

# Passende Revalidatiezorg 'Over Grenzen Heen'



Inaugurele rede

Dr. Ivan Huijnen

5 april 2024



**ZU  
YD**

# Inhoudsopgave

- 1. Inleiding ..... 6**
- 2. Positionering lectoraat ..... 9**
- 3. De ontwikkeling en uitdagingen in de zorg en het onderwijs ..... 12**
  - 3.1 Samenwerking in de zorg op het gebied van revalidatie ..... 13
  - 3.2 Gebruik maken van technologische vernieuwingen ..... 18
  - 3.3 Bijdrage aan opleiden van zorgprofessionals ..... 19
- 4. Ambities van het bijzonder lectoraat en al lopende initiatieven ..... 22**
  - 4.1 Samenwerking in de revalidatiezorg ..... 24
    - Initiatief 1: Het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg ..... 25
    - Initiatief 2: Vervolgstappen op basis van het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg ..... 27
    - Initiatief 3: Persoongerichte Integrale Nazorg COVID-19; de PINCOR studie ..... 30
    - Initiatief 4: Inzet van ervaringsdeskundigen in nazorgfase na revalidatiebehandeling ..... 31
  - 4.2 Gebruik maken van technologische vernieuwingen ..... 32
    - Lopende initiatieven in Adelante ..... 33
    - Ontwikkelingen vanuit Zuyd ..... 34
    - Hoe verder met technologische ontwikkelingen vanuit het bijzonder lectoraat? ..... 34
  - 4.3 Bijdrage aan opleiden van zorgprofessionals ..... 35
- 5. Tot slot ..... 38**
- 6. Dankwoord ..... 40**
- 7. Literatuurlijst ..... 42**
- 8. Curriculum Vitae ..... 44**

*Geachte College van Bestuur en directie Gezondheidszorg en Welzijn van  
Zuyd Hogeschool*

*Geachte bestuurders en geacht managementteam van Adelante*

*Geachte College van Bestuur van Universiteit Maastricht en directie van de  
onderzoeksschool CAPHRI*

*Beste collega's, vrienden en familie*

Tijdens mijn opleiding tot gezondheidswetenschapper miste ik de toepassing van dat wat ik leerde op de dagelijkse zorgpraktijk. Dat was voor mij de reden om toen ook te starten met de opleiding tot fysiotherapeut. Daarbij stelde ik mij vaak de vraag waarom we de dingen in de praktijk doen zoals we ze doen. Niet altijd kreeg ik een bevredigend antwoord.

Na mijn opleiding bleef deze vraag met enige regelmaat terugkeren. Om antwoorden te krijgen, combineerde ik mijn werk als zorgverlener met andere functies. Ik ging werken in een omgeving waarin zorg, onderzoek, innovatie, onderwijs en management bij elkaar kwamen. Met het streven de zorg niet alleen te verbeteren, maar ook duurzaam toegankelijk te houden. Na mijn promotieonderzoek over het fysiek functioneren van patiënten met chronische lage rugklachten, kreeg ik steeds meer interesse in de organisatie van zorg.

We hebben in Nederland een uitstekende zorginfrastructuur van zeer hoge kwaliteit. Hierdoor leven mensen langer en door de steeds verbeterende kennis en kunde vaker met één of meer chronische aandoeningen. Aandoeningen die leiden tot beperkingen en minder meedoen in de samenleving. In onze vergrijzende samenleving leidt dit tot veel en steeds vaker tot complexere zorgvragen. Het streven bij revalideren is patiënten met chronische aandoeningen weer leren zelfregie te nemen om zo optimaal mogelijk te functioneren. In revalidatiezorg werken zorgverleners van verschillende disciplines samen vanuit één integrale visie. Gezien de ontwikkelingen in de zorg wordt het steeds belangrijker revalidatiezorg passend te organiseren zodat patiënten op het juiste moment de juiste zorg op de juiste plek in de keten ontvangen. Dat vraagt dat we over grenzen heen stappen. Grenzen binnen het zorgdomein en grenzen tussen het zorgdomein en het sociaal maatschappelijk domein.

In deze rede neem ik u graag mee in de ontwikkelingen en ambities om de revalidatiezorg toekomstbestendig en kwalitatief hoogwaardig te organiseren. Het thema van het bijzonder lectoraat is 'Passende Revalidatiezorg' en de titel van mijn rede is 'Over Grenzen Heen'.

# 1. Inleiding

Revalidatiezorg streeft ernaar kinderen en volwassenen, die kampen met de gevolgen van een ziekte, aandoening of ongeval, te helpen hun leven weer in eigen hand te nemen en zo volledig mogelijk deel te nemen aan de activiteiten die voor hen belangrijk zijn. Om dit te bereiken, moet de behandeling goed aansluiten bij de behoeftes en wensen van de patiënt. Bekwame zorgprofessionals zijn nodig om de patiënt te begeleiden naar het optimale herstel van functioneren en participeren, passend binnen de doelen van de patiënt.

Door de vergrijzing in onze samenleving neemt het aantal mensen met chronische aandoeningen toe. Een aandoening wordt chronisch genoemd als deze langer dan drie maanden bestaat. Op 1 januari 2022 hadden ruim 10,4 miljoen mensen in Nederland (59 procent van de Nederlandse bevolking) één of meer chronische aandoeningen [1]. De verwachting is dat dit aantal de komende jaren stijgt. Met als gevolg toenemende zorgvragen en verdubbeling van zorgkosten in 2040 ten opzichte van 2015 [2]. Het Centraal Planbureau heeft berekend dat collectieve zorguitgaven oplopen van 10 procent in 2020 naar 18 procent in 2060 [3]. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) constateerde dat de snelle stijging van het gebruik van zorg de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van de zorg onder druk zet [4]. Naast stijging van zorgvragen en kosten is het steeds groter wordende tekort aan zorgpersoneel een derde ontwikkeling die aandacht vraagt. Dit is nu al merkbaar en de verwachting is dat dit de komende jaren alleen maar verder toeneemt als gevolg van ontgroening en stijgende zorgvraag.

Kortom: De zorg staat voor een uitdaging; een stijging van steeds complexere zorgvragen oplossen met krapte in personeel en middelen. Hoe kan de zorg zo georganiseerd worden dat de patiënt zo optimaal mogelijk kan participeren met zijn aandoening(en), zelfstandig regie (terug)krijgt over zijn leven en de zorg hem/haar hierin ondersteunt en bijdraagt om deze zelf-regie te bevorderen?

In de afgelopen jaren zijn meerdere visiedocumenten geschreven die anticiperen op de hierboven beschreven uitdagingen, zoals de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP; [5]), medisch specialist 2025 [6] en het Integraal Zorgakkoord 'Passende Zorg' [7].

Een belangrijke ontwikkelrichting in deze visiedocumenten is de organisatie van de zorg over domeinen heen. Afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt en complexiteit van klachten wordt beoordeeld op welke plek in het netwerk de patiënt de ondersteuning krijgt, passend bij de complexiteit van de klachten en passend bij de bereikbaarheid van zorg. Insteek is de zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk in de buurt van de patiënt aan te bieden en alleen waar dat nodig is hoger in de keten, in een ziekenhuis of specialistisch centrum zoals een revalidatiecentrum.

Deze zorg moet passen bij de hulpvraag en klachten van de patiënt en aangeboden worden op die plek in het netwerk die hier het beste bij aansluit waarbij de voorkeur uitgaat naar thuis of dichtbij huis.

Voorwaarde om dit goed in te richten is dat zorgverleners in het netwerk aan de hand van de laatste inzichten, over de grenzen van de domeinen heen, de ondersteuning en begeleiding vanuit één integrale visie organiseren. Andere condities om de zorg uitvoerbaar en toegankelijk te houden zijn: het gebruik van eHealth en technologische hulpmiddelen en betere inbedding in de zorg van de begeleiding van de patiënt naar meer zelf-regie. Ook het versterken van de samenwerking tussen zorgprofessionals is noodzakelijk. Dit alles vereist aanvullende competenties van de zorgprofessionals. Naast de traditionele discipline/beroep specifieke competenties zoals het fysiotherapeutisch en ergotherapeutisch handelen, zijn in de toekomst competenties zoals digivaardigheid, communicatie en samenwerken steeds belangrijker.

Niet alleen in Nederland is het belang van samenwerking in de zorg en het toegankelijk houden van zorg een actueel vraagstuk. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vraagt om revalidatie niet alleen te zien als het eindstation (last-resort) voor de patiënt met hoog complexe problematiek, maar breder toegankelijker te maken. In de campagne 'Rehabilitation 2030; a call for action' is revalidatiezorg beschreven als patiënt-gecentreerde zorg, gericht op het ondersteunen van mensen met een chronische aandoening/lichamelijke beperking op hun weg naar beter functioneren en participeren met als doel mee blijven doen in de maatschappij (in opleiding, werk en vrije tijd). Deze revalidatie-insteek sluit zeer nauw aan bij de definitie van zorggerelateerde preventie. Zorggerelateerde preventie richt zich bij een bestaande aandoening op het voorkomen van complicaties, beperkingen en een lagere kwaliteit van leven of sterfte (VWS) [8]. Gebruik maken van de revalidatie-insteek vraagt om een connectie tussen de zorg en het maatschappelijke domein.

Een integrale kijk bij de intake van een patiënt brengt risicofactoren vroeg aan het licht. Door op een eerder moment interventies vanuit integrale kijk in te zetten, blijven negatieve lange termijn gevolgen uit of verminderen (secundaire preventie) [8]. Het toepassen van de revalidatie-insteek in de zorg ondersteunt patiënten bij het versterken van hun zelfredzaamheid en zelfregie (tertiaire preventie). Dit pleit voor vroege introductie en toegankelijkheid van revalidatiezorg in de patiëntreis.

Revalidatie speelt de cruciale rol in het optimaliseren van gezondheidsuitkomsten van interventies vanuit andere medische specialisaties. Zo kan revalidatie iemand sneller handvatten bieden hoe om te gaan met een (dreigende) chronische aandoening, de opbrengst van bijvoorbeeld een operatieve ingreep vergroten, de kans op complicaties met een negatieve impact op het welzijn van de individu verkleinen, evenals de druk op het zorgsysteem verlichten.

De WHO heeft de World Rehabilitation Alliance (WRA) geïnitieerd om de rol van revalidatie in het gezondheidssysteem te versterken. Maastricht University is lid van de WRA. De WRA wil de toegankelijkheid van revalidatie verbeteren door de samenwerking tussen specialistische zorg uit de tweede/derde lijn, multidisciplinaire en monodisciplinaire zorg in de eerste lijn en de ondersteuning vanuit het sociaal-maatschappelijk domein te verbeteren. Revalidatie Nederland presenteert deze ontwikkeling in het recent gepubliceerd sectoraal transformatieplan [9]. Deze samenwerking moet leiden tot **Passende Revalidatiezorg**. Onderstaand figuur 1 presenteert de ondersteuning op maat vanuit de revalidatie in alle onderdelen van de gezondheidszorg.



