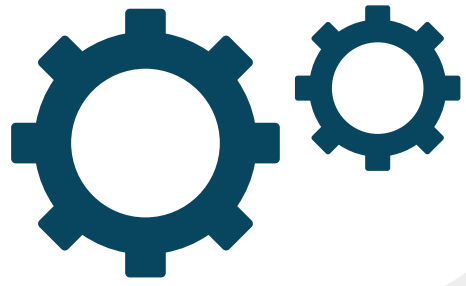




Andersson
Elffers
Felix

Een goede dag op eigen kracht

Een beschrijvend en
praktijkgericht onderzoek
naar reablement



Gedachtengoed

Reablement is een manier van ondersteuning om het functioneren van het individu dusdanig te verbeteren, zodat zij zo onafhankelijk mogelijk de dagelijkse activiteiten kan ondernemen. Het beoogt bij te dragen aan het versterken van autonomie, welzijn en kwaliteit van leven.



Gedachtengoed
reablement

4

Vier uitgangspunten voor reablement:

- “zorgen dat” in plaats van “zorgen voor”
- de situatie van het individu is leidend
- de ondersteuning is holistisch
- het combineert diverse vormen van zorg en ondersteuning

Richting &
een heldere visie

Concrete
projecten geven
“lading” aan het
gedachtengoed

Het interventie programma

Het experimenteren met de interventie reablement werkt als katalysator voor het gedachtegoed

- Ondersteuning binnen een afgebakende termijn;
- Ondersteuning in de eigen context;
- Het vaststellen en bijhouden van doelen, als ook het evalueren van uitkomsten;
- Ondersteuning door een interdisciplinair team;
- Het trainen van dagelijkse activiteiten.



Reablement
Een gedachtengoed & een
interventieprogramma die
elkaar helpen versnellen!



Aanbevelingen

1. Werk samen met ouderen toe naar principiële waarden over ouder worden. Zoals autonomie. Denk met ouderen na over wat deze waarden betekenen voor het eigen handelen. Draag deze waarden uit naar de maatschappij, en zorg dat visies en beleid op de ouderenzorg (vanuit verschillende domeinen) gestoeld worden op deze waarden en op elkaar aansluiten.
2. Werk domeinoverstijgend vanuit de departementen, zoals vanuit VWS (MEVA, LZ, DMO en zorgverzekeringen) als ook vanuit SZW (participatie en pensioenen) en BZK (wonen en omgeving). Zoek nauwere linken tussen divisies en stimuleer kennisdeling over de domeinen. Dit alles gericht op het met één stem uitdragen van hoe we in Nederland ondersteuning en zorg aan ouderen organiseren om hen zo lang mogelijk in staat te stellen gezond thuis te blijven wonen. Een aantal thema's kunnen expliciet aandacht krijgen in een overstijgende langetermijnvisie, zoals extra inzet voor ouderen die door financiële of sociale omstandigheden extra moeite hebben om zich voor te breiden, bewustwording bij ouderen die kwetsbaar zijn (onder wie migrantenouderen), de ontwikkeling van slimmer wonen/eHealth-oplossingen als ook passende huisvesting en effectiever huisvestingsbeleid voor ouderen.
3. Overweeg een landelijke campagne gericht op 'awareness' rondom de waarden over ouder worden en de gevolgen daarvan voor de maatschappij. Aangezien het internaliseren van de gedachtegoed hand in hand gaat met een gedragsverandering, is het belangrijk dat de campagne zich richt op beide. De campagne moet zich richten op zowel de gedeelde waarden over ouder worden, zoals beschreven onder de eerste aanbeveling, en welke concrete acties die ouderen zelf kunnen ondernemen in de eigen omgeving om eigen regie te behouden en te bevorderen. Uiteindelijk met het doel om gedragsverandering te stimuleren bij alle betrokkenen: ouderen, mantelzorgers, zorgprofessionals en bestuurders.
4. Stimuleer onderwijsinstututen om anders denken/werken integraal onderdeel te maken van het curriculum en dit breed toegankelijk te maken. Richt het curriculum op interdisciplinair onderwijs, wat gaat over een thema in plaats van een vak en waaraan studenten vanuit verschillende disciplines kunnen deelnemen. Op die manier blijft het onderwijs niet beperkt tot een vak binnen één studie. Zorg ook dat de benodigde competenties worden getraind binnen het curriculum, zoals het inventariseren van het vermogen van een zorgvrager en het opstellen van een doelgericht en interdisciplinair ondersteuningsplan. Motiverende gespreksvoering is hierbij een belangrijk aspect. Ook is het waardevol om het onderwijs toegankelijk te maken voor zorgverleners die al werkzaam zijn en zich willen bijscholen om het anders denken/integraal werken eigen te maken.
5. Stimuleer wetenschappelijk onderzoek om kennislacunes over reablement te beantwoorden. Breng deze lacunes in kaart – zoals welke doelgroep het meest gebaad is bij het interventieprogramma en wat de ideale teammix is – en richt hierop het onderzoek. De uitvoering van onderzoek kan gestimuleerd worden door wetenschappelijke onderzoeksgroep te verbinden aan de experimenten, zodat zij de experimenten systematisch kunnen monitoren.
6. Stimuleer het veld om praktijkgerichte kennis te delen. Vraag partijen die al werken of gaan werken met om een praktijkgerichte handleiding op te stellen, waarin de werkzame elementen nader worden uitgewerkt. Zorg er daarnaast voor dat dat kennisproducten en/of tools in de daarvoor bestemde kennisbanken terecht komen, zodat kennis onderling kan worden gedeeld. Een optie hiervoor is de kennisbank van Zorg voor Beter, een kennisplein die samenwerkt met Vilans, ZonMw, Actiz, V&VN en Zorgthuis.nl.
7. Neem zoveel mogelijk de belemmerende factoren op systeemniveau weg. De belangrijkste belemmerende factoren worden ervaren door a) professionals rondom de vergoedingen voor het deelnemen aan multidisciplinair overleg/samenwerking; b) burgers voor het zelf moeten betalen van de inzet van de fysiotherapeut en ergotherapeut en c) informatieoverdracht tussen professionals.

Managementsamenvatting

Inleiding

Theoretisch kader

Reablement in **internationaal perspectief**

Reablement in **nationaal perspectief**

Reflectie en **aanbevelingen**

Bijlage **Aanpak van het onderzoek**

Bijlage

Reflectie

nationaal

Internationaal

Theoretisch kader

Inleiding

samenvatting

Managementsamenvatting



Managementsamenvatting

De literatuur biedt inzicht in de breed gedeelde uitgangspunten van reablement

Reablement is een manier van ondersteuning om het functioneren van het individu dusdanig te verbeteren, zodat zij zo onafhankelijk mogelijk de dagelijkse activiteiten kan ondernemen. Het beoogt bij te dragen aan het versterken van autonomie, welzijn en kwaliteit van leven. De dagelijkse activiteiten waar reablement zich op richt zijn reguliere en instrumentele dagelijkse activiteiten, betekenisvolle activiteiten en activiteiten om betrokken te blijven of raken bij de gemeenschap in de eigen omgeving. Reablement rust op vier uitgangspunten, namelijk een houding van zorgverleners die staat voor het “zorgen dat” in plaats van “zorgen voor”, de situatie van het individu is leidend, de ondersteuning is holistisch en het combineert diverse vormen van zorg en ondersteuning.

Dit gedachtegoed wordt vervolgens toegepast in een programmatische aanpak met de volgende elementen: ondersteuning binnen een afgebakende termijn; ondersteuning in de eigen context; het vaststellen en bijhouden van doelen, als ook het evalueren van uitkomsten; ondersteuning door een interdisciplinair team en het trainen van dagelijkse activiteiten.

Belangrijke randvoorwaarden bij reablement zijn het stellen van goede doelen door betrokken professionals, in afstemming met de client, training en ondersteuning voor de zorgverleners, de inzet van ondersteunende tools en het betrekken van de sociale omgeving van het individu. De doelgroep waar reablement zich op richt is wisselend. Theoretisch is het gericht op iedereen die gebaat is bij het behouden of vergroten van de eigen onafhankelijkheid of men kan de doelgroep afbakenen op basis van leeftijd, het lichamelijke vermogen, de diagnose en de omgeving van het individu. De uitkomsten van reablement gaan over effecten op het individu, de zorgverlener, het gebruik van de dienstverlening en de kosten van de dienstverlening. Eenduidige wetenschappelijke literatuur over de effecten blijft nog uit.

