

Langer Vitaal Thuis is een interventieprogramma dat cliënten helpt om zo fit en zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen. Een multidisciplinair team coacht en ondersteunt deelnemers 12 weken bij het behouden of verbeteren van zelfredzaamheid. De focus ligt op wat mensen nog wèl kunnen of kunnen leren. Zo dragen we bij aan verbetering van de kwaliteit van leven.

Kijk op het werk

Langer Vitaal Thuis is gebaseerd op het gedachtegoed van Reablement en Positieve Gezondheid. We coachen, adviseren, begeleiden en motiveren mensen en hun naasten om zo veel mogelijk zelf te doen. Bijvoorbeeld zelf schoonmaken, koken, in beweging komen, sociale en betekenisvolle activiteiten ondernemen. Daarbij zoeken we waar nodig samenwerking met andere partijen zoals mantelzorg en welzijnsorganisaties. Van zorgen *voor*, naar zorgen *dat*. Deze manier van werken passen medewerkers in de thuiszorg en hulp bij huishouden toe. Ook bij cliënten die niet meedoen of het programma hebben afgerond.

Doelgroep

De doelgroep van het LVT programma zijn mensen die thuis wonen en waarbij er een hulpvraag is omtrent bijvoorbeeld: zelfzorg, mobiliteit, huishoudelijke activiteiten en welzijn. Het kernteam LVT beoordeelt of iemand mee kan doen aan het programma.

Het werkproces in stappen



1 Aanmelding

- Komt binnen bij de wijkteamconsulent via aanvragen bij gemeente of;
- via thuiszorg, ziekenhuis, GRZ, INKT verpleegkundige en huisarts bij Bemiddelingsbureau Zorg en Wonen.
- Ergotherapeut en fysiotherapeut worden ingeschakeld
- Cliënt ontvangt infographic waarop programma wordt uitgelegd

2

Inventarisatie en indiceren

- Indicatie door wvpk/wtc, ergotherapeut en fysiotherapeut o.b.v. positieve gezondheid (spinnenweb invullen)
- COPM afnemen
- Aanvullend onderzoek
- Mantelzorgbelasting in kaart brengen
- Eventueel andere disciplines/organisaties/ netwerk cliënt aanhaken
Dit gebeurt na het vaststellen van het Langer Vitaal Thuisplan

3

Langer Vitaal Thuisplan

- Voorlopige doelen worden tijdens de inventarisatie en het indiceren opgesteld. Tijdens het MDO worden de doelen en het begeleidingsplan definitief gemaakt.
- Mantelzorger(s) betrekken en informeren
- Thuiszorgteam (TZ) + medewerker (hulp bij huishouden) HBH informeren
- Eventueel andere disciplines/organisaties/ netwerk cliënt aanhaken
- MDO door Wijkteamconsulent, wijkverpleegkundige, ergotherapeut, fysiotherapeut en werkvoorbereider HBH + rapportage in MDO formulier ECD

4

Begeleiding en behandeling

- Begeleiding/zorg door thuiszorg, HBH, consulent wijkteam, behandeling en coaching door behandelaars - op basis van doelen
- Rapportage in het ECD op doelen
- HBH medewerkers koppelen bijzonderheden en voortgang terug via werkvoorbereider HBH
- Coaching on-the-job

5

Tussenevaluatie

- Met cliënt en/of naasten
- Voortgang bespreken in MDO
- Optioneel aanpassen Langer Vitaal Thuis- en begeleidingsplan

6

Eindevaluatie en afsluiten

- Eindevaluatie - bespreken borgen activiteiten met cliënt
- Aan het einde van traject spinnenweb + COPM afnemen
- Waar nodig; indiceren benodigde zorg/ondersteuning. Indien van toepassing afsluiten dossier
- Follow-up plannen na 3 maanden



Heb je de vraag gesteld: "Wat is voor u echt belangrijk?"

Wie zijn betrokken?

Ergotherapeut

Houdt een intakegesprek bij alle cliënten die zich aanmelden voor Langer Vitaal Thuis vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid. Dit gebeurt in afstemming met de wijkverpleegkundige of wijkteamconsulent. Waar mogelijk doen zij een gezamenlijke intake. Samen met de cliënt wordt de zelfredzaamheid in kaart gebracht met behulp van meetinstrument COPM, ergotherapeutisch onderzoek uitgevoerd en op basis daarvan met de cliënt doelen opgesteld. Voert vervolgens de behandeling uit en houdt evaluaties over de doelen. Ze adviseert in het gebruik van hulpmiddelen. Ook stelt ze een begeleidingsadvies op met het kernteam voor mantelzorgers, thuiszorg en medewerkers hulp bij huishouden. Daarnaast is de ergotherapeut voorzitter van het MDO. De ergotherapeut geeft 'coaching on the job' aan het team van de thuiszorg en hulp bij huishouden.

