

Implementatie Werkboek

Naar een toekomstbestendig
eerstelijnsverblijf



Maastricht University



academische
werkplaats **limburg**
ouderenzorg



Inhoudsopgave

Het Ecogram: Een Praktisch Hulpmiddel voor Zorgprofessionals	3
Werkboek voor Implementatie van het Ecogram	6
Participatiedoelen: Samen op Weg naar Zelfstandigheid	8
Werkboek voor Implementatie van participatiedoelen	11
Digitale huisbezoeken: Zorg op Afstand, Dichtbij Huis	13
Werkboek voor Implementatie van digitale huisbezoeken	15
Mantelzorgparticipatie: Zorg Samen, Versterk Elkaar	17
Werkboek voor Implementatie van Mantelzorgparticipatie	21
Gestructureerde Informatie Overdracht: Zorg Zonder Drempels	23
Werkboek voor Implementatie van een Gestructureerde Informatieoverdracht	25
Technologie in de Zorg: de Stap naar meer Zelfredzaamheid	27
Werkboek voor Implementatie van technologie	29
Professionaliseer het MDO; versterk de samenwerking en zorg efficiënter	31
Werkboek voor Professionalisering van het MDO	33
Bijlage 1: Het 4-bollen model	35
Bijlage 2: Het SOFA-model	39

Het Ecogram: Een Praktisch Hulpmiddel voor Zorgprofessionals

Achtergrond

Het ecogram maakt het sociale netwerk van de cliënt inzichtelijk. Het gaat om alle contacten die de cliënt heeft, van familieleden tot vrienden, buren en zorgverleners. Dit geeft de cliënt zelf, diens mantelzorger en zorgprofessionals een helder overzicht wie er betrokken zijn in het leven van de cliënt en wat de aard van ondersteuning van deze personen is (praktische steun, gezelschap, emotionele steun). Dit overzicht kan helpen bij het vormgeven van het herstel en bij het plannen van de juiste ondersteuning bij terugkeer naar huis.

Om met dit onderdeel aan de slag te gaan, adviseren we het volgende:

Werkwijze

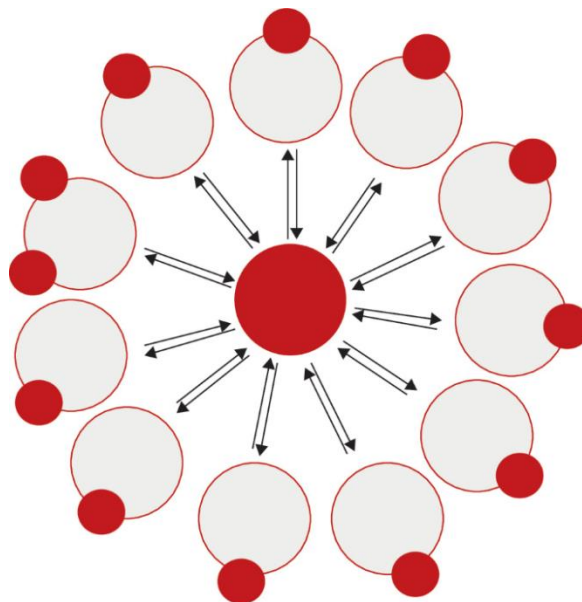
Het ecogram wordt samen met de cliënt ingevuld aan het begin van de opname, om tijdig het netwerk van de cliënt te betrekken bij de voorbereiding op de terugkeer naar huis. Het ecogram kan worden opgesteld en ingevuld als volgt:

- **Stap 1:** Plaats de cliënt in het midden van een cirkel (IK).
- **Stap 2:** Vul de cirkels eromheen met relevante contacten: familie, vrienden, buren, zorgverleners.
 - Gezin (G). Bij ouderen gaat het dan meestal om broers en zussen. Bij jongere generaties ook om de ouders.
 - Overige familieleden (F). Dit zijn (klein-)kinderen, zwagers, schoonzussen, neven en nichten.
 - Vrienden (V). Het contact is van persoonlijke en emotionele aard en kan een belangrijke steun zijn.
 - Kennissen (K), (oude) buren, (oud) collega's, vrijwilligers, maatjes. Het contact is van sociale aard, maar misschien minder persoonlijk en emotioneel van aard dan bij vrienden.
 - Buren (B). Directe buren, gang- of huiskamergenoten waarmee men een band ervaart.
 - Zorgverleners (Z), of andere beroepskrachten zoals verpleegkundigen, artsen, therapeuten, dominee/pastoor.
- **Stap 3:** Beschrijf de aard van het contact met behulp van letters (P voor praktische steun, G voor gezelschap, A voor advies en uitwisselen informatie, E voor emotionele steun).
- **Stap 4:** Bespreek de relaties en bepaal sterke, zwakke of ontbrekende relaties samen met de cliënt. Bijvoorbeeld door het stellen van de volgende vragen:
 - Welke relaties zijn voor u het belangrijkste?
 - Zijn er personen met wie u graag meer contact zou willen?
 - Zijn er relaties die ondersteuning kunnen bieden bij het behalen van uw doelen?
- **Stap 5:** Zoom in op de zwakke of ontbrekende relaties en achterhaal welke verandering hierin belangrijk is voor de cliënt, zoals meer contact met kleinkinderen of ondersteuning bij dagelijkse bezigheden.

Stap 6: Formuleer doelen op basis van de wensen en behoeften van de cliënt zoals bij stap 5, achterhaal en bepaal waar tijdens opname aan gewerkt wordt. Zorg bij het formuleren van de doelen dat deze SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) geformuleerd worden en noteer concrete acties voor de cliënt en eventueel zorgprofessional.

Belangrijke Vragen voor het Invullen

- Met wie praat u als u het moeilijk hebt?
- Welke rol spelen deze personen in uw leven?
- Met wie heeft u contact in de buurt waar u woont?
- Met wie heeft u telefoongesprekken?
- Met wie gaat u (weleens) naar buiten?
- Hoe is het contact met familieleden?
- Van wie krijgt u bezoek?
- Bij wie gaat u wel eens op bezoek?
- Wie helpt u bij uw tuin?
- Wie helpt u bij uw huishouden?
- Wie helpt u bij uw financiën?
- Heeft u vast gezelschap bij het eten, in de huiskamer of tijdens activiteiten (kaartclub, biljarten, kienen, gymmen etc.)?
- Aan wie schrijft u weleens brieven of ansichtkaarten/ wie schrijft weleens brieven of ansichtkaarten aan u?
- Met wie heeft u contact via brieven, ansichtkaarten, e-mail, WhatsApp of Facebook?
- Gaat u wel eens uit logeren en bij wie?
- Heeft u de afgelopen tijd aan iemand iets uitgeleend of heeft u van iemand iets geleend?
- Wie komt er op uw verjaardag/ bij wie gaat u op verjaardag?
- Zijn er personen die voor u belangrijk zijn, niet genoemd?



Praktisch voorbeeld:

“Mevrouw Jansen krijgt hulp bij haar boodschappen van de buurvrouw (B - P), en haar dochter belt haar elke dag (G - E).”

Het ecogram heeft inzicht gegeven wie er betrokken is bij mevrouw Jansen in de thuissituatie. Eerder deed haar dochter Janine altijd de boodschappen. Door het ecogram in te vullen werd mevrouw Jansen eraan herinnerd dat haar buurvrouw vaker aangeboden heeft te helpen met de boodschappen. Dochter Janine geeft aan het prettig te vinden hiermee ontlast te worden waardoor ze meer ruimte krijgt om mevrouw op andere momenten te ondersteunen. Het doel wat samen met mevrouw Jansen is opgesteld naar aanleiding van het ecogram is:

“Binnen twee weken heb ik met mijn buurvrouw besproken hoe en wanneer ze mij kan ondersteunen bij het doen van de boodschappen.” De acties die hierbij kunnen passen:

- Mevrouw stemt samen met haar dochter af wat zij nog kan en wil betekenen in de boodschappen (bijv. alleen bij nood).
- Mevrouw bespreekt met haar buurvrouw hoe en wanneer ze kan ondersteunen bij het doen van de boodschappen.
- De zorgprofessional evalueert samen met mevrouw hoe het gesprek verlopen is en of zij hierin nog aanvullende ondersteuning nodig heeft.

