

TOEK

De zorg verandert...

De druk op wijkverpleging groeit en dat vraagt om een andere manier van denken én doen. Hoe kunnen we zorg blijven bieden aan wie het écht nodig heeft, zonder dat mensen te lang in zorg blijven die ze misschien niet meer nodig hebben?

Met TOEK zetten we een volgende stap richting een toekomstbestendige wijkverpleging. Een vorm van zorg waarin we niet langer alleen zorgen voor, maar juist zorgen dat – cliënten zelf, samen met hun netwerk, de regie kunnen herpakken.

We onderzoeken hoe we met tijdelijke, doelgerichte ondersteuning het verschil kunnen maken. We kijken niet naar wat iemand niet meer kan, maar naar wat er wél mogelijk is. Daarbij gebruiken we de Vijf Vragen Wijzer, Positieve Gezondheid en Reablement als ons kompas.

TOEK is niet minder zorg, maar juist effectievere, mensgerichte zorg. Zorg die aansluit bij wat iemand écht nodig heeft om weer op eigen kracht verder te kunnen.

"WAT ALS OUDERENZORG NIET BEGINT MET
OVERNEMEN, MAAR JUIST BIJ TERUGGEVEN?"

START



VISIE

Om de zorg toekomstbestendig te houden, is een fundamentele verandering nodig.

We zetten in op:

- Ondersteuning van het netwerk;
- Inzet van technologie;
- Bevorderen van zelfredzaamheid bij cliënten;
- Verder met Positieve Gezondheid en de Vijf Vragen Wijzer;
- Efficiënte inzet van zorgprofessionals: de juiste zorg op de juiste plek = ook de juiste medewerker op de juiste plek.

UITDAGING

- Vergrijzing
- Personeelstekort
- Toenemende zorgdruk en moeilijk te vervullen vacatures

NIEUW

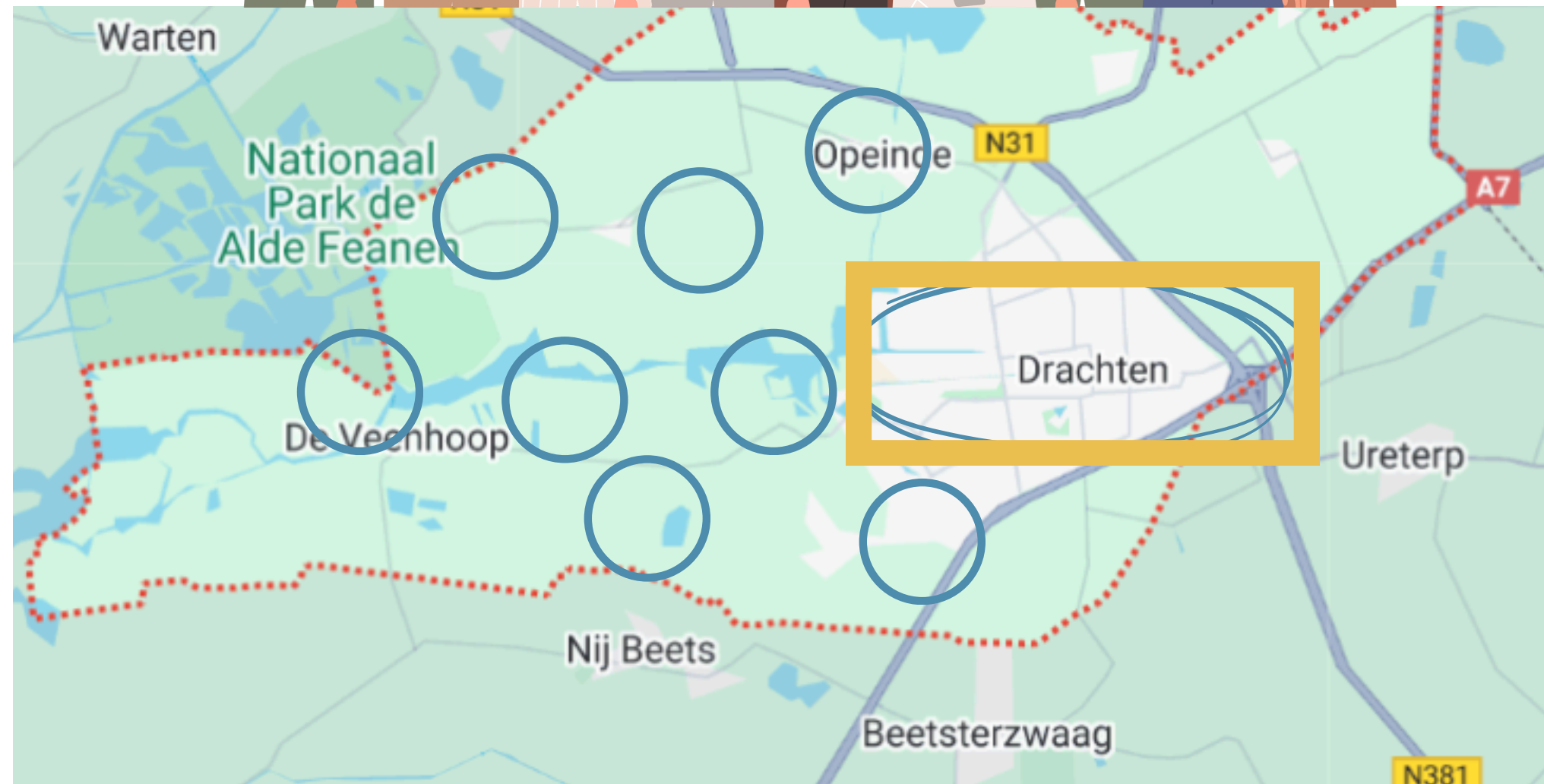
Een speciaal ingericht team (TOEK TEAM), ondersteund door drie werkgroepen die samen alles vormgeven en ontwikkelen:

