

*Heb ik zicht op
het alcoholgebruik bij
bewoners?*

Ben ik alert op (dreigende) valincidenten?

*Hoe heb ik
aandacht voor gezond gewicht?* **Hoe bewegen de burgers?**

Wat valt mij op bij burgers die roken?

*Hoe heb ik
aandacht voor psychisch
welbevinden?*

*Hebben we oog voor
de krachten van bewoners?*

TOELICHTING

**Bij de werkmethodiek
'Aandacht voor
(on)gezonde leefstijl in
zorg en welzijn'**



Ter ondersteuning van medewerkers in zorg en welzijn

Colofon

Deze toelichting is ontwikkeld door Stichting Icare in samenwerking met Christelijke Hogeschool Windesheim, Travers Welzijn, Driezorg Wonen, Welzijn & Zorg en Stichting Welzijnswerk Hoogeveen.

Deze toelichting hoort bij de werkmethode 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn'. Van deze werkmethode is ook een zakboekje beschikbaar.

Dit zijn eindproducten van het project 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn'.

Stichting Icare
Verpleging en Verzorging
Drs. G.A. (Margriet) de Boer
MSc. A.G. (Aletta) Koops
0522 - 279000
Postbus 900
7940 KE Meppel

Christelijke Hogeschool Windesheim
Dr. T.L.S. (Tommy) Visscher
Dr. C.H.M. (Carolien) Smits
Drs. A.E. (Anne Esther) Marcus-Varwijk
Postbus 10090
8000 GB Zwolle
088-4698205

Meppel/ Zwolle, februari 2013

Windesheim 



Dit project is financieel mede mogelijk gemaakt door ZonMw.



Vooraf

Voor u ligt de toelichting op de werkmethode 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn'. Hierin vindt u informatie over de achtergrond en implementatiemogelijkheden van deze werkmethode. De toelichting is bruikbaar voor mensen die in hun organisatie willen stimuleren dat medewerkers met de werkmethode 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl in zorg en welzijn' aan de slag gaan.

De werkmethode is door Stichting Icare en Christelijke Hogeschool Windesheim in juli 2012 opgeleverd in samenwerking met Travers Welzijn, Driezorg Wonen, Welzijn en Zorg en Stichting Welzijn Hoogeveen. En in het najaar van 2012 toegepast door tien teams van Stichting Icare. Het ontwikkel- en het implementatieproject zijn financieel mede mogelijk gemaakt door ZonMw.

De betrokken welzijnswerkers en thuiszorgmedewerkers hebben ervaren dat het goed mogelijk is om een gezonde leefstijl te stimuleren in bestaande contactmomenten. Het blijkt niet altijd eenvoudig. De ervaringen leren dat de zeven stappen van de werkmethode daarbij helpen. Door de ervaringen is ook duidelijk geworden dat een systematische en planmatige ondersteuning bij de implementatie van belang is. Om die reden is bij de werkmethode ook deze toelichting geschreven.

De [werkmethode](#) bevat veel praktische hulpmiddelen. Daardoor is het een omvangrijk document geworden. Van de werkmethode is een zakboekje gemaakt. Dit is een compacte beschrijving van de zeven stappen zonder de praktische hulpmiddelen. Er is een [zakboekje voor medewerkers uit de \(thuiszorg\)](#) en een [zakboekje voor medewerkers uit het welzijnswerk](#).

De werkmethode, het zakboekje en de toelichting zijn beschikbaar via www.awtgezondheiddichtbij.nl onder 'aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn'.

Inhoudsopgave

Vooraf	3
1. Inleiding	7
2. Achtergrond van de werkmethoediek	8
3. Uitgangspunt: Vanuit gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making)	10
4. Bevorderende en belemmerende factoren	13
5. Werkmethoediek: werkwijze voor implementatie van de zeven stappen	15
6. Tips voor ondersteuning van zorgmedewerkers (Practice Development)	
Bijlage 1. Wat is de aanleiding voor de werkmethoediek 'Leefstijlgerichte preventie in zorg en welzijn'?	20
Bijlage 2: hoofdstuk PD uit Zorg voor Beter handleiding	23

1. Inleiding

De laatste tijd wordt veel gesproken over thema's als vraaggestuurd werken, klant centraal, verbinden van zorg en welzijn, 'ontzorgen' en welbevinden. Onlangs is het nieuwe beroepsprofiel door V&VN uitgebracht waarin de competentie gezondheidsbevorderaar is opgenomen. In het welzijnswerk spelen de 8 bakens voor 'welzijn nieuwe stijl'.

Voor medewerkers uit zorg en welzijn is het de uitdaging om in hun dagelijkse contacten met cliënten en burgers ook aandacht voor deze thema's te hebben. Maar hoe doe je dat nou? Hoe zorg je er voor dat je bewust signaleert en wat kun je vervolgens doen met die signalen? Hoe pak je dat als team op?

Een praktisch handvat is de werkmethode 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn'. Deze werkmethode ondersteunt medewerkers om door middel van 7 stappen samen met collega's en cliënten aandacht te hebben voor preventie in zorg en welzijn. Deze 7 stappen zijn ontwikkeld met medewerkers van de thuiszorg (Stichting Icare) en medewerkers van het welzijnswerk (Travers Welzijn, Driezorg Wonen, Welzijn & Zorg en Stichting Welzijnswerk Hoogeveen) uit Zwolle en Hoogeveen. Christelijke Hogeschool Windesheim heeft de expertise van shared decision making en practice development ingebracht en het onderzoek uitgevoerd.

In de (thuis)zorg worden mensen uit de doelgroep klanten, cliënten of patiënten genoemd. In het welzijnswerk worden mensen uit de doelgroep bewoners, burgers of cliënten genoemd. De werkmethode richt zich op beide werksoorten. Aangezien de werkmethode vooral gericht is op de persoongerichte preventie is ervoor gekozen om de doelgroep in de werkmethode en in de toelichting als cliënt aan te spreken. Daar waar cliënt genoemd wordt kan ook klant, patiënt, bewoner of burger en de omgeving van de cliënt, gelezen worden.

In deze toelichting zijn de [achtergrond](#) (hoofdstuk 2), [uitgangspunten](#) (hoofdstuk 3), de [belemmerende en bevorderende factoren](#) (hoofdstuk 4) en de wijze van [implementatie van deze werkmethode](#) (hoofdstuk 5) beschreven.

Ervaringen van de betrokken medewerkers zijn:

"We worden geprikkeld om met een 'andere bril' naar onze dagelijkse contacten met cliënten te kijken. Ook realiseren we ons dat we snel handelen en (te?) snel met onze oplossing komen." ;

"Waarom bieden we nog zorg?"; "Zouden we vanaf het begin af aan niet alert moeten zijn om niet teveel zorg te bieden, maar alleen dat te doen wat nodig is?";

"Hebben we voldoende oog voor de zelfstandigheid van onze cliënten?";

"Het geeft mij ideeën hoe ik met de cliënt in gesprek kan gaan over wat ik signaleer"

"Ik dacht dat ik al veel aandacht had voor leefstijl maar door het project ben ik me ervan bewust geworden dat dit nog meer mogelijk is en weet ik ook beter hoe ik dat kan doen."

2. Achtergrond van de werkmethodek

2.1 Waarom aandacht voor (on)gezonde leefstijl vanuit zorg en welzijn?

Het aantal mensen dat een chronische, vaak progressieve, aandoening heeft is groot evenals het aantal mensen dat tot de risicogroepen behoort. Dit aantal zal in de nabije toekomst verder toenemen (Bastiaenen en Van Vliet 2009). Een gezonde leefstijl, gezonde voeding, voldoende beweging, gezond gewicht, stoppen met roken, ontspannen, valpreventie bij ouderen kunnen bijdragen aan het voorkomen van chronische aandoeningen.

Mensen hebben een eigen verantwoordelijkheid wat betreft gezond gedrag. Zelfmanagement, zelfregie of empowerment staat daarbij steeds meer centraal. Om dit te bereiken is het belangrijk om gezond gedrag te bevorderen. Preventieve interventies die zich richten op het stimuleren van gezond gedrag hebben echter een beperkt bereik (Bogers e.a.2008; Hamberg-van Renen e.a. 2008).

Medewerkers vanuit (thuis)zorg en welzijn hebben vaak langdurig vertrouwelijk contact met cliënten en burgers. Daarbij zijn ook cliënten die een verhoogd risico hebben op chronische aandoeningen vanwege hun leefstijl.

Medewerkers uit zorg en welzijn kunnen daarmee een sleutel zijn voor het bevorderen van een gezonde leefstijl en ziektepreventie. Door in de bestaande contacten bewust aandacht te hebben voor (on)gezonde leefstijl wordt het mogelijk om interventies, die gericht zijn op gezondheidsbevordering, op maat in te zetten. Deze interventies kunnen bijdragen aan het afwenden of uitstellen van een mogelijke zorgvraag.

