

Goede voorbeelden neurorevalidatie GRZ aan de hand van thema's

Inhoudsopgave

Multidisciplinaire intake	2
Anholt	2
Veenkade	2
Eemsdelta	3
Maartenshof	3
Twaalfhoven	4
Actief betrekken familie bij de revalidatie/meeloopdagen	4
Anholt	4
Maartenshof	5
Groepstherapieën	5
Anholt	5
Heymanscentrum	8
Veenkade	9
Maartenshof	9
Twaalfhoven	10
Zonnehuis	11
Weekendtherapie	14
Anholt	14
Heymanscentrum	15
Maartenshof	15
Veenkade	16
Therapierooster	16
Anholt	16
Eemsdelta	17
Veenkade	17
Heymanscentrum	18
Maartenshof	18
Zonnehuis	18
Informatiemap	19
Anholt	19
Maartenshof	19

Multidisciplinaire intake

Anholt

Waarom MD intake?

Bij een multidisciplinaire intake wordt op de dag van opname op de kamer van de cliënt een intake gehouden met cliënt en mantelzorger.

Doel MDI is:

- kennismaking met client en familie met het behandelteam,
- vaststellen van de hulpvraag,
- opstellen voorlopig behandelplan,
- bepaling verwachte ontslagdatum en
- bespreken van de behandelwensen.

Doel is om in een korte tijd met zo weinig mogelijk belasting en herhaling voor cliënt en partner, de gewenste informatie over de opname en de te starten revalidatieperiode, over en weer verzamelen en geven.

Het te verwachten revalidatietraject is dan geschetst, streefdatum en doelen waaraan gewerkt gaat worden, en bij behorende verwachtingen zijn bij iedereen in beeld.

De eerst betrokkenen hebben 'een gezicht' en zijn allen geïnformeerd.

Beeldvorming van revalidatieperiode bij cliënt en mantelzorger opbouwen; wat zijn de verwachtingen over en weer? Denk aan stimulerende omgeving / optimaal de revalidatieperiode benutten.

Wie zijn aanwezig?

Specialist ouderengeneeskunde/basisarts/physician assistant, verpleegkundige/ verzorgende IG, in neurorevalidatie gespecialiseerde fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist

Hoe is het georganiseerd?

Elke werkdag is er in de agenda's van de behandelaren en de zorg tijd gereserveerd voor een MDI.

Dit is standaard om 11.30- 12.00 en voor een eventuele 2^e opname op een afdeling van 12.00-12.30 uur.

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

André Baas, a.baas@interzorg.nl

Veenkade

Waarom MD intake?

O de dag van opname vind er een multidisciplinaire intake plaats op de kamer van de client.

Aanwezig zijn; client en familie/mantelzorger, SO/basisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopediste en revalidatieverpleegkundige.

Het doel is

- Kennismaking met behandelteam
- Vaststellen van de hulpvraag (wat moet revalidant kunnen om terug naar huis te gaan) en daarmee vaststellen revalidatiedoelen
- Vaststellen lengte van het traject (VOD wordt in 1^e MDO vastgelegd)
- Wensen en verwachtingen uitspreken

Elke werkdag is er in de agenda's van de behandelaren en de zorg tijd gereserveerd voor een MDI om 11.30 en om 14.00 uur

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

Yvonne Hoekstra, projectteamlid Verbeteren Revalidatiezorg, y.hoekstra@zgmeander.nl

Eemsdelta

Waarom MD intake?

Zodat het voor de revalidant geen grote belasting is. Anders moeten ze aan alle disciplines apart het verhaal te doen.

Wie zijn aanwezig?

Afhankelijk van de afdeling waar de revalidant is opgenomen.

Voor de neurorevalidatie de SOG/VS, Fysiotherapie, Verpleging en als de Logo/ Ergo aanwezig is en betrokken is ook.

Hoe is het georganiseerd?

De afspraak is om 12.00 uur, mits de revalidant later komt dan wordt het afgestemd met alle disciplines.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Anne-Marie Schnieders m.c.schnieders@revalidatiecentrumeemsdelta.nl

Maartenshof

Waarom MD intake?

In principe hebben we deze niet structureel, hoewel een combi van zorg/SOG incidenteel wel bewust wordt ingezet

Wie zijn aanwezig?

Zorg/SOG

Hoe is het georganiseerd?

Op basis van grote complexiteit wordt deze dan naar visie SOG zo ingepland

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Twalfhoven

Waarom MD intake?

Bij een MD intake zijn direct de disciplines aanwezig waar de cliënt tijdens de revalidatie in eerste instantie het meeste mee te maken zal krijgen. Zo kan de cliënt in een keer zijn/ haar verhaal doen en ontvangt iedere discipline de juiste informatie.

Is minder inspannend voor de cliënt. Hoeven hierdoor niet meerdere keren hun verhaal te doen.

Eventueel kan familie/mantelzorger die erbij is ook nog meer informatie geven.

Wie zijn aanwezig?

Arts/ fysio/ revalidatie-verpleegkundige

Hoe is het georganiseerd?