Resultaat

Het ecogram biedt inzicht in de sterke en zwakke relaties binnen het netwerk van de cliënt. Dit maakt het mogelijk om tijdig eventuele belemmeringen in de ondersteuning bij terugkeer naar huis te signaleren. Door samen met de cliënt passende doelen te formuleren en hier actief aan te werken, kunnen deze belemmeringen mogelijk worden weggenomen.^{1,2}

¹ <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/ecogram-maken-van-de-omgeving>

² Broese van Groenou, M. I., & De Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European journal of ageing*, 13, 271-279.

Werkboek voor Implementatie van het Ecogram

Om het ecogram te gebruiken is het belangrijk om in het team na te denken over onderstaande vragen en deze gezamenlijk in te vullen.

1. Doelstelling

Wat wil je bereiken?

Bijv.: "We willen dat elke cliënt een ecogram invult bij opname, om beter inzicht te krijgen in hun netwerk."

Invulveld: Wat is jouw doel voor het gebruik van het ecogram?

2. Analyse van Beïnvloedende Factoren

Wat helpt of belemmert het invullen en gebruiken van het ecogram tijdens de behandeling?

Bijv.: "Tijdgebrek bij zorgprofessionals" of "Onbekendheid met het instrument."

Checklist: Wat zijn de uitdagingen? (Tijd, scholing, steun van management, etc.)

3. Implementatiestrategie

Hoe gaan we het ecogram invoeren? Bijv.

- Trainingen voor zorgprofessionals (train de trainer)
- Rolmodellen aanwijzen binnen het team

Praktisch voorbeeld: Training organiseren waarbij een zorgprofessional demonstreert hoe het ecogram wordt ingevuld en welke acties worden gekoppeld aan het ingevulde ecogram.

4. Evaluatie en Borgen

Vergeet niet te evalueren of het ecogram wordt ingevuld en de daaropvolgende doelen en acties worden uitgevoerd. Mogelijke evaluatievragen:

- Bij hoeveel cliënten wordt het ecogram ingevuld?
- Bij hoeveel cliënten wordt er naar aanleiding van het ecogram doelen opgesteld voor de behandeling?
- Past het invullen van het ecogram bij de taken van de zorgprofessional die hiervoor verantwoordelijk is? (Bijv. past het in het takenpakket van de verpleegkundige als zij degene zijn die dit invullen).
- Hoe worden de doelen op basis van het ecogram verwerkt in het zorgplan?
- Hoe wordt de verkregen informatie uit het ecogram actief gebruikt in de behandeling van de cliënt?
- Hoe ondersteund het invullen en werken met het ecogram de terugkeer naar huis?
- Hoe ervaren cliënten en zorgprofessionals het invullen van het ecogram?
- Hoe ervaren cliënten en zorgprofessionals het opstellen van doelen en acties op basis van het ecogram?
- Hoe ervaren cliënten het om op basis van het ecogram aan een doel te werken wat aansluit bij hun behoeften?
- Hoe ervaren zorgprofessionals het om cliënten te ondersteunen in de opgestelde doelen op basis van het ecogram?
- Zijn er verbeterpunten voor het invullen of het gebruiken van het ecogram?

Invulveld: Hoe kunnen we het gebruik van het ecogram verbeteren?

5. Tips & Tricks

- Begin met een klein team om ervaring op te doen.
- Integreer het ecogram in het intakeproces.
- Zorg voor regelmatige evaluatie en afstemming voor aanpassingen.
- Breng het ecogram regelmatig onder de aandacht en wissel goede voorbeelden en ervaringen uit; bijv. in een teamoverleg, intranet of in een afdelingsnieuwsbrief voor collega's.

Participatiedoelen: Samen op Weg naar Zelfstandigheid

Achtergrond

Participatiedoelen zijn doelen, gericht op het verbeteren van zelfredzaamheid en participatie van cliënten in hun eigen omgeving. Het idee achter het gebruik van/het werken met participatiedoelen is dat cliënten ondanks ouderdom, ziekte of beperking, toewerken naar doelen die hen in staat stellen zoveel mogelijk te kunnen deelnemen aan het dagelijks leven en sociale activiteiten, passend bij hun mogelijkheden, behoeften en wensen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan zelfstandig een boodschap kunnen doen in de supermarkt.

De verwachting bestaat dat cliënten door het toewerken naar deze participatiedoelen, zo lang mogelijk de touwtjes in eigen handen kunnen houden. Tijdens opname in het eerstelijnsverblijf kunnen cliënten bovendien aan iets werken wat voor hen belangrijk is. Onderzoek heeft aangetoond dat dit zorgt voor hogere motivatie. De zorgprofessional kan op zijn beurt meer persoonsgerichte zorg en behandeling bieden. De participatiedoelen worden in het eerstelijnsverblijf samen opgesteld door de cliënt en de zorgprofessional.

Voorbeeld: Mevrouw Jansen geeft aan dat zij graag wekelijks wil aansluiten bij haar kaartclubje. Daarvoor is het noodzakelijk dat ze vanaf haar eigen huis tot aan haar scootmobiel in de garage kan lopen. Dat lukt haar op dit moment niet vanwege beperkte mobiliteit na een heupoperatie.

Om met dit onderdeel aan de slag te gaan, adviseren we het volgende:

Werkwijze

De zorgprofessional stelt tijdens het intakegesprek samen met de cliënt participatiedoelen op gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en het participeren in de eigen omgeving. De doelen kunnen daarmee ondersteunend zijn bij een veilige terugkeer naar huis. Er is hierbij aandacht voor de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt.

Stap 1. Stel open vragen bij het uitvragen van de wensen en behoeften voor het bepalen van de participatiedoelen. Vragen die kunnen helpen zijn:

- Wat doet u graag op een dag?
- Wat is voor u belangrijk om te kunnen doen op een dag?
- Welke activiteit zorgt ervoor dat u aan het einde van de dag met een goed gevoel kunt terugkijken?
- Voor welke activiteiten die u nu niet meer kan uitvoeren zou u een oplossing wensen?
- Wilt u bepaalde hobby's weer oppakken?

Tip: vraag door om het concreet te maken.

Bijvoorbeeld; de cliënt geeft aan graag zelf een boodschap te willen doen en dat het op dit moment niet lukt. Wat lukt er niet? Denk hierbij aan ernaartoe lopen, een plan maken om een boodschappenlijstje te schrijven, etc.

Tip: gebruik het 4-bollen model uit de handreiking Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken om de huidige en gewenste situatie van de cliënt in kaart te brengen (zie bijlage 1).

Stap 2. Formuleer het doel zo concreet, duidelijk en meetbaar mogelijk vanuit het perspectief van de cliënt en in de taal van de cliënt. Denk hierbij aan de SMART methode.

Stap 3. Stem samen met de cliënt en eventuele betrokken behandelaren af aan welk deel van het participatiedoel tijdens opname in het eerstelijnsverblijf gewerkt wordt en wat behaald moet zijn voor een veilige terugkeer naar huis.

Stap 4. Noteer vervolgens de participatiedoelen in het zorgplan van de cliënt. Noteer zo nodig subdoelen waar tijdens opname in het eerstelijnsverblijf aan gewerkt wordt.

Stap 5. Rapporteer op structurele basis de voortgang van het doel en waar die dag aan gewerkt is.

Stap 6. Betrek de cliënt actief bij de behandeling en het werken aan doelen, bijvoorbeeld door de doelen zichtbaar op te schrijven op een whiteboard op de kamer van de cliënt.

Stap 7. Evalueer regelmatig met de cliënt de voortgang van de participatiedoelen.

Praktisch voorbeeld 1:

Mevrouw de Boer is opgenomen in het eerstelijnsverblijf om te herstellen na een heupoperatie. Mevrouw ervaart veel voldoening wanneer ze zelfstandig boodschappen kan doen in de supermarkt.

Het participatiedoel dat hierbij past kan zijn;

Ik kan binnen drie maanden zelfstandig naar de supermarkt in de buurt lopen en daar een boodschap doen, eventueel met gebruik van een hulpmiddel zoals een rollator.

Praktisch voorbeeld 2:

De heer Vries is opgenomen in het eerstelijnsverblijf om te herstellen na een val op zijn hoofd en linker zij. De heer blijkt een klein sociaal netwerk te hebben en geeft aan zich soms eenzaam te voelen thuis. Hij haalt veel energie uit het contact met anderen, in het bijzonder tijdens activiteiten zoals een spelletje. De heer wil dit in de thuissituatie graag oppakken.

Het participatiedoel dat hierbij past kan zijn;

Binnen twee maanden kan ik zelfstandig één keer per week naar het buurthuis om een kop koffie te drinken en een spelletje te spelen met andere bezoekers van het buurthuis.