Professionals die vanuit thuiszorg of welzijnswerk met cliënten in aanraking komen vinden het vaak lastig om aandacht voor de (on)gezonde leefstijl in te passen in hun werkwijze. Om medewerkers hierbij te ondersteunen is de werkmethodek 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn' ontwikkeld. De zeven stappen van de werkmethodek 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn' bieden hiertoe een handvat. Meer informatie over de aanleiding voor de werkmethodek vind je in [bijlage 1](#).

2.2 Past aandacht voor leefstijl in de huidige ontwikkelingen in zorg en welzijn?

Aandacht voor leefstijl kan bijdragen aan het stimuleren van gezondheidsbevordering, 'ontzorgen' en/of het stimuleren van participatie van cliënten. Dit sluit aan bij de beroepsprofielen en ontwikkelingen in zorg en welzijn.

2.2.1 Zorg: de competentie gezondheidsbevorderaar.

Vanwege de veranderingen in maatschappij, zorg, beroepsuitoefening en opvattingen over gezondheid ontwikkelde V&VN nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen en verzorgenden (zorgkundigen) (V&VN, maart 2012). De stappen van de werkmethodek 'Aandacht voor leefstijl' zijn ondersteunend voor de competentie gezondheidsbevorderaar.

De competentiegebieden voor [verpleegkundigen](#) zijn:

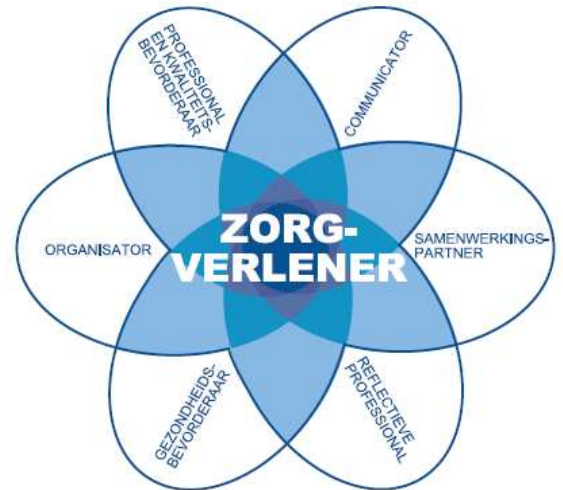
- 1) Vakinhoudelijk handelen: de verpleegkundige als zorgverlener.
- 2) Communicatie: de verpleegkundige als communicator.
- 3) Samenwerking: de verpleegkundige als samenwerkingspartner.
- 4) Kennis en wetenschap: de verpleegkundige als reflectieve professional die handelt naar de laatste stand van de wetenschap.

5) [Maatschappelijk handelen: de verpleegkundige als gezondheidsbevorderaar.](#)

- 6) Organisatie: de verpleegkundige als organisator.
 7) Professionaliteit en kwaliteit: de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar.

De competentiegebieden voor **zorgkundigen** zijn:

- 1) Vakinhoudelijk handelen: de zorgkundige als zorgverlener.
- 2) Communicatie: de zorgkundige als communicator.
- 3) Samenwerking: de zorgkundige als samenwerkingspartner
- 4) Kennis en wetenschap: de zorgkundige als lerende professional
- 5) **Maatschappelijk handelen: de zorgkundige als gezondheidsbevorderaar**
- 6) Organisatie: de zorgkundige als organisator
- 7) Professionaliteit en kwaliteit: de zorgkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar.



Figuur 1: competenties verpleegkundigen en zorgkundigen.

2.2.2 Welzijn: leefstijl binnen 'Welzijn Nieuwe Stijl'.

Het welzijnswerk kent de omslag naar 'Welzijn nieuwe stijl'. Dit is een stimuleringsprogramma vanuit het Ministerie van VWS, de VNG en MOgroep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening.

'Welzijn nieuwe stijl' kent 8 bakens:

- Gericht op de vraag achter de vraag
- Gebaseerd op de eigen kracht van burgers
- Direct 'er op af'
- Formeel en informeel in optimale verhouding
- Collectief wat collectief kan en individueel wat individueel moet
- Integraal werken
- Niet vrijblijvend maar resultaatgericht
- Gebaseerd op ruimte voor de professional

De stappen van de werkmethode 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn' kunnen bijdragen aan het stimuleren van welzijnswerk vanuit deze 8 bakens.

3. Uitgangspunt: vanuit gedeelde besluitvorming (Shared Decision Making)

In het kader van het stimuleren van zelfmanagement, burgerkracht en participatie wordt vaak gezegd 'er moet uit worden gegaan van de vraag van de cliënt' of 'de cliënt dient centraal te staan'. Het gaat daarbij echter vooral om het centraal stellen van *de individuele behoeften* van de cliënt (Vilans, wegwijis in zelfmanagement en technologie, mei 2011).

Hierbij is het van belang om te kijken naar de behoeften vanuit het perspectief van de oudere gericht op welbevinden en een waardevolle toekomst. Kwetsbaarheid en weerbaarheid, ingeschat door de oudere zelf, zijn begrippen die goed voorspellen in hoeverre er sprake zal zijn van een daadwerkelijke zorgvraag (Slaets, UMCG, Nationaal Programma Ouderenzorg).

Proces van gedeelde besluitvorming

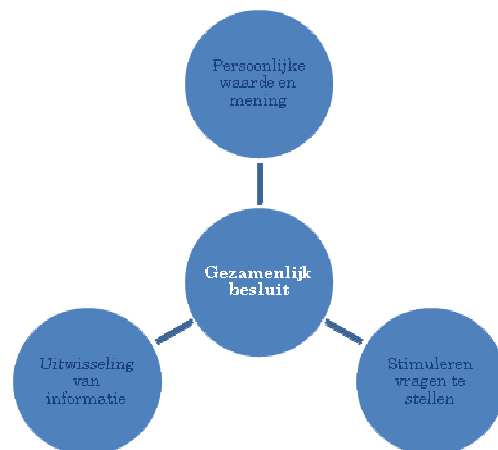
Om hier goed bij aan te sluiten zijn de uitgangspunten van gezamenlijke besluitvorming in de stappen van de werkmethode verwerkt. Met gezamenlijke besluitvorming (Shared Decision Making) wordt bedoeld: *het proces waardoor cliënt en zorgverlener tot een gezamenlijke gezondheidskeuze komen.*

Dit proces betekent dat de cliënt:

1. informatie krijgt over de toestand (neutraal en objectief)
2. gestimuleerd wordt om vragen te stellen (geïnformeerde vragen stellen)
3. gestimuleerd wordt om persoonlijke waardes en meningen over ziekte en opties te uiten (persoonlijke afwegingen)

Om vervolgens als medewerker en cliënt gezamenlijk te besluiten om tot actie over te gaan **of** te besluiten geen actie te ondernemen.

In onderstaand figuur is dit proces weergegeven.



Figuur 2: proces van gedeelde besluitvorming.

Voorwaarden voor gedeelde besluitvorming:

- onderlinge communicatie en gelijkwaardigheid cliënt en medewerker
- besef/ acceptatie bij de medewerker dat cliënt wil participeren
- respect voor de waarden en doelen van cliënt en medewerker
- cliënt en medewerker hebben elk een eigen verantwoordelijkheid wat betreft het verkrijgen van informatie.

Bij het verstrekken van informatie is het belangrijk dat de informatie aansluit op de situatie en behoefte van de cliënt. De juiste informatie op het juiste moment. Maar wat is het juiste moment?

- Cliënt is nog niet toe aan actie.
Let op dat je in die situatie geen adviezen geeft. Wat je wel kunt doen is de cliënt stimuleren om tot vragen te komen. En als de cliënt om antwoorden vraagt, geef dan neutrale en objectieve informatie.
- Cliënt staat open voor actie
Vraag dan door op de reacties die je van de cliënt krijgt en geef daaraan gekoppeld neutrale en objectieve informatie. Indien gevraagd zijn adviezen nu ook van toepassing.

Gedeelde besluitvorming toegepast op leefstijl gericht werken:

- wederzijds informatie uitwisselen over huidige leefstijl en de voor- en nadelen. Deze informatie is zowel evidence based als gebaseerd op ervaringen van cliënt. Wat is de achtergrond van deze (on)gezonde leefstijl? Waarom vindt de medewerker dit als professional belangrijk?
- keuze-praat (choice talk): met cliënt bespreken dat/of er in de situatie keuzes gemaakt kunnen worden (ervaren, feitelijk)
- beslissings-praat (decision talk): voor- en nadelen van verschillende keuzes, in relatie tot persoonlijke doelen van cliënt en medewerker (urgentie, waargenomen barrières en haalbaarheid)
- bedenktijd inlassen, zodat de cliënt eventueel een keuzehulp, internet of belangrijke anderen kan raadplegen
- vragen of de cliënt een keuze wil maken (geen keuze is ook een keuze)
- gezamenlijk een beslissing nemen
- gezamenlijk een plan opstellen: doel, termijn, activiteiten, barrières en wat is nodig om die te overwinnen, wanneer is de cliënt tevreden?
- vervolgspraken maken

Vooraf bij beslissingen waarbij meer opties bestaan, zoals bij leefstijl, is het belangrijk dat de cliënt de uiteindelijke keuze maakt. Dat klinkt logisch, maar het gebeurt vaak niet, of niet volledig. Gezamenlijke besluitvorming is namelijk meer dan alleen informed consent (geïnformeerde toestemming) verkrijgen.

