

VERSPREIDINGS- EN IMPLEMENTATIE IMPULS

Leefstijlgerichte preventie ingebed in
de zorg: met een cliëntgerichte aanpak
het bereik vergroten.

Onderzoeksrapportage

Ingrid van Aart, MSc. ^{1,2}, Drs. Margriet G.A. de Boer ³, Aletta Koops, MSc. ³, Dr. Tommy L.S. Visscher ¹, Dr. Carolien H.M. Smits ²

1: Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle, Windesheim en Vrije Universiteit Amsterdam

2: Lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg, Windesheim

3: Stichting Icare, Meppel.

Februari 2013

Het project en bijbehorende onderzoek hebben zich afgespeeld binnen de
Academische Werkplaats Thuiszorg Gezondheid Dichtbij.

Correspondentie:

Dr. C. Smits, chm.smits@windesheim.nl

Dr. T. Visscher, tls.visscher@windesheim.nl

Kenniscentrum Gezondheid en Welzijn

Christelijke Hogeschool Windesheim

Postbus 10090

8000GB ZWOLLE



INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE.....	2
SAMENVATTING.....	3
INLEIDING	5
HOOFDSTUK 1 DE WERKMETHODIEK EN DE IMPLEMENTATIESTRATEGIE	7
1.1 DE WERKMETHODIEK.....	7
1.2 DE IMPLEMENTATIESTRATEGIE	8
1.2.1 Theoretische onderbouwing van de implementatie.....	8
1.2.2 Aanpak van de implementatie	10
1.3 DOELGROEP VAN DE IMPLEMENTATIE	11
1.3.1 Professie	11
1.3.2 Samenstelling en omvang van de doelgroep.....	11
1.3.3 Rayon-ondersteuners	11
1.4 TAAKVERDELING VAN SAMENWERKENDE PARTIJEN	12
1.4.1 Professie van de projectgroepleden (professionele achtergrond).....	12
1.5 FREQUENTIE VAN DE IMPLEMENTATIEACTIVITEITEN	13
1.5.1 Aantal en duur van de implementatieactiviteiten en tijdsintervallen	13
1.5.2 Informatie over de werkmethode	13
1.6. INFORMATIE OVER HET HANDELEN VAN DE PROFESSIONALS	13
1.6.1 Mogelijkheden tot het vergelijken van de informatie over het handelen.	13
1.6.2 Presentatievorm van de informatie over het handelen	14
HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSMETHODEN	15
2.1 ONDERZOEKSPOPULATIE	15
2.1.1 Professionals.....	15
2.1.2 Klanten.....	16
2.2 VRAGENLIJSTEN	16
2.2.1 Meetinstrumenten	16
2.2.2 Dataverzameling.....	17
2.2.3 Analyses.....	18
2.3 OPZET ONDERZOEK.....	19
2.3.1 Meetinstrumenten	19
2.3.2 Dataverzameling.....	19
2.3.3 Analyses.....	20

HOOFDSTUK 3: DE (ERVARINGEN MET) DE IMPLEMENTATIE VAN DE WERKMETHODIEK EN DE FACTOREN DIE DE IMPLEMENTATIE BEVORDERENDE DANWEL BELEMMEREN.....	21
3.1 DEELNEMENDE TEAMS	21
3.1.2. Motivatie voor deelname van de teams.....	21
3.2. RAYONS EN RAYONONDERSTEUNERS.....	21
3.3 DE INZET VAN DE VRAGENLIJSTEN VOOR DE PROFESSIONALS IN HET IMPLEMENTATIETRAJECT	22
3.3.1 Welke stappen, instrumenten en werkvormen van de methodiek zijn ingezet in de projectperiode?	22
3.4 INDIVIDUELE/ PROFESSIONAL CONTEXT.....	24
3.4.1 Cognitieve factoren (kennis en vaardigheden).....	24
3.4.2 Motivationele factoren van de professional	27
3.4.3 Ervaringen gerelateerd aan gedrags-, persoons- en professionalkenmerken	29
3.6 SOCIALE CONTEXT	30
3.6.1 Sociale factoren	30
3.7 ORGANISATORISCHE CONTEXT	32
3.7.1 Organisatorische factoren	32
3.8 ECONOMISCHE CONTEXT.....	33
3.8.1 Wat vraagt implementatie in de teams?	33
3.9 MATERIALEN VAN DE WERKMETHODIEK	34
CONCLUSIES EN DISCUSSIE.....	37
LITERATUUR.....	41
BIJLAGEN	42
BIJLAGE I: AANDACHT VOOR LEEFSTIJLRISICO IS ONDERDEEL VAN MIJN TAKENPAKKET	42
BIJLAGE II: LEEFSTIJLRISICO HERKENNEN	43
BIJLAGE III: LEEFSTIJLRISICO BESPREKEN.....	45
BIJLAGE IV: LEEFSTIJLRISICO VERWIJZEN	47
BIJLAGE V: SAMENGESTELDE RESULTATEN 9 TEAMS	49
BIJLAGE VI: GESIGNALEERDE LEEFSTIJLRISICO'S NAAR GESLACHT	50
BIJLAGE VII: GESIGNALEERDE LEEFSTIJLRISICO'S NAAR LEEFTIJD	48
BIJLAGE VIII: TOELICHTING OBSERVATIESCHEMA.....	49
BIJLAGE VIII: OBSERVATIESCHEMA TEAMBIJEENKOMSTEN.....	50

SAMENVATTING

INLEIDING

Gezondheidsbevordering neemt een steeds belangrijkere plek in bij de bestrijding van chronische ziekten. Het ambitieniveau voor gezondheidsbevordering is hoog, zoals beschreven in zorgstandaarden voor chronische ziekten. Aanleiding voor de ontwikkeling van de werkmethodek *Aandacht voor (on) gezonde Leefstijl in zorg en welzijn* was het toenemend aantal mensen met een chronische aandoening waarbij er een raakvlak is met een ongezonde leefstijl. Deze doelgroep werd moeizaam bereikt met een samenhangend preventief aanbod. De werkmethodek beschrijft mogelijkheden en werkvormen om preventie en leefstijl in de thuiszorg en/of in de welzijnssector bespreekbaar te maken tijdens de vaste contactmomenten met klanten. De behoeften van de klant staan centraal en dat is goed zichtbaar in het verhoogde preventiebereik van klanten (Marcus-Varwijk, et. al. 2012). ZonMw heeft een subsidie verstrekt voor een Verspreidings- en Implementatie Impuls (VIMP) bij zes teams van Icare. Deze VIMP is van start gegaan op 1 juni 2012 met een looptijd tot 31 december 2012.

In het begeleidend en evaluerend onderzoek stonden twee onderzoeksvragen centraal:

1. Hoe heeft de implementatie van de werkmethodek 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn' plaatsgevonden in de deelnemende Icare teams?
2. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren gedurende de implementatie van de werkmethodek 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn'?

DE WERKMETHODIEK

Het contact tussen de klant en de medewerker staat centraal. De stappen die daarbij gezet worden door medewerker en klant zijn:

- Signaleren van verhoogde gezondheidsrisico's
- Bespreekbaar maken van gezondheidsrisico's
- Uitwisselen van afwegingen/motiveren voor het wel of niet veranderen van gedrag
- Kiezen van een passende gezondheidsbevorderende activiteit

Om daadwerkelijk de gesprekken te kunnen voeren en ook te blijven voeren is afstemming tussen collega's van belang. De stappen die de collega's onderling zetten zijn:

- Prioriteit geven aan aandacht voor leefstijl
- Samenwerken met klanten, collega's en externe partijen
- Evalueren/feedback/reflectie met collega's en met klanten

IMPLEMENTATIESTRATEGIE EN ONDERZOEKSMETHODEN

Tien teams van Icare werkten mee aan de implementatie van de werkmethodek. Per team vonden er 3 - 4 maandelijkse bijeenkomsten plaats vanaf september tot en met december 2012. Tussentijds probeerden de professionals preventie te integreren in hun dagelijkse zorg. Bij de implementatie ondersteunden twee facilitatoren de teams bij het implementatieproces. Observaties zijn uitgevoerd tijdens bijeenkomsten van de wijkteams en deelnemende professionals vulden medewerkersvragenlijsten in over de ervaren eigen deskundigheid op het thema leefstijl en de mate waarin bij klanten aandacht is voor de verschillende aspecten van preventie rondom verschillende

chronische aandoeningen. De implementatiestrategie en de evaluatie gingen uit van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011). Als insteek is gekozen voor Practice Development.

RESULTATEN

1. De implementatie heeft in grote lijnen plaatsgevonden zoals gepland. Uiteindelijk hebben niet 6 maar 10 teams deelgenomen aan de implementatie. De werkmethode bleek goed implementeerbaar. Belangrijke verschillen tussen wijkteams bestonden uit het verschil in motivatie en kennis bij aanvang. Deze verschillen werkten door in de mate waarin de werkmethode geïmplementeerd kon worden. De genoemde teamverschillen leidden er toe dat de facilitatoren hun teamondersteuning aanpasten.
2. Het begeleidende en evaluerende onderzoek heeft inzicht gegeven in belemmerende en bevorderende factoren op het terrein van: - de Individuele/professionele context (Cognitieve kennis en vaardigheden, motivationele factoren van de professional en ervaringen gerelateerd aan gedrags-, persoons- en professionele kenmerken; - sociale context (sociale factoren); - organisatorische context (Organisatorische factoren); - Economische context (Wat vraagt implementatie in de teams?). Tevens is inzicht ontstaan in mogelijke verbeterpunten in de materialen.

DISCUSSIE

De vooruitgang die is waar te nemen in het belang voor preventie en de ervaren eigen deskundigheid is reden voor optimisme voor een nog breedschaliger gebruik van de beschreven werkmethode. Bij verbetering van de materialen dient aandacht te zijn voor de niveauverschillen bij professionals en de mate van motivatie waarmee een team in eerste instantie betrokken raakt. Shared Decision Making en Practice Development zijn essentiële onderdelen gebleken van de werkmethode om te kunnen opereren vanuit het perspectief van de professional en klant.

CONCLUSIES

Kern van de werkmethode is een andere aanpak van preventie. Een verschuiving van de focus op leefstijladvies en interventies naar een focus op het gesprek met de klant waarbij kansen worden gegrepen om leefstijl te bevorderen vanuit het perspectief van de cliënt. Vanuit het gesprek dat de medewerker start over wat hij feitelijk hoort, ziet, ruikt en voelt ten aanzien van (on)gezonde leefstijl ontstaan in gezamenlijke besluitvorming (Shared Decision Making) eventuele oplossingen en daarbij horende acties. De ervaring van medewerkers is dat het belangrijk is om je ervan bewust te zijn dat kleine stapjes daarbij van grote waarde zijn.

Het inzetten van de werkmethode is aan te bevelen als potentieel succesvolle, implementeerbare methode om het niveau van gezondheidsbevordering bij de bestrijding van chronische ziekte te verhogen. Het goed om te beseffen dat implementatie van de werkmethode gepaard dient te gaan met gedegen ondersteuning door een facilitator, een onderzoeker en een trainer op het terrein van Shared-Decision Making. Tot slot vraagt implementatie van leefstijlgerichte preventie bij professionals met een relatief lage opleiding (niveau 2 en gedeeltelijk niveau 3) ook in de toekomst extra aandacht en aanpassingen in de aanpak.

INLEIDING

Voor u ligt het onderzoeksrapport Verspreidings – en Implementatie Impuls. In dit rapport is de opzet en evaluatie van de implementatie van de werkmethodek ‘aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn’ beschreven.

In de periode februari 2011 tot en met juli 2012 heeft thuiszorgorganisatie Icare in samenwerking met Hogeschool Windesheim en welzijnsorganisaties in Zwolle en Hoogeveen de werkmethodek ‘Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn’ ontwikkeld. Deze methodek is een in de praktijk getoetste en wetenschappelijk onderbouwde werkmethodek, die professionals in thuiszorg en welzijn ondersteunt bij het besteden van aandacht aan leefstijl tijdens hun reguliere klantcontacten. De gemeenschappelijke grondslag is dat deze medewerkers vaardig worden in het uitvoeren van preventieve activiteiten zodat de klant zo kort mogelijk zorgconsument is. Hiervoor is een practice based werkmethodek ontwikkeld en onderzocht.

Aanleiding voor de ontwikkeling van de werkmethodek Aandacht voor (on) gezonde Leefstijl in zorg en welzijn was het toenemend aantal mensen met een chronische aandoening waarbij er een raakvlak is met een ongezonde leefstijl. Deze doelgroep werd moeizaam bereikt met een samenhangend preventief aanbod.

De beroepsgroepen binnen welzijn en zorg, hebben vaak langdurig vertrouwelijk contact met mensen met chronische aandoeningen en de groepen die een verhoogd risico hebben op deze aandoeningen vanwege hun leefstijl (gezonde voeding, voldoende beweging, gezond gewicht, stoppen met roken, ontspannen, valpreventie). Professionals kunnen een belangrijke rol hebben in de uitvoering van preventie. Icare had de ervaring dat door het ondersteunen van gespecialiseerd verpleegkundigen in de thuiszorg meer cliënten in aanraking kwamen met selectieve preventie gericht op leefstijl. Icare en Christelijke Hogeschool Windesheim zagen mogelijkheden tot verbreding van deze aanpak naar het reguliere team van de thuiszorg (wijkteam) en het welzijnswerk.

De resultaten waren veelbelovend. De werkmethodek beschrijft mogelijkheden en werkvormen om preventie en leefstijl in de thuiszorg en/of in de welzijnssector bespreekbaar te maken tijdens de vaste contactmomenten met cliënten. De behoeften van de cliënt staan centraal en dat is goed zichtbaar in het verhoogde preventiebereik van cliënten (Marcus-Varwijk, et. al. 2012).

Deze resultaten vormden voldoende aanleiding om over te gaan tot implementatie van de werkmethodek ‘Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn’ bij andere teams. ZonMw heeft een subsidie verstrekt voor een Verspreidings- en Implementatie Impuls (VIMP) bij zes teams van Icare. Deze VIMP is van start gegaan op 1 juni 2012 met een looptijd tot 31 december 2012.

De implementatie van de werkmethodek werd begeleid door evaluerend onderzoek. In dit onderzoek stonden twee onderzoeksvragen centraal:

1. Hoe heeft de implementatie van de werkmethodek ‘Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn’ plaatsgevonden in de tien geselecteerde Icare teams?

2. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren gedurende de implementatie van de werkmethode 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn'?

Het onderzoek is uitgevoerd om de verdere implementatie van de werkmethode binnen Icare en de landelijke implementatie te onderbouwen.