Resultaat

Participatiedoelen helpen bij het opstellen van een passend zorgplan en het bieden van persoonsgerichte zorg. Ze dragen bij aan het vergroten van de motivatie van de cliënt om actief deel te nemen aan het herstelproces en persoonlijke doelen te bereiken, passend bij zijn of haar mogelijkheden en wensen.^{3,4,5,6}

³ Grund, S., Gordon, A. L., van Balen, R., Bachmann, S., Cherubini, A., Landi, F., Stuck, A. E., Becker, C., Achterberg, W. P., Bauer, J. M., & Schols, J. M. G. A. (2019). European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *European Geriatric Medicine*, 11(2), 233-238.

<https://doi.org/10.1007/s41999-019-00274-1>

⁴ <file:///C:/Users/P70090239/Downloads/Project+gezamenlijke+besluitvorming+-+handreiking+Gezamenlijke+besluitvorming+over+doelen+en+zorgafspraken.pdf>

⁵ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003758.pdf>

⁶ <https://www.studiogrz.nl/wp-content/uploads/2021/04/Rapport-Beter-Thuis-Varen-Op-Ervaringen-DEF.pdf>

Werkboek voor Implementatie van participatiedoelen

Om binnen het team aan de slag te gaan met het formuleren van participatiedoelen en vervolgens aan deze participatiedoelen te werken, is het belangrijk om met het team na te denken over onderstaande vragen en deze gezamenlijk in te vullen.

1. Doelstelling

Wat wil je bereiken?

Bijv.: "We willen dat elke cliënt tijdens het opnamegesprek samen met de zorgprofessional participatiedoelen opstelt met als doel dat we beter kunnen aansluiten op de wensen en behoeften van een cliënt, en zo hun intrinsieke motivatie voor herstel en terugkeer naar huis kunnen vergroten"

Invulveld: Wat is jouw doel voor het opstellen van het werken met participatiedoelen?

2. Analyse van Beïnvloedende Factoren

Wat helpt of belemmert het opstellen van, en werken aan participatiedoelen?

Bijv.: "Tijdgebrek bij zorgprofessionals" of "Onbekendheid met het instrument."

Checklist: Wat zijn de uitdagingen? (Tijd, scholing, steun van management, etc.)

3. Implementatiestrategie

Hoe gaan we het opstellen van en werken aan participatiedoelen invoeren? Bijv.

- Trainingen voor zorgprofessionals (train de trainer)
- Ervaringen van andere afdelingen die met participatiedoelen werken meenemen
- Rolmodellen aanwijzen binnen het team

Praktisch voorbeeld: Training organiseren waarbij een zorgprofessional demonstreert hoe participatiedoelen opgesteld worden.

4. Evaluatie en Borgen

Vergeet niet te evalueren of de participatiedoelen opgesteld worden, er vervolgens aan gewerkt wordt en wat de ervaringen zijn. Mogelijke evaluatievragen:

- Worden er participatiedoelen opgesteld?
- Wat vinden cliënten en zorgprofessionals?
- Zijn er verbeterpunten?
- Bij hoeveel cliënten worden er participatiedoelen opgesteld?
- Bij hoeveel cliënten wordt er actief aan de participatiedoelen gewerkt door de cliënt en zorgprofessional?
- Bij hoeveel cliënten wordt de voortgang van de participatiedoelen gemonitord?
- Hoe wordt de voortgang van de participatiedoelen gemonitord?
- Past het opstellen van de participatiedoelen bij de taken van de zorgprofessional die hiervoor verantwoordelijk is? (Bijv. past het in het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde als zij degene zijn die de doelen opstellen)
- Hoe ervaren cliënten het opstellen van participatiedoelen?
- Hoe ervaren cliënten het werken aan participatiedoelen?
- Hoe ervaren zorgprofessionals het opstellen van participatiedoelen?
- Hoe ervaren zorgprofessionals het werken aan participatiedoelen?
- Zijn er verbeterpunten voor het opstellen en werken aan participatiedoelen?

Invulveld: Hoe kunnen we het opstellen en werken aan participatiedoelen verbeteren?

5. Tips & Tricks

- Begin met een klein team om ervaring op te doen.
- Integreer het opstellen van participatiedoelen in het intakeproces.
- Breng participatiedoelen regelmatig onder de aandacht en wissel goede voorbeelden en ervaringen uit; bijv. in een teamoverleg, intranet of in een afdelingsnieuwsbrief voor collega's.
- Zorg voor regelmatige evaluatie en afstemming voor aanpassingen.

Digitale huisbezoeken: Zorg op Afstand, Dichtbij Huis

Achtergrond

In het eerstelijnsverblijf is vaak te weinig tijd en financiering om middels een huisbezoek de woning van de cliënt in kaart te brengen. Een digitaal huisbezoek kan hier een oplossing voor zijn. Onderzoek naar de toepassing van dergelijke digitale huisbezoeken laat zien dat een goede wooninventarisatie op afstand het risico op valincidenten thuis kan verminderen. Bij een digitaal huisbezoek maken de zorgprofessional en mantelzorger afspraken over het in kaart brengen van het huis van de cliënt door middel van filmpjes en foto's. Dit gebeurt volgens een vast format. De zorgprofessional kan vervolgens op afstand de woonsituatie bekijken en advies geven over eventuele benodigde aanpassingen.

Om met dit onderdeel aan de slag te gaan, adviseren we het volgende:

Werkwijze

Digitale huisbezoeken worden ingezet bij cliënten waarbij de zorgprofessional dit noodzakelijk acht om de overgang naar de thuissituatie zo goed mogelijk te optimaliseren.

Stap 1. Als zorgprofessional is het belangrijk om, bij voorkeur aan het begin van de opname, te beoordelen of de woning van de cliënt duidelijk in kaart is. Wanneer hier twijfels over bestaan of blijkt dat er aanpassingen nodig zijn, dan kan worden overwogen om een digitaal huisbezoek in te zetten als alternatief voor het fysieke huisbezoek.

Stap 2. De zorgprofessional bespreekt met de cliënt en/of mantelzorger het doel van de woninginventarisatie, hoe de verkregen informatie wordt gebruikt en wie foto's en filmpjes van de woning kan maken. Bespreek ook binnen welke termijn dit moet plaatsvinden en hoe de informatie aangeleverd wordt bij de zorgorganisatie. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een informatiebrief.

Stap 3. De zorgprofessional bespreekt samen met de cliënt en mantelzorger welke aspecten in de woning in kaart gebracht moeten worden. Ontwikkel hiervoor een gestandaardiseerd format dat bij iedere cliënt gebruikt kan worden.

Stap 4. De zorgprofessional beoordeelt de aangeleverde foto's en filmpjes, verwerkt de adviezen in een verslag en legt dit vast in het dossier van de cliënt. Vervolgens worden de adviezen met cliënt en mantelzorger besproken.

Stap 5: Indien nodig worden de doelen die zijn opgesteld bij opname aangepast. Bijvoorbeeld wanneer blijkt dat de cliënt niet met rollator naar de wc kan, wordt het doel aangepast naar het gebruik maken van een ander hulpmiddel.

Praktisch voorbeeld:

Mevrouw Jansen is thuis gevallen en is nu herstellende van een gebroken heup. Mevrouw geeft aan thuis voorheen geen gebruik te maken van een loophulpmiddel. De fysiotherapeut heeft mevrouw geadviseerd na haar ontslag uit het ELV met een rollator te blijven lopen. Je twijfelt of de thuissituatie hierop ingericht is. Mevrouw en haar naasten kunnen hier geen duidelijk antwoord opgeven en je stelt voor om een digitaal huisbezoek in te zetten.

Uit de verkregen foto's en videomateriaal van het digitale huisbezoek blijkt dat mevrouw haar huis erg vol heeft staan met meubels waardoor de wandelpaden te smal zijn voor een rollator. Ook blijkt er een hoge drempel te zijn om het huis binnen te kunnen gaan. Beide factoren maken de kans op een nieuw valincident thuis groter. Mevrouw en haar naaste ontvangen adviezen over mogelijke aanpassingen in huis.