Proberen vaste opnametijden aan te houden voor intake gesprek met cliënt (11uur en 14 uur). Arts begint met medische stuk (opname reden etc), vpk hierna vragen mbt zorg/ thuissituatie etc. fysio stelt vragen mbt transfers/ woonsituatie.

Vaak wordt voor opname afgesproken wie er bij de opname aanwezig zijn (welke fysio en welke VPK). En wordt dan afgesproken dat de vpk de anderen informeert als de cliënt op de afdeling is.

NB: Er zijn vaste tijdstippen afgesproken. Echter werkt dit meestal in de praktijk niet. Dan stemmen we onderling af hoe laat we de opname doen.

Bij wie kan informatie ingewonnen worden?

Sylvia v Dijk (kwaliteitsverpleegkundige) s.vandijk-mazer@dehoven.nl
revalidatieverpleegkundigenhetHogeland@dehoven.nl (Miriam/Marije)

Actief betrekken familie bij de revalidatie/meeloopdagen

Anholt

Hoe wordt de familie actief betrokken bij de revalidatie?

Bij MDI ook uitgenodigd, mogelijkheid tot therapieën meekijken, op uitnodiging behandelaren mee kijken bij therapie, coaching krijgen over samen oefenen en participatie starten waar mogelijk, terugkoppeling behandelplan overleg met client en naaste door persoonlijk begeleider van de afdeling.

Hoe is het georganiseerd?

Naaste wordt per discipline uitgenodigd voor een meeloop moment tijdens een therapiemoment. Veelal is er contact op de afdeling omdat er veel geoefend wordt op de afdelingen

Persoonlijk begeleider onderhoud contacten op de afdeling met client en naaste.

Bezoektijden?

Geen, wel therapieën leidend laten zijn voor bezoek. Bij signalering overbelasting client door teveel bezoek, overleg en afstemming over bezoektijden.

Ervaringen?

Fijn dat client en naaste zelf regie kunnen houden mbt bezoek. Mogelijkheid tot spreiding is prettig.

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

André Baas, a.baas@interzorg.nl

Maartenshof

Waarom meeloopdag?

1. educatie (informatief) 2. meenemen in rouwproces 3. functioneel oefenen/functionele praktische handvatten

Hoe ziet het er uit?

Dag/dagdeel wordt iemand ingepland door de collega van de zorg en ingepland in agenda van behandelaren en zorgplan

Hoe is het georganiseerd? (frequentie, duur, vaste dagen?, op welk moment in het revalidatietraject, welke disciplines?)

In principe 1x p/traject een hele dag of dagdeel (op MDO wordt bepaald of dat nodig is), eventueel aangevuld met meeloopmomenten tijdens de reguliere therapieën; alle disciplines mogelijk, meestal in ieder geval ergotherapie, zorg, logopedie en fysiotherapie

Wat zijn de ervaringen?

Positief; communicatie en planning kan wel strakker (gericht op borging)

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Wia Beijert-Woldman/W. Beijert-Woldman@zorggroepgroningen.nl

Groepstherapieën

Anholt

Welke groepsbehandelingen? Voor welke doelgroep? (alleen neurorevalidatie of GRZ breed?)

Circuit Class Training op neuro (GRZ ortho wil het gaan starten) 1 fysio per oefenkoppel. Tijdstip 10 uur. Soms ook op de middag (14.00 uur) Interzorg heeft het onderstaande Fit Stroke programma vertaald naar de klinische fase (aangepaste oefeningen) en biedt 2x in de week CCT aan. Per koppel cliënten 1 fysio. Vaak worden er 2 tot 3 koppels tegelijk behandeld op het circuit.

Exclusiecriteria; te lage belastbaarheid voor 30 minuten trainen – baat bij prikkelarm-verwardheid- onvoldoende visuele waarneming.

Deelname wordt vaak gestart bij aanwezigheid sta-functie, vanaf FAC 1, Deelname t/m FAC 3 zeer zinvol.

Circuit Class Training (CCT) is een programma speciaal ontwikkeld voor mensen met een beroerte. De methode is door prof.Dr.G. Kwakkel, hoogleraar Neurorevalidatie /fysiotherapeut in samenwerking met enkele grote revalidatiecentra in Nederland ontwikkeld. Uit zijn onderzoek (Fit Stroke Onderzoek 2012) blijkt dat Circuit Class Training uitermate geschikt is om efficiënt patiënten die vaardigheden weer aan te leren, die nodig zijn om zelfstandigheid te herwinnen. Na de onderzoeksperiode scoorden de revalidanten die het Fit-Strokeprogramma volgden duidelijk beter op onder andere loopsnelheid en loopafstand, en ze waren actiever in hun vrijetijdsbesteding.

Oefening baart kunst

Het steeds weer herhalen van ‘gewone’ vaardigheden helpt brein en lichaam het beste om bewegingen weer aan te leren. CCT laat patiënten in koppels werkstations doorlopen waar verschillende oefeningen steeds op eigen niveau intensief geoefend worden. Maatwerk en toch samen sterk! Van elkaar leren en elkaar stimuleren.