In de internationale context wordt reablement op verschillende manieren toegepast

In Denemarken, Nieuw-Zeeland en Australië wordt reablement verschillend uitgevoerd. Grootste verschillen zitten in de toepassing als gedachtegoed (Australië en Denemarken) of in de financiering en bekostigingssystematiek (Nieuw-Zeeland). De scope varieert van hoofdzakelijk zorg tot zorg tot de combinatie tussen zorg, welzijn en huishoudelijke hulp. Tot slot zien we diversiteit in betrokken professies als ook de tijdslijnen van de interventie. Als kernbevindingen zien wij de volgende onderdelen terug:

1. Het helpt om reablement wettelijk vast te leggen. In Denemarken heeft dit ertoe geleid dat iedere betrokken partij bewust is van haar rol in het stimuleren van zelfredzaamheid en kunnen partijen hier vervolgens ook op worden aangesproken. Dit draagt bij aan het urgentiebesef.
2. Het faciliteren van interdisciplinaire samenwerking is van essentieel belang. De wijze waarop het zorgstelsel en financiering zijn ingericht zijn hiervoor bepalend. Wanneer er sprake is van één financieringsstelsel of inzet van een case-mix-model zijn er minder prikkels om minder zorg te leveren. Tevens is het makkelijker om de interdisciplinaire samenwerking te organiseren. Aan de andere kant blijkt dat financiering via verschillende financieringsstromen belemmerend werkt voor interdisciplinaire samenwerking.
3. Het daadwerkelijk toepassen van reablement vraagt om gedragsverandering bij zorgprofessionals, als ook bij ouderen, wat in de praktijk nog erg lastig blijkt. Enerzijds wordt er weerstand bij ouderen ervaren doordat zij geen afstand willen doen van de inzet van zorgverlening waar normaliter in wordt voorzien. Het voelt voor hen alsof hen zorg wordt ‘afgenomen’. Daarnaast ziet de oudere de betrokkenheid van zorgprofessionals ook als sociaal moment van de dag. Aan de andere kant wordt ook gezien dat zorgprofessionals nadrukkelijk opgeleid moeten worden in dit perspectief op zorgverlening; waarbij meer gekeken wordt naar ‘zorgen dat’ in plaats van ‘zorgen voor’.
4. Om een beweging naar het gedachtegoed achter reablement te stimuleren, is het toepassen van een interventieprogramma waarin de randvoorwaarden zijn ingebed als katalysator voor het voeren van het juiste gesprek met de betrokkenen in een regio.

In Nederland is het gedachtegoed achter reablement niet nieuw en is de toepassing als interventieprogramma nog niet eenduidig benoemd

Het gedachtegoed achter reablement kent veel raakvlakken met andere zorgconcepten, zoals positieve gezondheid en radicale vernieuwing. Ook voeren wij in Nederland al langer het gesprek over het stimuleren van zelfredzaamheid en autonomie bij ouderen. Uit de spiegeling van het concept reablement naar de Nederlandse context blijkt dat:

1. Het gedachtegoed achter reablement overlap kent met andere zorgconcepten die in Nederland worden toegepast, als ook met zelfredzaamheid in algemene zin. Het gedachtegoed wordt breed in het veld gedragen
2. In Nederland de zorgvisies binnen organisaties al langere tijd gestoeld worden op de achterliggende principes van reablement, zonder dat dit nadrukkelijk benoemd, of als interventieprogramma, uitgedragen wordt.
3. Reablement als interventieprogramma wordt in Nederland nog weinig toegepast. Daarbij zijn er bij de praktijkvoorbeelden verschillen in toepassing te zien.
4. De effecten van het interventieprogramma zijn hoofdzakelijk kwalitatief in kaart gebracht, kwantitatief zijn effecten moeilijk inzichtelijk te maken.
5. De huidige inrichting van het Nederlandse zorglandschap kent knelpunten voor de bredere toepassing van reablement als interventieprogramma. Deze richten zich met name op het faciliteren van multidisciplinaire samenwerking, als ook de aanspraak van burgers op de aanvullende verzekering/ eigen vergoeding voor de inzet van de fysiotherapeut of ergotherapeut.

Samenvattend zijn er aanbevelingen op te stellen in het versterken van het gedachtegoed achter reablement, als ook het inzetten van het interventieprogramma zelf.

1. Een gecombineerde inzet op het gedachtegoed als óók de interventie is krachtig genoeg om de beweging naar autonomie en zelfredzaamheid bij ouderen in te zetten
2. Onderliggende waarden reablement niet nieuw, wel interessant startpunt voor visievorming
3. Het reablement gedachtegoed internaliseren vraagt om gedragsverandering
4. Het experimenteren met de interventie werkt als katalysator voor het gedachtegoed
5. Een eenduidiger beeld van de werkzame elementen van de interventie draagt bij aan kennisuitwisseling en effectmeting
6. Het wegnemen van belemmerende factoren vergroot de kans om reablement als interventie succesvol op te schalen en structureel te borgen

Inleiding



Aanleiding

Ouderen hechten belang aan (behoud) van vitaliteit, sociale contacten en zelfredzaamheid

Voor ouderen gaat 'goed oud' vooral over zingeving, (behoud van) vitaliteit en sociale contacten. Vragen als 'Waarvan word ik blij', 'Welke uitdagingen wil ik behouden', 'Hoe blijf ik me nuttig voelen', 'Wat kan mij tot op hoge leeftijd inspireren?' en 'Hoe ga ik deze nieuwe levensfase invullen?' staan daarin centraal. De antwoorden zijn voor iedereen verschillend. Daarom is het is van belang al vanaf jonge leeftijd na te denken en hierop voor te bereiden, zodat het leven waardevol blijft. Zelfstandigheid en autonomie zijn daarin belangrijke waarden. Het gaat om het vermogen om het (fysieke, psychische en sociale) welbevinden op peil te houden – met of zonder (in) formele zorg en ondersteuning – en de regie over het eigen leven te blijven voeren. In een levensfase waarin veranderingen en verliezen onvermijdelijk zijn.

Het nieuwe normaal: "Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan" ¹

Om te bevorderen dat ouderen in de toekomst langer zelfstandig kunnen blijven wonen op een plek waar ze zich thuis voelen, erkennen we als samenwerkingspartners een ontwikkeling die al gaande is maar waarbij de vrijblijvendheid nu voorbij is. De norm wordt: zelf als het kan; thuis als het kan en digitaal als het kan. Het gaat daarbij om het vergroten van de mogelijkheden voor ouderen om zo lang mogelijk, met ondersteuning van de eigen omgeving, zelfredzaam te blijven, ook als de gebreken van de ouderdom zich aandienen. En meer concreet: investeren in het vermogen van ouderen om te leven zoals voor hen, gegeven hun mogelijkheden, passend is. Als ook het stimuleren en activeren van ouderen zelf om verantwoordelijkheid te nemen voor de wijze waarop zij wonen, hun sociale contacten onderhouden en hun welzijn en gezondheid op peil houden.

Reablement is een gedachtengoed en interventie met als doel zelfredzaamheid te stimuleren

Reablement is een concept voor zorg en welzijn, waarin de beweging van 'zorgen voor naar zorgen dat' wordt gestimuleerd. Dit concept kan concreet uitgewerkt worden in een reablement interventieprogramma waarin middels een doelgerichte kort cyclische aanpak wordt gewerkt aan het uitgangspunt om ouderen te ondersteunen om zoveel mogelijk en zo lang mogelijk (weer) zelf blijven doen. Het ReAble Research Network is een breed gedragen onderzoeksnetwerk met deelname van 50 onderzoekers uit 11 landen, waarin via een groot internationaal onderzoek tot een goede definitie van reablement gekomen is ². Denemarken loopt in Europa voor op de invoering van reablement (onder de noemer 'rehabilitation'). Ruim 60 procent van de Denen die thuiszorg krijgt is na maximaal drie maanden weer zelfredzaam en doet geen beroep op zorginzet ³. Daarnaast blijkt dat zorgmedewerkers hun werk interessanter vinden. Ze hebben het gevoel persoonsgerichter te werken, hebben meer contact met collega's en de medewerkerstevredenheid is gestegen.

In Nederland wordt met reablement geëxperimenteerd. Het ontbreekt echter aan een gedeelde definitie als ook gedeeld beeld over de kansen voor de toekomst

In de afgelopen jaren zijn steeds meer pilot-trajecten gestart waarin reablement wordt toegepast en effecten worden gemeten. Zo stond het Waardigheid en Trots congres (2021) in het teken van de resultaten die reablement oplevert, waar diverse praktijkvoorbeelden hun werkwijze en resultaten presenteerden. Resultaten van deze eerste pilots lieten zien dat vijf van de zes deelnemers alle doelen behaalden en vier van de zes deelnemers na afronding weer zelfstandig waren en geen wijkverpleging meer nodig hadden ⁴. Tegelijkertijd wordt ook gezien dat reablement als concept nog onvoldoende eenduidig is uitgewerkt. Daarnaast is er op dit moment nog geen gedeeld beeld over de positie van reablement in relatie tot de Nederlandse context en daarmee kansen en/of belemmeringen voor doorontwikkeling.

