

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING



Handleiding klinisch-ambulante geriatrische revalidatie

Verkorte klinische revalidatie
gevolgd door ambulante revalidatie

Versie: 18-03-2026

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Samenwerkingspartners

Projectleiding en uitvoering

Universiteit Maastricht / AWO-L

Leiden Universitair Medisch Centrum / UNC-ZH

Amsterdam Universitair Medisch Centrum / UNO Amsterdam

Zorgorganisaties

Laurens • MeanderGroep Zuid-Limburg • Omring
Pieter van Foreest • Sevagram • Vitala+ • Vivium
De Zorgcirkel

Zorgverzekeraars

CZ • VGZ • Zilveren Kruis

Overige partners

ActiZ • Burgerkracht Limburg • Ouderenpanel Amsterdam
UMC • Ouderenberaad Zorg en Welzijn Regio Zuid-Holland
Noord • Verenso

Subsidie

ZonMw, Beter Thuis

projectnummer 10020032210004



SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

 INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

 STROOMSCHEMA

Colofon

Projectleiding

Jolanda van Haastregt
Leonoor van Dam van Isselt
Margriet Pol

Onderzoekers

Chris Gamble
Marisa Vaz
Wim Groen
Margot de Waal
Suzanne Debeij

Eindredactie

Jolanda van Haastregt
Margriet Pol

Vormgeving en opmaak

BURO BONNÉ

Contact

Heeft u vragen of opmerkingen over deze handleiding of het programma 'Thuis als het Kan', neem dan contact op met Jolanda van Haastregt: j.vanhaastregt@maastrichtuniversity.nl

Copyright

© 2026 | Maastricht University

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Deze handleiding is uitsluitend bestemd voor gebruik door zorgprofessionals betrokken bij klinisch-ambulante geriatrie revalidatie. Gebruik van de inhoud voor niet zorggerelateerde doeleinden, waaronder commerciële toepassingen, publicatie, is niet toegestaan zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van de rechthebbenden.

Aan de inhoud van dit document kunnen geen rechten worden ontleend. Hoewel dit document met de grootst mogelijke zorg is samengesteld, aanvaarden wij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden of onvolledigheden, noch voor enige schade die voortvloeit uit het gebruik van deze handleiding.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Leeswijzer

In deze handleiding wordt geriatrische revalidatie afgekort als GR.

De handleiding is opgebouwd uit zeven modules en een stroomschema (twee varianten) waarin het programma 'Thuis als het Kan' wordt samengevat.

- 1 Waarom klinisch-ambulante GR?
- 2 Kernelementen programma 'Thuis als het Kan'
- 3 Voorbereiding implementatie
- 4 Uitvoering verkorte klinische GR
- 5 Uitvoering ambulante GR
- 6 Evaluatie en borging
- 7 Regelgeving en bekostiging ambulante GR
- # Bijlage 1: Stroomschema programma 'Thuis als het Kan'

De doelgroepen van deze handleiding zijn:

- **ZORGPROFESSIONALS** in de multidisciplinaire teams in de GR (d.w.z. specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, physician assistants, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, verzorgenden, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkenden, etc.).
- **TREKKERS** binnen zorgorganisatieën die het initiatief willen nemen om te starten met klinisch-ambulante GR of het verder willen opschalen.

Afhankelijk van je informatiebehoefte kun je zelf een keuze maken welke van de modules je wilt lezen.

Wij adviseren trekkers die het initiatief willen nemen om klinisch-ambulante GR te implementeren of uit te breiden, alle modules plus het stroomschema door te nemen. Zorgprofessionals uit de multidisciplinaire teams kunnen zich primair richten op module 2, 4 en 5 plus het stroomschema.

Deze handleiding is **gericht op ambulante GR na verkorte klinische GR** (het programma 'Thuis als het Kan') en dus niet op direct ambulante trajecten zonder klinische opname. De reden hiervan is dat met direct ambulante GR nog onvoldoende ervaring is opgedaan. Zorgorganisaties die aan de slag willen met direct ambulant kunnen echter ook baat hebben bij deze handleiding, omdat veel van de onderwerpen die aan bod komen in het programma 'Thuis als het Kan' ook voor direct ambulante GR relevant zijn.

Inhoudsopgave

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Samenwerkingspartners	2	Kernelement 2	
Colofon	3	Werk met participatiedoelen gedurende het hele traject	14
Leeswijzer	4	Wat houdt dit kernelement in?	14
		Wat is de meerwaarde van dit kernelement?	15
		Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?	15
1 Waarom klinisch-ambulante geriatrische revalidatie?	7	Kernelement 3	
1.1 Waarom kan klinisch-ambulante GR bijdragen aan passende revalidatiezorg?	7	Gebruik eHealth ter ondersteuning van de revalidatie	16
1.2 Wat zijn de resultaten van het programma 'Thuis als het Kan'?	8	Wat houdt dit kernelement in?	16
1.3 Invoeren en uitbreiden van klinisch-ambulante geriatrische revalidatie	9	Wat is de meerwaarde van dit kernelement?	17
		Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?	17
2 Kernelementen 'Thuis als het Kan'	11	Kernelement 4	
Kernelement 1		Focus op het versterken van zelfmanagement van de revalidant	19
Vervang deel klinische GR door ambulante GR	11	Wat houdt dit kernelement in?	19
Wat houdt dit kernelement in?	11	Wat is de meerwaarde van dit kernelement?	20
Wat is de meerwaarde van dit kernelement?	11	Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?	20
Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?	12	Kernelement 5	
		Zorg voor goede samenwerking met alle zorgpartners	22
		Wat houdt dit kernelement in?	22
		Wat is de meerwaarde van dit kernelement?	23
		Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?	23

1	WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
2	KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
1	VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
2	PARTICIPATIEDOELEN
3	INZETTEN eHEALTH
4	VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
5	SAMENWERKING ZORGPARTNERS
3	VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
4	UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
5	UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
6	EVALUATIE EN BORGING
7	REGELGEVING EN BEKOSTIGING

3	Voorbereiding implementatie	26	4	Uitvoering verkorte klinische GR	31
a	Opstarten	26		Vóór het eerste MDO	31
	Commitment creëren	26		Tijdens eerste MDO	31
	Projectgroep samenstellen	26		Tijdens klinische GR	32
	Huidige ambulante GR in kaart brengen	27		Vóór afronding klinische GR	33
	Beoogde werkwijze beschrijven	27			
b	Doelgroep en doelen bepalen	27	5	Uitvoering ambulante GR	34
	Doelgroep selecteren voor ambulante GR	28		Bij start ambulante GR	34
	Doelen formuleren	28		Tijdens ambulante GR	34
				Vóór afronding ambulante GR	35
c	Analyse van beïnvloedende factoren	29	6	Evaluatie en borging	36
	Mogelijke belemmerende factoren	29		Evaluatie	36
	Mogelijke bevorderende factoren	29		Borging	36
	Houding van zorgprofessionals	29			
d	Veranderstrategieën kiezen	29	7	Regelgeving en bekostiging ambulante GR	37
	Vergroten van kennis en vaardigheden	29		Zorg dat je actuele informatie gebruikt!	37
	Inspelen op belemmerende en bevorderende factoren	30		Stem goed af met de zorgverzekeraar	37
	Monitoring en evaluatie (zie ook 6. Evaluatie en borging)	30		Waar vind ik actuele informatie?	37
	Randvoorwaarden realiseren	30		Regelgeving en bekostiging ambulante GR per 1 januari 2026	38
	Visie en creativiteit	30		Programma 'Thuis als het Kan'	38
e	Planning maken	30	#	Bijlage I: Stroomschema klinisch-ambulante GR	40
				stroomschema variant 1	41
				stroomschema variant 2	42

1

Waarom klinisch-ambulante geriatrische revalidatie?

Deze Handleiding klinisch-ambulante geriatrische revalidatie (GR) is gebaseerd op het onderzoeksproject ‘Thuis als het Kan’ uitgevoerd van september 2023 t/m januari 2026. In dit project is door drie universiteiten en acht zorgorganisaties verspreid over het land, een gezamenlijke werkwijze ontwikkeld en uitgetest. Daarbij is onderzocht hoe een deel van de klinische GR kan worden vervangen door ambulante GR, waarbij de revalidatie vanuit huis plaatsvindt.

Het vervangen van een deel van de klinische GR door ambulante GR, sluit goed aan bij de principes van passende zorg. Passende zorg - zoals beschreven door het Zorginstituut Nederland - is een belangrijk uitgangspunt bij het toekomstbestendig maken van de Nederlandse gezondheidszorg. Bij passende zorg wordt de behandeling, verzorging en begeleiding, waar mogelijk, dicht bij de zorgvrager georganiseerd, bijvoorbeeld thuis, met digitale zorg als ondersteuning. Daarbij is zowel aandacht voor de aandoening van de zorgvrager als voor het versterken van zelfmanagement en het kijken naar wat iemand wél kan. De zorg wordt uitgevoerd tegen een redelijke prijs, is effectief en zorgvragers en behandelaars beslissen samen wat de beste passende behandeling is.

Klinisch-ambulante GR voldoet aan alle principes van passende zorg en is daarom een interessante aanvullende behandelmogelijkheid binnen de GR.

1.1

Waarom kan klinisch-ambulante GR bijdragen aan passende revalidatiezorg?

Er zijn verschillende redenen waarom klinisch-ambulante GR een bijdrage kan leveren aan passende revalidatiezorg:

- Een belangrijk onderdeel van klinisch-ambulante GR is het vergroten van zelfmanagement van revalidanten in de thuissituatie. Het versterken van het zelfmanagement, wordt gezien als een belangrijk onderdeel van passende revalidatiezorg. Thuisrevalidatie zorgt voor een natuurlijk therapeutisch klimaat, waarin revalidanten samen met hun naasten en met ondersteuning van hun behandelaren, leren omgaan met de belemmeringen in het dagelijks leven. Hierbij wordt samen met de zorgprofessionals gezocht naar praktische oplossingen en wordt gefocust op wat de revalidant wel kan. Hierdoor verloopt de overgang van zorgorganisatie naar huis soepeler en kunnen tijdig oplossingen gezocht worden voor knelpunten/uitdagingen waar de revalidant thuis mee te maken krijgt. Dit draagt naar verwachting bij aan het voorkomen van terugval en het langer zelfstandig thuis wonen.
- Wanneer een deel van de GR thuis plaatsvindt, wordt de doorloopsnelheid in de klinische GR vergroot. Dit betekent dat revalidanten korter in de zorgorganisatie verblijven, waardoor

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN ‘THUIS ALS HET KAN’
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

met hetzelfde aantal GR-bedden meer mensen behandeld kunnen worden. Hierdoor kan beter worden ingespeeld op de verwachte toename van de zorgvraag in de GR door de groei van het aantal ouderen. Hierbij zijn er wel de volgende aandachtspunten:

- Aangeraden wordt om regelmatig te evalueren in hoeverre bij toenemende aantallen ambulante trajecten, de zorg met dezelfde personeelsformatie uitgevoerd kan worden.
- Op grond daarvan kan ingeschat worden in hoeverre uitbreiding in formatie nodig en mogelijk is. Dit zal met name aan de orde zijn als grotere aantallen revalidanten ambulante GR ontvangen en ook alle klinische bedden gevuld blijven.
- Om de druk op het personeel te beperken is het belangrijk de ambulante GR op een zo efficiënt mogelijke manier te organiseren, bijvoorbeeld door een centrale planning van huisbezoekroutes per postcodegebied en het gebruikmaken van zorg op afstand (eHealth).
- De ervaring uit het project 'Thuis als het Kan' leert dat het vervangen van (gemiddeld) vijf dagen klinische GR door ambulante GR, kan worden uitgevoerd tegen een redelijke prijs (iets lagere kosten dan reguliere GR). Wanneer ambulante GR efficiënt wordt ingepland en meer gebruik wordt gemaakt van zorg op afstand (eHealth), is de verwachting dat dit op den duur leidt tot een verdere verlaging van de zorgkosten per revalidant. Ook een verdere verkorting van de klinische GR voorafgaand aan de ambulante GR, kan hieraan bijdragen.

1.2

Wat zijn de resultaten van het programma 'Thuis als het Kan'?

Uit de evaluatie van het programma 'Thuis als het Kan' komt het volgende naar voren. Ambulante GR na verkorte klinische GR:

- Is goed uitvoerbaar, al zijn er nog verbeterpunten (deze zijn zoveel mogelijk doorgevoerd in deze handleiding);
- Is bij afronding behandeling even effectief als volledig klinische GR wat betreft zelfredzaamheid in ADL (activiteiten van het dagelijks leven), gemeten met de Barthel Index;
- Lijkt te leiden tot iets lagere zorgkosten in vergelijking met volledig klinische GR.

Op basis van deze resultaten is geconcludeerd, dat ambulante GR na verkorte klinische GR (het programma 'Thuis als het Kan') een volwaardig alternatief is voor volledig klinische GR en daarmee toegevoegd kan worden aan de behandelmogelijkheden in de GR. Daarnaast heeft het programma de potentie om zich verder door te ontwikkelen. De verwachting is dat vooral verdere uitbreiding van ambulante GR en het toenemend gebruik van zorg op afstand (eHealth), de efficiëntie in de toekomst verder kunnen vergroten. Ook kan een verdere verkorting van de klinische opnameduur voorafgaand aan ambulante GR bijdragen aan een grotere doelmatigheid. Hierbij is een nauwe samenwerking met de thuiszorg essentieel, om vertraging als gevolg van het niet tijdig beschikbaar zijn van thuiszorg, waar mogelijk te voorkomen.

