

PROGRAMMA

LANGER ACTIEF THUIS



Op eigen wijze
ouder worden
met Mijzo

Wat **mijzo**
bijzonder maakt

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	Aanleiding.....	3
1.2	Doelstelling.....	4
1.3	Reablement als uitgangspunt.....	4
2	Het programma Langer Actief Thuis	5
2.1	Duur.....	5
2.2	Doelgroep.....	5
2.3	Fasering Langer Actief Thuis.....	5
	- Aanmelding.....	5
	- Onderzoek.....	5
	- Begeleiding.....	5
	- Evaluatie.....	6
	- Indicatie wijkverpleging.....	6
2.4	Stroomschema Langer Actief Thuis.....	6
3	Interdisciplinaire samenwerking.....	7
3.1	Rollen disciplines.....	7
	- Verpleegkundige.....	7
	- Ergotherapeut.....	7
	- Fysiotherapeut.....	7
	- Verzorgende.....	8
	- Huisarts/Praktijkondersteuner huisartsenzorg.....	8
	- Overige disciplines.....	8
3.2	Communicatie.....	8
	- Werkplan.....	8
	- Rapportage.....	8
	- MDO.....	8
	- Tussentijdse afstemming.....	8
	Bronvermelding.....	9

1
2
3
4
5
6
7
8
9

1. Inleiding

Langer Actief Thuis (LAT) geeft een nieuwe impuls aan de ouderenzorg in Nederland. Uit onderzoek blijkt dat zorgmedewerkers in de ouderenzorg gewend zijn om te zorgen voor de ouderen¹. Ze willen er alles aan doen om de ouderen een comfortabele oude dag te bezorgen en te zorgen dat ze zich prettig voelen. De activiteiten die de ouderen niet kunnen uitvoeren, worden van hen overgenomen. De ouderen worden goed verzorgd, maar zorgt dit er nou echt voor dat de ouderen zich prettig voelen of maakt het hen vooral passiever en meer afhankelijk van anderen? In het project Langer Actief Thuis draaien we de uitgangssituatie om. We gaan uit van de mogelijkheden van ouderen en streven ernaar dat ze zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen blijven functioneren.

1.1 Aanleiding

De Nederlandse bevolking vergrijst. De verwachting is dat de komende jaren het aantal ouderen in Nederland relatief zal toenemen². De meeste ouderen boven de 75 jaar zijn nog vitaal. Met de groei van het aantal 75-plussers de komende jaren zullen in 2035 ruim 2 miljoen mensen in de leeftijd van 75 jaar en ouder thuis wonen³. Ouderen hebben de wens om zo lang mogelijk op een goede manier zelfstandig te kunnen blijven wonen in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. Voor hen is daarbij belangrijk dat ze de begeleiding en zorg krijgen die ze nodig hebben³.

Helaas brengt een hogere leeftijd ook risico's met zich mee, zoals bijvoorbeeld opname in het ziekenhuis. In 2018 werd bijna 41% van de Nederlandse ouderen van 80 jaar of ouder jaarlijks één of meerdere malen in het ziekenhuis opgenomen⁴. In de zes maanden na ziekenhuisopname blijkt 30% tot 50% van de oudere patiënten een verlies van de essentiële dagelijkse activiteiten van

het leven te ervaren. 20% tot 30% van de patiënten wordt weer opnieuw opgenomen en 20% tot 30% van de patiënten overlijdt⁵.

Daar waar er de komende jaren dus steeds meer ouderen in Nederland zullen wonen en de kans dat meer mensen zorg nodig hebben aanwezig is, zien we ook dat het aantal werkenden in de zorg afneemt. Er is volgens ActiZ sprake van een groeiende zorgkloof⁶. Daarnaast neemt het aantal beschikbare mantelzorgers steeds verder af⁷. De verwachting is dat over een aantal jaren minder verzorgenden en verpleegkundigen zorg moeten leveren aan een steeds groter wordende groep ouderen.

De combinatie van de behoefte van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving te blijven functioneren en het feit dat er in de toekomst steeds minder verpleegkundigen, verzorgenden en mantelzorgers beschikbaar zullen zijn, maakt dat er een kans ontstaat om de ouderenzorg anders te organiseren.

1.2 Doelstelling

Het doel van het programma Langer Actief Thuis is dat ouderen zo lang en zelfstandig mogelijk in hun eigen woning kunnen blijven functioneren met de ondersteuning die ze nodig hebben. In het programma wordt daarbij uitgegaan van de mogelijkheden van de ouderen om zelfstandig te blijven en worden ze begeleid om deze optimaal te benutten.

