

Handreiking Uitdagend Revalidatieklimaat

Best practices vanuit UKON-organisaties



Nijmegen, 2025

Handreiking Uitdagend Revalidatieklimaat

Colofon

Niets uit deze opgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

© juni 2025, UKON, Nijmegen

Auteurs

Jules Kraaijkamp (HAN / LUMC)

Lenni Boogaard (SVRZ)

Maarten Uijen (Zorggroep Maas & Waal)

Realisatie

Deze handreiking is ontwikkeld door het UKON-expertteam Geriatrische Revalidatie (GR).

Contact

Wil je meer weten over de handreiking of heb je een vraag aan het Expertteam. Neem dan gerust contact op met het UKON-expertteam GR via ukon.elg@radboudumc.nl.



Inhoudsopgave

Inleiding	5
Cluster 1: Stellen van doelen	6
Overstijgend revalidatiedoel (ORD)	6
Ambulante revalidatie	8
Cluster 2: Revalidant en mantelzorger	10
24 uur meedraaien mantelzorg	10
Interdisciplinaire cognitieve behandeling	11
Cognitieve leerniveau's	12
Cluster 3: Medewerkers	15
(Samen)werken op de afdeling	15
Multidisciplinaire Intake	17
Cluster 4: omgevingsaspecten	22
Revalidatieborden	22
Gebruik hipper	23
Cluster 5: Oefeningen en lotgenotencontact	26
Persoonlijk oefenboek	26
gebruik Compaan	27
Dankwoord	30

Inleiding

Binnen het UKON-expertteam Geriatrische Revalidatie (GR) werken verschillende organisaties samen om de geriatrische revalidatie verbeteren. Door het bundelen en delen van kennis en ervaringen, ontstaan er mooie inzichten en nieuwe ideeën. De afgelopen tijd heeft ons expertteam zich verdiept in het thema *uitdagend revalidatieklimaat* -een onderwerp dat veel aandacht krijgt binnen de GR.

Eerder deed Lian Tijsen onderzoek naar de betekenis van dit begrip. Uit haar onderzoek kwamen vijf belangrijke clusters naar voren die samen de kern vormen van een uitdagend revalidatieklimaat¹: **1) Doelen**: het opstellen van revalidatiedoelen; **2) Revalidant en mantelzorger**: coping, belastbaarheid en betrokkenheid bij het revalidatieproces; **3) Medewerkers aspecten**: interdisciplinaire samenwerking en integratie van revalidatie in dagelijkse activiteiten; **4) Omgevingsaspecten**: de inrichting moet uitdagend en stimulerend zijn; **5) Oefeningen en lotgenotencontact**: hoe worden oefenmomenten en lotgenotencontact gestimuleerd.

Deze vijf clusters vormden het vertrekpunt voor een verkenning binnen het UKON-netwerk. We hebben in kaart hebben gebracht hoe verschillende organisaties deze thema's in de praktijk vormgeven. Hiervoor hebben we een enquête uitgezet onder 18 organisaties aangesloten bij UKON en 2 organisaties aangesloten bij het UNC-ZH met een GR-afdeling. De antwoorden hebben we verzameld, geanalyseerd en samengevat. Voor elk cluster hebben we twee inspirerende praktijkvoorbeelden geselecteerd – zogeheten *best practices*. Deze inspirerende voorbeelden vind je terug in deze handreiking met als doel het leren van elkaars ervaringen om het uitdagend revalidatieklimaat van GR-organisaties te optimaliseren. De uitwerking van de best practice beschrijft hoe de organisatie deze heeft vormgegeven, welke knelpunten zij daarbij heeft ervaren, wat de sterke punten (tops) en tips zijn, en of de organisatie nog plannen heeft voor verdere ontwikkeling van de best practice.

Wij wensen je veel leesplezier en inspiratie toe!

Namens het UKON-expertteam GR,
Jules Kraaijkamp (HAN / LUMC), Lenni Boogaard (SVRZ) en Maarten Uijen (ZMW)

¹. Tijsen, L. M. J. (2024, September 11). *A challenging rehabilitation environment: CREATE a team self-evaluation tool*

Cluster 1: Stellen van doelen

1.1 Overstijgend revalidatiedoel (ORD)

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

Bij het intakegesprek werd door de zorgcoördinator aan de revalidant (en eventueel mantelzorger) gevraagd wat het belangrijkste persoonlijke doel of de motivatie voor de revalidatie was. Belangrijk hierbij was dat dit doel echt vanuit de revalidant zelf kwam, in zijn of haar eigen woorden. Wanneer de revalidant dit niet direct kon benoemen, werd hier later in de eerste week op teruggekomen.

Het geformuleerde hoofddoel – ook wel het ‘ORD’ (overstijgend revalidatiedoel) – werd in de ik-vorm opgenomen in het cliëntendossier. Voorbeelden van ORD’s zijn: “Ik wil weer zelfstandig de hond uitlaten”, “Ik wil weer op de kleinkinderen kunnen passen” of “Ik wil weer deelnemen aan de kaartclub.” Alle behandelaren sloten hun therapiedoelen aan op dit ORD en bekeken hoe zij, vanuit hun eigen expertise, konden bijdragen aan het realiseren ervan.

Het ORD fungeerde als leidraad tijdens elk multidisciplinair overleg (MDO) en familiegesprek. Daarbij werd besproken in hoeverre de revalidant al aan het doel voldeed en wat er nog nodig was om het te behalen. Wanneer het ORD niet haalbaar bleek, werd samen met de revalidant en mantelzorger gezocht naar een aangepast doel of ondersteuning bij het verwerken van het niet kunnen behalen ervan.

