

# Ontwikkeling arrangementen voor passende ondersteuning en zorg aan huis



## Inhoud

1.	Project .....	2
2.	Generieke handvaten – eindproduct .....	2
3.	Gegevensverzameling .....	6
3.1	Resultaat 1 - drie inspirerende landelijke initiatieven .....	6
3.1.1	<b>Blijf actief Thuis</b> .....	7
3.1.2	<b>Langer actief thuis</b> .....	7
3.1.3	<b>Community care</b> .....	8
3.2	Resultaat 2: Vijf verhalen uit de regio .....	9
3.2.2	<b>Tussen Thuis en het verpleeghuis: VPT concepten door alle aanbieders</b> .....	9
3.2.3	<b>Het goede gesprek – Een middel op basis van blijf actief thuis van ZorgSpectrum</b> .....	10
3.2.4	<b>De zelfredzaamheidskoffer – Ter ondersteuning aan Positieve Gezondheid – Silverein</b> ....	10
3.2.5	<b>Mobiel geriatrisch team - Een vorm van langer actief thuis vanuit Silverein en Charim</b> ....	11
3.2.6	<b>Community care - Een concrete uitwerking van community care vanuit Vecht en IJssel</b> ....	11
3.3	Resultaat 3: Een scan bij de zorgorganisaties .....	13
3.3.1	Werkwijze .....	13

3.3.2	Gespreks- / vragenlijst over implementatie Reablement .....	14
3.3.3	<b>Uitkomsten scan in de organisaties: projectleiders / managers</b> .....	15
3.3.4	<b>Uitkomsten scan in de organisaties: medewerkers uit te teams</b> .....	17
3.3.5	<b>Uitkomsten scan in de organisaties: cliënten</b> .....	20
3.3.6	Uitkomsten gesprekken in het projectteam.....	21
	Bijlage 1: Contactpersonenlijst.....	22
	Bijlage 2: deelnames aan de sessies.....	22

## 1. Project

### Doel

Het verkrijgen van inzicht in de onderliggende systematiek en processen en deze om te zetten in generieke handvaten op inhoud en proces voor ouderenzorgorganisaties om passende ondersteuning en zorg aan kwetsbare ouderen aan huis te bieden, vanuit het gedachtengoed van zelf- en samenredzaamheid (Reablement).

### Wat is reablement?

*'Reablement is een persoonsgerichte, holistische benadering die gericht is op het verbeteren van het fysieke en/of andere functioneren van mensen, het vergroten of behouden van hun onafhankelijkheid in zinvolle activiteiten van het dagelijks leven in hun eigen huis en het verminderen van hun behoefte aan langdurige zorg.'*

- *Neem niet over wat mensen zelf kunnen;*
- *Help mensen te herwinnen wat zij niet meer kunnen;*
- *Zorg samen voor een oplossing voor dat wat overblijft;*

### 1.1 werkwijze

De projectgroep komt bijeen in 3 sessies om informatie te verzamelen voor de generieke handvaten.

#### Sessie 1:

- Opzet maken voor resultaat 1 en 2: verzamelen van 3 landelijke en 5 regionale initiatieven.
- Voorbereiden resultaat 3: scan in de organisaties.

#### Sessie 2:

- Uitwerken van resultaat 3: scan in de organisaties
- Voorbereiden einddocument.

#### Sessie 3:

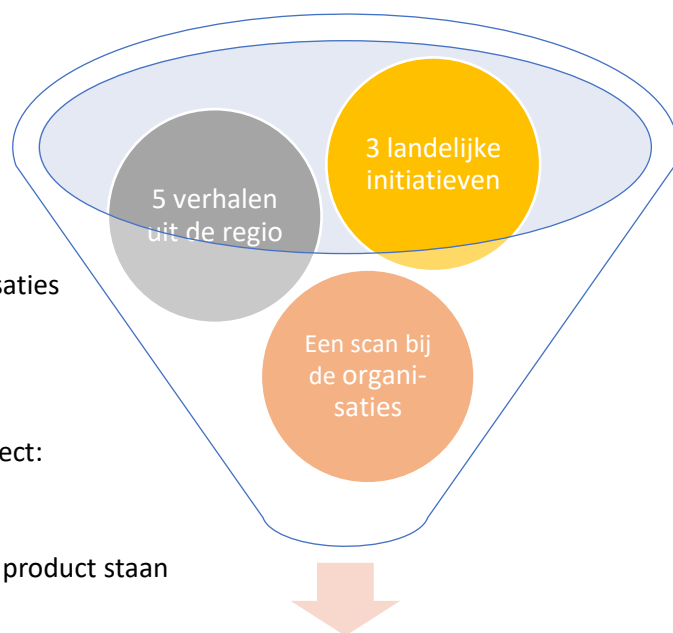
- Gegevens analyseren uit resultaat 3: scan in de organisaties
- Einddocument vormgeven: generieke handvaten.

## 2 Generieke handvaten – eindproduct

We beginnen dit document met de opbrengst van het project:

**De generieke handvaten.** Deze is ook opgeleverd in A3!

De data die we verzameld hebben en input waren voor dit product staan in hoofdstuk 3.



**Generieke handvaten**

## Betekenisvolle, passende zorg en arrangementen



### In contact voordat inzet professionele zorg noodzakelijk is

- Het helpt als alle **betrokkenen** vooraf weten wat ze kunnen **verwachten** bij betekenisvolle en passende zorg.
- Het vormgeven van betekenisvolle en passende zorg lukt beter als er gestart kan worden voor er een (grote) zorgvraag is.
- In deze fase helpen leefcoaches die ondersteuning domein overstijgend kunnen organiseren, zoals bij *Community care – Vecht en Ussel*



### Er is een zorgvraag: cliënt komt op intake (bij de VVT organisatie)

- Sta stil bij betekenisvolle en passende zorg in de intake.
- Pas de intake aan op de principes van Reablement en train medewerkers hierin. Een methode die kan helpen is: *positieve gezondheid*.
- Werk vanuit wat de **cliënt belangrijk vindt**. Kijk van daaruit wat passend is.
- Nodig de cliënt uit zelf na te denken en **vraag door**.
- Zoek samen naar alternatieven voor professionele zorg: **nee, tenzij** het niet anders kan.
- Werk met een proactieve zorgplanning en evalueer regelmatig. Bij de start 1 x per 3 maanden.

### Het wijkteam kent initiatieven in de wijk/ buurt en helpt de cliënt naar steunpunten en voorzieningen in wijk.

- Dit is volop in ontwikkeling. Sluit aan bij regionale tafels en projecten die gefinancierd worden uit de zorgakkoorden.
- O.a. *Community Care* uit *Zorgzame buurten* bundel *Vilans* kan hierbij ingezet worden.



### Plan na de intake direct een gesprek met naasten erbij

- Het goede gesprek voeren is een belangrijke stap. Ervaringen zijn opgedaan in *Het goede gesprek – Zorgspectrum*
- Train medewerkers hierin en leer hen hoe de regie bij de cliënten en naasten te laten. Verder is omgaan met weerstand een belangrijk aandachtspunt in training.
- **Maak gebruik van de intake, maar richt je op de inzet van de belangrijke ander.** Gebruik het *Spinnenweb (positieve gezondheid)*



### Vergroot de zelfredzaamheid van de cliënt met hulpmiddelen

- Medewerkers uit het wijkteam kennen de verschillende hulpmiddelen, zodat ze deze op maat kunnen aanbieden.
- Met een box, tas of *de zelfredzaamheidskoffer – Silverein* kan de medewerker hulpmiddelen demonstreren en de cliënt het laten proberen. Denk aan een oogdruppelbril of ADL-hulpmiddelen.
- Een kader helpt medewerkers. Handzaam hulpmiddel is de *Beter laten lijst*. Afspraken maken in de regio hierover is ook gewenst.



### Maak gebruik van zorgtechnologie

- Er zijn al veel goede ervaringen opgedaan met bijvoorbeeld *Medido*. Het scheidt professionele inzet en wordt als prettig(er) ervaren door cliënten.
- Andere mogelijkheden zijn beeldzorg (*Compaan*), leefstijlmonitoring, of vergroten van zelfregie in dagelijkse activiteiten (*Zorgrobot Tessa*)



### Stop niet bij een intramurale opname

- Alle betrokkenen zijn geneigd om intramuraal minder stil te staan bij betekenisvolle, passende zorg. Maar ook in een intramurale setting kan er nog veel.
- Een leefcoach (community care) kan ook bij opname (blijven) meedenken.
- In deze fase is extra aandacht nodig voor samenwerking met naasten. Die zijn vaak erg belast (geweest) en kunnen weerstand laten zien als ze ook door het verpleeghuis gevraagd worden te participeren.



### Schaal de zorg op als dat nodig is

- Medewerkers ervaren binnen VPT juist veel ruimte en tijd voor het organiseren van passende zorg. Te vroege inzet kan het weer tegenwerken.
- Voor veel cliënten is het belangrijk dat ze zo lang mogelijk 'thuis' kunnen blijven wonen.
- Alle organisaties werken aan VPT arrangementen. Een voorbeeld is *Tussen thuis en verpleeghuis – Zorgspectrum / Vertrouwd Thuis- Quarijn*








### Versterk de cliënt door multidisciplinaire samenwerking en -programma's

- Wijkteams werken succesvol samen met de ergotherapeut en fysiotherapeut om de zelfredzaamheid van cliënten te vergroten. Er is een 12 weken programma: *Langer actief thuis – Mijzo*
- Een andere vorm van multidisciplinaire samenwerking is *het mobiel geriatrisch team / ONZe – Silverein en Charim*. Dit team is er voor consultatie door de huisarts, om crisisopnames te voorkomen.
- Interdisciplinaire samenwerking tussen medewerkers, fysio en ergo helpt om Reablement beter te implementeren.

