

# Revalideren is leren

*Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van NAH-patiënten met revalideren op basis van leerprincipes in UMCG Beatrixoord*

Wouter de Vries (391529)

Academie voor Gezondheidsstudies, opleiding voor Logopedie Voltijd

13 juni 2022

Osiriscode: LOVB19BT

Begeleider: Anna Hüttmann

1<sup>e</sup> beoordelaar: Joost Hurkmans

2<sup>e</sup> beoordelaar: Judith Feiken

Wordcount: 5995

## Samenvatting

### Inleiding

Revalideren is leren, wat betekent dat revalidatie elementen van een leerproces in zich moet hebben. Deze elementen zijn door Inge Vuijk vertaald naar 11 leerprincipes. Het leerprincipe "eigenaarschap" betekent bijvoorbeeld dat de patiënt zelf doelen stelt en eigenaar is van zijn eigen revalidatieproces. De leerprincipes zijn geïmplementeerd in revalidatiecentrum "Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) Beatrixoord", op de klinische afdeling waar patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) revalideren. Elke doordeweekse dag is "Revaliderend Leren" geroosterd, waarin therapeuten aanwezig zijn om op vraag van de patiënt te oefenen. In de praktijk blijkt dat patiënten afwachtend zijn en de regie bij de behandelaar neerleggen. Verdere implementatie van de leerprincipes vraagt om een uitgebreid onderzoek naar de patiëntenervaringen. De centrale onderzoeksvraag luidt: *"Hoe ervaren NAH-patiënten uit Beatrixoord Revaliderend leren?"*

### Methode

Bovenstaande onderzoeksvraag is beantwoord door middel van kwalitatief onderzoek. Er zijn half-gestructureerde interviews afgenomen bij NAH-patiënten uit Beatrixoord. Er is een interviewgide opgesteld met de topics: patiënt, revaliderend leren patiënt, doelen, hulp en samenwerken, regie, context en mening. De interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd waarna de samenhang tussen de data is gerapporteerd.

### Resultaten

Er zijn 6 patiënten geïnterviewd. Patiënten geven aan positieve ervaringen te hebben met Revaliderend leren. Zij vinden het prettig om deze uren zelf te mogen indelen en te bepalen wat zij willen oefenen. Patiënten werken hierbij vooral samen met de therapeut. Doelen worden door de patiënt bedacht of in overleg met de therapeut. Patiënten ervaren "eigen regie" in het zelf indelen van de uren en tijdens behandelingen, waarin er altijd overleg is met de therapeut. Patiënten zien het leren binnen Beatrixoord als betekenisvol en geven aan dat het geleerde bijdraagt aan hun zelfstandigheid. Revaliderend leren wordt door enkele patiënten gezien als te veel en te snel achter elkaar. Patiënten geven aan op tijd te staan vanwege de planning. Daarnaast is het niet altijd duidelijk wat er met Revaliderend leren wordt bedoeld en wat de mogelijkheden binnen Beatrixoord zijn.

### Discussie

Enkele aanpassingen om patiënten nog optimaler tot revaliderend leren te laten komen zijn gericht op de tijdsplanning, het zichtbaar maken van doelen en het kiezen van een andere benaming. Door omstandigheden binnen Beatrixoord zijn alleen patiënten met fysieke beperkingen geïnterviewd. Daarom wordt aanbevolen om, voor verdere implementatie van de leerprincipes, ook de ervaringen van patiënten met talige en cognitieve problemen in kaart te brengen. Daarnaast wordt aanbevolen om de ervaringen van medewerkers te onderzoeken.

**Kernwoorden:** Revaliderend Leren, NAH-patiënten, ervaringen

## Abstract

### Introduction

Rehabilitation is learning. This means that rehabilitation must include elements of a learning process. These elements are divided into 11 learning principles by Inge Vuijk. For example the learning principle "ownership", which means that the patient sets its own goals for the rehabilitation and directs its own process. These learning principles are applied in rehabilitation center "University Medical Center Groningen (UMCG) Beatrixoord", in the ward where patients with acquired brain injury (ABI) rehabilitate. Every weekday "Rehabilitative Learning" is scheduled. During these hours therapists are there to practice with the patient at the demand of the patient. Practically, it appears that patients put the healthcare professional in charge. Further implementation of the learning principles requires extensive research into patient experiences. The central research question is: *"How do patients with ABI from Beatrixoord experience Rehabilitative learning?"*

### Method

The above research question has been answered by qualitative research. Semi-structured interviews were conducted with patients with ABI from Beatrixoord. An interview guide has been made with the topics: patient, rehabilitative learning patient, goals, help/collaboration, self-control, context and opinion. The interviews were transcribed and coded, after which the connections between the data was reported.

### Results

6 patients were interviewed. Patients have positive experiences with Rehabilitative learning. They like to be able to fill the hours themselves and determine what they want to practice. Patients mainly work together with the therapist. Goals are chosen by the patient or in cooperation with the therapist. Patients experience "self-control" in organizing the hours themselves and during treatments. During treatments there is always a consultation with the therapist. Patients experience their learning process in Beatrixoord as meaningful. The things they learn contribute to their independence. Rehabilitative learning is experienced by some patients as too much and quickly. Patients indicate that they feel pressure because of the schedule. In addition, it is not always clear what is meant by "Rehabilitative learning" and what the possibilities are to learn within Beatrixoord.

### Discussion

Some adjustments to enable patients to achieve a more optimal learning process are aimed at scheduling, making goals clear and choosing a different name. Due to circumstances within Beatrixoord, only patients with physical limitations were interviewed. It is therefore recommended, for further implementation of the learning principles, to also map the experiences of patients with language and cognitive problems and those of the healthcare professionals in Beatrixoord.

**Keywords:** Rehabilitation learning, patients with ABI, experiences

## Inleiding

De nadruk in de gezondheidszorg is in de afgelopen jaren komen te liggen op zorg waarin de patiënt centraal staat en zijn behoeften het uitgangspunt zijn (Buijck, 2016). De zorg, de ondersteuning en begeleiding moeten persoonsgericht zijn en er wordt samengewerkt met de patiënt en zijn sociale omgeving (Verhoef, 2013). In de Nederlandse praktijk krijgen persoonsgerichte zorg, zelfmanagement en eigen regie steeds meer aandacht. Zelfmanagement betekent het vermogen van de patiënt om zelf goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlverandering (Verhoef, 2013). Zelfmanagement vraagt om een actieve houding van de patiënt waarin hij zelf de regie over zijn leven houdt en meebeslist in het behandelproces, zodat patiënten hun leven kunnen leiden zoals zij dat willen en de zorg hierop aansluit. Dit vereist kennis, competenties en motivatie van de patiënt in het behandelproces (Van Zaalen et al., 2018).

Elk jaar komen er een groot aantal waardevolle inzichten, werkwijzen en technieken gericht op bovenstaande ontwikkeling beschikbaar op basis van wetenschappelijk onderzoek, experimenteren en evalueren in de praktijk (Wensing & Grol, 2017). Het percentage dat vervolgens wordt geïmplementeerd in de dagelijkse patiëntenzorg is aanzienlijk kleiner, aldus Wensing en Grol (2017). Het gevolg hiervan kan zijn dat patiënten ten onrechte geen kwalitatief goede zorg ontvangen of zorg die achterhaald is. Op brede schaal wordt geconstateerd dat in de gezondheidszorg vaak sprake is van onvoldoende, overbodige of foute zorg (Wensing & Grol, 2017). Het is daarom van belang dat er aandacht besteed wordt aan de invoering van waardevolle werkwijzen in de praktijk. Hiermee wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg (Wensing & Grol, 2017). In de meeste gevallen is er sprake van een samenspel van meerdere factoren die een succesvolle implementatie van een inzicht, werkwijze of techniek in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Onder andere kennis, vaardigheden en bestaande routines van zorgprofessionals, maar ook kenmerken van de innovatie en de economische, administratieve en organisatorische context dragen hieraan bij. De attitude, kennis, gedrag, medewerking, behoeften en prioriteiten van patiënten kunnen eveneens de implementatie van nieuwe werkwijzen bevorderen of belemmeren (Wensing & Grol, 2017).

In september 2021 werd er in Nederland een campagne gelanceerd vanuit patiënten- en bracheorganisaties uit de medisch-specialistische zorg genaamd "Samen beslissen". Bij Samen Beslissen zoeken patiënten samen met de zorgprofessional naar de zorg die het beste bij de patiënt past (Patiënten Federatie Nederland, 2022). Samen beslissen verbetert de zorg doordat behandelingen beter aanslaan en patiënten meer tevreden zijn. Daarnaast houden patiënten zich trouwer aan afspraken met de zorgprofessional als zij worden betrokken bij de beslissing (Patiënten Federatie Nederland, 2022). Singh (2011) rapporteert eveneens dat er aanwijzingen zijn dat patiënten betrekken bij beslissingen een positief effect heeft op de klinische uitkomsten van de zorg, het zorggebruik, de waardering van de patiënt en de kwaliteit van leven.

Ondanks dat volgens Singh een patiënt betrekken bij beslissingen op veel vlakken een positief effect heeft, rapporteert Vuijk (2014) dat in de praktijk blijkt dat patiënten zich afhankelijk opstellen van zorgprofessionals en zich voegen naar het zorgsysteem. Patiënten hebben verleerd om zelf keuzes te maken in het zorgproces, op basis van intrinsieke motivatie en eigen verantwoordelijkheid. Volgens Vuijk (2014) is dit zichtbaar in de revalidatiezorg. Patiënten moeten zich in het revalidatiecentrum houden aan regels, volgen weekroosters met therapieafspraken en verliezen daarbij een groot deel van hun eigen verantwoordelijkheid en eigen regie. Na het klinische ontslag is het voor patiënten weer de bedoeling om hun eigen regie op te pakken en moeten zij de in het revalidatiecentrum geoefende activiteiten toepassen in het echte leven. Daartussen zit een groot verschil (Vuijk, 2014).

Revalidatie is op te vatten als een continu leerproces. Dat betekent dat revalidatie alle elementen van een effectief leerproces in zich moet hebben (Buijck, 2016). Vanuit de visie dat revalideren voornamelijk leren is, worden in het boek "Revalideren is leren" van Inge Vuijk (2014), 11 leerprincipes uiteengezet. Door revalideren als leertraject in te richten ontdekt een patiënt zelf wat hij nodig heeft om mee te blijven doen en prioriteiten te stellen voor doelen die hij wil bereiken. De leerprincipes dienen als handvatten om een leerproces bewust te kunnen beïnvloeden en daarmee een leertraject, zoals het revalidatieproces, gericht te kunnen regisseren waardoor bijvoorbeeld de regie bij de patiënt blijft liggen (Vuijk, 2014). In tabel 1 worden de leerprincipes uit het boek van Vuijk (2014) toegelicht en voorzien van een praktijkvoorbeeld.