Resultaat

Digitale huisbezoeken helpen om de thuissituatie van de cliënten in kaart te brengen zonder dat een zorgprofessional zich daadwerkelijk naar de thuissituatie van de cliënt hoeft te verplaatsen. Dit biedt waardevolle inzichten die kunnen bijdragen aan het opstellen en vormgeven van de behandeling en het geven van adviezen voor woningaanpassingen, zodat de cliënt op een veilige manier weer naar huis kan terugkeren.^{7,8}

⁷ Somerville, E., Smallfield, S., Stark, S., Seibert, C. P., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2016). Occupational Therapy Home Modification Assessment and Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.705002>

⁸ Nygård, L., Grahn, U., Rudenhammar, A., & Hydling, S. (2004). Reflecting on practice: are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care?. Clients' and occupational therapists' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 193–203. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00270.x>

Werkboek voor Implementatie van digitale huisbezoeken

Om digitale huisbezoeken in te kunnen zetten is het belangrijk om in het team na te denken over onderstaande vragen en deze gezamenlijk in te vullen.

1. Doelstelling

Wat wil je bereiken?

Bijv.: "We willen bij cliënten waar onduidelijk is hoe de woning van de cliënt eruitziet of wanneer blijkt dat er adviezen over aanpassingen nodig zijn de woning visueel in kaart brengen door middel van een digitaal huisbezoek. Zo kunnen de cliënt en zijn mantelzorger geadviseerd worden over mogelijke aanpassingen in huis, dit draagt bij aan een optimale behandeling en terugkeer naar huis vanuit het ELV.

Invulveld: Wat is jouw doel voor het inzetten van digitale huisbezoeken?

2. Analyse van Beïnvloedende Factoren

Wat helpt of belemmert het inzetten van een digitaal huisbezoek?

Bijv.: "Tijdgebrek bij zorgprofessionals" of "Onbekendheid met het instrument."

Checklist: Wat zijn de uitdagingen? (Tijd, scholing, steun van management, etc.)

3. Implementatiestrategie

Hoe gaan we digitale huisbezoeken invoeren? Bijv.

- Trainingen voor zorgprofessionals (train de trainer)
- Rolmodellen aanwijzen binnen het team

Praktisch voorbeeld: Training organiseren waarbij een zorgprofessional demonstreert wat een digitaal huisbezoek inhoudt.

4. Evaluatie en Borgen

Vergeet niet te evalueren of het digitale huisbezoek ingezet wordt en wat de ervaringen zijn. Mogelijke evaluatievragen:

- Bij hoeveel cliënten wordt het digitale huisbezoek ingezet?
- Kan de informatie voor alle onderdelen verkregen worden? Voor welke delen wel en niet?
- Bij hoeveel cliënten worden er adviezen gegeven over de woning n.a.v. het digitale huisbezoek?
- Hoe worden de digitale huisbezoeken verwerkt in het zorgproces?
- Hoe ervaren cliënten het in kaart brengen van de woning d.m.v. een digitaal huisbezoek?
- Hoe ervaren mantelzorgers/naasten het verzamelen van het benodigde beeldmateriaal voor het digitale huisbezoek?
- Hoe ervaren de zorgprofessionals het in kaart brengen van de woning d.m.v. een digitaal huisbezoek?
- Hoe wordt de behandeling afgestemd op de opgehaalde informatie uit het digitale huisbezoek?
- Zijn er verbeterpunten voor de verzameling van beeldmateriaal, adviseren over aanpassingen en het aanpassen van de behandeling n.a.v. het digitale huisbezoek?

Invulveld: Hoe kunnen we het digitale huisbezoek verbeteren?

5. Tips & Tricks

- Begin met een klein team om ervaring op te doen.
- Integreer digitale huisbezoeken in het behandel proces.
- Breng digitale huisbezoeken regelmatig onder de aandacht en wissel goede voorbeelden en ervaringen uit; bijv. in een teamoverleg, intranet of in een afdelingsnieuwsbrief voor collega's.
- Zorg voor regelmatige evaluatie en afstemming voor aanpassingen.

Mantelzorgparticipatie: Zorg Samen, Versterk Elkaar

Achtergrond

Mantelzorgparticipatie houdt in dat naasten, zoals familie of vrienden, actief betrokken worden bij de zorg en behandeling van een cliënt in het ELV. Dit betekent dat mantelzorgers samenwerken met zorgprofessionals om de zorg en het welzijn van de cliënt te verbeteren. Het draagt bij aan continuïteit van zorg, omdat mantelzorgers vaak de behoeften en voorkeuren van de cliënt kennen, in het bijzonder bij cliënten met cognitieve problematiek. Zij boden de cliënt bijvoorbeeld voor opname (en naar verwachting ook na opname) gezelschap en praktische hulp of ondersteuning.

Langdurig mantelzorg bieden brengt echter het risico van (fysieke) overbelasting met zich mee. De kans dat een cliënt veilig kan terug keren naar huis is vaak groter wanneer een mantelzorger niet overbelast is. Het is daarom ook belangrijk om aandacht te hebben voor (over)belasting van de mantelzorger en mogelijk hierop in te grijpen.

Het betrekken van de mantelzorger kan op verschillende momenten tijdens opname: bij de intake, het opstellen van participatiedoelen, tijdens de behandeling en ontslagfase.

Om met dit onderdeel aan de slag te gaan, adviseren we het volgende:

Werkwijze

Mantelzorgparticipatie kan verschillende vormen aannemen tijdens opname.

Voorbeelden:

- Meegaan naar een therapiemoment, ondersteuning bieden bij de ADL, huiswerkoefeningen doornemen of op structurele basis een rondje buiten wandelen met hun naaste.
- Het aanleren van vaardigheden om thuis beter in staat te zijn om de cliënt te ondersteunen (denk hierbij ook aan rooming-in)
- De belasting van de mantelzorger in kaart brengen en indien nodig de mantelzorger adviseren (en ondersteunen) over hoe om te gaan met deze belasting, bijvoorbeeld adviseren over manieren om de belasting te verlagen.

Stap 1. Ga bij de start van de opname in gesprek met de cliënt en/of zijn mantelzorger of zij open staan voor een rol in de behandeling en benadruk hierbij de meerwaarde van participatie op structurele basis. Familie/ mantelzorger kent vaak de wensen, voorkeuren, de (on)mogelijkheden van de cliënt en diens situatie voor de opname. Deze kennis zorgt ervoor dat de zorg en behandeling beter afgestemd kunnen worden op de persoonlijke situatie van de cliënt. Je kunt hierbij gebruik maken van de vragen uit het SOFA-model (zie bijlage 2) gericht op samenwerken met en het faciliteren van de mantelzorger. Een betrokken mantelzorger vergroot de kans dat cliënten terug kunnen keren naar huis en duurzamer thuis kunnen blijven wonen.

Stap 2. Bespreek hoe mantelzorgers mogen en kunnen ondersteunen in de zorg en behandeling in jouw organisatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan meegaan naar therapiemomenten of ondersteunen bij ADL.

Stap 3. Onderzoek in een open gesprek de mogelijkheden, verwachtingen en grenzen van de mantelzorger. Het helpt als je informatie geeft over de zorg of over het ziekteverloop. Je kunt dan samen verkennen wat dit betekent voor de mantelzorger en hoe jullie daarin kunnen samenwerken. Mantelzorgparticipatie is maatwerk en bij geen enkele cliënt is de invulling hetzelfde.

Tips:

- Het kan zijn dat de mantelzorger extra tijd nodig heeft om bij te komen van de intensieve zorgperiode. Soms kan extra ondersteuning of een luisterend oor helpen.
- Bij dreigende overbelasting kun je mantelzorgers doorverwijzen naar het lokale steunpunt mantelzorg.

Stap 4. Wanneer de wensen, mogelijkheden en grenzen van de mantelzorger duidelijk zijn maak je samen afspraken en noteer je deze in het dossier van de cliënt. Stem ook af hoe de mantelzorger in contact wil blijven.

Stap 5. Wanneer een mantelzorger open staat om een handeling aan te leren, faciliteer en ondersteun waar nodig bijvoorbeeld door het voordoen of samen te oefenen.

Stap 6. Evalueer regelmatig met de cliënt en mantelzorger hoe de zorg en ondersteuning verloopt en of er iets aangepast moet worden in de taakverdeling. Wensen, grenzen en verwachtingen kunnen continu veranderen.

Belangrijke punten:

- Maak gebruik van de kennis van de mantelzorger wanneer de cliënt zelf zijn wensen en behoeften niet kenbaar kan maken, om daarmee meer persoonsgerichte zorg te kunnen bieden.
- Investeer in een gelijkwaardige samenwerking om samen te kunnen zorgen, respecteer de grenzen van de mantelzorger.