Kenmerken circuit class training

30 minuten oefenen

Werken in koppels

Elkaar stimuleren en helpen

Zien bewegen doet bewegen

Vaardigheden inslijpen

Motiverend; probeer je eigen scores te verbeteren

Oplopend in moeilijkheidsgraad

Cognitieve vaardigheden

Het werken in koppels houdt in dat wanneer de ene cliënt een werkstation ‘afwerkt’, zijn of haar oefenmaatje de score bijhoudt. Dit doet een beroep op gerichte (en volgehouden) aandacht, waarnemen, dubbeltaken, rekenvaardigheden. Bij problemen op een of meerdere gebieden wordt een cliënt hierin gecoached en getraind.

Fit Stroke Onderzoek

De resultaten uit het Fit-Stroke-onderzoek (gepubliceerd in het British Medical Journal 10 may 2012) worden onderdeel van de nieuwe richtlijnen voor behandeling na een beroerte. Het onderzoek heeft dus directe gevolgen voor de inrichting van de revalidatie van deze patiëntengroep.

Oefengroepen Neurologie

2 groepen; 1 voor stabalans – 1 voor loopvaardigheden. Op woensdag. 30 min oefenen per groep. Per groep van ongeveer 5 deelnemers 2 fysio's.-

De Ronnie Gardiner Methode

1 groep RGM op ma middag 13.30. Half uur oefenen en ook externe deelnemers (exreva) doen soms mee. Samenwerking van 1 fysio en 1 log die beide RGM-therapeut zijn
Groepsgrootte wisselt. Kan tot 8 personen (wat ruimte betreft) .

Inclusiecriteria; voldoende aandacht en visus om naar scherm te kunnen kijken, zittend in rolstoel. In staat zijn om zonder manuele steun extremiteit (mag ook alleen goede zijde zijn) te bewegen. In staat zijn om zonder 1 op 1 begeleiding in groep (prikkelrijk) te kunnen functioneren. Taalbegrip nodig, spreken hoeft niet per se.

Vaak kunnen deelnemers in het begin maar 10 tot 15 minuten volhouden en daarna zie je belastbaarheid toenemen en met name tempo van informatieverwerking, het fysiek schakelen/ alternierend bewegen en aandacht spanne/ concentratie verbeteren zichtbaar. Hard werken en ook plezierig vanwege de muziek en lotgenoten (plezier onderling). Diagnostisch ook goed te gebruiken. Eigen grenzen worden heel snel zichtbaar en geven client inzicht. "Hoe omgaan met", 'wat houdt trainen in? ', bewaken van de balans tussen belasting / belastbaarheid, komen goed aan bod.

Info:

RGM maakt op een speelse manier gebruik van ritme, muziek, beweging, spraak, gehoor, zicht en gevoel. Tijdens het oefenen leest de deelnemer de symbolen en 'vertaalt' deze naar de daarbij behorende beweging welke wordt uitgevoerd op het ritme van muziek. De kleur van een symbool geeft aan of de beweging rechts, links of met beide kanten moet worden uitgevoerd. Met de symbolen stelt de RGM practitioner oefeningen (choreo-scores) samen, toegespitst op een doelgroep en op muziek die voor deze doelgroep geschikt is. Terwijl men de beweging uitvoert die hoort bij een specifiek symbool, spreekt men ook de naam van dit symbool uit. Hierdoor worden de verschillende hersengebieden tegelijkertijd geactiveerd. Het klinkt mogelijk nogal ingewikkeld, maar de oefeningen worden geleidelijk opgebouwd in de loop der tijd en aangepast aan het niveau van de groep (of de individuele persoon). RGM kan aan (bijna) alle niveaus worden aangepast, van zeer eenvoudige tot bijzonder ingewikkelde oefeningen, afhankelijk van wat de doelgroep aan kan. Ook wordt de muziek (zo goed mogelijk) aangepast aan de smaak van de deelnemers en wordt er een tempo (BPM) gekozen dat geschikt is voor de doelgroep.

Omdat er tijdens de oefeningen symbolen worden gelezen (visuele cortex) en vertaald naar een beweging (prefrontale cortex en beide temporaalkwabben), bewegingen worden afgewisseld (motorische cortex, links en rechts), tegelijkertijd woorden worden uitgesproken (taal/ spraakcentra in de linker hemisfeer) en wordt geluisterd naar- en afgestemd op – muziek (o.a. auditieve cortex, limbische systeem en cerebellum) worden er veel verschillende hersengebieden tegelijk geactiveerd. Dit zorgt voor aanleg van nieuwe en versterking van bestaande neurale netwerken en voor meer/ betere verbindingen in het corpus callosum (hersenbalk).

Immers ‘neurons that fire together, wire together’; neuronen die tegelijkertijd betrouwen zijn bij een activiteit krijgen een krachtiger verbinding.

Hoe is het georganiseerd?

Afhankelijk van de draagkracht van de client, groepstherapieën zijn vast onderdeel van de planning voor de fysiotherapie

Welke disciplines zijn betrokken?

fysio

Wat zijn de ervaringen? Voor- en nadelen?

Groepen relevant in van elkaar leren en lotgenoten contact en afwisseling in leervormen.

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

Astrid Bouma, a.bouma@interzorg.nl

Heymanscentrum

Welke groepsbehandelingen? Voor welke doelgroep? (alleen neurorevalidatie of GRZ breed?)

