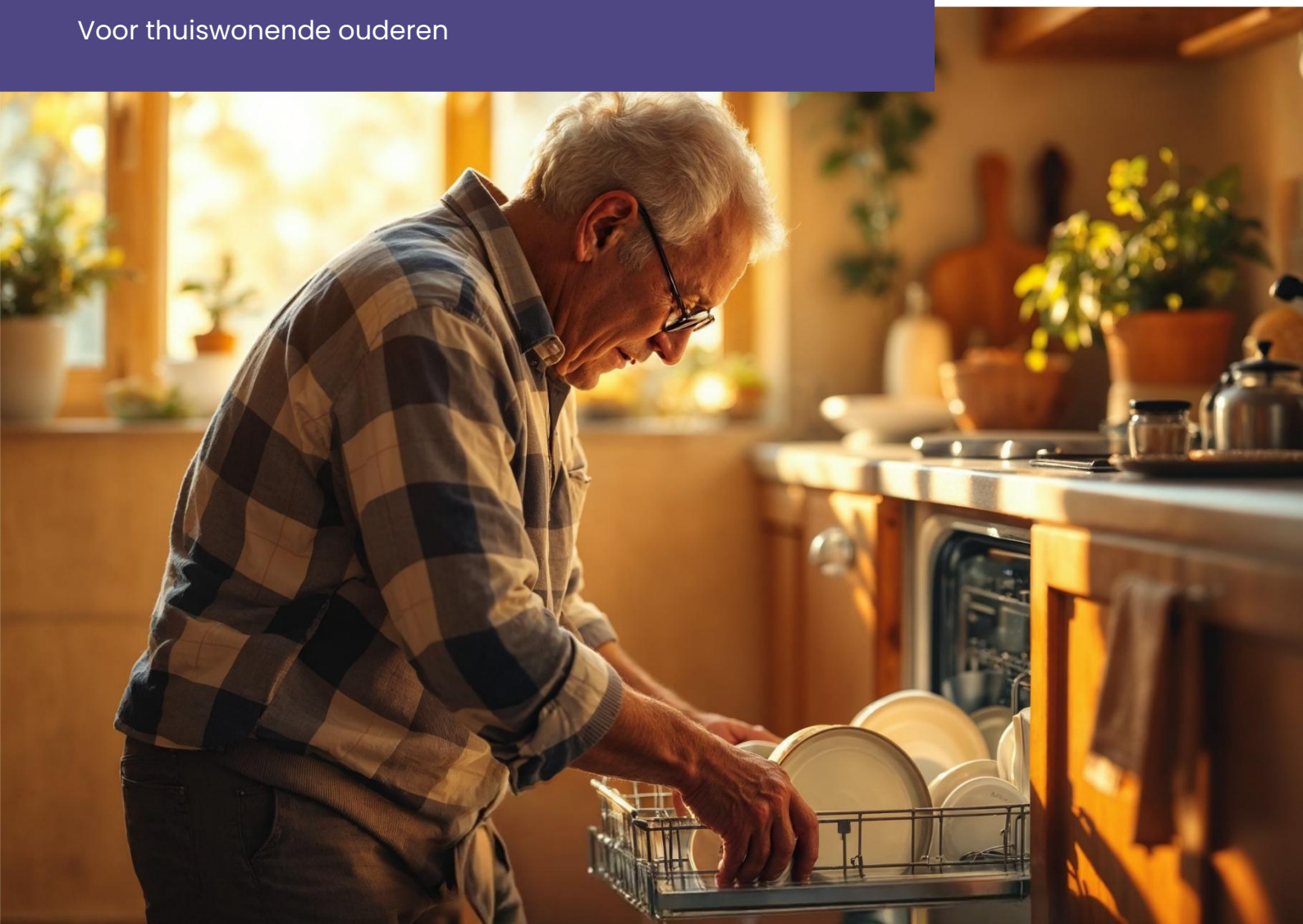




PROGRAMMA

LANGER ACTIEF THUIS (LAT)