Waarom is het nodig om cliënten meer te betrekken bij het maken van keuzes?

- *Cliënten maken zelf een keuze*
 - Cliënten weten niet wat ze niet weten. Medewerkers weten niet goed wat cliënten wel of niet weten. Cliënten verschillen sterk in welke informatie ze hebben ontvangen vanuit verschillende (soms onverwachte) bronnen. Een medewerker die cliënten wijst op verschillende opties, zal zien dat cliënten wel degelijk blij zijn dat ze iets te kiezen hebben. Vervolgens kunnen cliënten datgene kiezen wat hun voorkeur heeft.
 - Cliënten en medewerkers kennen elkaars waarden en doelen vaak niet. Soms denken medewerkers dat ze dit van de cliënten weten zonder dat erover gesproken is. Wanneer de doelen en persoonlijke afwegingen van medewerkers en cliënten boven tafel komen, is er ruimte om op elkaar in te spelen en tot bewuste keuzes te komen. Dat leidt tot keuzes waarover beide

partijen tevreden kunnen zijn. Dergelijke keuzes maken meer kans om consistent uitgevoerd te worden dan keuzes die simpelweg aangeraden worden door professionals.

- Cliënten en medewerkers weten vaak niet van elkaar wat ze al weten over leefstijl. Meestal heeft de medewerker een kennisvoorsprong op het gebied van objectieve voor- en nadelen van een bepaalde leefstijl, over de effecten van leefstijlinterventies, en over het plaatselijke aanbod hiervan. Cliënten weten echter wat bij de buurvrouw heeft gewerkt en wat voor hen persoonlijk wel of niet werkt. Al deze kennis verdient het te worden gedeeld. Deze uitwisseling versterkt de eigenwaarde van mensen en hun zelfmanagement op lange termijn

- *Cliënten kiezen doorgaans verstandig*
Onderzoek dat gedaan is naar gezamenlijke besluitvorming toont aan dat cliënten doorgaans keuzes maken die zorgverleners ook verstandig vinden.

- *Het is goed voor de cliënt-medewerker relatie*
De relatie tussen medewerker en cliënt gaat erop vooruit als je weet wat er speelt en wat de beweegredenen zijn achter de gemaakte keuze.

4. Randvoorwaarden en bevorderende en belemmerende factoren voor aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn

Vanuit het project 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn' zijn in Hoogeveen en Zwolle ervaringen opgedaan met de toepassing van de stappen van de werkmethode. Hierbij is gebleken dat het integreren van aandacht voor leefstijl in de uitvoering van zorg en welzijn veranderingen vraagt van medewerkers. Het betekent 'anders kijken', 'anders denken' en 'anders doen'. Dit vraagt om:

Draagvlak voor de benodigde veranderingen voor 'Aandacht voor leefstijl' bij medewerkers, de teams en de ondersteuning van de teams.

- Stel vast dat 'Aandacht voor leefstijl' aansluit bij interne en externe ontwikkelingen.

Start bij het stimuleren van aandacht voor leefstijl met het vaststellen of en zo ja hoe dit bijdraagt aan belangrijke ontwikkelingen die binnen en buiten de organisatie spelen.

Medewerkers ervaren in de praktijk dat er al zoveel moet. Ruimte voor 'iets er bij' wordt niet ervaren. Wat zijn de drijfveren en doelen van medewerkers? Wat houdt hen bezig? Hoe raakt dit aandacht voor leefstijl? Welke opdracht is passend in relatie tot de interne en externe ontwikkelingen waar het team mee te maken heeft?

Binnen de zorg betekent dit aansluiting zoeken bij ontwikkelingen zoals: zichtbare schakel, zorgleefplan, wijkgericht werken, excellente zorg, welbevinden, zelfmanagement en 'ontzorgen'.

Binnen het welzijnswerk betekent dat aansluiting zoeken bij ontwikkelingen zoals: participatie en burgerkracht, welzijnswerk nieuwe stijl, WMO en decentralisatie AWBZ taken.

- Stel vast dat 'Aandacht voor leefstijl' onderdeel is van het takenpakket van medewerkers in zorg en welzijn.

Om daadwerkelijk prioriteit te kunnen geven aan aandacht voor leefstijl is het van belang dat dit onderkend wordt op alle niveau's in de organisatie (uitvoerende medewerkers, beleidsmakers en beslissers).

Ook is het van belang dat dit onderkend wordt door cliënten. Zijn zij zich er van bewust dat aandacht voor leefstijl in het takenpakket van medewerkers van zorg en welzijn zit? Hoe maken we in onze uitingen naar cliënten inzichtelijk dat voor leefstijl ook aandacht kan zijn?

Voor de zorg vraagt erkenning dat aandacht voor leefstijl in het takenpakket zit ook om besluitvorming hoe in het team om te gaan met eventuele taken die buiten de indicatie vallen.

- Stel vast dat er veranderingsbereidheid is bij medewerkers en organisatie.

'Aandacht voor leefstijl' vergt een omslag van medewerkers en organisatie. Namelijk 'anders kijken, anders denken, anders doen'. Zien medewerkers de noodzaak om te veranderen, geloven ze erin? Ervaren zij ruimte om te kunnen veranderen? Zijn medewerkers voldoende in staat om te reflecteren op eigen handelen?

Worden medewerkers voldoende gefaciliteerd om veranderingen een kans te geven?
Worden medewerkers voldoende uitgedaagd om te reflecteren op eigen handelen?

Bereidheid tot borging en verankering van de verkregen resultaten

Om er voor te zorgen dat de verkregen resultaten geborgd en verankerd worden, is het van belang om te weten of wat je doet succesvol is en er voor te zorgen dat je blijft doen wat succesvol is.

Dit vraagt om:

- Integreer evaluatie in je werkproces.

Zet verbeterpunten in gang, evalueer deze. En ga na eventuele bijstelling al dan niet over tot (bredere) implementatie en borging en evalueer de implementatie en borging. Evalueren is om deze reden ook als stap in de werkmethode opgenomen.

- Bestuurlijk draagvlak en 'mentale ruimte' bij medewerkers voor borging en verankering.

Stimuleer dat voor de medewerkers bij borging en verankering duidelijk is wat de kaders zijn en wat daarmee de 'speelruimte' van het team is. Zorg dat de voorstellen die teams voor implementatie opstellen ook afgestemd zijn met de beslissers en beleidsmakers.

- Gespreksvaardigheden waarmee medewerkers goed aan sluiten bij hun cliënt.

Ondersteun medewerkers hierbij desgewenst bijvoorbeeld met motiverende gespreksvoering en gedeelde besluitvorming.

- De kans van slagen voor borging te vergroten door:
 - o de (nieuwe) activiteiten in te passen in het primaire proces.
 - o medewerkers bij de borging en verankering te betrekken tijdens de bestaande overlegmomenten. Probeer in bestaande overleggen te stimuleren om vanuit het cliëntenperspectief te kijken en maak teams bewust van de (te) sterke gerichtheid op oplossingen.
 - o gebruik te maken van succeservaringen.

Bevorderende en belemmerende factoren

Uit de implementatie met de tien teams van Icare zijn bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van de werkmethode bij een wijkteam van de thuiszorg naar voren gekomen.¹

Wat werkt? (bevorderende factoren)

- Luisteren naar elkaar.
- Stel duidelijke doelen.
- Stel realistische doelen.
- Zet kleine maar concrete stappen.
- Houd rekening met motivatieverschillen binnen een team.
- Speel in op opleidingsverschillen binnen een team.

¹ Zie onderzoeksrapportage (februari 2013) en factsheet implementatie via www.awtgezondheiddichtbij (projecten: project aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn).

- Maak bereikte doelen zichtbaar en vier ze.
- Zorg voor steun op organisatieniveau.
- Verbind aandacht voor leefstijl aan koers van de organisatie/ visie op zorg.
- Oog voor eigen kracht en mogelijkheden van cliënten.
- Maak gebruik van cultuurverschillen tussen zorg en welzijn.
- Neem de tijd.