HOOFDSTUK 1 DE WERKMETHODIEK EN DE IMPLEMENTATIESTRATEGIE

1.1 DE WERKMETHODIEK

Deze paragraaf geeft een korte omschrijving van de werkmethode 'Aandacht voor ongezonde leefstijl in zorg en welzijn'. Voor de uitgebreide omschrijving van de werkmethode verwijzen wij u naar de documenten op de website van de Academische Werkplaats Thuiszorg Gezondheid Dichtbij (www.awtgezondheidichtbij.nl).

De werkmethode 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn' is een praktisch handvat waarbij medewerkers door middel van 7 stappen ondersteund worden om samen met collega's en klanten aandacht te hebben voor preventie in zorg en welzijn.

Het contact tussen de klant en de medewerker staat centraal. De stappen die daarbij gezet worden door medewerker en klant zijn (binnenste oranje cirkel in figuur 1):

- **Signaleren** van verhoogde gezondheidsrisico's
- **Bespreekbaar maken** van gezondheidsrisico's
- **Uitwisselen van afwegingen/motiveren** voor het wel of niet veranderen van gedrag
- **Kiezen** van een passende gezondheidsbevorderende activiteit

Om daadwerkelijk de gesprekken te kunnen voeren en ook te blijven voeren is afstemming tussen collega's van belang. De stappen die de collega's onderling zetten zijn (buitenste oranje cirkel in figuur 1):

- **Prioriteit geven** aan aandacht voor leefstijl
- **Samenwerken** met klanten, collega's en externe partijen
- **Evalueren/feedback/reflectie** met collega's en met klanten



Figuur 1. De 7 stappen van de werkmethode 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn'

Leefstijlthema's die in de methodiek naar voren komen zijn bewegen, roken, alcohol, voeding, overgewicht, ondergewicht, psychisch welbevinden en vallen.

De werkmethodek bestaat uit:

- Werkmethodek. Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn. Een beschrijving van de zeven stappen en bijbehorende hulpmiddelen voor professionals werkzaam in (thuis)zorg en welzijnswerk om meer aandacht voor leefstijl te realiseren bij cliënten in de thuiszorg.
- Toelichting bij de werkmethodek 'aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn'. Een boek ter ondersteuning van medewerkers in zorg en welzijn bij het gebruik van de werkmethodek bij cliënten in de thuiszorg
- Zakboekje voor de professional: Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn. Een korte/overzichtelijke samenvatting van de werkmethodek voor medewerkers werkzaam in de zorg.
- Koffertje waarin bovenstaande educatieve materialen werden gestopt inclusief gelamineerde instrumenten/werkvormen uit de werkmethodek.

1.2 DE IMPLEMENTATIESTRATEGIE

1.2.1 Theoretische onderbouwing van de implementatie

Voor de implementatiestrategie is als leidraad het raamwerk van Grol & Wensing gebruikt dat gebaseerd is op onderzoek naar en theorieën over het effectief veranderen van de patiëntenzorg (Grol & Wensing, 2011). De implementatie heeft daarbij een Practice Development-insteek.

In deze paragraaf beschrijven we het raamwerk van Grol & Wensing en gaan we kort in op Practice Development.

Practice Development

Als insteek voor de implementatie is gekozen voor Practice Development. Practice Development (PD) staat voor ontwikkeling vanuit de praktijk. Het is een systematische benadering die zorgverleners en teams in de zorg ondersteunt bij het kritisch reflecteren over de uitvoering en verbetering van de zorg (McCormack, 2009).

Dit betekent onder meer:

- alle medewerkers steeds actief betrekken bij het inbrengen van kennis en ervaring.
- alle teamleden zijn waardevol. Ieders mening en kennis moet steeds worden gepeild zonder te oordelen over de waarde ervan.
- handel niet zomaar, maar vraag je af hoe het komt dat de situatie is zoals deze is. Wat zijn de risico's die nu spelen? Welke krachten zijn nu aanwezig? Wat is er nodig om te voorkomen dat de situatie onnodig verslechtert? Welke krachten moeten daarvoor versterkt worden c.q. welke problemen moeten aangepakt worden?
- bedenk steeds: komt dit ten goede aan de kwaliteit van de zorg/ het welzijn?
- ga steeds na of de aanwezige kennis correct en voldoende is. Bevraag elkaar voortdurend op onderliggende vooronderstellingen.
- gebruik de kennis die er is bij de teamleden. Ga goed na welke kennis er is en welke kennis/informatie nodig is? Onderzoek welke objectieve kennisbronnen beschikbaar zijn.

- wissel niet domweg informatie uit: Ga na of er op dat moment behoefte aan is. Bevorder dat medewerkers en cliënten zelf informatie opzoeken.
- werk met concrete, haalbare, realistische acties.
- zet kleine stapjes.
- werk samen met de cliënt en ga niet alleen als professional tot actie over.

Voor meer informatie over Practice Development verwijzen we naar de toelichting bij de werkmethode en Harps ea (2012).

Raamwerk Grol & Wensing

De werkmethode 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl' richt zich op professionals uit zorg en welzijn die werken met ouderen. Grol & Wensing maken ten aanzien van beïnvloedende factoren voor implementatie onderscheid tussen individuele factoren, sociale/groeps factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren.

Individuele factoren

Binnen de groep individuele factoren zijn diverse individuele factoren van professionals te benoemen: cognitieve factoren (kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het toepassen van de werkmethode), motivationele factoren (de intentie om bepaald gedrag te realiseren, hierbinnen zijn ook de wensen van patiënten belangrijk omdat deze van invloed kunnen zijn op de motivatie van de professional) en gedragsmatige factoren (bestaand gedrag zoals routines) die van invloed zijn op de beslissing om wel of niet te gaan werken volgens de nieuwe methode.

Sociale/ groepsfactoren

Grol & Wensing (2011) beschrijven in hun boek hoe het functioneren van een team invloed kan hebben op de implementatie van innovaties. Het gaat hier om contextuele factoren. Factoren die volgens de sociale psychologie een grote rol spelen in het functioneren van het team zijn onder andere de psychologische veiligheid om zich te uiten en actief deel te nemen, leiderschap, visie van het team en de attitude ten aanzien van innovaties. Naast het werken in het team worden professionals ook beïnvloed door andere professionals (lokaal, nationaal en internationaal) en door hun klanten.

Organisatorische factoren

Ook de organisatiestructuur (organisatie van de werkzaamheden en de aansturing hiervan), de inrichting van de werkprocessen en de organisatie cultuur (interne en externe communicatieprocessen in de organisatie) kan van invloed zijn op het implementatieproces. Daarnaast zijn beschikbare middelen een cruciale voorwaarde voor de implementatie van een nieuwe werkwijze.

1.2.2 Aanpak van de implementatie

A. Interventies gericht op de professional Educatieve activerende bijeenkomsten

De wijkteams van Icare Verpleging en Verzorging zijn heterogene teams (professionals met verschillende opleidingsniveaus) en bestaan gemiddeld uit 14 personen. Deze complete teams nemen gedurende de implementatieperiode (september 2012-december 2012) deel aan 3 of 4 maandelijks projectbijeenkomsten waarbij het vergaren van informatie over aandacht voor leefstijl en het delen van ervaringen een belangrijke rol spelen. De facilitatoren vragen de professionals om de opgedane kennis uit de bijeenkomsten toe te passen in de praktijk, waarbij de ervaringen in de praktijk steeds weer input vormen voor de bijeenkomsten. Tijdens de bijeenkomsten wordt daarom actieve participatie van de professionals gevraagd. Aan de hand van diverse werkvormen kiezen professionals zelf de stappen en/of leefstijlthema's uit de werkmethodek waar zij verder mee aan de slag willen.

Verspreiding van educatief materiaal onder professionals

Het educatieve materiaal bestaat uit de werkmethodek, een toelichting bij de werkmethodek, het zakboekje zorg en een koffertje met gelamineerde hulpmiddelen uit de werkmethodek. De materialen worden door de facilitatoren verstrekt aan de teamcoaches/ wijkverpleegkundige niveau 5 van de deelnemende Icare teams. De teamcoaches/ wijkverpleegkundigen zorgen voor de verspreiding van de zakboekjes onder de teamleden. De werkmethodek en de toelichting worden op een centrale plaats gelegd die voor alle teamleden toegankelijk is. Het educatieve materiaal wordt in de bijeenkomsten toegelicht door de facilitatoren.

Lokale consensusprocessen

In de teambijeenkomsten stimuleren de facilitatoren de teamleden om tot concrete activiteiten te komen voor de toepassing van de werkmethodek in de dagelijkse praktijk. Hierbij speelt afstemming tussen facilitatoren en de teams en teamleden onderling een belangrijke rol.

Toetsing en terugkoppeling

Aan het einde van elke bijeenkomst krijgen professionals een 'huiswerkopdracht' mee. De keuze van deze opdracht wordt bepaald in samenspraak tussen de facilitator en de teamleden. Gedurende de eerste bijeenkomst worden de professionals gestimuleerd tot het invullen van de medewerkersvragenlijst en cliëntvragenlijst (voor een toelichting op de vragenlijsten verwijzen we door naar paragraaf 2.2.1 en bijlage I-VII). De professionals vullen cliëntvragenlijsten in voor de volledige caseload (voor elke klant een aparte cliëntvragenlijst). De vragenlijsten worden door middel van het statistische programma SPSS geanalyseerd en de resultaten worden op teamniveau teruggekoppeld in de daaropvolgende teambijeenkomst. De gegevens uit de vragenlijsten vormen de input voor de keuze van de 7 stappen en/of leefstijlthema's waar het team verder mee aan de slag wil gaan. Afhankelijk van het thema/ de stap kiest het team een bijpassend instrument uit de werkmethodek waar de teamleden in de praktijk mee kunnen oefenen (het huiswerk). Deze ervaringen worden wederom weer teruggekoppeld en geëvalueerd in de daaropvolgende bijeenkomst o.a. door gebruik van werkvormen uit Practice Development

B. Organisatorische interventies gericht op de professional

Interventie in de beschikbare vaardigheden

Het doel van de implementatie van de werkmethodek is om professionals bewust te maken van leefstijlgerichte preventie bij hun klanten en om deze preventieblik te vergroten. De stappen uit de werkmethodek zijn praktische handvatten om professionals te ondersteunen bij het toepassen van aandacht voor leefstijl in hun dagelijkse werk. In de teams wordt er gekeken naar de huidige stand van zaken omtrent aandacht voor leefstijl (vaak met behulp van de instrumenten cliëntvragenlijst en medewerkersvragenlijst) en zal er vervolgens gekeken worden naar welke stappen en/of leefstijlthema's uit de werkmethodek aansluiten bij de situatie van het team.

C. Organisatorische interventies gericht op de structuur

Veranderingen in de omvang en aard van diensten

De implementatie van de werkmethodek is gericht op het creëren van een open blik op preventieve zorg bij professionals, waarbij de stappen uit de methodek praktische handvatten kunnen bieden. Teams waar al meer gewerkt wordt vanuit de preventieblik zullen bij toepassing van de werkmethodek minder hun werkstructuur hoeven te veranderen dan teams waar de preventieblik minder aanwezig is. Echter de mate waarin alle stappen of een deel van de stappen doorlopen worden en de methodek na de bijeenkomsten geïntegreerd wordt in de vaste werkwijze, is afhankelijk van processen en werkwijzen en motivatie van de individuele teams.

1.3 DOELGROEP VAN DE IMPLEMENTATIE

1.3.1 Professie

De implementatie van de werkmethodek vindt plaats in Icare teams bestaande uit diverse professionals: een aantal helpenden (niveau 2), een aantal verzorgenden (niveau 3), minimaal 1 wijkverpleegkundige niveau 4 en minimaal 1 wijkverpleegkundigen niveau 5. Daarbij worden teamcoach en de rayonondersteuner (zie paragraaf 1.2.5) betrokken. De klantengroep waar de teams zorg aan verlenen zijn over het algemeen volwassenen en vooral ouderen.

1.3.2 Samenstelling en omvang van de doelgroep

De implementatiestrategie is gericht op individuele professionals en op teams. Het gaat binnen de methodek allereerst om het bewust maken van individuele professionals m.b.t. hun aandacht voor leefstijl. Daarnaast wordt gekeken hoe de teams omgaan met leefstijlthema's in hun zorgpraktijk en hoe aandacht voor leefstijl structureel een plaats kan krijgen in de werkwijze van de teams. De geplande omvang van de doelgroep was 6 teams.

1.3.3 Rayon-ondersteuners

Het werkgebied van Icare Verpleging en Verzorging is verspreid over de provincies Flevoland, Drenthe, Gelderland, Overijssel, en is onderverdeeld in negen rayons: Rayon Drenthe Noord Oost, Rayon Drenthe Noord West, Rayon Centraal Drenthe, Rayon Drenthe Zuid Oost, Rayon Drenthe Zuid West, Rayon Flevoland, Rayon Thuiszorg IJssel Zwarte Water, Rayon Veluwe Noord en Rayon Veluwe Zuid.

In alle rayons worden één of meerdere medewerkers als rayon-ondersteuner geselecteerd.

De rayon-ondersteuner vervult een ambassadeursrol voor het thema aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn in het rayon. Zij vormen een aanspreekpunt voor teams die aan de slag zijn of aan de slag willen gaan met de werkmethode. Voor de rayon-ondersteuners worden speciale bijeenkomsten georganiseerd (paragraaf 1.5.1).

1.4 TAAKVERDELING VAN SAMENWERKENDE PARTIJEN

Het implementatieproject VIMP is met financiering van ZonMw uitgevoerd vanuit de Academische Werkplaats Thuiszorg (AWT) Gezondheid Dichtbij. De stuurgroep van de AWT is de stuurgroep van het implementatieproject. De uitvoering is verricht door een projectgroep.

1.4.1 Professie van de projectgropleden (professionele achtergrond)

Uitvoering

Drs. Margriet de Boer is werkzaam als beleidsmedewerker bij Stichting Icare, kerngropleid van de Academische Werkplaats Thuiszorg Gezondheid Dichtbij en is projectleider en facilitator van de Verspreiding en Implementatie impuls. Zij is als facilitator betrokken bij de implementatie van de werkmethode in 9 van de 10 teams.

Drs. Aletta Koops is werkzaam als projectleider Excellente Zorg bij Stichting Icare en als facilitator betrokken bij de implementatie van de werkmethode in 1 team.

Drs. Annelies Harps is werkzaam als docent Toegepaste Gerontologie en als onderzoeker bij het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg van Hogeschool Windesheim. Zij heeft als Practice development deskundige zorg gedragen voor de tweede en derde bijeenkomst met de rayon ondersteuners over het gebruik van Practice Development in het eigen werk.

Evaluatie-/ implementatieonderzoek

Ingrid van Aart (MSc.) werkt als junior onderzoeker bij het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg van Hogeschool Windesheim en bij het Onderzoekscentrum Preventie Overgewicht Zwolle (Hogeschool Windesheim/ Vrije Universiteit Amsterdam).