Tabel 1-Leerprincipes uit het boek "Revalideren is leren" van Vuijk (2014) met praktijkvoorbeelden.

<b>Leerprincipe</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Voorbeeld</b>
<i>Eigenaarschap</i>	Een patiënt gaat zich ontwikkelen en sneller leren als hij intrinsiek gemotiveerd is, weet waarvoor hij leert, verantwoordelijkheid neemt en de prioriteiten van zijn eigen revalidatie bepaalt.	Een patiënt bepaalt, met ondersteuning van de professional, zijn eigen leerdoelen op basis van zijn eigen prioriteiten.
<i>Subjectief</i>	Het leerproces is subjectief; iedereen leert op zijn eigen manier, in een eigen volgorde en tempo. Dit geldt ook voor de revalidatie.	De ene patiënt wil zonder hulp van thuiszorg functioneren terwijl de andere patiënt kiest om thuiszorg in te schakelen om zo sneller en met meer energie aan de dag te kunnen beginnen.
<i>Associatief</i>	De patiënt heeft eerst een voorbeeld of ervaring nodig om een referentiekader te ontwikkelen van waaruit hij kan associëren binnen de eigen mogelijkheden.	Door alleen of met andere patiënten erop uit te gaan, zoals reizen met het OV, krijgt de patiënt inzicht in zijn eigen mogelijkheden.
<i>Concentrisch</i>	Leren is een concentrisch proces waarbij er steeds meer wordt waargenomen in eenzelfde situatie. Hierdoor krijgt men een ruimer beeld van de mogelijkheden en risico's in een situatie.	Door op verschillende momenten en op verschillende locaties te trainen ontwikkelt de patiënt een reëler beeld van zijn eigen kunnen.
<i>Discomfort</i>	Mensen leren sneller wanneer ze buiten hun comfortzone stappen. Een situatie die niet herkend wordt levert de noodzaak op om ander en vaak meer effectief gedrag te ontwikkelen.	De omgeving en de mensen binnen het revalidatiecentrum zijn aangepast. Buiten op straat is de plek waar de patiënt zich bewust wordt van de nieuwe mogelijkheden.
<i>Bewust worden</i>	Het is belangrijk dat een patiënt zich bewust is van zijn eigen gedrag. In een situatie met anderen kan alleen het eigen gedrag veranderd worden. Bewustwording is dus belangrijk om de situatie te kunnen beïnvloeden.	Wanneer een patiënt zich bewust is van zijn eigen gedrag en de impact van zijn nieuwe fysieke mogelijkheden op zijn functioneren, kan hij nieuwe manieren zoeken om weer effectief te participeren.
<i>Veranderen</i>	Leren betekent veranderen. Wanneer een patiënt zich bewust is dat bepaalde handelingen ineffectief zijn of een ongewenst effect opleveren, dan moet hij open staan om te zoeken naar een andere manier van handelen.	Revalideren is de zoektocht naar een nieuwe manier waarop een patiënt bijvoorbeeld met zijn kinderen kan spelen. De patiënt zal zijn activiteiten anders moeten gaan plannen of anders aanpakken om het voor hem gewenste resultaat te bereiken.
<i>Verwoorden</i>	Een effectieve manier om snel te leren is door in woorden aan te geven wat wordt waargenomen. Door in eigen woorden op te schrijven wat men van een situatie begrepen heeft wordt dit makkelijker onthouden. Daarnaast biedt het opschrijven een herhalingsmoment.	Patiënten die tijdens hun revalidatie een dagboek of portfolio bijhouden leren sneller dan andere patiënten.
<i>Van grijpen naar begrijpen</i>	Om groot leereffect te bereiken is het noodzakelijk dat de patiënt vanuit concrete ervaringen (grijpen) de koppeling maakt naar het bewust worden en ordening van deze ervaringen (begrijpen).	Als de zorgprofessional voorzegt hoe de patiënt het beste boodschappen kan doen dan ligt de regie bij de professional. Hierbij is er geen ruimte voor een patiënt om zijn eigen manier te ontwikkelen door vallen en opstaan.
<i>Samen</i>	Door samen te leren kan het perspectief of voorbeeld van anderen aanknopingspunten bieden om het eigen handelen en het eigen perspectief opnieuw te bekijken.	Een patiënt kan samen met ervaringsdeskundigen voorbeelden uitwisselen waardoor hij op nieuwe invalshoeken komt.
<i>Betekenisvolle context</i>	Als de situatie relevant is om te leren dan staat de patiënt hier meer voor open en gaat het leren sneller en effectiever. Er ontstaat dan motivatie om te zoeken naar oplossingen voor de belemmeringen die patiënten concreet ervaren.	Rolstoeltraining of looptraining wordt betekenisvol wanneer dit gebeurt tijdens het lopen naar de supermarkt, naar de WC of op de trap in het eigen huis.

Het doel van revalideren op basis van de leerprincipes is dat een patiënt zo snel mogelijk weer in zijn eigen omgeving functioneert en dat hij op latere momenten gebruik kan maken van de opgedane leerervaringen. Het revalidatiecentrum moet zo veel mogelijk als betekenisvolle leeromgeving ingericht zijn en zal bijvoorbeeld belemmeringen uit de maatschappij moeten bieden, familie erbij moeten betrekken, het rooster meer moeten loslaten en zorgprofessionals leerhulp laten bieden (Vuijk, 2014).

De leerprincipes zijn sinds 2019 geïmplementeerd in revalidatiecentrum Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) Beatrixoord, binnen de klinische neurorevalidatiecluster-afdeling als basisprincipes. De leerprincipes worden toegepast in de gehele revalidatie en er worden omstandigheden gecreëerd om de principes meer te kunnen toepassen, bijvoorbeeld door de planning verder los te laten (G. Katoele-de Boer, email, 21 april 2022). Op de afdeling revalideren volwassen patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Men spreekt van NAH wanneer er sprake is van beschadiging aan de hersenen die is ontstaan door een ongeval of ziekte zoals een beroerte (Hersenstichting, z.d.). Sinds juni 2021 is elke doordeweekse dag van 8.00 uur tot 10.00 uur "Revaliderend Leren" geroosterd. Tijdens deze uren zijn er wisselend een ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, psycholoog en activiteitentherapeut aanwezig om op vraag van de patiënt te trainen, met wat voor de patiënt op dat moment relevant is. Hierbij wordt er geleerd in de betekenisvolle context en ligt de regie zo veel mogelijk bij de patiënt, voor zover een patiënt hiertoe cognitief in staat is. Daarnaast hebben patiënten een therapie-rooster met geplande therapie-afspraken (G. Katoele-de Boer, email, 15 februari 2022). Buiten de geplande therapieafspraken ligt het bij de patiënt om zelfstandig leermomenten te creëren en bijvoorbeeld ervaringen uit te wisselen met medepatiënten.

De gevolgen van NAH verschillen per patiënt. Er kunnen in meer of mindere mate verstoringen optreden in fysieke mogelijkheden door bijvoorbeeld een verlamming, maar ook cognitieve mogelijkheden zoals problemen in de concentratie, spraak- en taalvermogen, plannen en structureren en het leervermogen (de Jong, 2016). Wanneer een patiënt weinig leerbaar is dan wordt er binnen de interdisciplinaire aanpak ingezet op het aanpassen van de omgeving, het bieden van hulp en structuur om de patiënt zo goed mogelijk te laten functioneren (Schönherr & Spikman, 2012). Echter balanceren professionals die deze patiënten begeleiden tussen de regie hierbij te veel overnemen en de patiënt te veel aan zijn lot overlaten (Witteveen, 2010). Ondanks gevaren zoals overschatting en overvraging van de patiënt, is het van belang om de patiënt mede sturing te geven aan het eigen leven en zelf laten bepalen wat er voor hem belangrijk is. Vraaggestuurde zorg vraagt van zorgprofessionals dat zij in de alledaagse hulpverleningssituatie kunnen inspelen op de vragen van de patiënt en zelfstandig zijn in het handelen (Witteveen, 2010). Van patiënten wordt ook een ander gedrag verwacht. In de praktijk blijkt dat patiënten in Beatrixoord geneigd zijn meer af te wachten, de regie leggen bij de behandelaar en het lastig vinden om tot revaliderend leren te komen (Gerlinde Katoele-de Boer, persoonlijke communicatie, 28 februari 2022).

Om inzicht te krijgen in de ervaringen en beweegredenen van patiënten binnen Revaliderend Leren, zijn in november 2021 15 klinische patiënten van de afdeling geïnterviewd door therapeuten. Het doel van dit onderzoek was om, op basis van de ervaringen, de leerprincipes verder te implementeren. Door interviews te houden is gevraagd naar de doelen van patiënten, het leren in de context en in welke mate patiënten eigen regie ervaren. Enkele resultaten waren dat patiënten meer zelf hun dag in wilden delen, dat niet altijd alle behandelaren op de hoogte zijn van hun doelen en dat patiënten niet altijd tevreden zijn over de staat en vormgeving van de afdeling, waardoor er niet geleerd kan worden in de context. Op basis van de verkregen informatie is Revaliderend Leren aangepast en ziet de implementatie er nu uit zoals eerder is benoemd. In het onderzoek is geen correcte onderzoekscyclus nagelopen. In de dataverzameling zijn de antwoorden van patiënten in trefwoorden genoteerd door therapeuten. Er zijn geen volledige transcripten gemaakt en de data-analyse is niet methodisch uitgevoerd. Dit heeft mogelijk effect gehad op de resultaten. De therapeut-patiënt-relatie kan er voor gezorgd hebben dat een patiënt zich niet vrij voelde om te antwoorden. Daarnaast is er mogelijk, in de ogen van de therapeut irrelevante, maar toch relevante informatie verloren gegaan.

Verdere implementatie van de leerprincipes vraagt om een uitgebreider onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de leerprincipes door een onafhankelijke onderzoeker, omdat behoeften en prioriteiten van patiënten de implementatie van nieuwe werkwijzen dus kunnen bevorderen of belemmeren (Wensing & Grol, 2017). Om de ervaringen in kaart te kunnen brengen is de volgende centrale onderzoeksvraag opgesteld: *"Hoe ervaren NAH-patiënten uit Beatrixoord Revaliderend Leren?"* Het doel van het onderzoek is om uit de ervaringen praktische aanbevelingen te halen voor verbetering, waardoor patiënten nog optimaler tot revaliderend leren kunnen komen.

