

Interview met Stephanie von Helden-Lenzen

# “Door doelen te stellen kunnen cliënten betere zelfmanagers worden”

Tekst: Anne Doeleman

**Zelfmanagement werkt. De patiënt krijgt meer autonomie, voelt zich verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid en de zorgkosten gaan ook nog eens omlaag. Maar zelfmanagement is natuurlijk wel een vaag begrip. Grote vraag is dan ook: hoe kun je dit bereiken? Stephanie von Helden-Lenzen promoveerde vorig jaar op dit onderwerp aan de Universiteit Maastricht. Haar conclusie: zorgverleners kunnen cliënten nog beter ondersteunen om doelen op te stellen en te bereiken.**

*“Zelfmanagement gaat er eigenlijk over dat iemand zelf beslist wat hij zelf wil doen en waar hij hulp bij wil krijgen.”*



Een holistische visie, mensgericht werken, Positieve Gezondheid, de patiënt centraal - het zijn allemaal bekende en ogenscheinlijk ingeburgerde begrippen. In al deze visies en in nagenoeg elke richtlijn en standaard staat omschreven dat zelfmanagement van de cliënt van belang is. Er is immers bewijs voor dat zelfmanagement helpt, zegt Stephanie von Helden-Lenzen. “De patiënt krijgt hier meer autonomie door en voelt zich verantwoordelijker voor zijn eigen gezondheid. Studies tonen bovendien aan dat zelfmanagement de zorgkosten verlaagt: als mensen betere zelfmanagers zijn, gaan ze immers minder vaak naar een zorgverlener.” Maar, voegt Lenzen daar meteen aan toe, zelfmanagement is wel een vaag begrip. Binnen zelfmanagement is het uitgangspunt dat een cliënt doelen stelt, maar hoe doe je dat? En daarnaast: hoe kun je als zorgverlener cliënten ondersteunen in zelfmanagement? Met die vragen klopte een groep artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en praktijkondersteuners uit Limburg enkele jaren ge-

leden aan bij Hogeschool Zuyd en de Universiteit Maastricht. Hier bekeek Stephanie von Helden-Lenzen de rol van praktijkondersteuners bij het opstellen en bereiken van persoonlijke doelen van patiënten met een chronische aandoening.

## Beperkingen accepteren

Waarom zijn doelen zo belangrijk? “Doelen kunnen zelfmanagement concreter maken: wat wil je en wat wil je ook juist niet zelf doen,” legt Lenzen uit. “De goalsetting-theorie gaat ervan uit dat als je een doel hebt, en je weet waarom je dat doel hebt, je motivatie hoger is om daaraan te werken.” Overigens is het niet zo dat een cliënt een doel helemaal zelf moet bereiken. “Mensen denken vaak dat zelfmanagement gaat over wat je allemaal zelf kan doen, maar eigenlijk gaat het erover dat iemand zelf beslist wat hij zelf wil doen en waar hij hulp bij wil krijgen. Als je weet waar je hulp bij nodig hebt en waarbij niet, dan ben je ook een goede zelfmanager. Dat is wel het doel van doelen stellen: dat mensen een betere zelfmanager worden.”



Een doel kan met verschillende zaken te maken hebben: een cliënt kan een doel voor zijn gezondheid hebben, maar een doel kan ook gaan over iets uit het alledaagse leven, over hobby's, over de verschillende rollen die iemand vervult of over participatie. En een doel kan betrekking hebben op meer emotionele aspecten of coping: hoe leer je om te gaan met je ziekte en hoe leer je je beperkingen te accepteren. Vaak moet je om het doel te bereiken iets leren. Alles hangt met elkaar samen, benadrukt Lenzen. "Een voorbeeld: een diabetespatiënt had als doel dat ze haar bloedwaardes omlaag wilde krijgen. Daarvoor was het nodig om een ander dieet aan te houden. Het probleem was echter dat haar man altijd kookte. Dat was

echt zijn ding. Ze had haar man wel gezegd dat ze anders moest gaan eten, maar hij snapte dat niet. Deze vrouw wilde dus ook als doel stellen dat ze wilde leren hoe ze met haar man kon praten over wat zij 's avonds zouden eten."

### Niet haalbaar

In de praktijk bleek het heel lastig voor praktijkondersteuners om cliënten te helpen om doelen op te stellen, zag Lenzen. De focus lag vooral op medische zaken in plaats van op de gehele persoon. Dat is ook niet zo gek, vindt Lenzen. "Praktijkondersteuners moeten zich houden aan protocollen en afgebakende taken. Dat is waar de zorgverzekeraar voor betaalt. Bovendien voelden de meeste praktijkondersteuners heel sterk de verantwoordelijkheid om het medische gedeelte goed onder controle te houden." Ook de instelling van de huisarts kon remmend werken. Als de huisarts het belang van niet-medische doelen niet inzag, liet deze minder snel toe dat de praktijkondersteuner zo ging werken. Daarnaast was het een erg nieuwe manier van werken voor praktijkondersteuners. In de opleiding wordt wel wat aandacht besteed aan communicatie en gezamenlijk doelen stellen, maar dit is erg gericht op de ziekte, zegt Lenzen. "Dat bevordert natuurlijk niet om naar de gehele mens te kijken."