Hoe is het georganiseerd?

FTG (Functionele TrainingsGroep).

(Daarnaast zijn er schrijf- en loopgroepen mogelijk, maar vaak te weinig deelnemers om dit te kunnen laten doorgaan)

De groepen waren wekelijks. Maar door veranderde cliëntpopulatie is de frequentie afgenomen naar ongeveer maandelijks. In het geval van FTG worden dinsdag de boodschappen gehaald (incl. voorbereiding zo’n 2 uur) en wordt er donderdag gekookt (incl. voor- en nawerk zo’n 3 uur). Er zijn verschillende redenen om mee te doen aan FTG (cognitie, belasting/belastbaarheid, opbouw conditie/mobiliteit), deelname wordt in het MDO besproken.

Welke disciplines zijn betrokken?

Ergotherapie en incidenteel fysiotherapie en/of logopedie.

Wat zijn de ervaringen? Voor- en nadelen?

Groepsdeelname is tijdsintensief. Het voordeel is dat cliënten van elkaar kunnen leren of elkaar kunnen aanmoedigen.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Marelien Oudman me.oudman@dignis.nl

Veenkade

Welke groepsbehandelingen? Voor welke doelgroep? (alleen neurorevalidatie of GRZ breed?)

- CT-groep (cognitieve trainingsgroep), 1x per week met alle neurorevalidanten, afhankelijk van de samenstelling van de groep of het in 1 of in 2 groepen gegeven wordt
Georganiseerd door Logopediste en Ergotherapeut, psycholoog kan aanschuiven
- Valpreventie (voor meerdere doelgroepen)
Georganiseerd door ergotherapeut en fysiotherapeut
- Interdisciplinaire ochtendtherapie
Logopediste en ergotherapeut in de huiskamer bij het ontbijt

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

Yvonne Hoekstra, projectteamlid Verbeteren Revalidatiezorg, y.hoekstra@zgmeander.nl

Maartenshof

Welke groepsbehandelingen? Voor welke doelgroep?

Op de Neuro-Revalidatie; toewerken naar meer GRZ-breed; in de groepen worden soms al andere doelgroepen meegenomen, oa ortho-clieënten (indien zij op de neuro-afdeling liggen) en parkinsonclieënten (RGM en cardio)

- Looptraining (FT; 6x p/w),
- Brugtraining (FT; 5x p/w),
- RGM (FT; 1x p/w),
- Traptraining (FT; 3x p/w),
- AHF-G (functiegroep met ET/FT, functionele groep met ET/AT; 3x p/w),
- Huiskamertherapie (pilot; ET/FT/log/zorg/voedingsassistente; 5x p/w),
- Circuittraining (FT; A- en B-groep; 2x p/w),
- Valpreventie-/Anti-valtraining (FT/ET; 2x p/w),
- Vaardigheidstraining (ET, 2x p/w),
- AT-groep (1x p/w),
- cardiotraining (2x p/w),
- Cognitieve Dagstart (psych/AT/ET; 5x p/w; pilot neigt nu wel naar individuele blokjes ipv in een groep)

Hoe is het georganiseerd

Er zijn protocollen geschreven mbt inclusie en exclusie, welke we overigens nog wel moeten actualiseren en finetunen (inmiddels 6 maanden bezig).

In principe eerst iedereen eerste twee weken voor het MDO aan individueel onderzoekend behandelen. Nadien op MDO afstemmen en bespreken welke groepen mogelijk zijn en welke prioriteit hebben (ook gekoppeld aan belastbaarheid). Indien eerder gestart kan worden kan dit ook. Indien individuele therapie wenselijk is/meer maatwerk biedt, dan wordt er geen of beperkt groepstherapie ingezet. Het is één van de interventies, maar geen doel op zich.

Minnen: Logistiek zijn de groepen soms lastig mbt halen/brengen, in periodes zijn groepen beter/minder goed bezet (dan soms schakelen van één naar twee therapeuten of van twee naar één therapeut; niet altijd even ideaal), voor sommige cliënten zijn de groepen niet/minder geschikt (soms confronterend voor cliënten)

Plussen: Cliënten ervaren steun aan elkaar in de groepen, psycho-educatie vanuit de groep, meer gestructureerde interdisciplinaire samenwerking/interventies, meer structuur in de behandeling, meer afwisseling in de behandeling (leuk voor zowel behandelaren als cliënten), deel van de cliënten krijgt hierdoor meer therapie (terwijl er minder therapie wordt 'geschreven'), meer betaalbare zorg/behandeling

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Martijn Doorn m.doorn@zorggroepgroningen.nl

Twaaflhoven

Welke groepsbehandelingen? Voor welke doelgroep? (alleen neurorevalidatie of GRZ breed?)

Hoe is het georganiseerd?

Beweeggroep iedere maandagochtend ¾ tot een uur

Groepsgymnastiek door bewegingsagoog: voor alle cliënten GRZ breed.

Fysiotherapeuten leveren lijstje aan wie er aan kan deelnemen. Bewegingsagoog informeert daarnaast ook nog of er meer mensen zijn die willen deelnemen.