Daarnaast verwachten we dat een sterkere focus op de kernelementen van het programma 'Thuis als het Kan' (zie Module 2) en meer ervaring met de

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

uitvoering, een positieve invloed kunnen hebben op de effecten ervan. We verwachten hierbij dat naast effecten op zelfredzaamheid in basale ADL, mogelijk ook positieve effecten te zien zullen zijn op instrumentele ADL en participatie. Of dit daadwerkelijk het geval is, dient echter nader onderzocht te worden.

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat het opstarten van klinisch-ambulante GR een intensief traject is, dat inzet en motivatie van betrokken zorgprofessionals en managers vraagt. Het vergt veel energie, tijd en geduld om klinisch-ambulante GR in de eigen zorgorganisatie praktisch en efficiënt in te richten en te borgen. De ervaringen in het project 'Thuis als het Kan' laten zien dat het een proces is waar je de tijd voor moet nemen en waarbij je leert met vallen en opstaan.

1.3

Invoeren en uitbreiden van klinisch-ambulante geriatrische revalidatie

Deze handleiding is opgesteld op basis van de ervaringen opgedaan in het project 'Thuis als het Kan'. De handleiding kan worden gebruikt door zorgorganisaties die verkorte klinische GR gevolgd door ambulante GR (het programma 'Thuis als het Kan') willen implementeren of verder willen uitbreiden.

Klinisch-ambulante GR is toepasbaar voor alle doelgroepen binnen de GR. De werkwijze kan worden aangepast aan de lokale context en geïntegreerd worden in bestaande zorgpaden.

Met deze handleiding willen we zorgorganisaties ondersteunen bij het invoeren en uitbreiden van klinisch-ambulante GR.

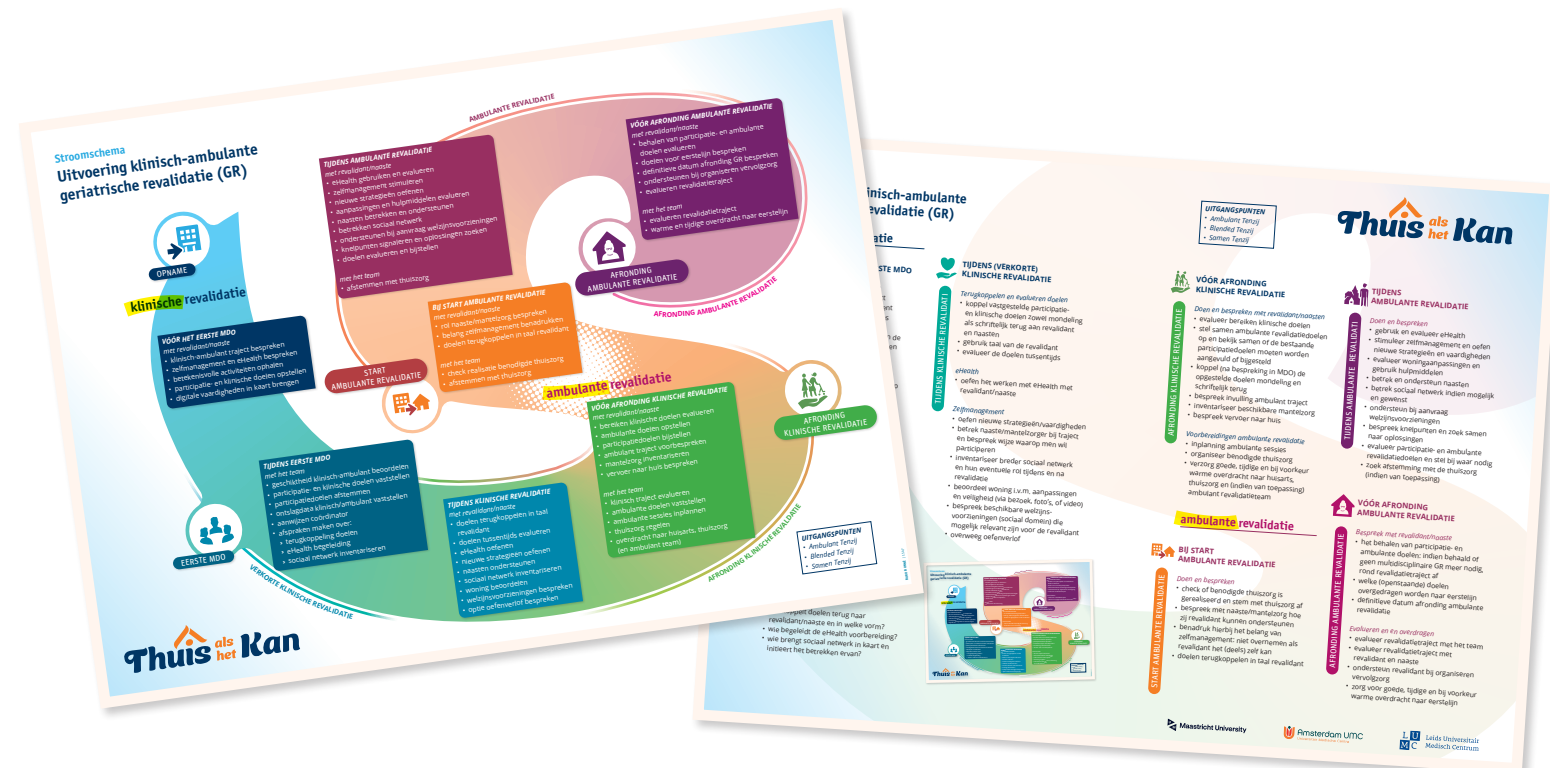
Hierbij komen de volgende onderwerpen aan bod:

- | | |
|-----------------|--|
| Module 2 | Kernelementen programma 'Thuis als het Kan'
Inhoudelijke beschrijving van de 5 kernelementen die van belang zijn tijdens de uitvoering van klinische-ambulante GR. |
| Module 3 | Voorbereiding implementatie
Beschrijving van de voorbereidingen die nodig zijn voor de implementatie of uitbreiding van klinisch-ambulante GR. |
| Module 4 | Uitvoering verkorte klinische GR
Chronologische beschrijving van de verschillende stappen bij de uitvoering van verkorte klinische GR (voorafgaand aan ambulante GR). |
| Module 5 | Uitvoering Ambulante GR
Chronologisch beschrijving van de verschillende stappen bij de uitvoering van ambulante GR (na verkorte klinische GR). |
| Module 6 | Evaluatie en borging
Beschrijving van zaken die van belang zijn bij de evaluatie en borging van klinisch-ambulante GR. |
| Module 7 | Bekostiging Ambulante GR
Hier wordt kort ingegaan op de bekostiging van ambulante GR en aandachtspunten voor de toekomst, aangezien de regelgeving en dus ook de bekostiging kunnen veranderen door de tijd. |

SAMENWERKINGSPARTNERS	
COLOFON	
LEESWIJZER	
≡ INHOUDSOPGAVE	
1	WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
2	KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
1	VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
2	PARTICIPATIEDOELEN
3	INZETTEN eHEALTH
4	VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
5	SAMENWERKING ZORGPARTNERS
3	VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
4	UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
5	UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
6	EVALUATIE EN BORGING
7	REGELGEVING EN BEKOSTIGING
BIJLAGE	
i	STROOMSCHEMA

Ook is er een stroomschema beschikbaar van het programma 'Thuis als het Kan'. Dit beschrijft belangrijkste stappen benoemt bij de uitvoering van klinisch-ambulante GR. Dit stroomschema kan op A3-formaat geprint worden en als reminder worden opgehangen voor de betrokken zorgprofessionals.

Het stroomschema bestaat uit twee varianten. Bij de eerste variant wordt het programma 'Thuis als het Kan' visueel weergegeven met een beknopte puntsgewijze beschrijving van de belangrijkste activiteiten per fase. De tweede variant bestaat uit een iets uitgebreidere samenvatting van het programma, waarbij de belangrijkste activiteiten per fase kort worden toegelicht.



2 Kernelementen 'Thuis als het Kan'

Het programma 'Thuis als het Kan' bestaat uit vijf kernelementen. Deze kernelementen zijn gebaseerd op een combinatie van wetenschappelijke literatuur, ervaringskennis van de betrokken zorgprofessionals en de resultaten van de evaluatie van het programma 'Thuis als het Kan'.

Het betreft de volgende vijf elementen:

- 1 Vervang deel klinische GR door ambulante GR
- 2 Werk met participatiedoelen gedurende het hele traject
- 3 Gebruik eHealth ter ondersteuning van de revalidatie
- 4 Focus op het versterken van zelfmanagement van revalidanten
- 5 Zorg voor goede samenwerking met alle zorgpartners

Per kernelement wordt beschreven wat het inhoudt, wat de meerwaarde is, en hoe het in de praktijk uitgevoerd kan worden. Verspreid over de tekst worden enkele ervaringen uit de praktijk gedeeld.

Kernelement 1

Vervang deel klinische GR door ambulante GR

Wat houdt dit kernelement in?

- Bij klinisch-ambulante GR wordt een deel van de klinische opnameduur vervangen door ambulante GR.
- Het streven is om de klinische opnameduur gemiddeld met minimaal 5 dagen te verkorten (vergeleken met de gemiddelde opnameduur bij volledig klinische GR).

Wat is de meerwaarde van dit kernelement?

- Door het verkorten van de klinische opnameduur, ontstaat (financiële) ruimte om de revalidant ambulant te behandelen. Tijdens ambulante GR kan de revalidant in de eigen thuisomgeving oefenen met het omgaan met belemmeringen als gevolg van de aandoening. Hierbij kunnen nieuwe strategieën en vaardigheden worden aangeleerd en direct in de praktijk worden toegepast. De verwachting is dat dit bijdraagt aan het versterken van het zelfmanagement en de participatie van de revalidant.
- Door het verkorten van de klinische opnameduur komen GR-bedden eerder vrij. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om met hetzelfde aantal bedden meer revalidanten te behandelen beter in te spelen op de toenemende zorgvraag als gevolg van o.a. vergrijzing.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?

2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'

1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT

2 PARTICIPATIEDOELEN

3 INZETTEN eHEALTH

4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT

5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS

3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE

4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE

5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE

6 EVALUATIE EN BORGING

7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Ambulante GR na een verkorte klinische GR lijkt een positieve bijdrage te kunnen leveren aan kostenbesparing in de zorg.

"In het begin was het best even zoeken. Vaak dachten we bijvoorbeeld te laat aan een ambulant traject, bijvoorbeeld pas in het laatste MDO. Maar dan heb je vaak de tijd niet meer om het goed te organiseren. Toen hebben we afgesproken dat we standaard in het eerste MDO bepalen of de revalidant eventueel een ambulant traject kan krijgen. We noteren dat dan in het behandelplan. We kijken dan bijvoorbeeld naar de reistijd. Zo denken we er sneller aan en dat heeft enorm geholpen." **SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE**

Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?

- Zorg dat de visie op het vervangen van een deel van de klinische GR door ambulante GR breed gedragen wordt, zowel door het behandelteam als door het management.
- Ambulante GR bestaat altijd voor het grootste deel uit behandeling in de thuissituatie van de revalidant, zodat in de eigen omgeving aan de participatie- en revalidatiedoelen gewerkt kan worden (zie Kernelement 2). Dit kan fysiek plaatsvinden of op afstand met gebruik van eHealth. Indien gewenst kan de behandeling thuis worden aangevuld met poliklinische behandeling. Het oefenen in de thuissituatie heeft diverse voordelen. Thuis is de plek waar de revalidant uiteindelijk zelfstandig verder gaat. Knelpunten of problemen die thuis worden ervaren, kunnen tijdens de ambulante GR samen met de revalidant en naasten worden besproken en aangepakt.

- Ambulante GR is maatwerk. De duur en intensiteit zijn afhankelijk van de behoeften en mogelijkheden van de revalidant.

Grofweg zijn er twee vormen te onderscheiden:

- *Kort ambulant traject (1 tot 3 weken):*

De revalidant valideert 1 tot 3 weken thuis met gemiddeld zo'n twee sessies per week. Dit is bedoeld om de overgang naar huis te ondersteunen, onzekerheid bij de revalidant weg te nemen en activiteiten thuis te oefenen waarvan men verwacht dat die een uitdaging/knelpunt vormen voor de revalidant. Er wordt gewerkt aan een beperkt aantal ambulante revalidatiedoelen.

"Ik vind het wel echt een meerwaarde om thuis te behandelen. Vooral ook omdat je de patronen van mensen kunt observeren. Dit zijn vaak situaties die je klinisch toch niet echt goed na kunt bootsen. Bijvoorbeeld hoe mensen in een krappe toiletruimte kunnen manoeuvreren." **FYSIOTHERAPEUT**

- *Lang ambulant traject (4 tot 6 weken):*

De revalidant valideert 4 tot 6 weken thuis met gemiddeld zo'n twee sessies per week. Er wordt gewerkt aan diverse ambulante revalidatiedoelen. Dit is enerzijds bedoeld voor revalidanten die slechts een relatief korte klinische opname nodig hebben en goed in staat zijn thuis verder te revalideren maar hierbij wel multidisciplinaire GR nodig hebben. Anderzijds is het bedoeld voor revalidanten met (zeer) complexe problematiek, waarbij verwacht wordt dat de transfer naar huis de nodige uitdagingen op zal leveren en er een aanzienlijk risico op terugval is.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Door deze groep langer thuis te laten revalideren kan mogelijk de kans op terugval verminderd worden. Waar nodig kan de ambulante revalidatie na 6 weken nog worden voortgezet als er nog openstaande ambulante revalidatiedoelen zijn die een multidisciplinaire aanpak vanuit de geriatrische revalidatie vereisen.