Beren op de weg (belemmerende factoren)

- Beperkte reflectie bij teamleden: We doen dit al!
- Acties niet opvolgen, feedback vergeten.
- Ervaren tijdgebrek.
- Vooroordeel van teamleden over motivatie van cliënten (niet gemotiveerd, rigide).
- Angst voor schenden privacy van de cliënt.

5. Werkmethodiek: werkwijze voor implementatie van de stappen

5.1 Op wie is de werkmethode gericht?

De werkmethode is geschreven voor uitvoerende medewerkers van (thuis)zorg en welzijnswerk die in hun dagelijkse contacten met cliënten en burgers aan de slag willen gaan met aandacht voor (on)gezonde leefstijl en het bevorderen van een gezonde leefstijl.

De werkmethode is voor de thuiszorg toepasbaar voor helpende niveau 2 tot en met wijkverpleegkundige niveau 5 en voor de ondersteunende medewerkers in de thuiszorgorganisatie.

Voor het welzijnswerk is de werkmethode vooral geschikt voor de welzijnswerkers die individuele contacten met burgers in de wijk hebben.

Bij het ontwikkelen van de werkmethode is duidelijk geworden dat aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn een verandering in de werkwijze van medewerkers vraagt. Namelijk '*anders kijken, anders denken, anders doen*'. De stappen van de werkmethode prikkelen medewerkers om bewuster stil te staan bij 'waarom doe ik wat ik doe'. Ze dragen daarmee bij aan het realiseren van de omslag.

De werkmethode, en in het bijzonder de toelichting bij de werkmethode, is ook bedoeld voor beleidsmedewerkers/ staffunctionarissen/ leidinggevenden/ teamcoaches die uitvoerende medewerkers ondersteunen om in hun contacten met cliënten en bewoners aandacht voor (on)gezonde leefstijl te hebben.

5.2 Hoe kan ik (met mijn medewerkers) aan de slag met de stappen van de werkmethode?

Wanneer je als organisatie besluit om aandacht te hebben voor leefstijl in zorg en welzijn is het van belang om als team en leidinggevende/ teamcoach goed te kijken naar de huidige situatie ten aanzien van de zeven stappen. Waar staan we met ons team in dit proces? Welke stappen vragen onze aandacht? Hoe kunnen we daarin met elkaar tot acties komen? Wat levert dit ons op? Welke vervolgstapen vraagt dit van ons?

Per stap is in de werkmethode 'aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn' een beschrijving gemaakt van het doel van de stap, hoe dit aangepakt kan worden en welke hulpmiddelen daarbij gebruikt kunnen worden. De hulpmiddelen zijn geformuleerd vanuit de principes van [gedeelde besluitvorming](#).

De werkmethode is zeer volledig en omvat veel mogelijke hulpmiddelen die ingezet kunnen worden. De medewerkers die bij de ontwikkeling van de werkmethode betrokken waren, hebben aangegeven dat alle hulpmiddelen relevant kunnen zijn.

Ondersteuning gewenst

Toch blijkt het niet vanzelfsprekend dat teams daadwerkelijk met de stappen van de werkmethode aan de slag gaan. Uit de bevorderende – en belemmerende factoren komt naar voren dat voor het daadwerkelijk toepassen draagvlak in de organisatie nodig is. Zowel op uitvoerend - (teams), als op beleidsmakend- (beleidsmedewerkers) en beslissend (leidinggevenden, teamcoaches, managers, directeurs) niveau. De medewerkers uit zorg en welzijn die betrokken waren bij de ontwikkeling van de werkmethode hebben aangegeven

dat deze ondersteuning hierbij van belang is. Daarbij is er vooral behoefte aan om aandacht voor leefstijl op 'de agenda' te zetten en te houden en toelichting over de context van de ontwikkelingen landelijk en in de organisatie die maken dat het gewenst is om aandacht voor leefstijl te hebben.

Wat vraagt dit van medewerkers die teams bij de implementatie ondersteunen?

Prioriteit geven

Ik faciliteer mijn medewerkers zodat:

- zij in hun dagelijkse werk aandacht hebben voor het bevorderen van een gezonde leefstijl van onze cliënten op een manier die aansluit bij de doelen en waarden van de cliënt.

Samenwerken

Ik faciliteer mijn medewerkers zodat zij weten:

- welke professionals en/of vrijwilligers betrokken kunnen zijn bij de zorg en ondersteuning voor onze cliënten;
- wie daarbij welke rol heeft;
- hoe wij informatie delen met professionals van andere organisaties en met vrijwilligers.

Signaleren

Ik faciliteer mijn medewerkers zodat zij:

- (on)gezond gedrag kunnen herkennen bij onze cliënten;
- de context kunnen herkennen waarbinnen dit gedrag plaatsvindt.

Bespreekbaar maken

Ik faciliteer mijn medewerkers zodat zij:

- samen met onze cliënten hun leefstijl bespreekbaar kunnen maken. Waarbij mijn medewerkers de doelen, waarden en kennis van de cliënt achterhalen en daarbij aan sluiten.

Motiveren, uitwisselen van afwegingen

Ik faciliteer mijn medewerkers zodat zij:

- samen met onze cliënten werken aan diens motivatie om leefstijl te veranderen. Waarbij mijn medewerkers aansluiten bij de doelen, kennis en afwegingen van de cliënt.

Kiezen

Ik faciliteer mijn medewerkers zodat zij:

- met onze cliënten beider doelen, waarden, keuzemogelijkheden, voorkeuren en afwegingen, voor een eventuele aanpak van leefstijl bespreken. Zodat zij tot een gezamenlijk gedragen aanpak komen.

Evalueren/ feedback

Ik bespreek/ evalueer:

- met mijn medewerkers hoe we activiteiten om aandacht te hebben voor (on)gezonde leefstijl inpassen in ons dagelijks handelen.

Ik stimuleer en faciliteer mijn medewerkers om:

- met onze cliënten en collega's het verloop en de resultaten van de eventuele acties te bespreken/ evalueren.

5.3 Bij ondersteuning is Practice Development van waarde

De werkmethode is samen met medewerkers uit zorg en welzijn in Zwolle en Hoogeveen ontwikkeld. Deze medewerkers kwamen gedurende 12 maanden maandelijks bijeen in een verbeterteam. In het implementatieproject zijn tien volledige wijkteams in 4 maandelijkse bijeenkomsten met de werkmethode gestart. De specifieke leerpunten uit deze implementatie zijn verwerkt in hoofdstuk 6.

De agenda's van de bijeenkomsten van het verbeterteam en de tien wijkteams zijn volgens de methode van [Practice Development](#) (zie bijlage 2) tot stand gekomen. De betrokken medewerkers hebben aangegeven dat de werkvormen van Practice Development mede bijgedragen hebben aan het stimuleren van 'anders kijken, anders denken, anders doen'. In de stappen van de werkmethode zijn werkvormen vanuit Practice Development opgenomen.

Wat is Practice Development?

Practice Development (PD) staat voor ontwikkeling vanuit de praktijk. Practice Development (PD) 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.
- kleine stapjes.
- werk samen met de cliënt en ga niet alleen als professional tot actie over.

Hoe ga je met implementatie van de werkmethode op basis van PD aan de slag?

1. *Vorm een verbeterteam van medewerkers dat met de implementatie aan de slag gaat.*
Stel bij de start van de implementatie vast welke medewerkers met de implementatie gaan starten. Dit kan een bestaand team zijn. Het kan ook een nieuw team zijn dat samengesteld wordt met medewerkers uit verschillende bestaande teams (eventueel van verschillende organisaties). Voordeel van aansluiten bij een bestaand team is dat alle collega's onderdeel uitmaken van de implementatie. Dit bevordert de daadwerkelijke toepassing in de praktijk.
2. *Stel met het team de wijze van ondersteuning van het team vast.*

Maak met het team afspraken over de manier van ondersteuning. Pakt iemand vanuit het team de rol van voorzitter/ facilitator? Of ondersteunt iemand van buiten het team in de rol van facilitator?