## Betekenisvolle, passende zorg en arrangementen

## Faciliteren van betekenisvolle, passende zorg

<p>Zorg voor een duidelijke strategie en ondersteun medewerkers bij (de) verandering</p> 	<p>Zorg voor voldoende kennis en vaardigheden</p> 	<p>Richt een structuur in om samen te blijven leren en ontwikkelen</p> 	<p>Begin klein en zorg voor succeservaringen</p> 	<p>Zoek verbinding in de regio / buurt. Ga aan de slag met aansluiten op wat er in de wijk is en de 1e lijn.</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>Begin met 'het waarom'. De urgentie wordt al gevoeld door medewerkers. In de praktijk lopen zij aan tegen een stijgende zorgvraag en minder medewerkers. De kwaliteitswinst voor cliënten zien medewerkers nog wat minder.</li> <li>Zorg voor een duidelijk visie op betekenisvolle en passende zorg. Beschrijf welk gedachtegoed nodig is en bouw op het gedachtegoed verder. Reablement kan daarin de basis zijn.</li> <li>Zorg voor dezelfde taal en zorg dat iedereen weet wat er bedoeld wordt met een term.</li> <li>Vul de visie aan met concrete programma's / projecten. Zo worden betrokkenen stap voor stap meegenomen. Pas op voor teveel in één keer.</li> <li>Een deel van de medewerkers ervaart weerstand bij de omslag. Zorg dat leidinggevenden een veranderingsproces goed kunnen ondersteunen. Zet in op een leiderschapsprogramma.</li> <li>Maak gebruik van wat medewerkers al langer doen: zo zelfstandig mogelijk is niet nieuw.</li> <li>Houd niet vast aan je bestaande functiehuis. Andere functies kunnen helpend zijn bij de omslag.</li> <li>Laten we monitoren wat het écht oplevert. Het rendement is in programma's nog niet goed aangetoond.</li> <li>Vraag van financiers dezelfde boodschap over betekenisvolle en passende richting cliënten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Start met basiskennis en het inbedden van het gedachtegoed, zodat de inzet betekenisvolle, passende zorg blijft.</li> <li>Daarbovenop vul je de 'koffer' van de medewerker met kennis en vaardigheden voor het inzetten van naasten, voorzieningen in de wijk, hulpmiddelen en zorgtechnologie.</li> <li>Leer medewerkers met die kennis maatwerk te leveren dat aansluit bij wat de cliënt belangrijk vindt. Voorkom standaardisatie.</li> <li>Er zijn landelijke organisaties die organisatie helpen hierbij. Denk aan een ROC in de buurt, Reable NL of de academische werkplaats met het programma 'Blijf actief thuis'.</li> <li>Er zijn voorbeelden van VVT organisaties die samen optrekken, zoals Careyn, de Rijnhoven en RegiozorgNU die samen optrekken in het ontwikkelen van scholing.</li> <li>Werk samen met medewerkers uit de praktijk bij de ontwikkeling van scholing.</li> <li>Vaardigheden die zinvol zijn om te trainen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Motiverende gespreksvoering</li> <li>Netwerk betrekken</li> <li>Opstellen van doelen en actieplannen</li> <li>Voorlichting geven</li> <li>Technieken om ouderen te motiveren en activeren</li> <li>Onzekerheid van cliënten leren begeleiden</li> <li>Holistische blik</li> <li>Praktische hulpmiddelen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blijf als team op één lijn. Verschillende manieren van werken bemoeilijkt de samenwerking met cliënten, naasten en netwerk. Zorg voor cliëntbesprekingen om samen de lijn vast te houden.</li> <li>Het kost tijd en in het begin daalt de doelmatigheid.</li> <li>Zorg dat medewerkers ruimte en tijd krijgen, waaronder voldoende coördinatietijd.</li> <li>Medewerkers willen concreet weten wat het betekent in hun dagelijkse werk. Gebruik coaching on the job hiervoor.</li> <li>Investeer in intervisie voor reflectie op eigen handelen.</li> <li>Investeer in interdisciplinaire samenwerking. Nodig disciplines uit in de vergadering om kennis te delen.</li> <li>Geef professionals die net van school komen de ruimte binnen een team. Zij zijn hier al in geschoold, maar gaan in praktijk snel mee in een heersende cultuur.</li> <li>Zorg voor herhaling en doe niet te veel in één keer. Medewerkers willen informatie in kleine stukjes.</li> <li>Wijkverpleegkundigen kunnen sneller mee in de beweging. Zet hen extra in bij de start van een zorgtraject.</li> <li>Standaarden afspreken kan helpen, maar pas op voor standaardisatie. Anders verlies je het gedachtegoed van betekenisvolle en passende zorg. Het blijft maatwerk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het vraagt veel tijd. Begin klein.</li> <li>Start met nieuwe cliënt en schets juiste verwachtingen bij de intake.</li> <li>Start met cliënten &lt; 80 jaar. De ervaring is dat oudere generaties het moeilijker vinden.</li> <li>Maak gebruik van wat medewerkers al kennen en kunnen rondom zelfredzaamheid en inzet van zorgtechnologie. Leer hen de middelen te gebruiken vanuit het gedachtegoed betekenisvolle, passende zorg.</li> <li>Er is minder ervaring in teams met het aansluiten bij de echte cliëntbehoefte, inzetten van het netwerk en voorzieningen in de wijk. Organiseer hiervoor meer ondersteuning.</li> <li>Veel organisaties kiezen voor een projectvorm. Je kunt zo ervaringen opdoen en langzaam opschalen.</li> <li>Medewerkers moeten successen ervaren in de praktijk. Sta stil bij successen en deel ze met andere teams.</li> <li>Pas op met teveel nadruk op de verandering. Ga stap voor stap aan de gang en behoud wat goed gaat.</li> <li>Kleine innovaties kunnen grote impact hebben. Laat medewerkers zelf initiatieven ontwikkelen. Een goed voorbeeld is het digitale boodschappenlijstje die gedeeld wordt met naasten.</li> <li>Sta stil bij ongewenste neveneffecten, zoals eenzaamheid bij cliënten die zelfredzamer worden. Maak iedere keer de stap terug naar wat belangrijk is voor de cliënt en zoek samen naar alternatieven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrangementen komen tot stand in samenwerking met anderen. Denk aan de 1e lijn, het sociaal domein, vrijwilligersorganisaties en burger-initiatieven. Zorg dat je gezamenlijk voor hetzelfde staat.</li> <li>We maken een beweging van ketenpartners naar netwerkpartners.</li> <li>Het is belangrijk dat alles in de directe omgeving van de cliënt is: focus dus op samenwerking in buurten en wijken.</li> <li>Binnen <i>community care</i> organiseert een leefcoach met een cliënt de ondersteuning vanuit een integraal perspectief en domein overstijgend. Hiervoor moeten aanvullende afspraken gemaakt worden met financiers voor domein overstijgende financiering.</li> <li>Er zijn veel tafels, samenwerkingsverbanden en budgetten. Veel projecten gaan starten in de regio. Overzicht en samenhang is gewenst.</li> <li>Medewerkers participeren al wel in het project Renew.</li> <li>De wens is er om meer samen te doen en samen te ontwikkelen. Enerzijds om niet allemaal apart het wiel uit te vinden, anderzijds om meer eenduidig te werken.</li> <li>Probeer werkgebieden meer te verdelen met preferente aanbieders, zodat je niet op dezelfde routes loopt.</li> <li>Aandachtspunt: Waar bij een MPT nog samengewerkt wordt door verschillende aanbieders, wordt die samenwerking stop gezet bij een overgang naar VPT. De verandering van professionals draagt niet altijd bij aan betekenisvolle, passende zorg.</li> </ul>

## Faciliteren van betekenisvolle, passende zorg

## Maak gebruik van wat er al bekend is bij andere organisaties in de regio

	Careyn	Charim	Home Instead	Quarijn	De Rijnhoven	Santé Partners	Silverein	Vecht en IJssel	Zorggroep de Vechtstreek	Zorgspectrum	Het vertrouwde dorp	Axxion Continu	Beweging 3.0
Langer actief thuis	Zelfstandig en veerkrachtig thuis										Geen informatie aangeleverd voor dit onderdeel	Geen informatie aangeleverd gedurende het hele project	
Blijf actief thuis													
Community Care				X				X					
VPT	X			X	X	X	X	X	X	X			
Het goede gesprek / verbindend communiceren	X	X								X			
Mobiel geriatrisch team		X		X	X		X			X			
Zelfredzaamheidskoffer	X				X		X			X			
Positieve gezondheid	X	X		X		X	X						
Medido	X	X		X	X	X	X		X	X			
Compaan beeldzorg	Uitrol start		X	X	Project start		Uitrol start						
Zorg robot Tessa										X			
Leefstijl monitoring en alarmering	X		X	X		X	Sensara Mee met beeldzorg	X		X			
Proactieve zorgplanning	X	X		X									
Beter laten lijst				X	X	I.o. in regio ZOU							
Ander intakegesprek		X											
Opleidingen rondom Reablement	X met Reable NL		X	X	X	In ontwikkeling		X met ROC		X met Reable NL			
Leiderschapsprogramma		X	X	X	X	X							
Domein overstijgende financiering								X		X			
Interdisciplinaire samenwerking		Project ONZe		X			X	Expertisecentrum		X			
Projecten voor samenwerken in de wijk	Visie / aanpak ontwikkelen samen met de Rijnhoven			RENEW en WOZO	Visie / aanpak ontwikkelen met Careyn / RegiozorgNU	v.a. 2024 Met Buurtzorg		Met alle partijen in community care		X Community care			

Maak gebruik van wat er al bekend is bij andere organisaties in de regio

## 3 Gegevensverzameling

### 3.1 Resultaat 1 - drie inspirerende landelijke initiatieven

#### **Bevindingen projectgroep**

Er zijn veel landelijke initiatieven en voorbeelden te vinden. Er zijn een aantal programma's die het hele gedachtegoed van reablement bevatten. Er zijn ook verschillende methoden die een bijdrage leveren aan reablement. Daar gaat het om één onderdeel uit het gedachtegoed reablement.