- De mate waarin de klinische GR duur verkort wordt, dient samen te hangen met de beoogde duur van de ambulante GR. Indien langere ambulante GR gepland is, dan is het belangrijk om de klinische opnameduur evenredig te verkorten (bijv. 10 i.p.v. 5 dagen).

"Je bent in je eigen omgeving. Dan kun je sneller dingen oppakken en dan moet je wel. Kan je weer ritmes oppakken." REVALIDANT

- Besteed aandacht aan verwachttingsmanagement bij revalidanten en naasten. Bespreek bij opname met de revalidant en naaste(n) dat de revalidatie bestaat uit een klinisch én ambulante deel. Stem dit ook af met de verwijzende zorgpartners zoals transferconsulenten in het ziekenhuis, zodat dit al vooraf met potentiële GR-revalidanten wordt besproken.
- Maak het bespreken van de inzet van klinisch-ambulante GR een vast onderdeel van de MDO's. Op deze manier wordt de inzet van ambulante GR structureel meegenomen in de besluitvorming.

- Het team beoordeelt in het eerste of tweede MDO in nauwe afstemming met de revalidant en naasten of ambulante GR haalbaar en wenselijk. In principe zijn er géén zorginhoudelijke redenen om specifieke groepen revalidanten uit te sluiten. In het project 'Thuis als het Kan' werden als redenen om af te zien van ambulante GR het vaakst genoemd: te grote reisafstand naar de woning van de revalidant (meer dan 15 à 20 minuten) en ernstige cognitieve of fysieke problematiek. Daarbij is het belangrijk te benadrukken dat er altijd een individuele afweging gemaakt moet worden. De ernst van de aandoening en belemmeringen is op zichzelf géén reden om ambulante GR niet in te zetten. Ook revalidanten met ernstige belemmeringen kunnen juist veel baat hebben bij multidisciplinaire behandeling in de thuissituatie. Het is daarom belangrijk om samen te zoeken naar oplossingen voor mogelijke belemmeringen voor ambulante GR. Bijvoorbeeld door samenwerking met eerstelijns zorgprofessionals te zoeken bij een te grote reisafstand en goed af te stemmen met naasten en thuiszorg in geval van (zeer) complexe problematiek. Bij revalidanten waarbij overplaatsing naar een WLZ-instelling gepland staat, is ambulante GR niet aan de orde (tenzij de revalidant eerst nog een periode thuis gaat overbruggen).
- Overweeg om het principe 'Ambulant Tenzij' te hanteren. Dat betekent dat alle revalidanten in principe in aanmerking komen voor ambulante GR, tenzij er belangrijke redenen zijn om hiervan af te wijken. De ervaringen opgedaan met het programma 'Thuis als het Kan', laten zien dat deze aanpak helpt om het aantal revalidanten dat klinisch-ambulante GR krijgt te vergroten.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

"Ik had laatst weer een mevrouw, die hier [in de zorgorganisatie] perfect trap kon lopen. Ik stond beneden en ze kon zo de trap op en af lopen. Toen kwam ik thuis bij haar. Nou ik wist niet hoe ik haar de trap op kon krijgen. Halverwege die trap dacht ik 'hoe gaan we dit oplossen?' Ik heb nog nooit zoveel zweetdruppels gelaten bij het traplopen! Ik wist echt dat ze het kon, maar thuis is die trap anders. Andere leuning, andere hoogte, andere draai. Dan is het heel nuttig om dat thuis met elkaar te kunnen oefenen." **FYSIOTHERAPEUT**

- Indien besloten is dat een revalidant klinisch-ambulante GR gaat ontvangen, worden de ontslagdatum van de (verkorte) klinische GR, en de verwachte datum van afronding ambulante GR bij voorkeur vastgesteld tijdens het eerste of tweede MDO en indien nodig tussentijds bijgesteld.

Let op!

Voor ambulante GR gelden dezelfde criteria als voor klinische GR. Dit betekent dat als er géén multidisciplinaire GR meer nodig is, de ambulante GR wordt afgerond. Hierbij vindt, waar nodig, overdracht plaats naar de eerste lijn, waar de revalidant verder kan werken aan het herstel. Tijdens het ambulante GR-traject is het niet vereist dat iedere betrokken discipline op hetzelfde moment start en eindigt, ook hoeven de behandelsessies van verschillende disciplines niet op dezelfde dag plaats te vinden. Echter, zodra de ambulante revalidatiedoelen behaald zijn, of als er monodisciplinair in de eerste lijn aan deze doelen verder gewerkt kan worden, wordt de ambulante GR afgerond.

Kernelement 2

Werk met participatiedoelen gedurende het hele traject

Wat houdt dit kernelement in?

- Participatiedoelen beschrijven wat de revalidant in het dagelijks leven weer wil kunnen doen. Activiteiten die belangrijk en betekenisvol zijn voor de revalidant. Dit kan bijvoorbeeld gaan over daginvulling, vrijetijdsbesteding, wonen, of sociale contacten. Participatiedoelen geven antwoord op de vraag: 'Wat wilt u na uw revalidatie graag weer kunnen doen in uw dagelijks leven?' Het gaat hierbij om concrete rollen en activiteiten die voor de revalidant betekenisvol zijn. Participatiedoelen zijn doelen voor de langere termijn. Ze hoeven niet persé tijdens de GR behaald te worden. Het is belangrijk dit ook zo met de revalidant te bespreken. Na afronding van de GR kan hieraan verder worden gewerkt, bijv. via eerstelijns revalidatie of door zelfstandig te oefenen. In Box 1 staan enkele voorbeelden van participatiedoelen genoemd.
- Afhankelijk van de fase van de revalidatie worden participatiedoelen uitgewerkt in:
 - klinische revalidatiedoelen (voor de klinische GR fase)
 - ambulante revalidatiedoelen (voor de ambulante GR fase)
 - eerstelijns revalidatiedoelen (voor de periode na afronding GR)
 Deze (klinische, ambulante en eerstelijns) revalidatiedoelen zijn concrete, kortere termijn doelen en dragen direct of indirect bij aan het behalen van één of meerdere participatiedoelen.
- Participatiedoelen kunnen gedurende het traject worden aangevuld of bijgesteld. De ervaring leert dat revalidanten in de ambulante GR fase vaak pas goed zicht krijgen op wat zij in het dagelijks

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

leven graag weer willen kunnen doen. Het is daarom belangrijk om de participatiedoelen bij de overgang naar de ambulante GR met de revalidant te evalueren en indien nodig bij te stellen of aan te vullen. Hetzelfde geldt bij afronding van de ambulante GR.

"Mijn ervaring is dat juist aan het begin van de ambulante fase, als mensen net weer thuis zijn, het formuleren van participatiedoelen veel gemakkelijker gaat in vergelijking met de klinische fase. Dat komt natuurlijk doordat beperkingen in participatie ook direct als zodanig worden ervaren thuis. Het is heel mooi om te zien hoe ambulante revalidatie op deze manier direct bijdraagt aan het herwinnen van participatie." **SPECIALIST OUDERENGESKUNDE**

Wat is de meerwaarde van dit kernelement?

- Participatiedoelen geven richting aan de revalidatie, werken motiverend voor de revalidant en naasten, en vormen een duidelijke 'stip op de horizon' om naartoe te werken.
- Participatiedoelen vormen voor revalidant, naasten en zorgprofessionals de rode draad gedurende het hele revalidatietraject.

Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?

- In de eerste twee weken na klinische opname worden samen met de revalidant participatiedoelen opgesteld met de revalidant. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM).



Box 1

Enkele voorbeelden van participatiedoelen

- Ik wil zelf weer wat kleine boodschappen kunnen doen bij de supermarkt bij mij in de buurt.
- Ik wil weer met mijn vriendin naar een terrasje kunnen wandelen.
- Ik wil weer trap kunnen lopen zodat ik mijn dochter kan bezoeken die op de tweede verdieping woont.
- Ik wil weer kunnen koken voor mijn man en mezelf.
- Ik wil zelf mijn tuin weer bij kunnen houden.
- Ik wil mijn hond weer kunnen uitlaten.
- Ik wil weer kunnen deelnemen aan mijn klaverjasclubje op zondagmiddag.
- Ik wil af en toe een wandelingetje buiten kunnen maken met mijn dochter.
- Ik wil de was weer zelf kunnen doen.
- Ik wil weer thuis kunnen wonen, zonder hulp van anderen.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- De participatiedoelen worden per behandelfase opgesplitst in kleinere haalbare klinische, ambulante, of eerstelijns revalidatiedoelen.

“Want als de client haar hond weer wil kunnen uitlaten, dan gaan we ons ook wat richten op het buiten lopen. En ik heb ook nog creatieve collega's die dan ook nog met een touw aan iets vast gaan oefenen om het realistischer te maken.” **FYSIOTHERAPEUT**

- De vastgestelde doelen worden niet alleen mondeling, maar ook schriftelijk gedeeld met revalidant en naasten. Dit kan bijv. op papier, digitaal, of op een prikbord op de kamer. Idealiter kan de revalidant hierop ook zelf de voortgang op de doelen bijhouden. Probeer hierbij zoveel mogelijk de taal van de revalidant te gebruiken. Revalidanten denken vaak niet in termen van 'doelen', maar in wat zij weer willen kunnen doen. Sluit daarom aan bij hun eigen woorden.
- Spreek duidelijk met het team af op welke manier de doelen met de revalidanten en naasten worden gedeeld. Maak per revalidant één van de betrokken teamleden hier verantwoordelijk voor. Evalueer tussentijds of de gekozen werkwijze aansluit bij de wensen en behoeften van de revalidanten en naasten en pas deze waar nodig aan.
- De participatie- en revalidatiedoelen zijn vaste onderdelen van voortgangsgesprekken en MDO's. De doelen worden periodiek met de revalidant geëvalueerd (minimaal bij de overgang naar ambulante

GR en bij afronding ambulante GR) en waar nodig bijgesteld en aangevuld. Bij afronding van het GR-traject, worden eventuele nog openstaande revalidatiedoelen geformuleerd als eerstelijns revalidatiedoelen.

- Zorg ervoor dat het bespreken, vastleggen, delen en evalueren van de participatie- en revalidatiedoelen structureel wordt ingebed in de reguliere processen en gesprekken.

“Wij beginnen met het participatiestukje. Als ik iemand met afasie zie bijvoorbeeld, dan vraag ik: Wat deed je thuis? Kijk, iemand die thuis alleen maar televisie keek, is heel anders dan iemand die toespraken hield of gedichten schreef. Dan heb je toch wel een beetje een andere richting. Dan beginnen we wel meer stoornisgericht, maar we werken wel naar dat participatiedoel toe.” **LOGOPEDIST**

Kernelement 3

Gebruik eHealth ter ondersteuning van de revalidatie

Wat houdt dit kernelement in?

- eHealth is het gebruik van digitale middelen en technologie om de revalidatie te ondersteunen en te verbeteren.
- Met behulp van eHealth kan tijdens de ambulante GR, revalidatie op afstand worden geboden als aanvulling op fysieke contacten en ondersteuning van zelfstandig oefenen.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Binnen het programma 'Thuis als het Kan' kan gebruik worden gemaakt van verschillende vormen van eHealth. De meest gebruikte vormen in het project 'Thuis als het Kan' waren:
 - Videobellen, bijvoorbeeld met behulp van een tablet, voor een gesprek of coaching op afstand.
 - Bewegingssensoren (activity trackers) voor het monitoren van en inzicht geven in activiteit en zitgedrag.
 - Revalidatieapps ter ondersteuning van het zelfstandig oefenen.

“Het is juist zo fijn als je thuis bent en je krijgt de oefeningen via je tablet voorgeschoteld. Die kun je dan op ieder moment, in je eigen huis doen en dat is natuurlijk heel handig.” REVALIDANT

Wat is de meerwaarde van dit kernelement?

- eHealth kan de efficiëntie en mogelijkheden van de revalidatie vergroten. Bijvoorbeeld op de volgende manieren:
 - Videobellen maakt het mogelijk om contact te hebben met de revalidant zonder dat de zorgprofessionals of de revalidant hoeft te reizen. Ook kan het gebruikt worden om de mantelzorger of wijkverpleging te betrekken tijdens een evaluatiegesprek. Dit bespaart tijd en maakt de zorg efficiënter.
 - Bewegingssensoren leveren objectieve informatie over het beweeg- en zitgedrag van de revalidant. Deze informatie kan tijdens de behandeling worden gebruikt om het bewegen te monitoren, te stimuleren en de behandeling af te stemmen op de behoeften van de revalidant.

- Revalidatieapps ondersteunen de revalidanten bij het zelfstandig oefenen klinisch en in de thuissituatie. Oefeningen kunnen door de behandelaars worden klaargezet en gedurende het traject op moeilijkheidsgraad en intensiteit worden aangepast. Daarnaast bieden veel apps extra functies, zoals het invullen van vragenlijsten, het stellen van vragen, een (behandel)agenda, voortgangsinzicht, en een overzicht van de participatiedoelen.

“De fysiotherapeut vertelde via de tablet welke oefeningen ik moest doen. Dat was prima, dat is de moderne tijd. Ik moet eerlijk wezen: ze hebben het druk en het scheelt hun tijd.” REVALIDANT

- Revalidatie op afstand via (video)bellen is daarnaast een laagdrempelige manier om problemen of knelpunten waar de revalidant en/of naaste tegenaan lopen te bespreken. Het is goed inzetbaar voor (korte) coachingsgesprekken en begeleiding op afstand.

Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?

- Inventariseer samen met het team en het management welke eHealth toepassingen beschikbaar zijn voor GR-revalidanten en bespreek of aanschaf van aanvullende middelen nodig is. Denk hierbij aan gebruiksvriendelijke tablets voor videobellen met 5G zodat deze ook gebruikt kunnen worden als er geen goedwerkende wifi is. Je kunt het gebruik van de tablets aantrekkelijker maken, door er bijvoorbeeld de therapieagenda, informatie, instructie of oefenfilmpjes op te zetten. Andere bruikbare eHealth toepassingen

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

zijn bijvoorbeeld bewegingssensoren en revalidatieapps. Begin tijdig want het aanschafproces kan enige tijd in beslag nemen.

- Laat niet alles afhangen van technische hulpmiddelen die nog moeten worden aangeschaft. Tegenwoordig hebben veel revalidanten een eigen tablet of smartphone, waar bijvoorbeeld ook oefenapps op geïnstalleerd kunnen worden, of waar men mee kan videobellen. Dus maak gebruik van de al beschikbare mogelijkheden en breid het gebruik van eHealth stapsgewijs verder uit zodra er meer hulpmiddelen beschikbaar komen!
- Zorg dat er financiële middelen komen om eHealth-toepassingen aan te schaffen. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de subsidie 'Stimulering Technologie in Ondersteuning en Zorg' (STOZ) voor aanschaf en de experimentfase.

“De familie kan ook online aanhaken bij het multidisciplinair gesprek. Dat is soms best wel gunstig, want soms wonen ze toch verder weg en is het overleg moeilijk te plannen.” **FYSIOTHERAPEUT**

- Creëer ruimte voor experimenteren met eHealth en het oplossen van knelpunten. Denk hierbij aan het beschikbaar stellen van tijd voor medewerkers om nieuwe werkwijzen te ontwikkelen. Zorg ervoor dat de betrokken zorgprofessionals voldoende kennis en ervaring opdoen met de beschikbare eHealth toepassingen.
- Controleer of de technische randvoorwaarden op orde zijn, zoals een stabiele WIFI-verbinding, zowel binnen de zorgorganisatie als

bij de revalidant thuis. Maak duidelijke afspraken met elkaar wie verantwoordelijk is voor wat, bij het organiseren van eHealth.

- Het is belangrijk dat de zorgprofessionals gemotiveerd en gestimuleerd worden om eHealth te gebruiken. In de praktijk kan er in het begin sprake zijn van enige terughoudendheid of 'koudwatervrees'. De ervaring leert echter dat deze vaak afneemt wanneer zorgprofessionals vaker met eHealth werken.
- Besteed aandacht aan verwachttingsmanagement bij revalidanten, naasten en medewerkers. Zorg dat voor iedereen duidelijk is dat eHealth een standaard onderdeel vormt van klinisch-ambulante GR en dat het bedoeld is als ondersteuning van de revalidatie.

“Nou ik merkte vooral dat we in het begin veel fysiek langsgingen, maar ja daar ging dan ook best veel tijd in zitten. En toen dacht ik op gegeven moment: ja dat kan natuurlijk ook deels gewoon telefonisch en dat werd net zo goed ontvangen als het fysieke bezoek.”

VERPLEEGKUNDIGE

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Beoordeel de digitale vaardigheden van de revalidant met betrekking tot de beschikbare eHealth toepassingen en bepaal welke begeleiding nodig is. Overweeg een vast persoon aan te wijzen die de betreffende eHealth in de eerste week uitlegt aan de revalidant, samen oefent en kijkt of het bij de betreffende revalidant haalbaar is. Eventueel kan hierbij ter ondersteuning, gebruik worden gemaakt van de [Pharos Quicksan voor digitale vaardigheden](#).



- Maak samen met de revalidant een bewuste keuze voor de eHealth toepassingen die worden ingezet. Het is belangrijk het gebruik hiervan al tijdens de klinische GR fase te oefenen. Betrek de naasten erbij (indien mogelijk en gewenst door de revalidant). Wijs binnen het team één of meerdere personen aan die verantwoordelijk zijn om de eHealth te oefenen met revalidant en naasten. Laat het niet vrijblijvend zijn, omdat dan de kans groter is dat het gebruik niet van de grond komt! Overweeg vrijwilligers in te zetten, die de revalidant bij het oefenen met eHealth kunnen ondersteunen.
- De gekozen eHealth toepassingen worden bij voorkeur al tijdens de klinische fase ingezet en worden tijdens de ambulante fase voortgezet en verder uitgebreid (bijv. met videobellen voor revalidatie op afstand). Evalueer het gebruik regelmatig met revalidanten, naasten en het team.
- In het kader van efficiëntie is het sterk aan te raden om eHealth een standaard onderdeel te maken van het revalidatietraject. In de praktijk blijkt vaak dat (veel) meer mogelijk is dan vooraf wordt gedacht!

- Wanneer de randvoorwaarden voor eHealth zijn gerealiseerd, hanteer dan het principe 'Blended Tenzi'. Dit betekent dat eHealth in principe bij elke revalidant die klinisch-ambulante GR krijgt, wordt ingezet, tenzij er belangrijke redenen zijn hiervan af te zien (bijv. een niet met oefening op te lossen gebrek aan digitale vaardigheden, of duidelijke weerstand bij de revalidant).

Kernelement 4

Focus op het versterken van zelfmanagement van de revalidant

Wat houdt dit kernelement in?

- Zelfmanagement betekent dat een persoon zodanig omgaat met een (chronische) aandoening dat deze zo goed mogelijk wordt ingepast in het dagelijks leven (Bron: Zorg voor beter).
- Voor zorgprofessionals betekent het bevorderen van zelfmanagement dat: 1) de zorg aansluit bij de wensen, behoefte en mogelijkheden van de revalidant in het dagelijks leven; 2) de capaciteiten van de revalidant worden benut en hulpbronnen uit de omgeving worden ingeschakeld; 3) er aandacht is voor meer dan alleen de aandoening (Bron: Zorg voor beter).
- Het begrip zelfredzaamheid is nauw verwant aan zelfmanagement. Zelfredzaamheid wordt omschreven als het vermogen van mensen om hun dagelijks leven op lichamelijk, geestelijk en financieel vlak zo zelfstandig mogelijk in te richten, met minimale inzet van professionele zorg. Het omvat handelingen zoals persoonlijke verzorging, het huishouden, sociale contacten en het nemen van beslissingen (zelfregie) om mee te doen in de samenleving (Bron: Zorg voor beter).

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Omdat tijdens revalidatie de focus vaak nog primair ligt op het omgaan met de aandoening/beperkingen is bij dit kernelement gekozen voor de term zelfmanagement. Maar de term zelfredzaamheid zou hier eveneens passend zijn geweest.

“Als ik met iemand bezig ben, zeg ik steeds ‘nou we gaan weer even oefenen’. We oefenen het uit bed komen, aankleden, schoenen aandoen, even een stukje lopen. Niet iedereen heeft daar altijd zin in natuurlijk, maar het is goed om het toch consequent vol te houden, zodat ze alles gaan zien als een oefening om het straks weer zelf te kunnen.” VERPLEEGKUNDIGE

“Ik denk dat het een enorme meerwaarde heeft binnen de GR om de zelfmanagement te vergroten. Voor de revalidant, om zoveel mogelijk zelf te kunnen doen en weer eigen regie terug te krijgen. De revalidatie verloopt hierdoor sneller. En het heeft daarnaast ook wel meerwaarde voor het personeel, als mensen meer zelf kunnen doen, ook vanwege de personele krapte.” SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

Wat is de meerwaarde van dit kernelement?

- Het bevorderen van zelfmanagement versterkt de autonomie en eigen regie van de revalidant. Dit kan bijdragen aan een beter welbevinden, grotere mate van participatie en het langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.
- Hoewel zelfmanagement een belangrijk onderdeel is van revalidatie, worden nog niet alle mogelijkheden om zelfmanagement te

versterken optimaal benut in de GR, zoals bijvoorbeeld het inschakelen van hulpbronnen uit de omgeving. Er lijkt ruimte te zijn om zelfmanagement nadrukkelijker op de voorgrond te plaatsen en hier op verschillende manieren samen met de revalidanten en naasten aan te werken.

Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?

- Bespreek bij de start van de klinische revalidatie het belang en de voordelen van goed zelfmanagement met revalidant en naasten. Herhaal dit op meerdere momenten tijdens het klinische en ambulante traject.
- Versterk de eigen kracht van de revalidant door het aanleren van zelfmanagementvaardigheden en het oefenen van nieuwe strategieën die bijdragen aan het behalen van de participatie- en revalidatiedoelen.

“De meeste ambulante mensen die ik gezien heb, hadden een hele betrokken partner. Die zaten ook altijd bij de behandeling. Dus ja, die horen dan ook heel veel, dus die wisten ook wat dan huiswerkopdracht was en konden dat wat stimuleren en helpen onthouden. Dus je hebt wel die achterban een beetje nodig.” ERGOTHERAPEUT

- Betrek en ondersteun mantelzorgers/naasten bij het revalidatieproces (met instemming van de revalidant). Zij kunnen een belangrijke hulpbron vormen voor de revalidant. Dit kan bijvoorbeeld door: het samen doen van revalidatie oefeningen, het motiveren en stimuleren van de revalidant om activiteiten zoveel

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

mogelijk zelf te doen, het bieden van emotionele en praktische steun, en het ondersteunen van de revalidant tijdens (en na) de ambulante fase bij activiteiten die de revalidant (nog) niet zelfstandig uit kan voeren. Bij het betrekken van mantelzorgers is het essentieel om heel concreet met hen te bespreken welke rol ze zouden kunnen en willen vervullen. Er worden vaak vanuit beide kanten (zorgprofessionals en mantelzorgers) aannames gemaakt over wat wel en niet kan, die niet bij elkaar getoetst worden. Bij revalidanten die aangeven geen mantelzorgers te hebben is het goed om verder door te vragen. Soms willen revalidanten hun omgeving niet belasten, terwijl er toch wel mensen in het netwerk bereid zijn een rol te spelen.

“De meerwaarde van het bevorderen van zelfmanagement is dat het kan helpen dat mensen minder vaak in het ziekenhuis komen of terug bij ons in de revalidatie, of erger ... Het helpt om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen.” **SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE**

- Wees creatief! Niet alle mantelzorgers/naasten kunnen aanwezig zijn tijdens de behandeling thuis in verband met reisafstand, werk of andere verplichtingen. Kijk of je hier samen goede oplossingen voor kunt vinden, zoals online aansluiten via videobellen.
- Hanteer het principe ‘*Samen Tenzij*’. Dit betekent dat er standaard een naaste/mantelzorger bij het traject betrokken wordt, tenzij er belangrijke redenen zijn dit niet te doen (bijv. omdat er niemand

beschikbaar is, of omdat de onderlinge verhoudingen dit niet toelaten). Kijk hierbij breder dan alleen de naasten en/of directe familieleden. Soms kan een goede buur, vriend of kennis ook een rol spelen.

- Inventariseer in het begin van de klinische fase samen met de revalidant (en naasten), het bredere sociale netwerk. Bespreek bij welke activiteiten de revalidant ondersteuning, hulp of gezelschap zou willen ontvangen. Ondersteun de revalidant bij het activeren van dit sociale netwerk, indien gewenst.
- Inventariseer de woning ruim voor de start van de ambulante GR. Dit kan door middel van een huisbezoek, op basis van foto's, video of via een online huisbezoek met ondersteuning van een naaste. Breng in kaart wat nodig is om thuis veilig en zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren.

“We kijken wel hoe we het netwerk van de revalidant meer in de kracht kunnen zetten. Als wij zien dat de revalidant de zelfmanagement zelf niet kan vormgeven, gaan we kijken of de mensen eromheen daar iets in kunnen betekenen. Dus we nemen de partner en kinderen dan mee in de revalidatie.” **SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE**

- Geef advies over hulpmiddelen en/of woningaanpassingen en oefen het gebruik ervan met de revalidant.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Bespreek of er bij revalidant en naaste behoefte is aan aanvullende (welzijns)voorzieningen en ondersteuning in de thuissituatie. Maak hierbij gebruik van een overzicht van verschillende welzijnsvoorzieningen (de sociale kaart) in de regio.
- Maak binnen het team duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van welke onderdelen van het bevorderen van zelfmanagement. Tijdens het project 'Thuis als het Kan' bleek dat met name bij het betrekken en ondersteunen van mantelzorgers, het inventariseren van het bredere sociale netwerk, en het inventariseren van de behoefte aan aanvullende (welzijns)voorzieningen, vaak niet duidelijk was wie dit oppakte. Hierdoor kwam dit vaak onvoldoende van de grond.
- Overweeg om zorgprofessionals gerichte scholing aan te bieden op het gebied van het bevorderen van zelfmanagement. Dit vergroot de mogelijkheden en motivatie van zorgprofessionals om hier actief mee aan de slag te gaan.