Dr. Carolien Smits (psycholoog gerontoloog) is werkzaam als lector Innoveren in de Ouderenzorg (Hogeschool Windesheim) en verantwoordelijk voor de begeleiding van het onderzoek in het VIMP project.

Dr. Tommy Visscher (epidemioloog) is als onderzoekscoördinator betrokken bij de Academische Werkplaats Thuiszorg Gezondheid Dichtbij en verantwoordelijk voor de begeleiding van het onderzoek in het VIMP project.

1.5 FREQUENTIE VAN DE IMPLEMENTATIEACTIVITEITEN

1.5.1 Aantal en duur van de implementatieactiviteiten en tijdsintervallen

Teambijeenkomsten:

Per team vinden er 3 - 4 maandelijks bijeenkomsten plaats vanaf september tot en met december 2012.

In 8 teams zal er 4 keer een teambijeenkomst plaatsvinden en in 2 teams zal er 3 keer een bijeenkomst plaatsvinden binnen de termijn van de VIMP. Uiteindelijk hebben beide teams met 3 bijeenkomsten ervoor gekozen om in 2013 toch nog een vierde bijeenkomst te hebben.

Rayon-ondersteuners bijeenkomsten:

In de implementatiestrategie is opgenomen dat de rayon-ondersteuners in de projectperiode gefaciliteerd worden. De facilitering is gepland in de vorm van 3 bijeenkomsten met alle rayonondersteuners.

De bijeenkomsten hebben uiteindelijk plaatsgevonden in september, november en de laatste op 5 februari 2013.

Alle bijeenkomsten (zowel team- als rayon ondersteuners bijeenkomsten) duren 1,5 uur. Deze tijd wordt nadrukkelijk bewaakt.

1.5.2 Informatie over de werkmethode

Alle papieren onderdelen van de werkmethode worden verspreid onder de deelnemende teams en toegelicht door de facilitatoren. Het handelen van de professionals staat in de meeste bijeenkomsten centraal door het bespreken van casussen. Ervaringen met de stappen uit de werkmethode zijn afwisselend in kleine groepjes en plenair besproken.

1.6 INFORMATIE OVER HET HANDELEN VAN DE PROFESSIONALS

1.6.1 Mogelijkheden tot het vergelijken van de informatie over het handelen.

Uitgangspunt in de implementatiestrategie was dat het bespreken van casussen en het terugkoppelen van de resultaten van de vragenlijsten het de professionals mogelijk maakt om hun eigen handelen te vergelijken met het handelen van hun teamgenoten en dit handelen op elkaar af te stemmen.

1.6.2 Presentatievorm van de informatie over het handelen

De gegevens uit de vragenlijst *Ervaren professionele deskundigheid preventie* worden in tabellen met cijfers gepresenteerd. De gegevens uit de cliëntvragenlijst over de *Cliëntspecifieke preventiestappen* worden o.a. teruggekoppeld door middel van cirkeldiagrammen. Hierbij tonen cirkeldiagrammen de resultaten van andere teams zodat een vergelijking mogelijk is. De resultaten worden mondeling toegelicht, maar ondersteund door middel van grafische figuren en tabellen.

HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSMETHODEN

Het onderzoek wordt gekenmerkt door een actiegerichte, kwalitatieve benadering.

Centraal staan de onderzoeksvragen:

- Hoe heeft de implementatie van de werkmethoediek 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn' plaatsgevonden in de tien geselecteerde Icare teams' en
- 'Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren gedurende de implementatie van de werkmethoediek 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn'

De dataverzameling bestaat uit door de professionals ingevulde medewerkersvragenlijsten '*Ervaren professionele deskundigheid preventie*,' verslagen van de bijeenkomsten, observaties door de onderzoeker en de facilitatoren en data die door teams tijdens de implementatie werden uitgewerkt. Het gaat hier om data voortkomend uit Practice Development methoden.

Bij de analyse voor de onderzoeksvraag naar bevorderende en belemmerende factoren is het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011) gevolgd.

De door de professionals ingevulde medewerkersvragenlijsten over *Ervaren professionele deskundigheid preventie* en cliëntvragenlijsten over *Cliëntspecifieke preventiestappen* hebben een kwantitatieve structuur. Ze zijn echter niet ingezet om onderzoeksvragen te beantwoorden maar om de teams te voeden en te inspireren tijdens de implementatiefase. Ze zijn ingezet als instrument om professionals bewust te maken van de mate waarin ze bij hun klanten leefstijlrisico's signaleren, bespreken, doelen opstellen en de klanten verwijzen naar een preventieve interventie. Daarnaast is in dit onderzoeksdeel gekeken naar de eigen inschatting van professionals van hun deskundigheid omtrent signaleren, bespreken en verwijzen bij leefstijlrisico's. De resultaten zijn per team teruggekoppeld en vormden input voor de verdere richting in de bijeenkomsten.

2.1 ONDERZOEKSPOPULATIE

2.1.1 Professionals

Zoals reeds is vermeld bij de beschrijving van de implementatiestrategie (paragraaf 1.2) vindt de implementatie van de werkmethoediek plaats in tien Icare teams Verpleging & Verzorging. Deze tien teams bestaan in totaal uit 178 professionals met diverse functies: helpenden (niveau 2), verzorgenden (niveau 3), wijkverpleegkundigen niveau 4, wijkverpleegkundigen niveau 5 en teamcoaches. Omdat in de teams alleen resultaten met betrekking tot de leefstijlrisico's en de stappen van de werkmethoediek teruggekoppeld zouden worden, zijn er geen demografische gegevens geanalyseerd.

2.1.2 Klanten

De tweede onderzoekspopulatie zijn de klanten van de tien Icare teams. De demografische gegevens van de klanten zijn terug te vinden in tabel 1.

Tabel 1: Demografische gegevens van klanten van de tien Icare Teams, ingevuld door professionals.

	Aantal (N)	Geslacht % (vrouw)	Gemiddeld Geboortejaar Totaal
Team A	46	71%	1934
Team B	35	77%	1938
Team C	71	70%	1930
Team D	46	59%	1932
Team E	45	62%	1932
Team F	51	71%	1934
Team G*	55		
Team H	53	61%	1934
Team I**	60	77%	1931
Team J	27	56%	1933

* In dit team zijn cliëntvragenlijsten niet ingevuld

** In dit team zijn de resultaten gebaseerd op de helft van de cliëntvragenlijsten door problemen met de post.

2.2 VRAGENLIJSTEN

Voor het kwantitatieve onderzoek zijn in het voorlopende project twee vragenlijsten ontwikkeld, een cliëntvragenlijst over het bereik van klanten en een medewerkersvragenlijst over visie en competenties van professionals. Deze zijn (onveranderd) toegepast gedurende de VIMP.

2.2.1 Meetinstrumenten

Omdat de vragenlijsten onveranderd zijn gebleven gedurende de implementatie in de VIMP, is de omschrijving van de meetinstrumenten overgenomen uit het onderzoeksrapport 'samenwerken aan een gezonde oude dag' (Marcus-Varwijk, et. al. 2012).

Cliëntvragenlijst *Cliëntspecifieke preventiestappen*

De cliëntvragenlijst *Cliëntspecifieke preventiestappen* is ontwikkeld om te kijken in welke mate professionals aandacht hebben voor een gezonde leefstijl bij hun klanten. De cliëntvragenlijst bestaat uit zes vragen over acht verschillende leefstijlrisico's: bewegen, roken, alcohol, voeding, ondergewicht, overgewicht, psychisch welbevinden en vallen. De vragen zijn gebaseerd op de verschillende stappen die beschreven zijn in de werkmethode van Icare en gaan in op het bereik van klanten met mogelijke leefstijlrisico's. Professionals vulden per klant in of er sprake was van een leefstijlrisico, of dat besproken was, in hoeverre de klant gemotiveerd was om gedrag aan te passen of er samen met de klant een doel is besproken of vastgelegd in de zorgmap, of de klant is doorverwezen naar een preventieve leefstijlinterventie en of het leefstijlrisico in een later stadium opnieuw is besproken. De professional werd nadrukkelijk gevraagd om de vragen in te vullen vanuit hun eigen perspectief als professional ten aanzien van de klant. Het was toegestaan voor professionals om meerdere cliëntvragenlijsten in te vullen voor verschillende klanten.

In de cliëntvragenlijsten werden verder algemene karakteristieken van de klant gevraagd (geboortejaar, geslacht, herkomst en burgerlijke staat. Het invullen van de cliëntvragenlijst is geschat op een gemiddelde duur van 15 minuten.

Medewerkersvragenlijst *Ervaren professionele deskundigheid preventie*

Naast de cliëntvragenlijst werden (dezelfde) professionals ook gevraagd om een korte medewerkersvragenlijst in te vullen over hun visie op leefstijlgerichte preventie binnen hun werk. Deze medewerkersvragenlijst bevatte vier vragen over de acht leefstijlrisico's (bewegen, roken, alcohol, voeding, ondergewicht, overgewicht, psychisch welbevinden en vallen):

- 1) Leefstijlgerichte preventie is onderdeel van mijn takenpakket?
- 2) Hoe goed ben je in staat om een leefstijlrisico te herkennen?
- 3) Hoe goed ben je in staat om een leefstijlrisico te bespreken met een klant?
- 4) Hoe goed ben je in staat om een klant met een verhoogd risico te verwijzen?

Alle vragen werden beantwoord op basis van een 5-point Likert Scale (helemaal niet goed/ niet goed/ redelijk goed/ goed/ heel goed).

Het invullen van de medewerkersvragenlijst is geschat op een gemiddelde duur van vijf minuten.

2.2.2 Dataverzameling

In de tien Icare teams zijn de vragenlijsten ingezet als huiswerkopdracht na de eerste bijeenkomst. Deze eerste bijeenkomsten hebben plaatsgevonden in de periode tussen september en half november 2012. De vragenlijsten zijn ingezet als nulmeting om de huidige stand van zaken in de teams terug te kunnen koppelen in de teams. Daarbij dienden deze resultaten als input voor vervolkeuzes in de bijeenkomsten.

Cliëntvragenlijst *Cliëntspecifieke preventiestappen*

In totaal zijn er 349 cliëntvragenlijsten ingevuld over klanten van 8 teams. Voor team H waren voor alle klanten de vragenlijsten al ingevuld in het najaar van 2011 en is besloten deze gegevens te gebruiken. Team G moest in dezelfde periode ook vragenlijsten invullen voor een ander onderzoek. In verband met de belasting van medewerkers is toen besloten om uitsluitend de medewerkersvragenlijst in te vullen. Daarnaast moet bij team I opgemerkt worden dat een enveloppe met ingevulde cliëntvragenlijsten zoek is geraakt bij de post, waardoor resultaten van 32 klanten niet meegenomen konden worden.

Medewerkersvragenlijst *Ervaren professionele deskundigheid preventie*

In totaal hebben 114 professionals de medewerkersvragenlijst ingevuld (response rate: 64%). Een van de redenen om geen lijsten in te vullen was de afwezigheid van enkele professionals tijdens de eerste bijeenkomst, waarbij er aandacht werd besteed aan het invullen van de lijsten.

2.2.3 Analyses

Cliëntvragenlijst Cliëntspecifieke preventiestappen

De gegevens zijn verwerkt en geanalyseerd in SPSS Statistics versie 17.0 voor Windows (SPSS Inc., Chicago), door middel van beschrijvende statistiek (frequentietabellen).

Bij de cliëntvragenlijst over Cliëntspecifieke preventiestappen is geanalyseerd of er in het geval van een leefstijlrisico (antwoord 'ja' bij vraag 1) aandacht is voor bespreken, opstellen van doelen, verwijzen en terugkoppelen van het risico.

Medewerkersvragenlijst Ervaren professionele deskundigheid preventie

De resultaten van de medewerkersvragenlijsten zijn per team handmatig bij elkaar opgeteld en met exacte cijfers in een tabel teruggekoppeld. Tabel 3 is een voorbeeld van een tabel zoals deze teruggekoppeld werd in de teams.

Tabel 3: Resultaten team x uit medewerkersvragenlijst 'Ervaren professionele deskundigheid preventie': Aantal professionals dat zich helemaal niet in staat acht (--), minder goed in staat acht (-), enigszins in staat acht (+), zich in staat acht (+) en zich helemaal in staat acht (++) om leefstijlrisico's bij hun klanten te herkennen.

Leefstijlrisico herkennen					
	--	-	+-	+	++
Bewegen			3	10	
Roken			3	5	5
Alcohol		1	6	6	
Voeding			7	5	1
Ondergewicht			4	8	1
Overgewicht			2	10	1
Psychisch welbevinden			5	6	2
Vallen			2	8	3

2.3 OPZET ONDERZOEK

2.3.1 Meetinstrumenten

Verslagen bijeenkomsten

In verslagen (van de facilitatoren) van de bijeenkomsten met de teams en de bijeenkomsten met de rayonondersteuners bijeenkomsten zijn de belangrijkste punten van de bijeenkomst vermeld: het behandelde programma, de besproken ervaringen en resultaten voor gemaakte opdrachten/ uitgevoerde oefeningen, genomen beslissingen en gemaakte afspraken.

Observaties: procedure en meetinstrumentarium

De bijeenkomsten van de teams en van de rayonondersteuners zijn geobserveerd door de facilitatoren en deels door de onderzoeker. Door het invullen van vooraf opgestelde observatieschema's (zie bijlage VIII) werden de observaties gestructureerd uitgevoerd. Het observatieschema is opgesteld uitgaande van de evaluatiethema's van Grol & Wensing (2011). Allereerst worden er algemene punten geobserveerd zoals een beschrijving over de plaats van bijeenkomst, de sfeer en vertrouwensrelatie facilitator – teamleden. Met betrekking tot de individuele context wordt er een inschatting gemaakt van kennis, vaardigheden en motivatie van de professionals. De sociale context wordt geobserveerd op basis van het functioneren van het team; de veiligheid, sociale cohesie en de actieve deelname van de professionals in het team. Binnen de organisatorische context wordt gekeken naar de ruimte die professionals vanuit de organisatie ervaren om te werken aan het project. Daarnaast noteerde de observator het aandeel van de verschillende respondenten, opvallende verbale en non-verbale signalen en belangrijke citaten.

2.3.2 Dataverzameling

Verslagen bijeenkomsten

Van alle bijeenkomsten van alle teams is door de facilitator een verslag gemaakt (binnen een tijdsbestek van maximaal 2 weken na de bijeenkomst) en opgestuurd naar de teamcoach en/of wijkverpleegkundige niveau 5 (wv5) en de onderzoeker. Het was aan de teamcoach en/of wijkverpleegkundige om deze verslagen te verspreiden onder de rest van de teamleden. De eerstvolgende bijeenkomst werden de belangrijkste punten uit het verslag nog even doorgenomen met het team.