Het ORD gold voor de gehele revalidatieperiode – zowel klinisch als extramuraal. In die tijd bood de organisatie echter nog geen ambulante geriatrische revalidatie (GR) aan; eventuele verdere therapie vond plaats via de eerste lijn. Er was na ontslag vanuit de kliniek geen coördinator meer betrokken bij de opvolging van het ORD.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Onze tops zijn:

- Het ORD zorgde voor persoonsgerichte zorg, waarbij het revalidatiedoel écht uit de revalidant zelf kwam.
- Het gaf richting aan alle betrokken disciplines, die zo hun behandelplannen beter konden afstemmen.

- Het ORD maakte gesprekken tijdens MDO’s en familiegesprekken concreter en doelgerichter.

Onze tips zijn:

- Zorg voor goede overdracht en coördinatie bij overgang naar de extramurale fase, zodat het ORD ook daar opgevolgd wordt.
- Wees vanaf het begin duidelijk over wat er binnen de revalidatieperiode wel en niet haalbaar is, om misverstanden en teleurstellingen te voorkomen.
- Houd oog voor veranderende omstandigheden en verwachtingen van zowel revalidanten als mantelzorgers.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

Een belangrijk knelpunt was de opvolging van het ORD na ontslag uit de klinische setting. Doordat er op dat moment nog geen ambulante GR werd aangeboden en er geen coördinator meer betrokken was, bleef opvolging vaak uit. Revalidanten en mantelzorgers verwachtten echter dat er blijvend aan het ORD gewerkt zou worden. Dit leidde regelmatig tot teleurstelling en discussies, zeker als revalidanten dachten dat zij in de kliniek konden blijven tot het ORD volledig behaald was – terwijl ze volgens de formele criteria al klaar waren voor vervolgzorg thuis.

Om deze misverstanden en discussies te voorkomen, is uiteindelijk besloten om te stoppen met het gebruik van het ORD binnen de toenmalige werkwijze.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Tijdens de opstart van de ambulante GR is er opnieuw gesproken over het mogelijk herintroduceren van het ORD. Dit idee is toen niet verder uitgewerkt, mede door de drukte en andere lopende ontwikkelingen binnen de GR van de Zorgboog. Op dit moment is er helaas geen ruimte om dergelijke projecten opnieuw op te pakken, maar het blijft een onderwerp dat wellicht in de toekomst weer aandacht krijgt, wanneer de omstandigheden het toelaten.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van De Zorgboog.



1.2 Ambulante revalidatie

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

Sinds ruim een jaar zijn we actief bezig met het project ambulante revalidatie, waarbij het motto is: “**ambulant tenzij**”. De opzet van het project is multidisciplinair, onder leiding van project-leider Maartje Montens (fysiotherapeut), ondersteund door drie ambulante coördinatoren – op dit moment allen ergotherapeuten, maar de functie is niet discipline-gebonden.

Binnen onze organisatie hebben we 92 klinische GR-bedden. Ter illustratie: op dit moment zijn er 60 revalidanten ambulant in behandeling, allen na afronding van een klinisch traject. We hebben bovendien op een van onze locaties een pilot opgezet voor een 5-daagse klinische revalidatie, met als doel een zeer kort klinisch traject, direct gevolgd door ambulante voortzetting van de behandeling.

We brengen de ambulante revalidatievisie actief onder de aandacht. Zo besteden we tijdens het multidisciplinair intake (MDI) al aandacht aan het ambulante vervolg: we maken afspraken over de ontslagdatum, leggen het ambulante traject uit en starten meteen met het maken van vervolgspraken. Bij korte trajecten werken we met een geïntegreerd behandelplan (klinisch + ambulant); bij langere trajecten wordt het ambulante behandelplan tijdens het laatste klinische MDO opgesteld.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Onze tops zijn:

- De duidelijke visie (“ambulant tenzij”) zorgt voor een gerichte aanpak en breed draagvlak binnen het team.
- Vroege communicatie met revalidant over het ambulante vervolgtraject zorgt voor duidelijkheid en acceptatie.
- Flexibele inzet van coördinatoren en behandelaren vergroot de slagkracht en maakt het mogelijk om maatwerk te leveren.
- Wekelijks ambulant MDO met duidelijke structuur en coördinatie draagt bij aan overzicht en kwaliteit.

Onze tips zijn:

- Houd rekening met grote werkgebieden en bijbehorende reistijden; kijk creatief naar behandelopties op locatie of dichtbij de woonplaats.
- Blijf investeren in samenwerking en communicatie tussen klinisch en ambulant behandelteam, zeker als de behandelaar niet kan mee-overstappen

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

Een belangrijke uitdaging is de grootte van het werkgebied, wat het soms lastig maakt om behandelaren in te zetten in de woonplaats van de revalidant. Hoewel het in de praktijk vaak lukt om hier een oplossing voor te vinden – bijvoorbeeld door behandelaren in te zetten in hun eigen woonregio, blijft dit een terugkerend aandachtspunt.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Ja, er zijn zeker toekomstplannen. Het belangrijkste doel is om te kunnen starten met ambulante revalidatie zonder voorafgaand klinisch traject. Dit concept staat inhoudelijk al in de steigers, maar de implementatie is afhankelijk van landelijke financiering. Zodra de zorgverzekeraar hiervoor een betaaltitel beschikbaar stelt, willen we dit traject direct gaan implementeren.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van Mijzo.