*Landelijke programma's:*

- [Blijf actief thuis - academische werkplaats ouderzorg Limburg](#) - Een reablement trainingsprogramma voor thuiszorgmedewerkers om de zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen.
- [Langer Actief Thuis - Mijzo](#) - Een programma van 12 weken gericht op zelfstandigheid en participatie van cliënten. Het programma gaat uit van een interdisciplinaire werkwijze.

*Methoden die bijdragen aan Re-ablement*

- [Zorgzame buurten bundel - Vilans](#) - Inspirerende initiatieven die het systeem trotseren en de verbinding leggen met anderen. Een bundeling van 15 landelijke initiatieven op het gebied van burgerinitiatieven, welzijn, zorg en wonen.
- [Positieve gezondheid- iPH](#) – Een methode die helpt bij een bredere kijk op gezondheid die meer oplevert; veerkracht aanboort, eigen regie versterkt en dat wat het leven betekenisvol maakt inzichtelijk maakt.
- [Compaan](#) (inzet van E-health en zorgtechnologie) – een veilig en makkelijk platform om zorg op afstand te verlenen.
- [Zorgrobot Tessa](#) (inzet van zorg- of sociale robots) – Tessa geeft verbale begeleiding aan de cliënt bij dagelijkse activiteiten. Andere mogelijkheden van zorg of sociale robots zijn: leefstijlmonitoring, vroeg signalering, ondersteunen zelfregie en aanbieden van dagstructuur.
- [Bewegen en sporten door Verwey Jonker Instituut](#) – Onderzoek naar effectieve methoden om het bereik en de motivatie van inactieve senioren te vergroten.

#### **Gekozen initiatieven**

We kiezen ervoor ons te verdiepen in deze inspirerende landelijke initiatieven:

- Blijf actief thuis van Academische werkplaats ouderenzorg Zuid – Limburg
- Langer actief thuis van Mijzo
- Community Care uit de bundel zorgzame buurten van Vilans.

We kiezen voor deze initiatieven, omdat deze programma's allemaal gaan over het gedachtegoed van Reablement. Dit zorgt voor verbinding. Om tot een verandering te komen, denken we ook dat het nodig is om de verandering te maken op alle terreinen. Deze 3 verschillende initiatieven benadrukken allen een verschillend perspectief:

- Blijf actief thuis is gericht op de medewerkers
- Langer actief thuis is gericht op de cliënt
- Community care is gericht op netwerkzorg en samenwerking over alle domeinen

### 3.1.1 Blijf actief Thuis

Blijf Actief Thuis' is een trainingsprogramma voor medewerkers. Het bestaat uit een startbijeenkomst en een aantal trainingsbijeenkomsten over een periode van zes maanden;

- Startbijeenkomst: in de bijeenkomst leren verpleegkundigen, verzorgenden en thuishulpen over het belang van zelfredzaamheid en de gevolgen van het overnemen van activiteiten.
- Trainingsbijeenkomsten: tijdens de trainingsbijeenkomsten staat het aanleren van nieuwe vaardigheden en het toepassen daarvan in de praktijk centraal. Medewerkers leren hierin bijvoorbeeld:
  - Het niveau van functioneren van ouderen in kaart te brengen
  - Technieken om ouderen te motiveren
  - Vaardigheden voor het opstellen van doelen en actieplannen
  - Ouderen te activeren
  - Het netwerk te betrekken.
- Herhalingsbijeenkomst: 3 maanden na de laatste trainingsbijeenkomst is er een herhalingsbijeenkomst. Hierin oefenen medewerkers in rollenspellen met de moeilijke situaties die medewerkers tegenkomen bij het toepassen van reablement in de praktijk.

Er wordt gebruik gemaakt van interactieve leermethoden en praktische handvatten zoals een bewegboekje. Wekelijkse nieuwsbrieven en praktijkopdrachten houden de nieuwe werkwijze onder de aandacht.

Op basis van dit onderzoek doet de werkplaats de volgende aanbevelingen:

- Gebruik interactieve leermethoden, praktische hulpmiddelen en 'coaching on the job'.
- Betrek, informeer en motiveer cliënten en hun sociaal netwerk om hen mee te nemen in de nieuwe manier van denken en werken.
- Nodig cliënten uit om zelf na te denken over doelen & acties en stem de zorg en ondersteuning daarop af.
- Versterk de interdisciplinaire samenwerking verder door fysiotherapeuten en ergotherapeuten te betrekken.
- Creëer een stimulerende werkomgeving met voldoende tijd en middelen om medewerkers toe te rusten deze nieuwe manier van denken en werken eigen te maken.

'Blijf Actief Thuis' lijkt goed uitvoerbaar, maar in het onderzoek zijn geen positieve effecten gemeten. Er werd bij de cliënten gekeken naar: verandering in sedentair gedrag, functioneren, valincidenten, kwaliteit van leven van de cliënten. Voor medewerkers is gekeken naar meer ervaren vaardigheid ten aanzien van het activeren van cliënten en ervaren overtuiging over de voordelen van het activeren van cliënten. Het programma leek ook niet effectief in het terugdringen van zorgkosten. De Academische werkplaats kan geen sluitende verklaring vinden voor het uitblijven van de resultaten. Inmiddels zetten zij met meer organisaties programma's op, omdat in andere landen de opbrengst er wel is.

### 3.1.2 Langer actief thuis

Langer actief thuis is een programma van maximaal 12 weken gericht op het vergroten van de zelfstandigheid en participatie van cliënten. Het doel van het programma is dat cliënten zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren in de thuissituatie. LAT is een interdisciplinair programma en is gebaseerd op de principes van reablement. De wijkverpleging begeleidt de cliënten in dit

programma samen met een ergotherapeut en een fysiotherapeut. De fysiotherapeut oefent met de cliënt. De ergotherapeut bekijkt welke aanpassingen er nodig zijn om langer thuis te blijven.

Het programma start op het moment dat een oudere zich meldt met een hulpvraag voor wijkverpleging. In de periode van 12 weken werk je samen met de cliënt toe naar optimale zelfstandigheid in de eigen omgeving. Tijdens het programma wordt samen met de cliënt gewerkt aan persoonlijke doelen. Deze bestaan uit:

- Doelen die voor diegene belangrijk zijn.
- Doelen die passen bij de hulpvraag waarmee de cliënt bij de wijkverpleging komt.
- Doelen voor andere activiteiten die dan al moeilijker zijn voor de cliënt.

Aan het einde van het traject worden de doelen met de cliënt geëvalueerd en stelt de wijkverpleegkundige een indicatie voor de professionele zorg die dan nog nodig is.

De eerste ervaringen van zowel cliënten als medewerkers zijn positief;

- Cliënten ervaren meer vrijheid door / bij activiteiten die ze weer zelfstandig kunnen uitvoeren.
- Medewerkers zien dat cliënten zelfvertrouwen terug krijgen. Dit zelfvertrouwen helpt hen om activiteiten zelfstandig uit te voeren.
- Medewerkers ervaren (meer) plezier in hun werk door de interdisciplinaire werkwijze.
- In de praktijk is er ook afname van inzet van professionele zorg te zien bij cliënten die hebben deelgenomen aan het programma Langer Actief Thuis.

Op dit moment is nog een indicatie nodig vanuit de Zvw of Wlz. Verschillende gemeenten experimenteren al wel domeinoverstijgende financiering. Verder zijn er geen ex- en inclusiecriteria bekend.

### 3.1.3 Community care

Community care is één van de goede voorbeelden uit de bundel zorgzame buurten. Maria-Oord in Dongen startte dit concept.

Community Care Dongen biedt vernieuwende, persoonsgerichte zorg aan ouder wordende cliënten met een geheugenprobleem en lichamelijke klachten. Community Care draagt daaraan bij door zorg en welzijnsondersteuning vanuit één integraal perspectief te organiseren. Daarnaast moet het de kwaliteit van leven van kwetsbare oudere cliënten verhogen tegen lagere maatschappelijke kosten.