Observaties

Op momenten dat de onderzoeker aanwezig was bij een bijeenkomst (N=7) is het observatieschema door de onderzoeker ingevuld. Bij afwezigheid van de onderzoekers is het formulier ingevuld door de facilitator, deels tijdens en deels na afloop van de bijeenkomst (N=37)

2.3.3 Analyses

Vanwege de beperkte beschikbare tijd zijn de verslagen en observatieschema's van zes teams geanalyseerd in plaats van tien teams. De keuze van zes teams is gebaseerd op het oorspronkelijke aantal teams die binnen de VIMP zouden vallen. Voor de keuze van de teams is in eerste instantie gekeken in hoeverre het team al aandacht besteedde aan leefstijl. Dit is bepaald door de facilitator. Daarbij is gepoogd verschillende teams te includeren: teams die zich vooral met de stappen prioriteren en signaleren bezig hielden en teams die al bezig waren met de stappen bespreekbaar maken en uitwisselen van meningen/ motiveren. Tot slot is ook gekeken naar de teams die voor 20 december 2012 de vierde bijeenkomst afgerond hadden. Uiteindelijk zijnde resultaten van team A, B, C, E, F en I in de analyse meegenomen.

De beschrijving van de resultaten is begin januari voorgelegd aan de wijkverpleegkundigen niveau 5 van alle teams (membercheck).

Verslagen bijeenkomsten

De verslagen van de bijeenkomsten zijn gebruikt om het verloop van de bijeenkomsten te onderzoeken en de verschillen en overeenkomsten daarbij tussen de teams. Hiervoor is gekeken naar de inhoud van het programma van de bijeenkomsten: welke onderwerpen (stappen en leefstijlriscico's) zijn besproken en welke beslissingen en afspraken zijn er gemaakt? Deze punten zijn per verslag opgeschreven en vervolgens vergeleken met de andere verslagen.

Observaties

De onderzoeker deelde de tekstfragmenten van de observatieschema's in op basis van de individuele context, sociale context en organisatorische context. Allereerst zijn de belangrijkste resultaten per context opgeschreven en per team onder elkaar gezet. Vervolgens zijn de resultaten onderling met elkaar vergeleken op inhoud en bij overeenkomsten gekoppeld waardoor een reductie van het aantal resultaten ontstond. De resultaten zijn vervolgens zo veel mogelijk gekoppeld aan letterlijke citaten van de professionals, om de resultaten zo objectief mogelijk weer te geven.

Validiteit

De beschreven resultaten vanuit het onderzoek zijn twee keer besproken met de facilitatoren . In de periode december 2012 –januari 2013 heeft er tevens een membercheck plaatsgevonden onder wijkverpleegkundigen niveau 5 van alle teams. Deze verpleegkundigen kregen een aangepaste versie van het concept van hoofdstuk 4 opgestuurd met de concrete vragen:

- wat vinden jullie van deze beschrijving?
- herken je in de resultaten?
- Zijn er nog opmerkingen?

Van de 10 verpleegkundigen hebben 9 verpleegkundigen kunnen reageren. Door de membercheck zijn de validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens verhoogd.

HOOFDSTUK 3: DE (ERVARINGEN MET) DE IMPLEMENTATIE VAN DE WERKMETHODIEK EN DE FACTOREN DIE DE IMPLEMENTATIE BEVORDEREN DANWEL BELEMMEREN

In dit hoofdstuk beschrijven we de implementatie van de werkmethodek in de tien Icare teams en de bijeenkomsten met de rayonondersteuners. De implementatie wordt alleen beschreven voor zover afwijkend van de in hoofdstuk 2 beschreven implementatiestrategie. Vervolgens wordt beschreven op welke wijze de werkmethodek toegepast is in de bijeenkomsten met de teams. Tot slot geven we per context van het model van Grol en Wensing de ervaringen weer, samengevat in belemmerende en bevorderende factoren. Aan de orde komen de individuele/professional context, de sociale context en de organisatorische context.

3.1 DEELNEMENDE TEAMS

Vanwege grote belangstelling voor deelname is het aantal deelnemende teams verhoogd van 6 naar 10 teams. Naast deze teams is de werkmethodek ook geïntroduceerd in drie projecten binnen Icare waarbij aandacht is voor de verbinding van preventie en zorg.

De aantallen professionals en klanten van de 10 Icare teams zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Aantallen professionals in de deelnemende VIMP teams en het aantal klanten per team.

	Professionals	Klanten
Team A	15	46
Team B	13	35
Team C	24	71
Team D	18	46
Team E	25	45
Team F	14	51
Team G	23	55
Team H	16	53
Team I	18	60
Team J	12	27
Totaal	178	489

3.1.2. Motivatie voor deelname van de teams

De motivatie voor deelname aan het project verschilt per team. Alle teams zijn aangemeld voor deelname aan de VIMP door ofwel de teamcoach, de rayon ondersteuner of de wijkverpleegkundige (niveau 5) van het betreffende team. Bij 2 teams is deelname aan het project eerst in het voltallige team besproken door de teamcoach/rayonondersteuner/wijkverpleegkundige. Bij 8 teams zijn de teams opgegeven zonder de teamleden hier vooraf bij te betrekken.

Na aanmelding voor het project worden alle teamleden bij de bijeenkomsten verwacht

3.2. RAYONS EN RAYONONDERSTEUNERS

Doordat er tien teams aan de implementatie deelnamen in plaats van zes teams was het aantal rayonondersteuners groter dan gepland. In totaal ging het om 15 rayon-ondersteuners. Door omstandigheden waren de namen van enkele rayons in het Zuid-gebied van Icare pas in oktober

bekend. Vanwege de omvang en de timing is er bij de eerste bijeenkomst met de rayonondersteuners een splitsing gemaakt in de noordelijke en zuidelijke rayons. De rayonondersteuners uit het Noordgebied van Icare hebben een startbijeenkomst gehad. In deze bijeenkomst zijn de rol van rayon-ondersteuner en verwachtingen verkend. Met de rayon-ondersteuners uit het Zuidgebied is geen gezamenlijke startbijeenkomst geweest. Eén van de facilitatoren heeft persoonlijk alle rayon-ondersteuners afzonderlijk gesproken.

De tweede en derde bijeenkomst waren voor alle rayonondersteuners gezamenlijk en vonden plaats bij Christelijke Hogeschool Windesheim. Deze bijeenkomst stonden in het teken van Practice Development, Shared Decision Making en toepassing in de praktijk. De bijeenkomsten zijn onder begeleiding van de docent van Windesheim (Mw. A. Harps) uitgevoerd.

3.3 DE INZET VAN DE VRAGENLIJSTEN VOOR DE PROFESSIONALS IN HET IMPLEMENTATIETRAJECT

In alle teams zijn de instrumenten medewerkersvragenlijst *Ervaren professionele deskundigheid preventie* en cliëntvragenlijst *Cliëntspecifieke preventiestappen* uitgezet. De vragenlijsten zijn in de juiste aantallen uitgereikt aan de medewerkers. De resultaten van de vragenlijsten zijn in tabellen en grafische tekeningen, afgedrukt op papier, teruggekoppeld aan de medewerkers.

3.3.1 Welke stappen, instrumenten en werkvormen van de methodiek zijn ingezet in de projectperiode?

De inhoud van de bijeenkomsten ontwikkelde zich gaandeweg. Elk team startte met een kader van waaruit de werkmethodek is ontstaan. Hierbij is door de facilitator met het team besproken waarom aandacht voor (on)gezonde leefstijl vanuit zorg en welzijn belangrijk is, hoe aandacht voor leefstijl past in de huidige ontwikkelingen in zorg en welzijn en binnen Icare als organisatie. Ook heeft de facilitator het ontwikkeltraject van de werkmethodek in de twee verbeterteams uit Hoogeveen en Zwolle toegelicht.

Vervolgens zijn in alle teams de hulpmiddelen cliëntvragenlijst en medewerkersvragenlijst uit de werkmethodek toegelicht en opgegeven als huiswerk voor de volgende bijeenkomst. Daarbij is aangegeven dat de resultaten van beide vragenlijsten in de volgende bijeenkomst besproken worden om daarna een keuze te maken waarmee aan de slag te gaan (bijvoorbeeld een leefstijlthema of een stap uit de werkmethodek).

De tweede bijeenkomst is bij alle teams gestart met het bespreken van de resultaten van de vragenlijsten. Vervolgens is samen met de teamleden gekeken waar zij tot de volgende bijeenkomst mee aan de slag wilden gaan. Elk team is daarbij een eigen traject ingegaan. Teams zijn daarmee met de verschillende stappen en met verschillende hulpmiddelen aan de slag gegaan.

De structuur van de bijeenkomsten was in alle teams vergelijkbaar: er werd gestart met een terugkoppeling naar de vorige bijeenkomst, de ervaringen met de afspraken/ opdrachten werden besproken en vanuit casusbesprekingen en voorbeelden werden de afspraken/ opdrachten voor de volgende bijeenkomst bepaald.

In de laatste bijeenkomst heeft in alle teams een evaluatiemoment plaatsgevonden waarbij professionals op geeltjes aan konden aangeven wat ze naar aanleiding van de bijeenkomsten graag achter zich wilden laten (klaagmuur) en wat ze mee wilden nemen (jubelmuur). Tevens is het team ook bevraagd of en hoe ze verder wilden gaan met aandacht voor leefstijl in de zorg (borging van de aandacht voor leefstijl in de teams).

Welke stappen van de werkmethode kwamen aan de orde?

‘Prioriteit geven’ is de stap die in alle teams de meeste aandacht heeft gehad. Het invullen van de vragenlijsten heeft daar een rol in gehad en droeg bij aan bewustwording: *‘Door het invullen van het formulier is me opgevallen dat ik toch wel observeer, maar dat de veranderingen moeilijk bespreekbaar zijn. Ik vind het ook niet altijd aan mij om dingen te bespreken’.*

‘Signaleren’ en ‘Bespreekbaar maken’

Meerdere professionals komen tot de conclusie dat ze wel risico’s signaleren, maar dat de stap van bespreken met de cliënt lastiger is. Teamleden worden zich er door de bijeenkomsten bewust van dat zij vaak de oplossing bespreekbaar maken. Meestal is dit de oplossing vanuit het perspectief van de professional. Teamleden geven aan dat zij zich door de bijeenkomsten meer afvragen of er wel sprake is van een gedeeld probleem en of er wel sprake is van een aanpak die zowel door de klant als de professional gedragen wordt.

.

Uitwisselen van afwegingen, motiveren

Meerdere professionals benoemden dat ze de klant onvoldoende in de keuze betrekken *“wij beslissen voor de mensen”*. Teamleden geven aan dat ze zich realiseren dat ze de klant onvoldoende uitnodigen om diens beleving, wensen en verwachtingen te benoemen.

Welke hulpmiddelen uit de werkmethode zijn gebruikt?

Alle teams hebben gewerkt met hulpmiddelen uit de werkmethode. De keuze voor het hulpmiddel was afhankelijk van de keuze van vervolgstappen die de teams zelf maakten.

De teams hebben met de volgende hulpmiddelen uit de werkmethode gewerkt:

Medewerkersvragenlijst *Ervaren professionele deskundigheid preventie*, cliëntvragenlijst *Cliëntspecifieke preventiestappen*, spiekbriefje ‘bespreekbaar maken,’ boekenlegger ‘bewegen,’ boekenlegger ‘psychisch welbevinden,’ spiekbriefje casuïstiekbespreking, kaarten ‘Hoe kun jij gezondheidsrisico’s beperken’ (V&VN en Actiz) en de ‘jubelmuur en klaagmuur’.

3.4 INDIVIDUELE/ PROFESSIONAL CONTEXT

3.4.1 Cognitieve factoren (kennis en vaardigheden)

Zelfreflectie/ bewustwording eigen handelen

In diverse bijeenkomsten vroegen de facilitatoren de professionals wat hen was opgevallen tijdens een bepaalde oefening of tijdens hun werkzaamheden en wat hun ervaringen daarbij waren. Met betrekking tot de ingevulde vragenlijsten waren er verschillende reacties. Een aantal professionals gaf aan dat hen niets was opgevallen bij het invullen van de vragenlijsten. *'Er is me gewoon niets opgevallen.'* Een professional zei: *'Bij klanten waar het mogelijk is om leefstijl te veranderen werk ik er al aan, maar bij veel klanten is het gewoon niet mogelijk'*. Meerdere professionals gaven aan dat de vragenlijst hen prikkelde en ze zich daardoor meer bewust werden van mogelijke leefstijlrisico's: *'Het invullen maakt je meer van de situatie bewust, je gaat bewuster naar de klant kijken en nadenken hoe je het eventueel kan aanpakken en de klant kan stimuleren om het zelf te doen'*, *'dat er meer punten van aandacht waren dan je in eerste instantie dacht'* en *'die vragenlijst maakt me bewust van dat alles zo vanzelfsprekend gaat. Soms zijn er bepaalde dingen in geslopen en hierdoor wordt je weer even wakker geschud'*.

In andere bijeenkomsten werden de volgende uitspraken gedaan rond zelfreflectie: *'We nemen soms acties van de klant over die de klant ook zelf zou kunnen of waar de klant toe gestimuleerd kan worden. Het zit daarbij in kleine dingen, het zijn kleine stapjes'*, *'bespreek ik wat ik zie ook echt met de klant?'* en *'Ik moet me meer bewust zijn van risico's om ze daadwerkelijk te kunnen signaleren'*.

Eigenaarschap van het probleem/ gedeelde besluitvorming in de samenwerking met de klant

Een thema wat in alle teams ter sprake is geweest is het eigenaarschap van het probleem: wil de klant veranderen of willen wij dat de klant verandert? In veel gevallen kwam naar voren dat professionals al met oplossingen kwamen voor een probleem, maar dat de klant nog niet wist dat er een probleem was. De professionals handelen vanuit hun eigen (professionele) visie op het probleem zonder dat er sprake is van een gedeeld probleem. Professionals werden zich hier gedurende de bijeenkomsten meer van bewust. Wat bleek uit de volgende opmerkingen en vragen: *'besluiten we samen met de klant wanneer we bij een situatie vinden dat er wel of niet iets moet gebeuren?'* en *'wat wil de klant zelf, wanneer is hij/zij tevreden? Gaan we daar wel samen met de klant over in gesprek?'*. Professionals moeten dus op één lijn komen met de klant. Op dit thema wordt verder ingegaan onder het kopje 'sociale context'.