1.3 Reablement als uitgangspunt

Het programma LAT is gebaseerd op de uitgangspunten van reablement. De principes van reablement zijn gericht op het ondersteunen van ouderen in het behalen van hun zelfgeformuleerde doelen. Deze doelen kunnen liggen op het gebied van fysieke onafhankelijkheid in de thuissituatie en sociale betrokkenheid in hun omgeving⁸.

Met name in de Scandinavische landen, Engeland en Australië is er al veel ervaring opgedaan met de interventie. Reablement kan omschreven worden als een interventie die cliëntgericht en doelgericht is. Er is sprake van een intensief traject wat in een beperkte tijd van maximaal 12 weken wordt uitgevoerd⁹. Kenmerkend voor de interventie is dat hij wordt geleverd door een multidisciplinair team in de thuissituatie van de oudere.

De focus ligt in het programma op onafhankelijkheid in functioneren. Deelnemers moeten een hulpvraag hebben richting formele zorg en ondersteuning óf een risico hebben op functionele achteruitgang. Dit betekent dat de inhoud van de interventie verschilt. Deze is afhankelijk van de individuele doelen van de deelnemer. Mede daardoor wisselt de intensiteit en de lengte van het programma^{10,11}.

2. Het programma Langer Actief Thuis

2.1 Duur

Het programma LAT duurt maximaal 12 weken en wordt aan ouderen aangeboden als zij zich aanmelden voor hulp of begeleiding bij dagelijkse activiteiten door de wijkverpleging.

2.2 Doelgroep

LAT is ontwikkeld voor ouderen die risico hebben op functionele achteruitgang in de thuissituatie en/of een hulpvraag hebben richting formele ondersteuning van het handelen in de thuissituatie. Deze hulpvraag kan liggen op het gebied van:

- zelfzorg
- huishoudelijke activiteiten
- mobiliteit
- ontspanning

Er is geen specifieke leeftijdsgrens bepaald om deel te kunnen nemen aan het programma. De nadruk van het programma ligt op het optimaliseren van de zelfredzaamheid in de thuissituatie.

2.3 Fasering Langer Actief Thuis

Aanmelding

Wanneer een oudere zich aanmeldt voor wijkverpleging wordt hij automatisch aangemeld voor deelname aan het programma Langer Actief Thuis. Binnen een week na aanmelding wordt de deelnemer thuis bezocht door de verpleegkundige van de wijkverpleging en een ergotherapeut. Gezamenlijk inventariseren zij de hulpvraag van de deelnemer. Hierbij wordt er een beeld gevormd van de rollen, gewoontes en dagstructuur van de deelnemer en worden de problemen in het dagelijks handelen geïnventariseerd.

Onderzoek

Aan de hand van de hulpvraag worden samen met de deelnemer maximaal 5 doelen opgesteld in een persoonlijk werkplan. Dit werkplan wordt opgenomen in het elektronisch cliëntdossier (ECD). In week 2 en 3 van het programma worden door de behandelaars observaties uitgevoerd. Daarnaast wordt eventueel aanvullend onderzoek toegepast, passend bij de doelen van de deelnemer. De uitgangssituatie wordt hiermee in kaart gebracht.

Begeleiding

De begeleiding van de deelnemer is gericht op het opbouwen van de zelfstandigheid tijdens de dagelijkse activiteiten. Op basis van de observaties en het onderzoek worden de doelen in het persoonlijke werkplan gespecificeerd. Door de behandelaars wordt daarnaast gedetailleerd omschreven welke begeleiding de deelnemer nodig heeft bij de activiteiten die hij of zij weer zelfstandig wil kunnen uitvoeren. In week 3 en 4 voeren de behandelaars de begeleiding waar mogelijk uit samen met de verpleegkundigen en verzorgenden van de wijkverpleging. Deze interdisciplinaire samenwerking draagt bij aan het optimaliseren van een eenduidige manier van begeleiden van de deelnemer. Daarna wordt de begeleiding dagelijks uitgevoerd door de medewerkers van de wijkverpleging. De behandelaars zien de deelnemer minimaal 1 keer per week en evalueren de voortgang en zelfredzaamheid van de deelnemer. Zo nodig wordt de manier van begeleiding bijgesteld in het werkplan of wordt het interdisciplinair begeleiden van de deelnemer herhaald.

