

Evaluatie ervaringen implementatie ZEN

ZEN door de ogen van professionals en cliënten



ZEN Zelfmanagement Empowerment Netwerk

mr. drs. Ezra van Zadelhoff

dr. Albine Moser

mw. Monique Bessems -Beks

dr. Inge Duimel-Peeters

Het is belangrijk dat iedereen weet dat er een groot plan is waar met zijn allen aan gewerkt wordt, en de patiënt ook. Patiënt doet iets, familie doet iets en zorgverleners. Met elkaar delen hoe je die update houdt. Dat is wat ZEN, zelfmanagement is. (R. 2, 43B)

juni 2014

Onderstaande organisaties waren vertegenwoordigd (werkgroepleden) binnen het ZEN-project





Inhoud

Inhoud.....	2
1 Samenvatting.....	3
2 Inleiding en leeswijzer	4
2.1 Inleiding	4
2.2 Aanleiding en relevantie	6
2.3 Opbouw van het rapport; leeswijzer	7
3 Doelstelling, vraagstelling en onderzoeksmethode	8
3.1 Doelstelling	8
3.2 Vraagstelling	8
3.3 Onderzoeksmethoden	8
3.3.1 Deelnemers	8
3.3.2 Data-verzameling	9
3.3.3 Data-analyse	9
3.3.4 Ethiek	9
4 Resultaten professionals	10
4.1 Individueel niveau.....	10
4.1.1 Bevorderende factoren.....	10
4.1.2 Belemmerende factoren.....	12
4.1.3 Randvoorwaarden.....	14
4.2 Team	15
4.2.1 Bevorderende factoren.....	15
4.2.2 Randvoorwaarden.....	16
4.3 Organisatie.....	16
4.3.1 Belemmerende factoren.....	16
4.3.2 Randvoorwaarden.....	17
4.4 Keten.....	18
4.4.1 Bevorderende factoren.....	18
4.4.2 Belemmerende factoren.....	19
4.4.3 Randvoorwaarden.....	19
4.5 Maatschappij, overheid	20
4.5.1 Bevorderende factoren.....	20
4.5.2 Belemmerende factoren.....	20
4.5.3 Randvoorwaarden.....	21
4.6 Beantwoording onderzoeksvragen.....	21
5 Uitkomsten beleving cliënten.....	23
Bevorderende factoren	23
Belemmerende factoren	24
Randvoorwaarden	24
6 Conclusies.....	27
7 Aanbevelingen.....	29
8 Bibliografie.....	30
Bijlage 1 Overdrachtformulier.....	31
Bijlage 2 Beschrijving deelnemende organisaties	33
Bijlage 3 Chronic Care Model in schema	34
Bijlage 4 Interviewvragen.....	35
Bijlage 5 Scholingen ZEN	36

1 Samenvatting

De regio Maastricht/Heuvelland richt zich binnen het project Integrated Senior Services (verder TP4 genoemd), een transitieproject gehonoreerd binnen de vierde ronde van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) op het onderzoek naar de implementatie en effecten van het Zelfmanagement Empowerment Netwerk programma (ZEN).

Het basisprincipe van ZEN is om orthopedie patiënten te ondersteunen bij hun zelfmanagement om hun kwaliteit van leven te kunnen verbeteren of te handhaven.

Het ZEN-programma is een op maat gemaakte cliënt gecentraliseerde interdisciplinaire interventie die primair is toegepast bij 75-plussers die vanuit het ziekenhuis werden verwezen naar azM Herstelzorg, een geriatrische revalidatie instelling.

Het doel van het ZEN programma is als volgt: (1) Het zelfmanagement van de oudere vergroten, (2) de oudere empoweren in zijn eigen ziektebeeld en kennisinzicht, in zijn beperkingen en vooral in resterende mogelijkheden en (3) de oudere empoweren in het versterken van zijn eigen persoonlijk sociaal netwerk.

Er is een kwalitatief onderzoek verricht om inzicht te verkrijgen hoe het ZEN project is gerealiseerd. De centrale vraagstelling luidt als volgt: Hoe ervaren de stakeholders de implementatie van het ZEN programma?

Om te evalueren hoe het ZEN project is gerealiseerd en toepasbaarheid is ervaren, is naast een kwantitatief onderzoek een kwalitatieve procesevaluatie uitgevoerd. Hiervoor zijn de mensen deel die betrokken zijn bij de voorbereiding en/of uitvoering van het ZEN project geïnterviewd. Daarnaast zijn deelnemende cliënten geïnterviewd. Hieronder worden de vragen afzonderlijk behandeld.

Uit het onderzoek blijkt dat de volgende conclusies kunnen worden getrokken. Ouderen worden veelal niet betrokken in de besluiten die genomen worden over hun zorg. Binnen de zorg staat vooral het aanbod centraal in plaats van de vraag en het perspectief van de patiënt. Het ZEN project heeft als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren door de behandeldoelen in de geriatrische revalidatiezorg samen met de oudere cliënt en de mantelzorger op te stellen. Voor managers en medewerkers in de zorg betekent een andere wijze van zorg verlenen een cultuuromslag. We concluderen dat de basis van het ZEN programma, het Chronic Care Model terug te zien is in de resultaten van deze evaluatie. Tot slot, we concluderen dat de resultaten van deze evaluatie duidelijk de situatie van de gezondheidszorg laat zien: de transitie van zorgstaat tot participatiemaatschappij.

Tot slot wordt in de rapportage een aantal aanbevelingen gedaan, voornamelijk op het vlak van interne- en externe communicatie en het creëren van draagvlak.

2 Inleiding en leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt verantwoording afgelegd over de opzet en aanpak van het kwalitatief onderzoek dat de basis vormt voor het rapport. Besproken wordt de aanleiding om de procesevaluatie te laten uitvoeren. Tot slot wordt de opbouw van dit rapport beschreven.

2.1 Inleiding

De regio Maastricht/Heuvelland richt zich binnen het project Integrated Senior Services (verder TP4 genoemd), een transitieproject gehonoreerd binnen de vierde ronde van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) op het onderzoek naar de implementatie en effecten van het Zelfmanagement Empowerment Netwerk programma (ZEN).

Het basisprincipe van ZEN is om orthopedie patiënten te ondersteunen bij hun zelfmanagement om hun kwaliteit van leven te kunnen verbeteren of te handhaven. Zorgverleners uit de eerste en tweede lijn volgden een training die speciaal voor ZEN ontwikkeld werd. Zij leerden met cliënten in gesprek te gaan over hun mogelijkheden en te denken in oplossingen en (rest)mogelijkheden voor hun specifieke situatie in plaats van begrenzingen.

Binnen het ZEN programma is nadrukkelijk preventief aandacht voor mantelzorgers. Zij ontvangen voorlichting en begeleiding opdat zij op hun beurt zorg en ondersteuning kunnen blijven geven. Het idee hierachter is dat mantelzorgers hierdoor de zorg beter aankunnen en vol kunnen houden. Uiteindelijk gaat het erom dat ouderen zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen blijven.¹

Het ZEN-programma is een op maat gemaakte cliënt gecentraliseerde interdisciplinaire interventie die primair is toegepast bij 75-plussers² die vanuit het ziekenhuis werden verwezen naar azM Herstelzorg, een geriatrische revalidatie instelling. Van tevoren is bekend dat zij binnen een korte periode naar de thuissituatie terug kunnen keren. Na terugkeer in de thuissituatie zijn de ZEN doelstellingen nagestreefd en kan ondersteuning van de eerste lijn hierin noodzakelijk zijn om deze doelstellingen in de thuissituatie verder te realiseren. Deze werkwijze hoeft echter niet in alle gevallen op die wijze te zijn ingericht. Het kan in bepaalde gevallen gebeuren dat cliënten bij thuiskomst door de eerste lijn hulpverlener geen hulp wensen, omdat mantelzorgers de benodigde hup bieden en de situatie volgens zowel de oudere als de mantelzorgers naar tevredenheid verloopt. Dit maakt de inschakeling van de hulpverlening uit de eerste lijn niet altijd noodzakelijk.

Het doel van het ZEN programma is als volgt: (1) Het zelfmanagement van de oudere vergroten, (2) de oudere empoweren in zijn eigen ziektebeeld en kennisinzicht, in zijn

¹ Persbericht ZEN en Op Weg Naar Herstel.

² Met goedkeuring van ZonMW is halverwege het project de leeftijdsgrens verlaagd naar 70+ ten voordele van de inclusie.

beperkingen en vooral in resterende mogelijkheden en (3) de oudere empoweren in het versterken van zijn eigen persoonlijk sociaal netwerk.

1. Tijdens de opname op de herstelafdeling achterhalen wat de oudere en/of diens mantelzorger(s) zelf wensen c.q. nodig denken te hebben met het oog op de terugkeer naar de zelfstandige woonsituatie, en het hierbij vervolgens stimuleren van het zelfmanagement om deze wensen te kunnen uiten en gewenste acties mede te initiëren. Tot op heden wordt er onvoldoende uitgegaan van de eigen behoeften van ouderen in de ouderenzorg;
2. Het tijdig aanbieden van relevante informatie gericht op de wensen, vragen en behoeften van de oudere en/of diens mantelzorger(s); en
3. De zorg voor de ouderen uit de regio herontwerpen opdat hiermee op systematische wijze tegemoet wordt gekomen aan de behoeften en mogelijkheden van de ouderen zelf. Dit gebeurt met een individueel zorgplan dat leidend is voor het gezamenlijke aanbod van zorg door diverse zorgverleners, welke wordt gecoördineerd en eventueel wordt bijgesteld door de ZCC's in samenspraak met de ouderen.

Samenhangend met bovenstaande drie doelen wordt een verbetering beoogd van de overdracht tussen verschillende organisaties voor geriatrische revalidatiezorg, de samenwerking tussen zorgverleners te verbeteren en een sterke verbinding tussen zorg en welzijn te bewerkstelligen ten behoeve van socialisering en het voorkomen van sociaal isolement.

De invoering van de functie van ZCC als centrale contactpersoon voor de oudere en/of diens mantelzorger dient de eerder genoemde doelen.³ Binnen het ZEN-programma ligt de focus op het actief betrekken van de cliënt bij zijn herstel en op de resterende mogelijkheden.

Een aantal belangrijkste verschillen tussen de reguliere zorg en zorg met inbedding van zelfmanagement luiden als volgt. Op een herstelafdeling wordt de zorg uitgevoerd door een multidisciplinair team, terwijl er binnen het ZEN-programma meer wordt samengewerkt met alle hulpverleners (zowel intramuraal als extramuraal). Daarnaast wordt de cliënt proactief betrokken bij de vaststelling van behandeldoelen door gesprekken met de ZCC. Dit in tegenstelling tot de reguliere wijze van werken op de herstelafdeling, waar de behandeldoelen in het multidisciplinair overleg (MDO) vastgesteld worden en vervolgens ter accordering voorgelegd aan de cliënt. Er is nadrukkelijk aandacht voor de resterende mogelijkheden van de cliënt met betrekking tot zijn psychosociale welzijn en de relatie tussen het klinische aspect en het psychosociale welzijn van de cliënt is medebepalend voor de behandelplannen. Dit in tegenstelling tot de huidige situatie, waar de aandacht voor het psychosociale welzijn van ondergeschikt belang is bij het bepalen van behandeldoelen gedurende de revalidatie. Er is weinig tijd om de wensen omtrent het zelfmanagement van de cliënt in kaart te brengen,

³ In drie stappen naar meer zelfmanagement bij de tijdelijk opgenomen oudere in azM herstelzorg, op weg naar- en in de thuissituatie. Beleidsregel CA-427 aanvraag/implementatie ZEN programma

terwijl middels het ZEN-programma de ZCC extra tijd ter beschikking heeft om te achterhalen in hoeverre de cliënt in staat is om zijn situatie te (willen en kunnen) managen. Hierbij wordt geprotocolleerd gewerkt en zijn er mogelijkheden tot het uitvoeren van een huisbezoek voor cliënten, waarvoor woninginventarisatie van meerwaarde kan zijn. Binnen het reguliere traject vinden er incidenteel huisbezoeken plaats, in de regel geen geprotocolleerde methodiek voorhanden om de cliënt te ondersteunen en is er niet altijd tijd en ruimte om een huisbezoek te plannen en af te leggen. Om uiteindelijk autonoom in de thuissituatie te verblijven worden afspraken met professionals in de eerste lijn in samenspraak met de cliënt geregeld. De cliënt wordt nadrukkelijk gefaciliteerd in het zelf zoeken en vragen van hulp. Binnen de ZEN methode volgt na het ontslag een gesprek met de meest aangewezen eerstelijns zorgprofessional (veelal een thuiszorgverpleegkundige of ouderenadviseur) en de ZCC en vindt overdracht plaats met behulp van een ZEN overdrachtsformulier.⁴ De ZCC neemt indien nodig contact op met andere eerstelijnsprofessionals om zorg- en behandeldoelen op elkaar af te stemmen. Dit in tegenstelling tot de huidige zorg waarin de voorbereiding van het ontslag en de overdracht aan de eerste lijn schriftelijk gebeurt. Hierbij wordt geen zelfmanagementprogramma dan wel ondersteuning aangeboden en wordt doorgaans monodisciplinair gewerkt.