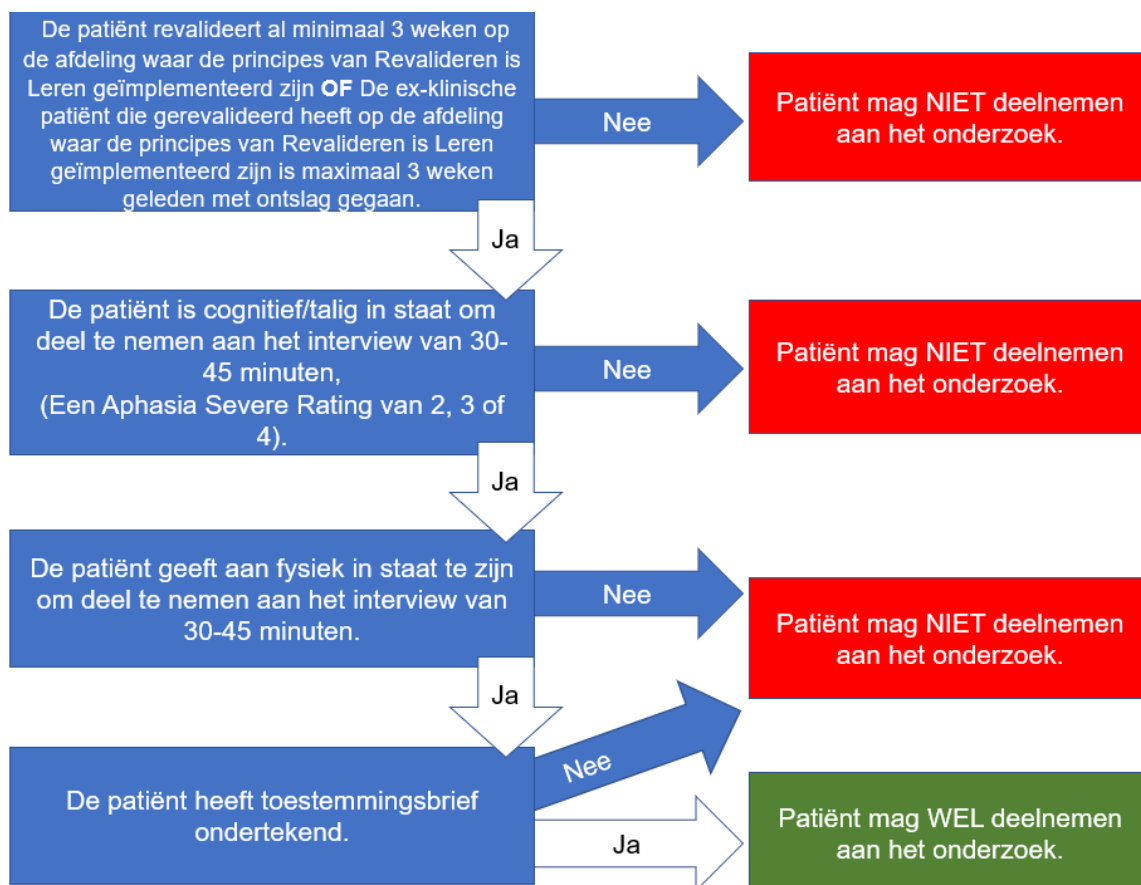
## Methode

### Onderzoeksmethode

De onderzoeksvraag "Hoe ervaren NAH-patiënten uit Beatrixoord Revaliderend leren?" is door middel van kwalitatief onderzoek beantwoord. Kwalitatief onderzoek gaat om het beschrijven en interpreteren van problemen van situaties, gebeurtenissen en personen met behulp van gegevens van kwalitatieve aard, zoals belevingen en ervaringen (Baarda, 2019). Omdat in dit onderzoek ervaringen in kaart zijn gebracht was kwalitatief onderzoek de beste mogelijkheid.

### Participanten

Participanten zijn NAH-patiënten die minstens 3 weken op de klinische neurorevalidatiecluster-afdeling in Beatrixoord revalideren en ex-klinische patiënten van deze afdeling, die maximaal 3 weken geleden met ontslag zijn gegaan. Volgens mevrouw Katoele-de Boer, fysiotherapeut en coördinator van Revaliderend leren in Beatrixoord, hebben patiënten na het genoemde aantal weken een goed beeld gekregen van Revaliderend leren (persoonlijke communicatie, 10 mei 2022). Een exclusiecriteria was een score van 1 of lager op de Aphasia Severity Rating (ASR) (Simmons-Mackie et al, 2018) (zie tabel 2), omdat de onderzoeker patiënten met cognitieve en/of talige problemen niet wilde uitsluiten van het onderzoek. Verder moest de patiënt fysiek in staat zijn voor de interviewafname. Op basis van deze criteria is een beslisboom gemaakt, weergegeven in figuur 1. Door mevrouw Katoele-de Boer zijn willekeurig patiënten geselecteerd uit het patiëntenbestand. Omdat er gesproken wordt over patiëntenervaringen wordt in het verdere onderzoeksverslag gerefereerd naar "patiënt" in plaats van "participaat".



Figuur 1-Beslisboom selectieprocedure

Tabel 2- Aphasia Severity Rating (ASR)

Number	Rating Anchor
0	Speech, writing and/or auditory comprehension are not functional. Any attempts to speak or use of fluent utterances are not understandable to the listener OR the individual may not attempt to speak at all.
1	The individual may occasionally produce words or phrases that are meaningful in context, but communication is fragmentary and not possible without significant help from the listener e.g. guessing, questioning. Conversation is very 'one sided' with the listener bearing almost all of the burden. An extremely limited amount or range of information is exchanged. Misunderstandings or failed communications are very frequent.
2	Basic conversation about most familiar or everyday topics is possible but significant break down occurs with more abstract or difficult conversations. The burden of conversation is not fully shared by the individual who experiences several instances of word finding failures, paraphasias, and/or misunderstandings by the listener requiring need for repair.
3	Despite some observable issues related to speech fluency or comprehension, there is no significant limitation. The individual may hesitate to access words or self-correct during conversation, but is able to share a significant portion of the burden of communication with the listener.
4	Although the individual feels that he/she has a problem with language, this is barely apparent to the listener who may not detect any problem with speaking or understanding.

### Dataverzameling

Data is verzameld door middel van halfgestructureerde interviews. Halfgestructureerde interviews worden gebruikt wanneer er al enige informatie over het onderwerp bekend is bij de onderzoeker, maar er mogelijk nog andere zaken spelen. Er worden vooraf topics opgesteld waarbij er beginvragen, trefwoorden en doorvraagcues geformuleerd worden (Baarda & Hulst, 2020). Deze structuur van interviewen is geschikt omdat er al enige informatie bekend is over de ervaringen van patiënten uit het eerdere onderzoek van Beatrixoord. Daarnaast biedt het vooraf opstellen van topics structuur aan de interviews, waardoor de patiënt relevante informatie kan geven over de topic en niet zelf een gespreksonderwerp kan bepalen (Baarda, 2019). De topics die aan bod zijn gekomen in de interviews zijn weergegeven in tabel 3. Er is een interviewgide opgesteld met de topics, vragen, doorvraagcues en een verantwoording vanuit de literatuur per topic (zie bijlage). De interviewvragen zijn opgesteld met behulp van de leidraad "Communicatievriendelijk Meten" (Dalemans et al, 2021), om het interview voor vrijwel iedere patiënt begrijpelijk te maken. Zo is het taalniveau B1 en bevat de interviewgide ondersteunende afbeeldingen. De interviewgide is peer reviewed door mevrouw Katoele-de Boer en medestudenten. Verder is het in de communicatie met patiënten met hersenletsel belangrijk om de tijd te nemen en te zorgen voor een rustige omgeving waarin er zo min mogelijk afleiding is (Witteveen, 2010). Voor de interviews werd daarom een uur gepland, het interview zelf duurde 30 tot 45 minuten. De interviews vonden plaats in een aparte kamer in Beatrixoord. Bij NAH-patiënten met stoornissen in de communicatie is het belangrijk om ook op de non-verbale communicatie te letten (Witteveen, 2010), daarom werden er fieldnotes gemaakt tijdens de interviews. Het streven was om minimaal 5 en maximaal 10 patiënten te interviewen. Er werd een proefinterview gehouden met een ex-klinische patiënt om de validiteit van de vragen te verhogen en interviewvaardigheden te trainen. Er zijn na het proefinterview 3 vragen toegevoegd aan topics, die zich meer richten op wat de patiënt nodig heeft van Beatrixoord.