Gezamenlijke besluitvorming bij de implementatie

In de relatie teams – facilitator is het belangrijk dat het 'team' centraal staat zoals in de relatie professional – klant, de 'klant' centraal staat. Dit betekent dat er in samenspraak met het team afspraken en besluiten genomen moeten worden en dat de motivatie om aan het project te werken in het team gezocht moet worden en niet opgelegd kan worden door de organisatie of de facilitator. In diverse bijeenkomsten kwamen de facilitatoren tot de conclusie dat afspraken geen gezamenlijke afspraken bleken te zijn. Teamleden gaven aan zich niet bewust te zijn van gemaakte afspraken. Hieruit leiden de facilitatoren een leerpunt af: afspraken moeten concreet gemaakt worden zodat professionals weten wat ze voor hen betekenen. *'Wat betekent dit voor mij voor morgen'*.

Informatie en voorbeelden uit de bijeenkomsten naar een bredere/eigen context verplaatsen

Uit bijeenkomsten bleek dat professionals aangedragen informatie en voorbeelden wel begrepen, maar dat niet alle professionals hier leerpunten of mogelijkheden uit konden halen voor toepassing bij hun eigen klanten. *'Ik begrijp dat het in die situatie kan werken, maar de klanten die ik zie zijn anders'*.

Een ander punt wat in meerdere teams naar voren kwam was dat professionals een aangedragen voorbeeld direct vertaalden als een standaard manier om met een bepaalde situatie om te gaan. Zo werd als voorbeeld aangedragen dat bij een specifieke klant, in samenspraak met deze klant, besloten was de zorg rondom het aan- en uitdoen van steunkousen af te bouwen. Vervolgens hadden een aantal professionals het idee dat bij alle klanten met zorg rondom steunkousen het afbouwen van deze zorg als doel moest worden gesteld. *'Ik ben bang dat als we willen afbouwen mensen een houding krijgen van kom dan maar helemaal niet meer!'*. Andere professionals zagen het voorbeeld niet als standaard wat bleek uit de reactie: *'Afbouwen is ook niet het doel. Het gaat erom dat we de zorg voor de klanten zo goed mogelijk regelen. Dit kan voor iedere klant iets anders betekenen'*. In de eindevaluatie bleek dat deze opmerking bij de andere professionals goed aan was gekomen. Op een geeltje stond geschreven: *'Ik neem uit deze bijeenkomsten mee: ... dat het niet alleen gaat om zorg afbouwen.'*

Het verschil in opleidingsniveau lijkt samen te hangen met het vermogen om de grote context te zien. Op deze verschillen wordt in paragraaf 3.5.3. verder in gegaan.

Handelingsgerichte zorg versus doelgerichte uitvoering van de zorg

Het zorgplan is de basis voor de uitvoering van de zorg. Vaak is het zorgplan handelingsgericht opgesteld waarbij de zorghandelingen beschreven zijn. Over het algemeen ontbreekt een beschrijving van het doel dat met de handelingen beoogd wordt de handeling zelf staat centraal. In de bijeenkomsten kwam regelmatig naar voren dat leefstijlrisico's wel gezien werden maar dat het niet opgenomen was in het zorgplan. Daardoor zagen professionals geen aanleiding of mogelijkheden om iets met de gesignaleerde risico's te doen. Professionals die meer vanuit een doelgerichte wijze de zorgplannen opstelden zagen meer mogelijkheden om aandacht voor leefstijl in de zorg te verbinden.

Visie op preventie en aandacht voor leefstijl

Sommige professionals bleken geen duidelijk beeld te hebben van 'preventie' en 'aandacht voor leefstijl'.

Uit de voorbeelden die de professionals noemden bleek dat ze met name dachten aan het opheffen van leefstijlrisico's: *'je kan toch niet verwachten dat een 85 jarige die zijn hele leven heeft gerookt, nu gaat stoppen met roken?'*. Hierdoor zagen professionals in de eerste bijeenkomsten veel belemmeringen omdat aandacht voor leefstijl grote veranderingen van de klant vraagt.

Aandacht voor leefstijl wordt door professionals vooral geassocieerd met niet roken; afvallen; niet drinken. Er wordt vooral gekeken naar 'verbeteren'. Professionals denken minder vanzelfsprekend aan het behouden/ stabiliseren van de gezondheidssituatie.

Tijdens de 3^e en 4^e bijeenkomst gaven meerdere professionals aan dat ze met een bredere blik naar hun klanten en de zorgverlening zijn gaan kijken: *'ik ben me meer bewust dat het gaat om denken in kleine stappen, zaken waar je terloops tijdens het verlenen van zorg aandacht aan kan besteden'*. Een

rayonondersteuner benoemt de visie tijdens een bijeenkomst als volgt: *'We moeten geen grote veranderingen verwachten, maar soms ook de nadruk leggen op het belang van behoud van huidige gezondheid'*.

Professionals ervaren het als 'eye-opener' om stil te staan bij de eigen kracht en mogelijkheden die klanten ervaren.

Appèl op eigen leervermogen

De professionals zijn binnen het project erg op zoek naar concrete handvatten en oplossingen voor situaties waar ze tegenaan lopen. Ze omschrijven een casus en eindigen vervolgens met 'wat kan ik dan doen?'. Zo zegt een professional over het bespreekbaar maken van een leefstijlrisico: *'Op een gegeven moment zijn mijn vragen op. Kan jij mij helpen om een juiste vraag te stellen?'*. Nadat de situatie nader wordt besproken zegt de professional: *'Ik begrijp dat ik geen antwoord van je krijg?'*, waarop een andere professional in de groep reageert: *'maar je hebt nu wel meerdere richtingen aangedragen gekregen waarin je zou kunnen denken'*.

Vakinhoudelijke kennis

Voor het signaleren van leefstijlrisico's is het essentieel om kennis te hebben van leefstijlrisico's (wat zijn risico's en wanneer is bepaald gedrag een risico?) en/of de vaardigheid om te weten waar deze kennis gehaald kan worden. Bij de bespreking van de vragenlijsten bleek dat de kennis over leefstijlrisico's verschilt tussen de professionals. Een deel van de professionals liet weten dat de vragenlijst duidelijk was en meer inzicht gaf, maar er waren ook professionals die het lastig vonden om een onderscheid te maken tussen voeding en onder- of overgewicht en er waren professionals die moeite hadden met het signaleren van bijvoorbeeld risico's rond alcohol en ondergewicht. Een professional vroeg zich ook hardop af in hoeverre zij over al deze thema's iets af moest weten: *'nu hebben we het over bewegen, maar er zijn meer onderwerpen. Moeten wij dan overal een specialist in zijn?'*

Conclusie bevorderende en belemmerende cognitieve factoren (kennis en vaardigheden)

Bevorderende factoren:

- Vermogen tot zelfreflectie/ kritische blik op eigen handelen
- Voorbeelden in een bredere context kunnen plaatsen
- Kennis van leefstijlrisico's of weten waar deze kennis te halen is
- Focus van professionals op krachten en mogelijkheden van de klant
- Doelgerichte zorgverlening
- Gezamenlijke besluitvorming nastreven in de zorg
- De vaardigheid om een appèl te doen op eigen leervermogen

Belemmerende factoren

- Het ontbreken van of een beperkte zelfreflectie
- Handelen vanuit de eigen professionele visie op het probleem
- Focus van professionals op de klachten en onmogelijkheden van de klant
- Handelingsgerichte zorgverlening

3.4.2 Motivationale factoren van de professional

Aandacht voor verbeterde beroepsuitoefening van verzorgenden en verpleegkundigen

Een deel van de professionals heeft de verwachting dat ze tijdens het implementatietraject vaardigheden leren en nieuwe inzichten opdoen waardoor de kwaliteit van de zorg aan klanten verbeterd. Bij vaardigheden noemen de professionals het hebben van aandacht voor leefstijl, het bespreekbaar maken van leefstijlrisico's en het motiveren van de klant om hun leefstijl te veranderen. Daarnaast hopen ze met een bredere blik naar de zorgvraag te kunnen kijken en daardoor op mogelijke nieuwe oplossingen te komen: *'Het is misschien wel weer eens goed om met een frisse blik naar situaties te kijken. Misschien zien we dan wel mogelijkheden die we tot nu toe niet gezien hebben'*

Er is ook een deel van de professionals dat minder gemotiveerd is om met de werkmethode aan de slag te gaan omdat ze het idee hebben dat het project niets nieuws brengt; ze hebben al aandacht voor leefstijl bij hun klanten: *'Dit schema (cirkel met de stappen) ik weet het niet hoor. Dat leren we toch ook in onze opleiding zo. Alsof we nu niet in gesprek gaan met onze klanten, dat doen we toch al? Als er verder op haar opmerkingen wordt ingegaan zegt ze: 'Ja, het heeft natuurlijk wel meerwaarde deze bijeenkomsten, maar ik vind het zo beledend. Toch ga ik er wel anders naar kijken, je brengt me op andere ideeën'*.

In de medewerkersvragenlijst voor werd ook gevraagd of de professionals aandacht voor leefstijl als hun taak zien. Een meerderheid van de professionals vindt dit inderdaad hun taak (zie bijlage I), maar er zijn ook professionals die hier bij een aantal leefstijlthema's aan twijfelen (bijvoorbeeld bij risico's met betrekking tot roken en alcohol). *'ik vind het niet altijd aan mij om risico's te bespreken'*.

Ervaren ruimte voor aandacht voor leefstijl, ervaren urgentie

Tijdens de eerste bijeenkomsten geven veel professionals aan dat ze maar beperkte tijd hebben om de klant de gevraagde zorg te leveren. Hierdoor zijn ze snel geneigd om handelingen van klanten over te nemen en hebben ze het gevoel dat ze niet op andere dingen kunnen letten tijdens hun bezoek: *'Ik kom maar een kwartiertje, wat kan ik dan doen?'* en *'wij willen wel, maar de indicatie laat dit niet toe'*.

Daar waar de landelijke tendens van een groeiende zorgvraag aan de orde komt geven professionals aan dat ze deze in de wijk niet herkennen. In de wijk ervaren ze dat meerdere zorginstellingen thuiszorg verlenen. Professionals voelen druk om klanten de zorg te verlenen waar ze naar vragen vanwege concurrerende zorginstellingen in de wijk: *'Als wij niet de zorg verlenen die mensen graag willen ontvangen, dan vinden ze snel concurrerende organisaties die wel die extra zorg willen leveren'* En ervaren dat ze alert moeten blijven om de beoogde productie te blijven leveren. Een aantal professionals voorziet dat door aandacht voor leefstijl en zelfredzaamheid de klant mogelijk minder zorg nodig heeft. *'Als we zorg af bouwen hoe houd ik dan mijn productie. Ik voorzie een risico voor de organisatie'* Ook tijdens de rayonondersteunersbijeenkomst wordt dit punt herkend: *'Ik kan begrijpen dat medewerkers het idee hebben niet zo veel te kunnen want als ze teveel zorg leveren of de productie niet halen dan worden ze daar hard op afgerekend'*.

Inbreuk op privacy van de klant

Diverse professionals geven aan dat zij bij het hebben van aandacht voor leefstijl inbreuk maken op de privacy van de klant. *‘Wie zijn wij om ongevraagd over leefstijl te beginnen terwijl we komen voor iets anders. Iemand huurt ons in voor zorg, is het dan onze taak?’ en ‘Wat kan ik ervan zeggen als ik bij iemand komt die rookt. Ik vind het wel vervelend, maar het is zijn huis. Ik kom daar op bezoek dan kan ik toch geen eisen gaan stellen?’* Ook komt het voor dat ze in het verleden wel geprobeerd hebben om leefstijl van mensen te veranderen, maar daar negatieve ervaringen mee op hebben gedaan waardoor ze minder vertrouwen hebben om met de methodiek aan de slag te gaan: *‘Het kost veel tijd en energie om met klanten te werken aan leefstijl. Vervolgens heb je iets voor ze geregeld (bijvoorbeeld dagbesteding), maar dan gebeurt er weer iets en gaan ze niet’.*

Vooroordelen en veronderstellingen over (de motivatie) van de klant

Professionals benoemen meerdere redenen waardoor de klant wel of niet gemotiveerd zou zijn om te werken aan zijn of haar leefstijl. Professionals verwachten meer weerstand bij klanten die al jaren in zorg zijn bij Icare omdat zij gewend zijn aan de zorg die ze nu krijgen. Meerdere teams pleiten daarom voor het toepassen van de methodiek bij nieuwe klanten. Zij benoemen ook dat de huidige generatie klanten wat ouder is en niet gewend is om na te denken over leefstijl en hierover in gesprek te gaan: *‘Je kiest niet de makkelijkste doelgroep. Ze zijn vastgeroest in hun gewoonten’.* Dit kwam ook al eerder terug in het onderzoek onder medewerkers in de voorloper van dit project. Een wijkverpleegkundige niveau 4 gaf toen aan: *‘Over het algemeen heb ik allemaal ouderen in de zorg. Er zijn weinig mensen die veranderen, ze houden zich vast aan waar ze al jaren aan vast zitten. Dat is wel moeilijk.’*

Ook het opleidingsniveau van de klant, zijn lichamelijke mogelijkheden om iets te veranderen aan zijn leefstijl, de zorgbehoefte van de klant (*‘Ik denk dat we ook een ander probleem moeten aanpakken. Veel ouderen hebben een stuk eenzaamheid en door de zorg zijn ze minder eenzaam. Als je je dan als professional terugtrekt, kan die eenzaamheid terugkomen. Klanten zijn dan niet heel erg enthousiast over minder zorg’*) en de financiële mogelijkheden van de klant (*‘Soms zitten er mogelijke oplossingen voor het verbeteren van de leefstijl van de klant in het aanschaffen van hulpmiddelen. Maar er is maar een klein deel van de klanten die die hulpmiddelen kan betalen’*) worden genoemd als redenen die de motivatie van de klant kunnen beïnvloeden.

Omgeving van de klant

De omgeving van de klant (partner, familie) kan ook als motivatie dienen voor de professional om meer of minder aandacht te besteden aan leefstijl bij een klant. In één team werd opgemerkt dat ze het eerst niet hun plek vonden om iets over leefstijl van klanten te zeggen, maar vervolgens merkten ze dat de mensen in de omgeving van de klant het juist prettig vonden dat er aandacht aan leefstijl werd besteed. Deze mensen hadden vaak al risico's gesignaleerd en waren blij dat er nu ook vanuit een andere hoek aandacht voor kwam. In een ander team kwam ook de omgeving (mantelzorger) ter sprake bij het verminderen van zorg aan een klant. In het aangedragen voorbeeld had de klant aangegeven minder zorg nodig te hebben, maar vervolgens bleek dat ze de zorg wel nodig had en dit van haar dochter verlangde. Dit terwijl de dochter al heel veel zorg op zich had genomen. Bij vermindering van zorg door de thuiszorgorganisatie is het dus mogelijk dat de belasting op mantelzorgers groter wordt of zelfs te groot wordt. Professionals in dat team gaven aan het als hun

taak te zien om ook rekening te houden met de omgeving (mantelzorgers) bij hun keuze om zorg wel of niet af te bouwen.