"We hebben de sportclubs bijvoorbeeld niet helemaal goed in kaart, maar we proberen wel advies te geven. Dus wat is er te doen in de regio waar iemand woont? Maar we hebben geen goed overzicht eigenlijk welke activiteiten of initiatieven er hier allemaal in de omgeving zijn. Dat zou er eigenlijk wel moeten zijn." **FYSIOTHERAPEUT**

- Houd op het gebied van bevorderen zelfmanagement de nieuwe ontwikkelingen goed in de gaten. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van een zelfzorgcoach die samen met de revalidant specifieke zelfmanagementtaken oefent. Landelijk zijn er ook initiatieven zoals de Zelfzorg academie waarbij cliënten en mantelzorgers uitleg en begeleiding van zorgprofessionals ontvangen bij het uitvoeren van eenvoudige zorghandelingen en andere zelfmanagement vaardigheden.
- Zorg op afstand (bijv. via videobellen of telefonisch contact) leent zich goed voor coachend werken en is daarmee ook goed toepasbaar bij het bevorderen of ondersteunen van zelfmanagement.

Kernelement 5

Zorg voor goede samenwerking met alle zorgpartners

Wat houdt dit kernelement in?

- Onder zorgpartners verstaan we alle betrokkenen rond de revalidant. Dit zijn de revalidant zelf, naasten/mantelzorgers, GR-zorgprofessionals, eerstelijns zorgprofessionals (zoals huisarts, thuiszorg en paramedici) en de zorg-/hulpverleners van eventuele andere relevante partijen in de keten (zoals verpleeghuis, ziekenhuis en het sociaal domein).

"Een coördinator is een soort spin in het web. Dat hoeft geen speciale functie te zijn, maar is wel een mooie rol. Iemand die zegt van goh, ik ben uw contactverzorgende tijdens deze opname, en ik ben ook uw transmuraal verpleegkundige. Ik zorg ook als u thuis bent dat ik dat eerste stukje nog doe." **MANAGER**

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Goede samenwerking betekent dat alle betrokken partijen op basis van hun eigen mogelijkheden en kwaliteiten bijdragen aan het gezamenlijk doel, namelijk het bieden en/of ondersteunen van een passend revalidatie- en hersteltraject voor de revalidant. Hierbij zijn onderling vertrouwen, respect, gedeelde verantwoordelijkheid, duidelijke en open communicatie, betrokkenheid, empathie en resultaatgerichtheid, belangrijke randvoorwaarden.

“Wij hebben scholing ingezet om de wijkverpleging bewuster te maken van het stimuleren van zelfredzaamheid tijdens de ambulante revalidatie. Dat gebeurt bijvoorbeeld door tijdens de ADL verzorging meer met de handen op de rug te verplegen. Maar ook bijvoorbeeld dat we een beetje monitoren dat de partner niet alles gaat overnemen omdat dat lekker snel en makkelijk is, maar dat de cliënt zelf z’n eigen broodje blijft smeren. Ik denk dat thuis de echte grote uitdaging pas begint!” [WIJKVERPLEEGKUNDIGE](#)

Wat is de meerwaarde van dit kernelement?

- Goede samenwerking met de zorgpartners is bij ambulante GR extra belangrijk omdat tijdens de ambulante fase intensief wordt samengewerkt met o.a. de mantelzorgers, huisarts, thuiszorg, en eventuele andere betrokken partijen.
- Samen beslissen is een essentieel onderdeel van ambulante GR. Het is belangrijk dat zowel de revalidant als mantelzorgers/ naasten zich kunnen vinden in de keuzes die in het revalidatietraject gemaakt worden. Door gezamenlijk beslissingen te nemen, kan tijdig geanticipeerd worden op mogelijke knelpunten tijdens het traject.

“Goede afstemming werd daarvoor wel eens gemist, om echt bij elkaar samen te zitten. En nu heb je dat wel. En dat hoeft niet lang hoor, maar je krijgt op deze manier toch weer even met z’n allen de neuzen dezelfde kant op, zeg maar.” [WIJKVERPLEEGKUNDIGE](#)

- Duidelijke afspraken binnen de zorgketen (bijv. thuiszorg en huisarts) zijn noodzakelijk. Wanneer thuiszorg nodig is moet deze vanaf de start van het ambulante GR beschikbaar zijn. Ook moet duidelijk zijn wat de verantwoordelijkheid is van de specialist ouderengeneeskunde (de regie over het lopende revalidatietraject) en wat van de huisarts (het bieden van de eerstelijns medische zorg). Hierbij dienen heldere afspraken gemaakt te worden over wie verantwoordelijk is bij medische problemen die direct betrekking hebben op de aandoening waarvoor de revalidant revalideert. Zorg ook dat revalidant en naasten goed van de afspraken op de hoogte worden gebracht.
- Een goede en tijdige (en bij voorkeur warme) overdracht naar eerstelijns zorgprofessionals en naar het sociaal domein na afronding GR, draagt bij aan continuïteit van zorg en maakt de overgang voor de revalidant soepeler.

Hoe wordt dit kernelement uitgevoerd?

- Bereid de revalidant en naasten goed voor op de ambulante GR. Bespreek de optie bij de start van de revalidatie en herhaal het regelmatig.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Stel de participatie- en revalidatiedoelen in nauw overleg met de revalidant op (zie ook Kernelement 2). Bespreek samen met de revalidant en naasten hoe de behandeling zo goed mogelijk aan kan sluiten bij de doelen van de revalidant. Het kan best lastig zijn om met een revalidant in gesprek te gaan over wat voor hem of haar nou echt belangrijk is. De gesprekskaartjes van Zorg voor Beter kunnen hierbij bijvoorbeeld houvast geven. De kaartjes helpen om op een laagdrempelige manier met revalidanten en naasten in gesprek te gaan over thema's die voor hen belangrijk zijn.

"Wij werken met nazorg coördinatoren in de eerste lijn. Die geven we een seintje als we denken dat het belangrijk is om iemand nog een tijdje in de gaten te houden. Zodat ze bijvoorbeeld kunnen kijken of de client openstaat voor dagopvang of een casemanager en zij dat verder op kunnen pakken." **ERGOTHERAPEUT**

- Belangrijke beslissingen/keuzes in het traject worden samen genomen. Daarbij kunnen bijvoorbeeld de volgende stappen doorlopen worden (Bron: Zorg voor beter en Stiggelbout, 2015):
 - *Keuze zichtbaar maken:* De zorgprofessionals maakt duidelijk dat er een keuze is en dat de mening van de revalidant belangrijk is.
 - *Opties uitleggen:* Zorgprofessional licht de verschillende behandelopties toe, met voor- en nadelen.
 - *Voorkeuren bespreken:* De zorgprofessional en revalidant bespreken wat de revalidant belangrijk vindt.
 - *Gezamenlijk besluit nemen:* kennis en voorkeuren worden samengebracht om samen tot een besluit te komen.

"Bij ons woont de wijkverpleegkundige het MDO bij tijdens het ambulante traject. Dat vind ik heel waardevol. Het is goed om ook via hen informatie te krijgen. Dat is toch anders dan dat je het alleen van een dochter hoort die af en toe op visite komt of van de cliënt zelf. Soms heb je namelijk twijfels of het antwoord helemaal klopt en dan is de visie van de wijkverpleegkundige van grote meerwaarde." **SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE**

- Bespreek tijdig mogelijke belemmeringen, zoals praktische zaken rondom de thuissituatie en vervoer naar huis.
- Organiseer tijdig de benodigde thuiszorg voor de ambulante GR en maak duidelijke (en bij voorkeur structurele) afspraken over de ambulante GR en vervolgzorg met de zorgprofessionals in de keten, zoals de huisarts, eerstelijnsparamedici en medisch specialisten.
- Bekijk indien een revalidant ver van de zorgorganisatie afwoont, of er samengewerkt kan worden met eerstelijns paramedici bij de ambulante GR. Hierbij zou bij voorkeur de keuze gemaakt moeten worden voor praktijken die gespecialiseerd zijn of veel ervaring hebben met het werken met ouderen met complexe problematiek. Maak concrete samenwerkingsafspraken met regio's waarmee veel wordt samengewerkt. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn: Hoe zorgen we voor een goede, tijdige en bij voorkeur warme overdracht van revalidanten? Wie regelt praktische zaken zoals thuiszorg? Hoe stemmen we de zorg multidisciplinair af? Wat te doen als het ambulante traject niet volgens plan verloopt? Wie moet ingeschakeld worden bij calamiteiten (huisarts, medisch regiebehandelaar in de GR)?

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Zorg voor een goede en tijdige overdracht naar eerstelijns partners (huisarts, thuiszorg en overige vervolgzorg) bij zowel de afronding klinische GR als de afronding van de ambulante GR. Hierbij worden ook de nog openstaande participatie- en revalidatiedoelen meegenomen, zodat de zorg goed kan worden voortgezet. Kies bij voorkeur voor een warme overdracht waarin je naast de schriftelijke overdracht ook een mondelinge toelichting geeft. Deze warme overdracht kan face to face, telefonisch of via videobellen plaatsvinden.
- Overweeg per revalidant een coördinator toe te wijzen die bij het hele GR traject van de revalidant betrokken is en het goed overziet. Deze persoon vormt een vast aanspreekpunt voor revalidant, naasten en andere zorgprofessionals tijdens zowel het klinische als ambulante traject. Deze rol kan bijvoorbeeld uitgevoerd worden door één van de therapeuten of door een verzorgende of verpleegkundige mits deze ook bij het ambulante traject betrokken is.
- Bespreek met de ketenpartners of na afsluiting van het ambulante GR-traject de coördinerende rol (waar nodig) overgedragen kan worden naar bijvoorbeeld een praktijkondersteuner huisarts (POH-er), maatschappelijk werker of mantelzorgmakelaar.

"Bij ons wordt gewerkt met een zelfzorgcoach. Zij kunnen bijvoorbeeld bij alleenstaanden waar weinig mantelzorgers betrokken zijn, allerlei folders en instanties aandragen." FYSIOTHERAPEUT

UITGANGSPUNTEN

- *Ambulant Tenzij*
- *Blended Tenzij*
- *Samen Tenzij*

Dit houdt in dat elke revalidant in aanmerking komt voor het programma, tenzij er belangrijke redenen zijn waardoor het niet mogelijk is.

3 Voorbereiding implementatie

Wanneer je als zorgorganisatie wilt starten met ambulante GR na verkorte klinische GR, of het verder wilt uitbreiden, is het belangrijk om de volgende stappen te doorlopen (vrij naar Wensing en Grol, 2023):

- Opstarten
- Doelgroep en doelen bepalen
- Analyse van factoren die implementatie kunnen beïnvloeden
- Veranderstrategieën kiezen
- Planning maken

Hieronder worden deze stappen toegelicht.

a Opstarten

Ter voorbereiding van de invoering van het programma 'Thuis als het Kan' is het belangrijk om aandacht te besteden aan de volgende onderdelen:

Commitment creëren

- Ga na of er voldoende commitment is bij management en teams voor het implementeren of uitbreiden van ambulante GR na verkorte klinische GR. Bespreek hierbij de mogelijke voor- en nadelen van klinisch-ambulante GR.

- Indien er onvoldoende commitment is, onderzoek waar dit mee samenhangt en hoeverre dit beïnvloedbaar is. Denk hierbij aan vragen als: Is er behoefte aan aanvullende informatie? Zijn er onduidelijkheden die verhelderd moeten worden? Is het (nog) niet het juiste moment voor deze verandering? Etc.

Projectgroep samenstellen

- Wanneer er voldoende commitment is, stel dan een multidisciplinaire projectgroep samen met gemotiveerde en enthousiaste trekkers.
- Zorg dat de belangrijkste disciplines in de GR zijn vertegenwoordigd in de projectgroep, aangevuld met vertegenwoordiging vanuit beleid en/of management.
- Overweeg om ook een vertegenwoordiger van de thuiszorg in de projectgroep uit te nodigen, indien mogelijk.
- Maak binnen de projectgroep afspraken over vergaderfrequentie.
- Maak tevens afspraken met het management over tijdsbesteding van projectgroepleden en wat dit betekent voor hun reguliere werk.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Huidige ambulante GR in kaart brengen

- Breng in kaart in hoeverre binnen de zorgorganisatie al ambulante GR wordt aangeboden en op welke manier dit gebeurt, of er voldoende materialen zijn (eHealth, WIFI, folders, info-video's) en wat de ervaringen daarmee zijn. Gebruik deze informatie om te bepalen welke onderdelen aangepast moeten worden en welke elementen behouden kunnen blijven.

Beoogde werkwijze beschrijven

- Bespreek in hoeverre de vijf kernelementen, zoals beschreven in Module 2 van deze handleiding, volledig gevolgd gaan worden. Het is mogelijk om de kernelementen stapsgewijs in te voeren, als in één keer invoeren niet haalbaar is.
- Specificeer welke verdeling tussen ambulante behandeling thuis, op afstand en poliklinisch wordt beoogd tijdens de ambulante fase. Aangeraden wordt om het merendeel van de ambulante behandlesessies thuis of op afstand (bijv. via videobellen) te doen. Dit kan aangevuld worden met poliklinische sessies indien gewenst.
- Bespreek of er specifieke afspraken nodig zijn over duur en intensiteit van de ambulante GR (Zie de tweedeling in korte en lange ambulante GR bij Module 2, Kernelement 1).
- In het project 'Thuis als het Kan' zijn geen specifieke afspraken gemaakt over de inhoud de ambulante sessies, behalve dat de 5 kernelementen gerealiseerd moeten worden (zie Module 2). Het programma werd verder op maat ingevuld, afgestemd op de revalidant. Bespreek of deze werkwijze wordt overgenomen of dat aanvullende structurering gewenst is.