Tabel 3- Inhoudelijke topiclijst interview met verantwoording

Topic	Inhoud	Verantwoording
Patiënt	De patiënt en zijn gezondheidssituatie; wie is de patiënt en waarom is de patiënt in Beatrixoord?	Een introductie, waarin wordt kennisgemaakt met de patiënt, waardoor hij zich meer op zijn gemak voelt (Evers, 2015).
RL patiënt	Revaliderend leren en de patiënt; wat is Revaliderend leren volgens de patiënt? Wat doet de patiënt tijdens Revaliderend Leren?	Elke werkdag zijn er behandelaars beschikbaar om op vraag van de patiënt in de context te trainen in wat voor de patiënt op dat zinvol en relevant is (G. Katoele-de Boer, email, 15 februari 2022). Deze topic duidt op het patiëntenperspectief.
Doelen	De patiënt en zijn doelen; wat zijn de (Revaliderend leren) doelen van de patiënt? Wie die doelen heeft bedacht? Hoe kan Beatrixoord helpen bij het zelf doelen bedenken?	Leerprincipe "eigenaarschap". Een revalidant die verantwoordelijkheid neemt en de prioriteiten van zijn eigen revalidatie bepaalt, leert sneller dan een revalidant die zich afhankelijk opstelt van zijn omgeving. De revalidant bepaalt, bijvoorbeeld met ondersteuning van de professional, zijn eigen leerdoelen (Vuijk, 2014).
Hulp/ Samenwerken	Hulp en samenwerking tijdens Revaliderend leren; met wie werkt de patiënt samen? Hoe ziet deze samenwerking eruit? Wat heeft de patiënt nodig om samen te werken?	Leerprincipes "samen" en "eigenaarschap". Door samen te leren kan het perspectief of voorbeeld van anderen nieuwe aanknopingspunten bieden om het eigen handelen en het eigen perspectief eens opnieuw te bekijken. Hierdoor wordt er sneller geleerd en daarnaast motiveert samen leren om door te gaan. Daarnaast blijft de patiënt in samenwerking met de therapeut eigenaar van zijn leerproces (Vuijk, 2014).
Regie	De eigen regie van de patiënt; wat bepaalt de patiënt zelf? Wie bepaalt wat de patiënt doet tijdens Revaliderend Leren? Hoe vindt de patiënt dat? Hoe kan de patiënt zelf sturing geven aan het revalidatieproces?	Leerprincipes "van grijpen naar begrijpen" en "eigenaarschap". Om een zo groot mogelijk leereffect te bereiken is het noodzakelijk dat de revalidant vanuit deze ervaring (grijpen) de koppeling maakt naar het bewust worden en ordening van de ervaring (begrijpen). Hierbij is zelf ervaringen opdoen belangrijk en niet dat de therapeut de regie neemt en voorzegt wat de bedoeling is. De patiënt blijft eigenaar (Vuijk, 2014).
Context	Leren in de context; hoe past de patiënt het geleerde thuis toe? Hoe gaat het thuis toepassen? Hoe sluit Beatrixoord aan bij de betekenisvolle context? Wat heeft de patiënt hierin nodig?	Leerprincipe "betekenisvolle context". Mensen leren het snelst in een omgeving die er toe doet. Als de situatie relevant is om te leren dan staat de revalidant hier meer voor open en gaat het leren sneller en effectiever. Het geleerde is effectief als het toepasselijk is voor de patiënt thuis (Vuijk, 2014).
Mening	De mening van de patiënt; wat vindt de patiënt wel/niet leuk aan Revaliderend Leren? Wat kan beter? Hoe kan dit beter? Hoe ziet de patiënt meer Revaliderend leren voor zich? Wat is daarbij nodig van Beatrixoord?	Voor verdere implementatie op de afdeling is het van belang om te weten wat de patiënt vindt van Revaliderend leren-uren en waar behoefte aan is (G. Katoele-de Boer, email, 21 april 2022). De patiënt bepaalt met zijn mening welke leerprincipes aan bod komen.

## **Data-analyse**

De interviews zijn opgenomen met de dictafoonapp op de smartphone van de onderzoeker, waarna deze zijn getranscribeerd. Na het transcriberen heeft de onderzoeker de interviews gecodeerd. Coderen zorgt voor een samenvatting van uitgebreide teksten (Baarda et al, 2021). De afgenomen interviews zijn handmatig gecodeerd, dit was de voorkeur van de onderzoeker. Het proces van de kwalitatieve analyse zoals beschreven door Baarda et al. (2021) is gevolgd. Hierbij is het proces van open coderen naar axiaal coderen, naar selectief coderen doorlopen. Bij open coderen is gezocht naar relevante thema's, aspecten en elementen in de transcripten. Die elementen zijn in kaart gebracht in de vorm van een code. Bij het axiaal coderen is er structuur aangebracht. De losse codes zijn hierbij gegroepeerd in concepten en de codes verwijzen naar deze concepten. De verschillende concepten zijn met elkaar vergeleken om overeenkomsten en verschillen te ontdekken. Na het axiaal coderen is er selectief gecodeerd. Hierbij zijn codes gebruikt die nodig zijn om in het materiaal te zoeken naar specifieke passages die iets zeggen over een van de aspecten of thema's. De codes zijn toegepast om te komen tot een beschrijving van bijvoorbeeld problemen die de patiënten ervaren (Baarda et al, 2021). In de uiteindelijk rapportage van de resultaten van het onderzoek zijn uitingen van de patiënten geciteerd.

## **Ethische aspecten**

Uit het ingevulde "Schema Zorgvuldigheidsmaatregelen Onderzoek" bleek dat het onderzoek niet getoetst hoefde te worden door de Medisch Ethische Toelatingscommissie (METC) en de Wetenschapscommissie Beatrixoord. Zo is er geen sprake van misleiding/toediening binnen het onderzoek en zijn de gegevens van betrokken patiënten bij het onderzoek geanonimiseerd om de privacy van patiënten te garanderen. Opnamen en transcripties van de interviews en andere privacygevoelige informatie van de patiënt zijn direct na uitvoering en goedkeuring van het onderzoek verwijderd. Verder ontvingen patiënten voorafgaand aan het interview een informatiebrief en toestemmingsformulier met daarin het doel van het onderzoek en de procedure. Patiënten konden te allen tijde stoppen met het onderzoek. Beatrixoord en mevrouw Katoele-de Boer hebben toestemming gegeven voor het opnemen van hun eigennamen in het onderzoeksverslag.

## Resultaten

De resultaten worden gepresenteerd aan de hand van de in de methode beschreven topics: patiënt, RL patiënt, doelen, hulp/samenwerken, regie, context en mening. Er zijn 6 patiënten geïnterviewd, waarvan de karakteristieken, verkregen uit de topic "patiënt", worden weergegeven in tabel 4. De ASR is niet gebruikt, omdat bij geen van de geselecteerde patiënten talige problemen zijn vastgesteld. De inhoud van de topics wordt ondersteund met citaten van de patiënten. De patiënten worden gepresenteerd als P1, P2, P3, P4, P5 en P6.

Tabel 4- Karakteristieken geïnterviewde patiënten

Patiënt	(Ex)klinisch	Geslacht	Leeftijd	Opnameduur	Beperkingen
P1	Klinisch	Man	71 jaar	7 weken	Lopen, arm-handfunctie
P2	Klinisch	Man	62 jaar	3 weken	Lopen, coördinatie
P3	Klinisch	Vrouw	61 jaar	10 weken	Lopen, arm-handfunctie
P4	Ex-klinisch	Man	49 jaar	10 weken	Lopen, arm-handfunctie, spraak
P5	Klinisch	Man	65 jaar	14 weken	Lopen, arm-handfunctie, spraak
P6	Klinisch	Man	58 jaar	4 weken	Arm-handfunctie

### Revaliderend leren & de patiënt

Patiënten beschrijven Revaliderend leren als de uren waarin zij zich oprispen, aankleden, medicatie innemen en eten. Wanneer er tijd over is, wordt er door alle patiënten geoefend. P1 noemt dat het oefenen afhankelijk is van de nachtrust die hij heeft gehad. Volgens P2 is discipline belangrijk bij het oefenen. Wanneer P2 een vol rooster heeft, slaat hij het oefenen over om energie te sparen. P4 geeft aan dat het oefenen afhankelijk is van de sfeer op de kamer. Wanneer andere patiënten ook gaan oefenen met lopen dan gaat P4 daarin mee. Er wordt door de patiënten voornamelijk fysiek geoefend tijdens Revaliderend leren. Door P1, P2, P3, P4 en P5 wordt geoefend met lopen. P2, P5 en P6 oefenen soms ook met fietsen op de hometrainer. P6 gaat daarnaast vaak in de huiskamer zitten en oefent zijn arm-handfunctie. P4 geeft aan tijdens de uren soms ook huiswerk voor logopedie te hebben gedaan.

**P2:** *"Revaliderend leren, dat je gewoon van 8.00 uur tot 10.00 uur altijd iemand beschikbaar hebt op de afdeling, over een ergotherapeut, fysiotherapeut en er zijn meestal meerdere dan aanwezig [...] Ik kijk dan gewoon wie er zijn aan fysio's en dan of even traplopen of even naar buiten, een rondje lopen."*

**P3:** *"Nou ik denk alles wat je s 'morgens moet doen, dat je gewassen bent of gedoucht bent, aangekleed bent en dan gaan we eten en dan pak je zelf je spullen en dan ga je eten. En na het eten, dan of je hebt nog even vrij tot 10.00 uur of het is al bijna 10.00 uur. Dan begint therapie."*

### Doelen

De doelen van patiënten tijdens Revaliderend leren zijn gericht op hun hoofddoel. P1 wil mobiel zijn in huis, P2 zijn doelen zijn gericht op coördinatie in het lopen en fietsen en voor P3 is zelfstandigheid belangrijk. Zij wil zich thuis kunnen redden met huishoudelijke taken. Het doel van P4 en P5 is gericht op het kunnen lopen. P6 benoemt als doel dat zijn arm en conditie beter wordt. Alle patiënten geven aan dat ze hun doelen zelf of in samspraak met de therapeut hebben bedacht. Patiënten vinden dat zij hierbij genoeg inspraak hebben gehad. P4 benoemt dat hij ondersteuning kreeg van de therapeut en dokter om reële doelen te stellen, maar dat het soms lastig was om doelen te stellen. Dit kwam doordat hij niet wist wat zijn mogelijkheden waren en wat er allemaal mogelijk is binnen Beatrixoord. Alle patiënten zeggen tevreden te zijn met hun doelen en geven aan dat therapeuten goed weten wat hun doelen zijn. P1 geeft hierbij aan dat ze goed weten wat hij heeft geoefend en of hij hierbij bijvoorbeeld pijn had. P2 geeft aan dat andere patiënten weten wat zijn doelen zijn, omdat hij hier zelf heel open over is. De andere patiënten geven aan dat medepatiënten wel weten waar ze mee bezig zijn, maar niet wat hun doelen zijn.

**P4:** *“Wel samen bedacht, de meeste doelen kwamen vanuit mijn grote doel om hier lopend weer weg te gaan. Dan had ik voor mezelf zoiets van, als het kan zou het mooi zijn. Maar je moet ook reëel zijn. Niet dat je zegt: ik wil rennend hier weg. Daar helpt de therapeut bij en de dokter ook.”*

## Hulp & samenwerken

Tijdens Revaliderend leren wordt er hulp gevraagd aan en samengewerkt met de fysio- en ergotherapeut. P3, P4, P5 en P6 geven aan tips te hebben gekregen van de fysio- en ergotherapeut over het aankleden. P4 geeft aan dat de logopedist soms langskwam voor begeleiding bij het huiswerk en vond dat prettig. Volgens P5 is de logopedist niet aanwezig op de afdeling, maar P5 heeft ook geen behoefte aan logopedie in de ochtend. Alle patiënten zijn tevreden over de hulp die zij krijgen en de samenwerking met de therapeut. Volgens P4 is iedereen bereidwillig en aanspreekbaar. P2 en P5 geven aan dat de hulp persoonlijk is. P2 vindt het aangenaam dat therapeuten de patiënten proactief benaderen. P3, P5 en P6 noemen dat de fysiotherapeut hen stimuleert en ziet wanneer zij moe zijn of pijn voelen. P3 en P4 werden door de fysiotherapeut gestimuleerd om buiten hun comfortzone te treden tijdens looptraining en vonden dat prettig. Patiënten geven aan genoeg hulp te hebben gekregen van therapeuten en voelden zich later zelfstandiger in hun ochtendroutine.