In Dongen wordt dit gedaan door leefcoaches met doorzettingsmacht. De leefcoach coacht de cliënt en het cliëntstelsel en stemt informele en formele zorg en welzijn op elkaar af. De leefcoach doet dit in principe in de thuissituatie van de cliënt. Maar deze kan, als dat meerwaarde heeft, ook aansluiten als een cliënt opgenomen is in het verpleeghuis.

Over de domeinen van WMO, Zvw en Wlz kan de leefcoach ondersteuning regelen die mensen nodig hebben. Zij hoeven niet steeds weer grote stapels formulieren in te vullen om iemand de best passende hulp te bieden. Hiervoor zijn samenwerkingsafspraken nodig met de gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor.

Voor mantelzorgers is de leefcoach iemand die meedenkt en mee coördineert, zodat een gevoel van rust en veiligheid ontstaat. De leefcoach heeft echt tijd om met mensen en hun naasten te praten over wat nodig is om langer thuis te kunnen blijven wonen. In Dongen leverde dat veel op:

- Tijdige betrokkenheid van een leefcoach doet de zorgvraag vertragen.
- Medewerkers ervaren meer betekenis in het werk.



- Op marconiveau bespaart het geld. Door de splitsing tussen WMO en Zvw en Wlz is het moeilijk om deze positieve resultaten om te zetten in veranderingen van beleid en bedrijfsvoering in de sector. De kosten stijgen namelijk binnen de Wmo en de Zvw, maar dalen fors binnen de Wlz.

Inmiddels is Utrecht ook gestart met Community Care. Het is gericht op kwetsbare oudere cliënten in Utrecht die zo lang mogelijk verantwoord thuis willen blijven wonen. Het zijn cliënten met een psycho-geriatrie aandoening eventueel in combinatie met lichamelijke en/of mobiliteitsklachten, eenzaamheid en problemen in woon- en leefomstandigheden.

De verdere uitwerking van het concept in Utrecht staat in 2.2: verhalen uit de regio.

### 3.2 Resultaat 2: Vijf verhalen uit de regio

#### Bevindingen projectgroep

Veel organisaties zijn nog in de opstartfase van projecten die bijdragen aan reablement. Het is niet mogelijk om een beeld te schetsen van een afgerond project. Er gebeurt al veel waar we wél van leren. We werken hier 5 regionale voorbeelden uit.

#### Regionale voorbeelden

1. Tussen Thuis en het verpleeghuis / VPT concepten
2. Het goede gesprek door Zorgspectrum
3. De zelfredzaamheidskoffer – ondersteunend aan positieve gezondheid door Silverein
4. Mobiel geriatrisch team door Silverein
5. Community care door Vecht en IJssel

#### Benoemde successen en knelpunten

##### 3.2.2 Tussen Thuis en het verpleeghuis: VPT concepten door alle aanbieders

Veel organisaties leveren een volledig pakket zorg in thuis. In dit construct kunnen cliënten langer zelfstandig thuis wonen, doordat er ondersteuning is op alle leefgebieden. Er is naast zorg, ook ruimte voor welzijn en begeleiding, voor activering, voeding en schoonmaak. In dit construct is meer aandacht voor samenwerking met cliënt en naasten. Er is meer focus op eigen regie en is er sprake van een holistische blik in de ondersteuning. Reablement is de basis voor het samenwerken met naasten en meer regie bij de cliënt houden. VPT wordt op verschillende manier vorm gegeven:

- Sommige organisaties doen dat ‘geclusterd’. De cliënt woont dan in een complex waar ook anderen wonen die dezelfde type ondersteuning krijgen. Soms is dat dichtbij een verpleegtehuis, zodat daarop teruggevallen kan worden bij nood. Zorgspectrum doet dit in het Haltna Huis.
- Andere organisaties bieden het ongeclusterd / in de woning in de wijk waar de cliënt al woont.

#### Aandachtspunten / knelpunten:

- De zorgverzekeringswet ondersteunt reablement niet als vanzelfsprekend. In de praktijk passen organisaties wel reablement toe binnen een Zvw financiering. In het plan wordt dan als doel gesteld dat iemand het binnen een bepaalde tijd zelf kan. Ze declareren dan de inzet van de medewerkers bij het aanleren van de handelingen aan de cliënt.
- Het werkt makkelijker als er tijdig een Wlz financiering is. Zeker binnen de Wlz VPT is ruimte om hier uitvoering aan te geven. Te snel overgaan tot VPT kan reablement echter in de weg zitten.
- Zittende bewoners vinden het een omslag om de beweging van intramuraal naar VPT te maken. Zij zijn gewend aan een specialist ouderengeneeskunde en een vast multidisciplinair team, vaste zorgpatronen en hulpmiddelen. Start dus vooral met nieuwe cliënten en met een nieuw team.

- Een goed rekenmodel is belangrijk voor de sturing
- Anderen sectoren werken al langer hiermee. Kijk wat je kan leren van bijvoorbeeld de verstandelijk gehandicaptenzorg.
- Bij cliënten die thuis wonen, waarvan de zorg verzwaard, wordt VPT ingezet. De organisaties die dat doen gaan bijna alle zorg vanuit de eigen organisatie leveren. Terwijl cliënten vaak al een netwerk van professionele hulp om hen heen hebben. Daarmee trek je juist weg van samen / samenwerking.

### 3.2.3 Het goede gesprek – Een middel op basis van blijf actief thuis van ZorgSpectrum

Het goede gesprek is onderdeel geworden van het leerprogramma dat [ReableNederland](#) biedt. Deze beweging is het initiatief van aantal grote zorgaanbieders die het gedachtegoed van reablement omarmen. Zij kunnen met hun programma zorgorganisatie ondersteunen om reablement vorm te geven. Ze bieden een 12 weken durend opleidingsprogramma, waarin ze 12 medewerkers uit een zorgorganisatie opleiden, zodat zij zelf aan de slag kunnen met het thema binnen de organisatie. In het opleidingsprogramma is aandacht voor thema's als: de mens achter de hulpvraag, de hulpverlener is ook een mens, leren luisteren en holistisch werken. Vaardigheden die nodig zijn om het goede gesprek te kunnen voeren.

#### *Aandachtspunten / knelpunten:*

- De cliënt en/of de mantelzorgers kunnen verschillende meningen / belangen hebben. Mantelzorgers kunnen bijvoorbeeld op het standpunt staan dat de cliënt 'recht' heeft op bepaalde zorg. Soms merk je dat mantelzorgers de cliënt graag ontlasten, terwijl een cliënt het misschien nog wel zelf wil proberen. Omgaan met die tegengestelde belangen is moeilijk.
- De gespreksvoerder bepaalt de uitkomst van het gesprek. Hoe vertrouwd voelt een gespreksvoerder zich met het voeren van een goed én lastig gesprek? Dit vraagt om het vergroten van de kennis en vaardigheden van de medewerker.
- De overtuigingen van ketenpartners kunnen verschillen van de principes van reablement. Zo kan een huisarts dringend adviseren om aanvullende drinkvoeding te nemen, terwijl de cliënt daar misselijk van wordt en niet wil.
- Medewerkers moeten moeilijke gesprekken voeren met de cliënten en het netwerk. Alle stakeholders, inclusief financiers, moeten dezelfde boodschap vertellen en dezelfde taal gebruiken. Anders kunnen tegenstellingen het gesprek gaan bemoeilijken.

### 3.2.4 De zelfredzaamheidskoffer – Ter ondersteuning aan Positieve Gezondheid – Silverein

Silverein heeft de Zorg thuis teams in 2023 voorzien van een zelfredzaamheidskoffer met een standaard assortiment van hulpmiddelen zoals:

- De oogdruppelbril
- Hulpmiddelen voor het aan en uittrekken van steunkousen
- ADL hulpmiddelen zoals de sokaantrekker enz.

De wijkverpleegkundige neemt de inzet van hulpmiddelen mee tijdens het intake- en/ of evaluatie gesprek met de cliënten en daar waar passend bij actualiteit van de hulpvraag of ter preventie. De wijkverpleegkundigen hebben aangegeven behoefte te hebben aan hulpmiddelen die kunnen worden getoond en gedemonstreerd. Voor de cliënt om de zelfredzaamheid te vergroten. Met behulp van de hulpmiddelen in de koffer kunnen zij samen met de cliënt de hulpmiddelen uitproberen. Daarna kunnen ze definitieve besluiten of ze tot aanschaf overgaan.

Doelstelling is een betere zelfredzaamheid van de client. Het ondersteunt daarin de benadering 'Positieve Gezondheid'. Daarnaast dient het de noodzaak tot doelmatiger werken (arbeidsbesparing). Voor de medewerker levert het betere werkomstandigheden op. Wijkverpleegkundigen en de wijkteams hebben een workshop ter inspiratie en instructie ontvangen.

*Aandachtspunten / knelpunten:*

- Belangrijk is de strategie van de organisatie. De methodiek moet daar een passende bijdrage in zijn.
- Zorg voor draagvlak bij de teams en een heldere procedure
- Een aandachtsfunctionaris Positieve gezondheid/zelfredzaamheid kan helpend zijn
- De Dof en Donner wordt alleen vergoed als zorg kan worden afgebouwd.