Thuiszorgteam

Thuiszorgteam verleent de zorg als afgesproken in het begeleidingsplan. Het team stimuleert, complimenteert, coacht de cliënt in het behalen van de doelen. Verleent zorg zo veel mogelijk 'met handen op de rug'. Stimuleert bewegen, geven instructie en begeleiden bij het gebruik van hulpmiddelen. Van zorgen voor naar zorgen dat. Medewerkers rapporteren op doelen, zowel voortgang als bijzonderheden. Dit is de manier van werken en wordt altijd toegepast. Ook als cliënten niet meer meedoen aan het interventieprogramma.

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut wordt standaard ingeschakeld voor beweegonderzoek en evt. daaruit voortkomende behandeldoelen. De fysiotherapeut is de expert in houding en beweging en helpt bij het voorkomen, verhelpen of verminderen van je lichamelijke klachten en zorgt ervoor weer optimaal kunt bewegen. Rondt na max. 3 behandelingen het contact met de cliënt af of draagt deze over aan een 1e lijns fysiotherapiepraktijk/sportvereniging. Als er een complexe geriatrische hulpvraag is, kan hiervan af geweken worden. De fysiotherapeut rapporteert en evalueert op de doelen en adviseert het MDO.

Huisarts en/of POH

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

Wijkteamconsulent

Houdt een intakegesprek, op basis van positieve gezondheid in samenwerking met ergotherapeut. Waar mogelijk doen zij dit gezamenlijk bij cliënten die een aanmelding doen voor een aanvraag hulp bij huishouden, hulpmiddelen of ander zelfredzaamheidsvraagstuk bij de gemeente. Brengt de situatie van de inwoner in kaart, incl. mantelzorg. Geeft advies, verwijst naar andere instanties, indiceert. Wijkteamconsulent neemt plaats in het MDO.

Wijkverpleegkundige

Houdt een intakegesprek, op basis van positieve gezondheid, in samenwerking met de ergotherapeut. Waar mogelijk doen zij gezamenlijk de intake bij cliënten die voor thuiszorg worden aangemeld via huisarts, ziekenhuis, GRZ/ELV. Doet onderzoek, brengt situatie cliënt en mantelzorg in kaart, stelt samen met de cliënt doelen op, geeft advies, verwijst naar andere instanties, indiceert, evalueert op doelen, coördineert en verleent zorg. Stelt een begeleidingsadvies op met het kernteam voor mantelzorgers, thuiszorg en medewerkers hulp bij huishouden. De wijkverpleegkundige coacht het thuiszorg team. Wijkverpleegkundige neemt plaats in het MDO.

Werkvoorbereider hulp bij huishouden

Coördineert aanvragen hulp bij huishouden, begeleidt en stemt af met medewerkers hulp bij huishouden. Is het eerste aanspreekpunt voor medewerker hulp bij huishouden binnen het programma. Rapporteert bevindingen van medewerkers in het ECD. Werkvoorbereider neemt plaats in het MDO. Houdt een intakegesprek, op basis van positieve gezondheid, in samenwerking met de ergotherapeut. Waar mogelijk doen zij gezamenlijk de intake bij cliënten die voor thuiszorg worden aangemeld via huisarts, ziekenhuis, GRZ/ELV.

Medewerker Hulp bij Huishouden

Medewerker hulp bij huishouden verleent huishouden als afgesproken in het begeleidingsplan. Stimuleert, complimenteert, coacht de cliënt in het behalen van de doelen op het gebied van huishouden. Vraagt cliënt mee te helpen in huishouden. Stimuleert bewegen. Begeleiden en motiveren het gebruik van hulpmiddelen. Medewerkers koppelen voortgang terug aan werkvoorbereider en melden bijzonderheden.

'Focus op wat mensen nog wèl kunnen of kunnen leren'



Heb je vragen over het Langer Vitaal Thuis programma?
Neem dan contact op met ons via T 088-6194100
of communicatie@wzgsamen.nl