en (on)macht van kennis: gezondheidsvaardigheden in de praktijk. NTR 2014 (4)
- ⁸ Idenburg P.I., Dekkers V. (2016) ZorgEnablers 2017 via www.diagnoseprogrammas.nl/zorgenablers
- ⁹ <http://www.noona.com/service/>
- ¹⁰ RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ¹¹ Rabobank (2016) Visie op 2017 en verder: Nederland. Via <https://economie.rabobank.com/visie-op-2017/>
- ¹² Nederlandse Zorgautoriteit (2017) Rapport: wachttijden medisch-specialistische zorg
- ¹³ Zorgvisie (2017) Budget voor topzorg, ook buiten UMC's. Via <https://www.zorgvisie.nl/financien/verdieping/2017/7/budget-voor-topzorg-ook-buiten-de-umcs/>
- ¹⁴ Drachtster Courant (2015) Samenwerking voor kinderen met een dwarslaesie. Via <http://www.drachtstercourant.nl/nieuws/54320/samenwerking-voor-kinderen-met-een-dwarslaesie/>
- ¹⁵ Balen, van R. et al. (2017) Transparantie in de geriatrische revalidatie: een basisset meetinstrumenten. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. Via <http://www.verensotijdschrift.nl/om2017/juni-2017/praktijk/transparantie-in-de-geriatrische-revalidatie/#.WZMx3caiHzL>
- ¹⁶ Kok L., Houkes A., Niessen N., (2008) Kosten en baten van revalidatie. Seo Economisch Onderzoek
- ¹⁷ Via <https://www.revant.nl>

- ¹⁸ Cicero & Adelante (2014) CVA Stepped Care Unit: Samen gaat het sneller en beter. Via <http://www.neuro-revalidatie.nl/2014/docs/4L%20CVA%20Stepped%20Care%20Unit.pdf>
- ¹⁹ Cicero & Adelante (2014) CVA Stepped Care Unit: Samen gaat het sneller en beter. Via <http://www.neuro-revalidatie.nl/2014/docs/4L%20CVA%20Stepped%20Care%20Unit.pdf>

Hoofdstuk 4.2 Scenario 2: Op eigen kracht

- ¹ Rabobank (2016) Visie op 2017 en verder: Nederland. Via <https://economie.rabobank.com/visie-op-2017/>
- ² Rabobank (2016) Visie op 2017 en verder: Nederland. Via <https://economie.rabobank.com/visie-op-2017/>
- ³ www.nrc.nl/nieuws/2017/07/11/pensioen-opbouwen-vinden-ze-te-duur-11876439-a1566223/
- ⁴ www.tubantia.nl/enschede/tekort-aan-artsen-voor-ziekenhuizen-mst-en-zgt-a77a1cca/
- ⁵ <http://enablingthefuture.org/>
- ⁶ BMC (2012), Eerste klas waardering voor eerstelijns fysiotherapie
- ⁷ G.A. Balk, H.Laman (2015), Oproep tot betere positionering en financiering van de ziekenhuisrevalidatie, Nederlands tijdschrift voor revalidatiegeneeskunde
- ⁸ Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven, Eindrapport Zorgen voor gezonde groei, 31 maart 2017
- ⁹ Wet op Passend Onderwijs
- ¹⁰ Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven, Eindrapport Zorgen voor gezonde groei, 31 maart 2017

Hoofdstuk 4.3 Scenario 3: Mijn nieuwe ik

- ¹ Rabobank (2016) Visie op 2017 en verder: Nederland. Via <https://economie.rabobank.com/visie-op-2017/>
- ² RIVM (2017) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 (VTV). Via <https://www.vtv2018.nl/trendscenario>
- ³ Idenburg P.I., Van Schaik M. (2013), Diagnose Zorginnovatie – over technologie en ondernemerschap
- ⁴ Via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/pensioen/toekomst-pensioenstelsel>
- ⁵ Via <http://www.ipositivehealth.com/>
- ⁶ FMS (2017) Visie op de medisch specialist 2025, Netwerkgeneeskunde
- ⁷ Karolinska University Hospital (2016) – Karolinska's new operating model. Via <http://www.karolinska.se/en/karolinska-university-hospital/news/2016/12/karolinskas-new-operating-model/>
- ⁸ Porter M.E., Olmsted Teisberg E. (2006), Redefining Health Care
- ⁹ Via <https://www.kennisnetwerkcv.nl/document/zorgstandaard>

- ¹⁰ Via <http://www.cva-vereniging.nl/PDF2013/Zorgstandaard.pdf>
- ¹¹ Staatscourant (2017, 24 juli) Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 juli 2017, 617-165745-CZ, houdende vaststelling van beleidsregels voor het subsidiëren van overige instellingen voor medisch specialistische zorg, voor het stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling tussen patiënt en zorgaanbieder. Via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-41685.html>
- ¹² Via <http://wolkcompany.com/>
- ¹³ Defence Advanced Research Projects Agency (2016), DARPA Provides Mobius Bionics LUKE Arms to Walter Reed. Via <https://www.darpa.mil/news-events/2016-12-22>
- ¹⁴ Idenburg P.I., Dekkers V. (2016) ZorgEnablers 2017. Via <http://www.diagnoseprogrammas.nl/zorgenablers>

Hoofdstuk 5 Van scenario's naar acties

- ¹ Moonshot: een ambitieus, verkennend en baanbrekend project
- ² Huber M., Knottnerus J.A., Green L., Horst H. van der, Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., Meer J.W. van der, Schnabel P., Smith R., Weel C. van, Smid H. (2011) How should we define health? *BMJ*; 343:4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- ³ Zonder context geen bewijs – Over de illusie van evidence-based practice in de zorg – RVS juni 2017