Cluster 2: Revalidant en mantelzorger

2.1 24 uur meedraaien mantelzorg

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

We zetten dit met name in als revalidanten onplanbare zorg nodig lijken te hebben bij ontslag naar huis. We proberen dan een realistisch beeld te schetsen door de mantelzorger 24 uur de zorg ook te laten doen. Verpleging van de afdeling komt op gezette (als zijnde thuiszorg) tijden voor handeling die door de thuiszorg overgenomen kunnen worden. Soms zetten we het ook wel eens in op het moment dat als een revalidant samen met de mantelzorger denkt naar huis te kunnen, maar wij als team denken van niet om het dan in te zetten om te laten ervaren.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Het is belangrijk om vooraf een duidelijke doelstelling te formuleren. Daarnaast is het van belang om helder aan te geven welke zorgtaken de verpleging wel of juist niet uitvoert tijdens het 24 uur meedraaien.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

Het is natuurlijk niet een situatie als precies thuis. Daarvoor heb je eerder de oefenmomenten als thuis. Het nadeel is ook dat het van beperkte duur is om deze momenten in te zetten. Op een gegeven moment moet je wel een volgende stap zetten in de revalidatie.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Op dit moment ligt de focus op het continueren van de huidige werkwijze. Er zijn momenteel geen vernieuwingen gepland.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van Zorggroep Elde Maasduinen.



2.2 Interdisciplinaire cognitieve behandeling

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

Binnen deze best practice observeren alle disciplines het cognitief functioneren van de revalidant volgens een vaste structuur. De psycholoog be vraagt daarnaast de verwanten over het cognitief functioneren van de revalidant vóór en na het CVA, om veranderingen goed in kaart te brengen. Vervolgens voert de psycholoog een gerichte observatie en een cognitief onderzoek (MoCA-D) uit. Na twee tot drie weken worden de resultaten besproken in het multidisciplinair team en wordt het behandelplan opgesteld.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Een belangrijk pluspunt van deze werkwijze is dat het alle betrokken disciplines vanaf het begin van het traject alert maakt op mogelijke cognitieve gevolgen van het CVA.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

In sommige gevallen waren er al vóór het CVA cognitieve stoornissen, bijvoorbeeld door beginnende dementie, wat de interpretatie van nieuwe klachten bemoeilijkt. Ook kan een delier het beeld vertroebelen. Daarnaast ontstaat soms de verwachting dat cognitieve functies volledig te trainen zijn, terwijl dit niet altijd realistisch is. Een ander aandachtspunt is dat resultaten uit het cognitieve onderzoek soms worden geïnterpreteerd als blijvende schade, terwijl de patiënt zich nog in de herstelfase bevindt.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

De psycholoog onderzoekt momenteel of het observatie-instrument verder verbeterd kan worden, zodat de beoordeling van het cognitief functioneren nog nauwkeuriger en bruikbaar wordt.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van Zorggroep Elde Maasduinen.



2.3 Cognitieve leerniveaus

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

Sinds 2021 werken we binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) bij Zinzia met cognitieve leerniveaus. Deze zijn gebaseerd op het Cognitive Disabilities Model van Claudia Allen. Het doel hiervan is om beter inzicht te krijgen in hoe cliënten leren, op basis van hun cognitieve vermogens. Door dit inzicht kunnen behandelaars en de zorg hun benadering en instructies beter afstemmen op de leerbehoefte van de cliënt.

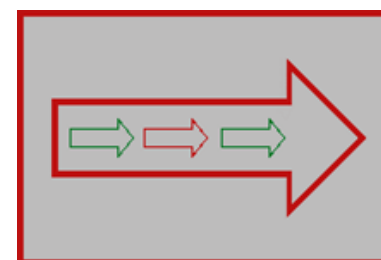
Cognitieve Leerniveaus				
Cognitief leerniveau	Pictogram	Beschrijving	Wat kan het betekenen?	Wat betekent dit voor het leervermogen/strategie?
0		Client is niet leerbaar.	Reageren is niet mogelijk, iemand is comateus.	Geen leervermogen, 24-uurszorg nodig. Externe prikkels aanbieden.
1		Client heeft ernstige aandachtsproblemen of heeft een delier.	Cognitie en bewustzijn zijn uiterst beperkt. Client is volledig zorgbehoevend en reageert alleen op basale prikkels (bijv. pijn).	Geen leervermogen, 24-uurszorg nodig, omgevingsaanpassingen.
2		Client is niet meer in staat om nieuwe dingen aan te leren.	Client kan grove motorische bewegingen maken (bijvoorbeeld transfer) met weinig aandacht voor de omgeving. Handelt uit zichzelf niet doelgericht.	Geen leervermogen, 24-uurszorg nodig, omgevingsaanpassingen gericht op het doseren van prikkels.
3		Client leert door eenvoudige handelingen veelvuldig herhalen. Complexere of nieuwe handelingen worden niet aangeleerd en generalisatie niet mogelijk.	Client heeft ernstige aandachts-, (werk)geheugen en executieve problemen. Client handelt niet doelgericht, kan wel deeltappen zelfstandig voltooien (bijv. gezicht wassen wanneer washand aangereikt wordt).	Beperkt leervermogen, 24 uur supervisie, stap voor stap vaardigheidstraining aanbieden en hulpmiddelen inzetten of de omgeving aanpassen.
4		Client leert door veelvuldige herhaling. Complexere of nieuwe activiteiten kunnen aangeleerd worden, mits opgedeeld in stappen. Generalisatie niet mogelijk.	Client heeft met name aandachts-, (werk)geheugen en executieve problemen. Client handelt doelgericht, maar traint in context is hierbij belangrijk. Clienten kunnen snel afgeleid zijn, waarvoor sturing van buitenaf nodig is.	Beperkt leervermogen, begeleiding nodig, foutloos leren, stap voor stap vaardigheidstraining aanbieden en hulpmiddelen inzetten of de omgeving aanpassen.
5		Client leert door het maken van fouten. Generalisatie is mogelijk.	Client heeft met name executieve problemen (planning, overzicht, etc.). Clienten kunnen nieuwe complexe taken aanleren, maar deze gaan trager en minder efficiënt. Routines gaan over het algemeen goed.	Er is leervermogen, iemand heeft feedback nodig, trial and error.
6		Client kan zelf bedenken wat er veranderd is en hier zelf oplossingen voor bedenken.	Geen noemenswaardige cognitieve problemen.	Cognitie is niet beperkend voor de revalidatie, leerstrategie bepalen met de cliënt.