### **3.2.5 Mobiel geriatrisch team - Een vorm van langer actief thuis vanuit Silverein en Charim**

Silverein neemt deel aan een mobiel geriatrisch team in de regio. Onderdeel van het team zijn een specialist ouderenzorg (SO), een psycholoog, een ergotherapeut en een fysiotherapeut. De huisarts kan hen raadplegen bij vragen. Binnen een aantal sessies brengen zij een advies uit over de ondersteuning die nodig is. Het team en de huisartsen zijn enthousiast. Mogelijk gaat de Casemanager dementie ook aansluiten.

Charim doet we mee aan project 'ONZe'. In het project ONZe bundelen ouderenzorgorganisaties in Zuidoost Utrecht hun krachten in een netwerk waar professionals de zorg voor ouderen in de eerste lijn organiseren. Met de ketenpartners willen we - in het kader van de juiste zorg op de juiste plek - het aantal opnamen (permanent en tijdelijk) verminderen. Door vroegtijdig te signaleren en de samenwerking in de driehoek - huisarts, specialist ouderen geneeskunde en specialisten uit het ziekenhuis - te verbeteren, is de verwachting dat (crisis)opnamen kunnen worden voorkomen. De VVT-instellingen in regio Zuid-Oost hebben inmiddels een samenwerkingsovereenkomst waarin de specialisten ouderengeneeskunde en psychologen samen het Ouderengeneeskundig Netwerk Zuid-Oost eerste lijn (ONZe) vormen.

*Aandachtspunten / knelpunten:*

- Knelpunt is de financiering van de paramedici

### **3.2.6 Community care - Een concrete uitwerking van community care vanuit Vecht en IJssel**

Vecht en IJssel is samen met een aantal andere zorg- en welzijnsorganisaties er van overtuigd dat maatschappelijke uitdagingen in de zorg alleen in nauwe afstemming met alle partijen (zowel formele als informele zorg en ondersteuning) kunnen worden opgepakt. Het vraagt om een gedeelde visie, een verregaande samenwerking tussen zorg en welzijns-organisaties vanuit de verschillende domeinen en een open en samenwerkingsgerichte houding van (zorg)professionals. Het uitgangspunt daarbij is dat in eerste instantie de ouderen met hun eigen netwerk en de bredere sociale omgeving de zorg en ondersteuning realiseren die nodig is. Onze opdracht is de ouderen te helpen om die zorg en ondersteuning zo lang mogelijk thuis te kunnen organiseren.

#### *Een gelijktijdig proces van transitie en transformatie*

De weg naar de gewenste veranderingen is een gelijktijdig proces van transitie en transformatie. Het transitieproces gaat vooral over structuur en het veranderen van regels en financiële verhoudingen, etc., die het mogelijk moeten maken om tot de nieuwe situatie te komen. Het transformatieproces gaat over de inhoudelijke vernieuwing en cultuur en is gericht op ander gedrag van organisaties,

professionals en ouderen, een andere cultuur bij instellingen en professionals, andere zienswijzen, anders met elkaar omgaan tussen ouderen/cliënten, professionals, instellingen en gemeenten. Om beter samen te werken tussen informele en formele zorg en niet de wetten (Wmo, Zvw, Wlz) leidend te laten zijn in de ondersteuning van inwoners, maar juist de vraag hoe we samen kunnen werken aan toekomstbestendige zorg en ondersteuning aan ouderen.

#### *Concept community care*

We kiezen bij Vecht en IJssel voor de implementatie van het samenwerkingsconcept Community Care. We starten een pilot in de Utrechtse wijk Overvecht vanuit de locatie Zuylentede. De ervaringen in de gemeente Dongen dienen daarbij als voorbeeld. In Dongen heeft het concept Community Care Dongen (CCD) ertoe geleid dat meer kwetsbare ouderen op een verantwoorde en prettige manier langer thuis wonen. De doelen van Community Care zijn daarbij aantoonbaar gerealiseerd.

Het samenwerkingsconcept Community Care past in recent uitgebrachte (preventie-) programma's, zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het door het ministerie van VWS ontwikkelde programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

#### *Doelgroep*

Wij richten ons met het project Community Care op:

- Thuiswonende kwetsbare ouderen in de wijk Overvecht die nog geen Wlz-zorg ontvangen of die daarvoor een indicatie verwachten of die gaandeweg het project deelnemen op basis van MPT of VPT;
- Met een zorg-, ondersteunings- of hulpvraag op een of meer levensgebieden;
- Met de bereidheid om deel te nemen aan het project.

#### *Doelen van Community Care*

Het samenwerkingsconcept Community Care beoogt de volgende doelen te realiseren:

- Ertoe bij te dragen dat kwetsbare ouderen langer verantwoord in hun eigen woning en in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen en duurdere vormen van zorg, zoals verpleeghuiszorg, worden voorkomen of uitgesteld, door zorg te organiseren vanuit één integraal perspectief;
- bij te dragen aan het verhogen van de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen, doordat zij het leven kunnen leiden zoals ze dat zelf graag willen, tegen mogelijk lagere maatschappelijke kosten.

#### *Community Care in de praktijk*

Een spilfunctie in Community Care wordt ingevuld door de leefcoach. Leefcoaches kunnen de zorg- en welzijnsondersteuning organiseren over de grenzen van de financieringsdomeinen heen. Zij bepalen welke zorg en ondersteuning op enig moment gewenst of noodzakelijk is in de situatie van de kwetsbare oudere cliënt. Leefcoaches hebben daarbij regelruimte – een zogenaamd doorzettingsmandaat – om dit naar eigen inzicht te organiseren vanuit de Wmo, Zvw en Wlz (in de vorm van MPT en VPT). De domeinover-stijgende financiering (DOS) volgt het aanbod. De leefcoach coacht de cliënt en het clientsysteem en stemt informele en formele zorg en welzijn op elkaar af, zo lang mogelijk in de thuissituatie van de cliënt en, zo nodig, ook aansluitend na een opname van de client in het verpleeghuis.

De meerwaarde van Community Care leunt zwaar op een goede samenwerking tussen informele en formele zorgverleners. De ene partij kan niet langer zonder de andere, als we ook in de toekomst

zorg willen bieden van een onveranderd hoge kwaliteit. Domeinoverstijgende samenwerking is een voorwaarde om de juiste ondersteuning te kunnen bieden.

De leefcoach heeft een belangrijke rol in het tot stand brengen van de bedoelde samenwerking, maar staat hierin niet alleen. Feitelijk hebben alle betrokkenen de taak om de samenwerking te stimuleren, creatieve wegen te zoeken en te benutten, om zorg en welzijn voor elke cliënt te realiseren en het gedachtengoed van Community Care actief uit te dragen. Dit veronderstelt een oprechte belangstelling voor elkaar en voor elkaars mogelijkheden en beperkingen en een vanzelfsprekende afstemming en samenspraak.

Binnen community care werkt Vecht en IJssel met leefcoaches / arrangeurs. Zij gaan zo vroeg mogelijk in gesprek met cliënten die de eerste tekenen van achteruitgang vertonen. Zij bespreken met de cliënt en het netwerk wat nodig is om prettig en lang thuis te wonen. Er wordt gekeken wat de cliënt kan, wat met het netwerk lukt en welk aanbod van welzijnsorganisaties helpt. Op deze manier geven zij al uitvoering aan het reablement programma, voordat de cliënt een (groot) beroep doet op zorg.

#### *Aandachtspunten / knelpunten:*

- Samenspel is een voorwaarde. Je moet domein overstijgend samenwerken en domein overstijgend budget is nodig.
- Medewerkers die bij de cliënt komen moet je goed meenemen in deze ontwikkelingen. Regel voor hen een goede vraagbaak en neem hun input heel serieus.
- Je moet actief zijn in de omgeving en zorgen dat organisaties je kennen.
- Het is essentieel dat je op tijd in kan stappen. Belangrijke verwijzers moeten daarom bekend zijn met je en je benaderen bij de eerste tekenen van achteruitgang. Denk aan de huisarts, vrijwilligersorganisaties en welzijnspartijen.
- Zorg dat je start met een laagdrempelig gesprek. Vooraf vindt er geen gegevensuitwisseling plaats tussen partijen. We vragen de verwijzer om bijvoorbeeld de cliënt of familie om contact op te nemen. We gaan langs op de plekken waar de cliënt makkelijk te benaderen is.
- Er is tijdelijke financiering mogelijk via de zorgverzekeraar of via een subsidie van de gemeente. De zorgverzekeraar heeft de ingediende plannen van Vecht en IJssel goedgekeurd en budget toegewezen.
- Geef medewerkers een rol als arrangeurs. Ze zijn dan gewoon werkzaam in hun eigen functie en zijn een x aantal uur beschikbaar als arrangeur.
- Het maakt niet zoveel uit welke functie de arrangeur heeft. Het is wel belangrijk dat diegene een HBO werkniveau heeft.

### 3.3 Resultaat 3: Een scan bij de zorgorganisaties

#### 3.3.1 Werkwijze

We willen de ervaringen in de verschillende organisaties goed in beeld brengen. Om deze scan uit te voeren kiezen we voor een gesprek op basis van een gespreks-/ vragenlijst. In het projectplan staat dat we een enquête uitzetten. We kunnen in gesprek meer informatie ophalen en gerichter doorvragen. Ieder lid uit de projectgroep voert een gesprek met:

- Projectleiders in de organisatie van projecten die passen bij reablement
- 5 - 10 medewerkers in de organisatie die werken in teams waar gewerkt wordt met (een vorm van) reablement
- 3 cliënten die de organisatie helpt en waarbij (een vorm van) reablement in wordt gezet.