¹ [wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen.pdf](#) (overheid.nl)

² Metzelthin, Silke & Rostgaard, Tine & Parsons, Matthew & Burton, Elissa. (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Society*. 1-16. 10.1017/S0144686X20000999.

³ <https://www.theweeklysource.com.au/denmark-passed-a-law-in-2015-requiring-older-people-to-undertake-reablement-before-receiving-home-care-delivering-60-success-rate/#prettyPhoto>

⁴ [Reablement maakt langer zelfstandig thuis wonen mogelijk - Waardigheid en trots](#)

Onderzoeksopdracht

Het ministerie van VWS heeft Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd een exploratief en beschrijvend onderzoek te doen naar het inzetten van reablement binnen de domeinen wijkverpleging en huishoudelijke hulp.

In dit rapport staan samengevat drie onderzoeksvragen centraal:

1. Hoe kan reablement worden gedefinieerd?
2. Wat zijn de ervaringen met reablement of het gedachtegoed ervan in de Nederland?
3. Wat vraagt reablement voor de samenwerking tussen verschillende professionals en de informatie-uitwisseling?

leeswijzer

In dit rapport zijn de volgende onderdelen opgenomen:



In het hoofdstuk **Theoretisch kader** beschrijven wij het reablement, gebaseerd op een literatuurreview.



In het hoofdstuk **Reablement in internationaal perspectief** beschrijven wij de wijze waarop reablement in het **buitenland** (Australië, Nieuw-Zeeland en Denemarken) wordt toegepast.



In het hoofdstuk **Reablement in nationaal perspectief** spiegelen wij reablement naar de **Nederlandse context**. Wij beschrijven hoe het gedachtegoed linkt aan andere zorgconcepten en hoe het als interventieprogramma wordt toegepast. Daarbij gaan wij tevens in op de ervaringen die zijn opgedaan.



Tenslotte brengen we de voorgaande hoofdstukken samen in het hoofdstuk **Reflectie en aanbevelingen**, waarin wij nader ingaan op onze algehele reflectie en adviezen.

Theoretisch kader



Theoretisch kader

Op basis van de literatuur beschrijven we reablement als gedachtegoed én als interventie

Reablement is een concept voor zorg en welzijn, enerzijds als een breder gedachtegoed waarin het stimuleren van zelfredzaamheid centraal staat. Anderzijds is het een gestandaardiseerd interventieprogramma. Er zijn landen waar het gedachtegoed van reablement in de reguliere langdurige ouderenzorg wordt toegepast. In de meeste landen wordt reablement vooral in de eerste lijn ingezet als

kortdurende, intensieve interventies van ca. 6 – 12 weken. Het onderscheid tussen gedachtegoed en interventie helpt om inzichtelijk te maken hoe reablement wordt toegepast en te toetsen wat de mate van draagvlak voor de interventie is.

In dit hoofdstuk gaan wij – op basis van literatuur – dieper in op de betekenis van reablement als gedachtegoed en de betekenis van reablement als interventieprogramma.

Het gedachtegoed achter reablement

Reablement kent vergelijkbare doelstellingen, de toepassing verschilt per situatie.

In wetenschappelijke literatuur wordt de term reablement op verschillende manieren gebruikt. Reablement komt voor als interventie, benadering, programma of dienstverlening in het algemeen, allen ondersteuning in zorg en welzijn⁵. De manier waarop de term wordt gebruikt hangt af van de context, zoals een land of regio. De overeenkomst tussen de verschillende toepassingen is het gedachtegoed om het functioneren van het individu dusdanig te verbeteren, zodat hij of zij zo onafhankelijk mogelijk de dagelijkse activiteiten kan ondernemen en zo de noodzaak voor lange termijn zorg vermindert.

De activiteiten waar reablement zich op richt zijn:

- > **Dagelijkse activiteiten:** Reablement bevordert de onafhankelijkheid in reguliere, dagelijkse activiteiten. Deze soort activiteiten bestaan uit dagelijkse activiteiten zoals het wassen en omkleden (ADL) en instrumentele dagelijkse activiteiten zoals schoonmaken en koken (IADL)
- > **Betekenisvolle activiteiten:** Reablement maakt het mogelijk om individuen te laten deelnemen aan betekenisvolle activiteiten. Dit zijn activiteiten die geen vast onderdeel zijn van het dagelijks leven, maar wel bijdragen aan het welzijn van het individu op een andere manier. Bijvoorbeeld het uitoefenen van hobby's, bezig zijn met zingeving of religie of routines met speciale betekenis voor het individu.
- > **Betrokkenheid bij gemeenschap:** Reablement maakt het mogelijk dat individuen betrokken zijn bij de gemeenschap om zich heen.



⁵ Clotworthy, A., Kusumastuti, S. & Westendorp, R. G. J. (2021a). Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01958-1>

Het reablement gedachtegoed beschrijft vier uitgangspunten

Er zijn vier belangrijke uitgangspunten van reablement te onderscheiden in de literatuur⁶. Deze uitgangspunten vormen de basis voor de ondersteuning in de praktijk.

1. Zorgen dat het individu in plaats van zorgen voor is een veel besproken uitgangspunt. Binnen reablement gaat zorg niet langer over het verhelpen van gezondheidsproblemen van individuen en het overnemen van handelingen die het individu niet meer kan uitvoeren. In plaats daarvan is reablement gericht op het herstellen van zelfstandig functioneren van het individu en het bieden van hulp zodat het individu handelingen zelfstandig kan verrichten. Belangrijk is om te benadrukken dat de zorgverlening verschuift van zorgen voor het individu, naar het ondersteunen van ofwel “zorgen dat”. De houding die uitgaat van het “zorgen dat” betekent ook dat een gelijkwaardige relatie ontstaat tussen de deskundigheid van de zorgverlener en het individu. De deskundigheid van het individu over de eigen situatie en het eigen vermogen staan op gelijke voet met die van het vakgebied van de zorgverlener. Aansluitend bij dit uitgangspunt, benadrukken deskundigen van het internationale ReAble netwerk het belang om het woord ‘cliënt’ te vervangen door ‘individu’. Dit zorgt voor een neutralere vorm van benaderen, in plaats van uitgaan van een bepaalde mate van hulpbehoefte.

2. De situatie van het individu is leidend in de ondersteuning. De ondersteuning erkent de heterogeniteit van individuen en biedt maatwerk, waarbij rekening gehouden wordt met de (levens)behoefte, vaardigheden en mogelijkheden van het individu. Deze vormen de basis voor persoonsgerichte doelen om zelfstandigheid te bevorderen.

3. De zorgverlening is holistisch. Het holistische uitgangspunt houdt in dat de ondersteuning de situatie van het individu in relatie tot zijn of haar gehele ecosysteem in ogenschouw neemt. Voortbouwend op het uitgangspunt hierboven, houdt de ondersteuning daarmee niet alleen rekening met de individuele (levens)behoefte aan zich, maar met de diverse (levens)behoefte, zoals de fysieke, sociale en emotionele (Doh et al., 2020). Daarnaast wordt met een focus op het ecosysteem de sociale omgeving in acht genomen, wat impliceert dat de ondersteuning verricht kan worden door zowel de eigen contacten als zorgverleners. Ook wordt nagegaan welke handelingen wel of niet verbeterd kunnen worden, rekening houdend met de mogelijkheden in de eigen leefomgeving.

4. Integratie van verschillende soorten zorg en ondersteuning. Normaliter is zorg veelal gescheiden door het bestaan van professionele en organisatorische grenzen, terwijl zowel de professionals en de individuen die zorg nodig hebben behoefte hebben aan geïntegreerde zorg. Het sluit beter aan bij de zorgbehoefte en zou de werktevredenheid bevorderen.

⁶ Aspinall, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. J. (2016a). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5), 574–578. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>

Clotworthy, A., Kusumastuti, S. & Westendorp, R. G. J. (2021a). Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of ‘reablement’ for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01958-1>

Doh, D., Smith, R. & Gevers, P. (2019a). Reviewing the reablement approach to caring for older people. *Ageing and Society*, 40(6), 1371–1383. <https://doi.org/10.1017/s0144686x18001770>

Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020a). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society*, 42(3), 703–718. <https://doi.org/10.1017/s0144686x20000999>

Er zijn verschillende opvattingen over de primaire doelgroep van reablement

Internationale deskundigen van het ReAble netwerk positioneren reablement als inclusieve manier van ondersteuning⁷. Zij maken geen onderscheid in de doelgroep, waarmee reablement zich richt op iedereen die gebaat is bij het behouden of vergroten van de eigen onafhankelijkheid, ongeacht de leeftijd, capaciteiten, de diagnose en de woonsituatie van het individu. Hoewel in mindere mate vertegenwoordigd, is de inclusieve benadering in lijn met onderzoeken waar reablement is ingezet bij individuen van verschillende leeftijden, wonend in lange termijn zorginstellingen en verschillende diagnoses zoals dementie of terminaal zieken⁸.