Binnen de werkwijze met cognitieve leerniveaus worden de volgende symbolen gebruikt:

- Een rood kader betekent dat de omgeving nodig is voor sturing.
- Een groen kader geeft aan dat geen sturing nodig is van de omgeving.
- Voetjes duiden erop dat iemand onderdelen van een handeling niet doelgericht uitvoert en alle kanten opgaat.
- Een grote rode pijl betekent dat iemand een handeling niet doelgericht uitvoert.
- Een grote groene pijl geeft aan dat iemand een handeling wél doelgericht uitvoert.
- Een pijl buiten het kader betekent dat iemand soms 'buiten de kaders' gaat of 'uitschiet', bijvoorbeeld door te veel te doen, wat kan leiden tot overprikkeling.

- Een kleine rode pijl laat zien dat een onderdeel van een handeling niet doelgericht wordt uitgevoerd.
- Een kleine groene pijl betekent dat een onderdeel van een handeling juist wél doelgericht wordt uitgevoerd.
- Twee pijlen duiden op flexibiliteit: iemand is in staat een handeling aan te passen wanneer dat nodig is.

Hierbij een toelichting en voorbeeld van één van de cognitieve leerniveaus, namelijk cognitief leerniveau 3:



Rood kader = omgeving is nodig voor sturing

Grote rode pijl = voert handeling niet doelgericht uit

Kleine rode pijl = voert onderdeel van een handeling niet doelgericht uit

Kleine groene pijl = voert onderdeel van een handeling doelgericht uit

Voorbeeld

Een revalidant na een CVA is bezig met de ochtendzorg. De cliënt heeft begeleiding nodig bij het structureren van de dag (rood kader) en weet niet zelfstandig hoe hij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) moet uitvoeren (grote rode pijl). Wel is hij in staat om onderdelen van de zorgtaak zelfstandig en doelgericht uit te voeren, zoals het wassen van het gezicht (kleine groene pijl). Bij een volgende stap, zoals tandenpoetsen, is echter opnieuw sturing nodig (kleine rode pijl).

Werkwijze bepalen cognitief leerniveau

Het cognitieve leerniveau van een cliënt wordt bepaald op basis van gezamenlijke observaties en onderzoek door meerdere disciplines:

- Ergotherapie voert een intakegesprek, observeert tijdens ADL- of HDL-activiteiten en neemt de ACLS (Allen Cognitive Level Screen) af.
- Psychologie voert eveneens een intake uit en verricht een screenend cognitief onderzoek, zoals de MoCA of OCS.

- **Samenwerking** in het team is essentieel: observaties worden besproken tijdens overlegmomenten.
- **Afstemming** vindt plaats om gezamenlijk te bepalen welk cognitief leerniveau het best bij de cliënt past. Hierbij worden ook de benodigde leercondities vastgesteld, zoals het belang van een rustige omgeving, het demonstreren van handelingen, of het doseren van therapieën.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Onze tops zijn:

- Er is meer bewustwording onder medewerkers over het leervermogen van cliënten.
- Hierdoor wordt er beter rekening gehouden met cognitieve beperkingen in de zorg en begeleiding.

Onze tips zijn:

- Het up-to-date houden van kennis over de leerniveaus blijft een uitdaging, zeker gezien het grote aantal flexwerkers.
- De hoeveelheid informatie die medewerkers moeten verwerken, maakt implementatie intensief.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

We zouden graag willen dat bijvoorbeeld bij cognitief leerniveau 4 direct de associatie met ‘foutloos leren’ in iemands hoofd ontstaat, maar dat heeft tijd nodig. Omdat zowel de leerniveaus als cognitie op zich complexe processen zijn, merken we dat het moeilijk is om dit snel eigen te maken. Daarom herhalen we het regelmatig op verschillende manieren, bijvoorbeeld via scholingen of tijdens de MDO's, om het begrip en de toepassing te versterken.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Er wordt gewerkt aan een standaard terugkoppeling van het cognitief leerniveau naar de familie. Daarnaast blijft de implementatie doorlopen, mede vanwege de instroom van nieuwe medewerkers.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van Zinzia Zorggroep.



Cluster 3: Medewerkers

3.1 (Samen)werken op de afdeling

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

Om het revalidatieklimaat en de samenwerking met de zorg te verbeteren zijn de behandel- dienst gaan werken op de revalidatie afdelingen in plaats van op een andere etage. Er zijn twee behandelruimtes en een oefenzaal gerealiseerd met de benodigde materialen en voorzienin- gen. Hieronder worden de initiatieven beschreven die zijn opgestart of opgestart gaan worden om het revalidatieklimaat en de samenwerking te verbeteren:

Actieve therapie op de afdeling: de therapiemomenten worden minder frequent in een afzon- derlijke oefenzaal gegeven en vaker op de afdeling zelf om het revalidatieklimaat te verbeteren. Geoefend wordt in de behandelruimtes en oefenzaal op de afdeling en op de slaapkamer van de revalidant. Daarnaast zijn om functioneel te oefenen onder andere een klikstraat en ontbijt- buffet gerealiseerd. Doordat de behandel dienst op de afdeling aanwezig is worden hulpvragen sneller gesignaleerd en opgepakt.



Gezamenlijk overleg: voorheen miste er een intervisie/spar moment tussen zorg en behandel- dienst, waardoor er sinds enkele weken een gezamenlijk moment is georganiseerd om 1x per week, per afdeling, te sparren over complexe casussen of de samenwerking.