### 3.3.2 Gespreks- / vragenlijst over implementatie Reablement

#### Vragen voor projectleiders / managers

Onderwerp om in kaart te brengen	Voorbeeldvragen die daarbij helpen
1. Wat willen jullie bereiken met Reablement?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn de doelstellingen</li> <li>• Welke resultaten of verbeteringen worden nagestreefd?</li> <li>• Zijn er specifieke keuzes voor doelgroepen of situaties?</li> </ul>
2. Hoe wordt invulling gegeven aan Reablement in de organisatie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat doe je binnen de organisatie?</li> <li>• Hoe geef je hier invulling aan? Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Is er een opleidingsprogramma voor medewerkers?</li> <li>○ Is er een leiderschapsprogramma op dit onderdeel?</li> <li>○ Zijn er lopende projecten? Welke zijn dat?</li> <li>○ Zet je technische hulpmiddelen of applicaties in?</li> <li>○ Andere hulpmiddelen?</li> <li>○ Zijn er aangepaste procesbeschrijvingen en protocollen?</li> </ul> </li> <li>• Welke groepen zijn betrokken bij het opzetten? Wat leverde dat op?</li> </ul>
3. Wat doe je in de regio om reablement te implementeren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe loopt de samenwerking met gemeentes en welzijn?</li> <li>• Met wie ben je bezig om dit te organiseren in het netwerk? Welke partners zijn belangrijk?</li> <li>• Welke beren zie je op de weg? En heb je hiervoor ook mogelijke oplossingen of positieve ervaringen?</li> <li>• Wat zijn de voordelen voor hoe e.e.a. werkt in de regio?</li> <li>• Wat voor uitdagingen zie je in de regio?</li> </ul>
4. Wat zijn de ervaringen tot nu toe?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat heeft de inzet van Reablement tot nu toe opgeleverd?</li> <li>• Wat hebben jullie specifiek toegepast wat je als succes kan delen?</li> <li>• Zin er uitdagingen of obstakels bij de implementatie? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welke weerstand ervaar je?</li> </ul> </li> <li>• Welke maatregelen worden genomen om deze uitdagingen aan te pakken?</li> </ul>
5. Welke behoefte voor doorontwikkeling is er?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zijn er plannen om de toepassing van reablement verder uit te breiden?</li> <li>• Wat moet er dringend verbeterd worden?</li> <li>• Wat mis je nog binnen je organisatie of in de regio?</li> </ul>

#### Vragen voor medewerkers

Onderwerp om in kaart te brengen	Voorbeeldvragen die daarbij helpen
1. Ben je bekend met Reablement en wat jullie ermee willen bereiken?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ben je bekend met reablement? Kan je het in je eigen woorden uitleggen?</li> <li>• Hoe kijk je naar reablement? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Denk je dat cliënten dit willen?</li> <li>○ Denk je dat het nodig is?</li> <li>○ Denk je dat dit werkt?</li> </ul> </li> </ul>

2. Wat heb je binnen je organisatie gemerkt van de implementatie van reablement?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op welke manier ben je meegenomen door de organisatie over de ontwikkelingen rondom reablement?</li> <li>• Wat heb je als positief ervaren daarin?</li> <li>• Wat had meer aandacht nodig gehad?</li> <li>• Waarin ben je getraind?</li> <li>• Hoe heb je dat ervaren? Wat mis je?</li> </ul>
3. Hoe passen jullie reablement al toe in jullie team?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschrijf zo concreet mogelijk wat je in praktijk doet.</li> <li>• Wat biedt jou organisatie om reablement toe te passen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welke hulpmiddelen/ toolkits?</li> <li>○ Welke technologische hulpmiddelen gebruik je?</li> <li>○ Procesbeschrijvingen of protocollen?</li> <li>○ Stel je doelen of actieplannen op?</li> </ul> </li> </ul>
4. Wat zijn de ervaringen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat heeft de inzet van Reablement tot nu toe opgeleverd?</li> <li>• Heb je succesverhalen uit je team?</li> <li>• Welke knelpunten ervaar je? Wat vraagt nog aandacht?</li> <li>• Heb je tips om het werkbaar te houden?</li> <li>• Hoe ga je om met weerstand van cliënten / netwerk?</li> </ul>
5. Wat wil je nog meer doen met je team?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is verder nog nodig om reablement te laten werken?</li> <li>• Wat wil je met je team nog (verder) ontwikkelen?</li> <li>• Welke kansen zie je?</li> <li>• Welke ondersteuning heb je meer nodig? / wat mis je?</li> </ul>

#### Vragen voor cliënten / mantelzorgers

Onderwerp om in kaart te brengen	Voorbeeldvragen die daarbij helpen
1. Wat wordt er bij jou georganiseerd om langer zelfstandig thuis te wonen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is jou geleerd om weer zelf te kunnen doen?</li> <li>• Wat is gedaan om de mantelzorgers te helpen?</li> <li>• Wordt er technologie toepast?</li> <li>• Maak je gebruik van voorzieningen in de wijk?</li> </ul>
2. Hoe ervaar je dat?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ben je tevreden over de ondersteuning?</li> <li>• Is je zelfstandigheid vergroot?</li> <li>• Bent je meer tevreden over je welzijn?</li> </ul>
3. Wat zou daarin nog meer kunnen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat vind je belangrijk om zelf te kunnen blijven doen?</li> <li>• Wat wil je graag met behulp van anderen?</li> <li>• Welke zorg zou minder mogen?</li> </ul>

#### 3.3.3 Uitkomsten scan in de organisaties: projectleiders / managers

##### Wat willen jullie bereiken?

1. Een andere kijk op de zorg en ondersteuning: holistisch, multidisciplinair, passend bij de cliënt en regie bij de cliënt (7 x)
2. Verminderen van de druk op de zorg: uitstellen langdurige zorg, met minder mensen meer doen, maatschappelijke gedragsverandering stimuleren. (6x)
3. Vergroten van de zelfredzaamheid (5 x)
4. Dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen (5x)
5. Kwaliteit van leven van de cliënt behouden / vergroten (2 x)

### **Hoe wordt daar invulling aan gegeven?**

1. Inzet van technologie: medido / beeldzorg / leefstijlmonitoring (8 x)
2. Gerichte projecten waarin reablement een rol speelt: VPT, steunsystemen, expertisecentrum opzetten, community care, een plan van aanpak per wijk (6x).
3. Opleiding van medewerkers / leerlijn: deel doet het zelf, deel doet het met ROC/ Reable NL (5 x)
4. We staan aan het begin en er is nog veel in ontwikkeling (5 x). Een aantal doet dat samen met de medewerkers in het primair proces.
5. Opleiden / coachen van leidinggevenden (4x)
6. Samenwerking met andere organisaties: VVT organisaties, behandelaren (4 x)
7. Zelfredzaamheid vergroten met een hulpmiddelenbox / -tas (2x)
8. Concrete aanpassingen in werkinstructies (2x)

### **Ervaringen tot nu toe?**

1. We staan nog aan de start (2 x)
2. We zien dat de cliënt meer vertrouwen krijgt.
3. De cliënt kan meer het leven leiden dat de cliënt gewend is.
4. Hogere klanttevredenheid.
5. Meer ruimte voor complexe zorg
6. De term reablement spreekt niet aan

### *Aandachtspunten*

1. Weerstand bij medewerkers (“ik heb hier niet voor gekozen”) en bij cliënten. Uitdaging om hen mee te krijgen in de ontwikkeling.
2. Reablement is onderdeel van een groter geheel / het bepaalt de basishouding van de professional.
3. De verwachtingen van ketenpartners sluit niet altijd aan bij de reablement gedachte.
4. Het is belangrijk om allemaal hetzelfde te doen / in een team / organisatie / keten / netwerk dezelfde boodschap uit te dragen.
5. Volledige samenwerking binnen het netwerk lukt nog niet en vraagt om meer gesprek.
6. Reablement kost tijd, wat in beginsel effect heeft op de doelmatigheid.
7. Onzekerheid bij cliënten vraagt om goede begeleiding.

### *Kansen*

1. Ontwerp samen met de medewerkers en sluit aan bij de praktijk. Door goede ervaringen op te doen, halen medewerkers meer voldoening uit het vergroten van zelfredzaamheid.
2. Ga het gesprek aan op basis van het levensverhaal. Om de slag te maken is het belangrijk om erachter te komen wat echt belangrijk is voor de cliënt.
3. Geef medewerkers niet het gevoel dat het niet goed is wat ze nu doen. Benadruk niet teveel een verandering.
4. Kleine innovaties kunnen grote impact hebben.
5. Durf te kijken naar een andere teamindeling / andere functies. De inzet van woonzorgondersteuners helpt om meer aandacht voor de cliënt te hebben. Denk ook aan medewerkers met levenservaring in plaats van diploma's.
6. Deel goede voorbeelden
7. Samenwerking met ReableNL helpt om het gedachtegoed verder te brengen, zonder dat je het wiel opnieuw hoeft uit te vinden.