Daarentegen wijst onderzoek wel op één specifieke doelgroep waarvoor reablement geschikt zou zijn, namelijk thuiswonende, (dreigend) hulpbehoevende ouderen⁹. Reablement richt zich in dit geval veelal op ouderen die niet in staat zijn om dagelijkse activiteiten te ondernemen of het risico lopen op achteruitgang in het ondernemen van de activiteiten. Reablement kan dus ook preventief worden ingezet. Daarnaast sluit de focus op thuiswonende ouderen aan bij de aanleidingen voor het ontstaan reablement, namelijk de behoefte van ouderen om langer thuis te blijven wonen als ook vergrijzing.



Reablement als interventieprogramma

Verschillende elementen komen terug in de aanpak van het interventieprogramma

Het beschreven gedachtegoed met de doelstelling en uitgangspunten vormen de basis voor de uitvoering van reablement als interventieprogramma. In de literatuur worden deze elementen beschreven als een concrete aanpak:

- > Het interventieprogramma vindt plaats binnen een afgebakende termijn, veelal tussen de 6 en 12 weken.
- > De interventie vindt in de eigen context van het individu plaats, dus thuis, binnen de woongemeenschap of in de eigen leefomgeving.
- > Het vaststellen en bijhouden van doelen in een ondersteuningsplan waarin alle disciplines samenwerken. Bij de start van de interventie wordt in een ondersteuningsplan de ondersteuningsbehoefte van het individu vastgelegd, op basis waarvan doelen worden bepaald die gericht zijn op het bevorderen van

het onafhankelijk vermogen. Aan de doelen worden activiteiten gekoppeld waar de interventie zich op richt. Tussentijds wordt de voortgang van de doelen bijgehouden door de zorgverleners en aan het einde van het traject geëvalueerd.

- > De interventie verloopt onder begeleiding van een interdisciplinair team. In het team zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd, die aansluiten bij de benodigde ondersteuning. Er is sprake van een samenwerking, die mogelijk gecoördineerd kan worden door één van de teamleden, zoals bijvoorbeeld het organiseren van overleggen, opstellen en bijhouden van het ondersteuningsplan en coördineert het onderwijs van de leden. Voorbeelden van disciplines zijn: verpleegkundigen, verpleegkundige assistenten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, medische specialisten, sociaal domein en huishoudelijk hulp.

⁷ Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020a). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society*, 42(3), 703–718. <https://doi.org/10.1017/s0144686x20000999>

⁸ Buma, L. E., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G. I. J. M. & Metzelthin, S. F. (2022a). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *European Journal of Ageing*, 19(4), 903–929. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3>

⁹ Cochrane, A., Furlong, M., McGilloy, S., Molloy, D. W., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2016a). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010825.pub2>

Doh, D., Smith, R. & Gevers, P. (2019a). Reviewing the reablement approach to caring for older people. *Ageing and Society*, 40(6), 1371–1383. <https://doi.org/10.1017/s0144686x18001770>

- > Het trainen van activiteiten ter bevordering van de onafhankelijkheid van het individu. Dit is breder dan algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL). De activiteiten die in het ondersteuningsplan zijn opgenomen vormen de basis voor de trainingen. Het aantal uren varieert vaak van 1 tot 6 uur per week, dit is maatwerk en daarom sterk afhankelijk van de context van het individu. Voorbeelden van trainingsactiviteiten zijn:
- Dagelijkse activiteiten: trainingsactiviteiten in persoonlijke verzorging en voeding door individuen aan te moedigen (een deel van) de activiteit zelfstandig uit te voeren, gevolgd door het herhalen en inbedden van de training in het dagelijks leven. Ook hoort hierbij het aanleren van strategieën om een activiteit aan te passen en gebruik te maken van ondersteuningstools.
 - Fysieke of functionele vaardigheden: trainingen in kracht, balans, uithoudingsvermogen, fijne motoriek en het bevorderen van een actieve betrokkenheid bij sociale en groepsactiviteiten. Kan in groepsverband of individueel plaatsvinden.
 - Voorlichting en ontwikkelingsactiviteiten: educatie gericht op zelfmanagement, ontwikkelen van zelfvertrouwen, gezond ouder worden, probleemoplossend vermogen, preventie strategieën en het stimuleren van (fysieke) activiteiten en medicatiegebruik. Soms kunnen deze activiteiten ook gericht zijn op de familie of andere contacten, om hen ook mee te nemen in de nieuwe vorm van begeleiding, dit vanuit het belang van het volhouden van mantelzorgtaken.

Om uitvoering te geven aan de aanpak, worden enkele randvoorwaarden genoemd:

1. **Het stellen van goede doelen door betrokken professionals in afstemming met de client**¹⁰. Het doel wordt geformuleerd om vast te leggen welk zorgresultaat wordt nagestreefd en wordt gerelateerd aan een (lichamelijke, geestelijke, sociale of functionele) status. Een doel kan ook worden uitgedrukt met behulp van een meetwaarde, bijvoorbeeld een bepaalde hoogte van een pijnscore. Het stellen van goede doelen is voornamelijk van belang om tussentijds te kunnen bijsturen wanneer de doelen niet worden bereikt, of aan het einde van het traject te evalueren of de doelen zijn behaald¹¹.
2. **De aanwezigheid van ondersteunende tools** om de ondersteuning ook te kunnen organiseren. Denk hierbij aan ondersteunende technologie, aanpassingen in het huis of medische apparatuur. Deze tools ondersteunen het individu op zo'n manier dat zij de zorgactiviteiten zelf kunnen ondernemen, waardoor het mogelijk is om langer in de eigen omgeving te blijven wonen.
3. **Een betrokken sociaal netwerk rondom het individu**¹². De betrokkenheid van personen uit de eigen omgeving draagt bij aan de veranderde houding die staat voor het "zorgen dat". Door de omgeving te betrekken kunnen zij de oefening van het individu in dagelijkse activiteiten aanmoedigen en hen zoveel mogelijk zelf laten doen, in plaats vanuit goede bedoelingen handelingen over te nemen.

De effecten van reablement zijn nog niet overtuigend aangetoond in systematische reviews

Reablement is ontstaan met de verwachtingen dat het aansluit bij een veranderde zorgbehoefte en omstandigheden in de zorgsector. Onderzoeken naar het bewijs voor deze verwachtingen richten zich veelal op drie effecten¹³:

1. Effecten voor het individu, bijvoorbeeld gericht op het verbeteren van gezondheidswinst of kwaliteit van leven;
2. Effecten voor de zorgverlener, bijvoorbeeld gericht op werkplezier;
3. Effecten op de kosten van de interventie in relatie tot kostenbesparing, bijvoorbeeld gericht op kostenbesparing door voorkómen van zwaardere zorginzet.

¹⁰ Buma, L. E., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G. I. J. M. & Metzelthin, S. F. (2022a). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *European Journal of Ageing*, 19(4), 903–929. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3>

Clotworthy, A., Kusumastuti, S. & Westendorp, R. G. J. (2021a). Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01958-1>

Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020a). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society*, 42(3), 703–718. <https://doi.org/10.1017/s0144686x20000999>

¹¹ Beroepsvereniging Verzorgenden & Verpleegkundigen. (juni, 2022). Richtlijn verslaglegging.

