

Revalidatie Vooruit



Sectoraal Transformatieplan van Revalidatie Nederland

BELOFTE

“Wij bieden een passend zorgaanbod voor iedereen in Nederland met een revalidatievraag. Dit aanbod is goede zorg die voldoet aan de kwaliteitskaders en richtlijnen van onze artsen en behandelaars en die wordt geleverd tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten. Wij bieden met onze partners een landelijk dekkend netwerk en breed aanbod van revalidatie: van geconcentreerde, hoog-specialistische revalidatie als het moet tot eenvoudige ondersteuning dichtbij huis. Om kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen, wordt de minimale standaard van ons aanbod steeds hoger, omdat we met elkaar leren van de best practices in de sector en de data uit ons revalidatieregister. Dit leren is niet vrijblijvend. Wij maken de revalidatie aantoonbaar beter en efficiënter.”

Onze belofte is een belofte aan onze patiënten, een belofte aan onze partners in de zorg en een belofte aan elkaar. Wij beloven grotere meerwaarde aan onze patiënten en aan onze netwerkpartners in zorgketens en *patient journeys* en welke. Als leden of groepen van leden (“*coalitions of the willing*”) maken we onze belofte zowel regionaal als landelijk in kleinere projecten of initiatieven waar (bijv. op specifieke diagnoses of in specifieke regio’s) -zie daarvoor het transformatieplan.

Om deze belofte waar te kunnen maken is een aanpassing van de revalidatie nodig. Ons doel: juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek en met de juiste informatie en expertise. Hoog-specialistisch en geconcentreerd als dat nodig is, en dichtbij als het kan. Hierdoor vindt revalidatie steeds minder plaats in klinieken en ziekenhuizen, en steeds meer in poliklinieken, bij de cliënt thuis, op school of bij de fysiotherapeut in de wijk. Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) vormt een onderdeel van revalidatie, maar de revalidatie die wij bieden is breder dan MSR alleen.

Samen met onze netwerkpartners zorgen we ervoor dat capaciteiten en middelen optimaal rondom de patiënt worden ingezet. We committeren ons aan het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid door het maken van onderlinge afspraken, op basis waarvan eenieder aan de slag gaat om de transitie aantoonbaar te vervolmaken.

Dit betekent concreet:

- Er wordt intensiever samengewerkt met de eerste lijn (goedkoper en dicht bij huis), waardoor we meer mensen het voordeel van de revalidatie-aanpak kunnen bieden (een hoger niveau van functioneren/participeren door een integrale aanpak van hun samenhangende problemen). Dit betekent niet dat elke instelling de 1^{ste}- lijns revalidatie in huis moet halen. Organiseren hoeft niet, regisseren wel. 70% van de leden van Revalidatie Nederland heeft dit op 31 december 2025 aantoonbaar gerealiseerd.
- Door een soepelere doorstroom in de keten ontvangen patiënten sneller de juiste zorg, zodat zij sneller kunnen revalideren en weer kunnen participeren in onze maatschappij. Bovendien bieden wij zo met onze partners een van de oplossingen voor de dubbele vergrijzing.
- Met de ontwikkeling van één zorgcontinuüm voor ouderen met een revalidatiezorgvraag, kunnen zij dichtbij huis geholpen worden en belanden zij niet ‘tussen de wal en het schip’.
- Door de regionale samenwerking kan de patiënt sneller een passende behandeling worden geboden (geen over- en onderbehandeling) en kunnen personeel en capaciteiten organisatieoverstijgend zo efficiënt mogelijk worden ingezet.
- Doordat we een systeem hebben ingericht waarbij we als sector continu van elkaar blijven leren, leidt dit tot zorg van een hogere kwaliteit tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten.
- We verplichten elkaar om goede voorbeelden te delen. Deze goede voorbeelden worden overgenomen door andere instellingen wanneer de regionale situatie dat toelaat.
- We nemen elkaar de maat en tonen daar dapperheid in.
- We werken met zorgpaden, constant verbeteren in uitkomsten van zorg.
- We zijn realistisch in wat het mag kosten.

- We voelen ons verantwoordelijk voor alle patiënten met een zorgvraag waarop revalidatie een (deel)antwoord is.
- Ehealth is een belangrijk instrument om bovenstaande doelen te bereiken



Bestuurders van de leden van Revalidatie Nederland na ondertekening van de Belofte en het Sectoraal Transformatieplan, december 2023

TRANSFORMATIEPLAN

Het **sectoraal transformatieplan** beschrijft welke stappen revalidatie-instellingen individueel en samen willen ondernemen om hun belofte waar te maken, en welke stappen daarvoor van partners nodig zijn. Ons transformatieplan is geconcentreerd rond de volgende zes thema's:

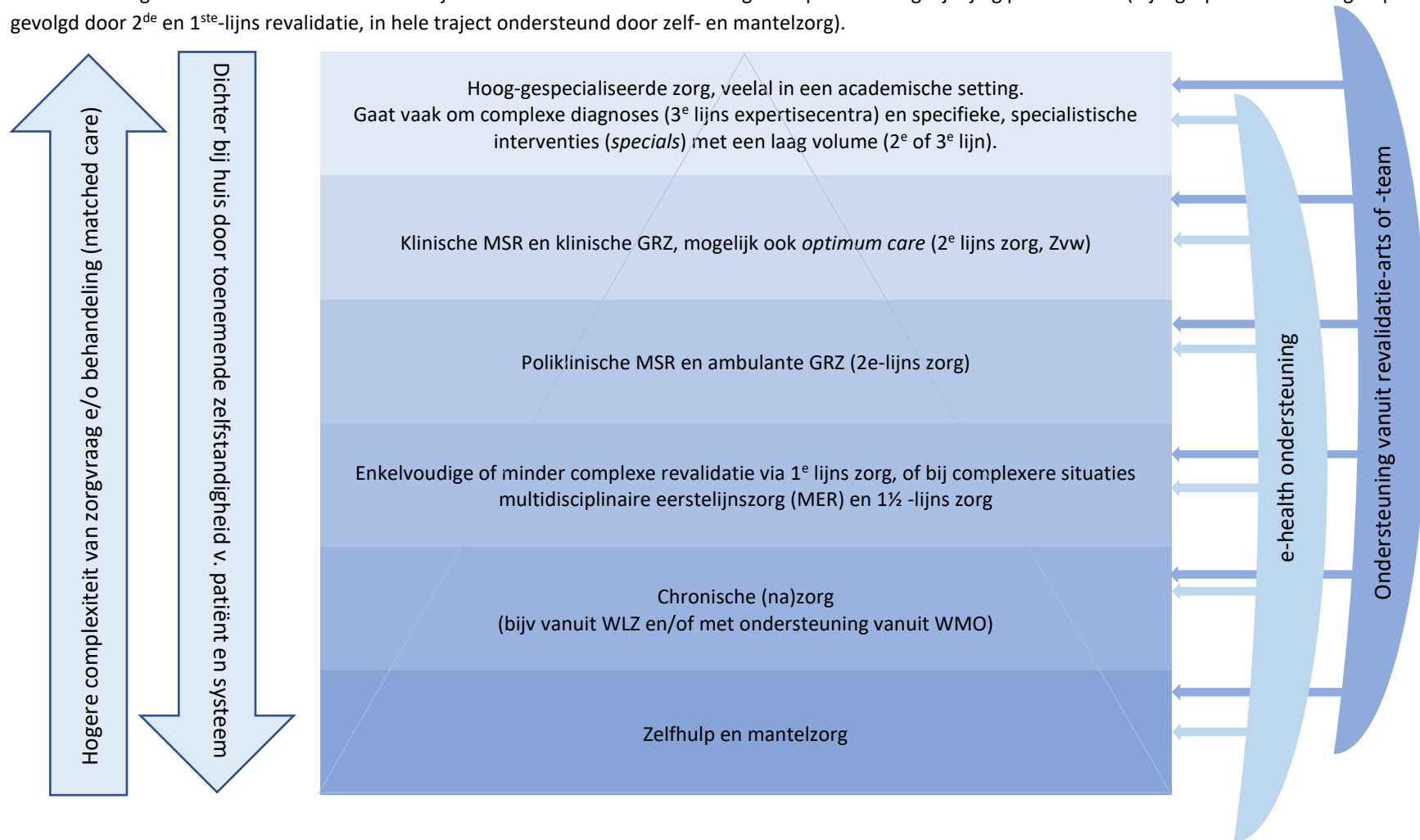
1. Spreiding en concentratie
2. Kwaliteitsverbetering
3. Snellere doorstroom in de keten
4. MER en revalidatiehubs
5. Eén continuüm van MSR en GRZ
6. E-Health als ondersteunend instrument

Per thema beantwoorden we de volgende vier vragen:

- Wat willen we bereiken (en waarom)?
- Wat betekent dit concreet in maat & getal (kosten en impact)?
- Wat vragen we van onszelf, wat beloven we als initiatiefnemers?
- Wat vragen we van anderen, wat hebben we nodig?