### **Wat gebeurt er in de regio?**

1. De akkoorden geven tijd en ruimte, maar daarbinnen wordt er ook veel verschillende zaken ontwikkelen. Daarnaast zie je dat we ook weer veel apart uitwerken in de eigen organisatie. Belangrijk is dat er meer samenhang komt, meer samen ontwikkelen, een gezamenlijke manier van werken en gezamenlijke visie en doelen. (6x)
2. Er zijn korte lijnen, veel contact en voldoende netwerken met een breed pallet aan samenwerkingspartners: gemeenten, welzijn, paramedici, 1<sup>e</sup> lijn, mantelzorgorganisaties, vrijwilligersorganisaties, woningbouwcorporaties. Carey, Rijnhoven en regiozorgNU hebben een samenwerkingsverband waarin ze gezamenlijk ontwikkelen. (5x)
3. Er is weinig mankracht om samen te ontwikkelen.
4. Samenwerken en de zorg voor de eigen organisatie zitten elkaar soms in de weg (voorbeeld MPT / VPT).

### **Behoeftte aan doorontwikkeling**

1. Concrete uitwerking van het thema met medewerkers in het primair proces.
2. Eenduidige werkwijze in de regio.
3. Eenduidige boodschap, ook vanuit financiers / overheid.
4. Intensievere samenwerking tussen zorg en welzijn.
5. Monitoren: wat levert het echt op?

#### 3.3.4 Uitkomsten scan in de organisaties: medewerkers uit te teams

### **Ben je bekend met reablement en wat het moet bereiken?**

1. Ik zie dat er iets nodig is: we hebben steeds minder medewerkers en meer vraag (15 x)
2. Reablement gaat over het vergroten en versnellen van de zelfredzaamheid (7x). 2 keer wordt benoemd dat cliënten binnen 3 maanden weer uit zorg moeten zijn.
3. Reablement gaat over het versterken van zelfmanagement / eigen regie (7x)
4. Het gaat over de inzet van digitale hulpmiddelen (5x)
5. Het is een vaag begrip en wordt ook verkeerd gebruikt (3x)
6. Reablement gaat over aansluiten bij de echte behoefte van de cliënt en wat die belangrijk vindt. (2x)
7. Reablement gaat over het inzetten van het eigen netwerk. (2x)
8. Reablement gaat over het inzetten van hulpmiddelen.
9. Er is meer nodig dan alleen dit.

### **Wat werkt wel en niet?**

1. Het werkt voor een deel van de cliënten en voor een ander deel is het moeilijk:
  - a. Het werkt het beste als je toepast op nieuwe cliënten en vanaf intake duidelijk bent over wat de cliënt kan verwachten. (6x)
  - b. Jongere generaties vinden die makkelijker. Hoe ouder hoe moeilijker. (2x)
2. Ik verwacht dat het positief werkt voor cliënten, dat ze zich gehoord en gezien voelen. En dat cliënten behoefte hebben aan autonomie, niet rekening hoeven te houden met een planning. (5 x)
3. Ik denk wel dat het werkt (5x).
4. Het goede gesprek voeren is belangrijk. Dan kan de cliënt daarin mee. (2x)
5. Cliënten zijn nog erg gehospitaliseerd en weten niet goed wat er allemaal kan. (2x)
6. Eenzaamheid werkt tegen. Cliënten willen ook graag een praatje maken. (2x)

7. Alle neuzen moeten dezelfde kant op staan en de boodschap in de keten moet dezelfde zijn. (2x)
8. Sommige medewerkers vinden het jammer dat het deze kant op gaat.

#### **Wat heb je in de organisatie gemerkt van de implementatie van reablement?**

1. Een beetje uitleg / een startbijeenkomst / een webinar. (5x)
2. Ik doe mee in het project Renew (4x)
3. Nog niet zoveel. (3x)
4. Ik zit in een stuurgroep.
5. Inzet hulpmiddelenbox.
6. Training Reable.
7. Het wordt regelmatig in de vergadering besproken.
8. De wijkverpleegkundige stimuleert ons.
9. De intake is erop aangepast.

#### *Wat zou je nog meer willen?*

1. Meer aandacht voor wat het betekent voor mijn werk en functie. (5x)
2. Meer vaardigheden in het gesprek voeren met de cliënt. Meer aandacht voor de omschakeling die cliënten moeten maken. (3x)
3. Meer handvatten voor hulpmiddelen die je in kan zetten.
4. Meer herhalen en informatie in kleine stukjes.
5. Meer samen doen en krachten bundelen.

#### *Wat ervaar je als positief?*

1. Duidelijk wat de organisatie wil en ruimte voor gesprek hierover. (3x)
2. Mooi om aan te kunnen sluiten bij de echte behoefte van de cliënt, meer luisteren en minder invullen. (2x)
3. Betrokkenheid van verschillende mensen in de organisatie.

#### **Wat doe je al als team?**

1. Inzet van Medido. (6x)
2. Andere vorm van intake: wat kun je zelf en wat kan met hulpmiddelen? (5x)
3. Zelfredzaamheidskoffer / hulpmiddelenbox. (4x)
4. Beeldzorg / Compaan. (3x)
5. Ergo / fysio betrekken. (3x)
6. Vast onderdeel van het werkoverleg / cliëntbespreking. (2x)
7. Doelen die gericht zijn op zelfstandigheid. (2x)
8. Het goede gesprek op basis van positieve gezondheid.
9. Het zorgplan is max. 3 maanden geldig, zodat we sneller evalueren.
10. Leren van elkaar:
  - Coaching door wijkverpleegkundige.
  - Jonge medewerkers kennen het al uit de opleiding en kunnen helpen.
  - VPT helpt om sneller de nieuwe werkwijze eigen te maken.

#### **Wat zijn de ervaringen?**

1. Productiviteit daalt eerst / start kost meer tijd. Daarna wordt het efficiënter. (2x)
2. Een gesprek zonder oordeel is heel belangrijk
3. De meeste weerstand ervaren we bij familie / cliënten in de zorggebouwen.

4. Het werkt preventief en het remt achteruitgang
5. Cliënten leren dat ze meer kunnen dan ze van te voren dachten.
6. Er is meer ruimte om te doen wat echt belangrijk is voor de cliënt.
7. Minder zorg kan leiden tot meer eenzaamheid.

*Wat heeft het opgeleverd / welke successen zijn er?*

1. Medido werkt goed. (6x)
2. Ik heb goede ervaringen met het inzetten van hulpmiddelen en technologie. (3x).
3. Cliënten krijgen meer vertrouwen door goede uitleg te geven bij angst en onzekerheid. (3x).
4. Ik heb zorghandelingen kunnen aanleren aan cliënten, waardoor ze het zelf kunnen. (2x)
5. Het helpt als je bij de intake verwachtingen scherp stelt.
6. Werken met aandachtsvelders werkt goed.
7. De 'beter laten lijst' werkt als goede leidraad.
8. We hanteren als standaard dat we een hulpmiddel gebruiken voor steunkousen.

*Wat vraagt nog aandacht / tips om het werkbaar te houden?*

1. Er verandert veel in 1 keer. Wat kan je als medewerker aan? Houd het beheersbaar, voor er onvrede komt. (3x)
2. Aandacht en tijd nemen om goed te oefenen met hulpmiddelen en de cliënt vertrouwen op te laten bouwen.
3. Goede samenwerking met iedereen die betrokken is bij de casus is nodig.
4. Het zou fijn zijn om een gezamenlijk systeem te hebben met gezamenlijke doelen (met iedereen in de casus).
5. Duidelijke kaders / beleid helpt om duidelijk te zijn in wat we niet meer doen.
6. Aandacht voor wat er allemaal mogelijk is.
7. Meer aandacht voor wat het betekent in mijn rol / functie.
8. Verwijzing naar de ergotherapeut kost veel tijd.
9. Pas op voor standaardisatie → blijf kijken naar wat echt past bij de cliënt.
10. Het is moeilijker om op te starten bij cliënten die al lang in zorg zijn.
11. Het is vooral nog iets van de wijkverpleegkundige.
12. Herhalen, herhalen, herhalen en herhalen. Het is nodig dat het routine wordt.

**Wat wil je nog meer doen (met je team)?**

1. Goede PDCA / meer doen met proactieve zorgplanning: doelen opstellen, voortgangsrapportage en goed evalueren. (4x)
2. Intervisie en cliëntoverleggen om met het team te bespreken wat er allemaal kan op casusniveau. (3x)
3. Iemand met expertise (bijvoorbeeld ergo) uitnodigen om team te informeren over mogelijkheden. (2x)
4. De intake anders doen.
5. Meer technologie inzetten.
6. Meedoen aan Renew project.
7. Meer bewustwording.
8. Welzijnsactiviteiten organiseren.
9. Succesverhalen delen.
10. Uitzoeken wat we kunnen doen in de wijk.
11. Informatie over hulpmiddelen verzamelen en delen.

*Welke ondersteuning heb je meer nodig?*

1. Een visie / samen op 1 lijn. (7x)
2. Duidelijke werkwijze, praktische insteek en duidelijk projectplan. (3x)
3. Meer handvatten om een cliënt te kunnen overtuigen. (3x)
4. Tijd en ruimte. (2x)
5. Trainingen. (2x)
6. Samenwerken met andere organisaties.
7. Verwachtingen van ketenpartners en financiers moeten aansluiten.