Kookgroep iedere dinsdagochtend

Bij kookgroep leveren wij cliënten aan die bv als doel hebben thuis zelfstandig te gaan koken of inzichtelijk krijgen van volgorde handelen etc. Voor alle cliënten GRZ breed (dus niet specifiek voor neuro).

Er wordt van tevoren aangegeven welke cliënten hiervoor benaderd worden.

Welke disciplines zijn betrokken?

Bij de beweeggroep is een bewegingsagoog en iemand van de zorg aanwezig.

Bij de kookgroep de voedingsassistent, iemand van de zorg en in principe een ergotherapeut (maar door gebrek aan ergotherapeuten is dit lang niet altijd haalbaar).

Wat zijn de ervaringen? Voor- en nadelen?

Kookgroep: voor cliënten erg leuk, leerzaam en om inzicht te krijgen in eigen handelen.

Kookgroep kost veel tijd, er kunnen ongeveer 4 cliënten per keer (ivm intensieve

begeleiding). En veel begeleiding nodig (altijd de voedingsassistent met hulp van een vpk/ ergo).

Beweeggroep: efficiënt/ kunnen veel cliënten aan meedoen. 1 begeleider.

Cliënten vinden het leuk om op een andere manier en gezamenlijk te bewegen.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Kookgroep: Annetta Huizenga (VA) a.g.huizenga-zuidema@dehoven.nl

Beweeggroep: Wouter Bloem w.bloem@dehoven.nl

Zonnehuis

Welke groepsbehandelingen? Voor welke doelgroep?

RGM (Ronie Gardiner Methode)

Voor GRZ-CVA is combinatiebehandeling van bewegingstherapie en muziektherapie.

Hoe is het georganiseerd?

- 1x per week van 10:45 tot 11:30 uur

Inclusiecriteria:

- De revalidant heeft een CVA doorgemaakt, waardoor de opname op de GRZ is
- De revalidant heeft verminderde (cognitieve) functies/conditie. Denk o.a. aan concentratievermogen, (werk)geheugen, spraak, woordvindproblemen, uitvoeren van dubbeltaken, lichaamsbalans, (knijp)kracht, energieniveau, stemming
- De revalidant kan in enige mate bewegingen uitvoeren/inspanning aan en muziek horen
- De revalidant heeft een bepaalde mate van belastbaarheid om naar een andere ruimte/gebouw te komen.
- De revalidant heeft enige affiniteit met muziek en bewegen en is gemotiveerd om te oefenen.
- De revalidant kan zijn aandacht voldoende richten tijdens het uitvoeren van een activiteit
- Er is een verwijzing van Specialist Ouderengeneeskunde, Verpleegkundig Specialist of fysiotherapeut
- Er kunnen maximaal 5 revalidanten tegelijk deelnemen aan de groep

Exclusiecriteria:

- De revalidant heeft een dermate gehoorprobleem dat hij/zij de muziek niet kan horen
- De revalidant vertoont gedrag, dat storend is voor mede-revalidanten
- De revalidant heeft dermate beperkt inzicht, dat hij/ zij niet inziet wat het doel is van de RGM
- De revalidant kan de te grote hoeveelheid (positief) prikkelende omgeving niet handelen

Welke disciplines zijn betrokken?

Muziektherapie en bewegingstherapie

Wat zijn de ervaringen? Voor- en nadelen?

De revalidanten ervaren over het algemeen dat het een prettige manier is om én te bewegen én hersengymnastiek te doen. Een nadeel kan zijn dat de muziek nog te veel prikkels geeft waardoor het erg vermoeiend is. Het is aan de muziektherapeut om dit goed in te schatten tijdens de RGM en zo de muziek aan te passen naar vermogen van de revalidanten in de groep.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Amieke de Jong, bewegingstherapeut : a.d.jong@zonnehuisgroepnoord.nl

Simone Zwart, muziektherapeut : s.zwart@zonnehuisgroepnoord.nl

Gymnastiekgroep/bewegingstherapie**Doelgroep:**

GRZ breed

Hoe is het georganiseerd?

- 1x per week op vrijdag van 11.00 -11.45 uur
Op donderdag geeft de fysiotherapie door welke revalidanten er bij de gymgroep op vrijdag worden uitgenodigd, de fysiotherapie informeert de revalidanten.

Inclusiecriteria

- De revalidant is voldoende belastbaar
- De revalidant heeft verminderde (cognitieve) functies/conditie. Denk o.a. aan concentratievermogen, (werk)geheugen, spraak, woordvindproblemen, uitvoeren van dubbeltaken, lichaamsbalans, (knijp)kracht, energieniveau, stemming
- De revalidant beleeft plezier aan het bewegen in een groep
- De revalidant kan zijn aandacht voldoende richten tijdens het uitvoeren van een activiteit
- Er is een verwijzing van Specialist Ouderengeneeskunde, Verpleegkundig Specialist of fysiotherapeut
- Er kunnen maximaal 7 revalidanten tegelijk deelnemen aan de groep

Exclusiecriteria:

- Nieuwe opnames kunnen niet gelijk in de groep omdat de fysiotherapie de revalidant nog moet screenen
- Als de revalidant een nieuwe heup heeft zal diegene eerst bij de fysiotherapie moeten oefenen, dit heeft prioriteit.
- De revalidant kan de te grote hoeveelheid (positief) prikkelende omgeving niet handelen
- De revalidant vertoont gedrag, dat storend is voor mede-revalidanten

Welke disciplines zijn betrokken?