3. *Stel met het team de frequentie van de bijeenkomsten vast.*
Bij de start van de implementatie is een frequentie van 1 maandelijkse bijeenkomst aan te bevelen. Probeer na enkele maanden zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande contactmomenten.
4. *Ondersteun het team bij het vaststellen van de opdracht in de eerste bijeenkomst.*
Wat wil het team bereiken met aandacht voor leefstijl? Hoe kijkt het team naar de huidige situatie ten aanzien van aandacht voor leefstijl? Stimuleer het team tot het verhelderen, concretiseren en afbakenen van de opdracht met betrekking tot aandacht voor leefstijl.
5. *Ondersteun het team om tijdens elke bijeenkomst een concreet aandachtspunt/ verbeterpunt voor de volgende bijeenkomst vast te stellen.*
Wat ziet het team als sterke punten in het kader van aandacht voor leefstijl? Wat zijn de zorgen die de teamleden hebben? Welke stap uit de werkmethode sluit daarbij aan? Welke concrete suggesties en voorstellen heeft het team voor het vasthouden van de sterke punten en het verbeteren van de knelpunten? Welke suggesties/ hulpmiddelen worden bij deze stap in de werkmethode voorgesteld? Waar gaat het team in de periode tot de volgende bijeenkomst mee aan de slag? Maak dit concreet.
6. *Kijk als team tijdens de eerstvolgende bijeenkomst terug naar de ervaringen in de afgelopen periode en stel nieuwe aandachtspunten voor de volgende bijeenkomst vast.*
Nodig het team uit om hierbij te komen tot concrete, haalbare, realistische acties, kleine stapjes
7. *Stimuleer actief leren.*
Verbeteren van je dagelijkse uitvoering in de praktijk en daarmee dus bestaande werksituaties te veranderen, is leren. Leren doet iedereen op verschillende manieren. Bij actief leren zetten betrokkenen verschillende soorten kennis in voor de dagelijkse uitvoering bij cliënten/ burgers. Dat wil zeggen wetenschappelijke kennis, professionele kennis, persoonlijke kennis en ervaringskennis. Al deze kennis is waardevol en krijgt serieus de aandacht bij veranderingen. Daarnaast is het belangrijk bij alle betrokkenen de intrinsieke motivatie om continu te ontwikkelen, aan te spreken. Dat vraagt om een open communicatie waarin elkaar bevragen, uitdagen en ondersteunen de norm is. Vanuit PD wordt kennis aangeboden wanneer de betrokkenen daar om vragen. In het verbeterteam onderzoeken de leden met elkaar welke vragen er leven over het onderwerp, wat men zelf al weet en wat niet. Vervolgens stelt het verbeterteam de vraag hoe ze het antwoord op de vragen die ze niet weet kan beantwoorden. Dan zoeken de betrokkenen gericht wetenschappelijke kennis op.
8. *Evalueer tussentijds*
Kijk af en toe terug naar de opdracht waar je als team mee gestart bent. Dragen de ingezette acties inderdaad bij aan de opdracht?
9. *Borg positieve ervaringen*
Ga bij positieve ervaringen over tot borging en bredere implementatie.

Gebruik van geeltjes

Bij veel werkvormen die gebaseerd zijn op Practice Development wordt gebruik gemaakt van 'geeltjes' (post-it's). Dit komt vooral voort vanuit het streven om alle medewerkers actief te betrekken omdat ieders inbreng waardevol is. Sommige mensen reageren meteen, anderen hebben even tijd nodig om na te denken. De mensen die meteen reageren, kunnen het

denkproces van de mensen die denktijd nodig hebben verstoren. Door iedereen eerst te vragen om hun reacties op 'geeltjes' te schrijven en pas als iedereen is uitgeschreven het gesprek met elkaar aan te gaan, doe je recht aan ieders eigen wijze om tot een mening te komen. Het bespreken van de 'geeltjes' gebeurt op een neutrale manier.

Ervaring van een medewerker die bij de ontwikkeling van de werkmethode betrokken was: *"We hebben in het project veel werkvormen gedaan waarbij 'geeltjes' gebruikt werden. Eerst moest ik daar niets van hebben. We konden toch net zo goed allemaal meteen reageren? Ik heb toen ook aangegeven dat ik liever meteen het gesprek zou willen aangaan met elkaar. Toen we bespraken waarom voor de 'geeltjes' gekozen was, werd mij duidelijk dat ik een snelle reageerder ben. Ik heb het niet nodig om het eerst op te schrijven. In de loop van het project heb ik ervaren dat het opschrijven op 'geeltjes' stimuleert om eerst na te denken. Ik heb het nu zelf ook in mijn eigen team het gebruik van 'geeltjes' toegepast en het werkt echt!"*

Mogelijkheden werkwijze met 'geeltjes':

Stel de teamleden een gerichte vraag. Nodig alle teamleden uit om hun reactie op 'geeltjes' te schrijven. Per geeltje één opmerking. Vraag de teamleden om het met stift op een 'geeltje' te schrijven in verband met de leesbaarheid op de flap. Hang een flap op.

- Bij een kleine groep (maximaal 8 personen): vraag één teamlid om diens geeltjes toe te lichten en op de flap te plakken. Laat de andere teamleden vervolgens één voor één hun geeltjes erbij plakken en toelichten. Laat teamleden de reacties die bij elkaar horen, bij elkaar plakken (clusteren). Kijk na de laatste toelichting welke thema's er uit de clustering naar voren komen. Welke thema's spreken de teamleden vooral aan? Wil men aan de slag gaan? Waar wil men mee aan de slag gaan?
- Bij een grote groep (meer dan 8 personen): vraag de teamleden om de geeltjes op de flap te plakken. Nodig alle teamleden uit om de 'geeltjes' op de flap te lezen. Vraag of er nog 'geeltjes' zijn die om een verduidelijking vragen. Probeer daarna met elkaar een clustering in de 'geeltjes' aan te brengen. Wat hoort bij elkaar? Waarom denk je dat? Vinden anderen dat ook? Welke thema's komen uit de clusters naar voren? Welke thema's spreken de teamleden vooral aan? Wil men aan de slag gaan? Waar wil men mee aan de slag gaan?

Voor het succes van een verbeterteam zijn vier factoren van belang.

De eerste is de opdracht die het team meekrijgt: deze moet helder en concreet zijn, afgebakend en met ruimte voor eigen ontwikkeling van het team.

De tweede factor is de samenstelling van het team. In het verbeterteam heeft een persoon de rol van voorzitter of facilitator. De voorzitter of facilitator houdt de voortgang in het oog, stimuleert, motiveert en spreekt deelnemers zo nodig aan op gemaakte afspraken. Ervaring met proces- en projectmanagement is hierbij een voorwaarde.

Als derde factor is het van belang dat teamleden voldoende mogelijkheden hebben om met de verbeterpunten aan de slag te kunnen gaan en metingen te (laten) doen.

En tot slot moet het team zich eigenaar voelen van het project en het thema leefstijl. Het helpt natuurlijk als de teamleden leefstijl interessant en belangrijk vinden. Daarnaast moeten zij daadwerkelijk verantwoordelijkheden krijgen. Probeer de namen van de teamleden voortdurend met het thema in verband te brengen. Ondersteun dit vanuit de organisatie.

6. Tips voor de ondersteuning van zorgmedewerkers met Practice Development

Aandacht voor leefstijl kan goed ingepast worden in de bestaande werkwijze van medewerkers in de thuiszorg.² Teams kunnen hier met Practice Development (PD) werkvormen mee aan de slag. Icare heeft ervaren dat het belangrijk is om de ondersteuning aan te laten sluiten bij de bestaande werkprocessen en in te passen in de bestaande overlegstructuren van het team en bestaande overlegstructuren van de wijkverpleegkundigen niveau 5.

Het werken met de werkmethode vereist kennis en vaardigheden. Deze kennis en vaardigheden kunnen niet van alle medewerkers verwacht worden. Met name medewerkers van niveau 2 en soms ook 3 hebben moeite met gesprekstechnieken, reflecteren op eigen handelen en appel op eigen leervermogen. Zij ervaren de uitwisseling hierover al snel als theoretisch en te abstract en ontvangen liever concrete instructies. De kracht van deze 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 collega teamleden kunnen ondersteunen en instrueren om de juiste kennis en vaardigheden toe te kunnen passen. Het is daarom ook aan te bevelen om in de implementatie het gehele team te betrekken. Maar bij uitwisseling rondom bepaalde kennis en vaardigheden met name medewerkers niveau (3) 4 en 5 te betrekken.

Icare heeft ervaren dat aansluiting op bestaande werkprocessen en overlegstructuren mogelijk is door:

Overlegmomenten (zoals weekstart, teamoverleg, overleg wijkverpleegkundigen niveau 5).

Medewerkers geven aan dat structurele aandacht op het thema leefstijl hen helpt om hier in de zorg aandacht voor te hebben.

Dit is mogelijk door:

- in een contactmoment met het team en/of met wijkverpleegkundigen niveau 5 een bepaald leefstijlthema af te spreken als aandachtspunt voor een bepaalde tijd. Bijvoorbeeld: de komende tijd gaan we bewust kijken naar bewegen bij klanten. Of de komende tijd gaan we bewust kijken 'waar nemen we over' van klanten. Daarbij af te spreken dat ieder teamlid zijn/ haar ervaringen op geeltjes schrijft. Op het kantoor hangt een flap waarop deze geeltjes opgeplakt worden.
- Bij het volgende contactmoment wordt de flap met geeltjes bekeken. Teamleden worden uitgenodigd om alle geeltjes te lezen. Teamleden worden vervolgens uitgenodigd om met elkaar over de reacties op de geeltjes in gesprek te gaan. En vervolgens met elkaar af te stemmen wat zijn leerpunten, wat willen we uit deze bespreking vasthouden. Wat spreken we af als aandachtspunt voor de komende twee weken.