- Team & Ontwikkeling: teamsamenstelling en scholing; "Reable Nederland x Kwadrant"
- Zorgproces: cliëntgericht proces, criteria voor in-, exclusie en uitstroom;
- Resultaten & Evaluatie: KPI's, meetplan en PDCA-cyclus.

Reablement binnen Kwadrant

1. Zorgen dat in plaats van zorgen voor – activeren in plaats van overnemen;
2. De situatie van de oudere is leidend – maatwerk, geen standaardzorg;
3. Een holistische benadering – aandacht voor lichaam, geest én omgeving;
4. Multidisciplinaire samenwerking – zorg en behandeling werken écht samen.





HET EERSTE TOEK TEAM

Wat deze groep zo bijzonder maakt? "Ze hebben het lef gehad om uit hun vertrouwde team te stappen, hun routines los te laten en zelfs vertrouwde cliënten even los te laten. Ze geloven in een betere zorgtoekomst, hebben een sterke visie op zelfredzaamheid en zien het grotere plaatje: waarom doen we dit?"

En laat mij dit zeggen: ik heb het hier niet over de standaard verhalen over dubbele vergrijzing of zorgtekorten. Ja, dat speelt mee. Maar wat ik wél wil vieren, is het **positieve** verschil dat zij elke dag maken:

👤 **Piet:** die iedere vrijdag nog met een oude vriend een jong jenever kan scoren in het bruine café, zonder te hoeven wachten op zorg.

👤 **Rita:** die weer de oma kan zijn die alles doet met haar kleinkinderen.