Wat het stellen van doelen ook tegen kon houden, was dat praktijkondersteuners soms bang waren dat cliënten 'foute' of niet-haalbare doelen stellen. Een cliënt kan bijvoorbeeld als doel hebben om 2 kilo af te vallen, terwijl 10 kilo beter zou zijn. Of andersom: een cliënt kan 10 kilo willen afvallen, maar de praktijkondersteuner lijkt dit niet haalbaar. Wat doe je dan als praktijkondersteuner, moet je daarin sturen of niet? Lenzen: "Het verhaal van de cliënt is het uitgangspunt. Maar daarna mag je als praktijkondersteuner je eigen expertise geven en op basis daarvan samen beslissen."

### Passief door oplossingen

Daarnaast speelde mee dat praktijkondersteuners bang waren dat er dingen op tafel zouden komen waar ze niets mee konden doen, zoals erg emotionele kwesties. Lenzen: "Begrijpelijk, maar het is wel hun rol. Ze moeten zich ook beseffen

*"Het verhaal van de cliënt is het uitgangspunt. Maar daarna mag je als praktijkondersteuner je eigen expertise geven en op basis daarvan samen beslissen."*

## *“Praktijkondersteuners kwamen vaak met goedbedoelde adviezen, maar zodra je met adviezen en oplossingen komt, worden cliënten passief.”*

dat ze deze problemen niet hoeven op te lossen, maar wel moeten weten. Ze kunnen altijd hulp inschakelen.”

Dat idee dat problemen direct moeten worden opgelost, zit diep in de professionele identiteit van de praktijkondersteuner, merkte Lenzen. Maar juist het aandragen van oplossingen zit het stellen en bereiken van doelen vaak in de weg. “Praktijkondersteuners kwamen vaak met goedbedoelde adviezen, maar zodra je met adviezen en oplossingen komt, worden cliënten passief. Als cliënten meer zouden moeten bewegen, gaven praktijkondersteuners bijvoorbeeld vaak de gegevens mee van een sportschool, met het idee dat het probleem dan was opgelost. Maar niet iedereen beleeft sport hetzelfde. Een sportschool is niet voor iedereen weggelegd.” De passiviteit die kan ontstaan door het aandragen van oplossingen, hangt nauw samen met taalgebruik, zag Lenzen. “We hebben bekeken wat er gebeurt als de praktijkondersteuner vraagt ‘wat wilt u’ of juist ‘wat hebt u nodig van mij’. Dat lijkt dezelfde vraag, maar is het eigenlijk helemaal niet. De laatste vraag leidt tot een passievere houding.”

### **4-bollen-model**

Hoe kun je als praktijkondersteuner dan wel cliënten helpen bij het opstellen en bereiken van doelen? Dat begint bij het exploreren wat iemand graag wil en wat hij in het verleden heeft gedaan. Het laten vallen van pauzes in het gesprek, om ruimte te laten om de cliënt zijn verhaal te laten doen, bleek daarbij belangrijk. Als het verhaal van de cliënt duidelijk is, is het belangrijk de doelen concreet te maken. Schrijf de doelen op, in de ik-vorm, dus ‘ik wil graag...’. En spreek de doelen met elkaar af, zodat deze voor beide partijen duidelijk en toetsbaar zijn.

Een tool die voor het opstellen van doelen gebruikt kan worden, is het 4-bollen-model. Dit model ontwikkelden Lenzen en collega’s voor het exploreren van de huidige en de gewenste situatie. Dat is immers de randvoorwaarde die nodig is voor het opstellen van doelen. Het model is opgedeeld in vier categorieën: mijn gezondheid, mijn activiteiten, mijn

omgeving en mijn eigen manier. In het midden staat de cliënt. De zorgverlener en de cliënt schrijven samen de situatie op. Lenzen: “Het maakt eigenlijk niet uit in welke categorie wat staat; alles heeft met elkaar te maken. Het model maakt dat op een simpele manier inzichtelijk. Je kunt zo bijvoorbeeld zien dat het feit dat iemand ’s ochtends erg hard werkt in het huishouden, maakt dat hij ’s middags zo vermoeid is. Je maakt die samenhang duidelijk.”

### **Doelen vóór actieplan**

Het 4-bollen-model is overigens niet alleen voor praktijkondersteuners bruikbaar, maar kan ook goed door bijvoorbeeld ergotherapeuten gebruikt worden. “Als ergotherapeuten hebben we natuurlijk al veel tools, maar juist het open karakter van het model en het samen opschrijven, maakt het 4-bollen-model anders dan bijvoorbeeld de COPM,” aldus Lenzen. Dat het 4-bollen-model goed kan werken voor ergotherapeuten, bleek ook uit het onderzoek dat vier studenten onlangs hielden voor hun scriptie. Zij interviewden acht ergotherapeuten die met het model hadden gewerkt. Daaruit bleek dat zij het een heel mooie en erg hanteerbare tool vonden.