Het zelfmanagementprogramma is gebaseerd op het Chronic Care Model (CCM).⁵ Het doel is om de zorg te verbeteren door interactie tussen patiënt⁶ en zorgverleners. Het model is ontwikkeld door Edward Wagner (Wagner, 1996 a,b) op basis van de gedachte dat mensen met een chronische ziekte hun houding en gedraging aanpassen als zij een richtinggevende en leidende rol aannemen. Dit houdt in dat de cliënt een actief participerende rol speelt in het zorgverleningsproces. Voor de zorgpraktijk betekent het dat de zorgverleners meer geïntegreerd denken en handelen en een proactieve opstelling aannemen. Het CCM bestaat uit zes componenten, te weten: afstemming op de maatschappij, gezondheidszorgsysteem, ondersteuning van zelfmanagement, ontwerp van het zorgproces,⁷ besluitvormingsondersteuning en klinische informatiesystemen. Deze elementen zijn van invloed op de uitkomstmaten van de zorg voor de cliënt.⁸

2.2 Aanleiding en relevantie

De aanleiding van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht hoe het ZEN project is gerealiseerd. Binnen het NPO leren de uitvoerders van elkaars projecten. Het uiteindelijke doel

⁴ Zie bijlage 1.

⁵ Zie bijlage 3.

⁶ In het CCR model wordt gesproken over patiënt. Binnen ZEN over cliënt.

⁷ De onderstreepte componenten zijn de elementen die deel uitmaken van ZEN.

⁸ http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2



van de procesevaluatie is om te leren van het ZEN project ten aanzien van de implementeerbaarheid en praktisch zelfmanagement in transitie. Het kwalitatieve onderzoek resulteert in aanbevelingen, tips over randvoorwaarden en haalbaarheid. Van de opgedane ervaringen kunnen de andere regio's binnen het NPO vervolgens leren.

2.3 Opbouw van het rapport; leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 is de samenvatting opgenomen. Erna volgen de inleiding en leeswijzer in hoofdstuk 3. In het hierna volgende hoofdstuk worden de doelstelling, vraagstelling en onderzoeksmethode behandeld. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten professionals beschreven. In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten beleving cliënten beschreven. Hoofdstuk 6 behandelt de conclusies. Tot slot worden in hoofdstuk 7 de aanbevelingen gedaan.

3 Doelstelling, vraagstelling en onderzoeksmethode

3.1 Doelstelling

Het doel is het verwerven van inzichten in de ervaringen en perceptie van de verschillende stakeholders binnen ZEN. Om dit goed in kaart te brengen, is in de procesevaluatie onderzocht hoe de afspraken zijn gemaakt, hoe de samenwerking was en welke interne en externe factoren bij de uitvoering een rol hebben gespeeld.

3.2 Vraagstelling

De vraagstelling luidt als volgt:

Hoe ervaren de stakeholders de implementatie van het ZEN programma?

Binnen de procesevaluatie worden de volgende deelvragen beantwoord:

1. Hoe is de praktische bruikbaarheid van de ZEN-methodiek ervaren door de zorgverleners en cliënten?
2. Wat zijn bevorderende en belemmerende, interne- en externe factoren van het ZEN programma?
3. Welke randvoorwaarden zijn nodig om ZEN te implementeren?

3.3 Onderzoeksmethoden

Om te evalueren hoe het ZEN project is gerealiseerd en toepasbaarheid is ervaren, is naast een kwantitatief onderzoek een kwalitatieve procesevaluatie uitgevoerd. Hiervoor is gekozen omdat we de variëteit in ervaringen van de stakeholders inzichtelijk willen maken en zo diepte-kennis kunnen krijgen.

3.3.1 Deelnemers

Aan deze procesevaluatie namen mensen deel die betrokken zijn bij de voorbereiding en/of uitvoering van het ZEN project, te weten de betrokken professionals binnen azM Herstelzorg, Stichting Trajekt, Groene Kruis Domicura (GKD) en Huis voor de Zorg die de leden van de werkgroep ZEN leverde.⁹ In totaal hebben 22 deelnemers meegedaan.

De deelnemers zijn geselecteerd aan de hand van variëteit in ervaring met ZEN en verschillende organisaties. De verschillende deelnemers, te weten de managers (n=4) ZCC's (n= (3) , hoofd fysiotherapie(1), arts (n=1), nurse-practitioner i.o. (n=1), beleidsmedewerkers (n=3), docenten scholing ZEN (n=2), ouderenadviseur (n=1), kwaliteitsmedewerker (n=1), interviewer cliëntenpanel (n=1) en cliënten (n=4) hebben ervaringen met ZEN. Zij zijn via sleutelpersonen benaderd om mee te werken aan het onderzoek.

⁹ Zie bijlage 2 voor een omschrijving van de organisaties

3.3.2 Data-verzameling

De gegevens werden verzameld van juli 2013 tot februari 2014. In totaal zijn er zeventien individuele interviews gehouden. Met de ZZC's zijn twee groepsinterviews georganiseerd omdat er tussen de respondenten interactie kan ontstaan waardoor er meer informatie tot stand komt dan in een individueel interview. Ook kunnen de ZZC's verschillende perspectieven naar voren brengen waarop de ander weer kan reageren, welke vervolgens uitgediept kunnen worden. Alle interviews zijn op semigestructureerd wijze afgenomen. Dit houdt in dat er vooraf bepaalde vragen zijn opgesteld (open vragen), maar dat in de loop van het gesprek ruimte is om de volgorde waarop de vragen worden gesteld aan te passen en vragen toe te voegen. Dit hangt af van de wijze waarop het interview verloopt. De vragen hebben zich gericht op de ervaringen van respondenten met de implementatie van de ZEN-methode. Voor de beantwoording van de vragen zijn 18 professionals en vier cliënten geïnterviewd. De vragen waren: kort benoemen. Een interview duurde gemiddeld 75 minuten en per interview is een uitgebreid verslag, ook wel transcript genoemd, gemaakt. Deze werkzaamheden zijn verricht door een hoofdonderzoeker in samenwerking met een onderzoeker met expertise op kwalitatief onderzoek. Er vond regelmatig overleg plaats met twee andere ZEN onderzoeksmedewerkers.

3.3.3 Data-analyse

De teksten zijn volgens een conventionele content analyse (Hsueg & Shannon, 2005) geanalyseerd. Dit gebeurt als volgt: de verslagen worden gelezen om een algemeen beeld te krijgen. Relevante tekstfragmenten worden gemarkeerd. Vervolgens worden deze tekstfragmenten open gecodeerd, dat betekend begrippen worden toegekend die de kern van het tekstfragment beschrijven. De open codes worden met elkaar vergeleken en tegen elkaar afgezet en in (sub)categorieën gegroepeerd, gelabeld en voorzien van citaten. Dit gebeurt binnen een transcript en tussen de transcripten, zodat relevante (sub)categorieën geïdentificeerd worden.

3.3.4 Ethiek

Het onderzoek is goedgekeurd door de medisch ethische toetsingscommissie (onder nummer 01 METC 11-4-012). De anonimiteit van deelnemers is gewaarborgd. De gegevens worden anoniem opgeslagen en na een bewaartermijn van vijf jaar vernietigd. De gesprekken zijn opgenomen op een voice recorder na toestemming van de respondent. Vervolgens zijn de gesprekken uitgewerkt in de vorm van een uitgebreid verslag. Deze verslagen zijn teruggekoppeld aan de respondenten om te checken of de analyses herkenbaar waren (member check).

De interviews zijn met toestemming van de deelnemers op band opgenomen en vervolgens uitgewerkt in de vorm van uitgeschreven transcripten en tot samenvattende verslagen.

In de rapportage is veelvuldig gebruik gemaakt van citaten. De citaten zijn afkomstig uit de gesprekken met cliënten en professionals. Ten behoeve van de anonimiteit zijn alle respondenten genummerd. Het nummer achter het citaat verwijst naar een specifieke respondent. De onderzoekers weten welke respondent bij welke uitspraken horen.

4 Resultaten professionals

“Zelfmanagement gaat nooit zonder hobbels. Het is klussen samen. En dat was het ook bij ZEN. Zorgverleners vinden dat zij hun werk al heel goed doen. Hebben het idee dat zij al heel veel aan zelfmanagement doen bij patiënten”. (R. 2, 30)

Als resultaat van de procesevaluatie zal in dit hoofdstuk een overzicht worden gegeven van ervaringen van de professionals over ZEN. In dit hoofdstuk wordt de rijkdom van hun ervaringen in beeld gebracht, door talrijke citaten te gebruiken die illustratief zijn voor de ervaringen. De citaten zijn bedoeld om het insiders perspectief van de respondenten te illustreren. Er is steeds gekozen voor het meest passende citaat. Doordat er met respondenten uit verschillende beroepsgroepen, van verschillende afdelingen binnen diverse organisaties is gesproken, zijn de resultaten ook divers. Iedere respondent heeft zijn eigen invalshoek en ervaring over en met het ZEN project. Dit verklaart de variëteit van resultaten en leidt in enkele gevallen tot (schijnbaar) tegengestelde uitspraken.

De resultaten zijn geordend op verschillende niveaus, te weten het individueel niveau, team-, organisatie- en ketenniveau en op het niveau van maatschappelijke factoren. Per onderdeel worden de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van adequate implementatie en uitvoer van ZEN, en randvoorwaarden hiervoor beschreven.

4.1 Individueel niveau

4.1.1 Bevorderende factoren

Professional

Bij professionals worden vooral de ZCC's en fysiotherapeuten bedoelt. Binnen het ZEN programma ligt de focus op het actief betrekken van de cliënt bij zijn herstel en op de resterende mogelijkheden: eigen kracht en het vermogen tot zelfmanagement. De cliënt wordt proactief betrokken bij de bepaling van de behandeldoelen door de gesprekken met de ZCC. De ZCC heeft hierin een centrale rol. Zij wordt dan ook vaak genoemd in de gesprekken.

De ZCC achterhaalt samen met de cliënt, in de individuele gesprekken in hoeverre de cliënt in staat is om zijn situatie te (willen en kunnen) managen. Zij helpt tevens bij het bewustwordingsproces van de cliënt ten aanzien van de invloed die hij heeft op wat er gebeurt in het eigen leven.

De ZCC faciliteert de cliënt in het zelf zoeken en vragen van hulp, zodat diegene zich op een efficiënte manier kan voorbereiden op de thuissituatie.