HDL training: HDL training op de afdeling, waarbij we vanuit ergotherapie, fysiotherapie en zorg een groepstraining doen waarbij mensen zelfstandig/onder toezicht/onder begeleiding een HDL taak uitvoeren in de eetzaal. Deze taak is gekoppeld aan een weekdoel.

Er komt iedere week een ander bordje met een weekdoel op de tafels waar extra de focus op ligt: tafel dekken, drinken verzamelen, tafels afruimen, tafels schoonmaken, dagmenu noteren. Door dit op maandag gezamenlijk te doen stimuleren we de revalidanten en kunnen we op deze manier direct trainen met mensen die het nog niet volledig zelfstandig kunnen.



De verwachting is dat dit het ook voor de zorgmedewerkers en voedingsassistenten makkelijker maakt gedurende de rest van de week om de mensen te stimuleren en betrekken.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Onze tops zijn:

- Laagdrempeliger overleg tussen zorgmedewerkers en behandeldienst
- Sneller erbij gevraagd worden als zich problemen voordoen op de afdeling
- Actiever revalidatieklimaat. De zorg wordt betrokken bij de behandelingen op de afdeling waardoor de drempel voor hen lager wordt om bijvoorbeeld met revalidanten te lopen. Ook zien de revalidanten actief de revalidatie van mede revalidanten op de afdeling wat motiverend werkt
- De HDL-training heeft ervoor gezorgd dat het voor zorgmedewerkers/voedingsassistenten gemakkelijker werd om revalidanten te stimuleren en betrekken. Aangezien dit nu goed gaat is de gezamenlijke HDL-training gestopt. Zorgmedewerkers en voedingsassistenten kunnen paramedici echter op een laagdrempelige manier benaderen wanneer zij vragen hebben of ondersteuning nodig hebben van paramedici. Dit gebeurt momenteel ook, terwijl dit eerder minder gebeurde. Indien nodig kan de HDL-training gemakkelijk opnieuw worden opgestart.

Onze tips zijn:

- Het is van belang om 1x per maand of 1x per twee maanden een gezamenlijk overleg te hebben waar de leidinggevende ook bij is waarin de samenwerking geregeld wordt geëvalueerd.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

In het begin van het werken op de afdeling was het moeilijk om elkaar sneller te benaderen op een laagdrempelige manier, met name omdat we dit niet gewend waren. Nog steeds is het soms zoeken en daarom zijn ook de intervisie momenten zoals hierboven beschreven opgestart op een vast moment per week. Deze momenten hebben nu enkele keren plaatsgevonden en dit wordt als prettig ervaren om direct aandachtspunten aan te pakken met elkaar. De intervisie momenten zijn vooralsnog voornamelijk gericht op casuïstiek, het doel is om ons tijdens deze momenten ook te richten op situaties rondom het revalidatieproces/organisatorische aspecten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het bespreken van knelpunten die bij een implementatie naar voren komen.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Er komen revalidatieborden, per revalidant een whiteboard, op de kamer met doelen voor revalidatie en de voortgang. Het revalidatiebord maakt voor iedereen (revalidanten, mantelzorgers/naasten, zorgpersoneel en (para)medici) in één oogopslag inzichtelijk welke activiteiten de revalidant wel of niet kan uitvoeren. Hierdoor kan de revalidant gestimuleerd worden om activiteiten zelfstandig uit te voeren en kan onder begeleiding worden geoefend met het uitvoeren van activiteiten die de revalidant nog niet kan. Dit draagt bij aan het vergroten van de zelfredzaamheid van de revalidant. Er kunnen smileys bij de doelen worden gehangen die de mate van zelfstandigheid weergeven. De activiteiten kunnen worden aangepast/uitgebreid, passend op het revalidatieproces. Dit wordt verwacht van zowel revalidant zelf, behandeldienst als zorgpersoneel.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van Zorggroep Maas & Waal.



3.2 Multidisciplinaire Intake

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

De Multidisciplinaire Intake (MDI) is een mooie kwaliteitsverbetering. Het idee van de MDI is ontstaan vanuit de ervaringen dat de dag van opname als intensief wordt ervaren door revalidanten.

Meerdere disciplines kwamen op de dag van opname langs waardoor revalidanten 3/4 keer per dag hetzelfde verhaal moesten vertellen. Daarnaast was familie niet altijd meer aanwezig wanneer disciplines bij de revalidanten kwamen.

Inhoud van de MDI

- **10:30 uur:** binnenkomst en welkom heten door zorg. Dan hebben revalidanten en familie de tijd om te landen en wordt een rondleiding gegeven.
- **12:00 uur:** de revalidant gaat samen met familie lunchen (familie luncht gratis mee).
- **13:00 uur:** fysiotherapeut en ergotherapeut gaan naar de revalidant om een eerste beeld van het functioneren te vormen. Ook worden dan de transfers beoordeeld en wordt indien nodig een rolstoel aangemeten.
- **13:15 uur:** revalidant, familie, fysiotherapeut, ergotherapeut, zorg, Specialist Ouderengeneeskunde/Verpleegkundig Specialist zijn in dezelfde ruimte bij elkaar. Volgens een gestructureerd formulier wordt het gesprek vormgegeven, de fysiotherapeut en ergotherapeut kunnen hierbij verdiepende vragen stellen. Daarnaast wordt een multidisciplinair plan aangemaakt (standaard plannen) en doelen worden aangepast zodat je na 30/45 minuten als multidisciplinair team alle informatie bij elkaar hebt staan. Vervolgens wordt de voorlopige ontslagdatum (VOD) en het inzetten van proefverlof besproken (afhankelijk van het DBC-traject wanneer hiermee wordt gestart). Tijdens het proefverlof krijgt de revalidant een formulier mee om in te vullen hoe het proefverlof is verlopen. Hier kan de revalidatie op worden aangepast. Gestart wordt met enkele uren naar huis gaan. Dit wordt uitgebreid naar een hele dag (+ nacht).