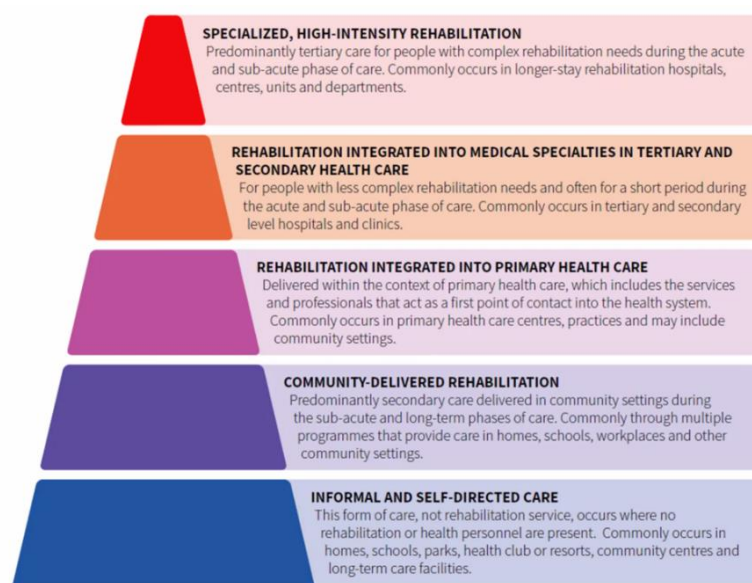
1. Spreiding en concentratie

Een leidende gedachte achter de herinrichting van de revalidatiesector is dat behandelingen in de eerste lijn en dicht bij huis plaatsvinden als het kan en gespecialiseerd en geconcentreerd als het moet. Revalideren, waarvan medisch specialistische revalidatie een onderdeel vormt, is een ketenproces waarin met hulp van e-health instrumenten en de expertise van de revalidatiearts en zijn/haar team de patiënt de juiste zorg met de juiste expertise op het juiste moment en op de juiste plaats krijgt. Zie onderstaand figuur. NB: binnen één behandeltraject kunnen meerdere behandelingen sequentieel of gelijktijdig plaatsvinden (bijv. gespecialiseerde ingreep in 3^{de} lijn gevolgd door 2^{de} en 1^{ste}-lijns revalidatie, in hele traject ondersteund door zelf- en mantelzorg).



Wat willen we bereiken

We streven naar verbetering van kwaliteit van zorg tegen maatschappelijk verantwoorde kosten via op elkaar afgestemde zorgnetwerken. Met dit transformatieplan willen we bovenstaand figuur voor onze diagnoses ‘vullen’ met de verschillende behandelingen en interventies. We sluiten daarbij nauw aan bij de manier waarop de Wereld Gezondheid-organisatie (WHO) de ideale inrichting van revalidatie eerder dit jaar schetste in de mede door Nederland onderschreven resolutie ‘Strengthening rehabilitation in health systems’¹ (zie ook figuur 2 hiernaast).



De integrale benadering van MSR en GRZ (laag twee en drie in het figuur) is geconcretiseerd in thema 3. De onderste drie lagen uit de figuur werken we uit in thema 4 (multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie, MER). De ondersteunende werking van Ehealth in deze ketens is thema 6 (Ehealth). Dit thema, ‘spreading en concentratie’, richt zich op de bovenste vier lagen en de samenhang tussen deze vier. De vijf centrale vragen in dit thema zijn:

- Welke behandelingen vinden enkel in één of meer academische ziekenhuizen plaats (al dan niet in een expertisecentrum) en welke tweedelijns-revalidatiebehandelingen (*specials*) willen we in één of enkele revalidatiecentra of revalidatie-afdelingen Nederland organiseren? Van belang hierbij is dat deze complexe zorg voor iedereen toegankelijk blijft.
- Welke klinische behandelingen vinden in welke revalidatiecentra en in GRZ-instellingen plaats?
- Welke poliklinische behandelingen vinden plaats in revalidatiecentra en ziekenhuizen?
- Welke behandelingen vinden plaats in 1^{ste} of 1½^e lijn? (al dan niet i.s.m. 2^{de} lijn)?
- Welke rol spelen MSR-aanbieders en revalidatieartsen en hun teams in een passend en integraal aanbod in revalideren?

In de uitwerking van dit transformatieplan is de eerste stap dat dokters en bestuurders voor de belangrijkste diagnoses en *specials* bepalen welke behandelingen geconcentreerder plaats kunnen en moeten vinden dan nu het geval is en wat ervoor nodig is om deze verdere concentratie te bereiken. Hoewel we niet verwachten dat er in de revalidatie (MSR noch GRZ) snel *evidence* komt voor specifieke volumenormen, zijn er wel degelijk medisch-inhoudelijke (bekwaamheid, up-to-date kennis & kwaliteit van zorg; aanjagen van innovaties) en financieel-organisatorische argumenten (betaalbaarheid & kwaliteit van zorg) voor concentratie.

In onze besluitvorming over spreading en concentratie hanteren we de volgende leidende principes -deels ontleend aan het document “Open Ziekenhuizen” van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen:

- De selectie van aandoeningen en interventies/behandelingen voor concentratie vindt plaats op basis van
 - a) Kwaliteit *en*
 - b) Doelmatigheid *en*
 - c) De behoefte van patiënten (waarbij het van belang is dat *de* patiënt niet bestaat, terwijl het volledige pakket aan revalidatie voor *alle* patiënten in Nederland toegankelijk moet zijn, onafhankelijk van hun woonplaats, mobiliteitsmogelijkheden en digitale vaardigheden).

¹ Zie: [Landmark resolution on strengthening rehabilitation in health systems \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/press-releases/2018/06/2018-06-20-who-resolutions-rehabilitation)

- We houden rekening met innovatieve ontwikkelingen, inclusief digitale consultatie, monitoring en behandel mogelijkheden (zie ook thema 6).
- Ook bij concentratie van zorg zal het onderling vergelijken van aanbieders op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid geborgd moeten zijn.
- Bij het doen van voorstellen voor concentratie van zorg moeten de impact en uitvoerbaarheid op diverse onderdelen meegewogen worden (patiënt- en bedrijfsmatig perspectief); met andere woorden er dient van een integrale afweging sprake te zijn en niet louter een keuze op grond van het medisch-inhoudelijk perspectief.
- Om passende zorg voor patiënten te organiseren moet naar de gehele zorgketen worden gekeken. Voor concentratie- en spreidingsbewegingen is een *integrale* impactanalyse nodig. Dan kunnen we de mogelijke risico's mitigeren zodat er een toekomstbestendige en landelijk dekkend netwerk van revalidatie beschikbaar blijft.
- Voortbouwen op bestaande netwerken: focus op de regio.
- Draagvlak is belangrijk. Instellingen moeten financieel comfort krijgen bij het maken van een transformatie naar een ander zorgportfolio. Patiënten moeten vertrouwen hebben in de kwaliteit van zorg voor en na concentratie- en spreidingsbewegingen.