Figuur 1; Een piramide met de integratie van revalidatie in de gezondheidszorg; bron [10]

## 2. Positionering lectoraat

Adelante en Zuyd Hogeschool hebben een jarenlange hechte samenwerkingsrelatie waarin zij gezamenlijk streven naar verbeteringen in de gezondheidszorg. Deze samenwerking omvat zowel de uitwisseling van kennis en expertise, als gezamenlijke inspanningen op het gebied van onderzoek, innovatie en opleiding. Adelante helpt kinderen en volwassenen die kampen met de gevolgen van een ziekte, aandoening of ongeval bij het herstel van functioneren en optimaliseren van participatie.

Door Adelante's uitgebreide ervaring in gespecialiseerde revalidatiezorg en speciaal onderwijs en Zuyd Hogeschool's educatieve en onderzoeksinitiatieven te bundelen, is een vruchtbare synergie ontstaan. De samenwerking versterkt de mogelijkheden om de best mogelijke zorg te bieden, innovaties te bevorderen en de volgende generatie professionals op te leiden voor een kwalitatief hoogwaardige, efficiënte en betaalbare gezondheidszorg.

Adelante betekent 'vooruit!' in het Spaans en daar is Adelante's missie op gebaseerd. Cliënt, medewerker, organisatie: haal het beste uit jezelf! Adelante heeft in haar meerjarenkoers een aantal thema's benoemd waarop ze vooruit wil. Deze thema's zijn:

1. Inzetten op wetenschappelijk onderzoek en kennisontwikkeling.
2. Zorg organiseren rond de cliënt, in nauwe samenwerking met andere (zorg)partners.
3. Steeds meer poliklinisch ondersteunen, bij cliënten thuis, op school, op het werk of bij een zorgcentrum in de buurt.
4. Technologische revolutie omarmen, telerevalidatie, zorginnovaties.
5. Koploper in de Limburgse revalidatiezorg zijn, ook in 2025.

Het bijzonder lectoraat gaat op deze thema's bijdragen in samenwerking met andere lectoraten van Zuyd. De lectoraten stimuleren de ontwikkeling, overdracht en circulatie van kennis. Zij doen maatschappelijk relevant toegepast onderzoek, adviseren bedrijven en instellingen en zorgen met de opleidingen voor toepassing van kennis in het onderwijs. Bij Zuyd Hogeschool zijn zeven lectoraten binnen het domein

#### Gezondheidszorg en Welzijn:

- Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken
- Kennisontwikkeling Vaktherapieën
- Midwifery Science
- Ondersteunende Technologie in de Zorg
- Sociale Integratie
- Voeding, Leefstijl en Bewegen
- Wijkgerichte Zorg

#### Daarnaast de bijzonder lectoraten:

- Begrijpelijk Communiceren
- Beroepsvorming Professionals in het Publiek Sociaal Domein
- Interprofessionele Samenwerking in de Wijk
- Samen Beslissen door Verpleegkundigen

De lectoraten zijn verbonden als kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving. Het doel is bij te dragen aan de kwaliteit van leven van burgers in een gezonde en rechtvaardige samenleving, met bijzondere aandacht voor vitaliteit, participatie en relationaliteit. De koppeling tussen kennisontwikkeling, onderwijs en beroepsinnovatie staat helder op het vizier. Samenwerking met externen wordt hierin steeds belangrijker. De werkwijze typeert zich door *interprofessioneel samen te werken* in de praktijk vanuit *Living Labs*, aan (technologische) innovaties in zorg en welzijn met *wetenschappelijk grondig onderzoek*.

Doel van het installeren van dit bijzonder lectoraat is het faciliteren en stimuleren van vernieuwingen in de zorg én het onderwijs op het gebied van de revalidatie. Adelante streeft naar een continue verbetering van haar zorgproces en uitkomsten. Via praktijkgericht onderzoek met Zuyd vanuit het kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving en vanuit de Academische Werkplaats Revalidatie (AWR) worden zorginnovaties versneld en resultaten gerealiseerd en gemeten.

De AWR is een samenwerkingsverband van Adelante en Maastricht University, vakgroep revalidatiegeneeskunde en het MUMC+. Het wetenschappelijk onderzoek van de vakgroep revalidatiegeneeskunde, en hiermee ook de AWR, is ingebed binnen de onderzoeksschool Care and Public Health Research Institute (CAPHRI). CAPHRI

is een interdisciplinair onderzoeksinstituut en richt zich op kwalitatief hoogwaardig, maatschappelijk relevant onderzoek dat direct toepasbaar is in de gezondheidszorgpraktijk. Binnen CAPHRI zijn 6 thematisch georiënteerde onderzoekslijnen. De AWR is gepositioneerd binnen de onderzoekslijn 'Functioning, Participation and Rehabilitation'. In de AWR werken onderwijs-/kennisinstellingen en zorginstellingen samen met als doel de revalidatiezorg en opleiding voor revalidatiezorgprofessionals versneld te vernieuwen. Zij koppelen hiervoor hun expertises op het gebied van zorg, onderzoek, innovatie en onderwijs. De AWR heeft vier expertisecentra op speerpunten in de zorg. Op deze speerpunten koppelen we actief patiëntenzorg, onderzoek en kennisoverdracht. Deze expertisecentra zijn:

1. Expertisecentrum Kinderrevalidatie
2. Expertisecentrum Revalidatie bij Neurologische aandoeningen
3. Expertisecentrum Pijn en Revalidatie
4. Expertisecentrum Tinnitus en Revalidatie

Met de start van dit bijzonder lectoraat op het thema passende revalidatiezorg versterkt de samenwerking tussen de onderwijs-/kennisinstellingen Maastricht University en Zuyd Hogeschool, naast de samenwerking tussen Zuyd Hogeschool en Adelante. Er is al een intensieve samenwerking tussen onderzoeksschool CAPHRI en het kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving van Zuyd bijvoorbeeld op de thema's interdisciplinair werken, toepassen van technologie en meten in de zorg en duurzaam organiseren van zorg. De gewenste aansluiting van Zuyd bij de AWR kan zorgen voor verdere versterking en intensivering om de revalidatiezorg van de toekomst vorm te geven. Het bijzonder lectoraat kan hieraan bijdragen.

### 3. De ontwikkeling en uitdagingen in de zorg en het onderwijs

Door onderzoek en vernieuwingen in de medische wereld is de kwaliteit en effectiviteit van de zorg sterk verbeterd. Mensen overleven ziekten die eerst dodelijk waren. Ze leven langer, maar wel steeds vaker met één of meer chronische aandoeningen met impact op het functioneren en hun kwaliteit van leven. Het percentage van de Nederlandse bevolking dat leeft met een chronische aandoening/beperking is met 59 procent enorm hoog. De verwachting is dat de prevalentiecijfers op chronische aandoeningen zoals nek- en rugklachten, artrose, beroerte, coronaire hartziekten en gehoorstoornissen richting 2040 verder stijgen [11]. Daarbij is sprake van een sterke vergrijzing en scheefgroei tussen het werkende deel en het niet-werkende deel van de bevolking. Dit vergroot de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Elke regio in Nederland kent zijn specifieke uitdagingen op het gebied van gezondheid, zorg en welzijn. Regiobeelden en regioplannen brengen de uitdagingen en activiteiten in beeld. Het regiobeeld van Zuid-Limburg laat zien dat er regionaal sprake is van relatief minder goede gezondheid. Veel inwoners hebben chronische aandoeningen, een verminderde zelf-regie en gezondheidsachterstanden in vergelijking met de rest van Nederland. Hierdoor is het zorggebruik extra hoog. Op de vraag hoe te anticiperen op de ontwikkelingen en verwachtingen in de zorg zijn drie trends zichtbaar:

1. De juiste zorg op de juiste plek en het organiseren van passende zorg door te streven naar geïntegreerde en gecoördineerde zorgverlening over verschillende zorgdomeinen heen. Het doel is het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het bevorderen van samenwerking tussen zorgverleners en het optimaliseren van de gezondheidsuitkomsten voor de patiënt.
2. Meer aandacht voor gezondheid en het voorkomen van zorg.
3. Gebruik maken van technologie en eHealth.

De urgentie om de zorg echt anders te organiseren neemt steeds meer toe. Het ontbreken van continuïteit van zorg vanuit één visie binnen ons zorgsysteem noemen patiënten als één van de belangrijkste knelpunten. Dit komt tot uiting op het moment dat een patiënt een chronische aandoening heeft (langer dan drie maanden klachten).

In het (sub)acute stadium zijn er aanwijzingen of de aandoening chronisch dreigt te worden. Vroeg hierop anticiperen kan de negatieve gevolgen verminderen en wellicht voorkomen. Het revalidatie denkkader is de manier om zorg te bieden aan (dreigende) chronische functioneringsproblemen en beperkingen. Omdat de inbedding van revalidatie in het huidige zorgsysteem niet optimaal is, zijn sommige eenvoudige vormen van revalidatiezorg minder goed toegankelijk voor de patiënten die hier wel baat van kunnen hebben.

Het is wenselijk de patiënt in een vroeg stadium en met een integrale blik te ondersteunen in het zo goed mogelijk herstellen van functioneren en begeleiden om zelf weer regie te krijgen over zijn/haar leven met of ondanks de aandoening. Dit vraagt een verandering in denken en handelen van de zorgprofessionals en in de organisatie van het zorgsysteem.

Om hieraan bij te dragen is vanuit het bijzonder lectoraat 'Passende Revalidatiezorg' aandacht voor drie pijlers:

1. Faciliteren van de samenwerking in de zorg op het gebied van revalidatie.
2. Gebruik maken van technologische vernieuwingen om de zorg uitvoerbaar en toegankelijk te houden.
3. Benodigde competenties van onze huidige en toekomstige zorgprofessionals ontwikkelen om passende revalidatiezorg uit te voeren.

#### 3.1 Samenwerking in de zorg op het gebied van revalidatie

Het bijzonder lectoraat streeft naar passende revalidatiezorg. Drie punten vragen aandacht om dit te bereiken:

1. De visies van zorgprofessionals betrokken bij de begeleiding van de patiënt zijn vaak niet of onvoldoende op elkaar afgestemd. In de begeleiding ligt de nadruk nog vaak op de ziekte in plaats van de gezondheid waardoor zorgprofessionals

niet dezelfde taal spreken en de nadruk niet ligt op het versterken van zelf-regie bij de patiënt.

2. Er is nog geen optimale samenwerking en afstemming tussen zorgprofessionals over de grenzen van de verschillende niveaus van de piramide van de WHO heen (figuur 1).
3. De randvoorwaarden voor het organiseren van passende revalidatiezorg zijn nog niet ingevuld. Onder meer op het gebied van financiering en regelgeving zijn belemmerende factoren aanwezig. Hierdoor is bijvoorbeeld intercollegiaal overleg in eerste lijn en samenwerking vanuit gezamenlijke dossiervoering vaak niet goed mogelijk. Dit belemmert samenwerking en innovatie.