Er wordt door patiënten soms samen geoefend, tijdens Revaliderend leren voornamelijk het lopen. Hulp onderling zit in ervaringen uitwisselen volgens P1, P2, P3, P4 en P6. P5 heeft hier geen behoefte aan, omdat iedereen anders in het leven staat. P3 geeft aan dat ervaringen uitwisselen soms lastig is, omdat iedereen in een andere revalidatiefase zit. P4 en P6 geven aan meer motivatie te hebben wanneer zij met anderen oefenen. Volgens P1 wordt samenwerken met andere patiënten niet gestimuleerd door therapeuten. Daarnaast krijgen alle patiënten hulp van naasten, maar niet met oefeningen en tijdens Revaliderend leren. P4 noemt wanneer naasten langskomen het tijd is voor ontspanning. P5 geeft aan geen behoefte te hebben aan oefenen met naasten, omdat zij geen expertise hebben en weten wat hij in Beatrixoord doet. Alleen P6 geeft aan in Beatrixoord te oefenen met zijn zoon, voor zijn arm. Door P1, P2, P4 en P5 wordt de meeloopdag genoemd wanneer zij soms met naasten oefenen.

**P2:** *“Dat ze ook op de kamers komen van: jongens, kan ik nog wat doen? Wie? Dat is proactief, dat vind ik echt ja heel fijn! Voor mij maakt dat niet zoveel uit, maar voor andere mensen die stil waren en vaak niks vroegen.”*

**P4:** *“Nee ik oefenen niet met naasten of zo hier, want bezoek is er meestal laat in de avond en dan is bij mij ook het lampje uit. Anders ben je de hele dag alleen maar aan het oefenen. Ook even ontspanning erbij hè.”*

**P6:** *“Het is uitdagend, met meerdere personen samen. Motivatie, als je met de groep bent dan wil je erbij horen en bijhouden en dan samen ook. In groep heb ik meer motivatie dan als je alleen bent.”*

## Regie

Alle patiënten ervaren eigen regie tijdens Revaliderend leren en tijdens therapie, waarin de therapeut overlegt met de patiënt en de patiënt keuzes laat maken. Alle patiënten noemen dat wanneer zij iets aangeven, de therapeuten bereid zijn om dat te doen. Zo heeft P2 aangegeven dat hij afhankelijk is van de fiets en daarom wil leren fietsen. P3 noemt dat zij zelf heeft aangegeven om huishoudelijke taken te oefenen en dat hier goed op ingespeeld is. P5 geeft aan dat er bij logopedie geen ruimte is voor eigen keuzes maar bij fysio- en ergotherapie wel. Verder noemt P5 dat de eigen regie alleen tijdens Revaliderend leren zichtbaar is voor hem, omdat voor de rest de dag gepland is. P1 geeft aan dat de eigen regie eraf gehaald moet worden, omdat patiënten volgens hem behoefte hebben aan regels. P1 noemt daarbij als voorbeeld “de sporthal”, waarbij er geen ruimte is voor eigen inbreng. Hier heeft P1 veel aan gehad. P2 en P6 noemen dat de regie wel bij de therapeut moet liggen, omdat zij ervaring en expertise hebben. P4 geeft aan de eigen regie niet als moeilijk te ervaren, maar wel dat hij niet weet of hij alles uit zijn revalidatie heeft gehaald. Dit komt doordat hij niet alle mogelijkheden binnen Beatrixoord weet. P3 noemt dat zij thuis altijd eerst ontbijt alvorens zij doucht en had dit graag ook willen voortzetten binnen Beatrixoord. P3 benoemt dat zij door de strakke planning dit niet kan doen.

**P2:** *"Het is altijd in overleg. De regie moet ook altijd bij hun liggen want zij hebben ook de ervaring in revalidatie en ervaring met de personen en de soort kwaal die er speelt. En dat vind ik ook niet meer dan logisch dat dat bij hun ligt."*

**P4:** *"Je komt hier natuurlijk al, en dan wordt de vraag gesteld; wat is jouw doel? Wat vind je belangrijk? Op dat moment heb je de regie al in handen en bepaal jij wat je het meest gaat oefenen. Daar schuilt ook wel een gevaar in, want je bent niet op de hoogte van wat allemaal wel en niet kan."*

## Context

Alle patiënten geven aan dat wat zij leren tijdens Revaliderend leren thuis goed is toe te passen en daarbij ook betekenisvol is. P1 en P3 geven aan dat zij hier niets doen dat niet zinvol is. P2 benoemt dat hij moeite heeft om het geleerde te kunnen toepassen omdat hij thuis veel meer indrukken heeft en meer moet doen. De thuisomgeving is bepalend voor het goed kunnen toepassen. Zo geeft P1 aan dat bij hem thuis alles gelijkvloers is, waardoor hij zich makkelijk door huis kan bewegen. P2 neemt waar hij thuis tegen aanloopt mee naar Beatrixoord. Alle patiënten geven aan dat er veel ruimte is bij fysio- en ergotherapie om hindernissen van thuis aan te dragen. De looptraining buiten, op verschillende ondergronden, wordt door P1 en P3 genoemd als betekenisvol voor het lopen thuis. P2 vindt het prettig dat de huiskamer op de afdeling wat huiselijker gemaakt gaat worden. P2 denk dat het huiselijker maken niet bijdraagt aan het geleerde thuis beter te kunnen toepassen. P1, P2, P3 en P5 geven aan dat Beatrixoord de thuisomgeving nooit helemaal na kan maken. P2 noemt daarvoor als reden dat de familie er niet altijd bij is. Daarnaast wordt door P2, P3, P4 en P5 de keuken genoemd, waar zij zich zelfstandig moeten redden, wat bijdraagt aan hun eigen zelfstandigheid thuis. P3 en P5 noemen dat de keuken wat onlogisch is ingedeeld en niet zoals thuis is. Echter geven zij ook aan dat dit wel een uitdaging is om zelfstandiger te worden.

**P2:** *"Waar ik zelf wel moeite mee heb is de activiteiten die ik hier doe overbrengen naar mijn eigen huis. Want dat is een hele andere situatie, je hebt veel meer indrukken en je moet meer doen."*

**P3:** *"Ik heb geleerd was ophangen, een ei gebakken, prei en aardappel snijden. Ze leren echt wel dingen wat nodig is. Ze hebben zelfs wasmachines staan waarmee je kan oefenen met bukken."*

## Mening

Alle patiënten vinden prettig aan Revaliderend leren dat zij zelf invulling mogen geven aan de uren. P2 geeft aan dat de uren hem een grote mate van zelfstandigheid geven. P5 heeft alle lof voor de hulp en begeleiding door professionals tijdens de uren. Patiënten zijn over het algemeen tevreden met de gang van zaken en geven aan niet meer dan alleen de geplande Revaliderend leren-uren te willen. Op de uitleg dat het plan is om de planning meer los te laten noemen P1, P2, P3 en P4 dat dit te vrijblijvend is. Volgens P2 en P3 hebben patiënten een stok achter de deur nodig om uit bed te komen en naar therapie te gaan. P5 benoemt dat er dan voldoende beschikbaarheid moet zijn van therapeuten en therapeuten een eigen ruimte moeten krijgen.

Als verbeterpunt noemt P1 dat hij het niet prettig vindt dat therapeuten hem opwachten bij de deur van de huiskamer na het eten. Wanneer therapeuten hem aanspreken voelt hij een verplichting en hij wil zelf de keuze kunnen maken om te gaan oefenen. Door P1, P2 en P3 wordt genoemd dat het soms te snel op elkaar gaat en dat ze te veel moeten in de ochtend. Dit zorgt voor negatieve prikkels en volgens P1 en P2 is dat niet prettig voor patiënten met hersenletsel. P1 geeft aan dat het tijdstip niet prettig is en denkt dat er op een ander tijdstip meer animo is om te oefenen. P4 noemt dat aan het begin het niet duidelijk was wat Revaliderend leren precies is. Hij vindt de naam onduidelijk en stelt voor om een andere naam te kiezen. Daarnaast wordt door P2 en P4 genoemd dat het niet duidelijk is wat de mogelijkheden binnen Beatrixoord zijn van wat je allemaal kan leren. P5 geeft als verbeterpunt de doucheruimte aan, waar het nu onmogelijk wordt gemaakt om zelfstandig te douchen met een rolstoel. P5 stelt daarom een keer-douche voor.

**P1:** *"Ik heb wel eens tegen de morgen aangezien. Dan staan er 3, 4 fysio's klaar om jou te strikken van: we gaan dit doen, heb je hier zin aan? Ja allemaal super. Maar ieder is dan doodop, misschien wel een beetje slecht humeur, dat het zo snel op mekaar gaat."*

**P4:** *"In het begin is het even zoeken. Ja wat moet ik doen dan? Maar eigenlijk is het van nou ook opstaan en eten en dat heb je eerst niet door dat dat er mee bedoeld wordt. Ja misschien moet je het een andere naam geven of iets. Iets dat het duidelijker is van wat de bedoeling is."*

## Discussie

In dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal: *“Hoe ervaren NAH-patiënten uit Beatrixoord Revaliderend leren?”* Uit de resultaten is gebleken dat patiënten in het algemeen tevreden zijn over Revaliderend leren. Patiënten vinden het prettig om de ochtenduren zelf in te delen en te mogen bepalen wat zij willen oefenen. Patiënten werken tijdens Revaliderend Leren voornamelijk samen met de therapeut, soms met andere patiënten en niet met naasten. Doelen worden door de patiënt bedacht of in begeleiding met de therapeut. Patiënten ervaren eigen regie in het zelf mogen indelen van de ochtenduren en tijdens behandelingen, waarin er altijd overleg is met de therapeut. Patiënten zien het leren binnen Beatrixoord als betekenisvol, wat bijdraagt aan hun zelfstandigheid. Revaliderend leren wordt door enkele patiënten als te veel en te snel achter elkaar ervaren, dit zorgt voor negatieve prikkels. Patiënten staan op tijd vanwege de planning. Daarnaast is het niet altijd duidelijk wat er met Revaliderend leren wordt bedoeld en wat de mogelijkheden binnen Beatrixoord zijn.