### 3.3.5 Uitkomsten scan in de organisaties: cliënten

#### **Wat er wordt er bij u gedaan?**

Er wordt meegedacht hoe ik dingen langer zelfstandig kan blijven doen of met mijn eigen netwerk. Ik word alleen geholpen bij wat ik zelf niet kan.

1. Zorg en verzorging: zelf fraxiparine prikken, mijn vrouw heeft geleerd mijn wondverband te vervangen, ik doe weer zoveel mogelijk zelf bij het douchen, zelf geleerd protheses af te doen, glucosewaarden bijhouden. (6x)
2. Technologische middelen: Medido, elektrische voordeur en aanrechtblad. (4x)
3. Ik maak gebruik van voorzieningen in mijn complex of de wijk: anderen ontmoeten, elkaar helpen, dagbesteding, buurthuis. (3x)
4. Hulpmiddelen: dof en dunner, hulpmiddel voor aantrekken steunkousen. (2x)
5. Inzet van netwerk: kinderen helpen met vervoer, boodschappen doen, administratie. (2x)

Bij verschillende cliënten wordt er niets gedaan (2 x), is er niets gedaan met technologische hulpmiddelen (2x), is er niet gekeken naar inzet van naasten (1 x) of voorzieningen in de wijk (4x).

#### **Hoe ervaar je dat?**

1. Alle cliënten zijn tevreden over de medewerkers: gezellig, vakkundig, lief.
2. Zelfstandigheid en eigen regie is belangrijk: onafhankelijk, geeft rust, regie, niet anderen tot last (5x)
3. De zelfstandigheid wordt vergroot (5x)
4. Welzijn wordt vergroot, doordat ik anderen ontmoet en op hen terug kan vallen.
5. Ik wil meer dan ik kan. Dat komt mijn welzijn niet ten goede.
6. De thuiszorg biedt mij ook een praatje.
7. Ik ben tevreden met de medewerker, maar niet met het beleid dat ik meer zelf moet doen.

#### **Wat kan er nog meer?**

1. Veel cliënten zien zelf geen mogelijkheden om de inzet van zorg te verminderen. (4x)
2. Iemand noemt de behoefte aan meer persoonlijke zorg.

#### *Wat vind je belangrijk?*

1. Zoveel mogelijk zelf doen, eigen regie behouden, behouden wat er is. (5x)
2. Zo lang mogelijk thuis blijven (3x)
3. Zelf kunnen koken (2x)
4. Hobby's uitvoeren: wandelen, tuinieren (2x)
5. Vrijheid: niet hoeven wachten op de zorg / op eigen tijd naar bed kunnen (2x)
6. Dat schoonmaak en koken gedaan wordt door anderen.

### 3.3.6 Uitkomsten gesprekken in het projectteam

#### ***Projectleiding / aansturing***

- Houd niet vast aan je bestaande functiehuis
- Pas op dat je niet teveel druk bij de zorgassistenten neerlegt.
- Zorg dat je het met elkaar kan doen
- Zorg dat je domeinoverstijgend kan samenwerken en dat het belang van het regelen voor de cliënt voorop staat. Dat je samen het op kan pakken.
- Kijk naar de opties om de zorg beter te verdelen in de wijk en niet met verschillende organisaties (met dezelfde zorg) op dezelfde routes te lopen.
- Weet waar je goed in bent als organisatie en zet in op kruisbestuiven.
- Zorg voor een geïntegreerd verhaal met betekenisvolle zorg als basis waarop je bouwt.
- Zorg voor dezelfde taal, zelfde visie en zelfde blik

#### ***Medewerkers***

- Het is belangrijk dat medewerkers naar andere functies anders leren kijken: wat kan de inzet van de ander betekenen om inzet van zorgpersoneel zo lang mogelijk uit te stellen.
- Training en e-learnings over 'zo gaan we het nu doen'
- Aan de hand nemen, coaching on the job.
- Mensen die net van school komen zitten al veel meer in het gedachtegoed. Zij moeten versterkt worden. Zij gaan nu mee in oude cultuur.
- Meer nieuw gedachtegoed. Denk ook aan zij instromers die niet uit de zorg komen.
- Bril van maatwerk behouden.
- Scholinh op gespreksvoering en verbindend organiseren is heel belangrijk.
- Vergeet niet om zelfreflectie bij medewerkers te ondersteunen.
- Zorg dat je na je intake op korte termijn een 2<sup>e</sup> gesprek plant met het netwerk erbij. Je kan hiervoor het spinnenweb gebruiken.
- Richt een overlegstructuur in, geeft tijd en ruimte. Coördinatietijd is belangrijk.
- Medewerkers doen en weten al veel, maar moeten het leren inzetten vanuit de bril van betekenisvolle zorg.

#### ***Cliënten / naasten***

- Familie / mantelzorg al vroeg meenemen in het gedachtegoed
- Ga uit van nee, tenzij...
- Benoem de cliëntkenmerken waar je het meeste verschil kunt maken.
- Voer het gesprek vanuit wat belangrijk is voor de cliënt. Dat is het punt van aanhaken.
- Zo zelfstandig mogelijk is voor niemand iets nieuws.
- Het goede gesprek voeren is essentieel. Goed doovragen en cliënten aan zet.
- De verwachtingen wil je al scherp hebben voor de intake. Het eerste contact, de website, verwijzer moet de boodschap al geven van betekenisvolle en passende zorg.
- Zodra een cliënt intramuraal gaat wonen, wordt veel losgelaten. Dit is juist ook daar goed in te zetten.

#### ***Samenwerking***

- Het advies is om meer te investeren in samenwerking met 1<sup>e</sup> lijn en sociaal domein. Hierin zijn alle organisaties nog zoekende.

## Bijlage 1: Contactpersonenlijst

Ga je aan de slag met het onderwerp en wil je informatie ophalen bij anderen? Hieronder staan de contactgegevens per organisatie.

Organisatie	Contactpersoon	Telefoonnummer	E-mailadres
Axion Continu			
Beweging 3.0	Maarten Walhout	0623234332	<a href="mailto:Maarten.walhout@beweging3.nl">Maarten.walhout@beweging3.nl</a>
Careyn	Ingrid Janssen	0683494507	<a href="mailto:i.janssen@careyn.nl">i.janssen@careyn.nl</a>
Charim	Caroline Jager - Paauw	0623586757	<a href="mailto:carolinepaauw@zorggroepcharim.nl">carolinepaauw@zorggroepcharim.nl</a>
Home Instead	Willem Renes	0620863387	<a href="mailto:wrenes@homeinstead.nl">wrenes@homeinstead.nl</a>
Quarijn	Janina Hoogervorst	0657664521	<a href="mailto:jhoogervorst@quarijn.nl">jhoogervorst@quarijn.nl</a>
De Rijnhoven	Angela Kranendonk	0652850767	<a href="mailto:a.kranendonk@rijnhoven.nl">a.kranendonk@rijnhoven.nl</a>
Sante Partners	Esther de Jong - Oei	0682425099	<a href="mailto:e.dejong@santepartners.nl">e.dejong@santepartners.nl</a>
Silverein			
Vecht en IJssel	Mariëtte van der Els	0646601345	<a href="mailto:mariette@bureauverde.nl">mariette@bureauverde.nl</a>
Zorggroep de Vechtstreek	Senta Kleijweg	0686878863	<a href="mailto:s.kleijweg@szdv.nl">s.kleijweg@szdv.nl</a>
Het vertrouwde dorp			
Zorgspectrum	Aziz Boutaga	0682499939	<a href="mailto:a.boutaga@zorgspectrum.nl">a.boutaga@zorgspectrum.nl</a>

## Bijlage 2: deelnames aan de sessies

### Sessie 1

Sessie 1 vond plaats op 18 september. Aanwezig hierbij waren: Theo Castron (Het vertrouwde dorp), Gea van der Molen (Quarijn), Mariette van der Els (Vecht en IJssel) en Esther de Jong en Meriam van Blokland (Santé Partners).

Een aantal partijen waren niet aanwezig, maar leverden wel input: Jacintha Engelhard (Silverein), Senta Kleijweg (Zorggroep de Vechtstreek) en Aziz Boutage (ZorgSpectrum).

De uitkomsten van de bijeenkomst staan in dit document

### Sessie 2

Sessie 2 vond plaats op 3 november. Aanwezig hierbij waren: Senta Kleijweg (Zorggroep de Vechtstreek), Mariette van der Els (Vecht en IJssel), Willem Renes (HomeInstead), Conny van Ruitenbeek (Silverein) en Esther de Jong en Meriam van Blokland (Santé Partners).

Caroline Jager (Charim) en Aziz Boutage (ZorgSpectrum) was niet aanwezig, maar leverde wel input.

De uitkomsten van de bijeenkomst staan in dit document

### Organisatiescan

De organisatiescan is uitgevoerd door:

- Silverein
- Quarijn

- Zorggroep de Vechtstreek
- Zorgspectrum
- Santé Partners
- Careyn
- Home instead
- Gooi en Vechtstreek
- De Rijnhoven.

### **Sessie 3**

Sessie 3 vond plaats op 4 december. Aanwezig hierbij waren: Senta Kleijweg (Zorggroep de Vechtstreek), Willem Renes (HomeInstead), Conny van Ruitenbeek (Silverein), Gea van der Molen (Quarijn), Caroline Jager (Charim) en Esther de Jong en Meriam van Blokland (Santé Partners).

De uitkomsten van de bijeenkomst staan in dit document