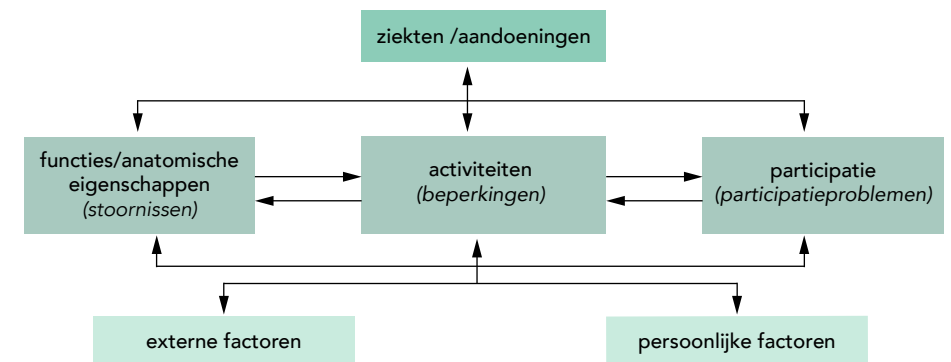
Deze punten komen bijvoorbeeld naar voren in de zorg voor patiënten met chronische pijn. Pijnklachten komen veel voor in alle leeftijdscategorieën; 20 procent van de volwassenen (tot 65 jaar), 40 procent van de mensen ouder dan 65, en 25 procent van alle kinderen en adolescenten ervaren chronische pijnklachten [12]. Bij deze omvangrijke populatie kan het gebeuren dat patiënten langdurig zoeken naar een verklaring en oplossing voor de pijnklachten. Vaak bezoeken ze verschillende professionals, maar ook behandelaars vanuit het alternatieve circuit die vanuit eigen achtergrond en visie op zoek gaan naar een verklaring en oplossing.

In de samenleving en bij de patiënt leeft de verwachting dat alle kwalen en aandoeningen op te lossen zijn. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft dit medische perspectief in 2017 ter discussie gesteld [13]. In het geval van pijnklachten en de daaruit voortvloeiende beperkingen, kan in 90-95 procent van de gevallen geen of geen bevredigende medische verklaring worden gevonden. De pijn en de zoektocht van de patiënt duren lang en hebben impact op kwaliteit van leven, werkparticipatie, stemming. De RVS adviseerde in 2017 al dat het belangrijk is dat zorgprofessionals het gesprek aangaan over de vraag of een medische benadering de meest adequate is en zinnige zorg oplevert, en dat verkenning van andere routes gestimuleerd moeten worden. In een vroegtijdig stadium integraal kijken naar het probleem van de patiënt en niet alleen naar de ziekte of aandoening, kan de patiënt sneller op de juiste plek brengen. Uit een NIVEL onderzoek blijkt dat de patiënt met chronische pijn continuïteit van zorg mist [14]. Bij de populatie van patiënten met chronische pijn vraagt dit een verschuiving van aandacht voor het verklaren en oplossen van pijn naar aandacht voor het optimaliseren van het dagelijks functioneren en participeren en versterken van zelfregie. Dit vraagt om een eenduidige visie waarin niet alleen de nadruk ligt op de afwijking en/of ziekte,

maar op de gezondheid en de persoon. Wat kan je wel met deze problematiek en wat kan je zelf doen?

Om de inhoud en organisatie van de pijnzorg te verbeteren is in 2017 de Zorgstandaard Chronische Pijn verschenen en in 2020 opgenomen in het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland [15]. Vanuit de zorgstandaard wordt interprofessionele samenwerking en werken vanuit een integrale kijk op gezondheid vanuit een biopsychosociaal perspectief geadviseerd. Wat zijn de elementen waarop je in je interventie kan aangrijpen, waardoor de patiënt weer beter kan functioneren en in dit geval zo optimaal mogelijk kan participeren met zijn pijnklachten? Binnenkort verschijnt ook een multidisciplinaire Leidraad Chronische pijn om deze invulling van de samenwerking in de pijnzorg verder vorm te geven.

De revalidatiegeneeskunde hanteert het ICF-model om invulling te geven aan de integrale kijk per individu. ICF staat voor "International Classification of Functioning, Disability and Health" ofwel de Internationale Classificatie van het functioneren, de beperkingen en de gezondheid. Het is ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) als een raamwerk om het functioneren en de gezondheid van individuen in kaart te brengen op een brede en inclusieve manier waardoor alle betrokken zorgprofessionals vanuit éénzelfde integraal kader kijken. Vanuit dit kader spreekt iedereen dezelfde taal en kan worden samengewerkt aan de doelen van de patiënt. Zie figuur 2 voor een visuele weergave van het ICF-model:



Figuur 2; Het ICF model; bron [16]

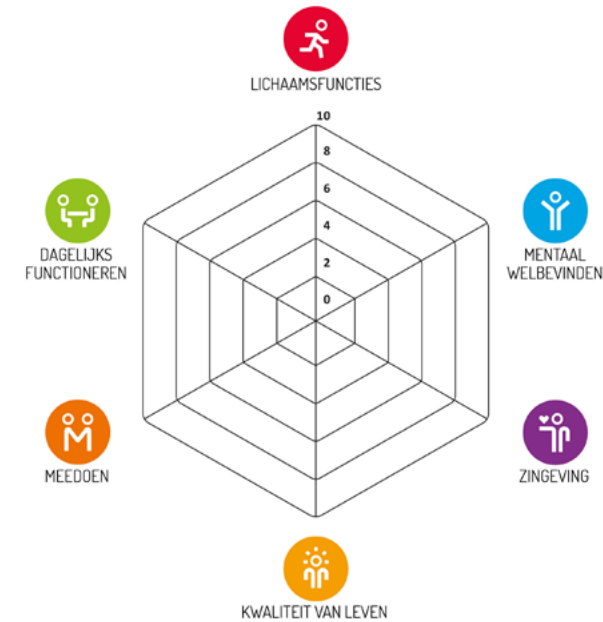


Het ICF-model beschrijft gezondheid en ziekte op basis van de volgende componenten:

1. Functies en anatomische eigenschappen: de fysiologische functies van het lichaam (zoals ademhaling, zien, horen) en de anatomische structuren (zoals organen, ledematen).
2. Activiteiten en participatie: de mogelijkheden van een individu om specifieke taken uit te voeren (activiteiten) en deel te nemen aan het dagelijks leven (participatie).
3. Persoonlijke en externe factoren: de invloeden van de persoonlijke kenmerken van een individu (zoals leeftijd, geslacht, levensstijl) en de externe (omgevings)-factoren (zoals sociale steun, fysieke omgeving, toegankelijkheid) op het functioneren en de gezondheid.
4. Ziekten/aandoeningen: gezondheidsproblemen zoals ziekten, aandoeningen, letsels of gezondheids-gerelateerde aandoeningen die het functioneren van een individu kunnen beïnvloeden.

Het ICF-model helpt zorgprofessionals een integraal beeld te krijgen van het functioneren van een individu, rekening houdend met de complexe interacties tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Het geeft een goed overzicht van onderhoudende en behandelbare factoren. Dit helpt bij het plannen en uitvoeren van revalidatie-interventies die gericht zijn op het verbeteren van het functioneren en de kwaliteit van leven van individuen met gezondheidsproblemen of beperkingen.

Naast het ICF-model is Positieve Gezondheid een methode die gezondheid en welzijn op een bredere en integrale manier benadert. Positieve Gezondheid, ontwikkeld door Machteld Huber en haar collega's, benadert gezondheid vanuit patiëntperspectief als meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, maar eerder als het vermogen om met veranderingen en uitdagingen om te gaan, veerkrachtig te zijn en een zinvol leven te leiden. Positieve Gezondheid identificeert zes dimensies van gezondheid: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spiritueel/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Deze dimensies zijn even belangrijk en kunnen elkaar beïnvloeden. Zie figuur 3 voor een weergave van het spinnenweb dat wordt gehanteerd om inzicht te krijgen in de verschillende dimensies van positieve gezondheid.



Figuur 3; Het spinnenweb als gespreksmodel vanuit positieve gezondheid; bron [17]

Het ICF-model en het model van Positieve Gezondheid kunnen beide zorgprofessionals ondersteunen om vanuit een integrale kijk de behoeften en prioriteiten van individuen in kaart te brengen om vervolgens gerichte interventies in te zetten die zowel de gezondheid als het welzijn verbeteren en de zelfregie van de patiënt bevorderen. Om deze visie breder te kunnen toepassen is een verandering van ons huidige gezondheidszorgsysteem nodig. Van een (bio)medische focus op ziekte en genezen van medische problematiek naar een stelsel waar naast het genezen van ziekte, gerichte aandacht is voor het ondersteunen van mensen met (dreigende) chronische aandoeningen op weg naar meer zelfregie en beter participeren. Dit vraagt een verschuiving van aandacht voor ziekte naar aandacht voor gezondheid. Toepassing van deze integrale kijk op gezondheid vraagt om samenwerking in de zorg en afstemming over wie wat doet. Dat gaat niet vanzelf. Het huidige model van gereguleerde marktwerking in de zorg roept dan ook steeds meer discussie op.

Daarnaast zijn er uitdagingen op het gebied van informatiedeling en privacy. Bovendien zijn tijd en middelen vaak beperkt beschikbaar, wat de afstemming en intercollegiaal overleg zeker in de eerste lijn kan bemoeilijken.

Door meer en intensiever samen te werken, met de nadruk op gezondheid in plaats van ziekte, komt de focus in het zorgtraject sneller te liggen op optimalisatie van functioneren, participeren en zelfregie. Dit kan langdurig zoeken naar andere interventies voorkomen. Het belang van juiste zorg op de juiste plek en afstemmen op basis van criteria vanuit een integrale blik is nodig om in de toekomst kwalitatief hoogwaardige zorg te organiseren. Meer samenwerking in de keten, versterkt de eerstelijnszorg op het gebied van werken vanuit een integrale visie en samenwerking binnen de eerste lijn. Door de samenwerking tussen verschillende disciplines te faciliteren, dragen zorgprofessionals vanuit de verschillende achtergronden gezamenlijk bij aan de ondersteuning van de patiënt om regie te krijgen over zijn leven. Er liggen ook kansen voor het verplaatsen van duurdere zorg in specialistische revalidatiecentra naar zorg dicht bij huis door de mono- of multidisciplinaire eerste lijn. Waar nodig kan de specialistische zorg expertise toevoegen aan de eerste lijn bijvoorbeeld met een adviesconsult. Zo nodig is snellere opschaling naar specialistische zorg mogelijk. Dit alles leidt ertoe dat de patiënt sneller op de juiste plek de juiste zorg ontvangt. Dit vraagt mogelijkheid en bereidheid om over de grenzen van zorglijnen heen elkaars expertise optimaal te gaan benutten!