Bewegingstherapie (en de fysiotherapie die de revalidanten inplannen)

Wat zijn de ervaringen, voor –en nadelen?

Revalidanten ervaren het als zeer prettig om in een groep te bewegen, dit brengt gezelligheid met zich mee, ze stimuleren elkaar, leren elkaar bij de naam noemen.

De revalidanten zijn lotgenoten, er is ruimte om hun verhaal te kunnen doen, dit verbindt.

Bij de bewegingstherapie gaan we het totale lichaam bewegen, vooral ook het niet aangedane deel.

Nadeel kan soms zijn dat revalidanten te enthousiast worden en over hun eigen grenzen heen gaan.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Trea van der Schaaf, bewegingstherapeut : t.vd.schaaf@zonnehuisgroepnoord.nl

Ontbijtgroep

Is GRZ breed en wordt samen met logopedie, ergotherapie en fysiotherapie georganiseerd.

Hoe is het georganiseerd?

3x per week van 8.30-9.15 uur.

Inclusiecriteria:

- Revalidant gaat na ontslag grotendeels zelfstandig wonen in bijvoorbeeld een aanleunwoning of volledig zelfstandig
- Revalidant heeft door de reden van opname beperkingen in het uitvoeren van een ADL act. zoals zelfstandig een ontbijt klaar maken
- De revalidant is leerbaar voor het zich eigen maken van nieuwe handelingen
- De revalidant kan zijn aandacht voldoende richten tijdens het uitvoeren van een activiteit

Exclusiecriteria:

- De revalidant vertoont gedrag, dat storend is voor mede-revalidanten
- De revalidant heeft dermate beperkt inzicht, dat hij/ zij niet inziet wat het doel is van de ontbijtgroep
- De revalidant gaat na ontslag naar een afdeling waar hij volledig zorg krijgt

Welke disciplines zijn betrokken?

Ergotherapie, fysiotherapie en logopedie.

Wat zijn de ervaringen? Voor- en nadelen?

De ervaringen zijn over het algemeen positief. Er is een evaluatie geweest waaruit een aantal verbeterpunten zijn gekomen, zoals logopedie meer betrekken, communicatie met zorg en aanwezigheid van materialen; brood e.d.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Saskia de Jong sa.d.jong@zonnehuisgroepnoord.nl , Eline Stienstra
e.stienstra@zonnehuisgroepnoord.nl en Rian Wagenaar
r.wagenaar@zonnehuisgroepnoord.nl

Weekendtherapie

Anholt

Waarom behandelen in het weekend?

Continuïteit in behandelingen, op vrijdagen vaak opnames, zodoende krijgen ze ook therapie de eerste 2 dagen na opname.

Welke doelgroep? Alleen CVA of GRZ breed?

Beide

Hoe is het georganiseerd? (welke dag, welke disciplines, criteria welke pt wel/niet)

Beide weekenddagen, door de fysiotherapie

Wat zijn de ervaringen?

Positief, anders bij opname op vrijdag pas na 2 dagen therapie, dit zou geen recht doen aan de revalidatieverwachtingen van de cliënt.

Weekend dag als standaard therapie dag wordt als minder wenselijk gezien. Dit omdat bezetting behandelaars moeilijk is en het in het geheel geen winst in behandelminuten oplevert. Het gaat om 'in plaats van ' en niet als extra.

Knelpunten?

Bezetting/ planning van de behandelaars, moeilijk om de roosters 7 dagen rond te krijgen en gemaakte uren te compenseren. Meerdere behandelaars werken op verschillende locaties of hebben meerdere banen waardoor er niet geschoven kan worden. Mensen met grote contracten moeten bij weekenddienst en geen mogelijkheid tot vervanging bij compensatie-uren in zelfde week, te veel dagen / uren achter elkaar werken.

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

Astrid Bouma, a.bouma@interzorg.nl

Heymanscentrum

Waarom behandelen in het weekend?

Vanuit de verzekering wordt dit gevraagd.

Welke doelgroep? Alleen CVA of GRZ breed?

De zaterdagtherapie is bedoeld voor CVA-cliënten, tenzij er spoedvragen zijn bij andere GRZ-cliënten (valrisico, decubitisrisico, etc.).

Hoe is het georganiseerd? (welke dag, welke disciplines, criteria welke pt wel/niet)

Zaterdagochtend, meestal van 10-12. Fysio en ergo wisselen elkaar af. Er is een beslisboom (inclusie/exclusiecriteria) gemaakt om te bepalen wie wel of niet in aanmerking komt voor therapie.

Wat zijn de ervaringen?

In de praktijk blijken cliënten vermoeid te zijn van de week, waardoor de meerwaarde van zaterdagtherapie te betwifelen valt. Sporadisch zijn er cliënten die erg enthousiast zijn over dit weekendaanbod, vaak zijn het cliënten die buiten de inclusiecriteria vallen.

Knelpunten?