Uit het eerdere onderzoek in november 2021 door Beatrixoord, bleek dat niet altijd alle therapeuten op de hoogte waren van de patiënt zijn doelen. Uit het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat volgens de patiënten de meeste therapeuten goed weten wat hun doelen zijn. Verder gaven patiënten uit het eerdere onderzoek aan dat therapeuten actief langs zouden moeten gaan bij patiënten tijdens Revaliderend leren, zodat patiënten de therapeuten niet hoeven te zoeken. Uit het huidige onderzoek blijkt dat enkele patiënten tevreden zijn over de proactieve houding van de therapeuten, die langskomen op de kamers en vragen wat ze voor de patiënt kunnen betekenen. Echter vindt niet iedere patiënt deze benadering prettig. Een patiënt geeft aan dat hij een verplichting voelt wanneer hij wordt aangesproken door een therapeut om te gaan oefenen. Er zitten dus verschillen tussen hoe patiënten benaderd willen worden tijdens Revaliderend leren.

Hoe een patiënt benaderd wil worden, hangt samen met de leerstijl van een patiënt, de manier waarop een patiënt het meest effectief leert (Dijkstra, 2016). Kolb (1983) beschrijft het leerproces als een ervaring (ervaren) die wordt overdacht (reflecteren), daarna veralgemeniseert (begripsvorming), waarna er een strategie wordt bedacht voor gelijke situaties (experimenteren). Kolb (1983) onderscheidt 4 leerstijlen: doener, dromer, denker en beslisser. Een doener gaat gelijk aan de slag met experimenterend leren in de praktijk en kan daardoor ongeduldig en impulsief zijn. Dat geldt ook voor de beslisser, die eerst theoretische kennis opdoet en daarna experimenteert. Voor de dromer en de denker geldt dat zij voornamelijk ervaren en waarnemen in een leersituatie en daardoor afwachtend zijn in het leerproces (Kolb, 1983). Mensen hebben een voorkeur voor een leerstijl. Het is echter voor patiënten belangrijk om alle stappen van het leerproces van Kolb (1983) te doorlopen, omdat dit de hoogste leeropbrengst oplevert (Dijkstra, 2016). Patiënten met de leerstijl dromer en denker kunnen veel baat hebben bij een proactieve benadering, maar kunnen hier ook nog niet aan toe zijn in hun leerproces. [Omdat deze theorie mogelijk te abstract is voor patiënten wordt aanbevolen om met patiënten hun leerstijl te onderzoeken en therapeuten in hun benaderingswijze daarop te laten aansluiten. Een therapeut kan bijvoorbeeld vragen of de patiënt meer een doener of denker is.](#)

Patiënten geven in het huidige onderzoek aan niet te weten wat de doelen zijn van medepatiënten en dat ervaringen uitwisselen soms lastig gaat, omdat medepatiënten in een andere revalidatiefase zitten. Echter bleek ook dat patiënten dezelfde doelen hadden. Door de doelen van patiënten zichtbaar te maken voor medepatiënten kunnen patiënten met dezelfde doelen ervaringen uitwisselen. Dit draagt bij aan het inzicht in de eigen mogelijkheden en de mogelijkheden binnen Beatrixoord. De doelen van patiënten zijn volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) “bijzondere gegevens” (Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.). Zorgorganisaties mogen deze gegevens alleen gebruiken als er aan bepaalde voorwaarden uit de uitvoeringswet AVG wordt voldaan. Het delen van deze gegevens mag alleen met toestemming van de patiënt. In het privacyreglement van het UMCG wordt ook genoemd dat de patiënt hiervoor toestemming dient te geven (UMCG, z.d.). [Wanneer patiënten hier toestemming voor geven, wordt er aanbevolen om een pilot te houden, waarbij patiënten hun doel\(en\) voor de revalidatie op een whiteboard, die zichtbaar is voor medepatiënten, schrijven.](#) Het is dan belangrijk om therapeuten verantwoordelijk te stellen voor de pilot en de naleving van het gebruik van de whiteboards (Zorg van Nu, 2020).

Door een patiënt werd aangedragen om een andere naam te kiezen voor “Revaliderend leren”, omdat het aan het begin van de opname niet duidelijk was wat het precies inhoudt en wat wordt verwacht. [Aanbevolen wordt om een pilot te houden waarbij patiënten aan het begin van hun opname een informatiefolder ontvangen waarin Revaliderend leren wordt uitgelegd.](#) Daarnaast zou de folder korte ervaringsverhalen van patiënten kunnen bevatten, waar vanuit de patiënt een eigen referentiekader kan ontwikkelen en kan associëren binnen de eigen mogelijkheden, het leerprincipe “Associatief” (Vuijk, 2014). Voor patiënten, die een ervaringsverhaal voor in de folder willen schrijven, komt het leerprincipe “Verwoorden” terug, waarin in eigen woorden opgeschreven wordt wat de patiënt van een situatie heeft begrepen en leerervaringen zo makkelijker worden onthouden (Vuijk, 2014). Om de folder voor vrijwel iedere patiënt toegankelijk te maken kunnen aspecten uit de leidraad “Communicatievriendelijk Meten” (Dalemans et al, 2021) gebruikt worden.

Binnen Beatrixoord worden steeds meer omstandigheden gecreëerd om de leerprincipes toe te passen, zoals de planning meer loslaten (G. Katoele-de Boer, email, 21 april 2022). Patiënten benoemen echter de planning als een stok achter de deur om uit bed te komen en aan de slag te gaan. De planning meer loslaten geeft patiënten meer eigen regie (Vuijk, 2014). Een vraag is hoe Beatrixoord structuur, zoals een planning, kan bieden aan patiënten, en binnen een revalidatie zonder planning met verplichte therapieafspraken richtlijnen kan waarborgen. In de fysiotherapeutische richtlijn “Beroerte” wordt genoemd dat patiënten tijdens de revalidatie bij voorkeur meerdere malen per dag dienen te worden behandeld, omdat meer uren oefenen bij patiënten leidt tot een sneller herstel (Veerbeek et al., 2017). In de richtlijn “CVA” voor ergotherapeuten wordt genoemd dat in de revalidatiefase een hoge intensiteit van oefenen nodig is voor het leren van vaardigheden (Steultjens et al., 2013). In de logopedische richtlijn over afasie wordt genoemd dat patiënten met afasie ten minste twee uur per week directe individuele therapie moet worden aangeboden (Berns et al., 2015). In alle richtlijnen wordt genoemd dat de intensiteit van het oefenen bijdraagt aan het herstel. Aan de intensiteit van het oefenen wordt niet alleen bijgedragen door directe therapie. Ook samen met medepatiënten oefenen, het stimuleren van zelf oefenen en huiswerkopdrachten dragen hieraan bij (Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, 2012). [Aanbevolen wordt om via deze genoemde aspecten richtlijnen te waarborgen en patiënten hiermee structuur te bieden. Zo kunnen er vaste momenten gepland worden waarop patiënten met medepatiënten oefenen of opdrachten uitvoeren.](#)

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen werden factoren, die de antwoorden van patiënten konden beïnvloeden, zo veel mogelijk gereduceerd. Zo werden de interviews in een afgesloten, rustige ruimte buiten de afdeling afgenomen, waardoor een patiënt zich vrijer voelt te vertellen (Hulshof, 2016). Daarnaast zijn de interviews afgenomen door een onafhankelijke onderzoeker zonder belangen binnen Beatrixoord. Een onpartijdige interviewer kan objectiever en kritischer naar de verkregen onderzoeksdata kijken (Hulshof, 2016). Voor dit onderzoek zijn geen patiënten met talige en cognitieve beperkingen geïnterviewd. Doordat er veel nieuwe patiënten werden opgenomen op het moment van het selecteren van participanten, vielen deze nieuwe patiënten buiten de inclusiecriteria. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten. Patiënten met talige en cognitieve beperkingen ervaren Revaliderend leren mogelijk anders dan de patiënten die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek. De Jong (2016) benoemt als cognitieve beperkingen bij NAH-patiënten: problemen in de concentratie, plannen en structureren. Uit de resultaten komt naar voren dat het zelf indelen van de uren als prettig wordt ervaren door de geïnterviewde patiënten. Patiënten met problemen in het plannen kunnen hier dan juist veel moeite mee hebben. Daarnaast wordt door de geïnterviewde patiënten genoemd dat Revaliderend leren soms te snel op elkaar gaat en dat dit zorgt voor negatieve prikkels. Bij patiënten met problemen in de concentratie kunnen deze prikkels mogelijk extra verstorend werken.

Vervolgonderzoek kan zich richten op de ervaringen van patiënten met talige en cognitieve problemen, om zo een breder beeld te krijgen van het patiëntenperspectief op Revaliderend leren. Daarnaast dragen volgens Wensing en Grol (2017) niet alleen de ervaringen van patiënten bij aan een implementatie van een werkwijze zoals “Revaliderend leren”. Ook vaardigheden, kennis en bestaande routines van zorgprofessionals dragen hieraan bij. Vervolgonderzoek kan daarom ook gericht zijn op de ervaringen van zorgprofessionals binnen Beatrixoord met Revaliderend leren.