## 3.2 Gebruik maken van technologische vernieuwingen

De verwachting is dat het aantal mensen met chronische aandoeningen toeneemt, de zorgkosten stijgen en er minder mensen zijn om de zorg te leveren. In de regio Zuid-Limburg wordt in 2032 een tekort verwacht van 6.100 zorgmedewerkers [18], met name in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Om toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen blijven leveren, zijn innovatieve oplossingen nodig. De mogelijkheden vanuit eHealth en technologie zijn enorm. Telerevalidatie kan bijvoorbeeld de begeleiding van patiënten intensiveren. Met telerevalidatie kunnen zorgprofessionals via een digitaal platform patiënten op afstand begeleiden als aanvulling op de oefeningen tijdens de behandelingen in het revalidatiecentrum of in de eerste lijn. Zo kan de patiënt zelfstandig, onafhankelijk van de zorgprofessional, intensiever bezig zijn met zijn revalidatietraject en daardoor steeds meer de regisseur zijn van het traject. Dit versnelt mogelijk het herstel. De patiënt (en mantelzorger) hoeft minder vaak naar het revalidatiecentrum, wat scheelt in reistijd en milieubelasting. Doordat een deel van de oefeningen zonder een zorgprofessional wordt uitgevoerd (therapeut onafhankelijke therapie), heeft de therapeut tijd over voor de begeleiding van andere patiënten. Hetzelfde geldt voor het toepassen van beeldbellen. Virtual en augmented reality (VR en AR) kunnen de revalidatie leuker,

uitdagender en realistischer maken. De oefeningen sluiten dan beter aan bij de doelen van de patiënt wat de effectiviteit van de revalidatie vergroot. Ook hier ligt een kans voor het trainen waarbij de zorgprofessional niet direct aanwezig hoeft te zijn (therapeut onafhankelijke training). De patiënt voert zijn oefeningen uit en de zorgprofessional krijgt vanuit het platform feedback over de kwaliteit en intensiteit van de handeling en geeft op basis hiervan de vervolgssessies vorm.

Er zit op dit moment een gat tussen wat mogelijk is op basis van technologische ontwikkelingen en dat wat nu in de zorg werkelijk wordt gebruikt. Een recent rapport verwacht dat digitalisering van de zorg een kwart van het personeelstekort in 2032 kan oplossen door verbetering van de productiviteit (bijvoorbeeld minder patiëntbezoeken), verbetering in diagnosestelling door gebruik te maken van artificiële intelligentie (AI) en het reduceren van polibezoeken door het implementeren van digitale vervolgzorg.

Dat eHealth en technologie kansen bieden staat buiten kijf. Om daadwerkelijk structureel en breed eHealth en technologie in de zorg te implementeren is wel tijd en geld nodig. Tegelijkertijd moet over de grenzen van wet- en regelgeving heen gekeken worden naar mogelijkheden om implementatie te faciliteren. Door nauwe samenwerking tussen zorgprofessionals, patiënten, omgeving van de patiënt, bedrijfsleven, verzekeraars, onderzoekers en innovatie/implementatiedeskundigen moeten wensen, behoeften en mogelijkheden goed op elkaar worden afgestemd. Deze verandering in de zorg vraagt tenslotte ook bevordering van de digitale kennis en vaardigheden van zowel de patiënten als de zorgprofessionals. Het belang van digitalisering van zorg blijkt ook uit de kennisagenda's van bijvoorbeeld ouderenzorg, medische specialistische revalidatiezorg, fysiotherapie en ergotherapie.

## 3.3 Bijdrage aan opleiden van zorgprofessionals

Bij punt 3.1 en 3.2 zijn ontwikkelingen en uitdagingen geschetst in de zorg. Samenvattend vraagt passende revalidatiezorg

- A. Een integrale kijk waarbij gezondheid en niet ziekte en intensievere en interprofessionele samenwerking tussen zorgprofessionals centraal staan.
- B. Zorg die zich richt zich op het optimaliseren van het participatieniveau en versterken van zelf-regie van de patiënten met chronische aandoeningen.

C. Optimaal gebruik maken van kansen op gebied van eHealth en technologie waarmee de zorg kwalitatief hoogwaardig georganiseerd kan blijven.

Zorgprofessionals in de verschillende domeinen kunnen veel van elkaar leren op het gebied van samenwerking vanuit één visie, interdisciplinair samenwerken, samenwerking tussen zorg en sociaal-maatschappelijk domein, toepassen van digitale mogelijkheden en versterken van zelf-regie bij patiënten en omgeving. Deze kennis en ervaring kan worden gebruikt in bijscholingen en intervisies met huidige zorgprofessionals.

Ook is het van belang de toekomstige zorgprofessionals goed op te leiden om te werken in de zorg van de toekomst. De basis voor de benodigde kennis, expertise en vaardigheden wordt gelegd tijdens de opleiding van onze (toekomstige) zorgprofessionals. Een integrale benadering vereist een hoge mate van interdisciplinaire samenwerking en (team)communicatie tussen ((para)medische) zorgprofessionals, patiënten, naast betrokkenen en anderen.

De AWR coördineert en geeft onderwijs aan de faculteiten Health, Medicine and Life Sciences (FHML; geneeskunde, gezondheidswetenschappen en biomedische wetenschappen) en Psychology and Neuroscience (FPN). Binnen de curricula van de opleidingen van Gezondheidszorg en Welzijn van Zuyd Hogeschool is interdisciplinaire samenwerking en werken vanuit een integrale visie al een speerpunt in de leerlijn Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken (IPOS). De ambitie is om deze thema's uitgebreider in te passen binnen de curricula van de opleidingen voor toekomstige zorgprofessionals, zorgvernieuwers en onderzoekers. eHealth en technologie in de zorg en betere digivaardigheid van de toekomstige zorgprofessionals is een tweede speerpunt binnen de opleidingen van Gezondheidszorg en Welzijn. Samenwerking tussen technische en zorgopleidingen kan studenten al uitdagen om te kijken naar de digitale mogelijkheden en hier al lerend vaardig in te worden. Derde speerpunt is het samenbrengen van theorie en praktijk in Living Labs. In Living Labs leren en werken studenten, docenten, onderzoekers, zorgverleners, patiënten en bedrijven samen om in een realistische omgeving innovaties te testen, ontwikkelen en implementeren. Living labs fungeren als proeftuinen waarin concrete oplossingen voor de uitdagingen op de werkvloer worden gecreëerd.

Om de zorg verder te ontwikkelen en toekomstbestendig te maken en te houden heeft de regio revalidatie-onderzoekers nodig. Zij kunnen onze revalidatiezorg

vernieuwen, passend binnen het toekomstperspectief van de zorg en de doelmatigheid van revalidatiezorg inzichtelijk maken in wetenschappelijk onderzoek. Dat vraagt onderzoekers en beleidsmakers, die in staat zijn een transitie naar anders werken te ondersteunen.

## 4. Ambities van het bijzonder lectoraat en al lopende initiatieven

In de voorgaande hoofdstukken is de achtergrond en de ontwikkelingen en uitdagingen in de zorg beschreven. De ambities van het bijzonder lectoraat zijn:

1. Versterken samenwerking in de revalidatiezorg vanuit een integrale kijk op gezondheid. De patiënt ondersteunen om de zelf-regie te versterken en het participatieniveau te verhogen.
2. Juiste zorg op de juiste plek; door de intensievere samenwerking en afstemming tussen zorgprofessionals binnen en tussen domeinen kan de patiënt sneller op de juiste plek de juiste zorg krijgen. De efficiëntie in de organisatie van de zorg verbetert. Dit voorkomt onnodige verwijzingen en behandeltrajecten en levert kostenbesparing op.
3. Verplaatsing van zorg; door het versterken van de eerste lijn (kennis en kunde) kan tweedelijnszorg verplaatst worden naar de eerste lijn. Ook dit leidt tot een kostenbesparing.
4. De zorg dichterbij huis of thuis aanbieden door meer zorg in de eerste lijn te organiseren en toename gebruik van eHealth en technologische ontwikkelingen.

De vraag is hoe dit vorm te geven. De inbedding van revalidatiezorg in de piramide voorgesteld door de WHO (figuur 1), vraagt een meerjarige visie. Het bijzonder lectoraat legt extra nadruk op de rol en invulling van hbo-opgeleide zorgprofessionals in deze piramide. Hiervoor worden projecten uitgevoerd in de zorg, waarbij patiënten, zorgprofessionals en andere relevante stakeholders actief worden meegenomen in, waar dat kan, iteratieve user-centered designs. Deze ontwerpbenadering houdt in dat herhaaldelijk ontwerpen worden getest en verfijnd op basis van feedback (evaluaties) van gebruikers. Het doel is in dit geval een zorgproduct, samenwerking of netwerk met de betrokkenen te creëren dat optimaal aansluit op de behoeften en voorkeuren van de gebruikers. De nadruk ligt dus nadrukkelijk op de gebruikerservaring en het creëren van gebruiksvriendelijke oplossingen. Voortgang wordt

gemonitord door uitkomsten te evalueren op verschillende domeinen, met het *quadruple aim model* [19, 20]. Dit model drukt de opbrengsten van vernieuwingen uit in vier domeinen:

1. Effect op het functioneren en de mate van participatie van de interventie
2. Effect op kosten (doelmatigheid)
3. Tevredenheid van de patiënt
4. Tevredenheid van de zorgverlener.

De principes bij de uitvoer van toekomstige projecten en initiatieven op het thema passende revalidatiezorg volgen de aanbevelingen van de WRA. De WRA adviseert dat meer onderzoek moet plaatsvinden binnen het domein van Health Policy and Systems Research (HPSR). Dat is onderzoek dat gebruik maakt van een iteratief user-centered design, implementatieonderzoek en procesevaluaties. Dit domein binnen het wetenschappelijk onderzoek levert kennis op over hoe de juiste begeleiding van een patiënt met een (dreigende) chronische aandoening op de juiste plek kan worden aangeboden. Dit kan leiden tot evidence based inzichten over de positionering van de verschillende vormen van revalidatiezorg in het zorgdomein en inzicht hoe samenwerking tussen zorg en sociaal-maatschappelijk domein en tussen zorgdomeinen van waarde zijn. Met deze inzichten kunnen beleidsmakers vervolgkeuzes maken voor de inrichting van het zorgsysteem. Belangrijke opbrengsten binnen HPSR kunnen worden uitgedrukt in kennis op de vier onderdelen van de quadruple aim. Dit type wetenschappelijk onderzoek leidt tot inzicht in de optimale positionering van revalidatie zowel in het zorgdomein als sociaal-maatschappelijke domein. Door aandacht voor beleidsmatige en organisatorische aspecten kan dit de verandering en dus werkelijke implementatie op langere termijn faciliteren. Het introduceren van passende revalidatiezorg is een langjarig traject waarbij stap voor stap veranderingen gerealiseerd zullen worden. Een aantal factoren zijn hierin van belang:

- I. Betrekken van de relevante stakeholders op beleids- en op projectniveau, bij alle ontwikkelingen. Zeker patiënten, zorgprofessionals, beleidsmakers, verzekeraars, onderzoekers en bedrijfsleven zijn essentieel voor het vernieuwen en veranderen van de zorg. Deze ontwikkeling vraagt draagvlak voor een nieuw te vormen visie van zowel de weg er naartoe als de eindbestemming.