“(…) het gaat ook om kritisch kijken hoe betrek je iemand erbij, wat wil iemand nu goed zelf, dat begint al bij een intake. Ik denk het moet in de haarvaten zitten om in je methodiek om op een andere manier een cliënt te benaderen überhaupt van wat wil iemand nog zelf, wat kan iemand zelf (...)” R. 5, 157)

De ZZC bouwt een vertrouwensrelatie op met de cliënt, waarin zij voldoende tijd voor de gesprekken neemt. Zij heeft aandacht voor het verhaal van de cliënt, die in korte tijd vaak veel heeft meegemaakt en de behoefte heeft om zich hierover te uiten.

Door diverse respondenten is aangegeven dat de ZZC in de functie is gegroeid. Dit uit zich onder meer in hun coördinerende rol tijdens het MDO.

“De hele situatie van de cliënt, als je kijkt naar de ZZC naar het hele welzijnsaspect. En de meerwaarde zit ‘m in het MDO. De zzc zal de hele situatie bekijken, hoe is de afgelopen periode geweest, een stukje verwerking van hetzij de fractuur die ze hebben opgelopen, de periode in het ziekenhuis, door dit samen te brengen krijg je wel het complete plaatje. Ik denk niet dat een discipline dat heeft. En in het MDO heeft de zzc zeker haar meerwaarde.” (R. 9, 341).

“Veel praten met mensen: hoe zit je, wat ben je aan het doen, hoe leef je, in wat voor buurt leef je, wat kom je daartegen, welke problemen leven daar. En dan pas zeggen, inhaken: ik ga met u meelopen en dan help ik u straks zodat u dat ook beter aankunt. En dan is dat goed.” (R. 12, 422a)

De ZZC brengt de gehele situatie van de cliënt in kaart en heeft hierbij aandacht voor de individuele context van de cliënt. Dit betreft het omgaan met de situatie waarin de cliënt zich op dat moment bevindt in het kader van zelfmanagement (nu en naar verwachting in de nabije toekomst), de woonsituatie, al dan niet aanwezig zijn van hulpbronnen en eigen mogelijkheden van de cliënt (al dan niet met hulp van een mantelzorger). Vervolgens wordt de relevante kennis in het MDO samengebracht en door de verschillende disciplines besproken. Het is een meerwaarde dat vanuit alle invalshoeken (multidisciplinariteit) de zorgvraag belicht wordt en er een compleet beeld ontstaat van de cliënt.

De ZZC zorgt samen met de cliënt dat de benodigde hulp(middelen), inclusief het welzijnsaspect voor de thuissituatie, geregeld zijn.

“Wat ik wel een positief uitvloeisel van ZEN vind, is dat de ZZC daarin een centrale positie in hebben kunnen nemen. Die begeleiding van de cliënt van dit is waar u nu mee bezig bent en wat straks, dat zij goed kunnen inspelen op straks, dat cliënten daar niet teveel in blijven hangen, van ik word nu verzorgd, heb nu een bedje, of ik heb nu die kamer, heb nu te eten, straks moet ik het allemaal zelf doen. Die bewustwording, dat vind ik een hele positieve goede ontwikkeling”. (R 8, 307)

Daarnaast draagt de ZZC de ZEN visie uit in haar werk, bijvoorbeeld in het contact met betrokken disciplines (professionals) in het zorgproces met familie en/of mantelzorgers van cliënten.

“ (...) en zijn er familieleden (...) die zich overal mee bemoeien, die willen het graag overnemen en dan zegt (...) u hoeft het niet over te nemen dat kan mevrouw zelf wel regelen. Ik herken het dat ze dit ook naar de verpleging aangeeft, die zijn vaak goedbedoelend en die willen zaken overnemen en dan zegt (...) jongens, dat hoeft je niet over te nemen, want dat kan meneer of mevrouw zelf wel”. (R. 13, 402)

Doordat de ZZC vanaf het moment van opname een intensief contact heeft met de cliënt, worden de leefomstandigheden en de eventuele problematiek sneller in kaart gebracht in vergelijking met de reguliere werkwijze, waarin er geen vaste contactpersoon is. Bijgevolg kan door de ZZC hier al tijdens opnameduur aan gewerkt worden.

“(...) de ZZC heeft ruimte en zicht op het trauma (...) komt eerder aan het licht. Nu heb je in het eerste MDO een redelijk beeld van deze cliënt moet gemotiveerd worden of we zullen iets motiveren, de thuissituatie waarbij de partner alles uit handen nam, dus die moeten we motiveren van haal niet alles uit handen en dat komt sneller aan bod dan vroeger. (...) Nu heeft de zzc de tijd om het hele traject eraan te werken, en anders had je het hele traject nodig om het boven water te krijgen en dan moest de cliënt naar huis”. (R. 10, 351b)

Binnen ZEN wordt gewerkt aan de assertiviteit en empowerment van de cliënt door duidelijk te maken wat hij wél nog kan, en wat er mogelijk is. Dit gebeurt in gesprekken, maar indien nodig wordt ook een rollenspel gespeeld zodat de cliënt aan den lijve ervaart hoe het is om een andere houding aan te nemen. Dit werkt volgens een aantal respondenten door in de handelwijze van cliënten naar de zorgverleners of naar familie toe.

“(...) Ja, dingen zeggen waar ze het niet mee eens zijn of medicatie in eigen beheer hè normaal wordt medicatie meteen door de zorg overgenomen maar er zijn mensen die zeggen nee ik heb dat thuis ok altijd gedaan, ik wil dat nu ook. Dan zie je dat mensen regie in eigen handen willen nemen.” (Resp. 1, 6).

Naast de ZZC wordt door respondenten de afdeling fysiotherapie vaak genoemd. Ook de fysiotherapeuten passen de ZEN-visie in de praktijk toe. Dit is terug te vinden in zowel de handelwijze als in de gesprekstechnieken die de betreffende professionals hanteren.

“(...) binnen onze mogelijkheden is de cliënt bewust te maken van wat hij zelf allemaal al kan en wat hij belangrijk vindt” (R. 7, 238)

4.1.2 Belemmerende factoren

Professional

Niet alle professionals hebben de ZEN-training gevolgd. De scholing bestaat uit twee delen (zie bijlage 6). In het eerste deel leren participanten binnen een dagdeel een motiverende gesprekstijl aan (motivational interviewing).¹⁰ ZEN is tevens geïntroduceerd bij onder meer

¹⁰ Deze gesprekstijl is tegelijk directief en cliëntgericht. Motiverende gespreksvoering is een gidsende, doelgerichte stijl van communicatie, waar bij de cliënt centraal staat en vanuit samenwerking de intrinsieke motivatie voor verandering van gedrag wordt uitgedaagd en versterkt. In het tweede deel van de scholing kwam zelfmanagement aan de orde. Zo is de term zelfmanagement besproken en wat dit betekent voor de praktijk. Het formuleren van SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) doelstellingen en de toepassing van eigen casus voorbeelden vormde een ander onderdeel van de cursus. Daarnaast is borging in de praktijk een belangrijk aspect van de training.

team overleggen, nieuwsbrief in samenwerking met het onderzoek “Op weg naar Herstel”, factsheets en informatiebijeenkomsten. Daarnaast heeft ZEN, behalve bij de ZCC's, die na de scholing ook een ‘learning on the job’-training ontvingen, voor de professionals geen initiatieven gekend voor de borging in de praktijk. Mede hierdoor hebben sommige professionals minder zicht op de ZEN visie en de taken die de ZCC uitvoert.

Daarnaast speelt mee dat zorgprofessionals de cliënt zorg willen geven en het soms lastig vinden ‘om deze uit handen te geven’.

“Wat ik moeilijk vind is het waarom waarvoor te blijven vragen om mensen te blijven prikkelen, omdat in mijn systeem ook zit om mensen advies te geven. Het is een heel andere manier van (...). (R. 1, 15)

Je bent als verzorgende niet opgevoed van: u moet het zelf doen, nee, je bent opgevoed om te helpen. Letterlijk te helpen. Je vergeet daarbij dat het niet alleen je handen aanbieden is, ik doe dat even voor u maar helpen is ook een stap terug nemen van meneer of mevrouw zo kunt u dat zelf doen. Dat is ook helpen. Niet direct, maar wel voor straks. En die omslag daar moeten ze zich meer bewust van worden om die te maken.” (R. 9, 302)

Als belemmerende factoren worden de beperking in tijd en financiële restricties aangegeven. Professionals geven aan dat zij het liefst de begeleiding in het kader van ZEN nog meer op de individuele situatie van de cliënt zouden willen afstemmen. Bijvoorbeeld op de specifieke situatie in de eigen woning thuis.

“Dus dat je in het begin al de woning hebt gezien. Dat is financieel niet haalbaar. Maar dan zou je eigenlijk een foto maken van het huis. Dan zou je eigenlijk dat je weet dat is die trap, dat zijn de treetjes en dan kan ik het oefenprogramma nog meer afstemmen op thuis en dan zou ik in het laatste stuk, als de voorwaardelijke capaciteit niet mee zou tellen dat de conditie en de spierkracht het toelaat, of andere omstandigheden, dat je het laatste stukje dan niet hier te oefenen maar thuis, niet die brede trap, maar de eigen trap. En niet hier het trappetje in en uit. Maar thuis. Thuis de tuin inlopen. Stap eens in je eigen bed, ga eens op het toilet zitten. Ga in je luie stoel zitten, kom er uit. Dat zou het mooiste zijn”. (R. 4, 249b)

“Nog meer afstemmen op het individu in plaats van (...) Het allermooiste zou zijn ...

Als je zou kunnen doen wat je wilde, financieel ja dat je eigenlijk voordat je begint dat je naar huis zou gaan dat je weet hoe het er thuis uitziet en dat je de laatste een of twee weken thuis zou kunnen oefenen met de cliënt.” (R. 7, 251)

Voor cliënten is de tijd [opnameduur in de herstelkliniek] kort om de omslag naar zelfregie te maken. Daarnaast hebben cliënten in hun situatie veel andere zaken aan het hoofd, zoals hun gezondheid, het omgaan met de (tijdelijke) lichamelijke beperking en de zorgen die zij zich maken hoe het in de toekomst verder moet. Tot slot wordt door professionals aangegeven dat

de cliënten die het nodig hebben, misschien niet zijn geïncludeerd. Redenen die hiervoor worden gegeven zijn: bewuste keuzes van cliënten: deze cliënten voelen zich te ziek om mee te kunnen doen, hebben naar hun mening al (te) veel aan hun hoofd en/of zijn ‘onderzoeksmoe’. Naar de ervaring van respondenten zouden meer, zo niet alle cliënten, geïncludeerd moeten worden. Nu leeft het idee dat de meest kwetsbare ouderen, degenen die minder voor zichzelf durven en kunnen opkomen, niet geïncludeerd zijn in ZEN.

“En tenminste 50% van de mensen die aankomen, includeren. Als dat niet gebeurt, onmiddellijk vragen wat er aan de hand is en kunnen we het anders doen. Je mist de breedte. Juist de kwetsbare mensen bereik je niet. Je includeert de mensen die op hoger niveau kunnen kijken naar dit soort dingen en kunnen praten hierover. Die het interessant vinden om hierover te praten. Dus je selecteert al in de doelgroep. De meest kwetsbare groep bereik je niet. Als je mensen vraagt: we zijn met een project bezig hoe u leert om beter binnen uw eigen thuissituatie beter uw leven kunnen vormgeven. Oh nee, dat moet ik niet”. (R. 1, 24A en B).

Tot slot heeft naar de ervaring van enkele respondenten de ZZC minder ervaring met de specifieke thuissituatie. Vooral in het begin was de visie en werkwijze nog te veel gericht vanuit de intramurale setting. Hiermee wordt bedoeld dat de omstandigheden van de cliënt in de thuissituatie te weinig in beeld is bij de ZZC.