Als alle doelen zijn behaald of na maximaal 12 weken wordt het traject afgerond. Eventueel kan behandeling wordt voortgezet in de reguliere eerstelijns behandeling.

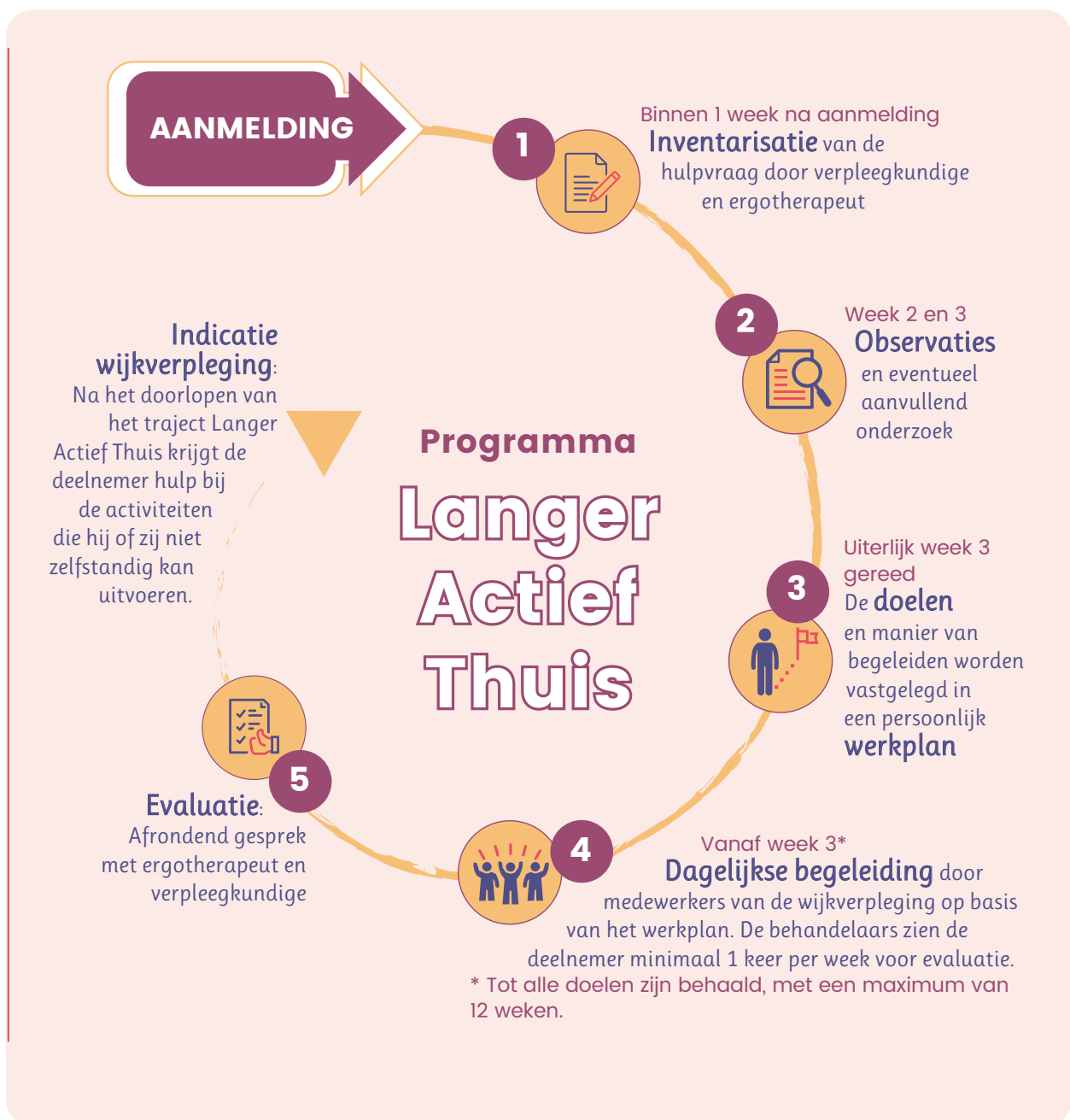
Evaluatie

Aan het einde van het traject wordt er door de ergotherapeut en verpleegkundige een afrondend gesprek gevoerd met de deelnemer. In dit gesprek worden de doelen van de deelnemer geëvalueerd. De activiteiten die de deelnemer tijdens het traject weer geleerd heeft om zelfstandig uit te voeren, kan hij of zij na deelname aan het programma zelfstandig blijven uitvoeren op de geleerde manier.