Regiobijeenkomsten organiseren om elkaar te leren kennen en samen te komen tot een visie voor de regio. Dat vraagt ook het opzetten van samenwerkingen in

projectvorm. Dit zijn eerste stappen om passende revalidatiezorg te introduceren.

II. Gebruik maken van de juiste technieken om implementatie te faciliteren en te evalueren. De wetenschap erkent meer en meer het belang van het maken van maatschappelijke impact. Voor doeltreffende implementatie is het belangrijk de verschillende bevorderende en belemmerende factoren goed inzichtelijk te hebben. Het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) is een veelgebruikt model om de barrières en facilitators inzichtelijk te maken [21, 22]. Implementatieprocessen kunnen worden gemonitord met het implementatie model van Grol en Wensing [23]. Actieonderzoek met kort-cyclische iteraties om zo samen met de gebruikers ervaringen op te doen en kwalitatief en kwantitatief te evalueren waar de barrières en facilitators zijn waarna verbetervoorstellen kunnen worden voorgesteld.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden aan de hand van de geïntroduceerde drie pijlers, de lopende initiatieven en ambities vanuit het bijzonder lectoraat gepresenteerd. Lopende initiatieven vinden veelal plaats vanuit en in samenwerking met de AWR.

## 4.1 Samenwerking in de revalidatiezorg;

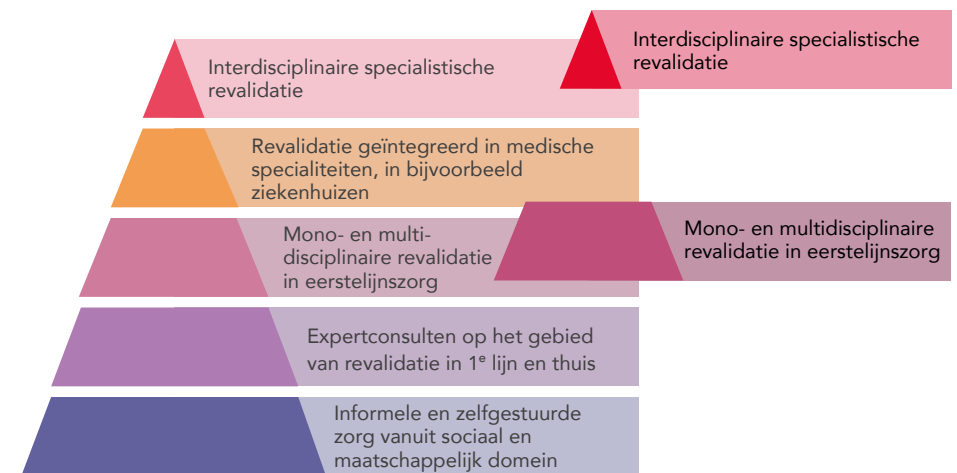
Bij het beschrijven van de ontwikkelingen en uitdagingen in de zorg en het onderwijs (paragraaf 3.1) zijn drie aandachtspunten geformuleerd:

1. Eenduidigheid van visie; om passende revalidatiezorg in een netwerk toe te passen is werken vanuit één integrale visie vereist. Vanuit een integraal perspectief kijkt het mono- of multi-/interdisciplinaire team samen met de patiënt nadrukkelijker naar de mogelijkheden wat iemand weer kan met zijn chronische aandoening(en). De regie komt bij de patiënt te liggen. De insteek van de begeleiding ligt zo snel als mogelijk op het versterken van zelf-regie en het optimaliseren van het participeren met de chronische aandoening(en).
2. Optimalisering samenwerking tussen zorgprofessionals betrokken vanuit de verschillende niveaus van de piramide van de WHO (figuur 1). Het doel van het versterken van de samenwerking in de zorg is de verschillende domeinen betrokken bij de patiënt beter op elkaar te laten aansluiten en samenwerken en de toegankelijkheid van revalidatie te verbeteren. Hierdoor wordt de langdurige zoektocht door het (para)medische zorgnetwerk naar oplossing en verklaring van klachten vermeden en wordt sneller de passende zorg geboden.

3. Aandacht voor verbeteren randvoorwaarden voor het organiseren van passende revalidatiezorg.

Vanuit de AWR is de afgelopen jaren een aantal projecten gestart voor de implementatie van werken vanuit een integrale visie en het faciliteren van de samenwerking op het gebied van revalidatiezorg. In het volgende deel worden verschillende initiatieven geplaatst in de piramide zoals voorgesteld door de WHO waarbij rekening is gehouden met één of meer van de benoemde aandachtspunten.

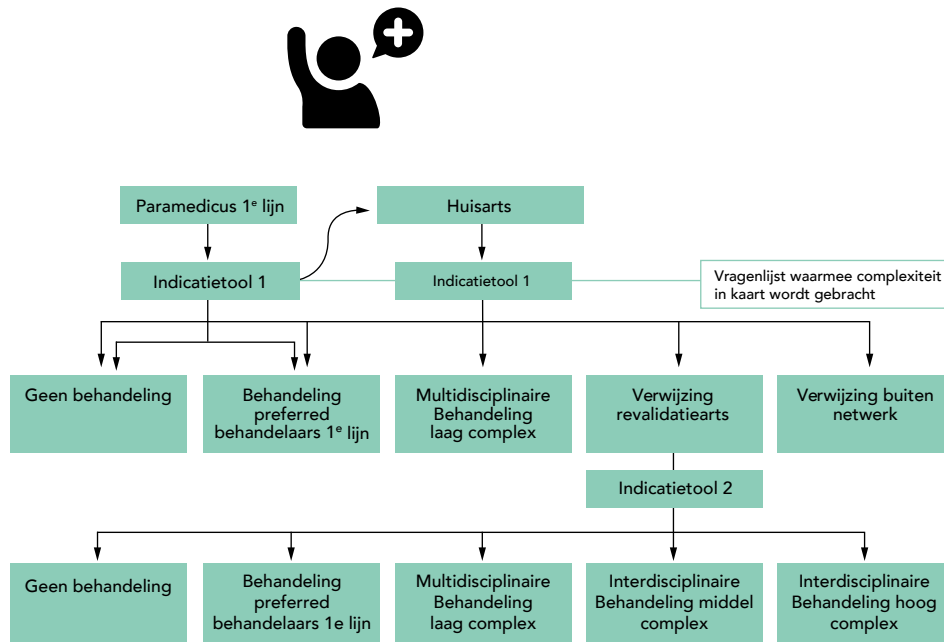
### Initiatief 1: Het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg



Piramide voorgesteld door WHO

Figuur 4; De piramide van de WHO [10] met hierin uitgelicht de onderdelen waar vanuit het netwerk pijnrevalidatie Limburg de aandacht naar toe gaat

In Oostelijk Zuid-Limburg is in een eerste pilot een samenwerkingsnetwerk opgezet en geëvalueerd om de revalidatiezorg voor patiënten met chronische pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat passend te organiseren (zie figuur 4) [24].



Figuur 5; Het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg zoals is opgezet en geëvalueerd in Oostelijk Zuid-Limburg

In het netwerk werd de samenwerking tussen de medisch-specialistische revalidatie (MSR) en mono- en multidisciplinaire revalidatiebehandeling uitgevoerd in de eerste lijn. Vooraf zijn op basis van de literatuur en expert opinions twee indicatietools ontwikkeld voor de eerste lijn (huisarts en paramedicus) en tweede lijn (revalidatiearts). Voor elk onderdeel werden behandelrichtlijnen vastgesteld en scholingen (waar nodig) gegeven met als doel dat patiënten vanuit een integrale blik begeleiding kregen in dit zorgnetwerk. Vervolgens is aan de hand van een iteratief user-centered design cyclisch ervaring opgedaan met werken in het netwerk gekoppeld aan kwantitatieve en kwalitatieve evaluaties van ervaringen van gebruikers; patiënten en zorgprofessionals. Voortgang werd gemonitord met het quadruple aim model. Door de uitbraak van Covid-19 is de evaluatie niet zo uitgebreid geweest als gehoopt. Daardoor is niet op alle facetten van de quadruple aim inzicht verkregen in de uitkomsten.

De belangrijkste conclusies:

- Met het implementeren van het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg zijn belangrijke eerste stappen gezet in de organisatie en uiteindelijk ook transitie van zorg voor patiënten met chronische pijnklachten.
- Tegelijkertijd blijkt dat het tijd kost om veranderingen in de interdisciplinaire samenwerking en implementatie van een integrale visie van zorgverleners en patiënten te bewerkstelligen. Hoewel zorgverleners enthousiast waren, zijn er uitdagingen in de (financiële) organisatie van zorg en de transitie van een bio-medische naar een integrale oriëntatie van de Nederlandse maatschappij.
- Verdere studie van de effectiviteit en doelmatigheid van zorg, geleverd vanuit deze netwerkstructuur is noodzakelijk. Het bijzonder lectoraat, in samenwerking met de AWR, pakt dit op. De methodiek zoals toegepast in dit initiatief is goed bruikbaar in toekomstige initiatieven. Het is essentieel de relevante betrokkenen (zeker patiënten, zorgprofessionals, maar ook beleidsmakers en financiers) voortdurend mee te nemen en te bevragen in vernieuwingen in zorg.

## Initiatief 2: Vervolgstappen op basis van het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg

Op basis van de ervaringen in het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg zijn twee vervolgstappen gezet in de interdisciplinaire samenwerking binnen dit netwerk.

1. Inrichting adviesconsult;
 

Binnen de eerste en anderhalve lijn, met name vanuit de huisartsenzorg, is behoefte om extra laagdrempelig advies/diagnostiek in te winnen gericht op begeleiding/preventie van chronische pijn bij een expert/revalidatiearts. Hiervoor is een adviesconsult ingericht dat is ingevoegd in de bestaande netwerkstructuur.
2. Inbedding multidisciplinaire eerstelijnsbehandeling;
 

Er is behoefte aan betere inbedding en facilitering van de multidisciplinaire eerstelijnsbehandeling. In het Netwerk Pijnrevalidatie Limburg is door zorg professionals in de eerste lijn samengewerkt aan de doelen van de patiënt. Dit is georganiseerd als twee monodisciplinaire behandeltrajecten. In de financiering was geen mogelijkheid voor intercollegiaal overleg, dat daardoor niet of in eigen tijd plaatsvond. De Nederlands Zorgautoriteit (NZa) heeft voor een pilotfase een tijdelijke betaaltitel verstrekt voor multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER). In deze MER-interventie werken een fysiotherapeut en praktijkondersteuner GGZ

(POH-GGZ) intensief samen. Vanuit deze betaaltitel is naast vergoeding voor de zorg (ongeacht of de patiënt aanvullend is verzekerd of niet), vergoeding aanwezig voor multidisciplinair overleg. Knelpunt bij dit MER-project is dat, ondanks de tijdelijke betaaltitel, niet alle verzekeraars het initiatief steunen. Met als gevolg dat dit niet voor alle patiënten vergoed wordt en een eenduidig beleid richting verwijzers, patiënten en zorgprofessionals niet mogelijk is. Dit heeft impact op instroom van patiënten en enthousiasme voor deelname. Het introduceren en toepassen van de optie van MER kan zorg voor complexere patiënten dichterbij huis en lager in de keten aanbieden.