Voor thuiswonende ouderen



INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING.....	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Maatschappelijke opgave.....	4
1.3	Doelstelling	4
1.4	Reablement als uitgangspunt	4
1.5	Schijf van Vijf	4
	Toelichting Schijf van Vijf:.....	6
2.	HET PROGRAMMA LANGER ACTIEF THUIS	7
2.2	Duur	7
2.2	Doelgroep	7
2.3	Aanmelding wijkverpleging	7
2.4	Fasering Langer Actief Thuis.....	7
	Onderzoek/observatie.....	7
	Begeleiding	8
	Evaluatie.....	8
	Indicatie wijkverpleging	8
3.	INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	10
3.1	Rollen disciplines	10
	Wijkverpleegkundige	10
	Ergotherapeut.....	10
	Fysiotherapeut.....	11
	Verzorgende.....	11
	Huisarts/Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)	11
	Overige disciplines	11
3.2	Communicatie	12
	Zorgplan	12
	Rapportage.....	12
	Multidisciplinair Overleg (MDO)	12
	Tussentijdse afstemming.....	12
	BRONVERMELDING	13

1. INLEIDING

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

1.1 Aanleiding

De Nederlandse bevolking vergrijsst. De verwachting is dat de komende jaren het aantal ouderen in Nederland relatief zal toenemen². De meeste ouderen boven de 75 jaar zijn nog vitaal. Met de groei van het aantal 75-plussers de komende jaren zullen in 2035 ruim 2 miljoen mensen in de leeftijd van 75 jaar en ouder thuis wonen³. Ouderen hebben de

wens om zo lang mogelijk op een goede manier zelfstandig te kunnen blijven wonen in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. Voor hen is daarbij belangrijk dat ze de begeleiding en zorg krijgen die ze nodig hebben.

Helaas brengt een hogere leeftijd ook risico's met zich mee, zoals een opname in het ziekenhuis. In 2018 werd bijna 41% van de Nederlandse ouderen van 80 jaar of ouder jaarlijks één of meerdere malen in het ziekenhuis opgenomen⁴.

Tegelijkertijd zien we de ontwikkeling dat de gemiddelde levensverwachting zonder matige of ernstige lichamelijke beperkingen toeneemt. Mensen worden daarmee ook later afhankelijk van hulp en staan langer actief in het leven⁵. Daarnaast willen ouderen het liefste thuis, in hun eigen wijk of buurt blijven wonen, ook als het wat minder gaat⁶. Relatief zal het aantal ouderen wat in de thuissituatie hulp nodig heeft de komende jaren dus stijgen.

Daar waar er de komende jaren dus steeds meer ouderen in Nederland zullen wonen en de kans dat meer mensen zorg nodig hebben aanwezig is, zien we ook dat het aantal werkenden in de zorg afneemt⁷. Daarnaast neemt het aantal beschikbare mantelzorgers steeds verder af⁸.

De verwachting is dat over een aantal jaren minder verzorgenden en verpleegkundigen zorg moeten leveren aan een steeds groter wordende groep ouderen.

1.2 Maatschappelijke opgave

De veranderingen in de zorg zijn groot. Ze raken ons allemaal. Alleen als we de handen ineenslaan, lukt het om zorg beschikbaar en betaalbaar te houden voor de meest kwetsbaren. Dat is de maatschappelijke opgave. Samen ontzorgen we de zorg.

1.3 Doelstelling

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

1.4 Reablement als uitgangspunt

Het programma LAT is gebaseerd op het gedachtegoed van reablement. De principes van reablement zijn gericht op het ondersteunen van ouderen in het behalen van hun zelf geformuleerde doelen. Deze doelen kunnen liggen op het gebied van fysieke onafhankelijkheid in de thuissituatie en sociale betrokkenheid in hun omgeving⁹.

Met name in de Scandinavische landen, Engeland en Australië is er al

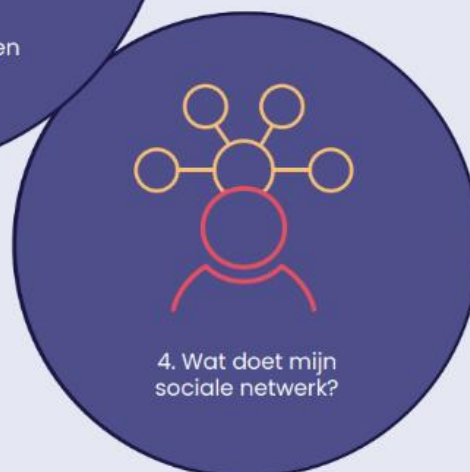
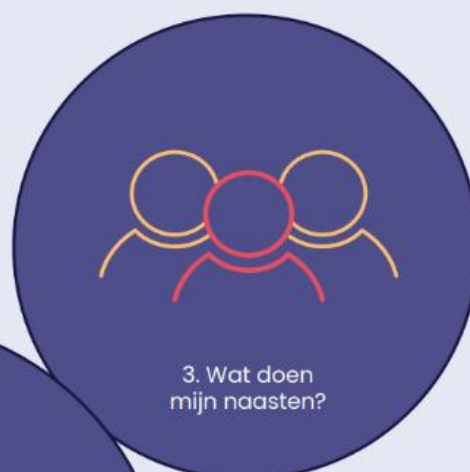
veel ervaring opgedaan met de interventie. Reablement kan omschreven worden als een interventie die cliëntgericht en doelgericht is. Er is sprake van een intensief traject wat in een afgebakende periode wordt uitgevoerd⁹. Kenmerkend voor de interventie is dat deze wordt geleverd door een multidisciplinair team in de thuissituatie van de oudere.