Conclusie bevorderende en belemmerende motivationele factoren van de professional

Bevorderende factoren

- Open staan voor nieuwe kennis en vaardigheden
- Bezig willen zijn met de inhoud van de zorg
- De behoeften van de klant centraal (willen) stellen
- Ervaren motivatie vanuit de klant om aan leefstijl te werken
- Steun/ draagvlak vanuit de omgeving van de klant om te werken aan leefstijl

Belemmerende factoren

- Het effect dat professionals zien van het 'ontzorgen van de klant' op directe uren bij de klant (productie)
- (vermeende) Ontbrekende motivatie bij de klant waardoor de professional op zoek moet gaan naar een ingang om het gesprek aan te gaan.
- (Ervaren) Beperkte tijd per klant
- Gevoel inbreuk te maken op de privacy van de klant

3.4.3 Ervaringen gerelateerd aan gedrags-, persoons- en professionalkenmerken

Opleidingsniveau van de medewerker

De teams bestaan uit professionals met diverse opleidingsniveaus. In de bijeenkomsten blijkt dat helpenden (niveau 2) en sommige verzorgenden (niveau 3) meer moeite hebben met het vertalen van voorbeelden naar andere contexten, zelfreflectie en vakinhoudelijke kennis in vergelijking met de wijkverpleegkundigen 4 en 5 in het team. Zo lukt het de wijkverpleegkundige 5 om de informatie naar een bredere context te trekken:

'Volgens mij kunnen we deze stappen goed toepassen binnen het project regelarme zorg. Het hoeft ook niet standaard ingepast te worden. Je kan kijken voor welke mensen dit een geschikte methode kan zijn en je hoeft ook niet altijd alle stappen te doorlopen'.

En reflecteren wijkverpleegkundigen 4 en 5 meer op hun eigen handelen *'ik dacht dat ik meer aandacht voor leefstijl had, maar nu ik er op deze manier mee bezig ben blijkt dat ik er nog meer aandacht aan zou kunnen besteden'*. De helpenden en sommige verzorgenden reflecteren minder op hun eigen handelen en geven vaker aan dat ze bij oefeningen niets is opgevallen. Daarnaast hebben ze meer moeite met de fysieke werkmethode (zakboekje en werkvormen zoals de vragenlijsten). Opmerkingen hierover waren onder andere *'zijn deze boekjes er ook in Jip en Janneke taal'* en *'ik vond de vragenlijst lang, onoverzichtelijk en daardoor erg lastig om in te vullen'*.

Attitude ten aanzien van het werk

Professionals die al langer werkzaam zijn binnen Icare geven aan dat ze circa 15 jaar geleden meer werkten met een preventieblik dan tegenwoordig het geval is. *'Je kwam in een situatie en keek wat mensen nodig hadden om weer goed te functioneren en daarna was je weer weg'*. Mede door de indicaties is dat anders geworden. Nu is er niet veel tijd meer om mensen zelf dingen te laten doen. Je hebt een bepaalde tijd voor bepaalde handelingen. Handelingen worden daardoor overgenomen door professionals.

Een aantal professionals geeft aan blij te zijn met de vernieuwde aandacht voor leefstijl in hun werk omdat ze weer breder mogen kijken naar het systeem van de klant in plaats van alleen gericht zijn op

de indicatie. Sommige medewerkers zien er tegenop om hun werk te moeten veranderen. Die professionals lijken meer gewend aan een bepaalde manier van werken en zij denken dat de verandering voor recent afgestudeerde collega's makkelijker zal zijn.

Diverse professionals vinden dat aandacht voor leefstijl al routine is in hun werkzaamheden en zien daardoor de toegevoegde waarde van het project niet altijd in: *'Wat ik mij afvraag, leefstijl is altijd een aandachtspunt geweest zonder dat we het een project genoemd hebben. Je bent opgeleid om op een stuk preventie te zitten, om te voorkomen dat dingen erger worden. Ik vraag mij af wat er nu anders is behalve dat het nu een project is met een mooie methodiek'*. Diverse professionals gaven echter na het invullen van de vragenlijsten wel aan dat ze dachten dat ze meer aandacht voor leefstijl hadden dan dat ze daadwerkelijk blijken te hebben.

Leefstijl professional

De eigen leefstijl van de professional speelt ook mee in de mate waarin iemand aandacht heeft voor leefstijl bij zijn klanten. Professionals die zelf overgewicht hebben of roken geven aan meer moeite te hebben om risicogedrag met klanten bespreekbaar te maken in vergelijking met collega's die dit risicogedrag niet vertonen: *'Wie ben ik om iets van hun gedrag te zeggen als ik het zelf ook niet kan/doe?'*.

Conclusie bevorderende en belemmerende factoren gerelateerd aan gedrags-, persoons- en professionalkenmerken

Bevorderende factoren

- Een opleidingsniveau vanaf 3 en hoger
- Bewustzijn van historische veranderende taken van de thuiszorg
- Uitdaging zien in een nieuwe manier van werken
- Openstaan en begrijpen van nieuwe informatie
- Bewust van eigen (voor)oordelen van leefstijl en gezond gedrag
- Los kunnen laten van eigen (risicovolle) gedrag als professional.

Belemmerende factoren:

- Professionals met opleidingsniveau 2 en geregeld ook niveau 3.
- De gedachte dat de huidige werkwijze prima werkt
- Niet openstaan voor veranderingen

3.6 SOCIALE CONTEXT

3.6.1 Sociale factoren

Op één lijn als team

De intrinsieke motivatie van professionals speelt een rol in de mate waarin een team als geheel aan de slag gaat met de werkmethode. De teams die vanuit intrinsieke motivatie met de methode willen werken, stellen de klant centraal. Zij vinden het spannend en lastig, maar zien de meerwaarde voor de klant. Teams die niet of minder intrinsiek gemotiveerd zijn voor het werken met de werkmethode zien vooral de meerwaarde van de methode voor de organisatie, de zorgverzekering en de overheid (de financiële meerwaarde). Zij denken dat de klant erop achteruit gaat. Hierin is ook een verschil te zien tussen teams die als team besloten hebben om aan het project deel te nemen (intrinsieke motivatie) ten opzichte van de teams die aangemeld zijn door hun teamcoach.

Op één lijn met de klant

Professionals hebben ervaren dat klanten vooral in actie komen als ze zelf een probleem ervaren met hun leefstijl. Een extrinsieke prikkel vanuit een professional kan dit stimuleren. Professionals zijn zich er in de bijeenkomsten meer van bewust geworden dat klanten hun eigen beleving van hun leefstijl hebben. Een professional benoemde dit mooi na een oefening in de bijeenkomst: *‘Ik denk dat we ons af moeten vragen of ons probleem ook het probleem van de klant is. Als er geen ongemotiveerde mensen bestaan is het onze taak om te achterhalen wat mensen motiveert’*. Het afstemmen met de klant en gezamenlijk komen tot besluitvorming is in alle teams nadrukkelijk aan de orde geweest. In de evaluatie bij de verschillende teams komt dit ook meerdere malen naar voren: *‘niet voor de klant oplossingen bedenken’*, *‘samen met de klant werken’* en *‘de klant heeft zelf de regie’*.

Aandragen van oplossingen

In de bijeenkomsten geven de facilitatoren aan de professionals terug dat zij in relatie tot hun klanten snel denken in oplossingen (reparatiereflex). De facilitatoren hebben echter ervaren dat zichzelf ook snel in hun eigen reparatiereflex schieten als gedurende de bijeenkomst vragen worden gesteld of het proces niet helemaal lekker loopt. De kunst is om professionals meer op elkaar te laten reageren en als facilitator minder aan het woord te zijn.

Samenwerking met andere professionals in de wijk

Over kennis over de sociale kaart geven teams zelf aan dat het goed is om als team te weten wat er allemaal mogelijk is in de wijk om zo klanten deskundig te kunnen informeren en te verwijzen: *‘Ik weet lang niet wat er allemaal te doen is in de wijk en welke professionals er nog meer werken. Eigenlijk zouden we al onze informatie moeten bundelen’*. Ook groeit gedurende de bijeenkomsten het besef dat ze samen kunnen werken met andere partijen: *‘We hoeven ook niet alles alleen te doen, we kunnen ook werken met vrijwilligers en andere professionals in de omgeving’*.

Uit het bespreken van de vragenlijsten komt echter naar voren dat veel professionals niet duidelijk hebben naar wie ze klanten met bepaalde risico's kunnen verwijzen. Twee teams hebben daarom besloten om het instrument vanuit de werkmethode te gebruiken om een netwerkanalyse te maken.

Conclusie bevorderende en belemmerende sociale factoren

Bevorderende factoren

- Goede samenwerking in het team
- De verbinding vinden met elkaar/ afstemmen
- Veiligheid in het team
- Klant betrekken bij het opstellen van het zorgplan

Belemmerende factoren

- solistisch werken van de professionals in de wijk waardoor er minder afstemming plaatsvindt.
- Het niet betrekken van de klant bij het zorgproces
- Geen inzicht in functies en mogelijkheden van andere partijen in de wijk

3.7 ORGANISATORISCHE CONTEXT

3.7.1 Organisatorische factoren

Tijdspad

Elk van de tien deelnemende teams heeft uiteindelijk vier bijeenkomsten gehad met een interval van een maand en een tijdsduur van 1,5 uur per bijeenkomst. Bij het beschrijven van het onderzoeksverslag zijn de bijeenkomsten bij 9 teams afgesloten. Van de 9 teams hebben 9 teams besloten door te willen gaan met aandacht voor leefstijl. Teams geven aan dat 4 bijeenkomsten een mooie start is om als team met aandacht voor leefstijl aan de slag te gaan.

Het is gebleken dat het niet realistisch is om te verwachten dat alle teams alle stappen van de werkmethode doorlopen in de gestelde 4 maanden. Het verschilt per team of ze na deze bijeenkomsten zelfstandig in staat zijn om met de methode aan de slag te blijven gaan.

Hele team betrekken

In het ontwikkelproject waren afgevaardigden namens teams betrokken. Deze verpleegkundigen en verzorgenden deden de aanbeveling om in de implementatie het hele team te betrekken.

Om deze reden is in het implementatieproject het hele team betrokken bij de implementatie. Uit de ervaringen met de implementatie komt naar voren dat er niveauverschil is in de teams en er sprake is van taakverdeling in het team. Teams gaven aan dat zij het prettig vonden om als volledig team betrokken te zijn. Tegelijkertijd komt ook naar voren dat de wijze van ondersteuning niet voldoende op alle niveaus aansluit.

Wie heeft besloten tot deelname aan de implementatie?

Bij de eerste bijeenkomsten werd duidelijk dat teams verschillend in de implementatie waren ingestapt. Een aantal teams waren voor de start van het project op de hoogte gesteld van het project door ofwel een teamcoach of de wijkverpleegkundige niveau 5 en was er gezamenlijk besloten om deel te nemen aan het project. Deze teams waren daardoor meer intrinsiek gemotiveerd. Andere teams waren opgegeven door de teamcoach en wisten tot de eerste bijeenkomst nog niets over het de implementatie. Bij deze teams kwamen er in de beginfase meer vragen over het nut en de noodzaak van aandacht voor leefstijl. De teamleden ervoeren het als opgelegd door de organisatie.

Aandacht voor leefstijl in relatie tot andere ontwikkelingen in de organisatie

Een aantal teams gaf aan dat het project 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl' niet het enige project is waar het team mee bezig is. Bij de teams die met meerdere projecten betrokken was aandacht voor de wijze waarop aandacht voor leefstijl aansluit op de andere projecten. Dit was belangrijk.

Ervaren noodzaak voor aandacht voor leefstijl

Draagvlak binnen de organisatie op alle niveau's blijkt belangrijk. Bij de implementatie binnen Icare was hier op niveau van management zeker sprake van draagvlak. Aandachtspunt bleek wel het verschil in beleving van 'landelijke ontwikkelingen' en 'dat wat je lokaal in de wijk ervaart'. Gezien de urgentie die het management van de organisatie ervaart en de landelijke ontwikkelingen kwam in een rayonondersteunersbijeenkomst de beperking van een project naar voren. *'Het zou goed zijn om de projectstatus van het project af te halen, maar het meer in de teams neer te leggen als van zo werken wij'*.

Verbinden met bestaande werkwijze in de organisatie

Uit de ervaringen met de teams zijn de mogelijkheden voor verbinden met de bestaande werkwijze naar voren gekomen. De verbinding zit vooral bij het zorgplan, evaluatie, klantbesprekingen en kwaliteitsposter.

Conclusie bevorderende en belemmerende organisatorische factoren

Bevorderende factoren

- intrinsieke motivatie van professionals/ team om met leefstijl aan de slag te gaan
- Teamgevoel in het team
- Draagvlak vanuit de organisatie
- ervaren ruimte om met aandacht te hebben voor leefstijl
- aansluiten bij bestaande werkwijzen in het team

Belemmerende factoren

- opgelegd door de organisatie
- ontbreken van draagvlak in de organisatie
- andere projecten die ook spelen tijd vragen en geen raakvlak hebben met aandacht voor leefstijl

3.8 ECONOMISCHE CONTEXT

3.8.1 Wat vraagt implementatie in de teams?

Voor implementatie van de werkmethode is het belangrijk dat teamleden met elkaar hun meningen en ervaringen uitwisselen en gezamenlijk afspraken maken over acties die ze uitzetten. Bij Icare was dit niet mogelijk binnen de bestaande contactmomenten van de teams. Per team heeft deelname aan de bijeenkomsten een tijdsinvestering gevraagd van 6 uur per medewerker. De bijeenkomsten zijn ondersteund door een facilitator. De facilitator verzorgde de uitnodiging en verslaglegging van de bijeenkomsten. De tijdsinvestering van de facilitator was 6 uur per bijeenkomst per team (inclusief reistijd).

Er zijn 3 bijeenkomsten met rayonondersteuners uitgevoerd. Deelname aan deze bijeenkomsten heeft een tijdsinvestering gevraagd van 7 uur per rayonondersteuner. De tijdsinvestering voor de voorbereiding en uitvoering van de bijeenkomsten met de rayonondersteuners was 24 uur.

De bijeenkomsten zijn begeleid met onderzoek.

Gedurende het project was een junior onderzoeker beschikbaar voor ongeveer 30 uur per week die zorg droeg voor observaties, ontwikkeling van de observatieschema's, uitzet vragenlijsten, analyse en rapportage van gegevens en het schrijven van dit onderzoeksverslag. Zorgdragen voor invoeren gegevens, analyse en rapportage van cijfers aan de teams heeft naar schatting 4 uur per bijeenkomst gekost.