Piramide voorgesteld door WHO

Figuur 6; De piramide van de WHO [10] met hierin uitgelicht waar vanuit de vervolgstappen van het netwerk pijnrevalidatie Limburg aandacht voor is

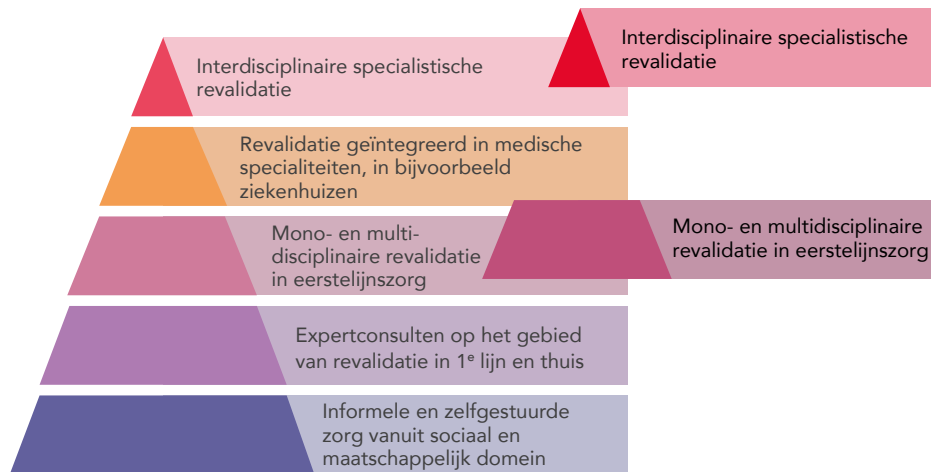
Zowel het adviesconsult als de MER worden nu uitgevoerd en geëvalueerd. In het kader van het bijzonder lectoraat is het waardevol te bekijken wat de ervaringen en effecten zijn. Interprofessionele groepjes studenten van Zuyd hebben in hun afstudeeronderzoek al de ervaringen van zowel patiënten als zorgprofessionals inzichtelijk gemaakt. In hoeverre zijn de zorgprofessionals in de eerste lijn in staat deze zorg multidisciplinair vorm te geven? Hoe verloopt de eventuele samenwerking met de tweede lijn? Wat zijn de effecten en doelmatigheid van de MER? Kan deze interventie voor patiënten met minder complexe pijnproblematiek een soortgelijke verandering in functioneren opleveren als een tweedelijns MSR-interventie, waardoor substitutie van zorg kan plaatsvinden? Extra interessant punt

in deze pilot voor het bijzonder lectoraat zijn de ervaringen van de fysiotherapeut in de eerste lijn. De samenwerking in de keten wordt vanuit de ervaringen in de pilot in Oostelijk Zuid-Limburg uitgebreid naar andere regio's in Limburg te beginnen met de regio Maastricht-Heuvelland. Op de pijler samenwerking in de revalidatiezorg ligt samenwerking met andere lectoraten van Zuyd voor de hand. Vanuit samenwerking tussen zorg en het sociaal-maatschappelijk domein zijn dat bijvoorbeeld lectoraten Wijkgerichte Zorg, Sociale Integratie en Interprofessionele samenwerking in de wijk.



Video over het opzetten van netwerksamenwerking op het gebied van patiënten met chronische pijn in de regio Maastricht-Heuvelland

### Initiatief 3: Persoongerichte Integrale Nazorg COVID-19; de PINCOR studie



Piramide voorgesteld door WHO

Figuur 7; De piramide van de WHO [10] met hierin uitgelicht de onderdelen waar vanuit de PINCOR studie de aandacht naar toe gaat

Het toepassen van kwalitatieve en kwantitatieve evaluaties (mixed methods) om inzicht te krijgen in optimale netwerksamenwerkingen wordt nu ook gehanteerd bij het opzetten van een revalidatienetwerk voor het behandelen en begeleiden van patiënten met Post-Covid klachten; het PINCOR project. In dit project, dat is opgezet vanuit vakgroep huisartsgeneeskunde en de AWR, werken huisartsen en behandelaars in de eerste en tweede lijn samen vanuit een integrale visie. Zij krijgen ondersteuning bij het in kaart brengen van de complexiteit van klachten door gebruik te maken van de ziektelastmeter in de huisartsenzorg en de verwijshulp in de tweedelijnszorg revalidatie. De Post-Covid ziektelastmeter geeft de huisarts en de patiënt inzicht in de impact van de klachten en beperkingen op het dagelijkse leven, aangegeven met groene, oranje en rode ballonnen. Daarnaast ontstaat inzicht op welke plek in het netwerk de patiënt het beste verdere begeleiding kan krijgen. Evaluaties van de verschillende zorgpaden vinden momenteel plaats, waarna een aanbeveling volgt voor een optimale netwerksamenwerking voor patiënten met Post-Covid klachten. Deze studie evalueert de samenwerking tussen specialistische en mono- en multidisciplinaire eerstelijnszorg. De ambitie is deze projecten ook in de toekomst mee vorm te geven vanuit het bijzonder lectoraat.

### Initiatief 4: Inzet van ervaringsdeskundigen in nazorgfase na revalidatie-behandeling



Piramide voorgesteld door WHO

Figuur 8; De piramide van de WHO [10] met hierin uitgelicht de onderdelen waar vanuit de inzet van ervaringsdeskundigen in de nazorgfase de aandacht naar toe gaat

Vanuit sociaal-maatschappelijk domein zijn de eerste projecten gestart om de samenwerking op het gebied van revalidatie tussen zorgdomein en sociaal maatschappelijk domein vorm te geven. In dit initiatief begeleiden ervaringsdeskundigen patiënten met niet-aangeboren hersenletsel die net een intensief revalidatietraject binnen de MSR hebben afgerond. De ervaringsdeskundige is een getrainde vrijwilliger met hersenletsel die zijn/haar ervaringskennis inzet in de begeleiding van revalidanten met hersenletsel. Het blijkt dat patiënten en naasten na de intensieve revalidatiefase in een zwart gat vallen en pas in de thuissituatie de impact van de aandoening op hun participeren ervaren. De inzet van een ervaringsdeskundige kan de overgang van de behandelphase naar de thuissituatie vergemakkelijken en zorgvragen voorkomen. In de doorontwikkeling kan worden bekeken, mede op basis van de uitkomsten van dit project, hoe de ervaringsdeskundige wellicht al tijdens de behandelphase een meerwaarde kan hebben in het behandeltraject en hoe ervaringsdeskundigen ingezet kunnen worden bij andere diagnosegroepen.





*Video over het inzetten van ervaringsdeskundigen in de nazorgfase na revalidatiebehandeling*

De gepresenteerde initiatieven zijn gestart vanuit de AWR en het bijzonder lectoraat gaat hierin steeds intensiever samenwerken. Vanuit het bijzonder lectoraat ligt de nadruk op de hbo-opgeleide zorgprofessional. Wat is nodig om de rol van bijvoorbeeld de paramedicus in de mono- multidisciplinaire revalidatiebehandeling goed vorm te geven? Wat zijn de ervaringen hiermee bij diverse diagnosegroepen? Daarnaast is er de ambitie om mede vanuit het bijzonder lectoraat met alle betrokken partners in de zorg en het sociaal maatschappelijk domein te komen tot een visie over revalidatiezorg. Insteek hiervan is overstijgend aan de aandoening de integrale kijk op gezondheid te gaan toepassen en de juiste zorg op de juiste plek voor de juiste patiënt te bieden.

## 4.2 Gebruik maken van technologische vernieuwingen

In al deze ontwikkelingen spelen eHealth en technologische mogelijkheden en vernieuwingen een belangrijke rol. De potentie van eHealth en technologie is enorm en met de verwachte toename van patiënten, vergrijzende samenleving en tekort van zorgpersoneel is de implementatie van eHealth en technologie noodzakelijk om de zorg kwalitatief hoogwaardig aan te bieden en uitvoerbaar en financieerbaar te houden.

## Lopende initiatieven in Adelante

De afgelopen jaren zijn op het gebied van eHealth en technologie binnen Adelante verschillende initiatieven gestart. Hieronder volgt een aantal voorbeelden.

1. Met financiering vanuit de Stimuleringsregeling eHealth Thuis (SET) is bij meerdere diagnosegroepen de inzet van eHealth in de zorgpaden verder uitgebreid. Beeldbellen en apps ter ondersteuning van de huidige zorg worden structureel toegepast om zelfmanagement bij patiënten te verhogen. Uit de eerste ervaringen vanuit het SET project blijkt dat patiënten erg open staan voor het inzetten en toepassen van zorg op afstand. Behandelaars zijn nog iets terughoudender en de integratie in de dagelijkse werkzaamheden moet nog verder worden ingepast.
2. Experimenten met VR en AR, bijvoorbeeld binnen de kinderrevalidatie. Met deze techniek stap je door middel van een elektronische bril in een virtuele wereld. De toepassing van deze bril zoals de HoloLens activeert revaliderende patiënten om te bewegen. Zo kunnen ze oefenen met balans en uithoudingsvermogen. Op dit onderdeel werkt Adelante intensief samen met onderzoekers van Zuyd en is een aanvraag voor een vervolgproject ingediend.
3. Binnen de kinderrevalidatie is recent een ruimte ingericht als gaming ruimte waarin impact gaming is geïntroduceerd. In deze omgeving wordt het kind/de jongere uitgedaagd om te bewegen en wordt gewerkt aan de individuele doelen van het kind/de jongere. De behandelaar kan bijvoorbeeld samen met de cliënt werken aan het verbeteren van het lopen of de arm-handfunctie. Voordeel is dat het mogelijk is de nodige aanpassingen te maken om ook thuis te kunnen oefenen.
4. Binnen de kinderrevalidatie en volwassenrevalidatie wordt geëxperimenteerd met 3D geprinte hulpmiddelen. In dit project wordt, ondersteund door subsidie verkregen vanuit Zuyd, onderzoek gedaan hoe 3D printen kan helpen om hulpmiddelen die zelfstandigheid en kwaliteit van leven van verschillende diagnosegroepen bevorderen, snel en veilig kunnen worden gebruikt in de revalidatiezorg.
5. In de periode tussen 2018 en 2021 is het i2-cort project uitgevoerd. In dit Euregionaal door Interreg gefinancierde project is intensief samengewerkt tussen universiteiten, hogescholen waaronder Zuyd, kennisinstellingen, revalidatiecentra en bedrijfsleven om innovatie en implementatie van complexe revalidatietechnologie te stimuleren. In de klinische centra werd samen met patiënten in testcentra in co-creatie gewerkt aan de ontwikkeling, het testen, onderzoeken en valideren van nieuwe concepten en producten op het gebied

van revalidatie technologie. Doel hiervan was revalidatietechnologie implementeren waarmee de behandeling verbetert, de patiënt thuis training kan krijgen of betere ondersteuning krijgt in het dagelijks leven. Vanuit dit project loopt nu een vervolgonderzoek naar het inzetten van revalidatierobotica om arm-hand functie te trainen bij mensen met een CVA.