Praktisch voorbeeld: participeren in de behandeling

Meneer Jansen werkt samen met zorgprofessionals voor zijn vrouw Jansen. Als mantelzorger denkt en beslist meneer mee over de zorg in de rol van expert en vertegenwoordiger. Zo neemt hij samen met zijn vrouw twee keer per week de huiswerkoefeningen door van de ergotherapeut. Daarnaast zet meneer Jansen zijn taken voort die hij thuis ook al deed. Zo zet hij wekelijks een injectie voor reuma bij zijn vrouw.

Praktisch voorbeeld: aanleren van vaardigheden

Mevrouw van Dijk is opgenomen in het eerstelijnsverblijf om te herstellen na een heupoperatie. Mevrouw herstelt goed, maar naar verwachting heeft zij thuis tijdelijk nog ondersteuning nodig bij het veilig uitvoeren van de transfers. Mevrouw woont samen met haar echtgenoot thuis, hij zal mevrouw gaan ondersteunen.

De zorgprofessional geeft uitleg over het veilig uitvoeren van de transfers, het belang hiervan en het hulpmiddel dat hierbij noodzakelijk is, zoals een looprek. Vervolgens laat de zorgprofessional stap voor stap zien hoe de transfer verloopt en hoe de cliënt hierin ondersteund kan worden. Daarna oefent de mantelzorger de transfer onder begeleiding van de zorgprofessional en krijgt waar nodig tips. Na een aantal keer oefenen kan meneer van Dijk de transfer zelfstandig met zijn vrouw uitvoeren. Het resultaat is dat de mantelzorger en de cliënt zich comfortabel voelt met het uitvoeren van de transfers en de cliënt hierdoor een aantal dagen eerder met ontslag naar huis kan.

Praktisch voorbeeld: ondersteuning van de mantelzorger

Meneer Cornelissen is herstellende na een delier, onderliggend is hij bekend met cognitieve problematiek. Meneer is niet in staat zelfstandig een dagstructuur aan te brengen en komt zonder verbale stimulatie niet tot zelfzorgactiviteiten. Zijn echtgenote, mevrouw Cornelissen, ondersteunt hem hier thuis in. Mevrouw zorgt graag voor haar man, echter in een gesprek met mevrouw komt naar voor dat mevrouw thuis veel druk ervaart doordat zij haar man de hele dag begeleiding moet bieden. Mevrouw komt hierdoor niet toe aan ontspanning. Samen met mevrouw concludeer je dat zij als mantelzorger overbelast dreigt te raken als er niets verandert in de thuissituatie.

Je schakelt de wijkverpleegkundige in bij terugkeer naar huis en vraagt of deze mee wil kijken naar de mogelijkheden voor dagbesteding voor meneer waardoor mevrouw ontlast kan worden. Daarnaast adviseer je mevrouw contact op te nemen met het lokale steunpunt Mantelzorg voor verdere adviezen voor om de thuissituatie te verbeteren.

Resultaat

Mantelzorgparticipatie draagt bij aan een betere afstemming van zorg en behandeling voor de cliënt wat de overgang naar huis vergemakkelijkt. Mantelzorgers kunnen meer betrokkenheid en inzicht in hun eigen draagkracht ervaren wat de kans op overbelasting mogelijk verkleint en zorgt dat zij de zorg thuis kunnen blijven bieden.^{9,10,11,12,13}

⁹ <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/grenzen-verkennen-in-samenspel-tussen-in-en-formele-zorg>

¹⁰ <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/gesprekstool-samen-zorgen-in-gesprek-met-naasten>

¹¹ <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/tools/sofa-model-samenwerken-met-mantelzorgers>

¹² <https://www.movisie.nl/publicatie/samenwerken-mantelzorgers-verder-samenwerking>

¹³ Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. JAMA. 2014 Mar 12;311(10):1052-60. doi: 10.1001/jama.2014.304.

Werkboek voor Implementatie van Mantelzorgparticipatie

Om mantelzorgparticipatie toe te passen is het belangrijk om in het team na te denken over onderstaande vragen en deze gezamenlijk in te vullen.

1. Doelstelling

Wat wil je bereiken?

Bijv.: "We willen bij opname met elke betrokken mantelzorger bespreken welke rol zij in de behandeling kunnen nemen en hoe dit er voor hen uitziet."

Invulveld: Wat is jouw doel voor het toepassen van mantelzorgparticipatie?

2. Analyse van Beïnvloedende Factoren

Wat helpt of belemmert het toepassen van mantelzorgparticipatie?

Bijv.: "Tijdgebrek bij zorgprofessionals" of "Onbekendheid met de mogelijkheden."

Checklist: Wat zijn de uitdagingen? (Tijd, scholing, steun van management, etc.)

3. Implementatiestrategie

Hoe gaan we mantelzorgparticipatie invoeren? Bijv.

- Mogelijkheden tot mantelzorgparticipatie binnen de organisatie delen in een teamoverleg
- Mantelzorgparticipatie bespreken tijdens het intakegesprek

Praktisch voorbeeld: In het teamoverleg wordt er aandacht besteed aan de mogelijkheden tot mantelzorgparticipatie en het uitvragen van wensen en grenzen bij de mantelzorger.

4. Evaluatie en Borgen

Vergeet niet te evalueren of mantelzorgparticipatie toegepast wordt en wat de ervaringen zijn. Mogelijke evaluatievragen:

- Bij hoeveel cliënten en mantelzorgers gaat de zorgprofessional het gesprek aan over mantelzorgparticipatie?
- Op welk moment wordt het gesprek over participatie in de behandeling gevoerd met de mantelzorger?
- Hoeveel mantelzorgers participeren in de behandeling?
- Bij hoeveel mantelzorgers worden er nieuwe vaardigheden aangeleerd?
- Hoeveel mantelzorgers maken er gebruik van rooming-in?
- Welke rol nemen mantelzorgers tijdens opname?
- Wordt de rol van de mantelzorger tijdens opname geëvalueerd met cliënt en mantelzorger?
- Hoe ervaren zorgprofessionals de rol van mantelzorgers tijdens opname?
- Hoe ervaren mantelzorgers de betrokkenheid tijdens opname?
- Hoe ervaren cliënten de betrokkenheid van de mantelzorger tijdens opname?
- Welke verbeterpunten zijn er t.a.v. mantelzorgparticipatie?

Invulveld: Hoe kunnen we de mantelzorgparticipatie verbeteren?

5. Tips & Tricks

- Integreer mantelzorgparticipatie in het intake- en behandelproces.
- Breng mantelzorgparticipatie regelmatig onder de aandacht en wissel goede voorbeelden en ervaringen uit; bijv. in een teamoverleg, intranet of in een afdelingsnieuwsbrief voor collega's.
- Zorg voor regelmatige evaluatie en afstemming voor aanpassingen.

Gestructureerde Informatie Overdracht: Zorg Zonder Drempels

Achtergrond

Een gestructureerde informatieoverdracht vanuit verwijzers (ziekenhuis, huisartsen, andere zorgorganisaties) voorkomt miscommunicatie, vermindert de kans op verkeerde plaatsing van cliënten en versnelt de triage waardoor cliënten sneller op een passende ELV-afdeling geplaatst worden.

Er wordt ervaren dat de informatieformulieren in de digitale verwijssystemen niet volledig zijn. Met regelmaat ontbreekt informatie over 1) cognitief functioneren van de cliënt; 2) actuele informatie wanneer een cliënt een aantal dagen heeft moeten wachten op een ELV bed; 3) informatie over de thuissituatie; en 4) informatie over het pre morbide functioneren. Daarnaast wordt ondervonden dat tijdens de avond, nacht en weekenduren, wanneer een digitale verwijzing niet mogelijk is, er meestal geen sprake is van gestructureerde informatieoverdracht.

Om met dit onderdeel aan de slag te gaan, adviseren we het volgende:

Werkwijze

Stap 1. Bepaal de informatiebehoeften. Welke specifieke actuele informatie en informatie over het (cognitief)functioneren van de cliënt wordt op dit moment regelmatig gemist om a) goede triage te kunnen uitvoeren; en b) de zorg goed in te kunnen richten? Schrijf dit op, net als welke informatie noodzakelijk is voor een verwijzing in de ANW-uren.

Stap 2. Analyseer huidige systemen en offline formulieren. Bespreek welke informatie uit stap 1 ontbreekt en wat een manier kan zijn om deze informatie toe te voegen.

