

Transformatie Kortdurend Verblijf Regio Utrecht

Informatiedocument voor huisartsen

Ambulante geriatrische revalidatie in de regio Utrecht

1. Aanleiding en context

AxionContinu, Careyn, Silverein, QuaRijn, Warande en ZorgSpectrum hebben samen met de 3 regionale huisartsenorganisaties (RegiozorgNU, Unicum, en HUS) en de 3 Utrechtse ziekenhuizen (Diakonessenhuis, St. Antonius ziekenhuis, het UMC Utrecht) een ambitieus transformatieplan opgesteld voor kortdurend verblijf, met een sterke nadruk op geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Aanleiding hiervoor is de toenemende zorgvraag door vergrijzing en de noodzaak om de beschikbare intramurale capaciteit toekomstbestendig in te zetten.

Binnen deze regionale samenwerking is afgesproken om de gemiddelde ligduur in de intramurale GRZ te verkorten door patiënten, waar medisch, functioneel en sociaal verantwoord, een deel van hun revalidatietraject **ambulant**, dat wil zeggen **vanuit de thuissituatie**, te laten vervolgen.

De besluitvorming over **wanneer een patiënt intramuraal kan worden ontslagen en ambulant het revalidatietraject kan voortzetten**, vindt plaats op basis van **uniforme beslisriteria** die gezamenlijk door alle betrokken partijen zijn opgesteld. Deze criteria vormen de basis voor eenduidige en zorgvuldig onderbouwde besluitvorming in de praktijk.

2. Wat verandert er?

Door deze transformatie:

- verblijven patiënten **korter intramuraal** in de GRZ;
- vindt een **eerder ontslag naar huis** plaats dan voorheen;
- wordt de revalidatie voortgezet vanuit de thuissituatie;
- wordt de zorg zo ingericht dat kwaliteit, veiligheid en continuïteit geborgd blijven.

Zolang de revalidatiebehandeling **multidisciplinair van aard is**, blijft deze georganiseerd en gecoördineerd vanuit de VVT-instelling. Zodra de patiënt kan vervolgen met **monodisciplinaire behandeling in de eerste lijn**, wordt het GRZ-traject afgesloten en vindt verdere behandeling plaats binnen de eerstelijnszorg.

Deze werkwijze is vastgelegd in het regionale transformatieplan en wordt gefaseerd geïmplementeerd.

3. Ambulant revalideren: wat betekent dit?

Ambulant revalideren betekent dat:

- het revalidatiedoel, behandelplan en ontslagmoment **intramuraal worden vastgesteld**;
- de patiënt na ontslag **vanuit huis verder revalideert**;
- paramedische behandeling, begeleiding en monitoring extramuraal plaatsvinden;

De ambulantisering wordt **gefaseerd per doelgroep** ingevoerd:

- **Electieve orthopedie en amputaties** zijn de eerste doelgroepen die ambulant revalideren; hiervoor zijn regionale ambulante zorgpaden opgesteld.
 - In **Q1 en Q2 van 2026** worden de ambulante zorgpaden ontwikkeld voor de doelgroepen **CVA en trauma**. Deze patiënten zullen vanaf **juni 2026** deels ambulant revalideren.
 - In de **tweede helft van 2026** worden de ambulante zorgpaden opgesteld voor de overige doelgroepen, waaronder **longrevalidatie, hartrevalidatie en oncologische revalidatie**, met start van ambulante behandeling vanaf **januari 2027**.
-

4. Afspraken over verantwoordelijkheden en overdracht

In het transformatieplan zijn duidelijke afspraken gemaakt over **taakverdeling en overdracht** tussen GRZ-aanbieders en de eerste lijn.

Tijdens intramurale GRZ

- De medische regie ligt bij de specialist ouderengeneeskunde.
- Revalidatiedoelen, ontslagcriteria en het vervolgtraject worden vastgesteld.
- De huisarts wordt geïnformeerd over het verwachte ontslag en de verdere planning.

Bij ontslag en overgang naar huis

- Er vindt een **gestructureerde overdracht** plaats richting huisarts en betrokken eerstelijnszorgverleners.
- De overdracht bevat ten minste:
 - actuele medische situatie;
 - revalidatiedoelen en behaalde voortgang;
 - afspraken over vervolgbehandeling;
 - duidelijke contactpunten en escalatieafspraken.