4.1.3 Randvoorwaarden

Professional

Voor de gehele groep professionals is het belangrijk dat zij al tijdens de opleiding kennis kunnen maken met de ZEN visie. Hierbij wordt bedoeld op vaardigheden als het stellen van open vragen, het kunnen luisteren, het omgaan met stiltes, samenvatten en het reflecteren. Om dit werk te verrichten dient zij te beschikken over een zeker abstractieniveau, naar de perceptie van meerdere respondenten. Hiermee veronderstelt men Hbo-werk- en denkniveau. Belangrijk hierbij is dat zij leren de cliënt in de gelegenheid te stellen om zelf keuzes te maken op basis van gefundeerde afwegingen.

Vervolgens is herhaaldelijk een training nodig zodat motivational interviewtechnieken in de praktijk kan beklijven. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de training aansluit bij het kennisniveau van de professional. Een andere randvoorwaarde is dat de nieuwe manier van werken in de praktijk dient te worden geborgd, zodat deze als het ware ‘ingelijfd’ wordt in het dagelijkse werk. Hiervoor is tijd nodig opdat medewerkers kunnen wennen aan deze wijze van werken.

Een volgende randvoorwaarde die genoemd is, betreft de ZZC. De coach dient tijd, ruimte én vertrouwen van de organisatie te krijgen om nader in de functie te groeien.

“(…) Ik zou beneden beginnen en zeggen: hoe zien jullie dat en wat zouden jullie willen leren. En van daar uit verder”. (R. 6, 175)

“Als er geen borging is, dan is het de volgende dag al weggezakt. Je hebt geen motivatie, er is niemand die erop let”. (R. 6, 182).

Respondenten geven aan dat naast de professional ook de cliënt geleerd kan worden om zich op een ZEN-manier op te stellen, bijvoorbeeld door te leren vragen te stellen.

“Aan die kant [van de cliënt] is ook veel te doen. We zijn niet gewend om vragen te stellen”. (R. 6, 199)

4.2 Team

4.2.1 Bevorderende factoren

Professional

De ZEN visie is tastbaar gemaakt door de opstelling, werkwijze en uitstraling van de ZCC. Mede hierdoor zijn de rollen van de coaches in de teams duidelijker, zowel in het algemeen als specifiek in het MDO.

“Als (...) verschillende disciplines afstemmen op de cliënt [en] dat je in de gaten blijft houden [dat] de cliënt met zijn omgeving met zijn mogelijkheden en beperkingen centraal staat. En (...) niet (...) van je moet dit stukje (...) [en] nou dit doen. Nee, loslaten en kijken wat heeft de cliënt nodig”. (R. 7, 241)

Een andere bevorderende factor is dat er volgens een ‘motivational interviewing’ methodiek gesprekken gevoerd worden in plaats van zelf te interpreteren. Hierdoor wordt door de ZCC eenzelfde gespreksvoering ten uitvoer gebracht.

1. Belemmerende factoren

Professional

Als belemmerende factor is genoemd dat een van de leidinggevendenden niet helemaal achter de ZEN-visie stonden. Deze leidinggevende heeft niet deelgenomen aan de training en gaf in de praktijk minder aandacht en invulling aan de implementatie van de ZEN visie. Ook het management heeft niet volledig deelgenomen aan de training.

Daarbij komt dat niet het hele team van medewerkers de ZEN werkwijze uitstraalt. Een consequentie hiervan is dat de ZEN visie minder leefde bij medewerkers en op de ‘werkvloer’ te weinig aandacht is voor de implementatie.

“Er is wel ruimte nodig om voorinvestering te doen met het team, om lastige casuïstiek te bespreken: dingen waar je tegenaan loopt. Hierop is beknipt. Er worden weinig teambesprekingen gehouden. Het is belangrijk dat er iemand bij zit die de besprekingen goed leidt. Dit kan de kartrekker zelfmanagement zijn”. (R. 2, 43C)

Daarnaast wordt genoemd dat er een te groot team rondom de cliënt staat. Door een groot aantal zorgmedewerkers, wordt er minder snel een (vertrouwens)band opgebouwd met de cliënt. Niet alle verzorgenden en verplegenden zijn aanwezig bij het MDO. De benodigde informatie bereikt hierdoor niet altijd de werkvloer en bijgevolg niet alle medewerkers de cliënt en zijn voorkeuren kennen.

4.2.2 Randvoorwaarden

De randvoorwaarden die gegeven zijn liggen vooral op het domein van communicatie. Ten eerste vanuit het management binnen de organisatie naar medewerkers toe zoals de uitleg waarom er gekozen is voor de ZEN methodiek, hoe deze toegepast kan worden en wat dit in de praktijk betekent en oplevert voor de cliënt en de verschillende professionals binnen azM herstelzorg. Hierdoor worden de medewerkers als het ware meegenomen in de visie en de wijze van ZEN-werken.

Ten tweede wordt de communicatie tussen de disciplines intramuraal genoemd. Door met elkaar te spreken over de wijze waarop zij ZEN in de praktijk brengen wordt de ZEN-visie tastbaar, vooral in de MDO's.

Tot slot wordt in dit kader de communicatie binnen de teams genoemd; de multidisciplinaire communicatie. Het met elkaar spreken over ZEN en hoe de teamleden de ZEN-visie in de praktijk daadwerkelijk implementeren. Professionals kunnen elkaar ondersteunen om op een ZEN wijze te werken.

“Ik denk toch dat de onderlinge communicatie altijd beter kan. (...). Dat je alert blijft van hoe kun je nog beter op elkaar afstemmen en dat je weet waar de ander mee bezig is en kijkt of het nog wel matcht en hoe het nog beter kan (...) en dat te blijven zoeken naar het optimaal afstemmen naar wat de cliënt op dat moment nodig heeft, nog meer fine tunen en vooral in tijden van drukte of onrust, vakanties toch de cliënt niet op de automatische piloot gaan en terug vallen op oude gewoontes maar de cliënt blijven zien”. (R. 7, 260)

“Mensen vallen snel terug in hun oude gedragspatroon. Er moet ruimte gemaakt worden waarin je expliciet verkent hoe je ZEN ziet hoe je praat over “hoe doe je dat, en waarop ga je elkaar aanspreken”. Ga je elkaar ook helpen. Elkaar corrigeren en bevragen. Heb je dat gezien? (...). Je hebt elkaar nodig om ZEN te doen”. (R. 2, 43A)

4.3 Organisatie

4.3.1 Belemmerende factoren

Professionals

Als een belemmerende factor wordt genoemd dat managers, zowel op strategisch, tactisch en operationeel en professioneel niveau, de meerwaarde van ZEN niet (altijd) uitdragen. Het werkt belemmerend als niet alle professionals van begin af aan bij de ZEN-visie betrokken worden. Zij kunnen geen kennis nemen van deze manier van denken en werken. Bij sommige medewerkers is de ZEN methodiek niet of onvoldoende bekend. Doordat zij hun ideeën niet kunnen geven, ontbreekt de dialoog over een nieuwe wijze van werken.

“Professionals aan het begin van het proces niet mee laten denken in het gedachtegoed en vertaling in praktijk”. (R. 8, 273a)

“Dat het op hoog, abstractie en beleidsniveau wordt uitgesproken van zo gaan we dat doen maar dat het niet is doorgewerkt in de hele organisatie”. (R. 3, 54)

Een andere belemmerende factor is als er geen structureel vervolg aan de ZEN training wordt gegeven. Hierdoor is er het gevaar dat de ZEN -visie niet wordt geborgd bij de professionals in de wijze van denken en werken.

“Je maakt [tijdens de ZEN-training] wezenlijk iets los en erna is het zwemmen”. (R. 15, 444)

Verder zouden cliënten soms overeenkomstig het behandelplan dingen moeten doen die zij niet willen. Een voorbeeld hiervan is door cliënten benoemd: het verplicht gezamenlijk gebruik maken van de warme maaltijd. Hierin wordt de ZEN-visie niet altijd in de praktijk gebracht, omdat cliënten hierin zelf geen keuze wordt gegeven en zich ondergeschikt moeten maken aan afdelingsprocessen.

Een andere belemmerende factor is dat cliënten op de eerste dag al moeten besluiten welk traject er zal worden doorlopen.¹¹ Dit zijn twee standaardtrajecten en laten te weinig ruimte voor de toespitsing op de individuele situatie van de cliënt. De oorzaak is gelegen in de structuur en opzet van de vergoeding: de DBC's (Diagnose Behandel Combinaties).

Tot slot wordt genoemd dat niet alle belangrijke zaken na de opname voor de cliënt in behandeling is genomen voor de terugkeer naar de thuissituatie. Een voorbeeld hiervan is een aanpassing rondom het huis.

“(…) ik kon mijn eigen trap niet op want er ontbrak een leuning, terwijl ze thuis waren komen kijken en dus door de wijkverpleging is dit snel opgepikt (…) dat had al moeten gebeuren vanuit herstel” . (R. x 359).

4.3.2 Randvoorwaarden

Professionals

Een randvoorwaarde is dat de ZEN-visie door het management aan medewerkers wordt uitgelegd en dat er vervolgens ook met- en tussen alle medewerkers op een ZEN wijze wordt omgegaan. Hiervoor is nodig dat men eerst zelf geschoold moet worden in de visie c.q. de meerwaarde van ZEN.

“Dat is [de wijze] een hele manier van omgaan met elkaar. En als jij voelt hoe prettig het is zoals je benaderd wordt, dat is fijn, dat kan ik ook bij anderen, die zullen het ook wel fijn vinden. Dan wordt het iets van jezelf. Dan voel je wat het kan betekenen als je wel contact maakt”. (R. 6, 189)

¹¹ Er zijn twee trajecten: het intensieve en het reguliere traject. Binnen het reguliere traject ontvangt de cliënt drie maal per week fysiotherapie. Binnen het intensieve traject wordt naast de vijf reguliere therapiebijeenkomsten en nog een groepsbijeenkomst in het weekend georganiseerd.

Volgens respondenten is een belangrijke randvoorwaarde dat er tijd wordt toegekend om ook cliënten als het ware ‘mee te nemen’ in de ZEN-visie.

“En het kost tijd, kijk het is gemakkelijk om iedere morgen die spuit te geven en de kousen aan te doen, dan dat je een half uur of drie kwartier bezig bent om iemand te instrueren om het zelf te doen”. (R. 5, 161).

4.4 Keten

4.4.1 Bevorderende factoren

Professionals

Een bevorderende factoren in de keten zijn de gezamenlijke (lunch)bijeenkomsten van de ketenpartners. Deze bijeenkomsten, waar casuïstiekbespreking plaatsvindt, hebben tot gevolg dat er een samenwerking in de keten tot stand komt. Dit komt ten eerste doordat er inzicht komt in elkaars werk en ten tweede door de bespreking en terugkoppeling van concrete en specifieke situaties door de aanwezige professionals. Mede hierdoor leren professionals elkaars taal beter verstaan waardoor er een gezamenlijk ZEN-gerichte referentiekader ontstaat. Doordat professionals elkaar leren kennen, loopt ook het vervolcontact gemakkelijker. Ook ontstaan informele contacten. Hierdoor is de zorg in de keten beter op elkaar afgestemd.

“(…) iemand met een heupoperatie mag alleen maar op een bepaalde manier de trap lopen of op een bepaalde manier het bed uitkomen. En dat wordt beoordeeld door de fysiotherapie. Maar de fysio komt een, twee keer en als je geluk hebt drie [keer] in de week. In de praktijk staat die man of vrouw dagelijks op. En krijgt hij eventueel nog hulp van de verpleging. Maar in hoeverre zijn zij geïnstrueerd hoe dat moet met dat bed dat er staat met wel of niet het hulpmiddel dat er is. (...) dus je moet denk ik dan die verbinding leggen”. (R. 4, 139).