¹² Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020a). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society*, 42(3), 703–718. <https://doi.org/10.1017/s0144686x20000999>

¹³ Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. J. (2016a). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5), 574–578. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>

De systematic reviews van effectstudies bieden in algemene zin nog geen significant inzicht over de effecten van de toepassing van de interventie op bovenstaande punten. De meest recente systematic review is uitgevoerd door Lise Buma in 2022¹⁴. In deze studie zijn twintig relevante studies geïncludeerd, van acht verschillende landen. Tien van deze studies bleken effectief in het versterken van ADL functioneren. Het identificeren van veelbelovende uitkomsten bleek lastig, onder andere doordat^{15 16}:

- > Reablement is ondersteuning die in de praktijk sterk contextafhankelijk is, wat een vergelijking compliceert. Dit houdt in dat reablement ruimte biedt om de ondersteuning aan te passen aan contextuele factoren zoals de cultuur of politieke situatie van een land.
- > De contextafhankelijkheid van de interventie brengt ook met zich mee dat de onderdelen zoals in de aanpak beschreven verschillend worden ingevuld of überhaupt geen onderdeel uitmaken van de aanpak.
- > Er bestaan verschillende wetenschappelijke definities van reablement waardoor de interventieprogramma's moeilijk met elkaar te vergelijken zijn en er wisselende conclusies getrokken worden over de effecten.
- > Reablement bevindt zich hoofdzakelijk nog in een beginfase van ontwikkeling. Hierdoor is het lastig om vergelijkbare vormen van reablement te vinden en is het meten van lange termijn-effecten nog niet mogelijk. De beginfase brengt tevens met zich mee dat reablement plaatsvindt in kleinschalige experimenten waar de wetenschappelijke kwaliteit van onderzoek beperkt is.
- > Er is überhaupt nog beperkt onderzoek gedaan naar reablement; zo zijn er nog nauwelijks CCT/RCT's uitgevoerd, is er een relatief korte follow-up en zijn de uitkomstmaten nog niet eenduidig.
- > Gelijktijdig is er ook geen bewijs dat reablement nadelige effecten heeft.

Individuele studies daarentegen laten positieve resultaten zien. In Australië¹⁷ is via een controlled trial onderzoek gegaan naar de inzet van een reablement programma ten opzichte van reguliere zorg. Deze studie laat zien dat deelnemers van het reablement programma minder uren zorg kregen, een lager aantal kosten in het verpleeghuis maakten en minder aanspraak maakten op zwaardere zorg na doorlopen van het programma. Daarnaast werden er minder SEH-opnames of ziekenhuisopnames gezien. Ook bleken de gezondheidszorgkosten van ouderen deelnemend aan het reablementprogramma lager dan bij reguliere zorg, met een factor 0.83.

In Noorwegen is een vergelijkbare studie uitgevoerd¹⁸, waaruit bleek dat reablement meer kosteneffectief bleek dan reguliere zorg. Ook de mate van zelfredzaamheid en de tevredenheid van het uitvoeren van dagelijkse activiteiten bij ouderen namen significant toe ten opzichte van de controlegroep. Na de interventieperiode bleek ook uit deze studie dat het aantal verpleeghuisopnames daalden, als ook de gemiddelde ligduur bij korte opname.

Ook in Nieuw-Zeeland¹⁹ is de impact van het reablement programma onderzocht in relatie tot reguliere zorg. Uit deze studie blijkt dat de kwaliteit van leven significant is verbeterd ten opzichte van reguliere zorg. Ook de uitkomsten op het fysieke, mentale en sociaal welbevinden van ouderen waren verbeterd.

¹⁴ Buma, L. E., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G. I. J. M. & Metzelthin, S. F. (2022a). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *European Journal of Ageing*, 19(4), 903-929. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3>

¹⁵ Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. J. (2016a). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5), 574-578. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>

¹⁶ Doh, D., Smith, R. & Gevers, P. (2019a). Reviewing the reablement approach to caring for older people. *Ageing and Society*, 40(6), 1371-1383. <https://doi.org/10.1017/s0144686x18001770>

¹⁷ Lewin G, Allan J, Patterson C, Knuijan M, Boldy D, Hendrie D. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. *Health Soc Care Community*. 2014 May;22(3):328-36. doi: 10.1111/hsc.12092. Epub 2014 Jan 20. PMID: 24438385; PMCID: PMC4237144.

¹⁸ Kjerstad E, Tuntland HK. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Econ Rev*. 2016 Dec;6(1):15. doi: 10.1186/s13561-016-0092-8. Epub 2016 May 10. PMID: 27165345; PMCID: PMC4864744.

¹⁹ King AI, Parsons M, Robinson E, Jørgensen D. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2012 Jul;20(4):365-74. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01039.x. Epub 2011 Nov 22. PMID: 22106952.

Kernbevindingen

Concluderend is te stellen dat de wetenschappelijke literatuur inzicht biedt in de breed gedeelde doelstelling, uitgangspunten en de elementen van de aanpak en randvoorwaarden. Aangezien de literatuur wat betreft de aanpak en randvoorwaarden zich beperkt tot de hoofdlijnen, vragen deze onderdelen om verdere aanvulling uit de praktijk. In de interviews met internationale en

nationale experts besteden wij daarom extra aandacht aan deze onderdelen, om te achterhalen hoe reablement in deze contexten vorm krijgt.

Door de doelstelling, uitgangspunten en de aanpak samen te nemen, is het mogelijk om tot de volgende, internationaal gedeelde werkdefinitie te komen.

Werkdefinitie reablement

Reablement is een manier van ondersteuning om het functioneren van het individu dusdanig te verbeteren, zodat zij zo onafhankelijk mogelijk de dagelijkse activiteiten kan ondernemen. Het beoogt bij te dragen aan het versterken van autonomie, welzijn en kwaliteit van leven. De dagelijkse activiteiten waar reablement zich op richt zijn reguliere en instrumentele dagelijkse activiteiten, betekenisvolle activiteiten en activiteiten om betrokken te blijven of raken bij de gemeenschap in de eigen omgeving. Reablement rust op vier uitgangspunten, namelijk een houding van zorgverleners die staat voor het “zorgen dat” in plaats van “zorgen voor”, de situatie van het individu is leidend, de ondersteuning is holistisch en het combineert diverse vormen van zorg en ondersteuning.

Dit gedachtegoed wordt vervolgens toegepast in een programmatische aanpak met de volgende elementen:

- > Ondersteuning binnen een afgebakende termijn;
- > Ondersteuning in de eigen context;
- > Het vaststellen en bijhouden van doelen, als ook het evalueren van uitkomsten;
- > Ondersteuning door een interdisciplinair team;
- > Het trainen van dagelijkse activiteiten.

Randvoorwaarden: het stellen van goede doelen door betrokken professionals, in afstemming met de client, training en ondersteuning voor de zorgverleners, de inzet van ondersteunende tools en het betrekken van de sociale omgeving van het individu.

De doelgroep waar reablement zich op richt is wisselend. Theoretisch is het gericht op iedereen die gebaat is bij het behouden of vergroten van de eigen onafhankelijkheid of men kan de doelgroep afbakenen op basis van leeftijd, het lichamelijk vermogen, de diagnose en de omgeving van het individu.

De uitkomsten van reablement gaan over effecten op het individu, de zorgverlener, het gebruik van de dienstverlening en de kosten van de dienstverlening. Eenduidige wetenschappelijke literatuur over de effecten blijft nog uit.

samenvatting

Inleiding

Theoretisch kader

Internationaal

nationaal

Reflectie

Bijlage

A photograph of three elderly women laughing joyfully together outdoors. The woman in the center is wearing a purple t-shirt and has her mouth wide open in a hearty laugh. To her left, a woman in a yellow top is also laughing. To her right, a woman with glasses and an orange top is laughing. The background is a soft-focus outdoor setting.

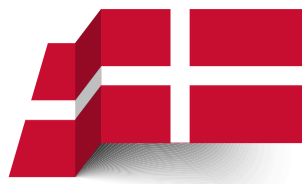
Reablement in **internationaal perspectief**

Reablement in internationaal perspectief

Tot nu toe hebben vooral (internationale) onderzoeksgroepen kennis opgedaan, met name deelnemende landen van het ReAble Network zoals Denemarken, Nieuw-Zeeland en Australië. Zij hebben al meer dan 20 jaar ervaring met het toepassen en hebben dit ook uitvoerig onderzocht.

Dit hoofdstuk beschrijft hoe reablement in Denemarken, Nieuw-Zeeland en Australië wordt ingezet, om vervolgens de belangrijkste vragen te identificeren voor de vertaalslag naar de Nederlandse praktijk. Per land zijn onderstaande verschillen te herkennen:

	 Australië	 Nieuw-Zeeland	 Denemarken
 Toepassing	Gedachtegoed in reguliere zorgverlening.	In financiering- en bekostigingssystematiek.	Als gedachtegoed vastgelegd in de wet.
 Implementatie	Hoofdzakelijk bij koplopers zoals West-Australia	Landelijk	Landelijk
 Scope	Zorg, welzijn en huishoudelijk hulp	Hoofdzakelijk zorg	Zorg, welzijn en huishoudelijk hulp
 Doelgroepen	Hoofdzakelijk ouderen met eerste hulpvraag	Hoofdzakelijk ouderen bij ziekenhuisontslag	Hoofdzakelijk ouderen met eerste hulpvraag
 Financiering	Rijksbekostiging via aparte financieringsstromen	Rijksbekostiging via integrale bekostiging met casemix-model	Rijksbekostiging via integrale bekostiging bij gemeenten
 Duur interventie	6-8 weken	Afhankelijk van ziekenhuisherstel	12 weken
 Betrokken professionals	Fysiotherapie, ergotherapie, wijkverpleging en huishoudelijk hulp	Fysiotherapie, verpleging, medisch specialisten, support-workers	Fysiotherapie, ergotherapie, wijkverpleging en huishoudelijk hulp
 Benoemde succesfactoren	Onderwijs professionals	Koppeling aan doelgroepenbekostiging en uitkomsten	Maatschappelijk perspectief op autonomie en zelfredzaamheid



Denemarken

Duiding van het concept reablement in de Deense context

Denemarken is de voorloper in Europa op gebied van reablement en heeft als enige land (sinds 2015) reablement wettelijk verankerd in het zorgsysteem voor de langdurige ouderenzorg (secties 84 en 140 van de zorgwet). Dit houdt in dat iedere oudere recht heeft op de 'service' reablement. De verankering in de wet wordt vooral gezien als versterking van het urgentiebesef tot verandering en het benadrukken welke normen en waarden centraal staan in de zorgverlening voor ouderen.