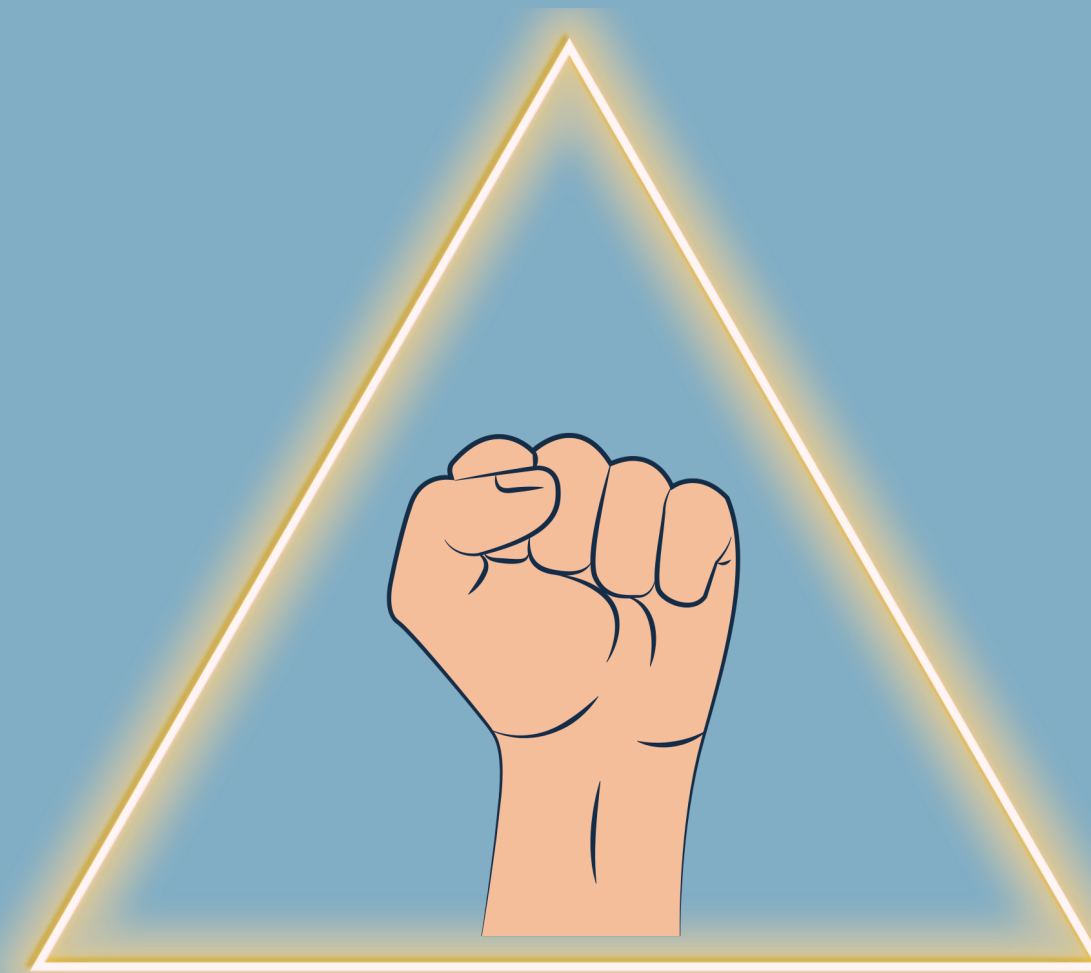
👤 **Gerard:** de stoere motormuis die door heel Friesland tochten maakt.

Zorg uitstellen kan niet altijd, dat weten we. Maar wat als we het voor een aantal jaren wél kunnen? Zodat we zorg doelgericht inzetten bij mensen die het écht nodig hebben, bijvoorbeeld in een terminale of palliatieve fase. Dat is pas zorg die er écht toe doet.





Reablement



Positieve
Gezondheid

Vijf Vragen
Wijzer

START PROGRAMMA >

Duur

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

Doelgroep

Het programma 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 zijn op het gebied van:

- Zelfzorg
- Huishoudelijke activiteiten
- Mobiliteit
- Ontspanning

In een later traject (opschaling) zou de huishoudelijke hulp betrokken kunnen worden in het programma.

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.

Exclusiecriteria zijn alleen van toepassing, wanneer:

- U niet in staat bent het volledige programma te begrijpen of te volgen (cognitief / dementerend)
- U in een palliatieve fase verkeerd
- U bekend bekend bent met gedragsproblematiek
- U woont in het AZC

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 voert het team (verpleegkundigen en wijkverpleegkundige) de begeleiding waar mogelijk uit samen met de verpleegkundigen en verzorgenden van de wijkverpleging. Waar nodig zal een fysiotherapeut en of ergotherapeut betrokken worden. Deze interdisciplinaire samenwerking draagt bij aan het optimaliseren van een eenduidige manier van begeleiden van de deelnemer.

Als alle doelen zijn behaald of na maximaal 12 weken wordt het traject afgerond. Eventueel kan behandeling worden voortgezet in de reguliere eerstelijns behandeling. Wanneer alle doelen nog niet behaald zijn, zal de zorg worden voortgezet binnen het reguliere wijkteam.



Evaluatie

Tijdens en aan het einde van het traject wordt er door de wijkverpleegkundige 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 nog nodig heeft bij het dagelijks handelen, wordt een indicatie gesteld voor wijkverpleging. De deelnemer zal na deelname aan het programma hulp krijgen bij de activiteiten die hij of zij niet zelfstandig kan uitvoeren.

Rollen

Wijk- 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 (wanneer nodig)

De ergotherapeut inventariseert samen met de verpleegkundige de hulpvraag van de deelnemer en vormt een beeld van de rollen, gewoontes en dag- structuur 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 deelnemen. 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 (wanneer nodig)

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 behandeldoelen 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- den scheppende 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.