De focus ligt in het programma op onafhankelijkheid in functioneren. Ouderen moeten een hulpvraag hebben richting formele zorg en ondersteuning óf een risico hebben op functionele achteruitgang. Dit betekent dat de inhoud van de interventie verschilt. Deze is afhankelijk van de individuele doelen van de oudere. Mede daardoor wisselt de intensiteit en de lengte van het programma.^{10 11} De kernvraag is hierbij: "Wat is voor iemand belangrijk om zelf te kunnen (blijven) doen?"

1.5 Schijf van Vijf

Vanuit de strategie 'Samen ontzorgen we de zorg' heeft Mijzo de Schijf van Vijf 'Samen zelf doen' ontwikkeld: een praktisch en mensgericht hulpmiddel waarmee we kijken naar wat iemand zelf nog kan en belangrijk vindt. En hoe we daar samen in kunnen bijdragen. De Schijf van Vijf vormt het startpunt in onze manier van werken én denken over zorg. LAT is een belangrijk programma dat vanuit dit gedachtegoed ontwikkeld is.

SAMEN ZELF DOEN



**SAMEN
ONTZORGEN
WE DE ZORG**

mijzo

1. Wat vind ik belangrijk en kan ik nog zelf?

Samen zelf doen begint bij jou. Want regie op je eigen leven is essentieel om blij te zijn en blij te blijven en te leven met vertrouwen en eigenwaarde. Daarom begint samen zelf doen met kijken naar wat belangrijk voor je is en wat je nog zelf kunt.

2. Welke hulpmiddelen helpen mij?

Hulpmiddelen helpen bij samen zelf doen. Ze ondersteunen je in het behouden van je eigen regie. Door te helpen bij dingen die je altijd gedaan hebt. Zo maken hulpmiddelen je leven makkelijker, veiliger en soms ook leuker.

3. Wat doen mijn naasten?

Naasten zijn mensen die dichtbij je staan en belangrijk voor je zijn. Het is vaak familie, maar kan ook iemand anders zijn. Je hebt een bestaande en vertrouwde band met je naasten. Juist daardoor is het fijn als een naaste helpt met samen zelf doen. Voor jou, maar ook voor je naasten en voor de zorgprofessional.

4. Wat doet mijn sociale netwerk?

Mensen uit je eigen omgeving kunnen veel voor je betekenen. Denk aan je burens, je medebewoners, het buurthuis, kennissen, je (sport)vereniging, je gemeente en welzijnsorganisaties. Zij helpen je bij het behouden van je eigen regie en zelfstandigheid, doordat ze blijven helpen bij dingen die je altijd al gedaan hebt.

5. Wat doet Mijzo?

Soms lukt zelf doen niet meer. Ook niet met ondersteuning van hulpmiddelen, je naasten en je sociale netwerk. Dan is Mijzo er voor je. Mijzo helpt bij dat wat voor jou belangrijk is en bij wat je zelf niet meer kunt. Dat doen we altijd in nauwe samenwerking met jou, je naasten en je sociale netwerk. Dat is samen zelf doen.

2. HET PROGRAMMA LANGER ACTIEF THUIS

2.1 Duur

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

2.2 Doelgroep

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

- zelfzorg
- huishoudelijke activiteiten
- mobiliteit
- ontspanning

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

2.3 Aanmelding wijkverpleging

Wanneer een oudere zich aanmeldt voor wijkverpleging wordt er gestart met een adviesgesprek door de wijkverpleegkundige samen met een ergotherapeut. Gezamenlijk inventariseren zij de hulpvraag van de oudere. Hierbij wordt er een beeld gevormd van de rollen, gewoontes en

dagstructuur van de oudere en worden de problemen in het dagelijks handelen geïnventariseerd. Aan het einde van het adviesgesprek zijn er vier opties voor vervolg:

1. De oudere heeft advies gekregen en kan zelfstandig verder.
2. De oudere wordt doorverwezen naar (paramedische) behandeling of begeleiding vanuit het sociaal domein als er sprake is van een enkelvoudige vraag.
3. Langer Actief Thuis wordt opgestart bij meerdere hulpvragen waarbij een kortdurend interdisciplinair traject ondersteunend is om toe te werken naar meer zelfredzaamheid in het dagelijks handelen.
4. Professionele zorg wordt ingezet als er geen doelen meer zijn richting zelfredzaamheid en professionele ondersteuning nodig is.