Gezien hun medisch-inhoudelijke en hun financieel-organisatorische impact worden de keuzes met nauwe betrokkenheid van de VRA gemaakt. Daarnaast betrekken we de Patiëntfederatie, zorgverzekeraars en de NVZ bij onze besluitvorming. Nadrukkelijk wordt daarbij de koppeling met thema 4 en 5 gelegd. Van concentratie kan alleen sprake zijn in combinatie met spreiding en met toepassing van E-health (thema 6); revalidatie is *netwerk-zorg*.

Maat en getal

- Hoeveel patiënten zullen te maken krijgen met concentratie van behandelingen (specifieke bij kleine aantallen per instelling die specifieke behandeling vragen)?
- Wat is hiervan de financiële impact, wat de medische impact en wat betekent dit voor de patiënt?
- En wat is de impact op de organisatie van zorg bij andere behandelingen? Vgl. dat wegvallen van een behandeling -en evt. vervolgbehandelingen grote impact kan hebben op resterende zorg als er niets voor in de plaats komt (als voorbeeld kinderhart chirurgie en kinder-IC.) Zie leidende principes van de NVZ.

Succesvolle initiatieven

In onze concentratie- en spreidingsinitiatieven bouwen we voort op het door ons ingezette beleid van de afgelopen jaren. Zo vinden behandelingen bij dwarslaesie, VIN, de klinische kinderrevalidatie en, buiten de MSR, longrevalidatie al bij een beperkt aantal aanbieders plaats. Specifieke diagnostiek of behandeling bij zeldzame aandoeningen is reeds beperkt tot de academische setting. We willen deze trend versterken en maken hierbij in ieder geval gebruik van ideeën die leven voor spierziekten (infographic als bijlage hieronder) en pijnrevalidatie (zie npn.nu/zorg).

Wat doen wij zelf

- We bepalen welke behandelingen onder welke voorwaarden in de eerste inclusief multidisciplinaire eerstelijns kunnen plaats vinden. Deze behandelingen worden niet langer in de tweede lijn aangeboden.
- Het NPN-model en/of de blauwdruk zorgnetwerk spierziekten zien we als voorbeeld voor minimaal vier andere diagnosegroepen. Ook al betekent dit dat een aantal instellingen delen van hun huidige zorgaanbod niet meer zal leveren.
- We bepalen kwaliteitseisen voor accreditatie, zodat landelijke concentratie en spreiding wordt afgedwongen. Dit leidt tot een kwaliteitskader op inhoud en volume.

- Tegelijk is niet alles te meten, we vragen ook om vertrouwen in (expertise van) de ander² en om aandacht voor de individuele wens van de patiënt.
- We laten de concentratie en verdeling van *specials* samengaan met spreiding in een landelijk dekkend netwerk.
- Aan hand van maat en getal concentreren we op landelijk niveau minimaal vier behandelingen tot enkele specialistische aanbieders en we bepalen samen wie welke specials aanbiedt. (Als we weten wat ieders specialistische en generalistische kaarten en wensen zijn, kunnen we 'uitruilen').

Wat verwachten wij van anderen

- VRA / Hooglerarenconvent: medisch-inhoudelijke argumentatie voor spreiding-concentratie op specifieke diagnosegroepen (spierziekten, dwarslaesie, skeletdysplasie, arm-amputaties en alle complexe aandoeningen met een kleine patiëntpopulatie) en voor spreiding-concentratie op specifieke, complexe en/of zeldzame interventies bij grotere patiëntpopulaties
- Zorgverzekeraars: ondersteunen van bovengenoemd beleid in woord en daad, bijdrage aan frictiekosten, inbedding in contractering, vertrouwen in de uitkomst
- Patiëntfederatie: input op spreiding en concentratie
- Accreditatie door desbetreffende wetenschappelijke verenigingen en/of ministerie.
- NVZ/NFU/VWS: afstemming van MSR-dynamiek met spreiding/concentratie bij andere diagnoses

² Vgl Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, *Blijk van vertrouwen* (2019) en *Is dit wel verantwoord* (2023).

2. Kwaliteitsverbetering

Wat willen we bereiken

Leden van RN leveren Waardegedreven Zorg: zinnige en zuinige zorg die aantoonbaar van waarde is voor patiënten. Voor behandelingen in de MSR committeren leden van RN zich daarom aan aantoonbare verbetering van de kwaliteit tegen vergelijkbare kosten, of verlaging van de kosten. Bij de behandeling van elke patiënt meten zij de toegevoegde waarde. Alle leden nemen deel aan het Revalidatieregister en Revalidatie Impact en de bijbehorende spiegelgesprekken. In spiegelgesprekken met andere instellingen zijn RN-leden door benchmarking transparant over de zorg die ze leveren. Doel: Bij elk spiegelgesprek halen we één best practice op, die wordt in elk geval gepubliceerd, en indien passend als onderdeel van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) ingevoerd in alle revalidatiecentra.

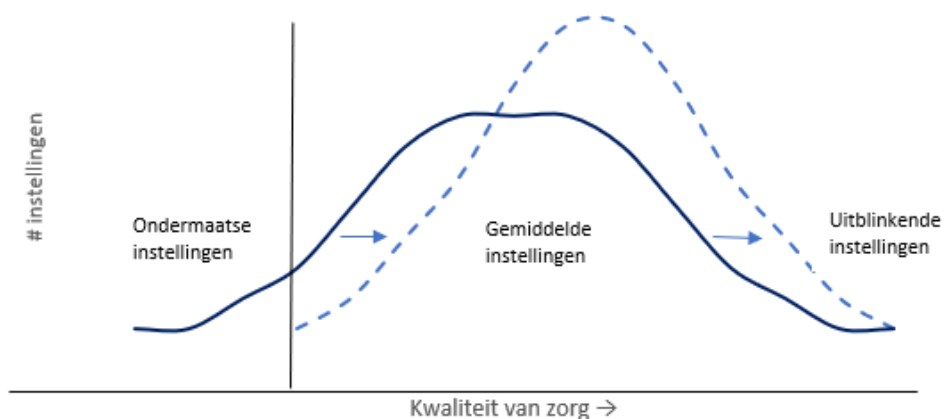
Waar mogelijk ontwikkelen we landelijk gestandaardiseerde en hybride zorgpaden. Een zorgpad bevat in dit geval alleen een beschrijving op hoofdlijnen; hoeveelheid therapie-inzet aangevuld met speciale verrichtingen (loopenalyse, botox, etc). We bouwen hierbij voort op bestaande initiatieven van bijvoorbeeld Revion en NPN. Het is aan revalidatie-instellingen hoe ze de zorg binnen de kaders van landelijk gestandaardiseerde en hybride zorgpaden, vormgeven. Hierbij staan revalidatie-instellingen open voor leren en verbeteren. Welke invulling van het zorgpad werkt goed? Zou dit ook voor mijn instelling werken?

Voor bepaalde diagnoses kunnen we verwijscriteria (zoals aanwezigheid van specifieke problemen of bepaalde pre-morbide functioneren score) opstellen waarmee we aantonen dat we alleen de complexe patiënten in behandeling nemen (gelijk aan opzet Complex Chronisch Longfalen). Voor deze criteria sluiten we aan bij de keuzes die gemaakt worden in concentratie en spreiding.

Maat en getal

- We streven naar vermindering van praktijkvariatie, “shifting the curve up and to the right”. Het streven is daarmee niet alleen om het gemiddelde te verbeteren (to the right), maar ook om de spreiding tussen laagste en hoogste scores te verminderen (up). Concreet:
 - o Gemiddeld wordt de uitkomst van zorg (gemeten met Revalidatie Impact Scores) de komende 5 jaar met 10% verbeterd en neemt de spreiding met 20% af.
 - o Gemiddeld neemt de spreiding in inzet de komende 5 jaar met 20% af: minder kosten bij gelijkblijvende uitkomst van zorg of gelijkblijvende inzet bij verbetering in uitkomst van zorg.

Shifting the curve up and to the right



Succesvolle initiatieven

Bij de doelgroep mensen met een beroerte, worden momenteel de eerste spiegelgesprekken gepland. De kinderrevalidatie laat al zien dat het echt kan: voor kinderen met Cerebrale parese (CP) zijn landelijk afspraken gemaakt over behandeling en klinimetrie (combinatie van prevalentie- en follow-up-register).