Voor aanvang van de MDI wordt aan mantelzorgers gevraagd de Caregiver Strain Index (CSI) in te vullen om de mate van overbelasting van de mantelzorger in kaart te brengen, dit wordt besproken tijdens de MDI. Om de woonomgeving van de revalidant in kaart te brengen worden tijdens de MDI foto's van de woning opgevraagd.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Revalidanten en familie hoeven het verhaal slechts één keer te vertellen en disciplines kunnen direct verdiepende vragen stellen in plaats van dat zij na het lezen van het verslag van de SO nog contact met mantelzorgers op moeten nemen voor aanvullende informatie.

Daarnaast worden de verwachtingen van het revalidatieproces al vroeg besproken en heeft familie het behandelteam al gezien. Ook zij kunnen direct vragen stellen aan de disciplines. De dag na de MDI kan direct worden gestart met revalideren.

Format Multidisciplinaire intake

Somatisch: VS/SO

- Reden van opname
- Medische voorgeschiedenis
- Allergieën
- Roken en middelengebruik
- Medisch beleid
- Medicatie (gewoontes inname thuis, baxter of in doosjes, therapietrouw, slikproblemen)
- Beloop ziekenhuisopname (opname en OK datum, belastingsniveau, lokalisatie en ernst van de klachten)
- Huidletsel (wonden, decubitus, incontinentieletsel)
- Oedeem (compressietherapie):
- Pijn
- Voedingstoestand (lengte, huidige gewicht en oorspronkelijke gewicht)

ADL: V&V

- Gewoontes m.b.t. het wassen/kleden/douchen
- Huidige ondersteuning ADL
- Thuiszorg: frequentie, handelingen en organisatie.
- Uitscheiding mictie (frequentie dag/nacht, zelfstandigheidsniveau en hulpmiddelen)
- Mondverzorging
- Slapen (gewoontes en rusten)

Mobiliteit: FT/ET

- Premorbide bewegingsvaardigheden, transfers en hulpmiddelen:
 - Binnenshuis
 - Buitenshuis / vervoer
- Huidige bewegingsvaardigheden en transfers (indien nog van toepassing)

- Vallen (valgeschiedenis, onveilig handelen)
- Fysiotherapie voor GRZ: Zo ja, bij wie en navraag akkoord overdracht.

IADL: ET

- Huishoudelijke hulp, huishoudelijke hulp (HHH), boodschappen, koken
- Administratie

Maatschappelijk: ET

- Sociaal (burgerlijke staat en samenstelling) en relaties (sociaal netwerk)
- Mantelzorg
- Dagbesteding, hobby's en dagindeling
- Werkverleden
- Alarmering (organisatie)
- Woning (indeling, aanpassingen, hulpmiddelen, stand van het bed)

Psychisch: VS/SO

- Cognitie, leerbaarheid, stemming

Communicatief: VS/SO

- Gehoor, spraak, visus

VS/SO

- Ziekenhuisafspraken
- VOD: zie DBC onder MDBP
- Behandeldoelen en MDBP bespreken

De reacties van revalidanten en mantelzorgers zijn positief, mantelzorgers zijn er over het algemeen altijd bij en vinden het prettig om direct vragen te kunnen stellen en kennis te maken met het behandelteam. Voor de disciplines levert de MDI tijd op ten opzichte van de tijd die het kost. Iedere dag wordt standaard een uur vrij gehouden, wanneer er geen opname is kunnen de disciplines deze tijd naar wens invullen.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Er draait momenteel een pilot om het formulier van het MDI van tevoren op te sturen en om de foto's al voor opname op te vragen.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp?

Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van Mijzo.



Cluster 4: Omgevingsaspecten

4.1 Revalidatieborden

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

In september 2023 zijn we gestart met een pilot op de CVA-afdeling waarin vijf revalidatieborden werden geïntroduceerd. Deze borden zijn bedoeld om in één oogopslag inzicht te geven in het functioneren van de revalidant, zowel voor het team als voor de revalidant zelf en diens familie.

Na een periode van zes weken is de pilot mondeling geëvalueerd met revalidanten, mantelzorgers en het multidisciplinaire team. In deze evaluatie kwamen zowel het werkproces als de ervaringen van medewerkers en patiënten aan bod. De aandachtspunten die hieruit naar voren kwamen, zijn verwerkt. Vervolgens zijn de revalidatieborden uitgerold over de gehele CVA-afdeling. In december 2024 is besloten om de hele neurologietoren te voorzien van revalidatieborden. De benodigde materialen zijn inmiddels besteld en zullen binnenkort in gebruik worden genomen.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Onze tips zijn:

- Investeer in duidelijke, doelgroepgerichte pictogrammen op de magneten.
- Betrek het hele team vanaf de start en geef ruimte voor feedback.
- Zorg voor heldere afspraken over het gebruik en onderhoud van de borden.
- Begeleid het gebruik bij familieleden om misverstanden te voorkomen.