Stap 3. Ga in gesprek met de betrokken verwijzers over bovenstaande analyse. Bespreek welke informatie je nu ontvangt, en welke informatie noodzakelijk is om een goede triage te kunnen uitvoeren en de zorg goed in te kunnen richten. Focus hierbij op zowel de informatie die overdag wordt verstuurd, als in de avond, nacht en weekend. Het is hierbij belangrijk om:

- Aan te geven dat je in gezamenlijkheid processen wil optimaliseren (het is dus niet dat iemand iets 'fout' heeft gedaan)
- De haalbaarheid voor het verzamelen en versturen van informatie bij de verzendende partij in ogenschouw wordt genomen en respect hebt voor elkaars (on)mogelijkheden hierin;
- Iedereen zich ervan bewust is dat triage ook vaak een momentopname is, en dat ook met de meest actuele informatie achteraf soms blijkt dat een cliënt niet naar de juiste plek is doorverwezen.

Bekijk of je in dialoog samen naar een aangepast informatie formulier kan komen, waarbij informatie die nu vaak mist een prominentere plek krijgt.

Stap 4. Indien je tot overeenstemming bent gekomen in stap 3, pas de digitale vragenlijst in de verwijssystemen aan en ontwikkel een (offline) gestandaardiseerd formulier voor verwijzingen in de ANW-uren.

Stap 5. Evalueer regelmatig met alle betrokkenen of de vragenlijsten passend zijn of dat er aanpassingen moeten worden doorgevoerd.

Resultaat

Een gestructureerde informatieoverdracht bij verwijzing naar het ELV zorgt voor een volledig en actueel beeld van de cliënt, meer continuïteit en passende zorg. De triagist beschikt over de juiste informatie om een beslissing te nemen over de juiste vervolgzorg.¹⁴

¹⁴ <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/kwaliteitsbeschrijving-elv>

Werkboek voor Implementatie van een Gestructureerde Informatieoverdracht

Om mantelzorgparticipatie toe te passen is het belangrijk om in het team na te denken over onderstaande vragen en deze gezamenlijk in te vullen.

1. Doelstelling

Wat wil je bereiken?

Bijv.: "We willen een (offline) formulier ontwikkelen voor de verwijzing van cliënten naar het ELV in de ANW-uren."

Invulveld: Wat is jouw doel met betrekking tot een gestructureerde informatieoverdracht?

2. Analyse van Beïnvloedende Factoren

Wat helpt of belemmert een gestructureerde informatieoverdracht?

Bijv.: "Tijdgebrek bij zorgprofessionals" of "Onbekendheid met de mogelijkheden."

Checklist: Wat zijn de uitdagingen? (Tijd, scholing, steun van management, etc.)

3. Implementatiestrategie

Hoe gaan we een gestructureerde informatieoverdracht realiseren? Bijv.

- Integreer de gestructureerde informatieoverdracht in bestaande systemen
- Train medewerkers in het gebruik van het format voor informatieoverdracht

Praktisch voorbeeld: in een gezamenlijke bijeenkomst wordt het nieuwe gestructureerde format voor informatieoverdracht toegelicht aan de betrokkenen en wordt duidelijk hoe de informatieoverdracht eruit moet zien.

4. Evaluatie en Borgen

Vergeet niet te evalueren of de informatieoverdracht meer gestructureerd verloopt en wat de ervaringen zijn. Mogelijke evaluatievragen:

- Vindt de informatieoverdracht via de vernieuwde aangepaste wijze plaats?
- Bij hoeveel cliënten is de informatieoverdracht compleet en up to date?
- Bij hoeveel cliënten ontbreekt er informatie bij de overdracht?
- Welke informatie ontbreekt er bij de overdracht?
- Is er voldoende informatie over het cognitief functioneren van de cliënt?
- Hoe ervaren zorgprofessionals de aangepaste informatieoverdracht?
- Wat zijn verbeterpunten in de informatieoverdracht?

Invulveld: Hoe kunnen we de gestructureerde informatieoverdracht verbeteren?

5. Tips & Tricks

- Begin met een klein team om ervaring op te doen.
- Breng de informatieoverdracht regelmatig onder de aandacht en wissel goede voorbeelden en ervaringen uit, bijv. in een teamoverleg.
- Zorg voor regelmatige evaluatie en afstemming voor aanpassingen.

Technologie in de Zorg: de Stap naar meer Zelfredzaamheid

Achtergrond

Het gebruik maken van Technologie in de zorg kan verschillende voordelen bieden, zoals het verbeteren van de kwaliteit van zorg, de efficiëntie en toegankelijkheid. Zo kan het op termijn de (ervaren) werkdruk voor zorgprofessionals verlagen door het overnemen van zorgtaken, kunnen ouderen mogelijk langer verantwoord thuis blijven wonen en kan het stimuleren tot beweging waardoor de cliënt sneller hersteld. Technologie kan dan ook een waardevol hulpmiddel zijn om cliënten te ondersteunen in hun zelfredzaamheid. Voorbeelden zijn een automatische medicijn dispenser of een vorm van technologie die in de dagstructuur kan ondersteunen. In het ELV wordt nog relatief weinig gebruik gemaakt van technologieën om de zelfredzaamheid te bevorderen en daarmee duurzaam thuis wonen te stimuleren. Om met dit onderdeel aan de slag te gaan, adviseren we het volgende:

Werkwijze

Stap 1. Onderzoek binnen jouw organisatie waar de behoeften van cliënten en zorgprofessionals liggen met betrekking tot het inzetten van technologie. In welke doelen, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid, kan technologie ondersteuning bieden? Voorbeelden kunnen zijn het bieden van dagstructuur of zelfstandige medicijninname.

Tip: voor ideeën bekijk de kennisbank digitale zorg van Vilans of bezoek www.zorgvoornu.nl

Stap 2. Bepaal welke technologie aansluit bij de behoeften van cliënten en zorgprofessionals in de organisatie.

Stap 3. Stel ambassadeurs/kartrekkers aan voor de technologie. Zorg dat zorgprofessionals zich bekwaam voelen bij het inzetten van de technologie bijv. door scholingen of een klinische les.

Stap 4. Start met een klein aantal cliënten voor een pilot. Evalueer regelmatig met de cliënt en zorgprofessionals hoe de inzet van technologie verloopt en stel zo nodig het proces bij.

Stap 5. Bij een succesvolle implementatie van de technologie bij een klein aantal cliënten kan het opgeschaald worden naar een groter aantal.

Resultaat

Technologie kan ondersteuning bieden bij het meer zelfstandig functioneren van een cliënt bij terugkeer naar huis, het vermindert de werkbelasting van de zorgprofessional en het kan leiden tot een hogere kwaliteit van leven doordat de cliënt meer regie kan voeren over zijn eigen leven.^{15,16}

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/04/30/factsheet-tijdbesparende-technologieen-in-de-ouderenzorg>

¹⁶ Kraaijkamp J, van Dam van Isselt E, Persoon A, Versluis A, Chavannes N, Achterberg W
eHealth in Geriatric Rehabilitation: Systematic Review of Effectiveness, Feasibility, and Usability
J Med Internet Res 2021;23(8):e24015 DOI: 10.2196/24015

Werkboek voor Implementatie van technologie

Om technologieën gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid te implementeren is het belangrijk om in het team na te denken over onderstaande vragen en deze gezamenlijk in te vullen.

1. Doelstelling

Wat wil je bereiken?

Bijv.: "We willen dat binnen drie maanden de Medido gebruikt wordt bij cliënten wie het niet lukt om de medicatie volledig zelfstandig in te nemen."

Invulveld: Wat is jouw doel voor het implementeren van technologieën?

2. Analyse van Beïnvloedende Factoren

Wat helpt of belemmert het gebruiken van technologieën gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid?

Bijv.: "Tijdgebrek bij zorgprofessionals" of "Onbekendheid met het instrument."

Checklist: Wat zijn de uitdagingen? (Tijd, scholing, steun van management, etc.)

3. Implementatiestrategie

Hoe gaan we het opstellen van en werken aan participatiedoelen invoeren? Bijv.

- Trainingen voor zorgprofessionals (train de trainer)
- Rolmodellen aanwijzen binnen het team

Praktisch voorbeeld: Training organiseren waarbij een zorgprofessional toelicht wat een Medido is, bij wie het ingezet kan worden en hoe ermee gewerkt kan worden.