Ziekenhuis

Meenemen in het hoe, wat, waar en waarom. Zorg die vanuit thuis niet nodig is, wordt niet ingezet. Wellicht iemand van transfer laten aansluiten, waar dit handig is.

Sociaal domein MOS

Sluit aan wanneer de fysieke ondersteuning afgerond zijn maar er eventueel nog wel begeleiding gewenst is bij eenzaamheid, onopgeloste rouwverwerking of gebrek aan sociale contacten.

Huisarts/Praktijkondersteuner en huisartsenzorg

De huisartsen 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.



Onderlinge communicatie is in de 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.

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.

AVG

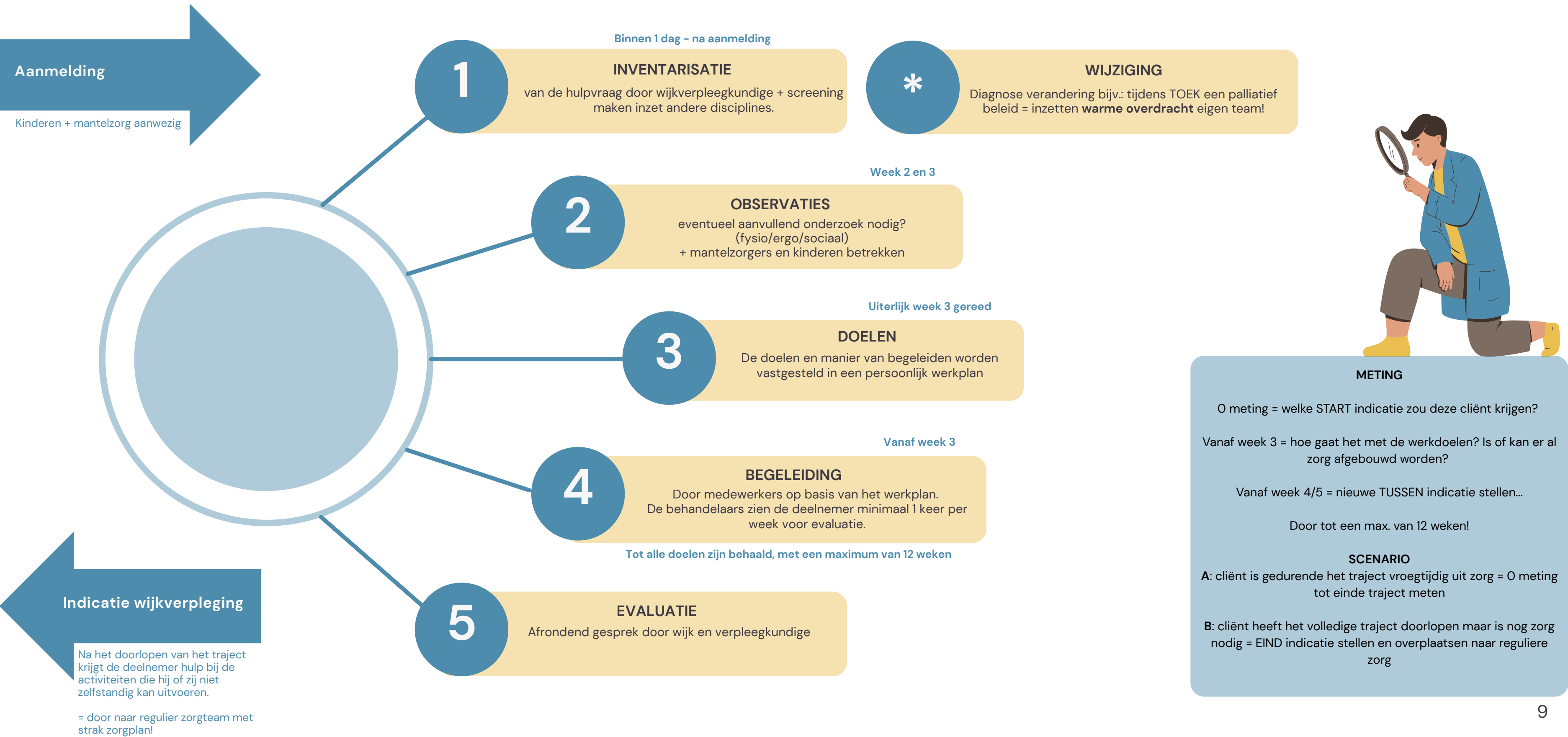
De gegevens van de deelnemers worden niet zonder toestemming gedeeld met derden. Voor de aanvang van zorg onderteken ze een zorg overeenkomst waar een aantal afspraken zijn opgesteld.