2.4 Fasering Langer Actief Thuis

Onderzoek/observatie

Aan de hand van de hulpvraag worden samen met de oudere maximaal vijf doelen opgesteld in een persoonlijk zorgplan. Dit zorgplan wordt opgenomen in het elektronisch cliëntdossier (ECD). In week 2 en 3 van het programma worden observaties uitgevoerd door de behandelaars en de wijkverpleging. Daarnaast wordt eventueel aanvullend onderzoek toegepast,

passend bij de doelen van de oudere. De uitgangssituatie wordt hiermee in kaart gebracht.

Begeleiding

De begeleiding van de oudere 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 zorgplan gespecificeerd. Door de behandelaars wordt daarnaast gedetailleerd omschreven welke begeleiding de oudere nodig heeft bij de activiteiten die hij of zij weer zelfstandig wil kunnen uitvoeren.

In week 3 en 4 voeren de behandelaars de begeleiding waar mogelijk uit samen met de verpleegkundigen en verzorgenden van de wijkverpleging. Deze interdisciplinaire samenwerking draagt bij aan het optimaliseren van een eenduidige manier van begeleiden van de oudere. Daarna wordt de begeleiding dagelijks uitgevoerd door de medewerkers van de wijkverpleging. De behandelaars zien de oudere minimaal één keer per week en evalueren de voortgang en zelfredzaamheid van de oudere. Ze werken samen met de oudere aan de overige doelen gericht op zelfredzaamheid en participatie. Zo nodig wordt de manier van begeleiding bijgesteld in het zorgplan of wordt het interdisciplinair begeleiden van de oudere herhaald.

Gemiddeld één keer per twee weken vindt er een multidisciplinair overleg

(MDO) plaats, waarbij de voortgang wordt geëvalueerd en de begeleiding waar nodig bijgesteld. Tijdens dit traject wordt voortdurend de 'schijf van vijf' doorlopen, waarbij zo nodig de oudere begeleid wordt om (technologische) hulpmiddelen te leren gebruiken of gebruik te maken van zijn/haar (sociale) netwerk.