Wat doen wij zelf

- Voorwaarde om succesvolle initiatieven breder in te zetten, is transparantie bij instellingen. Er is een cultuurdoorbraak nodig om de praktijkvariatie te verminderen. We moeten daarvoor afscheid nemen van zowel de uitwassen in marktdenken als van het "not invented here"-syndroom.
- We breiden het aantal uitkomsten in Revalidatie Impact Scores uit. Hierbij is aandacht voor ervaren kwaliteit, mate van functioneren in de maatschappij en terugkeer naar werk.
- We breiden de functionaliteit van het Revalidatieregister uit en zorgen dat de implementatie bij alle leden van RN gerealiseerd wordt.
- Alle RN-leden nemen actief deel aan spiegelgesprekken en de daaruit volgende verbetertrajecten. Revalidatie-instellingen zijn daarin transparant over de door hun geleverde zorg en zijn bereid goede voorbeelden te delen.
- Commitment aan de collectieve eisen (vrijblijvendheid voorbij) en aan kaders zoals gedefinieerd in zorgpaden.
- Participatie aan spiegelgesprekken wordt opgenomen in de bestaande kwaliteitsvisities van de VRA.
- We stellen verwijsriteria op voor bepaalde diagnoses.

Wat verwachten wij van anderen

We verwachten dat Stichting Revalidatie Impact opname in het landelijk register voor Kwaliteitsregistraties realiseert. Kwaliteitsregistraties die in het register zijn opgenomen, maken aanspraak op structurele financiering door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en verplichte aanlevering van data vanuit zorgaanbieders. Daarnaast krijgen ze een wettelijke grondslag voor het verwerken van gepseudonimiseerde data. Dat betekent dat er geen toestemming gevraagd hoeft te worden aan patiënten voor de aanlevering van Revalidatie Impact Scores.

3. Snellere doorstroom in de keten

Wat willen we bereiken

Revalidatiecentra kunnen in belangrijke mate bijdragen aan één van de IZA doelstellingen, namelijk het bevorderen van een betere en snellere doorstroom vanuit algemene, topklinische en academische ziekenhuizen. Dit brengt meerdere voordelen met zich mee, zowel voor de patiënt als voor de zorgaanbieder:

1. De patiënten krijgen de juiste zorg op de juiste plek
 - Een snellere start van het revalidatietraject versnelt het herstelproces en kan de algehele hersteltijd verkorten.
 - Vanuit de revalidatie kan eerder met een succesvolle terugkeer naar het dagelijks leven worden begonnen.
 - Een snellere start van een adequaat revalidatietraject zorgt (daarmee) voor een betere uitkomst voor de patiënt.
 - De patiënttevredenheid stijgt doordat patiënten eerder gerichte zorg ontvangen die is afgestemd op hun behoeften.
 - Wachlijsten in het ziekenhuis nemen af.
2. Snellere doorstroom heeft financiële en logistieke voordelen:
 - Revalidatiecentra kennen lagere kosten per ligdag dan ziekenhuizen (bruto-kosten nemen af).
 - Wachlijsten in het ziekenhuis nemen af.
 - Aantal 'verkeerde bedden' neemt af.
 - Schaarre zorgmedewerkers en infrastructuur worden beter benut.

De revalidatiesector bevindt zich op het snijvlak tussen cure, care en sociaal domein en kan daarmee een spilfunctie vervullen binnen de keten. De revalidatiearts kan hierbij fungeren als spin in het web. Een vroegtijdige triage door een revalidatiearts zorgt ervoor dat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt verwezen. Dat hoeft niet altijd naar de MSR te zijn. Ook binnen de keten van acute zorg moet de MSR een zichtbare positie krijgen. Om dit te bereiken is aansluiten bij de ROAZ in elke regio is van cruciaal belang. Tevens moet er aansluiting worden gezocht bij de nog op te richten zorgcoördinatiecentra.

Met een snellere doorstroom in de keten laten we zien dat we een belangrijke bijdrage leveren aan het oplossen van het zorginfarct. De belangrijkste randvoorwaarde hierbij is dat de hele keten intensief samenwerkt. Naast afspraken met ziekenhuizen over een snellere doorstroom van ziekenhuis naar MSR en GRZ zijn afspraken over uitstroom vanuit de MSR naar de ELV, huisarts, fysiotherapie, LG-aanbieders of VVT-aanbieders noodzakelijk. Om dit te kunnen bereiken is er allereerst inzicht nodig in de beschikbare capaciteit van alle betrokken zorgaanbieders. Hiervoor moet worden samengewerkt in regionale platforms. We besluiten op een later moment of de actuele capaciteit ook buiten kantooruren bekend moet zijn. Dit hangt mede af van de mogelijke komst van zorgcoördinatiepunten.

Maat en getal

- De gemiddelde opnameduur voor CVA-patiënten neemt in de keten van ziekenhuis en MSR binnen drie jaar met 5% af. Dit bereiken we door:
 - Te zorgen voor een snellere doorstroom vanuit het ziekenhuis richting MSR (en GRZ). Om dit bereiken maken we breed kenbaar dat ook patiënten die nog niet volledig belastbaar zijn al naar MSR kunnen worden overgeplaatst. Dit verkort de opnameduur in het ziekenhuis.
 - Te zorgen voor een snellere uitstroom vanuit de MSR naar ELV, huisarts, fysiotherapie, LG- of VVT-aanbieders.

- Binnen drie jaar is 80% van de revalidatiecentra aangesloten bij een regionaal platform dat real time inzicht heeft in de capaciteit van de zorgaanbieders in de revalidatieketen. Als er nog geen regionaal platform bestaat zoekt het revalidatiecentrum in de regio partners om dit samen op te zetten.

Succesvolle initiatieven

Op dit moment lopen er al verschillende initiatieven die de doorstroom versnellen:

- **FastTrack (Libra)**
Fasttrack is een uitstekend voorbeeld van goede ketensamenwerking. Door dit op maat gemaakte traject kunnen patiënten die fysiek en mentaal in staat zijn om eerder het ziekenhuis te verlaten direct doorstromen naar de MSR. Door de snelle doorstroom naar klinische MSR kan het revalideren meteen van start gaan wat als gevolg heeft dat het verblijf binnen het revalidatiecentrum gemiddeld korter zal zijn. In een verwachte opnameduur van 2 tot 4 weken doorlopen patiënten dan het reguliere revalidatie-traject, maar in een versnelde vorm. Zij nemen bijvoorbeeld eerder deel aan groepsbehandelingen en hebben een verkorte observatiefase. Dit is mogelijk omdat deze doelgroep hoger belastbaar is dan de reguliere patiëntengroep.
- **Naadloze revalidatie (Adelante)**
De Zorggroep Noord- en Midden-Limburg (VVT) realiseert samen met Adelante een gezamenlijke afdeling revalidatie. Hier wordt niet of ten minste zo min mogelijk gewerkt met een onderscheid tussen MSR en GRZ. De inhoudelijke ambitie is om 'naadloze revalidatiezorg' aan te kunnen bieden ongeacht de leeftijd van de patiënt (vanaf 18 jaar) of de financieringstitel (MSR of GRZ).
- **De juiste zorg op het juiste bed (o.a. Meander MC)**
De regio Midden-Nederland ervaart knelpunten in de stroom van patiënten van het ziekenhuis naar een GRZ/ELV bed binnen de VVT. De knelpunten uiten zich in verkeerde beddenproblematiek in ziekenhuizen en piekbelasting bij VVT-aanbieders. Het gebrek aan inzicht in vraag en aanbod leidt tot piekbelasting maar ook tot periodes met veel lege bedden in de VVT. Er wordt een gebrek aan inzicht ervaren op de stroom van GRZ/ ELV-patiënten vanuit het ziekenhuis richting de VVT. Hierdoor kan piekbelasting in de VVT niet worden opgevangen. Een oplossing is dat via Zorgdomein of Point ziekenhuizen inzicht hebben gekregen in vrije capaciteit in de VVT. Dit inzicht is wel beperkt door dat er geen definitie afspraken zijn over "vrije capaciteit" en het inzicht niet real time is. Oplossen van deze beperkingen is onderwerp van een vervolgproject.