Verbinden naar risicosignalering (kwaliteitsposter)

² Zie onderzoeksrapportage (februari 2013) en factsheet implementatie via www.awtgezondheiddichtbij (projecten: project aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn).

Vanuit de Normen Gezonde zorg worden professionals geacht om risico's bij klanten te signaleren op de thema's overgewicht/ondergewicht, depressie, alcohol, vallen, huidproblemen en medicatieveiligheid. Teams kunnen kijken naar de risico's die gesignaleerd worden en de wijze waarop ze daar bij klanten mee om gaan.

Dit is mogelijk door:

- maak een poster met daarop de 6 onderwerpen van de risicosignalering.
- spreek tijdens een contactmoment met het team af dat teamleden de komende twee weken bij klanten naar risico's te kijken. Teamleden schrijven de gesignaleerd risico's op geeltjes en op plakken deze op de poster. En spreken af bij welk volgend teamcontact deze poster besproken wordt.
- bij een volgend teamcontact wordt de poster besproken. Teamleden worden uitgenodigd om alle geeltjes te lezen. Teamleden worden vervolgens uitgenodigd om met elkaar over de reacties op de geeltjes in gesprek te gaan. En vervolgens met elkaar af te stemmen wat zijn leerpunten, wat willen we uit deze bespreking vasthouden. Wat spreken we af als aandachtspunt voor de komende twee weken. Bij deze bespreking of de actiepunten zijn de bladen "hoe signaleer ik gezondheidsrisico's van V&VN en Actiz goed bruikbaar.

Klantbespreking

Medewerkers ervaren dat uitwisseling van ervaringen als collega's over klantsituaties helpend is. Ieder teamlid heeft zijn eigen contact met de klant, heeft eigen normen en waarden en daarmee een eigen beeld op de situatie. Het uitwisselen van deze beelden helpt om aangrijpingspunten te vinden om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de wensen en behoeften van de klant. En de zorg te verlenen volgens gedeelde besluitvorming.

Dit is mogelijk door:

In een gezamenlijk teamcontact te oefenen met klantbesprekingen:

Hierbij kunnen de hulpmiddelen uit de werkmethode "spiekbrieftje voor een casuïstiekbespreking", "spiekbrieftje bespreekbaar maken", spiekbrieftje motiverende gespreksvoering" en het evaluatie instrument "..... " helpend zijn.

- uitwisselen van meningen en ervaringen vanuit het perspectief van de professionals
- wat is het perspectief van de klant?
- Wat zijn aandachtspunten?
- Wat zijn leerpunten uit de klantbespreking? Zijn er punten die van waarde zijn om met het team te delen? Hoe brengen we deze punten in bij een volgend teamcontact.

Zorgplan en evaluatie

Veel zorgplannen zijn handelingsgericht opgesteld. "Kousen aantrekken of uittrekken", "wassen en zalven", "drinken klaarzetten". Deze gerichtheid op handelingen maakt dat leefstijlrisico's minder in beeld komen of niet zo gemakkelijk als onderdeel van de zorg gezien worden. Bij deze benadering wordt vervolgens ongemerkt handelingen van klanten overgenomen. Wanneer het zorgplan meer resultaatgericht is opgesteld kijken zorgmedewerkers breder naar de klantsituatie. En zijn zij meer geprikkeld om ook te kijken naar de leefstijl van klanten. Een voorbeeld van een resultaatgerichte formulering is 'mobiliteit stimuleren, mevrouw wil na ... maanden zelf haar bovenlijf kunnen wassen'. Stimuleer medewerkers om bewust te kijken naar mogelijke verbanden tussen dat wat zij feitelijk zien bij de leefstijl van klanten en de beschrijving van de zorg in het zorgplan.

Een mogelijkheid hiervoor is:

Vraag medewerkers om in de komende periode (bijvoorbeeld 2 weken) alert te zijn op gezondheidsrisico's bij klanten die te maken hebben met leefstijl. Vraag medewerkers om voor het volgende contactmoment van de klanten bij wie zij gezondheidsrisico's zagen het zorgplan mee te nemen.

Vraag in het volgende contactmoment aan de teamleden om bij de klanten waarvan zij een zorgplan mee hebben genomen te kijken

- Komt in het zorgplan ook naar voren dat deze risico's in beeld zijn?
- Komt in het zorgplan ook naar voren dat hierover met de klant gesproken is of met de klant gesproken gaat worden?
- Zijn er met de klant ook doelen of acties afgesproken? Komen deze ook terug in het zorgplan?
- Zijn er evaluatiemomenten afgesproken?
- Vraag de teamleden om te kijken naar de wijze waarop het zorgplan beschreven is. Is het een weergave van handelingen of is het resultaatgericht opgesteld.

In deze ondersteuning is het van belang om alert te zijn op:

Wat is leefstijl?

Professionals associëren leefstijl vooral met 'niet roken', 'afvallen', 'geen alcohol'. Aandacht voor leefstijl lijkt in de beleving van medewerkers dat je een klant moet vertellen dat hij moet stoppen met roken, af moet vallen of moet stoppen met drinken.

Vul in het gesprek met de medewerkers aan dat je aandacht voor leefstijl ook kunt zien als het behouden/ stabiliseren van de gezondheids situatie. Bijvoorbeeld bij overgewicht niet de focus leggen op afvallen maar te vragen naar de beleving van de klant bij het huidige gewicht. En als de klant ook vindt dat er sprake is ongewenste gewichtstoename eerst eens te kijken wat er mogelijk is om verdere gewichtstoename te voorkomen.

Waarom aandacht voor leefstijl?

Professionals ervaren hierbij een spanningsveld. Vanuit hun eigen professionele perspectief vinden zij het stimuleren van gezondheid heel belangrijk. Tegelijkertijd ervaren ze dat er bij leefstijl sprake is van ingesleten patronen en gewoonten bij klanten. *"Dat is toch de eigen keuze van klanten?" "Wil de klant dat ik daar iets over zeg?"*

Nodig medewerkers uit om met elkaar in gesprek te gaan over hoe klanten in het leven staan. Welke behoeften uit de klant over welbevinden en een waardevolle toekomst? Gaan medewerkers met de klant ook in gesprek over diens wensen en verwachtingen?

Ervaren kwetsbaarheid en weerbaarheid zijn namelijk goede voorspellers van de zorgvraag. Om zelfredzaamheid van mensen te stimuleren is het belangrijk aandacht te hebben voor het beperken van de kwetsbaarheid en het versterken van de weerbaarheid.

Reparatiereflex

Vaak is voor de professionals heel duidelijk dat er een probleem is en wat het probleem is bij de klant. Professionals komen vervolgens al snel met oplossingen voor de klant. Vaak is voor de klant deze oplossing nog te vroeg. De klant is zich nog niet eens bewust van een probleem. De neiging van professionals om snel met oplossingen te komen is de reparatiereflex. In deze situatie zitten klant en professional niet op één lijn. Professionals zijn zich meestal niet bewust van deze reflex.

Oefeningen kunnen helpen om het bewustzijn van professionals te vergroten.

Bijlage 1. Wat is de aanleiding voor de werkmethode 'Leefstijlgerichte preventie in zorg en welzijn'?

Preventie in de thuiszorg

In de jaren zeventig waren teams verpleegkundigen gewend om zelf groepsactiviteiten uit te voeren. Een van de eerste groepsactiviteiten was de cursus 'Ziekenverzorging thuis'. Wijkverpleegkundigen kwamen mantelzorgers tegen die hier ondersteuning in nodig hadden en namen het initiatief dit groepsgericht op te pakken. Naast cursussen over ziekenverzorging werd vervolgens ook groepsvoorlichting gegeven over andere thema's zoals hyperventilatie en slapen.

Thuiszorg en preventie als gescheiden werelden

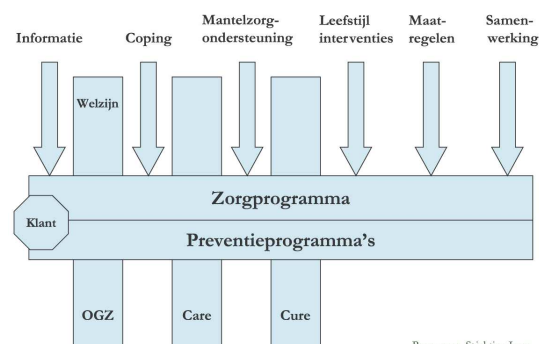
Rond 1980 vond een professionaliseringsslag plaats in de thuiszorg en was er sprake van taakdifferentiatie. Er kwamen medewerkers Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) die met de taken van de groepsvoorlichting aan de slag gingen. Organisatorisch werden zij buiten de afdeling verpleging en verzorging geplaatst. Deze professionaliseringsslag heeft er onbedoeld toe geleid dat preventie los van de zorg is komen te staan. Preventieactiviteiten werden door een zelfstandig cursusbureau georganiseerd en uitgevoerd door daarvoor aangestelde docenten. Deelnemers voor groepsactiviteiten werden geworven door algemene publieke werving, meestal buiten de zorg om.