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

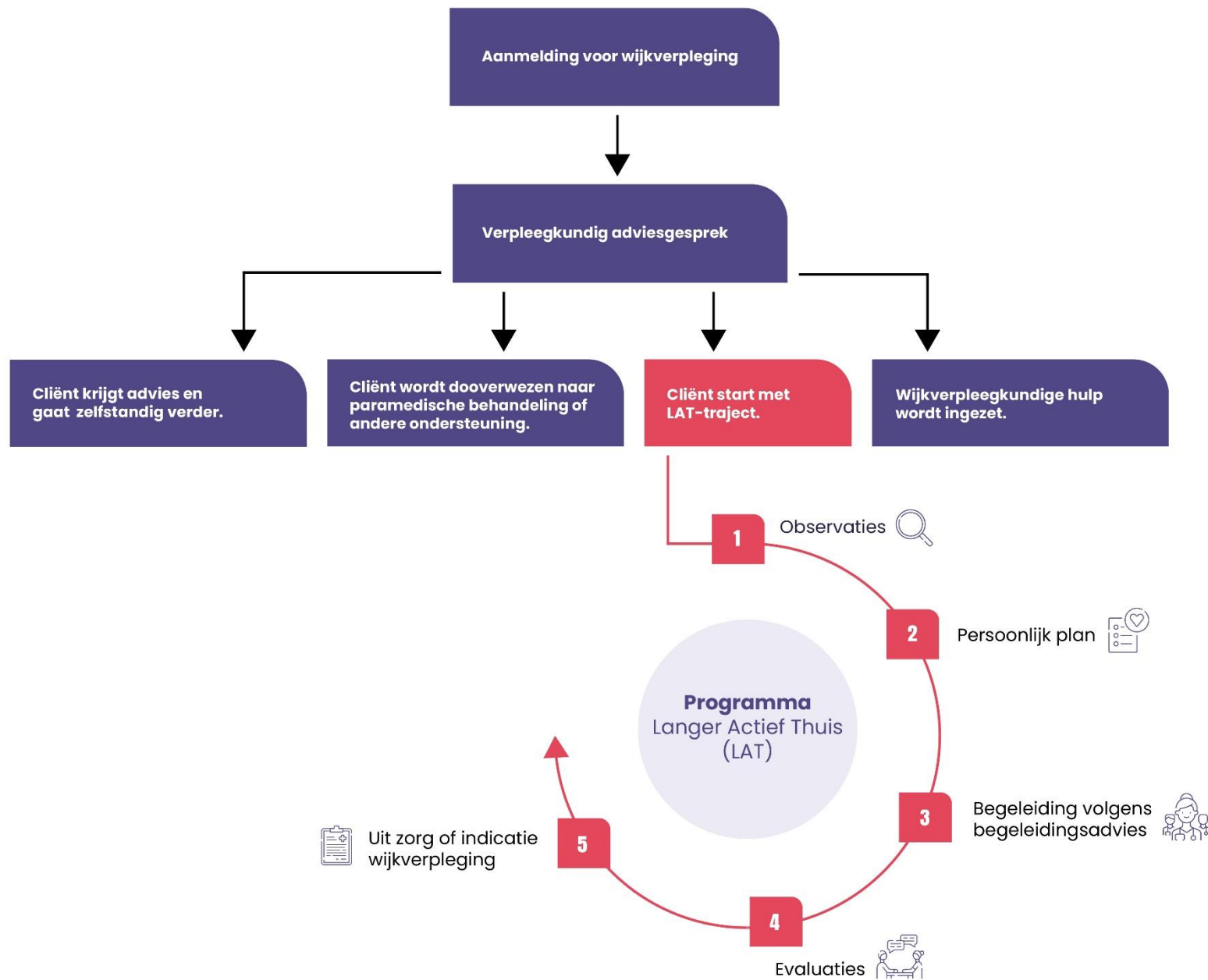
Evaluatie

Aan het einde van het traject wordt er door de ergotherapeut of door de verpleegkundige een afrondend gesprek gevoerd met de oudere. In dit gesprek worden de doelen van de oudere geëvalueerd. De activiteiten die de oudere 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 oudere na afronding van het traject nodig heeft bij het dagelijks handelen, wordt een indicatie gesteld voor wijkverpleging. De oudere krijgt na deelname aan het programma Langer Actief Thuis hulp bij de activiteiten die hij niet zelfstandig kan uitvoeren.

Stroomschema : Aanmeldingsproces wijkverpleging en LAT-traject



3. INTERDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Het programma wordt uitgevoerd door een interdisciplinair team dat bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden, ergotherapeuten en fysiotherapeuten. In het programma staat interdisciplinaire samenwerking centraal.

Interdisciplinair werken wordt gekenmerkt door intensieve samenwerking tussen verschillende disciplines. Gezamenlijke doelen dienen als uitgangspunt voor de behandeling en begeleiding¹⁴.

3.1 Rollen disciplines

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

Wijkverpleegkundige

De rol van de wijkverpleegkundige is met name gericht op de coördinatie van het traject. Samen met de ergotherapeut is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor het inventariseren van de hulpvraag van de oudere, en het beschrijven van de persoonlijke doelen in het persoonlijke zorgplan. De verpleegkundige is daarnaast verantwoordelijk voor het plannen van multidisciplinaire overleggen (MDO's) en evaluatiemomenten en het up-to-date houden van het persoonlijke zorgplan van de oudere.

In de dagelijkse zorg begeleidt de verpleegkundige de oudere volgens de werkwijze zoals beschreven in het persoonlijke zorgplan. 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 oudere in het ECD. De wijkverpleegkundige denkt mee in het zoeken naar oplossingen binnen het sociale netwerk van de oudere.

Ergotherapeut

De ergotherapeut inventariseert samen met de wijkverpleegkundige de hulpvraag en de persoonlijke doelen van de oudere en vormt een beeld van de rollen, gewoontes en dagstructuur van de oudere. Daarnaast observeert de ergotherapeut (eventueel samen met de fysiotherapeut) de activiteiten die de oudere 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 ECD. Dit begeleidingsadvies wordt overgedragen aan de verpleegkundigen en verzorgenden, zodat zij aan de hand hiervan de

oudere dagelijks kunnen begeleiden. De ergotherapeut adviseert zo nodig het gebruik van hulpmiddelen en zoekt samen met de oudere naar een passend hulpmiddel of voorziening. De ergotherapeut monitort en begeleidt het proces van aanleren van het gebruik van hulpmiddelen en werkt hierin nauw samen met de verzorgenden. Waar nodig denkt de ergotherapeut mee in het zoeken van oplossingen in het sociale netwerk van de oudere. De ergotherapeut evalueert wekelijks de voortgang en stelt zo nodig het begeleidingsadvies in het zorgplan bij.