Een andere tool om tot het stellen van doelen te komen, is de *Handreiking samen beslissen*. Die handreiking is samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap, eerstelijnsorganisatie In Een en Zorginstituut Nederland ontwikkeld. De handreiking is gebaseerd op een bestaand internationaal model voor samen beslissen, maar voegt de stap van doelen stellen nu toe, op aandringen van Lenzen. “Het is belangrijk dat het niet alleen gaat over acties, maar juist eerst over doelen.”

Daarnaast vertaalde Lenzen samen met coachingsbedrijf Dubois en van Rij de vier cliënttypen van Bloem en Stalpers in vier persona’s, met typisch gedrag en de vereiste benaderingswijze. Die profielen kunnen handvatten bieden, maar zijn natuurlijk niet statisch, benadrukt Lenzen. “We zeggen juist dat we zorg op maat willen bieden en er zijn natuurlijk veel

meer dan vier typen patiënten. Maar het hielp praktijkondersteuners wel om een richtlijn te hebben.” En ten slotte ontwikkelden Lenzen en collega’s een uitgebreide training voor praktijkondersteuners om de vaardigheden op het gebied van samen beslissen over doelen en actieplannen te verhogen.

## Cliënten scholen


Rest de vraag: hoe zijn de resultaten van het onderzoek? Kunnen praktijkondersteuners met de tools cliënten beter ondersteunen in het ontwikkelen en bereiken van doelen? Jazeker, zegt Lenzen. “De cliënten zijn erg enthousiast: ze hadden het idee dat ze een doel hadden, dat er beter naar hen werd geluisterd door praktijkondersteuners, dat ze concreet wisten wat ze moesten doen. Die resultaten waren heel overtuigend. Als de nieuwe werkwijze wordt toegepast, kan deze heel waardevol zijn.”

Maar, er is ook een ‘maar’. Niet alle praktijkondersteuners pasten de nieuwe werkwijze daadwerkelijk toe, vanwege de redenen die eerder genoemd werden. Een van de belangrijkste aanbevelingen van Lenzen luidt dan ook om praktijkondersteuners, maar ook andere zorgverleners, al in de basisopleiding op te leiden om te werken met doelen. Lenzen: “Bij ergotherapie zit dit al sterk in de opleiding, maar ook als ergotherapeuten kunnen we dit nog vaker toepassen.” Een volgende stap zou volgens Lenzen daarnaast zijn om de gehele huisartsenpraktijk te trainen: niet alleen praktijkondersteuners, maar ook huisartsen en misschien ook assistenten. Er moet meer tijd en ruimte in de organisatie komen om persoonlijke doelen op te stellen en te bereiken. Ook zou Lenzen graag willen onderzoeken wat cliënten nodig hebben om nog betere zelfmanagers te worden. “Misschien moeten cliënten ook ‘geschoold’ worden om dit soort gesprekken te houden. Het kan bijvoorbeeld helpen als ze zich kunnen voorbereiden op de vraag wat ze belangrijk vinden in het leven.”

## Mens achter de student

Voor Lenzen is haar project geslaagd, ook al heeft ze nog niet meteen het ei van Columbus gevonden. “Succes is niet per se dat iets werkt, maar ook dat je erachter komt wat de moeilijkheden zijn. We hebben nu veel meer inzicht in

waarom dingen wel of niet lukken.” Dat is misschien ook wel Lenzens persoonlijke doel, vertelt ze desgevraagd. “Wat ik meeneem van dit hele traject, is dat ik als onderzoeker wil blijven zoeken naar de redenen waarom dingen wel of niet lopen. Wat gaat er in de praktijk goed en wat niet.”

Laatst had ze nog een eye-opener op het gebied van doelen. Bij de onderwijsmodule ‘Mens achter de patiënt’, waar ze als uitvoerend docent bij betrokken is, bedacht ze dat studenten misschien ook veel meer persoonlijke doelen moeten leren stellen. Dat zou ook meer maatwerk kunnen worden. “In stagesituaties kunnen jonge mensen bijvoorbeeld wel eens iets ongepasts tegen een cliënt zeggen. Daar krijgt een student dan een onvoldoende voor. Maar het is goed om te bedenken waarom iemand zo iets zegt. We moeten het verhaal van de mens achter de student misschien ook veel meer exploreren.” 

### Wie is Stephanie von Helden-Lenzen?

De van oorsprong Duitse Stephanie von Helden-Lenzen (1986) studeerde in 2009 af aan de opleiding Ergotherapie aan Zuyd Hogeschool. Ze werkte enige tijd in een eerstelijnspraktijk in Duitsland en studeerde daarnaast Public Health aan de Universiteit Maastricht. In 2011 studeerde ze af. In 2012 startte Lenzen als docent ergotherapie en junior-onderzoeker bij het lectoraat ‘Autonomie en participatie van chronisch zieken’ bij Zuyd Hogeschool. In oktober 2018 promoveerde ze op haar proefschrift *Selfmanagement goal setting and action planning in primary care* aan de Universiteit Maastricht.

*“Juist het open karakter van het model en het samen opschrijven, maakt het 4-bollen-model anders dan bijvoorbeeld de COPM.”*