

Transformatie Kortdurend Verblijf Regio Utrecht

Vragen & Antwoorden – Ambulante geriatrische revalidatie (GRZ)

1. Waarom verandert de geriatrische revalidatiezorg in de regio Utrecht?

De regio Utrecht staat, net als de rest van Nederland, voor een groeiende zorgvraag als gevolg van vergrijzing. Om ook in de toekomst kwalitatief goede geriatrische revalidatiezorg te kunnen blijven leveren, hebben 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) en gezamenlijk afspraken gemaakt om de beschikbare intramurale capaciteit efficiënter in te zetten.

Een belangrijk onderdeel hiervan is het verkorten van de intramurale ligduur door patiënten, waar verantwoord, een deel van hun revalidatietraject ambulante vanuit huis te laten vervolgen.

2. Wat houdt ambulante geriatrische revalidatie in?

Vanaf 2026 kunnen patiënten ook direct vanuit het ziekenhuis ambulante revalideren binnen de GRZ maar dat is niet in de scope van dit project. Als we het in het kader van de Transformatie Kortdurend verblijf over ambulante revalidatie hebben dan betekent dat een patiënt:

- het eerste deel van het revalidatietraject intramuraal doorloopt;
- eerder dan voorheen naar huis ontslagen wordt;
- het revalidatietraject (gedeeltelijk) voortzet in de thuissituatie.

De kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg blijven hierbij leidend.

3. Wie bepaalt of een patiënt ambulante kan revalideren?

De beslissing of een patiënt intramuraal kan worden ontslagen en ambulante verder kan revalideren, wordt genomen op basis van **uniforme beslisriteria**. Deze criteria zijn in de planfase gezamenlijk opgesteld door alle betrokken partijen (VVT, ziekenhuizen en huisartsenorganisaties).

De criteria zorgen voor:

- eenduidige besluitvorming;
 - voorspelbaarheid in de praktijk;
 - zorgvuldige afweging van medische, functionele en sociale factoren.
-

4. Wie is verantwoordelijk voor de zorg tijdens het ambulante traject?

Zolang de behandeling **multidisciplinair** van aard is, blijft de organisatie en coördinatie van de zorg bij de VVT-instelling die de GRZ uitvoert.

Op het moment dat de patiënt kan overstappen naar **monodisciplinaire behandeling in de eerste lijn**, wordt het GRZ-traject afgesloten. Vanaf dat moment:

- ligt de medische zorg bij de huisarts;
- vindt verdere behandeling plaats binnen de eerstelijnszorg.

5. Wat verandert er voor huisartsen?

Voor huisartsen betekent deze verandering dat:

- patiënten eerder thuis zijn na een GRZ-opname;
- er een duidelijke overdracht plaatsvindt vanuit de GRZ;
- verantwoordelijkheden expliciet zijn vastgelegd.

De huisarts wordt tijdig geïnformeerd over:

- het ontslagmoment;
- het vervolgtraject;
- de gemaakte afspraken over behandeling en monitoring.

6. Hoe is de overdracht geregeld?

Bij ontslag uit de intramurale GRZ vindt een gestructureerde overdracht plaats richting de huisarts en betrokken eerstelijnszorgverleners. Deze overdracht bevat onder andere:

- de actuele medische situatie;
- de revalidatiedoelen en behaalde voortgang;
- afspraken over vervolgbehandeling;
- duidelijke contact- en escalatiepunten.

7. Voor welke doelgroepen wordt ambulante revalidatie ingevoerd?

De ambulantisering vindt **gefaseerd per doelgroep** plaats:

- **Electieve orthopedie en amputaties**
Deze doelgroepen zijn als eerste geambulantisering. De regionale ambulante zorgpaden zijn hiervoor opgesteld.
- **CVA en trauma**
In **Q1 en Q2 van 2026** worden de ambulante zorgpaden ontwikkeld. Vanaf **juni 2026** zullen deze patiënten deels ambulant revalideren.
- **Overige doelgroepen**
In de tweede helft van 2026 worden ambulante zorgpaden opgesteld voor onder andere:
 - longrevalidatie,
 - hartrevalidatie,
 - oncologische revalidatie.Deze patiënten zullen vanaf **januari 2027** (deels) ambulant behandeld worden.

8. Waarom wordt gekozen voor een gefaseerde invoering?

Door gefaseerd te werken:

- kunnen zorgpaden zorgvuldig worden ontwikkeld en getest;
- kunnen professionals goed worden voorbereid en geschoold;
- blijft de belasting voor de eerste lijn beheersbaar;
- kunnen ervaringen per doelgroep worden benut voor volgende stappen.

9. Wat betekent dit voor samenwerking tussen GRZ en eerste lijn?

De regionale afspraken zijn erop gericht om:

- verantwoordelijkheden helder te beleggen;
- samenwerking tussen GRZ en eerste lijn te versterken;
- onduidelijkheid of dubbel werk te voorkomen.

Huisartsenorganisaties blijven gedurende de implementatie betrokken bij de verdere uitwerking en evaluatie.

10. Waar kunnen huisartsen terecht met vragen?

Vragen, signalen of aandachtspunten kunnen worden ingebracht via de regionale huisartsenorganisaties (RHO's), die zijn aangesloten bij het transformatieprogramma.