De resultaten van het onderzoek in de pilotfase worden gedeeld ter bevordering van het project: TOEK en de pilot.

Rapporteren

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.





4. Lichamelijk welbevinden		
ADL	<p>Mw. handelt op een veilige manier tijdens de ADL met haar trippelwerkstoel en tijdens het ontbijt maken met rollator.</p> <p>○○○○○○○○○○○○</p>	<p>Actie: Dagelijks ondersteuning bij wassen en kleden Op maandag en vrijdag douchen Wekelijks op maandag wegen.</p> <p>Trippelwerkstoel staat klaar in de badkamer. Mw. kan hier met haar rollator naartoe lopen en op gaan zitten.</p> <p>Mw. oefent met het aan de kant zetten van de rollator op de volgende manier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rollator aan de rechterkant van de rem halen (als mw. op de trippelstoel zit). - wandelstok pakken (staat in het hoekje naast de kast). - met handgreep wandelstoel tegen het dienbladje op de rollator duwen, zodat de rollator een kwartslag draait. <p>Mw. kan daarna langs de rollator trippelen om bij de wastafel te kunnen handelen. Vanuit de trippelwerkstoel kan ze aan de wastafel zelfstandig bij de wastafel handelen. Geef wel hulp bij het kammen van het haar en aankleden van het bovenlichaam + pantykousjes. Dit is te belastend voor de schouders.</p> <p>Mw. kan zelf de rollator weer pakken als de de trippelwerkstoel geparkeerd heeft in het hoekje naast de douchedeur door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de wandelstok weer te pakken - de handgreep van de wandelstok te haken in de rechter rem van de rollator. - de rollator zo weer naar zich toe te trekken. <p>Indien het mw. zelf nog niet is gelukt om het ontbijt te maken: Laat mw. met de rollator naar de keuken lopen. Laat haar met rollator een bordje en bestek pakken van het aanrecht en het brood uit de koelkast. Geef hulp bij het pakken van het brood als het niet lukt. Laat mw. bij het pakken van de spullen van het aanrecht de rollator steeds haaks op het aanrecht parkeren, zodat ze niet over de wieljes hoeft te stappen. Laat mw. de rollator naast de koelkast parkeren, zodat ze makkelijk de deur open kan doen. Laat mw. proberen aan het aanrecht of in haar stoel zelf de boterham te smeren. Neem het smeren over als dat op dit moment nog te vermoeiend is voor mw.</p>
	<p>Rapportage</p> <p>Voortgang</p>	

WERKPLAN VOORBEELD



Startgesprek

- “We zijn gestart met een pilot binnen Kwadrant genaamd Korte Zorg. Deze pilot richt zich op het versterken van wat mensen nog wél kunnen, zodat u zo zelfstandig mogelijk kunt blijven wonen en functioneren.”
- “We werken vanuit het TOEK-gedachtegoed: Thuis Op Eigen Kracht. Dat betekent dat we eerst goed in beeld brengen wat er nodig is, wie er mee kan denken of helpen, en hoe we zorg voorkomen of zo licht mogelijk houden.”
- “Daarom is deze intake uitgebreider dan u misschien gewend bent – we willen echt kijken naar wat bij ú past.”

1. Inventarisatie persoonlijke situatie

- Wat is er aan de hand? Wat is de reden dat u (of uw naasten) hulp of zorg heeft aangevraagd?
- Heeft u recent in het ziekenhuis gelegen? Zo ja, waarvoor en wanneer?
- Is er al sprake van begeleiding vanuit de huisarts, praktijkondersteuner, ergo-/fysiotherapie?
- Zijn er al (andere) zorgprofessionals betrokken?
- Is er sprake van rouwverwerking of eenzaamheid?
- Hoe ervaart u uw gezondheid op dit moment, lichamelijk én mentaal?

2. Positieve Gezondheid: zes domeinen (korte bespreking)

Gebruik eventueel de spinnenwebkaart om samen door te nemen.