Er zijn verschillende manieren toegepast om het ‘totaalplaatje’ van de keten te leren kennen. Een geopperd idee is dat medewerkers tijdelijk in een andere organisatie van de keten meelopen zodat zij die van ‘binnenuit’ leren kennen. Een andere manier is het afleggen van een gezamenlijk huisbezoek door bijvoorbeeld de professional uit de eerste en tweede lijn.

“Mensen zijn gewend binnen het hele kwaliteitsverhaal systeemgericht te zijn, productgericht te zijn, maar ketensamenwerking veronderstelt dus ketengerichtheid” (R. 3, 54)

Om zorg te dragen voor een structurele inbedding van de ZEN-visie na het ontslag bij de herstellkliniek, is een goede communicatie nodig tussen cliënt, zijn omgeving met name de mantelzorgers en andere (f)actoren) en de professionals uit zowel de eerste als de tweede lijn. De ZZC wordt in dit kader meerdere malen genoemd als bindende factor, juist omdat deze functie een schakel vormt tussen de intramurale setting en de thuissituatie en de eerste lijn.

Dat is het wezenskenmerk van ketensamenwerking. Weet wel dat iemand toch vanuit eigen organisatiebelang ook werkt en houdt daar rekening mee”. (R. 3, 53A)

Een bevorderende factor is dat ZEN vervolg heeft voor de cliënt die na de revalidatieperiode naar de thuissituatie gaat. Er is een optimale overdracht naar de eerste lijn. Dit komt omdat er een professional van de thuiszorg, voordat een cliënt naar huis gaat, bij de overdracht aanwezig is. Een bijkomend voordeel is dat de ZZC, die dit gesprek begeleidt, kennis van de werkwijze van de eerstelijns krijgt. Als gevolg is er bij de terugkeer naar huis in de regel maatwerk in de thuissituatie aanwezig. Gedoeld wordt op aanpassingen in en rondom het huis, thuiszorg en welzijn, specifiek op de situatie en behoefte van de cliënt.

4.4.2 Belemmerende factoren

Professionals

Een belemmerende factor is dat er niet altijd frequent overleg in de keten is. Een andere factor die genoemd wordt, is dat er onvoldoende geluisterd wordt naar elkaars inzichten en kennis.

“Ik denk dat er verschil is tussen therapeuten die intramuraal werken (...) Misschien moet er contact zijn tussen de fysiotherapeut die van de herstelkliniek is en de fysio die de follow up doet thuis. En of dat contact met een huisbezoek moet of anderszins. De lijnen en de verbinding tussen de verpleegkundige fysio huisarts et cetera is denk ik te weinig”. (R. 4, 126)

Het verschil in wijze van werken is onder meer te merken bij de verpleegkundigen van de thuiszorg en de verpleegkundigen en ZZC van herstelzorg. Zij hebben regelmatig een verschil van inzicht over de zorg die al dan niet nodig is voor de cliënt. De medewerkers uit de tweede lijn kennen de leefwereld van de cliënt in de thuissituatie onvoldoende. Hierdoor zouden zij minder goed in kunnen schatten welke zorg thuis nodig is.

Een andere belemmerende factor die regelmatig genoemd wordt, is dat bepaalde voorzieningen niet op tijd aanwezig zijn als cliënten naar huis gaan, in de keten nog ontbreken om ZEN te werken. Bijvoorbeeld het vervoer op maat. Deze voorziening kan pas worden aangevraagd als de cliënt thuis is. Vervolgens duurt toekenning lang. Om zelfmanagement van cliënten te bevorderen, zou deze voorziening meteen na thuiskomst ingezet moeten kunnen worden.

Verder is een belemmerende factor voor de cliënt dat hij ‘stapels brieven mee naar huis krijgt en hierdoor ‘de weg kwijt kan raken’. Dit betekent dat cliënten niet altijd kunnen overzien wat zij kunnen of moeten regelen zodra zij thuis zijn.

4.4.3 Randvoorwaarden

Professionals

Een belangrijke randvoorwaarde is dat de professionals in de keten elkaars organisatie, elkaars cultuur kennen. Bijvoorbeeld hoe binnen de diverse organisaties de ZEN-visie in de praktijk wordt gebracht.

“Het kan niet zo zijn dat de een met de cliënt aan het oefenen is om een eigen regie, eigen keuzes te maken, waarbij je als hulpverlener een stap achteruit moet doen, mensen vaardigheden aanleren om dingen aan te nemen, terwijl een andere partij gaat zeggen ik neem het over. Daarom is het essentieel dat je het heel breed en transmuraal door de organisaties heen doet”. (R. 5, 146)

Als een belangrijk element wordt de beschikking van handelingsruimte van de professional genoemd. In de keten moeten de professionals de ruimte vinden om de ZEN-visie tot stand te brengen en in de praktijk toe te passen. Hierin dient de cliënt op de voorgrond geplaatst te worden in plaats van het belang van de organisatie waaraan men verbonden is.

4.5 Maatschappij, overheid

4.5.1 Bevorderende factoren

Wetgeving

In de maatschappij wordt meer uitgegaan van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de burger en de samenleving. Er moet efficiënter worden omgegaan met mensen en met middelen. De overheid neemt initiatieven voor zelfmanagement door burgers/cliënten. Dit wordt het meest duidelijk in de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Het doel van de WMO is 'meedoen': het is de bedoeling dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen meedoen in de samenleving.

In de praktijk betekent dit dat de overheid ervan uitgaat dat de burger bekijkt wat hij zelf kan doen en wat de omgeving en het sociaal netwerk voor hem kan betekenen.

“Als je het hebt over mensen zo snel mogelijk terugbrengen in hun eigen omgeving waar ze vanuit hun eigen kracht weer verder kunnen. En zo nodig met ondersteuning vanuit de sociale omgeving, met wellicht informele en formele hulpstructuren”. (R. 3, 40)

De ZEN-visie en de wijze van financieren van de gezondheidszorg sluit aan bij het zelfmanagement principe van ZEN volgens een aantal respondenten.

4.5.2 Belemmerende factoren

Financiële vergoeding

Belemmerende factoren zijn dat er tegenstrijdige belangen kunnen zijn tussen de (samenwerkende) organisaties. Dit kan het geval zijn op het gebied van financiën. Dit gaat vooral over de werkzaamheden die de diverse organisaties binnen het ZEN programma gaan verrichten en welke vergoedingen hiervoor al dan niet worden toegekend.

Daarnaast wordt als belemmerende factor genoemd dat binnen het DBC iedere minuut moet worden verantwoord, terwijl professionals meer cliëntgericht zouden willen werken wat niet binnen een DBC vergoed wordt.

“Altijd in de gaten blijven houden dat er verschillende belangen zijn dat je die naar elkaar moet uitspreken en rekening met alle belangen moet houden. [Dit op het] gebied van verantwoording, financiering. Sommige organisaties kunnen alleen geïndiceerde zorg leveren, in een keten wordt soms weleens gevraagd je moet ook even iets doen en daar hebben we nog geen indicatie voor”. (R.3, 50a)

4.5.3 Randvoorwaarden

Overheidsbeleid

Als de overheid meer uitgaat van eigen regie en verantwoordelijkheid, dan zijn de volgende elementen hierbij van belang. Als eerste dat de regering, de politiek zich bewust moet zijn van de mogelijkheden en eventueel verantwoordelijkheden van een organisatie en van burgers en waar deze eindigen. En dus bespreekbaar moet maken wanneer zelfmanagement en mogelijkheden van en door burgers daartoe niet meer mogelijk zijn.

Opleiden van professionals

Een andere randvoorwaarde gaat over kennis van zelfmanagement en zelfregie door professionals. Naar de ervaring van respondenten dienen deze onderwerpen al een belangrijke plaats in de opleiding voor gezondheidszorgprofessionals in te nemen.

4.6 Beantwoording onderzoeksvragen

1. Hoe is de praktische bruikbaarheid van de ZEN-methode ervaren door de zorgverleners en cliënten?

Door het management is ZEN geïntroduceerd en zijn medewerkers uitgenodigd om een scholing te volgen. Hierin werd onder meer geoefend met motivational interviewing. Voor de ZZC's volgde nadien nog een training on the job. Echter heeft niet iedereen de training gevolgd. Hierdoor is ZEN niet voor alle medewerkers van azM Herstelzorg en belangrijkste eerstelijns professionals gaan leven. Ook in de teams is dit niet altijd het geval. Bovendien is volgens stakeholders door het management niet een follow-up gegeven door bijeenkomsten of door de wijze van omgaan door het management met medewerkers.

Binnen de herstelkliniek spelen de ZZC's een centrale rol binnen ZEN. Ten eerste met cliënten, met wie zij vanaf het moment van opname een vertrouwensrelatie opbouwen. Hieraan helpt de motivational interviewing techniek. Door hun collega's binnen azM Herstelzorg en in de eerste lijn, worden de ZZC's als de centrale figuur gezien. Ten eerste zijn de ZZC's degenen die vanaf de eerste dag van opname contact hebben met de cliënt. De ZZC draagt de ZEN-visie uit in contacten met collega-professionals, bijvoorbeeld in het MDO, waar de relevante kennis wordt samengebracht en door de verschillende disciplines besproken en de situatie en mogelijkheden van de cliënt van verschillende kanten wordt belicht. Ook de fysiotherapeuten spelen een belangrijke rol. Zij hebben tenminste driemaal per week contact met de cliënt. De ZEN visie wordt door hen zowel in handelwijze als in gesprekstechnieken toegepast.

Door cliënten is vooral het contact met de ZZC's en de fysiotherapeuten bijgebleven. Zij hebben dit intensieve en vertrouwelijke contact als erg waardevol ervaren, zeker in een kwetsbare positie waarin zij zich op dat moment bevonden.

2. Wat zijn de bevorderende en belemmerende, interne en externe factoren van het ZEN programma?

Als bevorderende factoren wordt de ontmoeting tussen professionals in de eerste en tweede lijn genoemd. In de gezamenlijke lunchbijeenkomsten waar casuïstiek wordt besproken, leren zij elkaars wereld en taal kennen.

Als belemmerende factoren wordt onder meer aangedragen dat niet alle leidinggevenden en professionals de ZEN training hebben gevolgd. De ZEN-visie wordt door een leidinggevende niet (altijd) uitgedragen. Daarnaast is de periode in de Herstelkliniek voor cliënten (te) kort om zich zelfregie eigen te maken. Ook zou de ZZC minder ervaring hebben met de specifieke thuissituatie van de cliënt. De cliënt dient vanaf het moment van opname al snel een keuze moeten maken over het (fysiotherapie)traject. Voor sommige cliënten gebeurt er al veel en is dit na opname wat te snel. Op het moment dat zij naar huis gaan, hebben ze zoveel informatie [krijgen stapels brieven mee], dat het voor hen lastig is om overzicht te krijgen.

3. Welke randvoorwaarden zijn nodig om ZEN te implementeren?

De randvoorwaarden liggen vooral in de communicatie tussen het management en de professionals, als ook bij de professionals onderling en tussen verschillende disciplines. Om te beginnen met een uitleg door het management over ZEN en om welke redenen voor deze aanpak is gekozen. Daarbij is een randvoorwaarde dat het management de ZEN wijze in die contacten uitdraagt. Kennis van zelfmanagement en zelfregie bij professionals is onontbeerlijk.

Daarnaast is er behoefte aan overleg in de keten waardoor inzicht in elkaars cultuur, werkwijze en kennis wordt gegeven. Dit is bevorderlijk en noodzakelijk voor de overdracht van de herstelkliniek naar de eerste lijn. Tot slot is een randvoorwaarde dat de overheid zich bewust is van de mogelijkheden en verantwoordelijkheid van een organisatie en de burger maar ook waar deze eindigen.