## Literatuurlijst

- Autoriteit Persoonsgegevens (z.d.). *Zorgverleners en de AVG*. Autoriteitpersoonsgegevens.nl. Geraadpleegd op 6 juni 2022, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/zorgverleners-en-de-avg>
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (Derde druk). Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E., & Velden, T. van der. (2021). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (Vijfde druk). Noordhoff
- Baarda, B., & Hulst, M. van der. (2020). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (5e druk). Noordhoff.
- Berns, P.E.G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M. G., van Wessel, S., van Dun, W., van Lonkhuijzen, J.G., & CBO. (2015). *Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Buijck, B. I. (Ed.). (2016). *Revalideren na cva in het revalidatiecentrum en verpleeghuis: handboek voor verzorgenden en verpleegkundigen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Dalemans, R., Stans, S., Von Helden, S., Horions, K., Lemmens, J., Ummels, D., Cornips, S., Wielaert, S., Berns, P. & Simpeleare, I. (2021). *Leidraad communicatievriendelijk meten*. Zuyd Hogeschool. Verkregen via <https://www.zuyd.nl/binaries/content/assets/zuyd/onderzoek/factsheets/ap-leidraad-communicatievriendelijk-meten-definitief.pdf>
- Dijkstra, P. (2016). *Slim leren met verschillende leerstijlen*. Bijzijn XI : Extra Learning, 9(6), 20–23. <https://doi.org/10.1007/s12632-016-0054-8>
- Evers, J. C. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (Tweede druk). Boom Lemma uitgevers.
- Federatie Medisch Specialist. (z.d.). *Wat is samen beslissen?* Geraadpleegd op 9 april 2022, van <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/samen-beslissen-0/wat-is-samen-beslissen>
- Hersenstichting. (z.d.). *Wat is niet-aangeboren hersenletsel?* Hersenstichting.nl. Geraadpleegd op 12 maart 2022, van <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel/>
- Hulshof, M. J. F. (2016). *Leren interviewen: Vol. Zevende druk*. Noordhoff Uitgevers B.V.
- Jong, A. de. (2016). *Niet-aangeboren hersenletsel*. Tijdschrift Voor Praktijkondersteuning, 11(5), 30–33. <https://doi.org/10.1007/s12503-016-0072-9>
- Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht. (2012). *Snel in beweging - oefengids beroerte*. Utrecht: Stichting Revalidatiecentrum de Hoogstraat.
- Kolb, D.A. (1983). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Eerste druk. Uitgeverij FT Press Paperback
- Patiëntenfederatie Nederland. (2022). *Samen Beslissen*. Patiëntenfederatie.nl. Geraadpleegd op 9 april 2022, van <https://www.patiëntenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen>
- Schönherr M.C., & Spikman, J. M. (2012). *Neuropsychologische revalidatie bij hersenletsel*. *Bijblijven*, 28(6), 59–65. <https://doi.org/10.1007/s12414-012-0052-0>
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., & Shumway, E. (2018). *Aphasia Severity Rating*. Toronto, ON: Aphasia Institute.
- Singh, D. (2011). *Transforming Chronic Care: Evidence about improving care for people with long-term conditions*.



Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Van Hees, S., (2013) *Ergotherapie richtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.

UMCG (z.d.). *Privacystatement UMCG | UMC Groningen*. UMCG.nl. Geraadpleegd op 6 juni 2022, van <https://www.umcg.nl/-/privacystatement-umcg>

Veerbeek, J.M., Wegen, E.E.H. van, Peppen, R.P.S. van, Hendriks, H.J.M., Rietberg, M.B., Wees, Ph.J. van der, Heijblom, K., Goos, A.A.G., Hanssen, W.O., Harmeling-van der Wel, B.C., Jong, L.D. de, Kamphuis, J.F., Noom, M.M., Schaft, R. van der, Smeets, C.J., Vluggen, T.P.M.M., Vijsma, D.R.B., Vollmar, C.M. & Kwakkel, G. (2017). *KNGF-richtlijn Beroerte*. Geraadpleegd op 6 juni 2022, van <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/beroerte/downloads/beroerte-praktijkrichtlijn>

Verhoef, J. (2013). *Eigen regie versterken: geen zaak van de patiënt alleen. Programmatische aanpak zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning door co-creatie*. Lectorale rede. Leiden: Hogeschool Leiden.

Vuijk, I. (2014). *Revalideren is leren; inspiratie voor revalidatieprofessionals*. Studio HB.

Wensing, M., & Grol, R. P. T. M. (2017). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (Zevende, herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Witteveen, E. (2010). *Communicatie bij hersenletsel begrijpen we elkaar?* Bohn Stafleu van Loghum.

Zaalen, Y. van, Deckers, S., Schuman, J., & Sirag, S. (2018). *Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.

Zorg van Nu (2020). *7 Tips voor een Succesvolle Pilot in de Zorg*. Zorgvanu.nl. Geraadpleegd op 11 juni 2022, van <https://www.zorgvanu.nl/blogs/7-tips-voor-een-succesvolle-pilot-in-de-zorg>

## Dankwoord

Ik wil de mensen bedanken die mij de afgelopen periode ontzettend goed geholpen en ondersteund hebben bij het schrijven van mijn bachelorthesis. Ik wil Gerlinde Katoele-de Boer bedanken voor alle informatie die zij aan mij heeft gegeven, het werven van de patiënten, haar feedback, het regelen van een meeloopochtend op de afdeling en het vertrouwen in mij om zelfstandig aan de slag te gaan met de interviews binnen Beatrixoord. Ik vond de sfeer in Beatrixoord erg prettig en de patiënten en medewerkers van afdeling C4 heel behulpzaam en geïnteresseerd in mijn onderzoek, waarvoor dank! Daarnaast wil ik de geïnterviewde patiënten van afdeling C4 bedanken voor hun open- en eerlijkheid en de mooie gesprekken. Verder wil ik Anna Hüttmann bedanken voor de begeleiding tijdens de onderzoeksperiode, het vele meedenken en de korte lijntjes binnen Beatrixoord. Toch wel erg fijn als je begeleider werkzaam is in Beatrixoord, waardoor bijvoorbeeld een proefinterview zo geregeld was! Als laatste wil ik mijn ouders en mijn broer bedanken voor alle momenten dat ze weer "even" iets voor mij moesten doorlezen en ik hun mening wilde weten over wat ik op papier had gezet, en dat geldt ook voor mijn medestudenten uit de CoL.

Allemaal heel erg bedankt!

Wouter de Vries

## Bijlage

### Interviewgide- Ervaringsonderzoek Revaliderend Leren- Wouter de Vries

*N.B. De interviewgide is vormgegeven aan de hand van de Leidraad Communicatievriendelijk Meten (Dalemans et al, 2021).*

Voorbereiding	
<b>Duur afname interview</b>	Voor elk interview staat 1 uur gepland. Het interview zelf duurt 30 tot 45 minuten. De tijdsduur is afhankelijk van de cognitieve en fysieke conditie van de patiënt en eventuele onvoorziene omstandigheden binnen Beatrixoord. Binnen het geplande uur kan op verzoek van de patiënt een korte pauze ingelast worden.
<b>Naam onderzoeker</b>	Wouter de Vries
<b>Naam participant</b>	
<b>Materiaal</b>	Opnameapparatuur, pen, papier, voorbeeld rooster, eventueel ondersteunende afbeeldingen (zie bijlage) en de toestemmingsbrief

Introductie	
<b>Voorstellen</b>	Ik ben Wouter. Ik ben student Logopedie. Ik doe onderzoek in Beatrixoord. Ik ga u vragen stellen over Revaliderend Leren. We spreken daar zo over. Alles wat u zegt is goed. Ik wil uw mening weten.
<b>Doel</b>	Uw mening is belangrijk. Dan kan de zorg in Beatrixoord nog beter worden.
<b>Vertrouwelijkheid</b>	Wat u zegt ga ik opnemen. Daarna ga ik het opschrijven op papier. Op dat papier ga ik niet uw naam noemen. Niemand weet dat u dit bent.
<b>Uitkomsten</b>	Uw mening en die van andere patiënten ga ik opschrijven op papier. Dat papier leest mijn school en Beatrixoord.
<b>Duur</b>	We hebben de tijd. Het interview duurt ongeveer een half uur tot driekwartier. U mag altijd stoppen.
<b>Vragen</b>	Heeft u vragen?
<b>Tekenen toestemmingsbrief</b>	<i>Pak toestemmingsbrief erbij. U heeft deze brief gekregen. Snapt u de brief? (indien nee, vraag wat niet duidelijk is voor de patiënt en/of spreek de brief met de patiënt door).</i> Wilt u mij helpen met het onderzoek? Dan mag u hier tekenen.
<b>Geluidsopname</b>	<i>Start geluidsopname.</i>

Topics	Vragen <i>N.B. Voor ex-klinische patiënten moeten sommige vragen in de verleden tijd worden gesteld.</i>	Doorvraagcues	Verantwoording
<b>Patiënt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie bent u?</li> <li>- Waarom bent u in Beatrixoord?</li> <li>- Hoelang bent u nu in Beatrixoord?</li> </ul>	<i>Maak kennis met de patiënt en de gezondheidssituatie van de patiënt.</i>	Deze topic gaat over persoonlijke informatie van de patiënt. De vragen die bij deze topic staan gaan over het kennismaken met de patiënt. Hierdoor wordt het eerste persoonlijke contact gelegd met de patiënt waardoor de patiënt zich hopelijk meer op zijn of haar gemak voelt (Evers, 2015).
<b>RL patiënt</b>	<i>Pak het rooster, wijs de eerste 2 uren (8.00 uur-10.00 uur) van elke dag aan waarop Revaliderend</i>	<i>Indien de patiënt niet weet wat het aangewezen deel op</i>	Deze topic is gericht op wat de patiënt weet over Revaliderend Leren en wat de patiënt doet tijdens de

	<p><i>Leren staat.</i> Ik wil met u praten over dit deel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is dit deel?</li> <li>- Wat doet u met dit deel?</li> </ul>	<p><i>het rooster is, geef de volgende uitleg:</i> In de ochtend kunt u zelf bepalen wat u wilt oefenen. U kunt bepalen wanneer u wilt oefenen. Ook met wie u oefent. Bijvoorbeeld: extra oefenen met traplopen. Dit heet Revaliderend Leren. Herkent u dit? <i>Stel de vraag nog eens:</i> Wat doet u met dit deel?</p>	<p>geplande Revaliderend Leren uren van 8.00-10.00 uur.</p> <p>Elke werkdag van 8.00 uur tot 10.00 uur is er een ergotherapeut of fysiotherapeut beschikbaar op de afdeling zonder afspraken. Op andere momenten in de week zijn er een logopedist, psycholoog en activiteitentherapeut aanwezig. De behandelaren zijn tijdens deze uren beschikbaar om op vraag van de patiënten en andere behandelaren of verpleegkundigen in de context te trainen voor wat voor de patiënt op dat moment zinvol en relevant is (G. Katoele-de Boer, email, 15 februari 2022).</p> <p>De onderzoeker wil met de vragen weten of de patiënt van bovenstaande informatie afweet en de uren gebruikt om te oefenen wat voor de patiënt zinvol en relevant is.</p>
<b>Doelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aan welke doelen werkt u tijdens Revaliderend Leren? Hoe gaat dat?</li> <li>- Wie heeft die doelen bedacht? <i>(wijs de patiënt zelf en afbeeldingen 2,3 één voor één aan: uzelf, u met therapeut of dokter, de therapeut of dokter).</i></li> <li>- Hoe kan de therapeut/dokter u helpen om zelf doelen te bepalen?</li> </ul>	<p><i>Wanneer de patiënt bepaalde doelen niet zelf heeft bedacht:</i> wat vindt u van de doelen? Bent u het eens met die doelen?</p> <p><i>Wanneer de patiënt niet aan doelen werkt tijdens Revaliderend Leren:</i> waar werkt u aan tijdens Revaliderend Leren?</p> <p><i>Wanneer het oefenen niet goed gaat:</i> hoe komt dat?</p>	<p>Bij deze topic komt het leerprincipe "eigenaarschap" naar voren: een revalidant die verantwoordelijkheid neemt en de prioriteiten van zijn eigen revalidatie bepaalt, leert sneller dan een revalidant die zich afhankelijk opstelt van zijn omgeving. De revalidant bepaalt, bijvoorbeeld met ondersteuning van de professional, zijn eigen leerdoelen (Vuijk. 2014).</p>
<b>Samenwerken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie helpen u tijdens Revaliderend Leren? <i>(wijs als voorbeeld afbeelding 3 en 4 van de therapeut/dokter)</i></li> </ul>	<p><i>Geef patiënt eventueel voorbeelden van helpers (verpleging, therapeuten, andere patiënten). Kijk of de patiënt specifieke</i></p>	<p>Bij deze topic komt het leerprincipe "samen" naar voren: mensen leren met en van elkaar op basis van interactie. Door samen te leren kan het perspectief of voorbeeld van anderen nieuwe aanknopingspunten</p>