- Hoe ervaart u uw dagelijks functioneren? (mobiliteit, zelfzorg, geheugen)
- Hoe is het met uw mentale welzijn? (angst, verdriet, stemming)
- Hoe betekenisvol voelt uw dag? (activiteiten, zingeving)
- Hoe ziet uw sociaal netwerk eruit? (mantelzorg, contact familie/vrienden)
- Hoe zelfstandig voelt u zich? (eigen regie, beslissingen)
- Hoe is uw fysieke gezondheid? (pijn, vermoeidheid, ziekte)

3. Wat kan iemand nog zelf? Wat is mogelijk met hulp(middelen)?

- Wat doet u nu nog zelf in huis? Denk aan: wassen, aankleden, koken, administratie.
- Wat lukt (tijdelijk) niet meer? Wat vindt u lastig?
- Zijn er hulpmiddelen aanwezig (rollator, douchestoel, traplift)?
- Welke hulpmiddelen zouden verlichting geven?
- Wat zou u weer (willen) kunnen, als dat haalbaar is?

4. Mantelzorg en sociale kring

- Wie helpt u nu al? Wat doet deze persoon?
- Is diegene overbelast, of lukt het goed zo?
- Is er iemand uit uw netwerk die eventueel méér zou kunnen doen?
- Wie kunnen we betrekken bij deze pilotperiode? (kinderen, burens, vrienden)

5. Vijf vragen wijzer

- Wat kan u zelf nog?
- Welke hulpmiddelen kunnen er worden ingezet?
- Wat kan familie / mantelzorg?
- Wat kan het sociale netwerk / andere instanties?
- Wat kan de kwadrant professional?

6. Vervolg en afspraken

- Afspraak over korte zorgperiode (max. 6 weken)
- Uitleg over de doelen die we samen vastleggen (reablement aanpak)
- Toelichting op eventuele metingen (bijvoorbeeld: start- en eindmeting functioneren)
- Afspraken over wie er wanneer langskomt (wijkverpleegkundige / verzorgende / ergo / fysio)
- Afspraken over vervolg na 12 weken: zelfstandig verder, met mantelzorg, of overdracht naar langdurige zorg

Aanvullende aantekeningen

- Overige observaties, bijzonderheden, risicosignalen
- Eventuele vervolgacties: aanvraag hulpmiddelen, inzet ergotherapie, doorverwijzing huisarts, enz.



Positieve Gezondheid



Vijf Vragen Wijzer



Reablement



Start Gesprek



TOEK Programma



Verbinding brengen



Durven vernieuwen



Helder communiceren

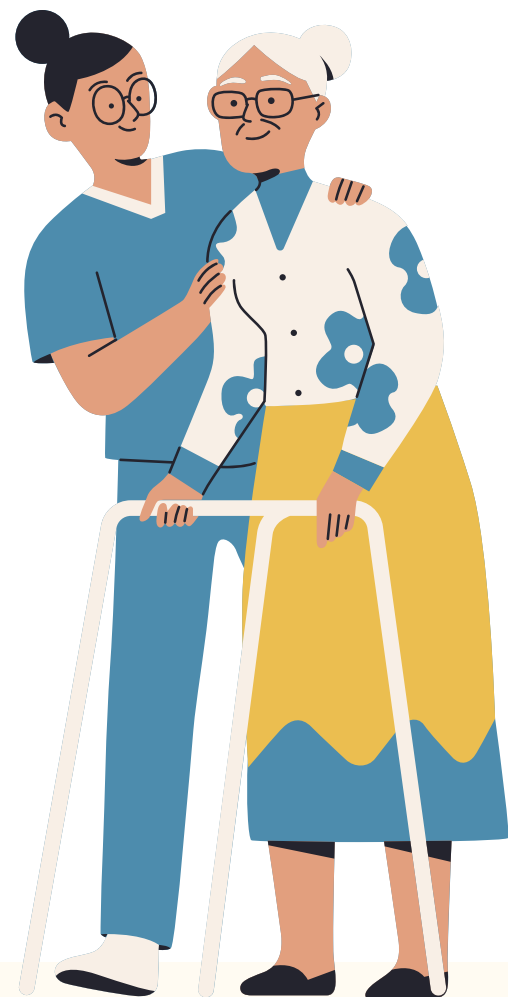


Beweging brengen



Reflecteren en groeien





Iedere cliënt die vanaf 1 februari in zorg komt binnen het pilotgebied wordt aangemeld



Exclusie: terminale fase of vergevorderd dementerend/gedragsproblematiek



Samen werken aan doelen = werkplan i.p.v. zorgplan



Blijft er een werkdoel over? Is doorstroom naar regulier team



Mantelzorger/naaste wordt bij het traject betrokken = vaak nieuwe generatie cliënt

"WAT ALS OUDERENZORG NIET BEGINT MET OVERNEMEN, MAAR JUUST
BIJ TERUGGEVEN?"