Integratie zorg en preventie in de theorie

Sinds 1999 is Icare gestart met de ontwikkeling van zorgprogramma's. Een zorgprogramma is: *'Een weergave van een systematische aanpak van de behandeling en de zorg voor een specifieke patiëntengroep met als doel het leren omgaan met de ziekte, voorkoming of uitstel van complicaties en/of verergering van ziekte met behoud van optimale kwaliteit van leven'*. De systematische aanpak werd vorm gegeven vanuit de klantgedachte (cliëntenpad).

Tegelijkertijd is gewerkt aan het vormgeven van preventieprogramma's. Met een preventieprogramma wordt bedoeld: *'Een geheel van samenhangende interventies of maatregelen, waarmee men doelbewust een vooraf omschreven preventief effect wil bewerkstelligen bij een duidelijk omschreven preventieve doelgroep'*.

Zorg- / preventieprogramma



De ontwikkeling van zorg- en preventieprogramma's bleek in eerste instantie slechts een integratie van zorg en preventie in de theorie. Het betekende niet automatisch een grotere

aandacht voor preventie in de zorg en een hogere deelname aan de groepsactiviteiten. Dit is onder andere te verklaren door het ontbreken van kennis en vaardigheden bij de professionals, het hebben van een beperkt blikveld, een focus op medicatie en een beperkte prioriteit voor leefstijl. Interventies bij preventieprogramma's waren vooral gericht op verandering van kennis, houding en gedrag bij de omschreven doelgroep. Cliënten (en hulpverleners) moeten eerst een probleem ervaren door er voor open te staan en te begrijpen. Daarna komt pas het willen en kunnen veranderen. Hulpverleners/ zorgverleners moeten voldoende toegerust zijn om deze verandering van gedrag te ondersteunen. Het verdient de aanbeveling om effectieve elementen van gedragsverandering te integreren in het zorgaanbod. Dit houdt in dat het huidige zorgaanbod aangevuld dient te worden met passende preventieve interventies. Tevens betekent dit dat er specifieke kennis en vaardigheden van hulpverleners/ zorgverleners vereist zijn op het gebied van gedragsbeïnvloeding.

Integratie van zorg en preventie in de praktijk

In de loop der jaren is steeds vaker onderzoek gedaan naar de relatie tussen chronische ziekten en een gezonde leefstijl. Duidelijk is dat de prevalentie van chronische, vaak progressieve, aandoeningen diabetes, CVA, hartfalen, COPD, neurologische problemen, dementie en de bijbehorende risicogroepen (bijvoorbeeld mensen met overgewicht) groot is en in de nabije toekomst verder toeneemt (Bastiaenen en Van Vliet 2009). Een gezonde leefstijl (gezonde voeding, voldoende beweging, gezond gewicht, stoppen met roken, ontspannen, valpreventie bij ouderen) kan bijdragen aan het voorkomen van chronische aandoeningen. Daadwerkelijke integratie van zorg en preventie in de praktijk is hiervoor nodig. Daarbij gelden twee belangrijke aandachtspunten.

1. 'Losse' preventieve interventies zijn weinig effectief. In de visie op dynamische eerstelijnszorg (2008) benadrukt minister Klink 'het belang van de integratie van preventie in de zorg, waarbij een belangrijke rol voor de eerste lijn wordt gezien. Door het persoonlijke contact en de vertrouwensrelatie van eerstelijns hulpverleners zullen zij in staat zijn mensen te motiveren in het bevorderen van gezond gedrag en leefstijlinterventies'. Veelal gaat het daarbij om het bieden van een mix van interventies.
2. Burgers, en dus ook de cliënten van de thuiszorg, hebben een eigen verantwoordelijkheid wat betreft gezonde leefstijl. Zelfmanagement staat centraal en daarmee het bevorderen van het eigen gezonde gedrag. Professionals spelen hierbij een belangrijke ondersteunende rol. Belangrijke taak van het management van een organisatie is om professionals te faciliteren in het toepassen van leefstijlgerichte preventie in de zorg. Een meer cliëntgerichte aanpak door professionals is nodig om het bereik van preventieprogramma's te vergroten. Vaak ontbreekt het professionals echter aan inzichten in het belang van het stimuleren van gezond gedrag of gaat de professional er ten onrechte vanuit dat zij/hij niet de eerst aangewezen persoon is om gezond gedrag te bespreken. Als de professional toch besluit om gezond gedrag te bespreken, ervaart zij / hij vaak moeilijkheden om dat te doen met de cliënt. Dit heeft te maken met diverse factoren:
 - een vermeend gebrek aan motivatie bij de cliënt;
 - ontbreken van protocollen en/of richtlijnen;
 - het betreffende leefstijlthema niet als onderdeel van de eigen taak zien;
 - het niet willen verstoren van de zorgverlener-patiënt relatie;
 - onduidelijke rollen en taken;
 - ontbreken multidisciplinaire aanpak;
 - tegenstrijdige communicatie tussen zorgverleners.

(Bron: Derksen, R.E., Brink-Melis, W.J., Renders, C.M., Seidell, J.C., Visscher, T.L.S. (2010). Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas voor Senioren – eindrapport kwalitatief onderzoek. Zwolle: OPOZ/VU-Windesheim. www.zorgvoorgezondgewicht.nl)

En, wanneer professionals en cliënt het eens zijn over het belang van gezond gedrag, wordt vaak de juiste vervolgstap niet gezet. In veel gevallen is niet duidelijk welke concrete activiteiten mogelijk zijn om te werken aan gedragsverandering.

Deze aandachtspunten hebben binnen Icare geleid tot de ontwikkeling van een aantal activiteiten, gericht op gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundigen met aandachtsgebied. Integratie van zorg en preventie in de praktijk staat hierbij centraal. Deze activiteiten waren de basis voor de werkmethode 'Leefstijlgerichte preventie in de zorg'. Op basis van de ervaringen vanuit het project 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn' is deze werkmethode doorontwikkeld voor bredere toepassing in zorg en welzijn.

Bijlage 2. Innovatiebenadering Practice Development

(dit is een aangepaste versie van hoofdstuk 3 uit handleiding zorg voor betere regio, regionaal zorg voor beter programma, Christelijke Hogeschool Windesheim, februari 2012)

3.1 Inleiding

Practice Development (PD) 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).

PD heeft als doel een effectieve zorg- werkcultuur te ontwikkelen waar de cliënt centraal staat. Het gaat dus niet om één enkel project dat start en wordt afgesloten. PD is een continu proces waar op een bijna organische wijze, veranderingen en ontwikkelingen steeds aanwezig zijn (Jordan, 2009). Het gaat daarbij om structurele en duurzame verbeteringen in zorg en welzijn. Door vanuit de principes van PD zorg en welzijn te verbeteren werk je aan het verhogen van de kwaliteit van zorg en welzijn voor de cliënt en aan het verhogen van de werktevredenheid van de medewerkers.

PD draagt bij aan een langdurige borging van verbeteringen. Met name de manier waarop alle betrokkenen van elkaar leren, actief betrokken zijn bij en gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor de innovatie bevordert de borging. Bovendien leren medewerkers via PD voortdurend van elkaar. Ook dat is goed voor blijvende verandering. In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal kernelementen van PD. De praktijk verbeteren vanuit PD vraagt om een intensieve training en begeleiding van alle betrokkenen. De concrete voorbeelden in dit hoofdstuk kunnen behulpzaam zijn bij het systematisch verbeteren van zorg en welzijn vanuit de principes van PD.

3.2 Kernelementen van Practice Development

De kernelementen van PD betreffen:

- een persoonsgerichte werkcultuur;
- het faciliteren van de verbeterteamleden;
- echtheid van de betrokkenen;
- waardering van verschillende persoonlijke kwaliteiten;
- stimuleren van actief leren;
- het veranderen van individuen en dus ook veranderende praktijken.

3.3 Persoonsgerichte werkcultuur

Een belangrijk kernelement van PD is het bevorderen van een persoonsgerichte en effectieve werkcultuur. Het Royal College of Nursing (2007) verstaat hieronder een cultuur die persoons- en ontwikkelingsgericht is en een praktijkvoering die gebaseerd is op het best geleverde bewijs. Feitelijk hoort het bij PD om alle verantwoordelijke betrokkenen rondom een zorgproces, te draaien. PD is gericht op empowerment van alle betrokken partijen. Het management dient dan ook te investeren in het erkennen en bevorderen van de kwaliteit van de betrokkenen.