Reablement is breeduit geïmplementeerd via een integrale financiering van gemeenten die zowel gericht is op zorg, ondersteuning en huishoudelijk hulp thuis. De gemeenten beschikken tevens over grote zeggenschap bij de uitvoering. Dit heeft ervoor gezorgd dat de landelijke implementatie in iedere (publieke) zorgorganisatie is versneld.

Toepassing van reablement in de praktijk

Voorafgaand aan de interventie dragen de gemeenten de verantwoordelijkheid om de ondersteuningsbehoefte bij ouderen vast te stellen. Traditionele wijkverpleging wordt pas geïndiceerd als blijkt dat de ondersteuningsbehoefte niet aansluit bij wat haalbaar is binnen de interventie of als de zorgdoelen na 12 weken niet zijn behaald.

Nadat de gemeente de ondersteuningsbehoefte heeft vastgesteld, start het interdisciplinaire team bestaande uit de wijkverpleegkundige, ergotherapeut, fysiotherapeut en sociaal domein. De verschillende zorgverleners komen tegelijkertijd bijeen bij de oudere, om gezamenlijk tot één ondersteuningsplan te komen. Een belangrijk onderdeel in het plan is de aandacht voor het opstellen en behalen van doelen. De interdisciplinaire samenwerking is georganiseerd middels een overlegstructuur die de zorgverleners uit

verschillende organisaties aan elkaar verbindt. Tijdens de overleggen gaan de zorgverleners in gesprek over vraagstukken waar ze per individu mee te maken krijgen. Bijzonder aan het zorgpersoneel in Denemarken is dat zij over het algemeen hoogopgeleid zijn en een achtergrond hebben in zowel gezondheidszorg als de sociale zorg. Dit maakt dat de interdisciplinaire samenwerking als positief wordt ervaren.

Ervaringen met reablement

De effecten van het interventieprogramma zijn positief. De methode vergroot het levensgeluk bij ouderen en is minder duur dan reguliere zorg. Ruim 60 procent van de Denen die deelneemt aan het interventieprogramma krijgt is na maximaal drie maanden geen beroep doen op zorginzet. Daarnaast blijkt dat zorgmedewerkers hun werk veel interessanter vinden. Ze hebben het gevoel persoonsgerichter te werken, hebben meer contact met collega's en de medewerkerstevredenheid is gestegen. Eerder bestond onder zorgverleners de wens om zorg beter te integreren, nu geven zij aan dat dit daadwerkelijk gewaarborgd sinds de implementatie van reablement.

Tegelijkertijd bestaat ook weerstand tegen reablement. Onder ouderen wordt het ervaren als bezuiniging, waarbij zij minder zorg ontvangen. Bij zorgverleners is er een kans op verandermoedheid. Daarom is de belangrijkste les om zowel bij ouderen als ook bij zorgverleners de bewustwording van een veranderende zorgcontext te versterken. Met name dat zorg niet zomaar overgenomen wordt en dat ouderen ook zelf een rol spelen in zelfredzaamheid en gezond oud worden. De verandering vraagt om duidelijke communicatie en verwachtingsmanagement naar zowel deelnemers als ook zorgverleners. Deze communicatie is gericht op zorgverleners, ouderen en hun sociale omgeving over wat reablement is en wat de meerwaarde is voor de verschillende actoren.



Australië

Duiding van het concept reablement in de Australische context

In Australië loopt de staat West-Australië voorop wat betreft de toepassing van reablement als interventieprogramma. Sinds 2019 is het gedachtegoed achter reablement opgenomen in nationaal beleid voor ouderenzorg. Vanaf dat moment is West-Australië overgegaan op deze vorm van reablement en groeien de staten met ieder een eigen zorgen welzijnsvoorzieningen toe naar de gedeelde benadering. De regio's die vooroplopen bij de toepassing van reablement ervaren dit als stilstand voor de eigen ontwikkelingen. Er is juist behoefte aan bewegingsvrijheid om een eigen/lokaal gerichte aanpak te ontwikkelen.

Hoewel reablement is opgenomen in nationaal beleid, is het geen standaard onderdeel in de zorg en welzijn of integrale bekostiging voor ouderen. Zorg thuis, zorg in het verpleeghuis en zorg in het ziekenhuis zijn losse financieringsstromen. Iedere organisatie krijgt een eigen, afgebakend, budget per persoon. Dit is afhankelijk van de zorgzwaarte die iemand heeft. Voor dit budget wordt de zorg georganiseerd. Binnen dit budget worden professionals per dienstuur betaald.

Toepassing van reablement in de praktijk

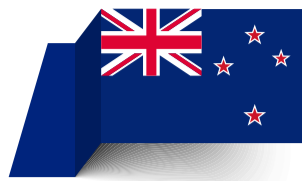
In Australië wordt reablement vooral aan vanaf de start van zorg ingezet. Nadat de eerste hulpvraag door de oudere is gesteld, wordt een actief assessment afgenomen. Dit houdt in dat de oudere daadwerkelijk laat zien hoe de uitvoering van handelingen afaaat, waarbij de assessor observeert. De hulpvraag kan zich richten op weer zelfstandig kunnen douchen maar kan ook gaan over tuinieren of weer zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen reizen. De doorlooptijd van de interventie is 6 tot 8 weken.

In algemene zin wordt gezien dat het multidisciplinaire karakter in Australië minder gestructureerd vorm krijgt dan in Denemarken. De 'assessor' is vaak een onafhankelijke partij die het ondersteuningsplan opstelt. Vervolgens draagt de assessor de acties over aan de verpleegkundige, de fysiotherapeut en de ergotherapeut. Deze professionals voeren de activiteiten afzonderlijk van elkaar uit. Er is geen gezamenlijke planvoerder, de verschillende disciplines die betrokken zijn bij reablement werken niet in één team rondom één zorgplan. Ook bestaat er geen gestructureerde vorm van onderlinge informatie-uitwisseling of overleg.

Ervaringen met reablement

De toepassing van reablement stuit op verschillende knelpunten. Er bestaat weerstand onder ouderen en hun omgeving, omdat ze geen afstand willen doen van de inzet van zorgverlening waarin normaliter is voorzien wordt. Het voelt voor hen alsof hen zorg 'afgenomen' wordt. Mede hierdoor laten de effecten een relatief laag deelnemerspercentage zien; 20% van de potentiële doelgroep participeert in het interventieprogramma.

Ook zorgverleners ervaren diverse knelpunten. Zij vinden het vaak lastig om af te stappen van de van oudsher aangeleerde werkwijze om ouderen te helpen of handelingen over te nemen. Ook het stellen van goede zorgdoelen blijkt een groot aandachtspunt. Hierdoor is het nu vaak moeilijk om een zorgprobleem te koppelen aan een zorguitkomst, zodat geëvalueerd kan worden of doelen behaald zijn.



Nieuw-Zeeland

Duiding van het concept reablement in de Deense context

In Nieuw-Zeeland bleek eind jaren '90 dat 68% van de ouderen woonachtig waren in een verpleeghuis en was een trend zichtbaar dat ouderen snel in een verpleeghuis opgenomen werden. Om dit te veranderen en de nadruk sterker op zelfstandigheid in een thuissetting te leggen, is gewerkt aan het versterken van de home based services via het landelijke programma 'Community First'. Onderdeel hiervan was het trainen van de 'support workers' om ouderen te ondersteunen bij dagelijkse activiteiten.