Te weinig cliënten om de therapie te kunnen laten doorgaan.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Marelien Oudman me.oudman@dignis.nl

Maartenshof

Waarom behandelen in het weekend?

Evidence Based-meerwaarde bij neuro-cliënten, betere verdeling van de belasting van therapieën over de week met een extra dag; hierdoor effectiever; geen reden voor het Expertiseteam, wel vanuit de ZGG (verzekeraar eist het ook); alleen op de zaterdag

Welke doelgroep?

CVA-zorg, overigens ook de andere GRZ-zorg (wel met een aantal andere redenen)

Hoe is het georganiseerd?

2 FT, 1AT/ET, 1LOGO, 1 SOG; soms een weekend diëtik

Wat zijn de ervaringen?

Agenda van de client is leidend; fijn voor cliënten en collega's van de zorg (revalidatieklimaat meer zichtbaar in het weekend); in eerste instantie weerstand, uiteindelijk loopt het nu, wel lastiger voor mn de kleinere disciplines wat betreft bezetting

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Martijn Doorn m.doorn@zorggroepgroningen.nl

Veenkade

Waarom behandelen in het weekend?

Wij willen in de nabije toekomst graag behandelen in het weekend. Met name zodat opnames in het weekend (zaterdag) en eventueel later ook op Feestdagen gerealiseerd kunnen worden.

Ook kunnen we hiermee voldoen aan beter/sneller sturen op ontslag naar huis voor die revalidanten die dit aankunnen.

Welke doelgroep? Alleen CVA of GRZ breed?

Niet alleen CVA maar zeker ook voor de doelgroepen ortho/trauma en overig. Bekeken moet worden of dit ook van meerwaarde blijkt voor de doelgroep dubbelzorg.

Hoe is het georganiseerd? (welke dag, welke disciplines, criteria welke pt wel/niet)

We willen dit op zaterdag realiseren, zal met name in eerste instantie voor fysiotherapie gelden maar zo nodig/gewenst uitgebreid kunnen worden met andere disciplines. Het moet een echte meerwaarde hebben voor de revalidanten. We hebben nl ook oefenstations zodat revalidanten ook in de avonden en in de weekenden zelfstandig, met mederevalidanten en/ of met hun familie kunnen oefenen.

Wat zijn de ervaringen?

Nog geen ervaring

Bij wie kan informatie ingewonnen worden?

Gerda Hempen, teammanager of bij Yvonne Hoekstra, projectteamlid Verbeteren Revalidatiezorg

g.hempen@zgmeander.nl

y.hoekstra@zgmeander.nl

Therapierooster

Anholt

Hoe is het georganiseerd? (wie maakt het rooster, wie is verantwoordelijk, waar is het rooster te vinden? Staat het in het EPD? Hoe krijgt de cliënt het te zien? Wekelijks nieuw rooster?)

Elke discipline maakt planning en overlegt met andere discipline voor de afstemming. Wekelijks een rooster gemaakt op basis van de behandelbehoefte en belastbaarheid van de client.

Rooster staat niet in het EPD, iedere cliënt krijgt zijn eigen weekplanning op papier in het eigen postvakje op de afdeling.

Wat zijn de ervaringen?

Inhoudelijke clientkennis werkt efficiënt, welke cliënten kunnen evt samen een therapie volgen, hoe belastbaar is iemand. Welke cliënten kunnen in frequentie minderen etc. Bij

hoge bedbezetting moet er afgewogen worden wie minderen kan in frequentie en wie niet, daarvoor is inhoudelijke kennis nodig. Zelf grip is prettig, er is makkelijk te schakelen onderling / multidisciplinair en geen tijd kwijt achteraf voor correcties etc.

Wat zijn de knelpunten?

Roosteren geeft indirecte clienturen, is arbeidsintensief.

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

Astrid Bouma, a.bouma@interzorg.nl

Eemsdelta

Hoe is het georganiseerd? (wie maakt het rooster, wie is verantwoordelijk, waar is het rooster te vinden? Staat het in het EPD? Hoe krijgt de cliënt het te zien? Wekelijks nieuw rooster?)

Op dit moment wordt per revalidant bekeken of een vast rooster gewenst is. De meerderheid op de neurologie heeft wel een redelijk vaste planning. Doorgaans maakt de fysiotherapie de planning en stemt af met andere disciplines. Het komt in het ECD te staan en de revalidant krijgt het op papier op de kamer. De vorm van de agenda kan wisselen en ligt aan wat er nodig is (alleen afspraken met disciplines, een weekprogramma met ADL-tijden, therapieën, rusttijden, etc., lettergrootte aanpassingen). Het wordt aangepast wanneer nodig. Dit kan wekelijks zijn, maar ook 2- of 3-wekelijks.

Wat zijn de ervaringen?

Het geeft duidelijkheid en structuur voor de revalidanten. Zorg kan planning beter afstemmen op de therapieën van de revalidant. Je waarborgt beter de benodigde rustmomenten voor de revalidant.

Wat zijn de knelpunten?