Wat doen wij zelf

- We maken inzichtelijk bij welke indicaties en op welk moment snellere doorstroom naar MSR (en GRZ) opportuun en zinvol is.
- We maken als sector met in beginsel alle ziekenhuizen afspraken over een snellere doorstroom naar MSR voor belangrijkste doelgroepen (voorbeeld: fasttrack).
- We sluiten ons aan bij platforms die real time inzicht hebben in de capaciteit bij de relevante zorgaanbieders in een regio (voorbeeld: dolce vita).
- We verwerven een positie binnen de keten van acute zorg door aan te haken bij de ROAZ in elke regio en in het verlengde daarvan bij de zorgcoördinatiecentra.
- De revalidatiesector moet zowel landelijk als regionaal meer zichtbaar worden door aan te sluiten bij landelijke tafels.
- We zorgen voor betere en snellere triage zodat patiënten direct op de juiste plek worden behandeld. Matched care is daarbij de leidraad. Bijvoorbeeld het geïntegreerd aanbieden van MSR en GRZ (zie thema 4).
- We bekorten de ligduur van patiënten in de klinische revalidatie door snellere en betere overdracht naar eerste lijn (of multidisciplinaire eerste lijn), LG of VVT (zie thema 5)

- We zorgen voor goede aansluiting op andere zorgaanbieders en dragen zorg voor goede digitale gegevensuitwisseling (zie thema 6).
- We durven zelf 'aan te passen' en blijven niet volharden in vertrouwde werkwijzen; dus we dragen met vertrouwen over aan de eerste lijn als de MSR-behandeling afgerond kan worden
- We zorgen voor kaders m.b.t. nazorg en ondersteunen de eerste lijn daarbij

Wat verwachten wij van anderen

- Praktische en formele afspraken met alle ketenpartners over ketendoorstroom. Hierbij is er ook aandacht voor het voorkomen van verkeerd bed in de MSR, omdat uitstroom niet conform planning kan plaatsvinden.
- Deelname door alle ketenpartners aan regionale platforms waarmee de actuele capaciteit van alle zorgaanbieders in de revalidatieketen inzichtelijk wordt
- In samenwerking met de NZa en ZN ontwikkelen van bekostigingssystematiek die doorstroming in de keten bevordert. Sommige financiële prikkels hebben nu een ongewenste uitkomst, bijvoorbeeld m.b.t. waar er behandeld wordt, op welke manier en hoe lang.
- Bekostiging moet stimulerend zijn voor innovatie. Dat vraagt om constructieve en actieve gesprekspartners bij landelijk stakeholders zoals NZa, Zorginstituut Nederland en ZN. Vereist is adequate bekostiging zonder perverse financiële prikkels:
 - o < 15 dagen klinisch in de MSR vergoeden
 - o Stimuleren van 'snelle doorstroom-DBC' waarbij de winst wordt gedeeld tussen aanbieders en verzekeraars
 - o Stimuleren en financieren van ondersteunde technische hulpmiddelen zoals telerevalidatie, VR en AR technologie
- Bij zorginkoop inhoudelijke transitieafspraken met de twee grootste zorgverzekeraars die gevolgd worden door alle andere verzekeraars
- Actieve betrokkenheid en gevoel van eigenaarschap van individuele zorgverzekeraars. Microdiscussies over omzetplafonds en het toekennen van indexering moeten eindigen. In plaats daarvan moet er over de sectoren heen worden gedacht.
- Gegevensuitwisseling tussen de betrokken partijen moet beter verlopen. Daarbij mogen we aan beide kanten scherper zijn in wat we van elkaar mogen verwachten. Dit vergt moderne EPD-systemen, goede informatiebeveiliging; en financiering daarvan.
- Concrete afspraken over de grootschalige organisatie en uitvoering van Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie (MER) met betrekking tot voor- en nazorg voor meerdere doelgroepen

4. Multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER)

Wat willen we bereiken?

Een betere toegankelijkheid van de revalidatie draagt bij aan de participatie in de samenleving van mensen met beperkingen en/of chronische aandoeningen. Om meer mensen te ondersteunen bij hun terugkeer in de maatschappij -en zo verschillende IZA-ambities te verwezenlijken-, is een andere manier van werken in de zorg vereist, waarbij revalidatie als integraal onderdeel van de gezondheidszorg wordt gezien. 'Revalidatie' is daarbij nadrukkelijk breder bedoeld dan Medisch Specialistische Revalidatie.

Samenwerking binnen netwerken is nodig om de zorg efficiënter en slimmer te organiseren en om de zorg dichterbij de patiënt te brengen. Hiervoor is samenwerking en kennisdeling buiten de gebaande paden nodig, zoals een multidisciplinair revalidatieaanbod tussen eerste en tweede lijn in.³ Hiermee sluit het mono- en multidisciplinaire aanbod aan paramedische zorg in de eerste lijn goed aan bij de 2^{de}-lijns revalidatiezorg. Bij mono- en multidisciplinaire 1^{ste}-lijns revalidatie gaat het om enkelvoudige zorgvragen die niet voldoen aan de complexiteitscriteria van IMSR (interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie).⁴ De coördinatie of expertise van de revalidatiearts kan desondanks gewenst zijn, bijvoorbeeld vanwege de aard of specifieke problematiek.

Om in de nauwe samenwerking tussen de 1^{ste} lijn en de 2^{de}-lijns revalidatie voldoende kwaliteit te bieden, is het niet alleen nodig dat kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld en nageleefd. Het vraagt om laagdrempelige gemeenschappelijke triage door tussen revalidatieartsen en huisartsen en telerevalidatie of andere eHealth-toepassingen om de juiste zorg op de juiste plaats te faciliteren.

De leden van RN ontwikkelen of organiseren samenwerkingsverbanden met de regionale partners om mono- en multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER) te bieden volgens vooraf vastgelegde kwaliteitsstandaarden. Het beoogde resultaat hiervan is een continue en integraal aanbod van revalidatie en werkelijke matched care. Hierdoor worden onnodige verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen en kunnen patiënten eerder doorstromen vanuit 2^{de}-lijns revalidatie of andere trajecten naar een kwalitatief goede zorg in 1^e lijn, mits deze eerste lijn hiervoor is toegerust. Dit sluit nauw aan op de IZA-ambities, waarin stevig gestuurd wordt op lokale en regionale zorgcoördinatiecentra en samenwerking/coördinatie van/in de eerste lijn.

Succesvolle initiatieven

- Voor sommige diagnosegroepen zijn er samenwerkingsverbanden op diagnosesniveau zoals Parkinson net
- Regionaal zijn er georganiseerde samenwerkingsverbanden met duidelijke onderlinge afspraken die de kwaliteit borgen, logistiek organiseren(verwijscriteria) en financiën zoals: neuronetwerk Zuid-Holland voor NAH, Het netwerk Hand/Pols in noord Holland,
- Er is regionaal ook vaak een informeel netwerk van praktijken waar veel mee wordt samengewerkt. Dat kan goed werken, maar het maakt de commitment en borging van de gewenste kwaliteit en inspanning die nodig is om de samenwerking te borgen lastiger.
- Eerstelijns pijn netwerk oostelijk zuid Limburg waar in een promotiestudie ([Netwerk Pijnrevalidatie Limburg - Home](#)) vier jaar lang is geëxperimenteerd met verschuiven van tweede naar eerste lijn van pijnrevalidatie-patiënten. Hierbij veel inzicht verkregen over de randvoorwaarden. In het zogenaamde MER-project van Adelante zijn de randvoorwaarden ter harte genomen.
- Regionaal wordt samenwerking met (kader)huisartsen gezocht om waar nodig te ondersteunen bij een adequate triage van patiënten.