Vervolgens heeft Nieuw-Zeeland parallel aan deze trainingen stevig wetenschappelijk onderzoek opgezet. Verschillende Randomized Controlled Trials werden uitgevoerd waarin de inzet van professionals en de uitkomsten per doelgroep onderzocht. Per doelgroep zijn de gewenste uitkomsten van zorg gedefinieerd en is bepaald welke inzet nodig is om de uitkomsten te behalen. Uit deze studie zijn vervolgens 32 verschillende doelgroepen (casemixes) geselecteerd. Op basis van deze casemixes is het financieringsstelsel ook aangepast, waarbij per doelgroep een vast tarief is afgesproken.

In 2008 was het casemix model dusdanig ontwikkeld dat gestart is met toepassing op grotere schaal. Het afgelopen jaar is door de overheid bepaald dat deze wijze van werken voor iedereen wordt toegepast. Bij de wijze van implementatie verwachten ze weinig problemen, aangezien er geen verzekeringsstelsel aanwezig is, maar vooral publieke financiering door de overheid.

Toepassing van reablement in de praktijk

Nieuw-Zeeland past reablement niet toe zoals beschreven in de literatuur, maar richt zich meer op het gedachtegoed waarbij toegewerkt wordt naar zelfredzaamheid. In Nieuw-Zeeland wordt reablement via twee stromingen ingezet: 'No time limited goal setting' en 'limited goal setting'.

- > 'No limited goal setting' is gericht op de reguliere zorg om te voorkomen dat mensen aanspraak maken op zwaardere zorg. Deze variant kent geen afgebakende tijdsduur of uitgewerkte uitgangspunten in de aanpak.
- > Het 'limited goal setting programma' is gericht op zorgvragers die opgenomen zijn in het ziekenhuis, waarbij het doel is om het ontslag van deze persoon te versnellen. In deze tweede variant komt een multidisciplinair team zeven dagen per week langs om aan de zorgdoelen te werken.

Een onafhankelijke assessing agency beoordeelt waar de persoon hulp bij nodig heeft. Dit kan gaan over ADL-zorg of meer gericht op medisch complexe zorg. Dit doen zij door inzet van een assessment-tool, die met software ondersteund is. Hierdoor wordt via een algoritme wordt bepaald van welke casemix sprake bij de betreffende persoon. Aan deze casemix is een mate van financiering verbonden. Uitvoering van zorg wordt vervolgens gedaan door lokale zorgaanbieders via een multidisciplinair team.

Ervaringen met reablement

De discussie rondom de inzet van dit gedachtegoed lijkt meer gestoeld te zijn op een systeemverandering om meer grip te krijgen op zorguitgaven via het casemix-model.

Het casemix-model kan op twee manieren worden toegepast in de bekostiging:

1. Bottom-up perspectief. Hierbij wordt vanuit professioneel en cliëntenperspectief beoordeeld wat nodig is voor de client, met een ongelimiteerd budget. Kortom, de bekostiging wordt aangepast naar wat er nodig is per doelgroep.
2. Top-down perspectief. Hierbij wordt een vast en gelimiteerd budget beschikbaar vanuit de overheid. Dit budget wordt naar rato van de doelgroepen verdeeld.

Nieuw-Zeeland heeft ervoor gekozen om de tweede variant in te zetten vanwege de transparantere vorm van financiering en meer grip op uitgaven. Daarbij wordt uitgegaan van een 'Tight - loose - tight principe'. Strakke financiële kaders vormen de basis, waarbij de toepassing in de praktijk maatwerk is. De uitkomsten van de zorginzet worden echter strakker gemonitord. Sinds de invoering van deze systematiek ziet de overheid een afname van uitgaven van 7%.

Door de toepassing van deze variant bleek dat een relatief groot deel van de uitgaven verbonden was aan de doelgroep met een laag-complexe zorgvraag. Het bleek dat bij deze groep relatief weinig progressie te boeken was door de inzet van professionele zorg. Daarom is besloten om zorginzet voor deze laag-complexe doelgroep niet meer/minder te leveren. Tot op heden zijn geen effecten in de toestroom in ziekenhuizen, gemeten. Wij hebben niet inzichtelijk gekregen wat de effecten op kwaliteit van zorg zijn of de ontwikkeling van de ondersteuningsvraag thuis. In de toekomst beogen ze dit casemix-model voor ouderenzorg uit te breiden naar andere doelgroepen.



Kernbevindingen

Uit de gesprekken met de internationale experts zijn de volgende kernbevindingen op te maken:

1. Het helpt om reablement **wettelijk vast te leggen**. In Denemarken heeft dit ertoe geleid dat iedere betrokken partij bewust is van haar rol in het stimuleren van zelfredzaamheid en kunnen partijen hier vervolgens ook op worden aangesproken. Dit draagt bij aan het urgentiebesef.
2. Het **faciliteren van interdisciplinaire samenwerking** is van essentieel belang. De wijze waarop het **zorgstelsel en financiering** zijn ingericht zijn hiervoor bepalend. Wanneer er sprake is van één financieringsstelsel of inzet van een case-mix-model zijn er minder prikkels om minder zorg te leveren. Tevens is het makkelijker om de interdisciplinaire samenwerking te organiseren. Aan de andere kant blijkt dat financiering via verschillende financieringsstromen belemmerend werkt voor interdisciplinaire samenwerking.
3. Het daadwerkelijk toepassen van reablement vraagt om **gedragsverandering bij zorgprofessionals, als ook bij ouderen**, wat in de praktijk nog erg lastig blijkt. Enerzijds wordt er weerstand bij ouderen ervaren doordat zij geen afstand willen doen van de inzet van zorgverlening waar normaliter in wordt voorzien. Het voelt voor hen alsof hen zorg wordt 'afgenomen'. Daarnaast ziet de oudere de betrokkenheid van zorgprofessionals ook als sociaal moment van de dag. Aan de andere kant wordt ook gezien dat zorgprofessionals nadrukkelijk opgeleid moeten worden in dit perspectief op zorgverlening; waarbij meer gekeken wordt naar 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'.
4. Om een **beweging** naar het gedachtegoed achter reablement te stimuleren, is het toepassen van een interventieprogramma waarin de randvoorwaarden zijn ingebed als **katalysator** voor het voeren van het juiste gesprek met de betrokkenen in een regio.



Reablement in
nationaal perspectief

Reablement in **relatie tot andere zorgconcepten**

Het gedachtegoed van reablement kent **gelijkenissen met andere zorgconcepten**

Het gedachtegoed achter reablement heeft de laatste jaren in Nederland een vlucht genomen. Vaak zonder expliciet reablement te benoemen als term of interventie, kijken beleidsmakers, zorginstellingen en -professionals met gelijksoortige blik naar de toekomst van het (ouderen) zorglandschap. In de zorg zijn verschillende bewegingen ontstaan naar aanleiding van de opgave van het toenemende aantal ouderen, de krapte op de arbeidsmarkt en de druk op mantelzorg. Om ouderen ook in de toekomst passende ondersteuning en zorg te kunnen bieden realiseren zorgprofessionals en beleidsmakers zich dat een andere aanpak nodig is.

In de nieuwe bewegingen zijn steeds vaker behoeften en wensen van ouderen het vertrekpunt van zorg. Waarin mensen zelf de verantwoordelijkheid nemen en krijgen voor de manier waarop zij willen leven en ouder willen worden. Het toepassen hiervan in de praktijk is dat de zorg gericht is op wat mensen zelf nog kunnen en hen daarin te ondersteunen.

Reablement linkt aan een aantal van de bewegingen in de ouderenzorg die daaruit voortvloeien. Zonder de ambitie hierin volledig te willen zijn, benoemen wij hieronder een aantal belangrijke voorbeelden. Dit overzicht vormt een eerste aanzet voor een breder gesprek over de overeenkomsten en verschillen, waarmee reablement geplaatst kan worden in de Nederlandse context.

Positieve gezondheid

Positieve gezondheid is een benadering binnen de gezondheidszorg die niet de ziekte, maar een betekenisvol leven van mensen centraal stelt. De nadruk ligt op de veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de mens en niet op de beperkingen of ziekte zelf. Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid uitgewerkt in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren. De bredere benadering draagt bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Én om zo veel mogelijk eigen regie te voeren.

Belangrijkste overeenkomst met reablement: interdisciplinaire benadering van ondersteuning vanuit eigen regie, en zoeken naar wat wél kan.

Belangrijkste verschil met reablement: Positieve Gezondheid is een benadering op basis waarvan zorgorganisaties handelen en geeft daarmee aanknopingspunten voor handelingen in de praktijk. Positieve Gezondheid biedt echter geen concrete interventies.