Onze tops zijn:

- Het bord zorgt voor directe en visuele communicatie over het functioneren van de patiënt.
- Het bevordert interdisciplinaire samenwerking en overzicht.
- Revalidanten en familie krijgen meer inzicht in de voortgang van het herstelproces.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

- **Draagvlak onder medewerkers:** Het creëren van voldoende draagvlak bij alle betrokken disciplines bleek essentieel. In het proces zijn verpleegkundigen, paramedici, medici, roomservice, technische dienst, welzijn en psychologen actief meegenomen.
- **Onduidelijke symbolen op magneten:** Medewerkers vonden sommige magneten onduidelijk. Hierop hebben de ergotherapeut en logopedist samengewerkt aan het verbeteren van de symbolen en teksten. Begrippen zoals hulp, sturing, toezicht en zelfstandigheid zijn toegevoegd.
- **Gebruik door familie:** Familieleden gebruikten de borden soms om zelf notities te maken. Dit leidde tot verwarring. Om dit te voorkomen zijn de whiteboardstiften van de patiëntenkamers naar het kantoor van de afdeling verplaatst.
- **Tijdsinvestering bij opstart:** In het begin kostte het paramedici extra tijd om de borden bij te houden. Uiteindelijk bleek het bord juist tijdswinst op te leveren doordat veel informatie snel zichtbaar is zonder het cliëntdossier te hoeven openen.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Er wordt gekeken naar de mogelijkheid om de revalidatieborden ook op andere afdelingen in te zetten, zoals de orthopedie, heelkunde en interne geneeskunde. Deze uitbreiding zou de uniformiteit in werkwijze en communicatie binnen de organisatie verder kunnen versterken.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp?

Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van ZZG Zorggroep.



4.2 Gebruik Hipper

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

De Hipper wordt sinds enige tijd ingezet door fysiotherapeuten en ergotherapeuten bij revalidanten met het doel om beter zicht te krijgen op belasting en belastbaarheid. De Hipper is een sensor die revalidanten om de broekband dragen en die bewegingen gedurende de dag registreert. Deze data geeft zowel behandelaar als revalidant inzicht in het beweeg- en zitgedrag. De gegevens worden gebruikt om de behandeling gericht te sturen: bijvoorbeeld om revalidanten te helpen geleidelijk meer te bewegen of juist om overbelasting te voorkomen.

Voor behandelaren is een specifieke behandelmodule beschikbaar waarin alle relevante informatie over het gebruik van de Hipper staat. In het Ysis-revalidatieplan wordt de Hipper inmiddels standaard genoemd. Recent is de Hipper ook ambulant ingezet, wat extra waardevol bleek: er wordt nu ook inzicht verkregen in het gedrag thuis, wat weer meegenomen kan worden in de behandeling.

Daarnaast is er een informatieve folder voor revalidanten ontwikkeld waarin het gebruik van de Hipper wordt toegelicht.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Onze tops zijn:

- De Hipper geeft zowel revalidant als behandelaar direct inzicht in zit- en beweeggedrag.
- Het gebruik is laagdrempelig; de sensor is klein en makkelijk te dragen.
- Beweegminuten kunnen dagelijks worden afgelezen en als leidraad dienen in de behandeling.

Onze tips zijn:

- De bewegingsdata zou specifieker mogen zijn: bijvoorbeeld onderscheid tussen lopen en rolstoelrijden.
- Het inloggen en aflezen van het dashboard vraagt momenteel te veel digitale vaardigheden van de revalidant; dit belemmert zelfstandig gebruik.
- De koppeling tussen resultaten en persoonlijke behandeldoelen is nog beperkt, waardoor de relevantie voor revalidanten niet altijd duidelijk is.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

Een belangrijk knelpunt is dat veel revalidanten niet digivaardig genoeg zijn om zelfstandig gebruik te maken van het dashboard. In de praktijk betekent dit dat de Hipper vaak samen met de behandelaar wordt gebruikt tijdens behandelmomenten.

Daarnaast bleek de oorspronkelijke PAM-score, die de Hipper gaf, nietszeggend voor de revalidant. Na overleg met de ontwikkelaar is besloten deze score te vervangen door het duidelijkere aantal beweegminuten per dag in het dashboard van de revalidant. Door actief het gesprek aan

te gaan met de ontwikkelaar zijn al diverse verbeteringen doorgevoerd op basis van feedback uit de praktijk.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

Op intern niveau zijn er verschillende plannen om de best practice verder te versterken. Zo wordt ingezet op een bredere verspreiding van de informatiefolder onder revalidanten. Daarnaast wordt gekeken naar het gebruik van tablets om het dashboard visueel aantrekkelijker en beter begrijpelijk te maken. De Hipper is inmiddels opgenomen in de standaarddoelen binnen het Ysis-revalidatieplan en zal daarnaast worden toegevoegd aan beleidsdocumenten, revalidatiepaden en brochures. Ook blijft het team actief in gesprek met behandelaren om het gebruik van de Hipper te stimuleren en eventuele knelpunten te signaleren en oplossen.

Extern wordt in samenwerking met de ontwikkelaar gewerkt aan een prototype 3.0 van de Hipper, met als doel een dashboard te creëren dat nog gebruiksvriendelijker is. Daarnaast vindt er deelname plaats aan onderzoek om de Hipper verder te ontwikkelen en de toepassing ervan wetenschappelijk te onderbouwen.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met het UKON-expertteam Geriatrische Revalidatie (GR).



Cluster 5: Oefeningen en lotgenotencontact

5.1 Persoonlijk oefenboek

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

Het oefenboek is een A5 formaat map (was A4). Deze wordt tijdens intake gesprek nu alleen ingezet bij CVA revalidanten. Het idee is dat revalidanten die map mee kunnen nemen naar hun therapeuten tijdens therapieën en dat ze er zelfstandig en/of met mantelzorgers uit kunnen oefenen. De oefeningen die in de map gedaan worden zijn persoonlijke oefeningen die passen bij het revalidatie traject van de revalidant.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

Elke discipline is verantwoordelijk voor het toevoegen van oefeningen in het oefenboek. In de praktijk blijkt echter dat vooral de fysiotherapie regelmatig materialen toevoegt, en af en toe de logopedie. Van andere disciplines blijft dit vaak uit. Daarnaast merken we dat veel CVA-revalidanten cognitief te aangedaan zijn om zelfstandig met de map te oefenen, wat het nut ervan in sommige gevallen beperkt.