³ We kiezen er voor om hier niet het woord 'anderhalve lijn' te gebruiken. Dit wekt verwarring. Bij multidisciplinaire 1^{ste}-lijns revalidatie werken verschillende 1^{ste}-lijns disciplines, bijvoorbeeld een fysiotherapeut en een psycholoog, nauw samen in de revalidatiebehandeling.

⁴ Zie Kwaliteitskader VRA (forthcoming)

Maat en getal

Elke revalidatie-instelling organiseert passende eerstelijns revalidatie in de regio. Dit kan in verschillende vormen, van zelf organiseren (voorbeeld &Basalt) tot de regierol pakken om samenwerking met de eerste lijn te organiseren en afspraken en uitwisseling te organiseren. Doel: 70% van de leden van Revalidatie Nederland heeft dit op 31 december 2025 aantoonbaar gerealiseerd.

Wat doen wij zelf

- De leden van Revalidatie Nederland pakken meer regie pakken, en een proactieve rol in netwerken; zij durven het anders te doen dan gebruikelijk;
- Leden van RN werken hierin samen met elkaar en met hun partners, over de eigen grenzen heen. Dat betekent ook: samen financiële lekken dichten (en dus niet ieder voor zich);
- We stellen multidisciplinaire eerstelijns revalidatieprogramma's met indicatiecriteria vast voor meerdere patiëntgroepen, denk aan chronische pijn, NAH en oncologie.
- We evalueren of we onze doelen hebben bereikt en passen aan waar nodig.

Wat verwachten wij van anderen

- NZa, ZN, ZIN, VWS, individuele zorgverzekeraars: Volledige vergoeding van georganiseerde multidisciplinaire eerstelijns revalidatie vanuit het basispakket. Een deel van de mensen (juist in onze patiëntpopulatie) is immers niet aanvullend verzekerd voor een deel van de eerstelijnszorg. Het gaat om de extra complexiteit bovenop de enkelvoudige eerstelijns die multidisciplinaire overleg (en organisatie) vereist. Dit is dus anders dan gestapelde monodisciplinaire producten en aanvullende losse consulten van een revalidatiearts. Denk hierbij aan coördinatie, afstemming en gerichte revalidatie/ketenscholing.
- NZa en ZN: Vergoeding van meekijkconsulten van 2^{de}-lijn in 1^{ste}-lijn door paramedici.
- Vanuit ZIN verwachten we constructieve houding bij opname van MER in het basispakket.
- 1^{ste}-lijns praktijken: Patiënten krijgen goede zorg in praktijken die daarin investeren en zich conformeren aan de kwaliteitseisen. Het kan zijn dat dit niet de voorkeurspraktijk van de patiënt is.
- 1^{ste}-lijns praktijken: Transparantie in toegankelijkheid van MER, mogelijkheden tot gezamenlijke triage via meekijkconsulten etc.

5. Eén continuüm van MSR-GRZ

Wat willen we bereiken

Wij ontlasten de acute zorg door versnelde uitplaatsing mogelijk te maken naar de plaats waar iemand ook weer zo snel mogelijk doorgeplaatst kan worden. Dit doen we door te zorgen voor één continuüm GRZ/MSR. De revalidatiesector is hier bij uitstek geschikt voor omdat het bij revalidatie uiteindelijk gaat om meedoen in de samenleving.

We zorgen voor één continuüm van zorg in MSR en GRZ, waarbij we nadrukkelijk ook kijken naar de noodzaak en de behoefte aan nazorg ná MSR-behandeling (secundaire/tertiaire preventie, kwaliteit van leven). We ontlasten de acute zorg door de patiënten sneller uit het ziekenhuis over te nemen na primaire triage, gevolgd door een zorgvuldige secundaire triage (zie ook thema 3). Zo werken wij mee aan het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg.

De patiënt krijgt eerder dan nu het geval is in het zorgproces de juiste hoeveelheid zorg, behandeling en verzorging op de juiste plek. Het proces van revalidatie wordt daarmee eerder (in het ziekenhuis) opgestart en gaat daarmee 'drempelloos' over in een geïntegreerd proces van herstel/revalidatie. Dit betekent dat een keuze tussen gescheiden kokers van GRZ of MSR tot het verleden behoort. Het gaat om revalideren voor een brede groep patiënten met wisselende belastbaarheid en al dan niet co-morbiditeit. De precieze invulling wordt regionaal bepaald.

Wij kunnen de acute zorg ontlasten, omdat we -als onderdeel van de keten- patiënten aan de achterkant snel kunnen uitplaatsen naar huis/eerstelijns/VVT; Zeker wanneer we hierbij digitalisering meer inzetten kunnen we nog sneller en efficiënter werken en de ligduur verkorten.

Succesvolle initiatieven

Voorbeelden waarbij we al succesvol regie nemen in de keten zijn de samenwerking tussen Heliomare en Hersenz, waar het behandelprogramma van Hersenz onderdeel is van de behandeling bij Heliomare, of de samenwerking tussen de Hoogstraat en ZorgSpectrum. Die laatste samenwerking richt zich op de verbetering van ketenzorg voor dwarslaesie patiënten in de regio Utrecht. ZorgSpectrum heeft een afdeling geopend in het gebouw van De Hoogstraat. Op deze locatie worden patiënten met een recente dwarslaesie opgenomen met een GRZ- of ELV-indicatie die te laag belastbaar zijn voor de MSR. Daarnaast worden mensen vanuit de Hoogstraat overgeplaatst naar ZorgSpectrum indien er geen indicatie meer is voor MSR en mensen om bepaalde redenen nog niet naar huis kunnen. Ook patiënten met een al langer bestaande dwarslaesie die tijdelijk een ELV of GRZ-indicatie hebben kunnen bij ZorgSpectrum worden opgenomen.

Andere goede voorbeelden zijn:

- In Noord-Limburg Adelante met De Zorggroep.
- In Amsterdam Reade met (OLVG en) Cordaan voor de CVAzorg en met ZGAO voor de amputatiepatiënten.
- Rijndam met Laurens neuro.
- Revant met De MARQ.
- Revalidatie Friesland met een Zorgconcept geïntegreerde revalidatie van ziekenhuis, GRZ/MSR en thuiszorg, die zich ook uitstrekt tot in het sociaal domein.
- Klimmendaal met Sensire in Zutphen.

Maat en getal

Voor sommige groepen is het makkelijk aan te tonen dat één continuüm van GRZ-MSR besparing in de keten oplevert, maar voor verreweg de meeste groepen is dit niet eenvoudig aan te tonen zonder dat op basis van veel aannames te doen. In Friesland is een business case opgesteld met MCL en Noorderbreedte en alleen al voor deze regio kunnen we aanzienlijke besparingen aantonen. Deze zit in de volgende onderdelen:

- Sneller uit het ziekenhuis, dus kortere opname. Bij verbreding van ziekenhuisverplaatste zorg, wordt dit voordeel nog groter. Voorwaarde is wel dat je centrum transformeert naar een breder centrum voor herstel en revalidatie.
- Vervolgens een korter (en intensiever) klinisch revalidatietraject. Ook daarin kunnen we voor zowel GRZ als MSR naar een kortere ligduur. Poliklinisch blijft de behandeling min of meer gelijk en op termijn mogelijk zelfs korter. De mindshift is dat we meer gaan sturen op de doelen van de patiënt over een langere periode en vooral stoppen met sturen op behandelrequentie. Dan ontstaat er pas echt ruimte.
- Deze besparingen worden deels weer 'opgesoupeerd' door een grotere inzet van thuiszorg en inzet in het sociaal domein.
- Per saldo is de besparing echter aanzienlijk. Dit betekent dat wij niet meer geld nodig hebben, maar vooral ruimte nodig hebben voor 'geld volgt patiënt'.