Bij de implementatie van de werkmethode 'Aandacht voor (on)gezonde leefstijl' kan een persoonsgerichte en effectieve zorg- en werkcultuur gestimuleerd worden door een verbeterteam samen te stellen. Een verbeterteam bestaat uit medewerkers van zorg en/of welzijn en een verbeterteamleider. De verschillende visies van de betrokken medewerkers worden centraal gesteld door methodieken vanuit PD in te zetten tijdens bijeenkomsten. Deze methodieken zijn erop gericht om elke betrokkene een gelijke stem te geven tijdens de bijeenkomsten en om ieders kennis te activeren. Hierdoor ervaren alle deelnemers dat

Iedereen zijn of haar kwaliteiten kan inzetten tijdens het verbeteren van dienstverlening. Het streven is steeds naar een praktijkvoering die gebaseerd is op het best geleverde bewijs. Voorbeelden van methodieken gericht op empowerment zijn: Claims, Concerns en Issues; en Action Learning Sets ([zie werkmethodek](#)).

3.4 Ondersteunende facilitering van het verbeterteam

Om tot resultaten te komen, zijn facilitatoren belangrijk. Facilitering wil zoveel zeggen als het 'de ander gemakkelijk maken'. De facilitatoren zijn verantwoordelijk voor het tot stand brengen van een cultuur waarin continu veranderen mogelijk is. De facilitatie is sterk gericht op het bevorderen van het leren van de ander.

De verbeterteamleider heeft een rol in de facilitering. Tevens kan facilitering geboden worden door trainers van de PD training van Christelijke Hogeschool Windesheim.

Concrete activiteiten van een verbeterteamleider

De verbeterteamleider faciliteert door in te gaan op vragen van de verschillende betrokkenen, door vragen te stellen over de voortgang van het verbetertraject en door feedback te geven op dat wat hij of zij ziet gebeuren in het verbeterteam en tijdens het verbetertraject.

Elkaar faciliteren

Volgens PD kan iedereen faciliteren. Dit is te stimuleren door een PD training. De PD-trainers faciliteren tijdens de training de verschillende betrokkenen van het verbeterteam. De training richt zich op het verbeteren van zorg en welzijn waarbij de kernelementen van PD centraal staan. Naast het verzorgen van de PD training faciliteren de trainers ook de verbeterteamleiders hoe ze de verbeterteamleden kunnen ondersteunen. De verbeterteamleiders faciliteren het verbeterteam. Iedereen faciliteert vanuit zijn of haar deskundigheid over een bepaald onderwerp.

3.5 Echtheid van de betrokkenen.

Echtheid van de betrokkenen is belangrijk om openheid te creëren in een team. Er is respect voor elke opmerking, aannahme of uitspraak van een persoon. Mensen worden uitgedaagd en gesteund om verschillende aannames over goede zorg en welzijn te testen.

Faciliteren door de verbeterteamleiders en de trainers van de PD training is er steeds op gericht om iedere betrokkene tot zijn recht te laten komen. Dat betekent bijvoorbeeld dat ieders inbreng ertoe doet. Ook al wijkt die misschien af van wat de meeste andere van een verbeterteam vinden. Er is respect voor en betrokkenheid bij iedere opmerking, aannahme of uitspraak van iedere betrokkene. Dat kan bereikt worden door deze te noteren op post-it kaartjes, op te hangen en uit te werken. Vragen en kwesties die blijven liggen worden serieus genomen door af te spreken hoe en wanneer er antwoord komt op de vragen.

De faciliterende verbeterteamleiders en de trainers ondersteunen de betrokkenen. Ze hebben geen oordeel of mening over datgene wat de betrokkene te vertellen heeft. Daarnaast geven de faciliterende trainers geen adviezen. Ze laten de ander door middel van het stellen van vragen zelf ervaren wat de beste oplossing voor een vraag is. Het stellen van de vragen heeft nog een tweede functie, namelijk de betrokkenen uitdagen verder te denken dan de gebruikelijke kaders en kritisch te kijken naar datgene wat er gebeurt in hun werkomgeving.

3.6 Verschillende persoonlijke kwaliteiten.

Alle kwaliteiten van betrokkenen zijn nodig om nieuwe wegen te ontdekken, alternatieve oplossingen voor problemen te bedenken. Door creatief om te gaan met ieders kwaliteit kunnen zich verrassende veranderingen aandienen.

Tijdens een bijeenkomst van een verbeterteam in de thuiszorg gaven een aantal betrokkenen in eerste instantie aan dat valpreventie geen probleem was in de thuiszorg. Cliënten vielen nauwelijks en het geoefende oog van de wijkverpleegkundige merkte bij huisbezoeken direct loszittende kleedjes en uitstekende meubels op.

De verbeterteamleider stelde voor om 3 weken te meten wie er viel en waarom. Het was een verassing voor alle betrokkenen dat er toch relatief veel cliënten vielen en dat de oorzaak onder andere te zoeken was in het medicijngebruik van de cliënten. De erkenning van de kwaliteit van de verbeterteamleider (overtuigingskracht) en de verrassende uitkomsten zorgden voor interventies die het verbeterteam vooraf niet had kunnen bedenken.

3.7 Actief leren.

Verbeteren van zorg en welzijn en daarmee dus bestaande werksituaties te veranderen is leren. Leren doen alle partijen op verschillende manieren. Bij actief leren zetten betrokkenen verschillende soorten kennis in voor de zorg voor hun cliënten. Dat wil zeggen wetenschappelijke kennis, professionele kennis, persoonlijke kennis en ervaringskennis. Al deze kennis is waardevol en krijgt serieus de aandacht bij veranderingen. Daarnaast is het belangrijk bij alle betrokkenen de intrinsieke motivatie om continu te ontwikkelen, aan te spreken. Dat vraagt om een open communicatie waarin elkaar bevragen, uitdagen en ondersteunen de norm is.

Vanuit PD wordt kennis aangeboden wanneer de betrokkenen daar om vragen. In het verbeterteam onderzoeken de leden met elkaar welke vragen er leven over het onderwerp, wat men zelf al weet en wat niet. Vervolgens stelt het verbeterteam de vraag hoe ze het antwoord op de vragen die ze niet weet kan beantwoorden. Dan zoeken de betrokkenen gericht wetenschappelijke kennis op.

Een voorbeeld : Na twee bijeenkomsten kwam vanuit een verbeterteam de vraag of ze meer informatie konden krijgen over bewegingsprogramma's voor ouderen. Ook stelde het verbeterteam de vraag wat nu eigenlijk een val is. Door op de vragen in te gaan en niet bij voorbaat kennis eerst aan te bieden, nam de groep een actieve leerhouding aan. Teamleden gingen zelf op zoektocht.

3.8 Veranderen van individuen en veranderende praktijken.

Door betrokkenen centraal te stellen, maakt het systematische proces van PD het mogelijk dat individuen en teams veranderingen tot stand te brengen en daarmee de werkcultuur veranderen. Betrokkenen veranderen door het continu leren en de praktijk verandert door het werken aan (borging van) verbeterdoelen.

3.9 Practice Development training binnen Aandacht voor (on)gezonde leefstijl

Gedurende een verbetertraject zijn een aantal PD trainingdagen vanuit Christelijke Hogeschool Windesheim mogelijk voor verbeterteamleiders. De bijeenkomsten hebben een train de trainers insteek. Tijdens deze trainingsbijeenkomsten worden een aantal werkmethode die veel voorkomen bij PD aangeleerd. Verbeterteamleiders kunnen die werkmethode inzetten met verbeterteams en principes van PD toepassen om de werkcultuur te veranderen, zodat een persoonsgerichte werkcultuur ontstaat.

De training wordt verzorgd door experts op het gebied van PD. De trainingsbijeenkomsten sluiten aan bij het proces waarop de verbeterteams zich bevinden. Dit vraagt een continu afstemmen tussen experts PD, verbeterteamleiders en verbeterteams.

Bij vragen over het verbeteren van praktijken vanuit PD of eventuele trainingen op dat gebied kunt u contact opnemen met:

Drs. A.E. (Annelies) Harps-Timmerman: ae.harps-timmerman@windesheim.nl

Dr. J.S. (Jan) Jukema: js.jukema@windesheim.nl

Dr. C.H.M. (Carolien) Smits: chm.smits@windesheim.nl

Deze toelichting is ontwikkeld door Stichting Icare in samenwerking met Christelijke Hogeschool Windesheim, Travers Welzijn, Driezorg Wonen, Welzijn & Zorg en Stichting Welzijnswerk Hoogeveen.

De toelichting is, met het zakboekje en de werkmethodek 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn', eindproduct van het project 'Aandacht voor leefstijl in zorg en welzijn'. Dit project is financieel mede mogelijk gemaakt door ZonMw.