### Ontwikkelingen vanuit Zuyd

Het bijzonder lectoraat, de samenwerkende lectoraten binnen het kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving, en het Zuyd Expertisecentrum Innovatieve Zorg en Technologie (EIZT), hebben de ambitie om de integratie en implementatie van eHealth en technologische mogelijkheden binnen de revalidatie verder aan te jagen. Onder de paraplu van kenniscentrum en EIZT voeren diverse lectoraten al projecten uit over meten of behandeling met technologie in de revalidatie, zoals de lectoraten Voeding, Leefstijl en Bewegen Kennisontwikkeling Vaktherapieën, Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken en Ondersteunende Technologie in de Zorg. Dit geldt bijvoorbeeld voor het gebruik van apps, virtual reality, augmented reality en andere technologieën die zelfstandig oefenen mogelijk maken en het begeleiden en samenwerken op afstand faciliteren. De ambitie is stappen te zetten op het gebied van de begeleiding patiënt - zorgprofessional en op de samenwerking tussen zorgprofessionals in de keten. Zo is bijvoorbeeld Smartglass of ander soort technologie inzetbaar zodat een zorgverlener makkelijker mee kan kijken bij een patiënt thuis of tijdens een consult van een collega zorgprofessional met een patiënt.

Bij passende revalidatiezorg hoort passende hulpmiddelenzorg. Goede hulpmiddelenzorg zorgt ervoor dat mensen die het nodig hebben de juiste hulpmiddelen krijgen, passend bij hun hulpvraag en hun context. In samenwerking met de Academische Werkplaats Hulpmiddelen Zelfstandigheid (waarvan Zuyd penvoerder is) wordt onderzocht wat goede hulpmiddelenzorg betekent in het kader van passende revalidatiezorg. Voorbeelden van lopende projecten in deze werkplaats zijn de implementatie van het functioneel advies door de ergotherapeut in het kader van de Wmo en het optimaliseren van processen voor advies over en verstrekking van dynamische arm/handondersteuning.

### Hoe verder met technologische ontwikkelingen vanuit het bijzonder lectoraat?

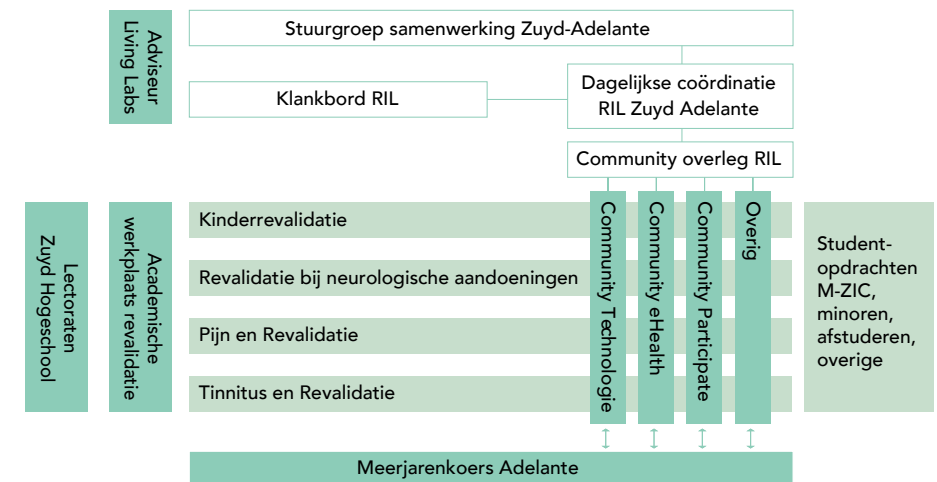
Er is al een stevige basis van samenwerking tussen Zuyd en Adelante op het gebied van technologische ontwikkelingen. Het vormgeven en aanjagen van innovaties is

een onderdeel van het bijzonder lectoraat. De ambitie is de impact van 'projecten' te vergroten waardoor in de zorg werkelijk veranderingen plaatsvinden die aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten en zorgprofessionals. Dit vraagt een klimaat waarin keuzes wordt gemaakt. Een werkplek met ruimte voor zorgprofessionals om kennis te maken met vernieuwingen en hiermee te experimenteren zodat projecten en pilots veel meer impact gaan hebben op de dagelijkse zorg.

### 4.3 Bijdrage aan opleiden van zorgprofessionals

Zuyd Hogeschool en Adelante hebben een aantal jaren geleden een Multidisciplinair Zorg- en InnovatieCentrum (MZIC) opgezet waar studenten van Zuyd Hogeschool interdisciplinaire stages kunnen lopen binnen de zorgpraktijk van Adelante. Daarnaast is het testcentrum voor revalidatietechnologie, opgezet vanuit het i2-cort project, verder uitgebouwd waarin zorg-, onderwijs/kennisinstellingen en bedrijfsleven intensief blijven samenwerken.

Vanuit de eerdere initiatieven is bij Adelante een RevalidatieInnovatieLab (RIL) vormgegeven als Living Lab. Het RIL is een innovatie-leeromgeving waar studenten, docenten, professionals uit revalidatie, cliënten en ondernemers samenwerken aan innovaties op de thema's participatie, eHealth en revalidatietechnologie. Zie figuur 6 voor een visuele weergave van het RIL.



Figuur 9; De organisatiestructuur van het RevalidatieInnovatieLab (RIL)

Ook de expertisecentra van de AWR staan in het RIL centraal (Kinderrevalidatie, Neurologische aandoeningen, Pijn en Tinnitus). Binnen het RIL zijn diverse geledingen actief die ervoor zorgen dat studentprojecten worden geïnitieerd, een goede match plaatsvindt tussen opdrachten en achtergrond van studenten en een leeromgeving ontstaat waar alle stakeholders kunnen leren. Studentprojecten van het RIL zijn gebaseerd op de innovatiethema's van Adelante zoals gepresenteerd in de meerjarenkoers. Deze projecten kunnen afgeleid worden uit grotere (subsidie) projecten waarbij Adelante en/of Zuyd bij betrokken zijn. In de komende jaren is de ambitie dat het RIL verder uitgroeit als samenwerkingsgremium waarin studenten, zorgverleners, onderzoekers, managers en bedrijfsleven in co-creatie met elkaar aan de slag gaan met vernieuwingen in zorg als vernieuwingen in onderwijs.

Daarnaast is er de ambitie om het RIL verder uit te bouwen door de samenwerking tussen Zuyd en Adelante uit te breiden met Maastricht University en andere onderwijs- en kennisinstellingen. Het bijzonder lectoraat zal hier de verbinding tussen zorg, onderwijs, onderzoek en innovatie blijven maken.



Video Revalidatie Innovatie Lab (RIL)

Naast de ontwikkeling vanuit het RIL zijn er vanuit het bijzonder lectoraat meer doelen op het gebied van onderwijs. Het bijzonder lectoraat heeft de ambitie bij

te dragen aan het verbeteren van de opleiding van toekomstige zorgprofessionals. Want willen we zorg gaan leveren passend bij de insteek van het Integrale Zorg Akkoord "Passende Zorg", dan vergt dat een andere kijk op de competenties van de (revalidatie)zorgprofessionals van de toekomst. In de revalidatiegeneeskunde is veel kennis en ervaring aanwezig met interdisciplinair samenwerken, bevordering van participeren van mensen met chronische aandoeningen en zelf-regie bij de patiënt. Deze kennis en ervaring kan bijdragen om huidige en toekomstige studenten voor te bereiden op de zorg van de toekomst.

Een integrale visie op gezondheid moet centraal staan in het onderwijs. Interprofessioneel onderwijs helpt studenten om over, van en met elkaar leren. Interessant zou het zijn dit ook over de grenzen van onderwijsinstellingen heen te organiseren door bijvoorbeeld studenten van Maastricht University en Zuyd aan elkaar te verbinden.

Ook voor de huidige zorgprofessionals moeten scholingen worden ontwikkeld en aangeboden. Bij voorkeur in een interdisciplinaire setting waarbij zorgprofessionals vanuit verschillende achtergronden met en van elkaar leren samenwerken vanuit één integrale visie over de grenzen van de professie heen. Vanuit de AWR loopt in dit verband een project waarbij samen met betrokken orthopeden en fysiotherapeuten ICF-scholing wordt ontwikkeld vanuit het zorgpad artrose van het beweeghuis in het MUMC+.



Video ICF Scholingsinitiatief Artrose

## 5. Tot slot

Ik hoop u met mijn inaugurele rede inzicht te hebben gegeven in de ontwikkelingen en hoe we hier vanuit dit bijzonder lectoraat passende revalidatiezorg verder aan bouwen.

Ik hoop dat u duidelijk is geworden dat we dat niet alleen gaan doen. Samenwerking is het sleutelwoord. Deze samenwerking is breed en gaat over de grenzen van zorg-, onderwijs- en kennisinstellingen heen.

Dit vraagt samenwerking binnen Zuyd met de andere lectoraten van kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving en met de opleidingen vanuit Zuyd zowel binnen het domein Gezondheidszorg en Welzijn als binnen andere domeinen waar raakvlakken liggen met de ontwikkelingen geschetst in deze rede.

Daarnaast is samenwerking binnen Adelante cruciaal. Het samenwerken en aansluiten met de zorgdivisies waardoor innovatie en veranderen iets wordt dat onderdeel is van je dagelijkse werkzaamheden. Een onderdeel dat energie geeft en waar we samen mee aan de slag gaan!

Het samenwerken met de patiënten en de omgeving van de patiënt want dat is de plek waar de zorgvraag vandaan komt. Door intensief en samen op te trekken, kunnen we oplossingsrichtingen uitwerken die zo goed mogelijk aansluiten bij wensen en behoeften en daarnaast passen binnen de mogelijkheden.

Vanzelfsprekend de samenwerking met Maastricht University. Allereerst vanuit de AWR waar ik hoop dat Zuyd Hogeschool snel onderdeel van gaat uitmaken. En vanuit CAPHRI, de onderzoeksschool waar de AWR onderdeel van is. De ambitie is er om de intensieve samenwerking tussen CAPHRI en Zuyd Hogeschool op het gebied van onderzoek/innovatie en onderwijs verder uit te breiden.

Andere samenwerkingspartners binnen en buiten het zorgdomein zijn enorm belangrijk voor het organiseren van passende revalidatiezorg over de grenzen heen. Dat geldt zeker voor de huisartsenzorg waar met het organiseren van de zorg dichterbij huis steeds meer druk ontstaat. Net zo belangrijk is samenwerking met

de paramedische eerste- en tweedelijnszorg die veel ervaring hebben met het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen, en uiteraard met het sociaal en maatschappelijk domein. Doorontwikkeling en samenwerking kan ook hier veel kansen bieden aan de profilering van de vakgebieden en de interdisciplinaire samenwerking.