Na ontslag

- De huisarts is verantwoordelijk voor de **medische zorg in de thuissituatie**.
 - Paramedische behandeling loopt door conform het afgesproken behandelplan.
 - Bij signalen van achteruitgang of stagnatie vindt afstemming plaats tussen eerste lijn en GRZ-aanbieder.
-

5. Wat betekent dit voor de huisarts?

De transformatie van de geriatrische revalidatiezorg, en in het bijzonder de ambulantisering van een deel van het revalidatietraject, heeft directe gevolgen voor de samenwerking tussen GRZ-aanbieders en huisartsen. Bij het opstellen van het transformatieplan is expliciet aandacht besteed aan deze effecten en aan het beheersbaar houden van de belasting voor de eerste lijn.

Concreet betekent dit voor huisartsen het volgende:

Eerder terugkeer van patiënten naar huis

Patiënten zullen in toenemende mate een deel van hun revalidatietraject in de thuissituatie doorlopen. Dit betreft uitsluitend patiënten die op basis van uniforme, regionaal vastgestelde beslisriteria geschikt zijn bevonden voor ambulante revalidatie. De besluitvorming hierover vindt plaats binnen het multidisciplinaire GRZ-team en is daarmee zorgvuldig en onderbouwd.

Heldere en tijdige overdracht

Bij overgang van intramurale naar ambulante zorg is een volledige, tijdige (op de dag van ontslag of 1 dag vooraf aan ontslag) en gestructureerde overdracht essentieel. In de regionale afspraken is vastgelegd welke informatie wordt overgedragen, op welk moment en via welke kanalen, zodat de huisarts goed geïnformeerd is over:

- het revalidatiedoel en de voortgang,
- de actuele medische situatie,
- lopende behandelingen en aandachtspunten,
- en het moment waarop verantwoordelijkheden verschuiven.

Duidelijke rol- en taakverdeling

Zolang het revalidatietraject multidisciplinair van aard is, blijft de VVT-organisatie verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van de zorg, inclusief medische afstemming binnen het GRZ-kader.

Op het moment dat de patiënt voldoende hersteld is om de behandeling monodisciplinair in de eerste lijn voort te zetten, wordt het GRZ-traject formeel afgesloten. Vanaf dat moment ligt de medische opvolging volledig bij de huisarts, conform de reguliere verantwoordelijkheden in de eerste lijn.

Beheersbaarheid van de belasting voor de eerste lijn

De regionale afspraken zijn nadrukkelijk gericht op het voorkomen van onduidelijkheid en extra administratieve of organisatorische druk voor huisartsen. Door uniforme triagecriteria, eenduidige overdrachtsafspraken en duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling wordt beoogd dat:

- verwachtingen over rol en inzet helder zijn,
- dubbel werk wordt voorkomen,
- en samenwerking voorspelbaar en werkbaar blijft.

Gefaseerde invoering en leren in de praktijk

De ambulantisering wordt gefaseerd ingevoerd, te beginnen met de doelgroepen electieve orthopedie en amputaties. In 2026 volgen andere doelgroepen. Deze gefaseerde aanpak biedt ruimte om ervaringen op te doen, effecten te monitoren en waar nodig bij te sturen, ook in de samenwerking met huisartsen.

De betrokken huisartsenorganisaties worden gedurende de implementatie actief geïnformeerd over de voortgang, de uitwerking van zorgpaden en eventuele aanpassingen in werkafspraken. Op deze manier wordt geborgd dat de transformatie niet alleen inhoudelijk zorgvuldig wordt uitgevoerd, maar ook goed aansluit bij de dagelijkse praktijk van de huisartsenzorg.

6. Implementatie en vervolg

In de implementatiefase worden:

- regionale werkafspraken met huisartsen verder uitgewerkt;
- zorgpaden en overdrachtsafspraken getest en waar nodig aangescherpt;
- huisartsenorganisaties betrokken bij evaluatie en doorontwikkeling.

Dit document is bedoeld als informerend kader. Nadere uitwerking en praktische toelichting worden via de RHO's gedeeld.

7. Contact en vragen

Voor vragen of signalen over ambulante revalidatie kunnen huisartsen contact opnemen via hun regionale huisartsenorganisatie (RHO), die is aangesloten bij het transformatieprogramma.