	<p><i>en andere patiënten aan).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waarmee helpen zij u?/ Hoe helpen zij u?</li> <li>- Wat vindt u van de hulp? (<i>gebruik hierbij afbeelding 1).</i>)</li> <li>- Zou u meer willen samenwerken? Waarom?</li> <li>- Met wie zou u meer willen samenwerken? Waarom?</li> <li>- <i>Moeilijker:</i> Wat heeft u nodig om meer te kunnen samenwerken?</li> <li>- <i>Moeilijker:</i> Wat heeft u nodig van Beatrixoord om goed te kunnen samenwerken?</li> </ul>	<p><i>disciplines kan opnoemen.</i></p> <p><i>Wanneer de patiënt aangeeft geen hulp te krijgen: hoe komt dat?</i></p> <p><i>Hulp die de patiënt krijgt: wilt u meer minder/hulp? Wat voor hulp?</i></p> <p><i>Wanneer de patiënt aangeeft de hulp leuk/niet leuk te vinden: waarom vindt u dat?</i></p>	<p>bieden om het eigen handelen en het eigen perspectief eens opnieuw te bekijken. Hierdoor wordt er sneller geleerd en daarnaast motiveert samen leren om door te gaan en het referentiekader te verruimen. Een revalidant kan bijvoorbeeld samen met ervaringsdeskundigen voorbeelden uitwisselen waardoor hij op nieuwe invalshoeken komt (Vuijk, 2014).</p> <p>Daarnaast kan door middel van deze topic gekeken worden of de participant eigenaar (leerprincipe "eigenaarschap") blijft van zijn eigen revalidatieproces. De manier van helpen is hierbij belangrijk. Als de zorgprofessional voorzegt hoe de revalidant de transfer moet doen of hoe hij het beste boodschappen kan doen dan ligt de regie bij de professional. Dit is het leerprincipe "van grijpen naar begrijpen" (Vuijk, 2014).</p>
<b>Regie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie bepaalt wat u doet met Revaliderend Leren? (<i>wijs de patiënt zelf en afbeeldingen 2,3 één voor één aan: uzelf, u met therapeut of dokter, de therapeut of dokter).</i>)</li> <li>- Wat bepaalt u zelf tijdens Revaliderend Leren? Hoe gaat dat?</li> <li>- Hoe vindt u het om zelf invulling te geven aan die uren?</li> <li>- Hoe zou u nog meer zelf kunnen bepalen? (<i>moeilijker: wat heeft u nodig om</i></li> </ul>	<p><i>Wanneer de patiënt zelf invulling geeft aan Revaliderend Leren: Wat vindt u hiervan?</i></p> <p><i>Wanneer de patiënt niet zelf invulling geeft aan Revaliderend Leren: Wat vindt u hiervan? Wat wilt u doen tijdens Revaliderend Leren?</i></p>	<p>Bij deze topic komt het leerprincipe "eigenaarschap" en het leerprincipe van "grijpen naar begrijpen" naar voren. Als de zorgprofessional voorzegt hoe de revalidant de transfer moet doen of hoe hij het beste boodschappen kan doen dan ligt de regie bij de professional. Het enige dat de revalidant dan leert is het uitvoeren van het beeld dat de professional in het hoofd heeft. Bij deze aanpak zit er geen ruimte voor een revalidant om zijn eigen manier te ontwikkelen door vallen en opstaan. Het leren gaat zo minder snel en een revalidant leert niet om zelf oplossingen te vinden. Om een zo groot mogelijk leereffect te bereiken is het noodzakelijk dat de revalidant vanuit deze ervaring (grijpen) de</p>

	nog meer zelf te kunnen bepalen?)		<p>koppeling maakt naar het bewust worden en ordening van de ervaring (begrijpen).</p> <p>De onderzoeker wil weten in hoeverre de regie bij de patiënt ligt en vooral wat de patiënt hiervan vindt. Vindt de patiënt het bijvoorbeeld moeilijk om invulling te geven aan de geplande uren of lukt dit goed? En wanneer de patiënt samen met de therapeut invulling geeft aan de uren, hoe is dit voor de patiënt?</p>
<b>Context</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat u hier tijdens Revaliderend Leren leert, kunt u dat thuis gebruiken?</li> <li>- Wat gebruikt u thuis?</li> <li>- Hoe gaat dat?</li> <li>- Wie helpt daarbij?</li> <li>- Hoe helpen uw familie en vrienden u? / Hoe zouden uw familie en vrienden u kunnen helpen?</li> <li>- Hoe zou Beatrixoord hierbij kunnen helpen?</li> </ul>	<p><i>Wanneer de patiënt aangeeft dat thuis oefenen niet goed gaat of dat de patiënt thuis niet oefent: hoe komt dat? Hoe kunt u thuis ook oefenen? Wat kan u helpen? Wie kan u helpen?</i></p>	<p>Mensen leren het snelst in een omgeving die er toe doet. Als de situatie relevant is om te leren dan staat de revalidant hier meer voor open en gaat het leren sneller en effectiever. Als het gaat over de eigen sociale of maatschappelijke situatie dan ontstaat de motivatie om te zoeken naar oplossingen voor de belemmeringen die we concreet ervaren. Bijvoorbeeld rolstoeltraining of looptraining wordt betekenisvol wanneer dit gebeurt tijdens het lopen naar de supermarkt, naar de WC of op de trap in het eigen huis (Vuijk, 2014).</p> <p>Door middel van deze topic wil de onderzoeker weten in hoeverre de patiënt in een betekenisvolle context leert binnen de geplande uren van Revaliderend Leren in Beatrixoord. Het is de vraag of de patiënt oefent wat voor thuis ook relevant is.</p>
<b>Mening</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat vindt u goed aan Revaliderend Leren? (gebruik afbeelding 1, wijs de groene smiley aan) Waarom?</li> <li>- Wat kan beter aan Revaliderend Leren? (gebruik afbeelding 1, wijs de rode smiley aan) Waarom?</li> <li>- Hoe kan dit beter?</li> </ul>	<p><i>Wat de patiënt leuk of niet leuk vindt aan Revaliderend Leren: hoe komt dat? Wat is er gebeurd? Wanneer de patiënt aangeeft wel of niet meer wil doen aan Revaliderend Leren dan alleen het deel: waarom?</i></p> <p><i>Wanneer de patiënt niet zelf met ideeën</i></p>	<p>Om de Revaliderend Leren verder te kunnen implementeren op de afdeling is het van belang om concreet te weten wat de patiënt leuk vindt aan de geplande Revaliderend Leren-uren en wat niet. Hierdoor kunnen er eventueel aanpassingen worden gedaan.</p> <p>Daarnaast is het belangrijk of de patiënt ook behoefte heeft</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zou u meer willen dan alleen dit deel? Waarom?</li> <li>- Wat heeft u hiervoor nodig van de therapeut/dokter/Beatrixoord?</li> </ul>	<p><i>komt hoe iets beter kan, loop dan de topics kort bij langs en/of bespreek een situatie die de patiënt niet leuk vond en hoe dit beter kan.</i></p>	<p>om meer invulling te geven aan zijn eigen revalidatieproces. Dit is vanuit Beatrixoord namelijk wel de bedoeling. Revaliderend Leren is nog in ontwikkeling en Beatrixoord wil de principes graag nog verder en beter implementeren. Dat zit niet alleen in de principes toepassen, maar ook dat de omstandigheden gecreëerd worden om dit meer te kunnen doen (onder andere de planning meer loslaten) (G. Katoele-de Boer, email, 21 april 2022).</p> <p>De patiënt bepaalt met zijn ervaringen welke leerprincipes bij deze topic aan bod komen. De patiënt kan bijvoorbeeld vinden dat hij te weinig uitgedaagd wordt (leerprincipe "discomfort") of te weinig invloed heeft op waar de patiënt graag mee wil oefenen tijdens de geplande uren (leerprincipe "eigenaarschap").</p>
--	---	--	---

<b>Afsluiting</b>	
Afsluiten interview	Ik heb geen vragen meer. Heeft u nog vragen?
Membercheck	Ik ga ons gesprek opschrijven. Wilt u die papieren hebben? U kunt dan lezen wat u heeft gezegd. <i>Indien ja, noteer eventueel email van patiënt of kamernummer zodat het papier bij de patiënt terecht komt.</i>
Bedanken	Bedankt voor uw hulp. <i>Geef bedankje.</i>
Contact	Heeft u later nog vragen, dan kunt u mij mailen ( <i>omcirkelt mailadres op toestemmingsbrief</i> ).

## Bijlagen interviewguide- Ondersteunende afbeeldingen

**Afbeelding 1**, bron: <https://www.seton-signalering.nl/magazijn-voorraadbeheer/etiketten-inventaris-kwaliteitscontrole/controle-etiketten>





**Afbeelding 2**, bron: <https://www.medpb.com/blog/medical-marketing/8-ways-improve-patient-experience/>



**Afbeelding 3**, bron: <https://www.istockphoto.com/nl/foto/het-beste-team-is-het-multidisciplinaire-team-gm1009969798-272247197>



Afbeelding 4, bron: <https://www.regtop.nl/cva-groep>