4. Evaluatie en Borgen

Vergeet niet te evalueren of de nieuwe technologie ingezet wordt en hoe hiermee gewerkt wordt. Mogelijke evaluatievragen:

- Bij hoeveel cliënten wordt er een vorm van technologie ingezet?
- Welke vormen van technologie worden er ingezet?
- Hebben medewerkers voldoende kennis en vaardigheden om de technologie te gebruiken?
- Welke hulpmiddelen en trainingen zijn aangeboden aan zorgprofessionals om technologie te gebruiken in de zorgverlening?
- Hebben cliënten voldoende kennis en vaardigheden om met de technologie om te gaan?
- Hoe ervaren cliënten het gebruik van de technologie?
- Hoe ervaren zorgprofessionals het gebruik van de technologie? Denk bijv. aan gebruiksvriendelijkheid.
- Hoe ervaren zorgprofessionals het om een technologie aan te leren bij een cliënt?
- Is het gebruik van de technologie ondersteunend in de behandeling voor de cliënt en zorgprofessionals? Zo ja, hoe? Nee, waarom niet?
- Leidt de inzet van een zorgtechnologie tot tijdsbesparing voor de zorgprofessional?
- Kunnen cliënten eerder terug naar huis doordat er een vorm van technologie ingezet is?
- Zijn er verbeterpunten voor het gebruiken van zorgtechnologie in de zorg en behandeling voor cliënten?

Invulveld: Hoe kunnen we het werken met de technologie vorm verbeteren?

5. Tips & Tricks

- Begin met een klein team om ervaring op te doen.
- Integreer het inzetten van technologie in de werkprocessen.
- Breng de technologie regelmatig onder de aandacht en wissel goede voorbeelden en ervaringen uit; bijv. in een teamoverleg, intranet of in een afdelingsnieuwsbrief voor collega's.
- Zorg voor regelmatige evaluatie en afstemming voor aanpassingen.

Professionaliseer het MDO; versterk de samenwerking en zorg efficiënter

Achtergrond

De medische zorg voor ouderen in het eerstelijnsverblijf is complex waardoor vaak meerdere disciplines betrokken zijn. Om de voortgang en behandeling goed te monitoren en aan te laten sluiten op de behoeften van de cliënt is regelmatige afstemming en samenwerking in een multidisciplinair overleg belangrijk.

Het doel van het multidisciplinair overleg (MDO) is het vaststellen, periodiek toetsen en bijstellen van behandeldoelen, zorgdoelen en bijbehorende acties en het uitwisselen van informatie over de cliënt en met de cliënt. Het MDO kan zowel met als zonder de cliënt plaatsvinden, de informatie over de behandeling moet in dat geval wel vooraf en achteraf met de cliënt besproken worden.

Om met dit onderdeel aan de slag te gaan, adviseren we het volgende:

Werkwijze

Stap 1. Bespreek met betrokkenen de huidige werkwijze van het MDO en bepaal gezamenlijk waar verbeterpunten liggen. Dit kan zijn:

- Het maken van duidelijke afspraken over taken en verantwoordelijkheden
- Het ontwikkelen van een format met alle benodigde informatie ter ondersteuning van de voorbereiding
- Bepalen hoe de cliënt (meer) betrokken kan worden in het MDO

Stap 2.

Stel een aantal zorgprofessionals aan die verantwoordelijk zijn om de opgehaalde informatie om te gaan zetten in het ontwikkelen van een protocol/richtlijn, zodat het MDO op een gestructureerde wijze kan plaatsvinden.

Stap 3.

Breng het opgestelde protocol/ richtlijn in de praktijk (pilot) en evalueer met het hele team of dit het gewenste effect oplevert. Denk hierbij aan het doel van het MDO, betrokkenheid van de juiste professionals, agenda, structuur, tijdsbewaking, rolverdeling, gebruik maken van digitale tools, het vastleggen van actiepunten etc.

Stap 4.

Indien nodig wordt het gemaakte protocol/richtlijn aangepast naar de wensen en behoeften van het team en wordt dit wederom als pilot in de praktijk gebracht.

Stap 5.

Evalueer ook met cliënt en mantelzorger of zij tevreden zijn met de uitvoer van het MDO. Denk hierbij aan de voorbereiding en terugkoppeling van het MDO wanneer zij hier niet bij aanwezig zijn of aan hun deelname aan het MDO.

Resultaat

Het MDO verloopt op een gestructureerde wijze waar iedere betrokken discipline zijn inbreng in heeft. De cliënt en mantelzorger nemen deel aan het MDO, of hebben op voorhand hun inbreng kunnen doen. Door de duidelijke structuur, goede communicatie en betrokkenheid kan het MDO op een efficiënte en waardevolle manier plaatsvinden.^{17,18}

¹⁷ van Dongen JJJ, van Bokhoven MA, Goossens WNM, Daniëls R, van der Weijden T, Beurskens A. Development of a Customizable Programme for Improving Interprofessional Team Meetings: An Action Research Approach. *Int J Integr Care*. 2018 Jan 25;18(1):8. doi: 10.5334/ijic.3076. PMID: 29632457; PMCID: PMC5887069.

¹⁸ <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/kwaliteitsbeschrijving-elv>

Werkboek voor Professionalisering van het MDO

Om binnen het team aan de slag te gaan met het professionaliseren van het MDO, is het belangrijk om met het team na te denken over onderstaande vragen en deze gezamenlijk in te vullen.

1. Doelstelling

Wat wil je bereiken?

Bijv.: “We willen het MDO op een gestructureerde manier laten plaatsvinden via een door ons opgesteld protocol waarbij zowel de professionals aan het woord komen als de cliënt en mantelzorger.

Invulveld: Wat is jouw doel voor het verbeteren/professionaliseren van het MDO?

2. Analyse van Beïnvloedende Factoren

Wat helpt of belemmert het professionaliseren van het MDO?

Bijv.: “Tijdgebrek bij zorgprofessionals” of “Onbekendheid met het instrument.”

Checklist: Wat zijn de uitdagingen? (Tijd, scholing, steun van management, etc.)

3. Implementatiestrategie

Hoe gaan we het professionaliseren van het MDO aanpakken? Bijv.

- Een kartrekker aanwijzen binnen het team die alle informatie gaat ophalen bij zowel zorgprofessionals als cliënt en mantelzorger
- Een kartrekker aanwijzen binnen het team die verantwoordelijk is voor het maken van een protocol, eventueel m.b.v. een medewerker van bijvoorbeeld de afdeling Kwaliteit & Beleid

Praktisch voorbeeld: Tijdens een MDO waarbij alle professionals aanwezig zijn wordt de tijd genomen om een kartrekken aan te wijzen en verbeterpunten te bespreken.

4. Evaluatie en Borgen

Vergeet niet te evalueren of het geprofessionaliseerde MDO de gewenste resultaten oplevert, er dus mee gewerkt wordt en wat de ervaringen zijn. Mogelijke evaluatievragen:

- Is het gelukt om bij de zorgprofessionals verbeterpunten voor het MDO in kaart te brengen?
- Bij hoeveel cliënten en mantelzorgers is het gelukt om informatie op te halen over het MDO?
- Hoe vaak is er gebruik gemaakt van het opgestelde protocol/richtlijn tijdens het MDO?
- Hoe ervaren zorgprofessionals het werken met de nieuwe vorm van het MDO?
- Hoe ervaren cliënten de voorbereiding en terugkoppeling van het vernieuwde MDO/ hoe ervaren cliënten de vernieuwde vorm van het MDO?
- In hoeverre draagt de vernieuwde vorm van het MDO bij aan het verbeteren van de zorgverlening?
- Wat zijn verbeterpunten die naar voor komen bij het gebruiken van het vernieuwde MDO?

Invulveld: Hoe kunnen we het MDO professionaliseren?

5. Tips & Tricks

- Integreer het inzetten van het geprofessionaliseerde MDO in het werkproces.
- Breng het professionaliseren van het MDO onder de aandacht en wissel goede voorbeelden en ervaringen uit; bijv. in een teamoverleg, intranet of in een afdelingsnieuwsbrief voor collega's.
- Zorg voor regelmatige evaluatie en afstemming voor aanpassingen.