- Bespreek of er gewerkt gaat worden met een apart ambulant team of niet. In het project 'Thuis als het Kan' werd door de meeste organisaties niet met een apart ambulant team gewerkt. Maar er zijn ook organisaties die dit wel hebben gedaan. Er lijken zowel voor- als nadelen aan te zitten. Als je met een apart ambulant GR team werkt, betekent dit dat de revalidant niet automatisch de eigen therapeuten krijgt tijdens de ambulante GR. Dit wordt als een nadeel ervaren, omdat de klinische therapeuten de revalidant en diens mogelijkheden en belemmeringen al goed kennen. Als voordeel van een ambulant team wordt genoemd dat de logistiek gemakkelijker is waardoor het efficiënter kan zijn. In de praktijk kan ook voor een tussenoplossing gekozen worden, bijvoorbeeld dat minimaal één zorgprofessional hetzelfde blijft in de ambulante fase. Dit kan bijvoorbeeld de coördinator zijn (zie Module 2, Kernelement 5). Indien er gewerkt wordt met een apart ambulant GR team, is het belangrijk dat er een goede, bij voorkeur warme, overdracht is tussen de betrokken zorgprofessionals.
- Bespreek op welke wijze participatie- en revalidatiedoelen opgesteld en teruggekoppeld gaan worden aan revalidanten en naasten (zie Module 2, Kernelement 2).

b Doelgroep en doelen bepalen

Vervolgens doet de projectgroep een voorstel over welke doelgroepen binnen de zorgorganisatie in aanmerking komen voor ambulante GR en welke verbeter- en implementatiedoelen worden nagestreefd. Bespreek deze keuzes met de betrokken teams en het management en stel waar nodig bij.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Doelgroep selecteren voor klinisch-ambulante GR

- Bespreek op welke doelgroep(en) het programma 'Thuis als het Kan' na verkorte klinische GR wordt gericht. Op basis van de ervaringen uit het project 'Thuis als het Kan' wordt een '*Ambulant Tenzij*' benadering geadviseerd, waarbij ambulante GR in principe beschikbaar is voor alle diagnosegroepen binnen de GR na verkorte klinische GR.
- Organisaties die starten met klinisch-ambulante GR kunnen ervoor kiezen zich eerst alleen te richten op één specifieke doelgroep of afdeling (om ervaring met de werkwijze op te doen). Aangeraden wordt om dan een doelgroep te kiezen waarbij men het meeste voordeel verwacht van de klinisch-ambulante GR. Ook kan het verstandig zijn om de implementatie te starten bij een team dat open staat voor innovatie, zodat zij een voortrekkersrol kunnen vervullen in de organisatie.
- Bespreek of specifieke selectiecriteria nodig zijn voor deelname van de gekozen doelgroep aan het programma 'Thuis als het Kan'. Reistijd naar het huis van de revalidant kan hierbij bijvoorbeeld een rol spelen. In het project 'Thuis als het Kan' werd door de organisaties meestal een maximale reistijd van 15-20 minuten gehanteerd (zie Kernelement 1). Bij voorkeur wordt het aantal uitsluitingscriteria tot een minimum beperkt, zodat per revalidant een individuele afweging kan worden gemaakt. Bij mensen die verder dan 20 minuten weg wonen, kan worden overwogen de samenwerking met eerstelijns paramedici te zoeken bij de ambulante GR. Ook kan het werken met routes per postcodegebied, helpen om de reistijd te beperken bij revalidanten die relatief ver weg wonen.

- In de praktijk blijkt dat zorgprofessionals terughoudend kunnen zijn om ambulante GR toe te passen bij revalidanten met relatief complexe problematiek. Ook deze groep revalidanten kan echter veel baat hebben bij het (gedeeltelijk) revalideren in de thuissituatie. Maak twijfels en onzekerheden bespreekbaar en zoek gezamenlijk naar oplossingen, bijv. door te werken met een oefenverlof. Hierbij is het belangrijk dat het management achter de keuzes staat en benoemt wat acceptabele risico's zijn. Of zoals een manager in het project 'Thuis als het Kan' aangaf: 'Het is belangrijk om eigenaarschap te tonen! Weet je, je kan een prachtig zorgpad schrijven, maar het vraagt van behandelaren dat ze durven. Ja, wat is het ergste wat er kan gebeuren? Dat het thuis niet gaat.'

Doelen formuleren

- Formuleer gezamenlijk de verbeterdoelen die met het implementeren of uitbreiden van klinisch-ambulante GR worden nagestreefd. Dit kunnen doelen zijn op de uitkomsten van de revalidant zoals het verbeteren van de zelfredzaamheid in basale ADL, instrumentele ADL en de participatie van de revalidanten. Maar er kunnen ook doelen zijn die betrekking hebben op de kwaliteit, passendheid en/of toekomstbestendigheid van de zorg, zoals bijvoorbeeld het eerder vrijmaken van bedden (door verkorte klinische GR), om op deze manier een groter aantal ouderen GR te kunnen bieden, of het bieden van beter passende zorg aan revalidanten (zie ook Module 6). Het kan hierbij goed zijn een mix te kiezen van kleinere korte termijn doelen en grotere lange termijn doelen. Hierdoor kunnen ook op de korte termijn al kleine successen ervaren worden, wat stimulerend kan werken.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Formuleer daarnaast concrete *implementatiedoelen*. Bijvoorbeeld dat binnen 12 maanden minimaal 25% van de beoogde doelgroep het klinisch-ambulante traject volgt. Een implementatiedoel heeft dus betrekking op de mate waarin de invoering geslaagd is en dus niet op de resultaten van deze invoering (zoals bij de verbeterdoelen het geval is).
- Stel ook vast met hoeveel dagen de klinische opnameduur gemiddeld minimaal verkort moet worden bij revalidanten met een ambulant vervolg (advies: gemiddeld minimaal 5 dagen).

c Analyse van beïnvloedende factoren

Er zijn diverse factoren die de implementatie van klinisch-ambulante GR kunnen belemmeren of juist bevorderen. Het is belangrijk deze factoren goed in kaart te brengen en hier in het implementatieproces rekening mee te houden.

Mogelijke belemmerende factoren

In het project 'Thuis als het Kan' werden onder andere de volgende belemmerende factoren genoemd: onduidelijkheid over de toereikendheid van de huidige bekostiging; terughoudendheid bij zorgprofessionals om iemand ambulant te laten gaan uit angst voor negatieve gevolgen (zoals valincidenten, heropnames); onduidelijkheid over welke risico's acceptabel zijn bij ambulante GR waardoor men revalidanten niet los durft te laten; gebrek aan middelen en/of tijd; logistieke problemen bij uitvoering ambulante GR (bijv. inefficiënte planning, geen WIFI, etc.). Ga na of deze factoren of andere belemmerende factoren ook binnen de eigen organisatie spelen.

Mogelijke bevorderende factoren

Bevorderende factoren uit het project "Thuis als het Kan" waren onder andere: een consequente 'Ambulant Tenzij' aanpak bij de indicatiestelling voor klinisch-ambulante GR en een 'Blended Tenzij' aanpak bij het gebruik van eHealth; een efficiëntere organisatie van huisbezoeken (bijv. door het instellen van routes voor de huisbezoeken op basis van postcodes en bijv. woonplaats therapeuten) zodat de reistijd wordt verminderd; werken met aparte ambulante teams; duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de uitvoering van de kernelementen; inbedden van de nieuwe aanpak in de bestaande structuren (bijv. standaard bespreken van wel/niet ambulant gaan in eerste 2 MDO's). Ga na welke bevorderende factoren binnen de eigen organisatie benut kunnen worden.

Houding van zorgprofessionals

Zorgprofessionals kunnen verschillen in kennis, ervaringen en houding ten aanzien van klinisch-ambulante GR. Breng deze verschillen in kaart en stem de implementatiestrategie hierop af. Denk hierbij ook aan verschillen tussen disciplines.

d Veranderstrategieën kiezen

Op basis van de drie voorgaande stappen bepaalt de projectgroep welke veranderstrategieën nodig zijn om de beoogde verbeter- en implementatiedoelen te realiseren.

Vergroten van kennis en vaardigheden

Wanneer aanvullende kennis en vaardigheden nodig zijn, organiseer gerichte informatie-, scholings- of trainingsbijeenkomsten om iedereen goed voor te lichten en enthousiast te maken voor klinisch-ambulante GR.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Inspelen op belemmerende en bevorderende factoren

Neem maatregelen om belemmerende factoren zoveel mogelijk weg te nemen en maak actief gebruik van bevorderende factoren.

Monitoring en evaluatie (zie ook 6. Evaluatie en borging)

Zorg dat de voortgang van de implementatie structureel wordt besproken in reguliere overleggen. Monitor de voortgang, rapporteer de resultaten, deel successen en bespreek verbeterpunten.

Randvoorwaarden realiseren

Ga na welke randvoorwaarden er gerealiseerd moeten worden om klinisch-ambulante GR te kunnen implementeren:

- Integreer de activiteiten die gedaan dienen te worden tijdens de verkorte klinische GR (zie Module 4) en Ambulante GR (zie Module 5) in de bestaande zorgpaden/zorgprocessen.
- Zorg voor passende eHealth toepassingen en voldoende scholing in het gebruik ervan.
- Zorg dat benodigde meetinstrumenten beschikbaar zijn (zoals COPM en de Quick scan).
- Zorg voor voldoende kennis over de sociale kaart/ welzijnsvoorzieningen voor de revalidanten (betrek waar nodig het Sociaal domein om de sociale kaart helder te krijgen).

Visie en creativiteit

Zorg dat de visie van de projectgroep over het belang van klinisch-ambulante GR, ook gedragen gaat worden door management en zorgprofessionals. Wees creatief en bedenk originele manieren om

ambulante GR onder de aandacht te brengen en te houden, passend bij de cultuur en werkwijze in de zorgorganisatie. Dit kan bijvoorbeeld door ervaringsverhalen van enthousiaste professionals te delen en ruimte te bieden aan de zorgprofessionals om dingen uit te proberen en waar nodig samen weer aan te passen en te optimaliseren.

e Planning maken

Maak een tijdsplanning voor de activiteiten die hierboven worden genoemd, waarin concreet beschreven wordt wie, wat, wanneer doet. Spreek ook momenten af om de planning te bekijken en waar nodig bij te stellen. Laat de planning bij elk overleg van de projectgroep terugkomen en formuleer concrete actiepunten.

4 Uitvoering verkorte klinische GR

Bij ambulante GR na verkorte klinische GR zijn de volgende activiteiten van belang in de verkorte klinische fase:

Vóór het eerste MDO

- Informeer elke nieuwe revalidant (en diens naaste/mantelzorger) bij opname over (de mogelijkheid) dat de klinische opname gevolgd wordt door ambulante revalidatie.
- Informeer elke nieuwe revalidant (en naaste/mantelzorger) over het belang van zelfmanagement voor een goed herstel. Geef aan dat de revalidant tijdens het revalidatietraject zoveel mogelijk wordt gestimuleerd de dingen zelf te doen (al dan niet met hulp).
- Informeer elke nieuwe revalidant (en diens naaste/mantelzorger) over het gebruik van de beschikbare eHealth toepassingen bij de revalidatie.
- Bespreek met de revalidant welke voor hem/haar betekenisvolle activiteiten hij/zij weer zou willen kunnen na revalidatie en formuleer op basis hiervan participatiedoelen in de taal van de revalidant. Bespreek samen hoe deze participatiedoelen opgesplitst kunnen worden in klinische revalidatiedoelen. Overweeg om bij opstellen van de participatiedoelen gebruik te maken van de COPM.

- Beoordeel de digitale vaardigheden van de revalidant met betrekking tot de beschikbare eHealth toepassingen en kijk wat er nodig is qua begeleiding. Maak hierbij bijvoorbeeld gebruik van de Pharos Quicksan voor digitale vaardigheden.

Tijdens eerste MDO

- Stel vast of er redenen zijn om af te zien van een klinisch-ambulant traject ('*Ambulant Tenzij*'). Indien de revalidant het klinisch-ambulant traject kan gaan volgen, voer dan ook de onderstaande stappen uit.
- Bespreek de samen met de revalidant opgestelde participatiedoelen (d.w.z. betekenisvolle activiteiten die de revalidant weer wil kunnen uitvoeren na revalidatie) en de daaruit afgeleide klinische revalidatiedoelen. Zorg dat alle disciplines dezelfde participatiedoelen als uitgangspunt hebben. De klinische revalidatiedoelen kunnen per discipline verschillen.
- Spreek af, wie van het team verantwoordelijk is voor het schriftelijk terugkoppelen van de opgestelde participatie- en revalidatiedoelen aan de revalidant. Maak vooraf afspraken over de vorm waarin dit wordt gedaan (zie Module 2, Kernelement 2)
- Bespreek de resultaten van de beoordeling van de digitale vaardigheden van de revalidant en stel vast welke eHealth toepassingen bruikbaar zijn bij deze revalidant ('*Blended Tenzij*').

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?

2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'

1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT

2 PARTICIPATIEDOELEN

3 INZETTEN eHEALTH

4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT

5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS

3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE

4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE

5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE

6 EVALUATIE EN BORGING

7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- Maak afspraken over hoe de revalidant voorbereid wordt op het werken met de gekozen eHealth toepassing(en). Spreek af wie hiervoor verantwoordelijk is.
- Stel de (verwachte) ontslagdatums vast voor de klinische en ambulante fase.
- Stel de voorlopige intensiteit van de ambulante GR vast (qua aantal sessies per week).
- Bespreek in hoeverre en op welke manier de naaste/mantelzorg betrokken wordt bij het revalidatietraject ('*Samen Tenzij*'). Maak afspraken over wie wat doet.
- Bespreek op welke wijze het bredere sociale netwerk van de revalidant geïnventariseerd kan worden en waar mogelijk betrokken kan worden. Maak afspraken over wie wat doet.