Wat doen wij zelf

- We werken een 'Nationaal Revalidatieplan' uit, zoals kort is besproken tijdens de invitational conference samenwerking MSR-GRZ op 27 november 2023.
- We hebben bij de GRZ-MSR samenwerking specifiek aandacht voor de laag belastbare jongerengroep, die nu veelal in de LG en NAH zorg een plek moet zoeken.
- We gaan het gewoon doen, ook wanneer financiering niet of niet volledig is geregeld. We kunnen daarbij experimenteren met een beperkt aantal aanbieders en verzekeraars.
- Daarbij benutten we ELV en de combinatiemogelijkheden tussen eerst ELV, dan GRZ en vervolgens MSR als financiering nog niet geregeld is en patiënt in het begin nog te weinig belastbaar.
- En daarbij bepalen we vooraf met elke groepen we wel of niet samen doen in deze pluriforme zorg. Vgl. CVA, heupfracturen, COPD, Amputatie, Parkinson en andere neurologische aandoeningen zoals Huntington, hartfalen
- Rndom ieder ziekenhuis doen we een aanbod aan de GRZ en thuiszorg om samen een concept van geïntegreerd herstellen en revalideren neer te zetten. Daarmee lossen we de door- en uitstroom van een ziekenhuis op met een geïntegreerd aanbod en tegelijk maken wij onszelf onderdeel van het netwerk. Bijkomend voordeel is dat we elkaar versterken op de arbeidsmarkt in plaats van concurreren. Deal is wel dat we overal dezelfde, uniforme en wetenschappelijk onderbouwde zorgpaden moeten hebben.
- We intensiveren de samenwerking ook landelijk met de GRZ aanbieders (RN en 'revalidatie en herstel' van Actiz).

Wat verwachten wij van anderen

- Samen met de NZa en zorgverzekeraars werken we aan passende bekostiging van de eerste 14 klinische dagen.
- Samen met de NZa, zorgverzekeraars en Actiz werken we aan passende bekostiging voor deze MSR-GRZ zorg. We streven daarvoor naar een tarief uit één financieel potje. Dit tarief biedt mogelijkheden om te innoveren, technologie in te zetten en vrijwilligers te stimuleren. Te denken valt bijvoorbeeld aan een 'revalidatiebundel' in plaats van minuten schrijven. Hierbij kan het tarief afhankelijk zijn van de combinatie van de medische diagnose (ICD-10), revalidatiezwaarte en hulpvraag van de patiënt op de domeinen activiteiten en participatie
- Aanbieders (RN-leden en andere aanbieders): Iedere zorgorganisatie levert iets van zijn autonomie in; overal worden dezelfde uniforme, transparante en wetenschappelijk onderbouwde zorgpaden ingezet.

6. E-Health

Wat willen we bereiken

E-Health-toepassingen⁵ zijn ondersteunend bij het realiseren van de andere thema's uit het transitieplan:

- Spreiding en concentratie
- Kwaliteitsverbetering
- Snellere doorstroom in de keten
- MER en revalidatiehubs
- Eén continuüm van MSR-WLZ en MSR-GRZ

Daarnaast vergroot E-health de autonomie, nazorg en zelfzorg van patiënten. Via het beproefde concept van teleconsulten, thuismonitoring en thuisbehandelingen kunnen de kennis en expertise van revalidatieartsen en hun teams naar de patiënt worden gebracht in plaats van andersom. Dit vergroot de mogelijkheid van (hoofd)behandeling in de 1^e lijn of MER's en het verkleint de kans op overbodige controles en consulten. E-health kan ten slotte een bijdrage leveren aan het oplossen van het vraagstuk van een toenemende zorgvraag, bij een krappe arbeidsmarkt.

Maat en getal

- We sluiten aan bij de IZA-Routekaart digitalisering sector MSZ. Dat wil zeggen:
 - o We onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van deze geschikte zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden wordt door ten minste 50% van de patiëntenpopulatie gebruik gemaakt.
 - o We nemen actief deel aan het platform transformatie naar digitale en hybride zorg
 - o We sluiten zoveel mogelijk aan op de zorgprocessen en applicaties die op de transformatieagenda staan/komen, en positief worden geëvalueerd aan de hand van het zorgtransformatiemodel
 - o Zie ook: [IZA digitaliseringsroutekaart MSZ](#)
- Binnen drie jaar vindt ten minste 25% van de afspraken van de arts digitaal plaats, en vindt ten minste 10% van de behandelingen digitaal plaats (blended care als standaard). Om dit te kunnen meten, wordt een structurele digitale zorg monitoring opgezet;
- Elke geïnvesteerde euro (in geld/tijd) in behandelingen/oefeningen op afstand via behandelplatformen leidt tot een opbrengst van 3,3 euro in termen van m.n. vermindering ziektelast en afname van de zorgkosten
(bron: *Roessingh SROI-analyse Telerevalidatie*).
- Ten minste 80% van de gebruikers ervaart toegevoegde waarde in het gebruik van een behandelplatform. Het gemiddeld rapportcijfer van de behandelplatformen bedraagt ten minste een 8.
- Binnen drie jaar bieden alle revalidatie-instellingen thuismonitoring aan voor patiëntgroepen, voor wie thuismonitoring toegevoegde waarde heeft in de revalidatiebehandeling. Bijvoorbeeld bij motorneuronziekten (ALS, PSMA, PLS) waarbij ervaring met de ALS Thuismeten en Coachen app is opgedaan door het UMC Utrecht en 10 revalidatie-instellingen. Patiënten geven aan dat ze eenzelfde kwaliteit en nabijheid van zorg ervaren als patiënten die worden behandeld op de 'klassieke manier' in zorgcarroussels.

⁵ Onder eHealth wordt verstaan het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren."

Een eerste berekening uit het pre-corona tijdperk (2018-2019) liet zien dat het gebruik van de app een verschuiving van zwaardere naar lichtere zorgproducten opleverde. Dat betekent dat er 25 tot 35% minder personele inzet nodig was om dezelfde kwaliteit van zorg te blijven leveren. Dit personeel kon dan worden ingezet om andere patiënten te behandelen die nog op een wachtlijst stonden.

- Door meer gezamenlijke ontwikkeling/inkoop van applicaties vanuit het Overleg e-Revalidatie is binnen 5 jaar het aantal in de sector gebruikte e-health applicaties met 20% afgenomen. Dit betekent door minder aanschaf-, ontwikkel-, test- en beheerkosten ook een besparing van 20%.

Wat doen we zelf

- De bereidheid om met elkaar de eigen positieve en negatieve ervaringen te delen;
- De bereidheid om actief deel te nemen aan het overleg E-Revalidatie. Het is van belang dat er betrokkenheid op verschillende niveaus is (bestuurlijk, projectleiders, artsen) omdat het ook een besluitvormingsplatform is;
- Bewezen digitale behandelingen/methoden worden als gepast gebruik gedefinieerd en ook als zodanig opgenomen in de normen van RN en VRA;
- De bereidheid om met elkaar hybride zorgpaden (blended behandelprogramma's) te ontwikkelen. Niet allemaal zorgpaden voor alleen de eigen organisatie ontwikkelen, maar dat samen doen. Hetzelfde geldt voor het ontwikkelen van content (filmpjes, animaties, teksten, foto's e.d.) die binnen een zorgpad digitaal gedeeld worden.
- De bereidheid om mogelijke weerstand in de eigen organisatie tegen het gebruik van e-health te overwinnen.