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut neemt het zorgplan met de daarin door de oudere geformuleerde doelen als uitgangspunt van zijn/haar behandeling. Op basis van de geformuleerde doelen specificereert de fysiotherapeut zo nodig de hulpvraag van de oudere. Samen met de ergotherapeut en/of de verzorgende observeert de fysiotherapeut eventueel de activiteiten waarbij de oudere 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 zorgplan van de oudere vermeld en sluiten aan bij de activiteiten die de oudere zelfstandig wil kunnen uitvoeren. De fysiotherapeut biedt in de behandeling een combinatie van voorwaardenscheppende training,

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

Verzorgende

De verzorgende observeert de ADL-handelingen samen met de ergotherapeut en/of de fysiotherapeut en denkt mee over de manier van begeleiden van de oudere naar zelfredzaamheid.

De verzorgende begeleidt de oudere bij elk begeleidingsmoment volgens het actuele begeleidingsadvies in het zorgplan. 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 oudere.

Huisarts/Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)

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

Overige disciplines

Overige disciplines, zoals psycholoog, maatschappelijk werker, diëtist en specialist ouderengeneeskunde, hebben geen vaste rol in het

programma, maar kunnen bij bijzonderheden worden betrokken.

3.2 Communicatie

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

Zorgplan

Het zorgplan in het ECD dient als uitgangspunt voor de behandeling en begeleiding van de oudere. De behandelaars formuleren het begeleidingsadvies en sturen dit via het ECD naar de wijkverpleging. De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor het verwerken van het advies in het zorgplan in de vorm van een werkinstructie. De verpleegkundige en verzorgende zijn verantwoordelijk voor het begeleiden van de oudere volgens een actuele werkinstructie.

Rapportage

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

Multidisciplinair Overleg (MDO)

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

Tussentijdse afstemming

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

BRONVERMELDING

1. Smeets, RGM., Kempen, GIJM., Rixt Zijlstra, GA., van Rossum, E., de Man-van Ginkel, JM., Hanssen, WAG. & Metzelthin, SF. (2019). Experiences of home-care workers with the 'Stay Active at Home' programme targeting reablement of community-living older adults: an exploratory study. *Health and Social care in the community* 2020;28:291-299.
2. CBS. (2024), Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2025-2070
3. Rijksoverheid. (2018), Programma Langer Thuis.
4. CBS (2020), Data ziekenhuisopnamen per regio.
5. Reable Nederland. (2025) Whitepaper Eerder ziek en langer gezond.
6. Vilans (2023). Langer Thuis? Opties te over, maar wat wil de oudere zelf?
7. Regioplus (2025). Schrikbarende hoeveelheid zorg wordt straks niet meer geleverd. [Schrikbarende hoeveelheid zorg wordt straks niet meer geleverd - RegioPlus](#) geraadpleegd op 11 december 2025.
8. Planbureau voor de leefomgeving (2019). In 2040 meer mantelzorg van ouderen voor andere ouderen.
9. Buma, L. E., Mouchaers, I., Zwakhalen, S. M., Vluggen, S., Satink, T., & Metzelthin, S. F. (2025). Defining Reablement in the Dutch Context: A Modified Delphi Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2859-2873.
10. Langeland, E. Tuntland, H. Folkestad, B., Forland, O., Jacobsen, F. & Kjekken, I. (2019). A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatrics* 19(29).
11. Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, B. Forland, O. & Kjekken, I. (2015). Reablement in communitydwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics* 2015 (15), 145
12. In voor Zorg (2015). Multimorbiditeit vraagt om samenwerken.
13. Van Iersel, M.B. Jansen, D.R.M. & Olde Rikkert, M.G.M. (2009). Frailty bij ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde*. 2009; 153: A183.
14. Doornebosch, A.J., Caljouw, M.A.A. & Achterberg, W.P. (2019). Interdisciplinair samenwerken in de geriatrische revalidatie; een handreiking met een basisset meetinstrumenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie*. Juni 2019

mijza