5 Uitkomsten beleving cliënten

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van cliënten weergegeven. Eerst wordt beschreven hoe zij de periode tijdens de opname hebben ervaren. De bevindingen zijn gesplitst in bevorderende en belemmerende factoren. Tenslotte worden enkele randvoorwaarden genoemd.

Bevorderende factoren

In zijn algemeenheid wordt de revalidatieperiode binnen azM Herstelzorg door de cliënten als positief beoordeeld.

Nagenoeg alle geïnterviewde cliënten hebben het contact met de ZCC als waardevol ervaren. Dit ligt in het feit dat de ZCC's tijd en aandacht hadden voor de cliënten. In de gesprekken is aandacht voor de beleving van de cliënt en wat hij allemaal heeft doorgemaakt vanaf de aanleiding van het trauma of de geplande operatie tot en met de opname in de herstelkliniek.

“De gesprekken (...) gaven een veilig gevoel in de situatie. (...) Zij had een luisterend oor en was erg betrokken” (R. 19, 448).

Ook het feit dat de ZCC regelmatig langskwam wordt op prijs gesteld.

(...) kwam bijna elke dag. Dat was heel leuk. (R. 21, 461)

De ZCC's hebben zaken geregeld voor cliënten. Bijvoorbeeld thuiszorg, alarmering en begeleiding van een psycholoog. Opvallend was ook dat de cliënten zich de naam van de ZCC herinnerden.

De fysiotherapeuten worden in de gesprekken met cliënten altijd genoemd. De naam van de fysiotherapeut en de omstandigheden kunnen ze zich nog goed herinneren.

Cliënten hebben een vaste therapeut, dat als prettig werd ervaren.

“Er waren verschillende therapeuten. Ieder had zijn eigen therapeut. Maar ik had er twee. (...) En dan had ik die en dan had ik die. Maar altijd twee vasten, he. Waren ook leuk, behulpzaam”.

De cliënten spreken positief over de fysiotherapie ten aanzien van de continuïteit en wat tijdens de therapie gebeurde.

Achteraf gezien stimuleerden de oefeningen en hielpen goed om vooruit te komen. (R. 20, 451).

Ik kreeg iedere dag therapie. Ja een dag in de week had zij vrij maar praktisch iedere dag had je therapie (R. 22, 463).

Belemmerende factoren

Een enkele cliënt kan zich van de gesprekken met de ZZC's niet veel herinneren.

"Ik heb hier niet speciaal aan gehad" (R. 20, 455)

Cliënten herkennen het woord en de uitleg over ZEN niet. Zij hebben niet zozeer het gevoel dat zij gestimuleerd zijn in zelfregie en zelfmanagement. Wel noemen zij het woord zelfstandigheid.

"Nee, er werd gezegd wat je zelf kunt dat moet je zelf doen". (R. 22, 465).

"Ja, dat je leert om alles zelfstandig te doen". (R. 22, 477).

Hier wordt vaak de familie genoemd die zaken voor hen regelen. In een enkel geval zichzelf. Soms kon een cliënt zich dit niet precies herinneren.

"Nou, thuis is alles geregeld, mijn zoon heeft (...) gezorgd en (...) dat er genoeg eten en drinken in huis is. En dan kan ik een paar dingen op een rijtje zetten". (R. 22, 481).

"Ik heb zelf dingen geregeld dat ik naar huis kon". (R. 20, 454).

Randvoorwaarden

De aanleiding om te participeren in ZEN en in het bijzonder in het onderzoek ligt vooral aan de manier waarop de ZZC de vraag stelt en welk band de cliënt met de ZZC heeft.

"Er is iemand naar me toegekomen met de vraag of ik mee wilde doen aan een onderzoek van de Universiteit. Ik weet hoe belangrijk dat is voor hem, dus daar wilde ik mijn medewerking wel aan verlenen. Er zijn zo'n beetje dingetjes gezegd door de coach". R. 20, 453).

"[De boekjes] heb ik gelezen, of ik dat wilde invullen en ik zeg: Ja, kom maar hier" (R. 22, 472).

Naar de ervaring van de cliënt hebben zij geen keuze gemaakt in de mate van behandeling. Dit werd voor hen gedaan door de fysiotherapeut en zonder inbreng van de cliënt.

"De oefeningen van de fysiotherapeut stimuleerden en hielpen om goed vooruit te komen. Na een paar dagen zei de fysiotherapeut: Ik ga u in het versneld programma zetten" (R. 20, 452).

Tot slot is de door professionals gebruikte terminologie niet altijd helder voor de cliënt. Zo zegt een aantal cliënten geen behandelplan gezien te hebben, terwijl zij dit ondertekend hadden en in het dossier was toegevoegd. Een belangrijke randvoorwaarde is om qua taalgebruik aan te sluiten bij de cliënt.

Tabel 1 – Resultaten

Resultaten	Individueel	Groepsniveau				
	Professional	Team	Organisatie	Keten	Maatschappij	
Bevorderende factoren	<p>ZZC</p> <p>Actief betrekken cliënt</p> <p>Vertrouwensrelatie met cliënt</p> <p>Aandacht specifieke situatie en mogelijkheden cliënt</p> <p>Assertiviteit & empowerment cliënt</p> <p>ZZC Coördinerende rol MDO.</p> <p>Fysiotherapeut past ZEN-visie toe</p>	<p>ZEN is tastbaar door ZZC</p> <p>Samenwerking rondom in organisatie en in MDO</p> <p>Gesprekken voeren op motivational wijze</p>		<p>Organisatie</p>	<p>Keten</p>	<p>Maatschappij</p>
				<p>Gezamenlijke bijeenkomsten professionals van deelnemende organisaties. Inzichten in elkaars werk. Verschillende perspectieven leren kennen</p> <p>Elkaars organisatie en wijze van werken leren kennen</p> <p>Goede communicatie tussen cliënt, zijn omgeving</p> <p>Handelingsruimte voor professionals</p> <p>Optimale overdracht naar eerste lijn</p> <p>Meer maatwerk voor cliënt thuis</p>	<p>Meer kracht en verantwoordelijkheid aan de burger</p> <p>Wijze van financieren van de zorg sluit aan bij principe van ZEN</p>	

Vervolg Tabel 1 – Resultaten

Resultaten	Individueel	Groepsniveau			
	Professional	Team	Organisatie	Keten	Maatschappij
Belemmerende factoren	Niet alle professionals training ZEN gevolgd	Leidinggevende niet achter ZEN-visie	Niet alle medewerkers van begin af aan betrokken bij ZEN project	Onvoldoende overleg en zicht op elkaars werk in de keten	Mogelijk belangen van afzonderlijke organisaties
	Beperking in tijd en financiële restricties	Niet alle teamleden stralen de ZEN-visie uit	Geen vervolg op training Contract vraagt dingen die cliënt soms niet wil & geen ZEN-visie	Sommige voorzieningen zoals vervoer op maat pas thuis aanvragen. Dit belemmert de mobiliteit en zelfstandigheid van de cliënt	
	Tijd is kort voor omslag naar zelfregie	Te groot team rondom de cliënt	Op dag 1 keuze maken voor een behandeltraject Beperkte keuze in behandeltraject fysiotherapie Niet alle zaken zijn geregeld in de thuissituatie	Client heeft veel te verwerken als hij naar huis gaat	
Randvoorwaarden	In opleiding aandacht voor ZEN-visie ZZC mogelijkheid om in functie groeien Beklijven ZEN in praktijk: training, learning on the job Client leren om vragen te stellen	Communicatie door - management over ZEN-visie Communicatie tussen disciplines Communicatie binnen teams	Uitleg ZEN visie medewerkers , management zelf geschoold Tij om cliënten meenemen in ZEN-visie	Op de hoogte van wijze van werken en implementeren ZEN binnen andere organisaties	Regering, politiek uitspraak doen/bewust zijn over waar zelfmanagement eindigt (niet meer mogelijk is) ZEN-visie beginnen binnen opleiding professionals

6 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de conclusies van onderhavige procesevaluatie beschreven.

De drie onderzoeksvragen, zoals beschreven in § 3.2, waren:

- (1) *Hoe is de praktische bruikbaarheid van de ZEN-methodiek ervaren door de zorgverleners en cliënten?*
- (2) *Wat zijn bevorderende en belemmerende, interne- en externe factoren van het ZEN-programma?*
- (3) *Welke randvoorwaarden zijn nodig om ZEN te implementeren?*

De structuur van het rapport is zo vorm gegeven dat bij elke stakeholder expliciet bevorderende en belemmerende factoren worden beschreven (i.e. onderzoeksvraag 2), Tabel 1 vat dit alles samen met daarbij ook aandacht aan de derde onderzoeksvraag te besteden, i.e. de benodigde randvoorwaarden. De eerste onderzoeksvraag is volledig verweven doorheen het gehele rapport.

Aan de hand van bovenstaande onderzoeksvragen, onderzocht in de procesevaluatie concluderen we volgende bevindingen.

Overall kan geconcludeerd worden dat alle interviewees, elk vanuit hun eigen perspectief, ZEN als een bruikbaar en relevant instrument beschouwen. Het nut van een dergelijke tool om bij cliënten, en zorgverleners, een bewustwordingsproces in gang te zetten die daadwerkelijk op (lange) termijn kan leiden tot een gedragsverandering, die op zijn beurt leidt tot een meer proactieve cliëntgerichte aanpak en daaraan inherent de gewenste participatiemaatschappij staat dan ook niet ter discussie. Het voor het eerst implementeren van dergelijke methodiek in een bestaande organisatiestructuur is echter pionierswerk, waarmee men bepaalde vaste normen en regels wenst te wijzigen. Gesteund door literatuur (Grol et.al) hoeft het dan ook niet te verbazen dat hierbij een aantal kanttekeningen dient gemaakt te worden. Een aantal hobbels op de weg bemoeilijkten de implementatie, maar zijn belangrijke leermomenten geweest, én bovendien met de nodige aandacht hiervoor te ondervangen.

Binnen het ZEN programma ligt de focus op het actief betrekken van de cliënt bij zijn herstel en op de resterende mogelijkheden, dit vanuit zijn eigen kracht en het vermogen tot zelfmanagement. De cliënt wordt proactief betrokken bij de bepaling van de behandeldoelen door de gesprekken met de ZCC. De ZCC speelt hierin een centrale rol. In § 4.1.1 wordt bovenstaande sterk geponereerd als een bevorderende factor met betrekking tot de implementatie dan wel borging van de ZEN-methodiek. De ZEN visie is met name tastbaar gemaakt door de opstelling, werkwijze en uitstraling van de ZCC. Mede hierdoor zijn de rollen van de coaches in de teams duidelijker, zowel in het algemeen als specifiek in het MDO (§ 4.2.1).



Middels ZEN blijkt dat ouderen in onvoldoende mate worden betrokken in de besluiten die genomen worden over hun zorg. Hun persoonlijke (zorg- en/of welzijns-)vraag komt nog te weinig aan de orde. Enerzijds omdat het actief betrekken van een cliënt een wijziging vraagt in denken en doen van de zorgprofessional (die veelal zo niet is opgeleid), anderzijds omdat een bepaalde generatie ouderen hier ook niet mee vertrouwd is en/of soms bewust berust in het niet actief moeten meedenken. Er zijn echter indicaties dat de gezondheid en kwaliteit van een chronisch zieke oudere beduidend verbetert als er een gezamenlijk persoonlijk zorgplan wordt opgesteld. De professionals geven aan dat ze het liefst de begeleiding in het kader van ZEN nog meer op de individuele situatie van de cliënt zouden willen afstemmen.

Binnen de zorg staat vooral het aanbod centraal in plaats van de vraag en het perspectief van de patiënt. Het bevorderen van zelfmanagement vraagt echter een andere benadering van de zorgprofessionals zodat deze wordt afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de ouderen zelf.