3.9 MATERIALEN VAN DE WERKMETHODIEK

Materialen werkmethodek

Sterke en zwakke punten van de werkmethodek (handleiding, zakboekje, hulpmiddelen)

Door de beschikbaarheid van de materialen worden de stappen van de werkmethodek inzichtelijker en tastbaarder. Veel professionals hebben aangegeven dat de materialen en mooi en verzorgd uitzien. Professionals geven aan dat het heel prettig is dat er een zakboekje is gemaakt van de werkmethodek.

Een professional vertelde *'het is zo herkenbaar, het is alsof jullie mijn verhaal gebruikt hebben'*. De herkenbaarheid was er niet voor iedereen. Met name de lager opgeleide professionals zijn geen 'lezers' zijn en zij ervaren de informatie ook als moeilijk: *'Is dit boekje ook beschikbaar in Jip en Janneke taal?'*

Vooraf door medewerkers niveau 4 en 5 worden de werkmethodek en het zakboekje gewaardeerd.

Van de hulpmiddelen worden met name het spiekbrieffje bespreekbaar maken, de boekenlegger 'bewegen', de boekenlegger 'psychisch welbevinden', het spiekbrieffje casuïstiekbespreking, de kaarten Hoe kun jij gezondheidsrisico's beperken (V&VN en Actiz) en de 'jubelmuur en klagmuur' gewaardeerd.

Verbeterpunten zakboekje

In het zakboekje ontbreken paginanummers, wat het gebruiksgemak iets belemmert. De zakboekjes zijn hierop aangepast (versie februari 2013).

Verbeterpunt is om de zakboekjes op taalniveau B1 te schrijven.

Verbeterpunten toelichting bij de werkmethodek

Uit de implementatie zijn concrete aandachtspunten/ tips naar voren gekomen om bij de implementatie in de zorg aan te sluiten bij bestaande werkstructuren/ werkprocessen. De rayonondersteuners hebben aangegeven dat zij deze tips graag in de toelichting bij de werkmethodek verwerkt willen zien. Aan de toelichting (versie februari 2013) is een extra hoofdstuk toegevoegd waarin deze ervaringen praktisch beschreven zijn.

Verbeterpunten bij de werkmethodek

Voor de beschrijving van de werkmethodek en de stappen van de werkmethodek zijn geen verbeterpunten. Er zijn wel verbeterpunten bij enkele hulpmiddelen van de werkmethodek namelijk de vragenlijsten (cliëntvragenlijst en medewerkersvragenlijst), het spiekbrieffje bespreekbaar maken en het spiekbrieffje voor een casuïstiekbespreking.

Verbeterpunten bij de hulpmiddelen:

Spiekbrieffje bespreekbaar maken en spiekbrieffje voor een casuïstiekbespreking

Bij de toepassing van de spiekbrieffjes kwam naar voren de vraag naar eigen kracht en mogelijkheden van de cliënt en diens omgeving voor veel teamleden eye-opener was. Deze vraag is daarom toegevoegd aan beide spiekbrieffjes. In de werkmethodek versie februari 2013 zijn de nieuwe versies van deze spiekbrieffjes opgenomen.

De vragenlijsten

Door het invullen van de vragenlijst werden veel professionals zich bewuster van hun aandacht voor leefstijl en hun werkwijze: *'Het invullen van de vragenlijst maakt je meer bewust dat leefstijl belangrijk is. Je gaat meer naar de klant en zijn omgeving kijken en nadenken hoe je het eventueel kan aanpakken om klant te stimuleren het zelf te doen'*. Ook werden ze zich door de vragenlijst bewust van de werkwijze van hun team: *'Door het invullen van de vragenlijsten viel me op dat we als team lang niet alles wat bespreken in het zorgplan vermelden, zou dit niet eigenlijk moeten?'* en de situatie van hun klant: *'Na het invullen van de vragenlijst kijk ik anders naar de klant. De situatie van de klant is slechter nadat ik het op papier heb gezet dan voor het invullen van het formulier'*.

Het invullen van de vragenlijsten heeft echter ook voor weerstand gezorgd. Meerdere professionals hadden moeite met het verstrekken van persoonlijke gegevens van hun klanten (geboortedatum en klantnummer) ondanks de belofte dat het anoniem verwerkt zou worden. De professionals voelden zich hier niet prettig bij met als gevolg dat bij veel vragenlijsten deze gegevens niet zijn ingevuld of dat de rest van de vragenlijst niet betrouwbaar is ingevuld omdat de professionals bang waren voor het 'uitlekken van de resultaten'.

Ook het invullen van de cliëntvragenlijst óver de klant in plaats van samen mét de klant werd als een belemmering ervaren: *'Ik vond het invullen zonder klant lastig. Ik zou het liever met de klant samen doen. Wat wil hij/ zij zelf? Nu is het subjectief'*. Een deel van de vragenlijsten zijn hierdoor niet of nauwelijks ingevuld.

Veel professionals hadden geen moeite met het invullen van de vragenlijsten, maar er waren ook (met name lager opgeleide) professionals bij die moeite hadden met de vragen en de omvang van de vragenlijsten.

Diverse professionals hadden moeite met het onderscheid in de vragenlijst tussen de leefstijlrisico's 'voeding en ondergewicht' en 'voeding en overgewicht', een aantal begrepen niet waarom 'vallen' als leefstijlrisico werd genoemd en de risico's 'drugs' en 'medicijnverslaving' werden juist gemist.

Het terugkoppelen van de resultaten bleek niet altijd eenvoudig omdat de vragen in de vragenlijst 'Professional over de klant' niet direct aansluiten bij de stappen uit de werkmethode. Professionals hadden moeite om de resultaten te interpreteren (met name professionals met niveau 2 en 3). De resultaten van de werknemersvragenlijst *Ervaren professionele deskundigheid preventie* waren voor de professionals wel goed te interpreteren.

Belangrijk is om van tevoren het precieze doel van het inzetten van de vragenlijsten te verhelderen. Als de vragenlijst bijvoorbeeld wordt ingezet met als doel de professionals bewust te maken van hun aandacht voor (on)gezonde leefstijl bij hun klanten, dan is het beter om vragen over klantnummer en mogelijk geboortjaar van de cliëntvragenlijst te verwijderen. Mocht de cliëntvragenlijst ingezet worden met het doel om veranderingen over de tijd te monitoren dan is toevoeging van het klantnummer en geboortjaar wel weer noodzakelijk.

Ook zal er kritisch gekeken moeten worden naar hoe de vragen in de vragenlijst beter aan kunnen sluiten op de stappen in de werkmethode. Als deze link beter wordt gelegd, is het terugkoppelen van de resultaten mogelijk eenvoudiger.

CONCLUSIES EN DISCUSSIE

In het onderzoek dat de implementatie van de werkmethode *Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn* begeleidde stonden twee onderzoeksvragen centraal:

1. Hoe heeft de implementatie van de werkmethode plaatsgevonden in de deelnemende Icare teams?
2. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren gedurende de implementatie van de werkmethode?

AD 1: DE IMPLEMENTATIE

De implementatie heeft in grote lijnen plaatsgevonden zoals gepland. Uiteindelijk hebben niet 6 maar 10 teams deelgenomen aan de implementatie. Verschillende stappen van de werkmethode bleken goed implementeerbaar. Elk team heeft eigen thema's en implementatiestappen gekozen. De wijkteams verschilden bij aanvang aanzienlijk in motivatie en kennis. Deze verschillen werkten door in de mate waarin de werkmethode geïmplementeerd kon worden. De genoemde teamverschillen leidden er toe dat de facilitatoren hun teamondersteuning aanpasten.

AD 2: BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

Het begeleidende en evaluerende onderzoek heeft inzicht gegeven in belemmerende en bevorderende factoren op het terrein van: (-) de Individuele/professionele context (Cognitieve kennis en vaardigheden, motivationele factoren van de professional en ervaringen gerelateerd aan gedrags-, persoons- en professionele kenmerken; (-) sociale context (sociale factoren); (-) organisatorische context (Organisatorische factoren); (-) Economische context (Wat vraagt implementatie in de teams?). Tevens is inzicht ontstaan in mogelijke verbeterpunten in de materialen.

Individuele/professionele context:

Urgentie voor preventie op landelijk niveau kan in de wijk anders ervaren worden. De sterk toenemende zorgvraag maakt dat landelijk de urgentie van preventie wordt ervaren. Dit is terug te zien in het overheidsbeleid en de rol van gezondheidsbevordering neemt een centrale plek in in zorgstandaarden voor chronische ziekten. Espria (moederorganisatie van Stichting Icare) anticipeert hier op door haar dochterorganisaties te stimuleren om zorg te verlenen die gericht is op het welbevinden en het leefplezier van de klant met aandacht voor 'ontzorgen'.

De urgentie van preventie en ontzorgen werd per wijkteam in eerste instantie echter anders ervaren. Daar waar de landelijke cijfers aangeven dat de zorgvraag het zorgaanbod dreigt te overstijgen ervaren wijkteams dat zij moeite moeten doen om de klanten (productie) volgens de gestelde norm te leveren. Zij ervaren weinig tot geen stijging in de zorgvraag. Het is bij de implementatie van de werkmethode belangrijk om hiervan bewust te zijn. Als aandacht voor preventie vooral gestimuleerd wordt in het kader van ontzorgen zal dit een deel van de medewerkers niet aanspreken. Zij ervaren aandacht voor preventie soms als risico's voor de organisatie en zichzelf.

In de VIMP is ervoor gekozen om de werkmethode te implementeren in de vorm van 4 bijeenkomsten. De resultaten van de VIMP laten zien dat dit een goede start is om bij teams het proces van aandacht voor leefstijl op te starten. Het borgen van aandacht voor leefstijl vraagt om structurele prikkeling van teamleden. De wijkverpleegkundige niveau 5 en de rayonondersteuner hebben hierin een stimulerende rol bij het borgen van de aandacht voor leefstijl.

Sociale context

Teams vinden het erg prettig en helpend om als gehele team bij de implementatie betrokken te worden. Als motivatie geven ze daarbij aan dat medewerkers in de thuiszorg vooral solistisch werken. Teamleden komen heel beperkt als team bij elkaar en ervaren daardoor beperkte mogelijkheden om gezamenlijk inhoudelijke thema's te delen.

De teambijeenkomsten van de implementatie bieden ruimte om met elkaar ervaringen rond de inhoud van zorg uit te wisselen. Teamleden worden zich daarbij bewust van de verschillende perspectieven. Het perspectief van professionals onderling kan verschillen en het perspectief van de klant is vaak anders. Deze bewustwording en de kennismaking met de beginselen van gedeelde besluitvorming (SDM) maakte dat teamleden gemotiveerd raakten om informatie met elkaar en met klanten te delen. Dit bleek een extra impuls te geven aan het realiseren van klantbesprekingen. In alle teams bestond de afspraak dat er klantbesprekingen gehouden worden. In de praktijk werd hier niet altijd prioriteit aan gegeven. Teams hebben dit door de implementatie van de werkmethode weer opgepakt.

De betrokkenheid van het gehele team kent echter haar grenzen. In het team is sprake van niveauverschil. Variërend van niveau 2 tot en met niveau 5. Niet alle medewerkers kunnen gesprekstechnieken, reflecteren op eigen handelen en appèl op eigen leervermogen toepassen. Met name medewerkers van niveau 2 en soms ook 3 hebben hier moeite mee. Zij ervaren het al snel als theoretisch en te abstract en ontvangen liever concrete instructies. De kracht van medewerkers niveau 2 en 3 is dat zij goed in staat zijn om aan te geven wat voor klanten belangrijk is, wat klanten van waarde vinden. De kracht van medewerkers niveau 4 en 5 is dat zij hun collegateamleden kunnen ondersteunen en instrueren om de juiste kennis en vaardigheden toe te kunnen passen.

Binnen teams die nog niet goed samenwerken verloopt de implementatie moeizamer. De teamleden geven wel aan dat in de loop van het implementatietraject de samenwerking verbetert en een gezamenlijk gedragen bewustzijn van het belang van leefstijl is ontstaan.

Organisatorische context

Volledige en duurzame implementatie is binnen vier bijeenkomsten niet haalbaar gebleken. Wel is in de teams een goede start gemaakt.

Bij de ondersteuning van teams werkt de inzet van facilitatoren, die werken volgens de principes van Practice Development bevorderlijk. Ook de samenwerking met rayonondersteuners is zinvol gebleken.

Economische context

Implementatie kost werktijd die niet direct aan klanten kan worden besteed. Binnen het implementatieproject bleken deze investeringen haalbaar.

AANBEVELINGEN

- Belangrijk is om alle teamleden bij het proces van implementatie te betrekken. Daarbij is het goed om aan de hand van PD werkvormen met elkaar aan de slag te laten gaan. Bij de bespreking van klantsituaties dient men uit te gaan van Shared Decision Making.
- Implementeer vooral bij teams die al succesvol samenwerken of kies voor implementatie om succesvolle samenwerking bij een team te stimuleren. Om in de zorg daadwerkelijk aandacht voor leefstijl te kunnen hebben is het helpend als een team onderling goed samenwerkt, de klant centraal stelt bij het opstellen van het zorgplan en uitvoering geeft aan evaluatiemomenten met de klant en klantbesprekingen. Teams die al op deze wijze samenwerken geven aan dat zij met behulp van de stappen van de werkmethodek daadwerkelijk meer aandacht voor leefstijl hebben in de uitvoering van de zorg.
- Practice Development is een effectieve implementatiestrategie mits afspraken door voor teamleden voldoende praktijkgericht zijn.
De werkvormen vanuit Practice Development dragen bij aan het stimuleren van onderlinge uitwisseling van teamleden. Vooral het maken van concrete afspraken tot de volgende bijeenkomst is helpend mits de afspraken voor de teamleden voldoende concreet zijn. Belangrijk is dat bij afspraken voor alle teamleden duidelijk is “Wat betekent dit voor mij vanaf morgen”.
- Gedeelde besluitvorming (SDM) is de sleutel voor aandacht voor leefstijl in de zorg
Voor het verschuiven van de focus op leefstijladviezen geven naar met de klant in gesprek gaan over diens (on)gezonde leefstijl was gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making) voor veel teamleden een eye-opener. Gedeelde besluitvorming bleek niet alleen van waarde in de interactie tussen klant en medewerker maar ook voor de relatie tussen medewerkers onderling. Een gerichte SDM training is dan ook aan te bevelen.
- De stappen van de werkmethodek zijn middel en geen doel
De stappen van de werkmethodek helpen teamleden om in de zorgverlening ook leefstijl mee te nemen. Tijdens de implementatie is het echter van belang om te realiseren dat de werkmethodek een middel om dit doel te bereiken en niet het doel zelf. Soms zijn andere middelen effectiever.
- Verschillende onderdelen van de methodek kunnen worden aangepast op basis van de huidige ervaringen. Het verdient daarnaast aanbeveling voor de thuiszorgmedewerkers met een beperkte opleiding aanvullende strategieën te ontwikkelen. Daarbij kan gedacht worden aan aanvullende materialen (video) en deelmethodieken.
- Ambassadeurs voor leefstijl benoemen stimuleert verspreiding en draagvlak in het rayon.
- Landelijke implementatie van de werkmethodek wordt op basis van het onderzoek aanbevolen. Daarbij is samenwerking tussen de ontwikkelaars en landelijke kenniscentra aan te raden.