Indicatie wijkverpleging

Op basis van de ondersteuning die de deelnemer na afronding van het traject nodig heeft bij het dagelijks handelen, wordt een indicatie gesteld voor wijkverpleging. De deelnemer zal na deelname aan het programma Langer Actief Thuis hulp krijgen bij de activiteiten die hij niet zelfstandig kan uitvoeren.

2.4 Stroomschema Langer Actief Thuis



3. Interdisciplinaire samenwerking

Het programma wordt uitgevoerd door een interdisciplinair team wat bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden, ergotherapeuten en fysiotherapeuten.

In het programma staat interdisciplinaire samenwerking centraal. Interdisciplinair werken wordt gekenmerkt door intensieve samenwerking tussen verschillende disciplines. Gezamenlijke doelen dienen als uitgangspunt voor de behandeling en begeleiding¹⁴.

3.1 Rollen disciplines

De verschillende disciplines werken vanuit hun eigen expertise en rol gezamenlijk met de deelnemer aan de geformuleerde doelen in het individuele werkplan.

Verpleegkundige

De rol van de verpleegkundige is met name gericht op de coördinatie van het traject. Samen met de ergotherapeut is de verpleegkundige verantwoordelijk voor het inventariseren van de hulpvraag van de oudere. De verpleegkundige is daarnaast verantwoordelijk voor het plannen van multidisciplinaire overleggen (MDO's) en evaluatiemomenten en het up-to-date houden van het persoonlijke werkplan van de deelnemer. In de dagelijkse zorg begeleidt de verpleegkundige de deelnemer volgens de werkwijze zoals beschreven in het persoonlijke werkplan. Bij bijzonderheden neemt de verpleegkundige zo nodig contact op met andere disciplines. Daarnaast zorgt zij/hij voor duidelijke dagelijkse rapportages gericht op de voortgang van de doelen van de deelnemer in het ECD.

Ergotherapeut

De ergotherapeut inventariseert samen met de verpleegkundige de hulpvraag van de deelnemer en vormt een beeld van de rollen, gewoontes en dagstructuur van de deelnemer. Daarnaast begeleidt hij/zij de deelnemer bij het opstellen van zijn persoonlijke doelen. De ergotherapeut noteert deze in het persoonlijke werkplan van de deelnemer.

Daarnaast observeert de ergotherapeut (eventueel samen met de fysiotherapeut) de activiteiten die de deelnemer graag zelfstandig wil kunnen (blijven) uitvoeren. Hierbij wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van gestandaardiseerde observatie-instrumenten. Eventueel wordt aanvullend onderzoek gedaan. Op basis van de observatie formuleert de ergotherapeut een begeleidingsadvies per activiteit in het werkplan van de deelnemer. Dit begeleidingsadvies wordt overgedragen aan de verpleegkundigen en verzorgenden, zodat zij aan de hand hiervan de deelnemer dagelijks kunnen begeleiden. De ergotherapeut evalueert wekelijks de voortgang en stelt zo nodig het begeleidingsadvies in het werkplan bij.

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut neemt het werkplan met de daarin door de deelnemer geformuleerde doelen als uitgangspunt van zijn/haar behandeling. Op basis van de geformuleerde doelen specificeert de fysiotherapeut zo nodig de hulpvraag van de deelnemer. Samen met de ergotherapeut observeert de fysiotherapeut eventueel de activiteiten waarbij de deelnemer een hulpvraag heeft. Daarnaast voert hij/zij klinimetrie uit om het basisniveau van functioneren vast te kunnen stellen en specifieke behandel-doelen te kunnen formuleren. Deze doelen worden aanvullend in het werkplan van de deelnemer vermeld en sluiten aan bij de activiteiten die de deelnemer zelfstandig wil kunnen uitvoeren. De fysiotherapeut biedt in de behandeling een combinatie van voorwaar-

denscheppende training, zoals kracht-, balans-, en conditietraining en functionele training gekoppeld aan de activiteiten die de deelnemer wil leren.

Verzorgende

De verzorgende begeleidt de deelnemer elk begeleidingsmoment volgens het actuele werkplan. Hij of zij voert de begeleiding uit op de manier zoals beschreven staat. Bij bijzonderheden wordt contact opgenomen met andere disciplines. Na elk contactmoment wordt door de verzorgende gerapporteerd over bijzonderheden in de begeleiding en de voortgang van de deelnemer.