Het ZEN project heeft als doel om de kwaliteit van zorg te verbeteren door de behandeldoelen in de geriatrische revalidatiezorg samen met de oudere cliënt en de mantelzorger op te stellen. Tijdens de herstelperiode wordt in gezamenlijkheid gewerkt aan het vergroten van zelfmanagement van de cliënt. Hiervoor wordt samengewerkt met de eerste lijn en diverse disciplines, waarbij de ZZC's een centrale rol spelen.

Voor managers en medewerkers in de zorg betekent een andere wijze van zorg verlenen een cultuuromslag. Het gebruik van eigen kracht sluit in het algemeen aan bij omstandigheden en behoeften van de cliënt. Medewerkers op hun beurt hebben de mogelijkheden om hier op in te spelen. Een cultuuromslag vergt tijd. Langer dan de duur van een gemiddeld NPO-project.

We concluderen dat de basis van het ZEN programma, het CCM terug te zien is in de resultaten van deze evaluatie. Met name de volgende aspecten komen terug: ontwerp zorgproces (diagnose, patiënt betrekken) en zelfmanagementondersteuning (partnerschap, adequate informatie en adequate ondersteuning).

Tot slot, concluderen we dat de resultaten van deze evaluatie duidelijk de situatie van de gezondheidszorg laat zien: de transitie van zorgstaat tot participatiemaatschappij. Veel uitspraken weerspiegelen deze transitie, zowel bij de bevorderende en belemmerende factoren als bij de randvoorwaarden.

7 Aanbevelingen

- We bevelen een top-down en bottom-up beleid aan.
We bevelen aan dat het management op strategisch niveau van azM Herstelzorg medewerkers informeert over de visie en de implementatie van ZEN. Door een bottom-up benadering kan de methodiek ‘iets van de verzorgende worden’ en hiermee in haarvaten van de organisatie komen.

Dit kan gebeuren door de visie te bespreken en vervolgens de medewerkers naar hun mening te vragen en hen mee laten denken over het beleid en de uitvoering hiervan. Na een goede introductie van de ZEN-visie kan gewerkt worden met een aantal ‘kartrekkers’ als voorbeeld binnen de organisatie.
- We bevelen aan dat de communicatie binnen azM Herstelzorg ‘breed’ opgepakt wordt. Naast de communicatie vanuit het management binnen de eigen organisatie aan medewerkers en de communicatie zowel binnen- als tussen de verschillende disciplines en tot slot de communicatie binnen de teams. Dit geldt zowel binnen azM Herstelzorg als ook voor de aanpalende organisaties extern. De gemeente kan hierin een belangrijke rol spelen om deze aanbeveling in de keten goed te laten verlopen.
- We bevelen aan dat de ZCC's binnen en buiten de organisatie worden geïntroduceerd waarbij de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden bekend worden gemaakt zodat een ieder weet wat de ZCC doet en zij een echt mandaat krijgen.
- We bevelen aan dat er regelmatig informatie en communicatie is vanuit het management voor introductie bij nieuwe medewerker en borging, zodat ook zij bij binnenkomst meegenomen worden in de beoogde werk- en benaderingswijze. Hiervoor is onder meer nodig dat ZEN een vast agendapunt wordt tijdens vergaderingen en bijeenkomsten, bijvoorbeeld de teamvergaderingen en de bijeenkomsten organisatiebreed.
- We bevelen aan dat er regelmatig gezamenlijke activiteiten door de keten heen worden georganiseerd. Hiervoor zouden regelmatig (lunch)bijeenkomsten kunnen worden georganiseerd waarin men elkaars wereld en taal kunnen leert kennen.

De gezamenlijke lunchbijeenkomsten met casuïstiekbespreking worden als een succes beschouwd. Dit zou vastgehouden moeten worden. Deze bijeenkomsten hebben tot gevolg dat er een samenwerking in de keten tot stand komt doordat er inzicht komt in elkaars werk door bespreking en terugkoppeling van specifieke situaties. Organisaties in de keten worden gezamenlijk eigenaar van ZEN.



8 Bibliografie

Hsueg, H.-F. and S.E. Shannon, Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 2005. 15(9): p. 1277-1288.

Lincoln, Y.S. and E.G. Guba, *Naturalistic Inquiry*. 1985, Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.

Miller, W. R. (2000). Motivational interviewing: IV. Some parallels with horse whispering. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 285- 292.

Patton, M.R., *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. 2002, Thousand Oaks, CA.: Sage.

Wagner EH, Austin BT, VonKorff M. Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly* 1996a;2: 12-25

Wagner EH, Austin BT, VonKorff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Millbank Quarterly* 1996b;74:511-44

Beleidsstukken:

Beleidsregel CA-427. In drie stappen naar meer zelfmanagement bij tijdelijk opgenomen oudere in azM Herstelzorg, op weg naar en in de thuissituatie. Aanvraag implementatie ZEN programma.

Websites:

www.envida.nl

www.trajekt.nl

www.huisvoorzorg.nl

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_CareModel&s=2

http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Het_Chronic_Care_Model_in_Nederland.pdf

(ingezien op 29 mei 2014)

Bijlage 1 Overdrachtformulier

Overdrachtformulier Zelfzorgcoach azM Herstelzorg naar eerstelijnszorg



Overdracht van: _____
Overdracht naar: _____
Naam cliënt: _____
Verzekering: _____
Polisnummer: _____

Geboortedatum: - -

Adres: _____ (straat)
_____ (postcode-gemeente)
_____ (telefoonnummer)

Contactpersoon
(indien van toepassing) _____ (telefoonnummer)

Huisarts: _____ (telefoonnummer)

Opnamedatum azM Herstelzorg: - -

Reden van opname: _____

Ontslagdatum azM Herstelzorg: - -

Aandachtspunten vanuit de doelen die cliënt zichzelf gesteld heeft tijdens opname azM Herstelzorg

Mobiliteit:

Participatie:

Thuisituatie:

Motivatie:

Cognitie:

Stemming:

Aandachtspunten voor thuisituatie:

Wensen van de cliënt:

Advies zelfzorgcoach:

Datum overdracht: - -

Bij eventuele vragen kunt u contact opnemen met:

Marita Kremers Margo Maassen : Ingrid George

Zelfzorgcoaches azM Herstelzorg: ☎ 043-6019416

✉ zelfzorgcoach@azmherstelzorg.nl

Bijlage 2 Beschrijving deelnemende organisaties

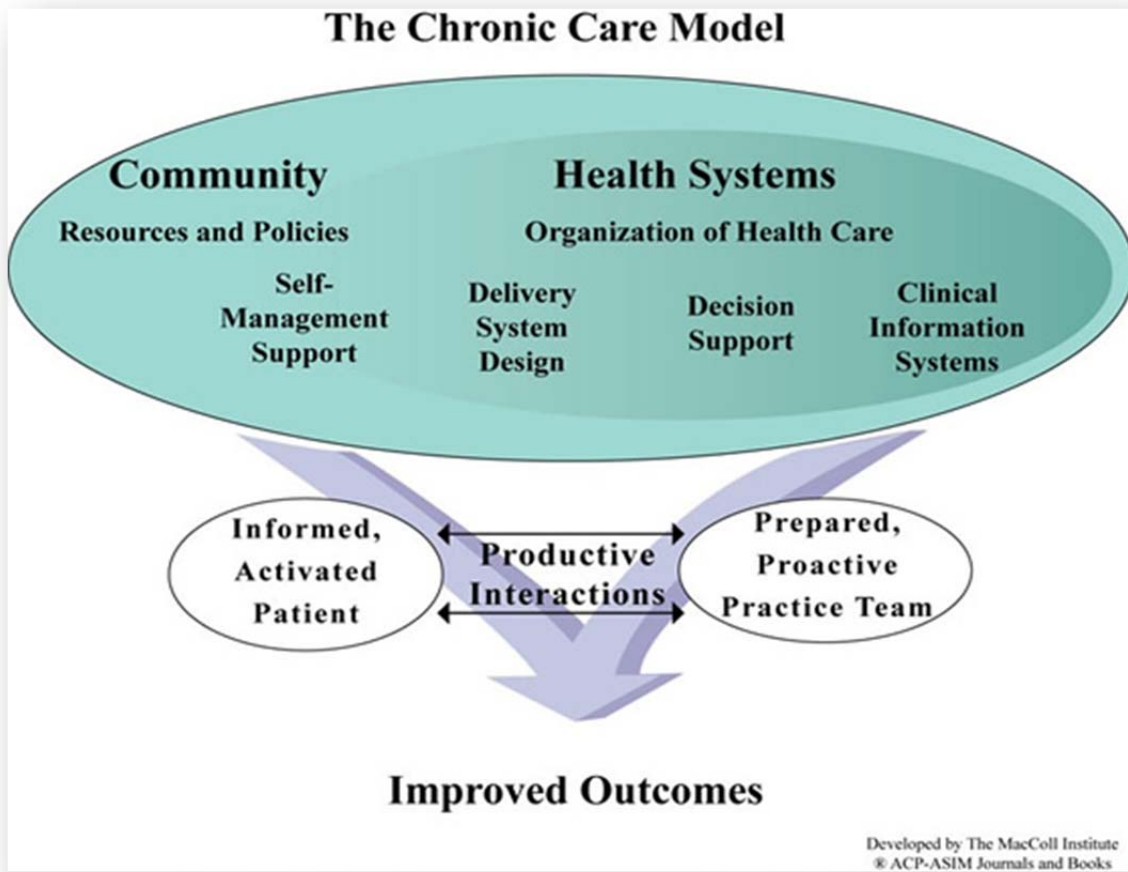
azM Herstelzorg is een gespecialiseerd centrum voor geriatrische revalidatie. azM Herstelzorg verleent vooral zorg aan kwetsbare personen die door hun leeftijd of aandoening kwetsbaar zijn en langer de tijd nodig hebben om te herstellen. Cliënten kunnen bij azM revalideren om zo snel mogelijk hersteld weer naar huis te gaan.

Trajekt is de welzijnsonderneming voor Maastricht en het Heuvelland. Trajekt streeft naar een volwaardig leven voor de inwoners van deze regio. Zij werken samen met en dichtbij de mensen, vanuit de vele gemeenschapshuizen en andere buurtvoorzieningen voor mensen van alle leeftijden.

Groene Kruis Domicura (Groene Kruis Domicura heet na de fusie met Vivre Envida). Envida biedt diensten aan op het gebied van wonen, welzijn en zorg aan cliënten, vooral chronisch zieken en ouderen, in Zuid Limburg.

Het Huis voor de Zorg is een onafhankelijke organisatie, die zich inzet voor de belangen van (potentiële) zorgvragers in Limburg. De inzet is altijd gericht op het vergroten van de 'verantwoordelijkheid en zeggenschap' van gebruikers van zorg.

Bijlage 3 Chronic Care Model in schema





Bijlage 4 Interviewvragen

Hoe ervaart u de implementatie van de ZEN methode?

Wat, welke onderdelen zijn volgens u goed geïmplementeerd?

Kunt u hierover meer vertellen? Reden, omstandigheden (doorvragen)

Kunt u hiervan voorbeelden geven?

Welke onderdelen zijn naar uw mening minder goed geïmplementeerd?

Kunt u hierover meer vertellen? Reden, omstandigheden (doorvragen)

Kunt u hiervan voorbeelden geven?

Wat zijn bevorderende en belemmerende interne- en externe factoren naar uw mening?

Kunt u hierover meer vertellen? Reden, omstandigheden (doorvragen)

Kunt u hiervan voorbeelden geven?