Tijdens klinische GR

- Koppel de vastgestelde participatie- en klinische revalidatiedoelen zowel mondeling als schriftelijk terug aan de revalidant (en naaste). Overweeg het gebruik van een doelenbord of print het uit op papier.
- Bespreek de (verwachte) ontslagdatums voor de klinische en ambulante fase met revalidant (en naaste). Bespreek (nogmaals) wat klinische-ambulante revalidatie inhoudt en het belang van een goede zelfmanagement thuis.

- Evalueer de participatie- en klinische revalidatiedoelen tussentijds met de revalidant (en naaste) tijdens de voortgangsgesprekken en pas of vul aan waar nodig.
- Oefen het werken met eHealth met de revalidant en probeer de revalidant te motiveren voor het gebruik ervan. Check bij de revalidant in hoeverre er WIFI beschikbaar is in diens woning.
- Betrek een naaste/mantelzorger bij het revalidatietraject en bespreek de wijze waarop deze persoon kan en wil participeren in het revalidatietraject en de zorg aan de revalidant.
- Inventariseer het bredere sociale netwerk met de revalidant en naasten en bespreek of er personen in het netwerk zijn die een rol kunnen spelen tijdens en na het revalidatietraject van de revalidant.
- Bespreek met revalidant en naaste aan welke (welzijns)voorzieningen zij mogelijk behoefte hebben in de thuissituatie. Geef waar nodig adviezen over hoe de aanvraag hiervan in gang gezet kan worden.
- Beoordeel (via huisbezoek, foto's of video) of er aanpassingen nodig zijn in de woning van de revalidant voor ontslag en zet het aanvragen/realiseren ervan in gang.
- Overweeg een oefenverlof voorafgaand aan start ambulant traject. Bijvoorbeeld als de revalidant (en/of naaste) erg opziet tegen het ontslag naar huis.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Vóór afronding klinische GR

- Evalueer met revalidant/naaste of de klinische revalidatiedoelen behaald zijn.
- Stel voor de start van de ambulante GR samen met de revalidant, ambulante revalidatiedoelen op (die bijdragen aan behalen participatiedoelen) en bespreek of de participatiedoelen moeten worden bijgesteld. Bespreek deze in het laatste MDO voor ontslag.
- Bespreek met revalidant en naasten de invulling van het ambulante traject: beoogd aantal sessies per week, vorm van de sessies (thuis, op afstand en/of poliklinisch), duur van het ambulante traject en aard van de behandeling.
- Evalueer het klinisch traject in het MDO.
- Bespreek met revalidant en naasten het vervoer naar huis (dienen zij zelf te organiseren).
- Zorg dat de ambulante sessies tijdig ingepland worden.
- Organiseer tijdig de benodigde thuiszorg voor de ambulante GR en check beschikbare mantelzorg.
- Verzorg een goede, tijdige en bij voorkeur warme overdracht naar huisarts, thuiszorg (indien van toepassing) en het ambulante revalidatieteam, als dit een apart team is met andere zorgprofessionals.

5 Uitvoering ambulante GR

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?

2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'

1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT

2 PARTICIPATIEDOELEN

3 INZETTEN eHEALTH

4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT

5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS

3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE

4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE

5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE

6 EVALUATIE EN BORGING

7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Bij start ambulante GR

- Check of de benodigde thuiszorg tijdig is gerealiseerd en stem met elkaar af.
- Bespreek met naaste/mantelzorger op welke wijze hij/zij de revalidant kan ondersteunen in het revalidatietraject. Bijvoorbeeld in de vorm van samen oefenen, hulp bij gebruik eHealth, of ondersteunen bij taken die de revalidant (nog) niet volledig zelf kan doen.
- Benadruk wederom het belang van een goede zelfmanagement en bespreek ook de rol van de naasten daarin. Bespreek met revalidant en naasten het belang van zelf oefenen en dingen zelf doen. Zoek waar nodig samen naar nieuwe strategieën. Spreek af dat de naasten ondersteunen waar nodig, maar dat ze geen dingen uit handen van de revalidant nemen die de revalidant ook (deels) zelf kan doen.
- Koppel de (aangepaste) participatiedoelen en ambulante revalidatiedoelen terug naar de revalidant (zowel mondeling als schriftelijk). Gebruik de taal van de revalidant.

Tijdens ambulante GR

- Stem regelmatig af met de thuiszorg (indien van toepassing).
- Maak gebruik van de afgesproken eHealth toepassingen tijdens de ambulante GR, bijvoorbeeld videobellen, bewegingssensoren of revalidatieapps. Evalueer het gebruik ervan met de revalidant en pas op grond daarvan eventueel dingen aan.
- Stimuleer zelfmanagement en oefen waar nodig nieuwe strategieën en vaardigheden om dagelijkse activiteiten uit te voeren.
- Evalueer met de revalidant (indien van toepassing) aangebrachte woningaanpassingen en hulpmiddelen. Kijk of het nodig is om samen het gebruik ervan te oefenen.
- Kijk in hoeverre je de revalidant en naaste kan ondersteunen bij het betrekken van mensen uit het bredere sociale netwerk, als zij daarvoor open voorstaan.
- Betrek en ondersteun naasten en stem goed af met thuiszorg.
- Bespreek nogmaals de beschikbare (welzijns)voorzieningen en peil de behoefte aan deze voorzieningen bij de revalidant. Bespreek hoe revalidant en naasten deze voorzieningen indien gewenst kunnen

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?

2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'

1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT

2 PARTICIPATIEDOELEN

3 INZETTEN eHEALTH

4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT

5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS

3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE

4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE

5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE

6 EVALUATIE EN BORGING

7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

aanvragen. Indien de revalidant al bepaalde voorzieningen gebruikt, bespreek hoe dat bevalt.

- Bespreek uitdagingen en knelpunten in de thuissituatie en zoek samen met revalidant en naasten naar oplossingsrichtingen.
- Evalueer de participatie- en ambulante revalidatiedoelen. Stel bij en vul aan waar nodig.

Vóór afronding ambulante GR

- Evalueer de participatie- en ambulante revalidatiedoelen. Wanneer de revalidant geen multidisciplinaire revalidatie meer nodig heeft om aan de openstaande doelen te werken en/of als alle doelen behaald zijn, wordt de ambulante GR beëindigd. Bespreek welke (openstaande) doelen zullen worden overgedragen naar de eerstelijns zorgprofessionals.
- Bespreek met de revalidant de definitieve datum van afronding van ambulante GR en de manier waarop de revalidant de eventuele vervolgzorg kan organiseren.
- Evalueer het revalidatietraject met revalidant/naaste en het team. Geef waar nodig ondersteuning.
- Verzorg een goede, tijdige en bij voorkeur warme overdracht naar huisarts en eerstelijns vervolgzorg (indien van toepassing).

6 Evaluatie en borging

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Evaluatie

- Maak bij de start van de implementatie afspraken over de evaluatie van klinisch-ambulante GR na verkorte klinische GR waaronder:
 - Wat wil je meten qua uitkomsten (bijv. Barthel Index/USER en COPM bij opname, klinisch ontslag en ambulante afronding)? Wil je de uitkomsten vergelijken met eerdere uitkomsten (bijv. revalidanten in het jaar ervoor)?
 - Wat wil je meten qua praktische uitvoerbaarheid van de ambulante GR (bijv. regelmatig inventariseren bij het team: wat gaat goed, wat gaat minder goed bij de uitvoering van klinisch-ambulante revalidatie)?
 - Wat wil je meten qua tevredenheid over en ervaring met klinisch-ambulante GR bij revalidanten, naasten en zorgprofessionals?
 - Wat wil je meten qua zorggebruik (bijv. duur klinische en ambulante GR en aantal sessies per traject)? Wil je de resultaten vergelijken met eerdere uitkomsten (bijv. revalidanten in het jaar ervoor)?
- Maak afspraken over wanneer je bovenstaande zaken meet en wie verantwoordelijk is voor dataverzameling en verwerking.
- Maak een plan voor de analyse en presentatie van resultaten en wie hiervoor verantwoordelijk is.

- Deel resultaten met de betrokkenen zorgprofessionals, managers en cliëntenraad.
- Maak op basis van de resultaten gezamenlijk een verbeterplan.

Borging

- Leg de afgesproken werkwijze vast in interne protocollen en zorgpaden. Spreek af wie hier verantwoordelijk voor is/zijn en wanneer het geüpdatet/geëvalueerd wordt.
- Zorg voor structurele aandacht voor klinisch-ambulante GR in scholing en werkoverleggen en andere communicatiebronnen.
- Benoem ambassadeurs of aandachtfunctionarissen voor klinisch-ambulante GR en spreek met elkaar af wat de taken zijn van deze personen.
- Zorg dat nieuwe medewerkers worden geïnformeerd/geschoold ten aanzien van klinisch-ambulante GR.
- Zorg dat de uitvoering van verbeterplannen wordt geborgd en bespreek wie verantwoordelijk is voor wat.
- Houd oog voor nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de (klinisch-)ambulante GR en maak daar gebruik van.

7

Regelgeving en bekostiging ambulante GR

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Zorg dat je actuele informatie gebruikt!

Het is belangrijk om voor de bekostiging en regelgeving van ambulante GR altijd de meest actuele informatie te raadplegen. Regelmatig worden er kleinere of grotere aanpassingen gedaan aan regelgeving en bekostiging dus het is belangrijk deze goed in de gaten te houden.

Stem goed af met de zorgverzekeraar

Het is van belang goed zicht te hebben op het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars ten aanzien van klinisch-ambulante GR en direct ambulante GR. Tevens is het belangrijk om te checken of de wijze waarop de zorgorganisatie de regelgeving interpreteert, goed overeenkomt met hoe de zorgverzekeraar/zorginkoper dit interpreteert.

Waar vind ik actuele informatie?

Er zijn diverse bronnen waar je actuele informatie kunt vinden over de regelgeving en bekostiging van ambulante GR, zoals bijvoorbeeld: Zorginstituut Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars en Actiz.

Zorginstituut Nederland (ZIN)

Het zorginstituut adviseert aan de minister van VWS wat onder het basispakket van de zorgverzekeringswet valt. Zij bieden informatie over de aanspraak en wijzigingen daarin, zoals bijvoorbeeld het vervallen van de eis van een verplichte klinische opname voorafgaand aan ambulante GR.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa stelt de regels voor registratie en declaratie vast (beleidsregels).

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars publiceren jaarlijks hun inkoopbeleid voor o.a. de geriatrische revalidatie. De voorwaarden kunnen per zorgverzekeraar enigszins verschillen.

Actiz

De brancheorganisatie voor zorgorganisaties biedt actuele informatie over (veranderingen in) de regelgeving en bekostiging van ambulante GR.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?
- 2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE
- 4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE
- 6 EVALUATIE EN BORGING
- 7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

Regelgeving en bekostiging ambulante GR per 1 januari 2026

In het onderstaande wordt de regelgeving en bekostiging van ambulante GR beschreven, zoals geldig per 1 januari 2026:

- De regelgeving voor geriatrische revalidatie valt onder de regelgeving van de medisch specialistische zorg. Voor de GRZ geldt in 2026 de volgende regelgeving:



- [Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg](#)
- [DBC-pakket 2026](#)
- [Wijzigingsbesluit houdende wijziging van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en van de Regeling medisch-specialistische zorg](#)

- Per 1 januari 2025 hoeft GR bij aanvang niet langer gepaard te gaan met verblijf, maar kan ook direct ambulant worden geleverd. Deze verandering is per 1 januari 2026 ook doorvertaald naar de DBC-systematiek. Daarmee vallen sindsdien ook direct ambulante GR-trajecten onder de bestaande DBC-zorgproducten voor ambulante geriatrische revalidatie.
- Ook is het per 1 januari 2026 mogelijk een ambulante behandeldag te registreren ook als er maar één behandeling op de desbetreffende dag plaats vond. Ambulante GR betreft echter wel altijd een multidisciplinaire aanpak, maar dat betekent dus niet dat de behandeling van de betrokken disciplines op dezelfde dag moet plaatsvinden.
- Alle ambulante vervolgetrajecten hebben een maximale looptijd van 120 dagen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een ambulant DBC.

- Voor direct ambulant kun je direct met een ambulant DBC beginnen, zonder voorafgaand klinisch DBC.

Let op: bovenstaande informatie kan verouderd zijn, dus check altijd of er sprake is van wijzigingen.

Programma 'Thuis als het Kan'

Voor het programma 'Thuis als het Kan' geldt het uitgangspunt dat ambulante GR géén toevoeging is op het klinisch GR-traject, maar een gedeeltelijke vervanging ervan. Dit betekent dat er sprake moet zijn van een verkort klinisch GR traject als er gekozen wordt voor een ambulant vervolg. Het streven hierbij is om de klinische GR duur met gemiddeld minimaal 5 dagen te verkorten.

Uit de overkoepelende economische evaluatie die is uitgevoerd in het project 'Thuis als het Kan', kwam naar voren dat het programma 'Thuis als het Kan' iets lagere kosten per patiënt met zich mee lijkt te brengen dan volledig klinische revalidatie, bij een gemiddelde verkorting van de klinische opnameduur met 5 dagen.

Wat betekent dit voor de passendheid van de huidige bekostiging?