Bijlage 1: Het 4-bollen model

Het 4-bollen model: Wat en hoe?¹⁹



Het 4-bollen model; achtergrond en doel

Het 4-bollen model is ontwikkeld door Zuyd Hogeschool, in samenwerking met de Universiteit Maastricht, een aantal cliënten en experts op het gebied van zelfmanagement. Voor meer informatie, neem contact op met: Stephanie von Helden – Lenzen (stephanie.lenzen@zuyd.nl)

Het 4-bollen model is gebaseerd op de domeinen van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF), een raamwerk voor gezondheid en menselijk functioneren, ontwikkeld door de World Health Organisation (WHO). In het 4-bollen model zijn de domeinen van de ICF vereenvoudigd en visueel vormgegeven. Het 4-bollen model ondersteunt de cliënt en de professional bij het verkennen van het cliëntperspectief op de huidige en de gewenste situatie van de cliënt. De professional kan met behulp van het 4bollen model de medische klachten, als ook de gevolgen van de aandoening voor het dagelijks leven en de kwaliteit van leven van de cliënt helder te krijgen. Het model ondersteunt de cliënt zijn verhaal te vertellen en kan bijdragen aan reflectie op de eigen situatie.

Gebruik van het 4-bollen model

- Het 4-bollen model kan worden gebruikt bij cliënten met één of meer chronische aandoeningen of bij mensen met complexe zorgvragen.
- Afhankelijk van de cliënt en diens situatie kan de tijd die aan elke bol besteed wordt verschillen.
- Ook de mate van ondersteuning van de professional kan variëren. Sommige cliënten kunnen het model zelfstandig invullen (met bijvoorbeeld een vraag per bol); bij

¹⁹ <https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/projecten-autonomie-en-participatie/producten-en-diensten/4-bollen-model>

anderen is meer uitleg en ondersteuning nodig. De professional kan hier flexibel mee omgaan.

- Gebruik van het 4-bollen model kan ook over meerdere sessies gebruikt worden.
- Voor gebruik kunnen de bollen uitgeprint worden op A3 of A4. Op de 4 bollen kunnen aantekeningen worden gemaakt die (afhankelijk van wat de cliënt wil) de cliënt mee naar huis kan nemen.
- In het gesprek worden vooral open vragen gesteld, en waar nodig wordt doorgevraagd.

Hoe past het 4- bollen model in mijn huidige werkwijze?

In welke fase ga ik het 4-bollen model gebruiken?

- Doelen stellen: Bij een nieuwe cliënt kan het 4-bollen model worden gebruikt om de cliënt te leren kennen (wat is het verhaal van de cliënt?).
- Doelen uitvoeren: Bij cliënten bij wie de doelen duidelijk zijn kan het 4-bollen model worden gebruikt om in de loop van de tijd doelen eventueel bij te stellen en samen te analyseren welke factoren een rol spelen bij het uitvoeren van doelen (wat is de invloed van activiteiten, de omgeving of de eigen manier van de cliënt?).

Hoe past het in mijn huidige aanpak?

- Bij gesprekken met als doel om de situatie van de cliënt/de hulpvraag te verkennen kan het 4-bollen model als ondersteuning worden gebruikt. Het ondersteunt zowel de professional als de cliënt om aan alle aspecten te denken die mogelijk van invloed zijn.

Hieronder worden per bol de kernpunten aangegeven die onderwerp van gesprek kunnen zijn en voorbeeldvragen gepresenteerd.

Bol	Kernpunten
Mijn gezondheid 	– Medisch (lichamelijk/mentale) klachten die de cliënt op dit moment ervaart – Belangrijke thema's voor gezondheid – Wens voor verandering

Voorbeeldvragen

- Hoe gaat het op dit moment met uw gezondheid?
- Ervaart u last van uw gezondheid?
- Wat ziet u als belangrijk voor uw gezondheid?
- Wat zou u echt verbeterd/veranderd willen zien?

Tip:
Begin bij elke bol met een open vraag.

Bol	Kernpunten
Mijn activiteiten 	– Belemmeringen die de cliënt in zijn dagelijkse activiteiten ervaart (door de klachten) – Wens voor oplossingen voor activiteiten

Voorbeeldvragen

- Wat doet u graag op een dag?
- Wat deed u in het verleden graag?
- Ervaart u dat sommige activiteiten niet goed lukken of u moeite kosten?
- Voor welke activiteiten zou u een oplossing wensen?
- Wilt u bepaalde dingen weer gaan doen?

Tip:
Vraag door om het concreet te maken (Voorbeeld: U zegt dat boodschappen doen op dit moment moeilijk gaat. Wat bedoelt u met moeilijk? Wat lukt niet? Zou u hier iets meer over kunnen vertellen?)

Bol	Kernpunten
Mijn eigen manier 	– Aanpak van de cliënt om te komen tot gewenste veranderingen en/of oplossingen – Wens voor ondersteuning

Voorbeeldvragen

- Wat vindt u belangrijk in het leven en als het gaat om uw gezondheid?
- Hoe komt u op dit moment tot oplossingen?
- Hoe pakt u veranderingen aan?
- Als u iets zou mogen veranderen. Hoe zou u dat willen doen?

Tip:

Geef een samenvatting per bol. De samenvatting kan gebruikt worden als overgang naar een volgende bol.

Bol	Kernpunten
Mijn omgeving 	– Ervaren ondersteuning door (sociale en fysieke) omgeving? – Wens voor ondersteuning

Voorbeeldvragen

- Hoe ervaart u de ondersteuning van de mensen om u heen?
- Hoe zou u graag willen dat uw familie met u en uw aandoening omgaat?
- Heeft u ondersteuning nodig van uw omgeving?
- Hoe zouden anderen u kunnen ondersteunen bij hetgeen u wil veranderen?
- Het huis en de buurt waar je woont, ervaart u hierdoor belemmeringen in het leven?
- Zouden aanpassingen (in huis of in de buurt) of hulpmiddelen u kunnen ondersteunen?

Breng de bollen in verband met elkaar. Relateer de bollen 'mijn eigen manier' en 'mijn omgeving' aan de wensen voor verandering die zijn uitgesproken in de bol 'mijn gezondheid' en 'mijn activiteiten'

Wilt u meer informatie en/of een training over het 4-bollen model en hoe deze kan ingezet worden in het proces van samen beslissen over doelen en actieplannen, neem dan contact op met: stephane.lenzen@zuyd.nl

Bijlage 2: Het SOFA-model²⁰

Het SOFA model kan ondersteuning bieden bij het voeren van een gesprek met de mantelzorger over zijn of haar rol tijdens de opname van de cliënt en beschrijft de vier rollen die een mantelzorger heeft en hoe je hier als zorgprofessional mee om kan gaan.

Om in kaart te brengen hoe de mantelzorger kan ondersteunen in de zorg en behandeling kunnen de volgende vragen gesteld worden:

Samenwerken; de mantelzorger als partner in het werk. De mantelzorger zorgt waarschijnlijk al een langere tijd voor zijn naaste. Dat maakt de mantelzorger een medehulpverlener.

Vragen:

- Wat doet u als mantelzorger en wat zou u graag willen blijven doen?
- Wat is er mogelijk voor u om te (blijven) doen tijdens de opnameperiode?
- Welke dingen doet u liever niet?
- Wat zou u willen leren over de zorg en ondersteuning van uw naaste?
- Welke afspraken maken we met elkaar?
- Wat zijn uw verwachtingen van onze samenwerking?

Om de belasting van de mantelzorger in kaart te brengen en te adviseren over manieren om de belasting te verlagen kunnen de volgende vragen gesteld worden:

Ondersteunen; de mantelzorger als hulpvrager. Het kan zijn dat de mantelzorger zelf hulp nodig heeft om de zorg in de thuissituatie te kunnen blijven bieden.

Vragen:

- Hoe gaat het met u?
- Zijn er andere mensen in uw omgeving betrokken bij de zorg en ondersteuning?

Om in kaart te brengen hoe de mantelzorger kan ondersteunen in de zorg en behandeling kunnen de volgende vragen gesteld worden:

Faciliteren; de mantelzorger als persoonlijke relatie voor de cliënt.

Vragen:

- Wat wil u graag samen met uw naaste blijven doen?

Om de cliënt en zijn wensen en behoeften beter te leren kennen kunnen de volgende vragen gesteld worden:

Afstemmen; de mantelzorger als expert. Een mantelzorger kent zijn naaste al lang, maak daarom gebruik van de kennis van de mantelzorger.

Vragen:

- Kunt u iets meer vertellen over de wensen en behoeften van uw naaste?
- Wat zou u doen in deze situatie?

²⁰ [SOFA-model: samenwerken met mantelzorgers](#)

- Wat is belangrijk om te weten over uw naaste? Waarmee moeten wij rekening houden in de zorg en ondersteuning?

Bekijk voor meer informatie het volgende document: 'SOFA-model de rollen van mantelzorgers'.

[SOFA-model: samenwerken met mantelzorgers](#)