Huisarts/Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)

De huisarts en POH zijn op afstand betrokken bij het project. De huisarts wordt bij de start van het project op de hoogte gesteld van de deelname van de oudere. Wanneer er medische vragen zijn die invloed hebben op het handelen en de zelfredzaamheid van de deelnemer wordt door de verpleegkundige contact gezocht met de huisarts.

Overige disciplines

Overige disciplines, zoals psycholoog, maatschappelijk werkende, diëtist en specialist ouderengeneeskunde, hebben geen vaste rol in het project, maar kunnen bij bijzonderheden worden ingeschakeld.

3.2 Communicatie

Onderlinge communicatie is in de interdisciplinaire samenwerking van groot belang. Gezamenlijk wordt gewerkt aan de doelen van de deelnemer. Het is daarbij belangrijk dat elke zorgverlener dezelfde werkwijze hanteert om een optimaal leereffect te bereiken bij de deelnemer. Onderlinge afstemming kan op verschillende manieren worden bereikt.

Werkplan

Het werkplan in het ECD dient als uitgangspunt voor de behandeling en begeleiding van de deelnemer. De behandelaars formuleren het begeleidingsadvies in het werkplan en zijn verantwoordelijk voor het aanpassen van het begeleidingsadvies op het moment dat ze dit afstemmen met de deelnemer. De verpleegkundige en verzorgende zijn verantwoordelijk voor het begeleiden van de deelnemer volgens een actueel werkplan.

Rapportage

Iedere discipline is verantwoordelijk voor het rapporteren van bijzonderheden met betrekking tot de begeleiding en voortgang van de deelnemer. Door middel van rapportages worden bijzonderheden gecommuniceerd.

Multidisciplinair Overleg (MDO)

Wekelijks wordt de voortgang van het traject per deelnemer besproken in een MDO. Bijzonderheden in de begeleiding worden besproken en zo nodig worden er nieuwe afspraken gemaakt over de werkwijze om de gestelde doelen te kunnen behalen.

Tussentijdse afstemming

Wanneer er vragen of bijzonderheden zijn met betrekking tot de manier van begeleiding is het van belang dat de verschillende disciplines elkaar snel en makkelijk kunnen bereiken. Hierover kunnen afspraken worden gemaakt in het team. Hierbij dient steeds het doel te zijn dat de deelnemer door alle disciplines op dezelfde manier begeleid wordt in het traject, zodat optimaal leereffect plaatsvindt.

Bronvermelding

1. Smeets, RGM., Kempen, GIJM., Rixt Zijlstra, GA., van Rossum, E., de Man-van Ginkel, JM., Hanssen, WAG. & Metzelthin, SF. (2019). Experiences of home-care workers with the 'Stay Active at Home' programme targeting reablement of community-living older adults: an exploratory study. *Health and Social care in the community* 2020;28:291-299.
2. CBS. (2019), Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2020-2060.
3. Rijksoverheid. (2018), Programma Langer Thuis.
4. CBS (2020), Data ziekenhuisopnamen per regio.
5. Buurman B., Parlevliet J., Allore H., Blok W., Deelen van B., Moll E., de Haan R. & de Rooij S. (2016) Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients. *Jama Intern Med* 2016;176(3)
6. Actiz (z.d.), Infographic groeiende zorgkloof.
7. Planbureau voor de leefomgeving (2019). In 2040 meer mantelzorg van ouderen voor andere ouderen.
8. Clotworthy, A., Kusumastuti, S. & Westendorp, R.G.J. (2021). Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatrics* 2021: 21:61
9. Cochrane A., Furlong M., McGilloway S., Molloy D.W., Stevenson M. & Donnelly M. (2016) Time limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults (Review). *Cochrane Database of systematic reviews* 2016, Issue 10. Art. no.: CD010825.
10. Langeland, E. Tuntland, H. Folkestad, B., Forland, O., Jacobsen, F. & Kjekken, I. (2019). A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatrics* 19(29).
11. Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B. Forland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in communitydwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics* 2015 (15), 145
12. In voor Zorg (2015). Multimorbiditeit vraagt om samenwerken.
13. Van Iersel, M.B. Jansen, D.R.M. & Olde Rikkert, M.G.M. (2009). Frailty bij ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde*. 2009; 153: A183.
14. Doornebosch, A.J., Caljouw, M.A.A. & Achterberg, W.P. (2019). Interdisciplinair samenwerken in de geriatrische revalidatie; een handreiking met een basisset meetinstrumenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie*. Juni 2019.