De ervaringen van de 8 zorgorganisaties die deelnamen aan het programma 'Thuis als het Kan' zijn wisselend wat betreft de bekostiging. Deze liepen uiteen van organisaties die van mening waren dat de kosten voldoende gedekt werden met de reguliere bekostiging, tot organisaties die de reguliere bekostiging als ontoereikend ervaarden. Factoren die hier waarschijnlijk een rol bij spelen zijn:

- De mate waarin zorg op afstand (eHealth) wordt toegepast. Hoe meer, hoe efficiënter.

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

≡ INHOUDSOPGAVE

- 1 **WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?**
- 2 **KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'**
 - 1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT
 - 2 PARTICIPATIEDOELEN
 - 3 INZETTEN eHEALTH
 - 4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT
 - 5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS
- 3 **VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE**
- 4 **UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 5 **UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE**
- 6 **EVALUATIE EN BORGING**
- 7 **REGELGEVING EN BEKOSTIGING**

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA

- De mate waarin huisbezoekroutes efficiënt kunnen worden ingepland. Bij grotere aantallen revalidanten die ambulantly gaan, zijn de bezoeken efficiënter in te plannen.
- Het wel of niet werken met een speciaal ambulantly team. Het werken met een speciaal ambulantly team, is mogelijk efficiënter als men grotere aantallen ambulante revalidanten heeft.
- De afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Er kunnen verschillen tussen zorgverzekeraars zijn wat betreft de polis- of inkoopvoorwaarden.
- De invulling van het ambulante deel van het programma. Hierbij kan gedacht worden aan frequentie, duur en aard van de ambulante behandeling.
- De gemiddelde klinische opnameduur bij start van de implementatie. Als de gemiddelde klinische opnameduur ruim onder het landelijk gemiddelde ligt, is het waarschijnlijk moeilijker om de opnameduur gemiddeld met minimaal 5 dagen te verkorten.
- De aard van de DBC- systematiek. De DBC-systematiek kan het soms onaantrekkelijk maken voor zorgorganisaties om een revalidant ambulantly te laten gaan. Bijvoorbeeld wanneer deze klinisch dan net in een ongunstiger tarief (DBC 'bakje') valt.
- Het wel of niet direct vullen van eerder vrijgekomen bedden. Hoewel de verwachting is dat de vraag naar GR toe zal nemen de komende jaren, zitten er wel fluctuaties in deze groei. Dit kan betekenen dat eerder vrijgekomen bedden niet altijd gevuld kunnen

worden. Als eerder vrijgekomen bedden wel direct gevuld kunnen worden, kan dit betekenen dat het personeel mee zal moeten groeien. Dit omdat de werkdruk toeneemt i.v.m. de ambulante trajecten die dan naast de klinische trajecten lopen.

Bij het toepassen van klinisch-ambulante revalidatie is het daarom altijd van belang voor zorgorganisaties om qua bekostiging de vinger goed aan de pols te houden en bij te sturen waar nodig.

Experiment Revalidatie en herstellzorg

Naar verwachting start per 1 januari 2027 een geselecteerde groep zorgorganisaties met het Experiment Revalidatie en herstellzorg. In dit experiment wordt een nieuwe vorm van modulaire bekostiging uitgetest. Hierbij wordt gewerkt met verschillende modules. Er is een module voor het verblijf, die aangevuld kan worden met verschillende behandelmodules. Hierdoor kan zorg beter afgestemd worden op de behoeften van de patiënt. Afhankelijk van de zorgvraag kunnen verschillende modules worden ingezet. In dit experiment wordt ook de ambulante GR meegenomen. Het experiment zal vijf jaar gaan lopen naast de huidige bekostiging. Op basis van de evaluatie van het experiment wordt bepaald of het systeem daarna structureel ingezet gaat worden. Voor actuele informatie hierover zie [website NZa](#).



Bijlage I: Stroomschema klinisch-ambulante GR

SAMENWERKINGSPARTNERS

COLOFON

LEESWIJZER

INHOUDSOPGAVE

1 WAAROM KLINISCH-AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE?

2 KERNELEMENTEN 'THUIS ALS HET KAN'

1 VAN KLINISCH NAAR AMBULANT

2 PARTICIPATIEDOELEN

3 INZETTEN eHEALTH

4 VERSTERKEN ZELFMANAGEMENT

5 SAMENWERKING ZORGPARTNERS

3 VOORBEREIDING IMPLEMENTATIE

4 UITVOERING VERKORTE KLINISCHE GERIATRISCHE REVALIDATIE

5 UITVOERING AMBULANTE GERIATRISCHE REVALIDATIE

6 EVALUATIE EN BORGING

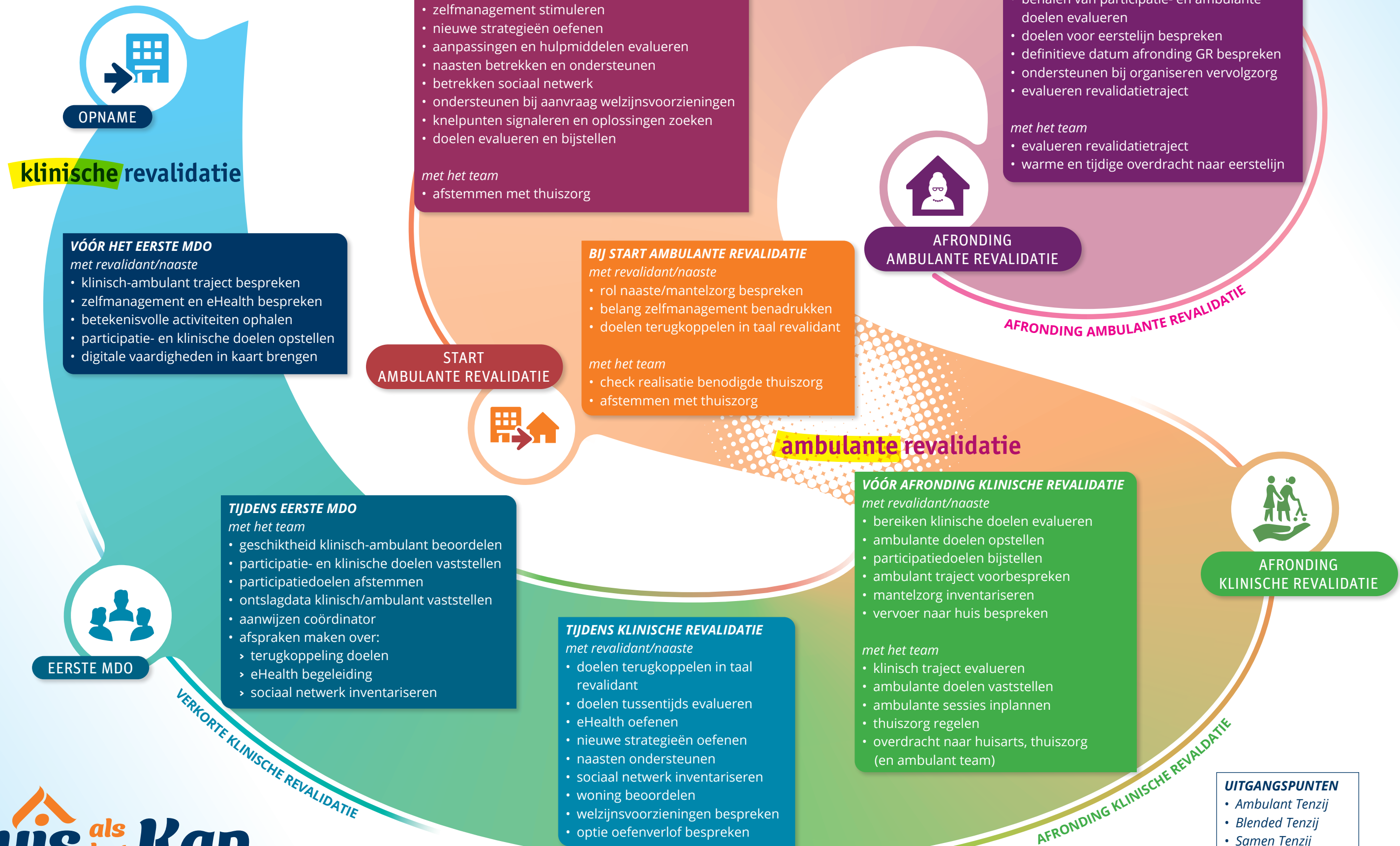
7 REGELGEVING EN BEKOSTIGING

BIJLAGE

i STROOMSCHEMA



Uitvoering klinisch-ambulante geriatrische revalidatie (GR)



Uitvoering klinisch-ambulante geriatrische revalidatie (GR)

klinische revalidatie



TUSSEN OPNAME EN EERSTE MDO

OPNAME

Besprek met revalidant/naaste

- het klinisch-ambulante traject
- het belang van zelfmanagement
- het gebruik van eHealth tijdens de revalidatie
- welke betekenisvolle activiteiten de revalidant weer zou willen kunnen na revalidatie

Formuleer op basis daarvan samen

- participatiedoelen en splits deze op in klinische revalidatiedoelen
- gebruik de taal van de revalidant!

Beoordeel

- digitale vaardigheden revalidant



TIJDENS EERSTE MDO

EERSTE MDO

Vast onderdeel eerste MDO

- bespreek of revalidant in aanmerking komt voor klinisch-ambulant traject

Indien klinisch-ambulant traject

- bespreek participatie- en klinische revalidatiedoelen
- zorg dat alle disciplines dezelfde participatiedoelen hanteren
- bepaal verwachte ontslagdata klinisch en ambulant
- wijs coördinator (casemanager) aan

Maak afspraken over

- wie koppelt doelen terug naar revalidant/naaste en in welke vorm?
- wie begeleidt de eHealth voorbereiding?
- wie brengt sociaal netwerk in kaart en initieert het betrekken ervan?



TIJDENS (VERKORTE) KLINISCHE REVALIDATIE

TIJDENS KLINISCHE REVALIDATIE

Terugkoppelen en evalueren doelen

- koppel vastgestelde participatie- en klinische doelen zowel mondeling als schriftelijk terug aan revalidant en naasten
- gebruik taal van de revalidant
- evalueer de doelen tussentijds

eHealth

- oefen het werken met eHealth met revalidant/naaste

Zelfmanagement

- oefen nieuwe strategieën/vaardigheden
- betrek naaste/mantelzorger bij traject en bespreek wijze waarop men wil participeren
- inventariseer breder sociaal netwerk en hun eventuele rol tijdens en na revalidatie
- beoordeel woning i.v.m. aanpassingen en veiligheid (via bezoek, foto's, of video)
- bespreek beschikbare welzijnsvoorzieningen (sociaal domein) die mogelijk relevant zijn voor de revalidant
- overweeg oefenverlof



UITGANGSPUNTEN

- Ambulant Tenzij
- Blended Tenzij
- Samen Tenzij



VOÓR AFRONDING KLINISCHE REVALIDATIE

AFRONDING KLINISCHE REVALIDATIE

Doen en bespreken met revalidant/naasten

- evalueer bereiken klinische doelen
- stel samen ambulante revalidatiedoelen op en bekijk samen of de bestaande participatiedoelen moeten worden aangevuld of bijgesteld
- koppel (na bespreking in MDO) de opgestelde doelen mondeling en schriftelijk terug
- bespreek invulling ambulant traject
- inventariseer beschikbare mantelzorg
- bespreek vervoer naar huis

Voorbereidingen ambulante revalidatie

- inplanning ambulante sessies
- organiseer benodigde thuiszorg
- verzorg goede, tijdige en bij voorkeur warme overdracht naar huisarts, thuiszorg en (indien van toepassing) ambulant revalidatieteam

ambulante revalidatie



BIJ START AMBULANTE REVALIDATIE

START AMBULANTE REVALIDATIE

Doen en bespreken

- check of benodigde thuiszorg is gerealiseerd en stem met thuiszorg af
- bespreek met naaste/mantelzorg hoe zij revalidant kunnen ondersteunen
- benadruk hierbij het belang van zelfmanagement: niet overnemen als revalidant het (deels) zelf kan
- doelen terugkoppelen in taal revalidant



TIJDENS AMBULANTE REVALIDATIE

TIJDENS AMBULANTE REVALIDATIE

Doen en bespreken

- gebruik en evalueer eHealth
- stimuleer zelfmanagement en oefen nieuwe strategieën en vaardigheden
- evalueer woningaanpassingen en gebruik hulpmiddelen
- betrek en ondersteun naasten
- betrek sociaal netwerk indien mogelijk en gewenst
- ondersteun bij aanvraag welzijnsvoorzieningen
- bespreek knelpunten en zoek samen naar oplossingen
- evalueer participatie- en ambulante revalidatiedoelen en stel bij waar nodig
- zoek afstemming met de thuiszorg (indien van toepassing)



VOÓR AFRONDING AMBULANTE REVALIDATIE

AFRONDING AMBULANTE REVALIDATIE

Bespreek met revalidant/naaste

- het behalen van participatie- en ambulante doelen: indien behaald of geen multidisciplinaire GR meer nodig, rond revalidatietraject af
- welke (openstaande) doelen overgedragen worden naar eerstelijns
- definitieve datum afronding ambulante revalidatie

Evalueren en overdragen

- evalueer revalidatietraject met het team
- evalueer revalidatietraject met revalidant en naaste
- ondersteun revalidant bij organiseren vervolgzorg
- zorg voor goede, tijdige en bij voorkeur warme overdracht naar eerstelijns

Thuis als het *Kan*

Handleiding klinisch-ambulante geriatrische revalidatie

Verkorte klinische revalidatie
gevolgd door ambulante revalidatie