Wanneer iedereen een vast rooster heeft qua planning kost het je veel tijd om het steeds te moeten aanpassen bij vorderingen in het revalidatietraject. Wanneer door omstandigheden op de afd een revalidant niet beschikbaar is op dat tijdstip loop je bij vast schema onmiddellijk vast de rest van de dag. Nu kunnen we daar nog wel flexibel mee schuiven.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Anne-Marie Schnieders m.c.schnieders@revalidatiecentrumeemsdelta.nl

Veenkade

Hoe is het georganiseerd?

Rooster van de cliënt is zichtbaar in het ECD.

Daarnaast hebben de meeste neuro-revalidanten een Luna. Deze staat op de kamer van de cliënt en is verbonden met het ECD. OP het moment dat de afspraken in het ECD in de cliëntagenda gezet worden komt deze automatisch zichtbaar op de Luna.

Wat zijn de ervaringen?

Het is heel overzichtelijk voor de cliënt en het geeft de mogelijkheid om ook de rusttijden en bijvoorbeeld bezoek er in te zetten. Dit geeft overzicht en dagstructuur voor de cliënt.

Wat zijn de knelpunten?

Disciplines zetten zelf de afspraken in het ECD, mogen hier dus niet van afwijken als dat een nodig is.

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

Yvonne Hoekstra, projectteamlid Verbeteren Revalidatiezorg, y.hoekstra@zgmeander.nl

Heymanscentrum**Hoe is het georganiseerd? (wie maakt het rooster, wie is verantwoordelijk, waar is het rooster te vinden? Staat het in het EPD? Hoe krijgt de cliënt het te zien? Wekelijks nieuw rooster?)**

Elke therapeut plant de eigen therapiemomenten, houdt hierbij rekening met reeds geplande afspraken in agenda van cliënt. Bij laagbelastbare cliënten worden de therapiemomenten bijvoorbeeld verdeeld over de dag.

Wat zijn de ervaringen?

Dit zelf plannen bevalt goed. Het geeft ruimte om het rooster op de cliënt aan te passen.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Marelien Oudman me.oudman@dignis.nl

Maartenshof**Hoe is het georganiseerd?**

In ONS (EPD), uitgeprint iedere zondag door de zorg (hangt op kamer cliënt), digitaal zichtbaar voor cliënten en naasten (indien aangemeld voor 'Caren Zorgt'); behandelingen plannen in

Wat zijn de ervaringen?

Soms dubbele boekingen en 'vergeten rustmomenten'; kijken naar optie plansysteem, maar dat is én een investering én gevoel van kwijtraken eigen regie vanuit meerdere collega's (voor de grotere vakgroepen en voor cliënten (hun agenda wordt leidend en niet die van de behandelingen) lijkt het positief effect te hebben, hoewel de meningen daar ook verdeeld over zijn)

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Martijn Doorn m.doorn@zorggroepgroningen.nl

Zonnehuis**Hoe is het georganiseerd?**

Het rooster wordt door de disciplines zelf ingevuld en moet op vrijdag ingevuld zijn. Op maandag wordt het rooster door de zorg uitgeprint en gegeven aan cliënt. Het rooster staat in het EPD.

Wat zijn de ervaringen?

Opmerking: Het loopt niet goed, agenda wordt niet altijd goed gevuld.

Het wordt door de disciplines wisselend ingevuld en het uitprinten en geven aan cliënten wordt matig gedaan.

Wat zijn de knelpunten?

- Cliënten weten door bovenstaande niet van afspraken en zijn soms weg, er is bezoek of een andere therapeut neemt een cliënt mee voor behandeling.
- Door het slecht afstemmen van de planning op een dag, kan een cliënt te moe zijn voor therapie.

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

- Bij alle betrokkenen (zoco's en disciplines)

Informatiemap

Anholt

Hoe wordt het gebruikt? Welke discipline(s) is/zijn verantwoordelijk?

Wordt niet meer vanuit het ziekenhuis meegenomen naar Anholt en momenteel niet meer aangemaakt in het ziekenhuis. Nu in bespreekfase.

Wat zijn de ervaringen?

Wisselend, wordt niet door iedereen gebruikt. Voor keten breed overzicht en voor de nazorgverpleegkundigen (bij bezoek aan client na ontslag) wel een handig middel met welkome informatie.

Nu bezinning hoe we het willen organiseren, wat is wenselijk.

Wat zijn de knelpunten?

Wordt het gebruikt, wie heeft er baat bij, hoe een map bij te houden, is technologische ondersteuning niet beter en actueler te houden?

Bij wie kan informatie gevraagd worden?

Astrid Bouma, a.bouma@interzorg.nl

Maartenshof

Hoe wordt het gebruikt? Welke discipline(s) is/zijn verantwoordelijk?

Wordt niet of te weinig gebruikt

Wat zijn de ervaringen?

Insteek is positief, maar ziet niet in onze manier van werken verwerkt

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Martijn Doorn m.doorn@zorggroepgroningen.nl

Zonnehuis**Hoe wordt het gebruikt? Welke discipline(s) is/zijn verantwoordelijk?**

Door ons (logo's) wordt dit nog niet gebruikt

Wat zijn de ervaringen?

Geen

Wat zijn de knelpunten?

Informatie in de map is niet afasievriendelijk

Bij wie kan hierover informatie ingewonnen worden?

Saskia de Jong sa.d.jong@zonnehuisgroepnoord.nl