Wat verwachten we van anderen

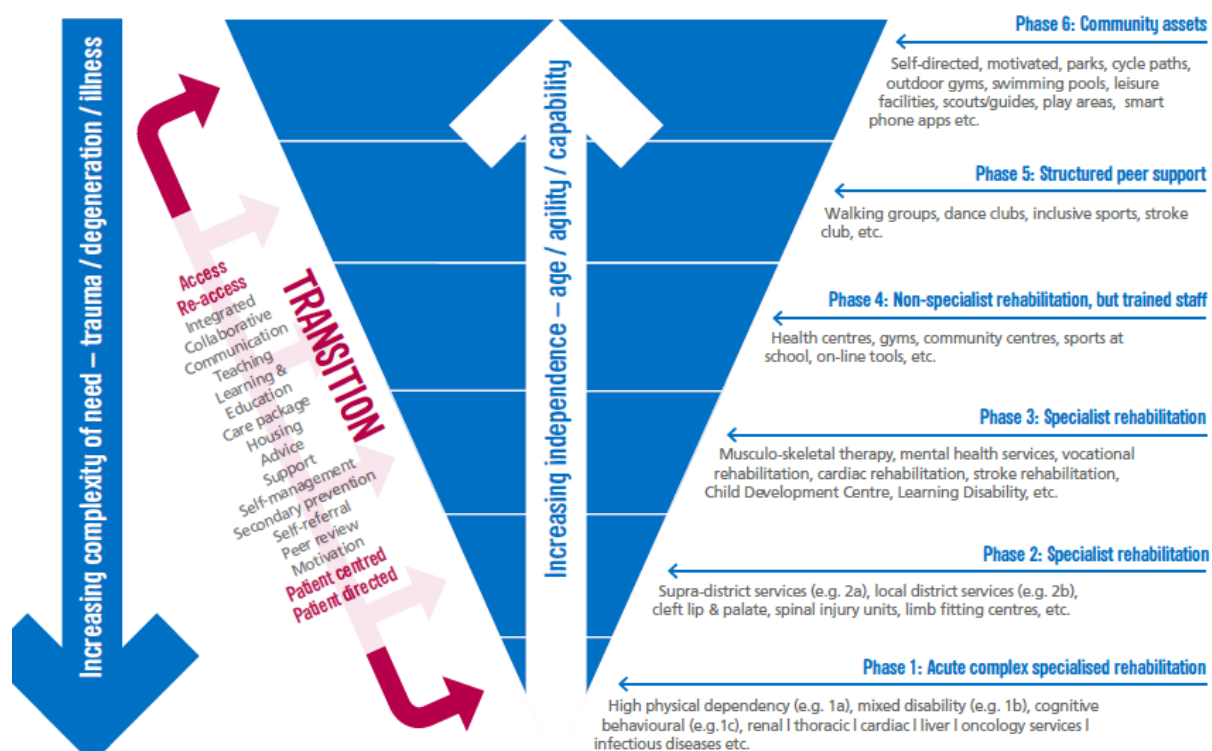
- Betrokkenheid en actieve deelname van de diagnose-gebonden werkgroepen van de VRA.
- Betrokkenheid en actieve deelname van patiëntenverenigingen.
- In de keten is het ook van belang om te bekijken welke applicaties in andere sectoren worden gebruikt waarbij we wellicht kunnen aanhaken, zodat we niet zelf het wiel hoeven uit te vinden.
- Adequate financiering waarbij wij investeringen die we doen in e-health en technologie ook kunnen in- en terugverdienen
- Aanpassingen van wet- en regelgeving zodat gebruikte consumenten hulpmiddelen makkelijk in de behandeling kunnen worden geïntegreerd. Voorbeeld de smartwatch en de stappenteller is in sommige gevallen te gebruiken zonder meerkosten. De Europese hulpmiddelen regelgeving maakt dat echter moeilijk als die smartwatch dan opeens aan allerlei eisen moet voldoen.

BIJLAGEN

- Inrichting van revalidatiezorg volgens NHS (2016)
- Infographic Zorgnetwerk Spierziekten

Inrichting van revalidatiezorg volgens NHS (2016)

The Model of Rehabilitation Services

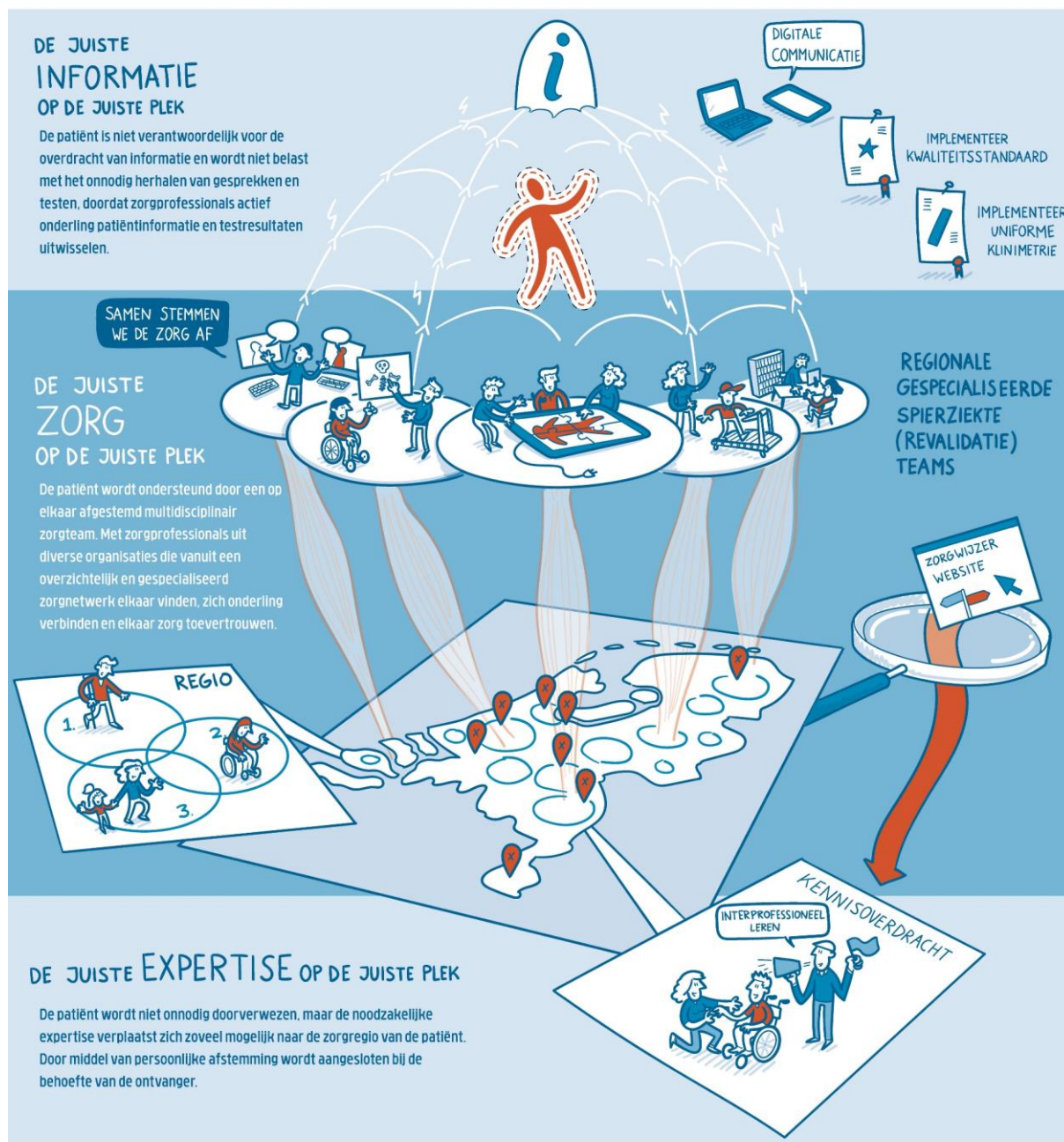


Infographic Zorgnetwerk Spierziekten



SPIERZIEKTEN ZORGNETWERK

Een netwerk van bevoegen zorgprofessionals, uit diverse disciplines en organisaties, die elkaar kunnen vinden, elkaar zorg toevertrouwen en samen investeren in een hogere kwaliteit en continuïteit van zorg.



MINDER ADMINISTRATIE **MEER KWALITEIT**



Colofon

Het sectoraal transformatieplan “**Passende Revalidatie/Revalidatie Vooruit**” is een product van Revalidatie Nederland.

Het bevat de belofte van Revalidatie Nederland voor de revalidatie in 2030 en het transformatieplan om deze belofte waar te maken. Belofte en transformatieplan zijn een co-creatie van de leden van Revalidatie Nederland, patiëntenvertegenwoordigers en externe stakeholders.

Deze belofte en het transformatieplan zijn door de leden van Revalidatie Nederland goedgekeurd op 13 december 2023. Sindsdien werken we met onze regionale en landelijke partners aan de implementatie. Het plan kan daarbij op details worden aangepast. Zie voor de laatste versie: www.revalidatie.nl/transformatieplan

© Revalidatie Nederland, maart 2024