TOT SLOT

De 7 stappen van de werkmethode en de bijbehorende hulpmiddelen zijn toepasbaar bij wijkteams in de thuiszorg. Uit het onderzoek rond de ontwikkeling van de werkmethode en het hier gerapporteerde onderzoek naar de implementatie van de werkmethode komt naar voren dat het mogelijk is om in de zorg aandacht te hebben voor (on)gezonde leefstijl

Kern van de werkmethode is een andere aanpak van preventie. Een verschuiving van de focus op leefstijladvies en interventies naar een focus op het gesprek met de klant waarbij kansen worden gegrepen om leefstijl te bevorderen vanuit het perspectief van de cliënt. Vanuit het gesprek dat de medewerker start over wat hij feitelijk hoort, ziet, ruikt en voelt ten aanzien van (on)gezonde leefstijl ontstaan in gezamenlijke besluitvorming (Shared Decision Making) eventuele oplossingen en daarbij horende acties. Medewerkers ervaren al doende dat het grote belang van kleine stapjes.

LITERATUUR

Marcus-Varwijk, A.E., Visscher, T.L.S., Smits, C.H.M. (2012). Samenwerking aan een gezonde oude dag. Onderzoeksrapportage van de studie naar het project leefstijlgerichte preventie ingebed in zorg en welzijn.

Grol, R. & Wensing, M. (2011, 4^e druk). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Reed Business, Amsterdam.

Harps-Timmerman, A., Jukema, J., Snoeren, M., Niessen, N., Legius, M., Munten G. (2012) Practice development. Naar duurzame verandering van zorg en onderwijspraktijken. Den Haag: Boom Uitgevers.

BIJLAGEN

RESULTATEN ERVAREN PROFESSIONELE DESKUNDIGHEID PREVENTIE (TOTAAL) IN PERCENTAGES

BIJLAGE I: AANTAL MEDEWERKERS DAT VINDT DAT AANDACHT VOOR LEEFSTIJLRISICO ONDERDEEL IS VAN TAKENPAKKET

(-- helemaal niet, - niet, +- redelijk, + goed, ++ helemaal goed)

Aandacht voor leefstijlriscico is onderdeel van mijn takenpakket					
	--	-	+-	+	++
Bewegen		2%	21%	59%	18%
Roken	3%	10%	31%	41%	15%
Alcohol	4%	8%	41%	32%	15%
Voeding		1%	20%	57%	22%
Ondergewicht	1%		23%	59%	17%
Overgewicht		5%	28%	49%	18%
Psychisch welbevinden	2%	1%	25%	51%	21%
Vallen	1%	2%	8%	57%	32%

Aandacht geven aan **vallen** wordt het vaakst door professionals gezien als onderdeel van het takenpakket

Aandacht geven aan **roken** en **alcohol** wordt het minst vaak gezien als onderdeel van het takenpakket

BIJLAGE II: AANTAL PROFESSIONALS (%) DAT ZICH IN STAAT ACHT LEEFSTIJLRISICO TE HERKENNEN

(-- helemaal niet goed, - niet goed, +- redelijk, + goed, ++ helemaal goed)

Professionals achtten zich het beste in staat risico's in **roken** te herkennen.

Het herkennen van risico's in **psychisch welbevinden** en **alcohol** vinden professionals het moeilijkste.

Leefstijlrisico herkennen					
	--	-	+-	+	++
Bewegen		1%	29%	58%	12%
Roken	1%		18%	49%	32%
Alcohol		8%	42%	40%	10%
Voeding		2%	37%	49%	12%

Ondergewicht		4%	27%	57%	12%
Overgewicht		4%	19%	54%	23%
Psychisch welbevinden	1%	5%	41%	44%	9%
Vallen		2%	22%	61%	15%

BIJLAGE III: AANTAL PROFESSIONALS (%) DAT ZICH IN STAAT ACHT LEEFSTIJLRISICO TE BESPREKEN

(-- helemaal niet goed, - niet goed, +- redelijk, + goed, ++ helemaal goed)

Leefstijlrisico bespreken					
	--	-	+-	+	++
Bewegen		3%	32%	60%	5%
Roken	1%	7%	46%	35%	11%

Professionals achten zichzelf het beste in staat om risico's in **vallen** te bespreken.

Alcohol ervaren professionals als moeilijkste thema.

Alcohol	1%	13%	55%	27%	4%
Voeding		3%	27%	58%	12%
Ondergewicht		3%	33%	55%	9%
Overgewicht		7%	42%	45%	6%
Psychisch welbevinden	1%	7%	39%	43%	10%
Vallen		3%	15%	61%	21%

BIJLAGE IV: AANTAL PROFESSIONALS DAT ZICH IN STAAT ACHT TE VERWIJZEN BIJ LEEFSTIJLRISICO

(-- helemaal niet goed, - niet goed, +- redelijk, + goed, ++ helemaal goed)

Leefstijlrisico verwijzen					
	--	-	+-	+	++
Bewegen		9%	31%	49%	11%

Professionals van de tien teams die de medewerkersvragenlijst *Ervaren professionele deskundigheid preventie* hebben ingevuld achten zich het beste in staat om klanten met risico's in **vallen** te verwijzen.

Professionals hebben het meeste moeite met klanten met risico's omtrent **alcohol**.

Roken	1%	11%	45%	35%	8%
Alcohol	1%	17%	48%	28%	6%
Voeding		4%	30%	54%	12%
Ondergewicht		4%	30%	55%	11%
Overgewicht		6%	38%	48%	8%
Psychisch welbevinden	1%	10%	39%	44%	6%
Vallen		3%	23%	61%	13%

BIJLAGE V: Het aantal (%) gesignaleerde leefstijlriscico's per team

	Team A	Team B	Team C	Team D	Team E	Team F	Team H	Team I	Team J
	(n=46)	(n=35)	(n=71)	(n=46)	(n=45)	(n=51)	(n=53)	(n=28)	(n=27)
Bewegen	57	42	38	54	67	45	38	73	41
Roken	28	23	10	9	9	10	11	4	22
Alcohol	2	3	3	9	4	2	6	4	11
Voeding	17	31	23	48	22	18	17	19	44
Ondergewicht	7	11	6	9	0	10	9	4	11
Overgewicht	26	29	20	28	27	12	17	23	19
Psychisch Welbevinden	13	43	27	30	56	39	30	38	33
Vallen	44	31	39	52	56	39	15	58	33
Anders	0	6	6	7	9	0	2	4	0

BIJLAGE VI: GESIGNALEERDE LEEFSTIJLRISICO'S NAAR GESLACHT

	Team A		Team B		Team C		Team D		Team E		Team F		Team I*		Team J		Team H	
	M (N=12)	V (N=29)	M (N=8)	V (N=27)	M (N=21)	V (N=49)	M (N=19)	V (N=27)	M (N=17)	V (N=28)	M (N=15)	V (N=36)	M (N=6)	V (N=20)	M (N=12)	V (N=15)	M (N=20)	V (N=31)
Bewegen	50	55	38	44	48	35	47	59	71	64	40	47	67	75	42	40	30	42
Roken	58	17	25	22	14	8	11	7	18	4	13	8	17	0	17	27	10	13
Alcohol	8	0	0	4	0	4	16	4	6	4	0	3	17	0	25	0	15	0
Voeding	25	14	38	30	19	25	32	59	35	14	7	22	33	15	33	53	20	16
Ondergewicht	8	7	13	11	0	8	0	15	0	0	0	14	0	5	8	13	20	3
Overgewicht	25	31	13	33	19	20	21	33	18	32	7	14	17	25	8	27	10	19
Psychisch Welbevinden	17	14	63	37	19	31	11	44	53	57	33	42	67	30	50	20	30	32

Vallen	8	48	38	30	29	45	47	56	53	57	27	44	33	65	50	20	10	19
Anders	0	0	0	8	5	6	5	8	12	7	0	0	17	0	0	0	5	0

* Veel ontbrekende vragenlijsten door weg geraakte enveloppe

BIJLAGE VII: GESIGNALEERDE LEEFSTIJLRISICO'S NAAR LEEFTIJD*

	Team A		Team B		Team C		Team D		Team E		Team F		Team I**		Team J		Team H	
	<80 (N=16)	>80 (N=17)	<80 (N=18)	>80 (N=10)	<80 (N=23)	>80 (N=48)	<80 (N=17)	>80 (N=19)	<80 (N=21)	>80 (N=21)	<80 (N=19)	>80 (N=25)	<80 (N=9)	>80 (N=15)	<80 (N=9)	>80 (N=3)	<80 (N=21)	>80 (N=21)
Bewegen	38	65	56	10	44	35	59	63	58	71	63	40	89	67	22	67	47	26
Roken	44	12	33	0	22	4	18	5	11	8	21	4	11	0	11	67	20	0
Alcohol	0	0	6	0	4	2	6	16	5	0	5	0	11	0	0	0	10	0
Voeding	13	12	39	30	26	21	53	58	37	8	26	12	22	13	44	100	17	17
Ondergewicht	0	12	17	10	17	0	6	16	0	0	16	8	0	0	11	33	3	17
Overgewicht	25	35	28	20	30	15	35	32	37	13	16	12	44	13	11	0	23	9
Psychisch Welbevinden	13	12	56	20	39	21	35	26	74	38	58	24	33	33	11	0	30	31
Vallen	25	59	44	20	44	38	53	53	32	79	32	44	33	73	33	0	17	13
Anders	0	0	12	0	9	4	6	0	16	0	0	0	11	0	0	0	3	0

* Veel missende waarden door niet ingevuld geboortjaar

** Veel ontbrekende vragenlijsten door weg geraakte enveloppe

Bijna alle risico's worden meer gesignaleerd bij leeftijd <80 jaar met nadruk op:
roken (uitgezonderd team J, maar daar missen veel gegevens) en psychisch welbevinden

BIJLAGE VIII: TOELICHTING OBSERVATIESCHEMA

Factoren op verschillende niveaus kunnen de implementatie van de werkmethodek beïnvloeden. Het gaat dan om individuele factoren, sociale/groepsfactoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren.

De volgende factoren zijn meegenomen in het observatieschema (a.d.h.v. beïnvloedende factoren bij implementatie (Grol & Wensink, 2011).

Individuele factoren:

Cognitieve factor

Inschatting kennis & vaardigheden professionals. Het toepassen van een nieuwe methodek vraagt vaak specifieke kennis en vaardigheden van de professional. Kan er een inschatting gemaakt worden in hoeverre professionals de informatie over de werkmethodek goed op kunnen nemen en ook daadwerkelijk toe kunnen passen? (Mogelijk vanuit vragen die gesteld worden of voorbeelden die ze geven?)

Motivationale factor:

Inschatting van de motivatie van professionals om daadwerkelijk met de werkmethodek aan de slag te gaan.

De motivatie kan zich uiten door tevredenheid/ontevredenheid over de huidige situatie, specifieke voorbeelden, hun attitude ten aanzien van het gebruik van de werkmethodek.

Gedragmatige factoren:

Bepaald routinematig gedrag als het beschikken over specifieke vaardigheden/persoonskenmerken kan van invloed zijn in de mate waarop professionals omgaan met de werkmethodek. Zit er een verschil in mensen met veel/ weinig werkervaring, oudere/jongere professionals, type professionals (wijkverpleegkundigen t.o.v. bijv. verzorgenden).

Sociale/groepsfactor:

Inschatting van het functioneren van het team en de samenstelling van het team omdat dit van invloed kan zijn op de implementatie van de werkmethodek.

Gekeken kan worden naar de doelgerichtheid van het team, of er een gevoel van veiligheid is om inbreng te hebben en actief deel te nemen, of er sprake is van een sterke of zwakke cohesie, ect.

Organisatorische factoren

Belangrijke voorwaarde voor implementatie van de werkmethodek / het project is dat de noodzakelijke faciliteiten en materialen beschikbaar zijn. Kan er een inschatting gemaakt worden of professionals voldoende ruimte ervaren vanuit de organisatie om de werkmethodek toe te passen binnen de werkmethodek/ aan de slag te gaan binnen het project?

BIJLAGE VIII: OBSERVATIESCHEMA TEAMBIJENKOMSTEN

Observatieschema Teambijeenkomsten

Dit observatieschema dient als verslaglegging naast de notulen. In dit document komen ook non-verbale aspecten aan bod zoals lichaamshouding, sfeer, fysieke ruimte en aandeel van verschillende participanten.

Algemeen	
Datum	
Aanwezig/ Afwezig	
Waar (eventueel bijzondere aspecten noemen van de ruimte)	
Agenda	
Impressie	
Sfeer	
Relatie projectleider - teamleden Welwillendheid Vertrouwen Wederzijds vertrouwen Dialoog	

Individuele factoren	
<p>Inschatting kennis & vaardigheden professionals</p> <ul style="list-style-type: none"> - brengen professionals deskundigheid/informatie /vragen in? -Wordt de informatie begrepen? - kunnen professionals wat met de informatie? <p>Gaan de professionals op zoek naar informatie?</p> <p>onderscheid in kennis mbt:</p> <ul style="list-style-type: none"> -leefstijlgerichte preventie - de werkmethoediek -de implementatie 	
<p>Inschatting motivatie voor project</p> <ul style="list-style-type: none"> -tevreden/ontevreden over huidige situatie -Attitude t.a.v. de methodiek -houding t.o.v. de implementatie 	
<p>Inschatting gedragsmatige/ persoonskenmerken</p> <p>Verschil in participatie professionals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - met veel/ weinig werkervaring - oudere/jongere professionals - type professionals (wijkverpleegkundigen t.o.v. verzorgenden). 	

Sociale /groepsfactoren	
<ul style="list-style-type: none"> - samenstelling team - Rol van de teamleider - komen alle deelnemers aan bod? -Wordt elke inbreng gewaardeerd? -Bevragen de deelnemers elkaar over de onderliggende afwegingen/waardes van de inbreng? -psychologische veiligheid om zichzelf te kunnen uiten -sterke/zwakke cohesie -Actieve deelname 	
Organisatorische factoren	
<ul style="list-style-type: none"> -krijgt/ervaart het team voldoende tijd om met het project aan de slag te gaan (Spelen meerdere projecten tegelijk) - ervaart het team voldoende steun vanuit de organisatie om met het project aan de slag te gaan (duidelijke communicatie, waardering) 	
Overig	
Aandeel verschillende respondenten	
Opvallend (verbaal &Non verbaal)	
Belangrijke citaten	

Eigen ideeën/ suggesties	
Samenvatting	