Buiten de zorg is samenwerking met beleidsmakers en verzekeraars belangrijk om samen te kijken hoe de zorg toekomstbestendig en kwalitatief hoogwaardig georganiseerd kan blijven. Samenwerken kost tijd, maar levert uiteindelijk wel op dat keuzes worden gemaakt en stappen worden gezet die zo goed mogelijk aansluiten bij wensen en behoeften van alle stakeholders. Het veranderen van de zorg kost zeker tijd, maar als je samen dezelfde kant op wil, vergroot dat zeker de kans op succes. Ik hoop hier met dit bijzonder lectoraat aan bij te dragen.

## 6. Dankwoord

Ik heb de achtergrond, de ontwikkelingen en de ambities van het bijzonder lectoraat Passende Revalidatiezorg geschetst. Dit bijzonder lectoraat is voortgekomen uit de samenwerking tussen Zuyd en Adelante. Ook bij Maastricht University, mijn derde werkplek, voel ik een sterke betrokkenheid bij dit bijzonder lectoraat. Vele mensen hebben een bijdrage geleverd die deze samenwerking heeft mogelijk gemaakt. Dank daarvoor.

Een aantal mensen benoem ik hier specifiek. Allereerst het College van Bestuur van Zuyd Hogeschool en de Raad van Bestuur van Adelante. Dank voor het instellen van het bijzonder lectoraat Passende Revalidatiezorg en het vertrouwen in mij als persoon om hier vorm aan te geven. Dank ook aan de directie van Gezondheidszorg en Welzijn. Hedwig Darley heeft bijgedragen aan het mogelijk maken van het bijzonder lectoraat en Rachelle van Haaften voor het installeren ervan.

Graag wil ik ook mijn collega lectoren Ramon Daniels (lector Ondersteunende Technologie in de Zorg) en Susy Braun (lector Voeding, Leefstijl en Bewegen) bedanken voor de mogelijkheid die zij hebben geboden om dit bijzonder lectoraat in te bedden. Fijn dat jullie hier ruimte hebben gezien en samen willen verder bouwen aan passende revalidatiezorg. Daarnaast dank aan de andere lectoren van kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving en de opleidingsmanagers van de opleidingen binnen Gezondheidszorg en Welzijn. Een speciaal woord van dank voor Manon de Bruin. Dankjewel voor je enthousiasme en positieve bijdrage in de samenwerking tussen Zuyd en Adelante. Vanuit de samenwerking in het RIL dank ik de 'dagelijkse coördinatie' met Renée van de Heuvel, Thijs van Meulenbroek en Milou Dupuits voor hun bijdrage.

Dank ook aan iedereen werkzaam binnen Adelante. In alle onderdelen van de organisatie is de ambitie 'haal het beste uit jezelf' voelbaar. Het balanceren tussen zorg en waan van de dag, financiële uitdaging en ambitie voor de toekomst is voelbaar. Speciaal woord van dank aan de collega's van het kenniscentrum. Heel fijn hoe wij binnen Adelante alsook daar buiten samenwerken. Hilde de Jong: dank voor de samenwerking en ondersteuning nu mijn taken zijn veranderd. De dames van het secretariaat. Wat verzetten jullie bergen werk Marianne, Sonja en Renate. Ik ben jullie enorm dankbaar!

Binnen de Universiteit Maastricht dank aan iedereen die samenwerkt aan de revalidatiezorg voor de toekomst. Bij de vakgroep revalidatiegeneeskunde is een interdisciplinaire onderzoeksgroep die veelal vanuit duo aanstellingen verbindingen maakt tussen revalidatiezorg, onderwijs en onderzoek. Speciaal woord van dank voor Jeanine Verbunt. Jeanine, we werken al heel veel jaren samen. Vanuit begeleidersrol, naar leidinggevende en nu zijn we al een aantal jaren het duaal management van het kenniscentrum en het dagelijks bestuur van de academische werkplaats revalidatie. We hebben veel stappen gezet. Ik hoop dat we deze ingeslagen weg de komende jaren verder kunnen voortzetten en uitbouwen. Ook Albere Köke, mijn kamergenoot sinds jaren; dank voor je interesse, hulp en kritische blik ook bij dit bijzonder lectoraat!

De videoproducties bij dit boekje zijn gemaakt door Hein Mastenbroek (VIDEO@ZUYD). De dia's bij de op dit boekje gebaseerde presentatie zijn vormgegeven door Gerty Louppen en Hein samen. Lilian Pommé en Eveline Moonen hebben beiden bijgedragen aan de organisatie, communicatie en uitnodigingen voor de bijeenkomst. Milou Dupuits heeft meegedacht in vormgeving van de filmpjes. Allen dank voor de prettige en enthousiaste samenwerking.

Ik krijg veel steun, vragen, ruimte van mijn vrienden en familie. Jullie zorgen ervoor dat ik op gezette tijden aandacht heb voor hobby's, etentjes, uitjes of gewoon lekker een biertje drinken. Fijn om te weten en te voelen dat ik altijd bij jullie allemaal terecht kan!

Mijn naaste familie wil ik hier even uitlichten. Allereerst mijn ouders en schoonouders. Al jarenlang staan jullie altijd voor mij en ons gezin klaar. Oppassen, iets in huis, rond het huis of ergens naar toe; niks lijkt te veel. Ook vanaf deze plek dankjewel! Tenslotte bedank ik mijn thuisfront. Mariëlle; we blijven onze uitdagingen zoeken én vinden. Mooi dat we daar altijd een gezamenlijke uitdaging van maken. Ik ben trots op wat we allemaal hebben bereikt en kijk uit naar de mooie dingen voor de toekomst! Meike, Anna en Julia; we nemen jullie steeds meer mee in deze uitdagingen en het is leuk en mooi om te zien hoe ook jullie enthousiast worden om nieuwe dingen te doen!

Tot slot bedank ik iedereen voor aanwezigheid en de belangstelling voor deze rede.

## 7. Literatuurlijst

1. *Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Leeftijd en geslacht*. Informatie over Volksgezondheid en Zorg 2022 29-02-2024; Available from: <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht>.
2. *Hoe ontwikkelen zich de zorguitgaven in de toekomst?* 2018; Available from: <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>.
3. Aalbers, R. and A. Roos, *Zorguitgaven, ons een zorg?* 2022, Centraal Planbureau.
4. de Visser, M.M., et al., *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. 2021, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
5. *De juiste zorg op de juiste plek*. 2018, Taskforce 'De zorg op de juiste plek'.
6. *Visiedocument Medisch Specialist 2025*; ambitie, vertrouwen, samenwerken. 2017, Federatie Medisch Specialisten.
7. *GALA, Gezond en Actief Leven Akkoord*. 2023, VWS.
8. *Wat is preventie*. Loketgezondleven.nl; Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/aanpak-gezonde-gemeente/landelijk-beleid-en-programmas/wat-is-preventie>.
9. *Belofte en Transformatieplan*. 2024, Revalidatie Nederland.
10. *Rehabilitation in health systems: guide for action*. 2019, World Health Organization: Geneva.
11. *Trendscenario | Ziekten en aandoeningen*. 2020; Available from: <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/trendscenario-update-2020/ziekten-aandoeningen>.
12. Köke, A.J.A., et al., *Fysiotherapie bij patiënten met pijn, in KNGF-standpunt*. 2022, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie: Amersfoort.
13. *Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen*. 2017, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).
14. Krol, M., et al., *CQ-index module Pijn: meetinstrumentontwikkeling. Ervaringen met pijnbehandeling en pijnbeleving van chronische pijnpatiënten en ontwikkeling van de CQ-index module Pijn*, Nivel, Editor. 2013: Utrecht.
15. *Zorgstandaard Chronische Pijn*. 2017, Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem: Leiden.
16. *Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. 2001, World Health Organization: Geneva.
17. Institute for Positive Health; Available from: <https://www.iph.nl/>.
18. *Regiobeeld Zuid-Limburg*. 2023.
19. Bodenheimer, T. and C. Sinsky, *From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider*. *Ann Fam Med*, 2014. 12(6): p. 573-6.
20. Sikka, R., J.M. Morath, and L. Leape, *The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work*. *BMJ Qual Saf*, 2015. 24(10): p. 608-10.
21. Damschroder, L.J., et al., *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Implement Sci*, 2009. 4: p. 50.
22. Damschroder, L.J., et al., *The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback*. *Implement Sci*, 2022. 17(1): p. 75.
23. Grol, R. and M. Wensing, *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. 2015: Springer Media BV.
24. Lamper, C., *Network pain rehabilitation: an integrated interdisciplinary care approach*, ed. M. University. 2023, Maastricht.

## 8. Curriculum Vitae

Ivan Huijnen (Heerlen, 5 oktober 1978) studeerde Gezondheidswetenschappen aan Maastricht University en Fysiotherapie aan Zuyd Hogeschool. Na afronding van beide opleidingen is Ivan als fysiotherapeut gaan werken in de eerste lijn en later in de tweede lijn bij Adelante locatie Maastricht (in het MUMC+), en als onderzoeker aan de Universiteit Maastricht. Ivan is gestart bij het Departement Medisch Klinisch en Experimentele Psychologie (DMKEP). Bij de start van de vakgroep revalidatiegeneeskunde is hij naar deze vakgroep overgestapt. Zijn aandachtsgebied was het fysiek functioneren van patiënten met chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat. In 2011 is hij op dit thema gepromoveerd met een onderzoek de het fysiek functioneren van patiënten met chronische lage rugklachten. Na zijn promotie is Ivan werkzaam gebleven bij de vakgroep revalidatiegeneeskunde als senior onderzoeker. Zijn werkzaamheden als fysiotherapeut zijn sinds 6 jaar ingeruild voor de rol van manager van het kenniscentrum van Adelante. Vanuit deze rol stuurt hij samen met Jeanine Verbunt de Academische Werkplaats Revalidatie aan. Sinds 1 januari 2023 is Ivan benoemd tot Bijzonder Lector Passende Revalidatiezorg.

Contact: [ivan.huijnen@zuyd.nl](mailto:ivan.huijnen@zuyd.nl) of [ivan.huijnen@adelantegroep.nl](mailto:ivan.huijnen@adelantegroep.nl) of [ivan.huijnen@maastrichtuniversity.nl](mailto:ivan.huijnen@maastrichtuniversity.nl) of kijk voor meer informatie op mijn [LinkedIn pagina](#) of op [Researchgate](#)

### Zuyd Hogeschool

Lectoraat Passende Revalidatiezorg  
Postbus 550  
6400 AN Heerlen  
[www.zuyd.nl](http://www.zuyd.nl)  
[info@zuyd.nl](mailto:info@zuyd.nl)

### Colofon

Tekst: **Ivan Huijnen**  
Eindredactie: **Dienst Marketing en Communicatie**  
Vormgeving: **Studio Ellen Oosterhof**

**2024**