Bijlage 5 Scholingen ZEN

SCHOLINGEN ZEN

**In drie stappen naar meer
zelfmanagement bij de tijdelijk
opgenomen oudere in azM Herstelzorg,
op weg naar én in de thuissituatie.**

Cursusleider: Mw. Lianne Daemen
Daemen Motivatie en Training
Heukelplein 7
6225 DE Maastricht
M: 06-34907754
E: info@daementrainingen.nl
I: www.daementrainingen.nl

1. Inleiding

Minder drinken, op tijd de voorgeschreven pillen slikken, gezond eten, beter luisteren, meer activiteiten ondernemen, oefeningen doen om angst te overwinnen, vaker ontspannen, meer bewegen, betere hygiëne, je spraakoefeningen doen, enz.: daar gaat het vaak over in de gezondheidszorg.

Paramedici, medici, verpleegkundigen, praktijkondersteuners e.d. houden zich steeds vaker bezig met het gedrag van hun cliënten. Heel vaak lukt het niet om het gedrag te veranderen. Hulpverleners weten wel wat hun cliënten anders moeten doen, maar niet hoe ze hen zover kunnen krijgen. Dat komt vooral omdat ze weinig aandacht besteden aan de motivatie tot verandering. Ze zouden meer motiverende gespreksstijl (Motivational Interviewing) moeten toepassen. (Gerard M. Schipper & Jannet de Jonge, 2002)

2. Wat is Motivational Interviewing?

Een definitie:

Motiverende gespreksvoering is een gidsende, doelgerichte stijl van communicatie, waarbij de persoon centraal staat en vanuit samenwerking de intrinsieke motivatie voor verandering van gedrag wordt uitgedaagd en versterkt.

Motivational Interviewing is een gespreksstijl die directief en tegelijkertijd cliëntgericht is. Het helpt cliënten hun ambivalentie ("ik wil wel . . . en ik wil niet") ten aanzien van gedrag te onderzoeken en op te lossen. Motivational Interviewing is een stijl van samenwerken, gebruik makend van verschillende principes en vaardigheden (Miller, 2002). Hierbij is het van groot belang dat het vertrouwen wordt opgebouwd, de weerstand wordt verminderd en dat men zich richt op het verhogen van de fase van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1986).

Principes van Motivational Interviewing zijn:

Het nauwkeurig begrijpen van wat de cliënt zijn standpunt is, het vermijden van discussies, het meeveren met weerstand, het verhogen van het vertrouwen dat de cliënt in zichzelf heeft (zelf-effectiviteit) en het ontwikkelen van discrepantie tussen het huidige en het mogelijke toekomstige gedrag.

De essentie van Motivational Interviewing is dat de motivatie tot verandering vanuit de cliënt zelf komt (intrinsieke motivatie) en niet van buitenaf wordt opgelegd. Het is de taak van de cliënt en niet van de hulpverlener om uitdrukking te geven aan en oplossingen te zoeken voor de eigen ambivalentie (de bereidheid tot gedragsverandering is niet een vaststaande eigenschap van de cliënt, maar een wisselend product van de interactie tussen cliënt en hulpverlener). Iemand's ambivalentie oplossen door te overtuigen is hierbij geen goede strategie. De sfeer tijdens een gesprek met een cliënt is dan

ook kalm en uitnodigend. Er is sprake van gelijkwaardig partnerschap tussen beiden (Miller, 2002; Rollnick, 1999; Te Lintel Hekkert, 2003).

Andere kernpunten van Motivational Interviewing zijn:

- De stijl is gericht op zelfsturing/zelfmanagement (!).
- De hulpverlener is directief met betrekking tot het de cliënt zelf laten ontdekken van eigen beweegredenen tot verandering.
- Confrontatie komt niet van buitenaf. De cliënt moet zichzelf realiseren hoe tegenstrijdige wensen/gedragingen voor haar/hem een rol spelen.
- De hulpverlener zoekt aansluiting bij de dagelijkse praktijk van de cliënt en zijn/haar sterke/zwakke kanten.
- De hulpverlener stelt samen met de cliënt een of meerdere doelstellingen op, waarbij de cliënt degene is die werkt aan het realiseren van deze doelen.
- De hulpverlener stimuleert en ondersteunt.
- De wederzijdse communicatie tussen beiden is gelijkwaardig van karakter.
- Twee deskundigen zijn in gesprek met elkaar. De hulpverlener is de deskundige op zijn gebied en de cliënt is de deskundige op het gebied van zijn/haar leven met de (on-)mogelijkheden en de wensen.
- Naarmate de kwaliteit van het contact tussen de cliënt en de hulpverlener toeneemt, neemt de kans op gedragsverandering toe (door afwezigheid van weerstand in de communicatie wordt de kans op veranderingsuitspraken vergroot).

3. Stages of change (Prochaska)

Het doel van dit model is eigenlijk om hulpverleners meer inzicht te geven in welke fase van gedragsverandering mensen zich bevinden, zodat de begeleiding hier beter op afgestemd kan worden. Het model laat zien welke fases mensen doorlopen en welke stappen ze zetten om te komen tot verandering van gedrag (Brug, 2002).

Voorbeeld: als iemand nog niet eens overweegt om zijn werkeloos thuiszitten te veranderen dan heeft het geen zin om die persoon informatie te geven over hoe hij/zij dat zou kunnen doen.

4. (Bij)Scholing in Motivational Interviewing

Er zijn vele manieren om iets te leren en zeker voor Motivational Interviewing geldt dat er geen vaststaand stramien is waaraan voldaan moet worden. Immers, het aanleren van de gesprekstijl dient natuurlijk wel consistent te zijn met de methode zelf, dus klantgericht en flexibel, op maat.

Ervaring en onderzoek in het laatste decennium naar de effectiviteit van verschillende formats om Motivational Interviewing in training, workshops en coaching aan te leren, hebben binnen het internationale netwerk van Motivational Interviewing trainers (MINT, Motivational Interviewing Network of Trainers) geleid tot het formuleren van een aantal algemene richtlijnen. Deze richtlijnen hebben tot doel een realistisch beeld te scheppen van wat deelnemers mogen verwachten van verschillende vormen van bijscholing en om „inkopers" van bijscholing alert te maken op onrealistisch hoge verwachtingen van verschillende doses van bijscholing op het kennis- en competentieniveau van uitvoerende professionals.

Binnen ZEN kiezen we voor:

1. Introductie in Motivational Interviewing (een middagcursus van 4h)¹:

Een workshop van 4h kan de deelnemers enige bekendheid en vertrouwelijkheid bieden met de basisconcepten van Motivational Interviewing maar het is hoogst onwaarschijnlijk dat in een dergelijke tijd enig effect op de praktische vaardigheden van de deelnemers te zien zal zijn.

Doordat de deelnemersgroep uit maximaal 15 personen bestaat kan de trainer eenvoudige oefensituaties aanbieden die de deelnemer(s) een indruk kan geven van de stijl, de sfeer en de praktijk van Motivational Interviewing.

Een workshop als deze geeft deelnemers de kans om te bepalen hoe geïnteresseerd zij zijn om méér van Motivational Interviewing te leren. De workshop bestaat uit een mix van theorie, interactie, oefeningen, rollenspellen en plenaire discussies om met de basisvaardigheden van Motivational Interviewing kennis te maken.

De deelnemers aan deze workshop zijn afkomstig van: azM Herstelzorg (activiteitenbegeleiding, verzorgende, verpleegkundige), GroeneKruis Domicura, Steunpunt Mantelzorg, eerstelijns fysiotherapie, eerstelijns ergotherapie, Stichting Trajekt (ouderenadviseurs).

2. Theorie en praktijk van Motivational Interviewing

Met 16 tot 24 uur workshoptijd is het mogelijk om deelnemers zowel begrip als inzicht te geven in de spirit en de theorie van Motivational Interviewing, alsmede ze enige praktijksimulaties te bieden om deze stijl van werken uit te proberen. Ook deze workshop bestaat uit een mix van theorie, interactie, DVD-analyses, oefeningen, rollenspellen en plenaire discussies om de basisvaardigheden van Motivational Interviewing te leren.

3. Per kwartaal een intervisiebijeenkomst tussen de deelnemers om van elkaar te leren aan de hand van praktijkvoorbeelden.

¹ Deze scholing vond inmiddels plaats op maandag 20 juni 2011, van 13h tot 17h. Deelnemers waren afkomstig van: azM Herstelzorg, GroeneKruis Domicura, Steunpunt Mantelzorg, Stichting Trajekt, en eerstelijns fysio- en ergotherapie.

SCHOLING ZELFMANAGENT (door Vilans)

Cursusleider: Mw. drs. Jeanny Engels

Senior medewerker

Programma Chronisch Zieken

T: (030) 789 2534

M: 06 81 850 882

E: j.engels@vilans.nl

Werkdagen: maandag t/m donderdag

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Catharijnesingel 47 | Postbus 8228 | 3503 RE Utrecht | 030 789 2300 | www.vilans.nl

Workshop 1: 'Herstelzorg en zelfmanagement'

Inleiding:

In het kader van het onderzoek **Zelfmanagement Empowerment Netwerk Programma (ZEN)** vinden twee workshops over zelfmanagement plaats (d.d. 28/06/2011 en 16/08/2011).

Het doel van het onderzoek ZEN is drieledig:

1. het zelfmanagement van de oudere vergroten;
 2. de oudere empoweren in zijn eigen ziektebeeld en kennisinzicht, in zijn beperkingen en vooral in resterende mogelijkheden;
 3. de oudere empoweren in het versterken van zijn eigen persoonlijk sociaal netwerk.
- De eerste twee workshops vinden plaats in het kader van de pilot van ZEN.

Vorbereidende opdracht:

Ter voorbereiding op de workshop vragen we je om drie dingen te doen:

1. Lees het artikel 'Zelfmanagement helpt de zieke vooruit' van Engels & Kistemaker uit Medisch Contact van 2009 en het artikel 'De patiënt op gang brengen. Zelfmanagement volgens Jeanny Engels van Vilans' van Kommer uit De Eerstelijns van 2010.
2. Beantwoord de volgende drie vragen:
 - Wat betekent zelfmanagement voor jou persoonlijk?
 - Wat betekent zelfmanagement voor jou als zorgverlener?
 - Wat betekent zelfmanagement voor het team waarin je werkt?
3. Neem een print van het zorgdossier van je laatste cliënt mee naar de workshop.

Programma:

- 14.00 uur Kennismaking en toelichting programma
- 14.15 uur Betekenis van zelfmanagement
We inventariseren jullie antwoorden op de vragen:
- Wat betekent zelfmanagement voor jou persoonlijk?
 - Wat betekent zelfmanagement voor jou als zorgverlener?
 - Wat betekent zelfmanagement voor het team waarin je werkt?
- 14.45 uur Presentatie zelfmanagement
Deze presentatie gaat in op wat zelfmanagement is, de plaats van zelfmanagement in het Chronic Care Model, de verschillen tussen traditionele zorg en gedeelde zorg met plaats voor zelfmanagement en het gebruik van een individueel zorgplan.
- 15.15 uur Reflectie op betekenis van zelfmanagement
Wat betekent deze presentatie op jullie antwoorden op de drie vragen van de betekenis van zelfmanagement? Wat onderstreep je? Wat wil je aanvullen of weglaten?
- 15.30 uur Aan de slag met een casus uit jullie praktijk
In tweetallen gaan jullie aan de slag met een casus uit jullie praktijk. Neem hiervoor een van de casussen waarvan je een print hebt meegebracht. Aan de hand van een aantal vragen doorlopen jullie elke casus. Deze vragen ontvangen jullie tijdens de workshop.
- 16.00 uur Terugkoppeling
- 16.30 uur Actiepunt voor de komende weken.
Bedenk aan welk actiepunt je de komende periode wilt werken. Vul hiervoor het formulier in dat je tijdens de bijeenkomst ontvangt.
- 16.45 uur Terugblik bijeenkomst
- 17.00 uur Afsluiting
-