Het oefenboek was oorspronkelijk opgedeeld in vijf tabbladen: ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, diëtetiek en overig. In de praktijk bleken de tabbladen 'diëtist' en 'overig' zelden gebruikt te worden. Daarom wordt het tabblad 'overig' gewijzigd naar 'informatie', zodat hier bijvoorbeeld ook overdrachtsdocumenten voor de thuiszorg geplaatst kunnen worden bij ontslag. Het tabblad 'diëtist' wordt hernoemd naar 'oefenmateriaal', zodat het breder inzetbaar is.

Tot slot is besloten om de kleur van het oefenboek weer te wijzigen. Eerder werd het rode mapje vervangen door een blauwe variant, maar uit ervaring blijkt dat het rode mapje beter opvalt. Daarom wordt deze opnieuw in gebruik genomen.



Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

We zijn momenteel bezig met de her-implementatie van het oefenboek. Het is een waardevol middel, maar er wordt gekeken hoe we het gebruik ervan efficiënter kunnen inrichten.

Naast de aanpassing van de map wordt er gewerkt aan een kast met oefenmaterialen waarmee revalidanten zelfstandig kunnen oefenen. Van deze materialen worden foto's gemaakt, zodat duidelijk is welke oefeningen beschikbaar zijn. Voor iedere revalidant worden de passende oefeningen geselecteerd, waarvan een foto in de map wordt geplaatst. Op die manier is direct zichtbaar welke oefeningen zelfstandig uitgevoerd kunnen worden.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp?

Neem dan gerust contact op met de GR-afdeling van Norschoten.



5.2 Gebruik Compaan

Hoe hebben jullie de best practice vormgegeven?

In eerste instantie werd geprobeerd om de instructie over het gebruik van de Compaan bij cliënten neer te leggen bij vrijwilligers en de zorg. Dit bleek in de praktijk niet haalbaar: de continuïteit was niet gewaarborgd bij vrijwilligers en de zorg had onvoldoende tijd.

Daarom is ervoor gekozen om de activiteitenbegeleiding hiervoor in te zetten. Dit bleek goed te passen bij het doel van de Compaan: het bevorderen van eigen regie, oefenmogelijkheden en ontspanning. De activiteitenbegeleiders geven drie keer per week instructie aan groepen van 6 à 8 cliënten. Cliënten worden binnen vier dagen na opname bij een groep ingedeeld en door de vervoersdienst gebracht. Indien nodig is er daarnaast drie uur per week beschikbaar voor individuele begeleiding.

Welke knelpunten hebben jullie ervaren, en hoe zijn jullie hiermee omgegaan?

Een belangrijk knelpunt was dat andere disciplines zich minder verantwoordelijk voelden voor de inzet van de Compaan nadat de activiteitenbegeleiding dit had opgepakt. Hierdoor bleef het stimuleren van gebruik tijdens de opname achter.

Om dit op te lossen zijn er nieuwe afspraken gemaakt:

- De zorg legt bij het opnamegesprek de basisfuncties uit van de Compaan.
- Dagelijks wordt er gevraagd of cliënten de agenda hebben bekeken en geoefend hebben.
- Behandelaren oefenen minimaal één keer per klinisch deel van de opname met beeldbellen, omdat werken met de Compaan een onderdeel is van de ambulantisering.

Wel blijft het een aandachtspunt om te blijven monitoren of de gemaakte afspraken worden nagekomen.

Wat zijn jullie tips en tops bij deze best practice?

Onze tops zijn:

- De Compaan biedt een laagdrempelig middel om cliënten te ondersteunen in eigen regie, oefenen en ontspanning.
- Door inzet van activiteitenbegeleiding is er een structureel en haalbaar instructiement ingevoerd.
- De betrokkenheid van cliënten bij digitale middelen wordt vergroot, wat aansluit bij verdere ambulantisering.

Onze tips zijn:

- Verdeel de verantwoordelijkheden duidelijk over de verschillende disciplines en blijf dit regelmatig evalueren.
- Begin niet met alle functies tegelijk, maar breid stapsgewijs uit.
- Blijf investeren in draagvlak bij het hele team om betrokkenheid te behouden.

Zijn er nog plannen/ontwikkelingen voor de toekomst met betrekking tot de best practice?

In de nieuwbouw (gereed medio april 2026) zal iedere cliënt standaard een Compaan op de kamer hebben, inclusief bijvoorbeeld alarmering. Verwacht wordt dat dit het gebruik van de Compaan – zowel door cliënten als medewerkers – verder zal stimuleren.

Daarnaast worden steeds meer functies van de Compaan geleidelijk geïmplementeerd: medicatieherinneringen, nieuwsbrieven via de Compaan en gebruik van het familieportaal

Doel is dat de Compaan een vaste, vanzelfsprekende plek in de revalidatie krijgt. Hierbij wordt blijvend ingezet op duidelijke verantwoordelijkheden per discipline én op het controleren van de naleving daarvan.

Contact

Wil je hier meer over weten of zelf aan de slag gaan met dit onderwerp? Neem dan gerust contact op met het UKON-expertteam Geriatrische Revalidatie (GR).



Dankwoord

Voor het tot stand komen van deze handreiking willen we graag iedereen bedanken die heeft bijgedragen. Speciale dank gaat uit naar de organisaties die hun kennis, ervaringen en voorbeelden met ons hebben gedeeld. Dankzij jullie inbreng hebben we een handreiking kunnen samenstellen vol praktijkvoorbeelden en inspiratie.

Tot slot bedanken we alle leden van het UKON-expertteam GR voor hun betrokkenheid, inzet en enthousiasme. Samen hebben we iets neergezet waar we trots op mogen zijn.

Dank jullie wel!



Nijmegen, 2025

Handreiking Uitdagend Revalidatieklimaat