Planetree

Planetree is een zorgvisie met een manier van denken, kijken, luisteren en doen waarbij integrale mensgerichte zorg daadwerkelijk voorop staat. Het accentueert dat het bij (medische) zorg niet alleen gaat over het lichaam, maar ook over de invloed van de geest en de omgeving. Het Planetree-concept is gericht op zorgorganisaties die dit in de praktijk brengen. Onder de drie pijlers (Betere zorg, Helende omgeving en Gezonde organisatie) hangen 12 componenten die richting geven aan het uitvoeren en organiseren van zorg. Planetree werkt via certificering als kwaliteitsinstrument. Internationaal zo'n 1000 zorgorganisaties uit ruim 30 landen.

Radicale vernieuwing

Beweging die 'de [ouderen]zorg opnieuw wil uitvinden'. Het brengt partijen bij elkaar die willen werken aan zorg waarin menselijkheid centraal staat. De beweging stelt mensen boven regels om iedereen in staat te stellen binnen hun eigen mogelijkheden een waardig leven te leiden. Zowel in het verpleeghuis als bij zorg thuis. Naasten leveren een wezenlijke bijdrage aan de zorg. Gericht op werkplezier en vrijheid voor alle zorgverleners om hun verantwoordelijkheid te nemen, en de passie ervaren die hen voor dit werk heeft doen kiezen. Radicale vernieuwing is geen project of organisatie, maar een open beweging waarin partijen samenwerken op basis van gedeelde uitgangspunten en met steeds weer nieuwe mensen en organisaties die zich aansluiten.

Belangrijkste overeenkomst

mensgerichte zorg benadering gericht op actieve betrokkenheid van cliënten en naasten. Gelijksoortige, waarde gedreven visie op zorgverlening en eigen regie.

Belangrijkste verschil:

Planetree legt de focus op de (zorg)organisatie als uitvoerend vehikel, waar tevens een certificering aan verbonden is. Organisaties committeren zich aan een organisatiefilosofie en werkwijze, waarbinnen zij hun eigen interventies (blijven) toepassen.

Belangrijkste overeenkomst

mensgerichte, holistische benadering van zorg. Gelijksoortige, waarde gedreven visie op zorgverlening en eigen regie. Actieve zoektocht naar innovatie en nieuwe vormen van zorg.

Belangrijkste verschil:

met name gericht op visievorming en deels op implementatiewijze voor organisaties. Beweging is minder gericht op concreet handelingsperspectief en interventies voor professionals in primair proces.

Uitgangspunten reablement	Zorgen met i.p.v. zorgen voor	Situatie van individu is leidend	Holistische benadering	Integratie van div. soorten zorg en ondersteuning	Specifieke interventie
Positieve gezondheid	√	√	√√	√	Nee (wel anamnese)
Planetree	√	√	-	-	Nee (wel certificering)
Radicale vernieuwing	?	√√	√√	√	Nee

Reablement in relatie tot een vermogen van zelfredzaamheid

Reablement draagt bij aan zelfredzaamheid bij ouderen, wat al langer een centraal thema is

Hoewel reablement een recent ontstaan concept is, kennen haar uitgangspunten sterke overeenkomsten met zelfredzaamheid dat breeduit omarmd is door zorgverleners en zorgvragers. Onder zelfredzaamheid bestaat aandacht voor het eigen vermogen om regie te blijven voeren en zowel het fysieke, psychische als sociale welbevinden op peil te houden, met of zonder (in)formele zorg.

Zelfredzaamheid staat steeds vaker centraal in recente bewegingen in de zorg als ook beleidsprogramma's. Het stimuleren van zelfredzaamheid bij ouderen kwam nadrukkelijk voor in het Nationaal Programma Ouderenzorg (2008) en daarna de hervormingen in de langdurige zorg in 2015²⁰. Sindsdien zijn veel zorgorganisaties en landelijke partijen begonnen met het herzien van hun visie op zorg. Zo komt de aandacht voor eigen regie en zelfredzaamheid terug in het 'Normenkader Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)²¹. Dit normenkader is opgesteld in de periode dat wijkverpleegkunde verantwoordelijk werd voor de indicatiestelling voor de zorg thuis. In dit normenkader staat; *'Versterking van eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager is een onderdeel van gezondheid en kwaliteit van leven. Om eigen regie en zelfredzaamheid te versterken is kennis van, en overleg en afstemming met de zorgvrager en diens netwerk noodzakelijk'*. Ook dit normenkader spreekt van een zorgplan dat gekenmerkt wordt door het principe 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'.

Niet alleen onder zorgverleners is het gedachtegoed alom gedeeld, ook onder zorgvragers. De Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (ANBO) stelt dat ouderen zoveel mogelijk geactiveerd willen worden om dagelijkse bezigheden zelf te verrichten en zij in hun eigen thuisomgeving blijven wonen²². Zij benadrukken de interdisciplinaire samenwerking, omdat vitaliteit volgens hen gaat om de sociale activiteiten en niet beperkt blijft tot medische zorg en ondersteuning. Nog onlangs werden de perspectieven van zorgverleners en zorgvragers op actiever ouder worden en diverse zorgbehoeften gebundeld in de Dialoognota Ouder worden²³.

Daarnaast beschrijft de Raad van Ouderen in het rapport 'voorbereiden op ouder worden' uit 2019²⁴ dat het hoofdzakelijk gaat over om zingeving, vitaliteit en het

opbouwen van sociale relaties. Zoals bijvoorbeeld 'hoe blijf ik mij nuttig voelen' en 'waarvan word ik blij'. Daarvoor is het in de samenleving nodig om meer bewustwording te creëren over wat er nodig is om voorbereid oud te worden. Het aantal ouderen met (verwachte toekomstige) beperkingen neemt immers toe en zijn van invloed op de samenleving als geheel. Naast bewustwording moeten er ook mogelijkheden zijn om voor te bereiden op goed ouder worden, die aangrijpen op thema's als arbeid, vrijwilligerswerk, mobiliteit, inkomen en wonen.

Ouderen hebben als eerste zelf een rol bij bewustwording en voorbereiden op ouder worden. Lokale overheden, welzijnsorganisaties, woningcorporaties en anderen kunnen de wensen en initiatieven van ouderen ondersteunen en faciliteren. Een integrale langetermijnvisie is nodig over ouder worden in alle levensdomeinen. De Raad van ouderen benoemt daarin een visie waarin alle betrokken partijen, namelijk: provincies, gemeenten, politiek, maatschappelijke organisaties en burgers, duidelijke en herkenbare doelen en strategieën formuleren voor het ouder worden van de bevolking, met speciale aandacht voor preventie en ondersteuning. Met andere woorden: wat mogen de burger, private partijen en de verschillende overheden van elkaar verwachten?

Reablement benadrukt het interdisciplinair werken en het holistisch perspectief

Anders dan bij regulier professioneel handelen gericht op meer zelfredzaamheid komt bij reablement nadrukkelijker de interdisciplinaire samenwerking en de holistische benadering naar voren. De interdisciplinaire samenwerking komt niet terug als visie of theoretische onderbouwing, maar als uitgewerkte vorm van afstemming op casusniveau, bijvoorbeeld via een periodiek MDO binnen het interventieprogramma, dat interdisciplinaire samenwerking praktisch vormgeeft. Hierbij wordt bewuster gestuurd op het stellen van SMART zorgdoelen met een duidelijk probleem en uitkomst. Praktijkvoorbeelden geven aan dat het doelgerichte niet geheel nieuw is, maar dat de werkwijze gebaseerd op reablement hierin verder gaat en zorgverleners hierin meer geschoold zijn dan bij reguliere zorgverlening. Daarnaast gaat de holistische benadering verder dan zelfredzaamheid, aangezien aandacht bestaat voor het verbeteren van de verschillende aspecten van het dagelijks leven en hoe deze verbeterd kunnen worden door mogelijkheden in de eigen omgeving.

²⁰ Gezondheidsraad (13 juni 2018). Zelfredzaamheid van ouderen.

²¹ Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen (z.d.). Wijkverpleging, normenkader.

²² Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen (2022). En we leven nog lang en gelukkig, onze visie op ouder worden.

²³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (28 februari 2021). Dialoognota Ouder worden 2020-2040.

²⁴ <https://ncz.nl/advies-raad-van-ouderen-voorbereiden-op-ouder-worden/>

Reablement in de praktijk

De term reablement is nieuw, de toepassing is divers en minder zichtbaar

In de praktijkvoorbeelden kwamen we de term reablement nog niet veel tegen. Tevens riep de term hier en daar weerstand op als 'weer een nieuwe term'. Ook lijkt er in algemene zin weerstand te bestaan tegen Engelse termen bij zowel professionals als ook bij ouderen. Het begrip positieve gezondheid wordt veelgenoemd als overkoepelend concept. We zien dus dat het gedachtegoed van reablement leeft, maar als interventie is reablement minder zichtbaar.

De inhoud van de interventieprogramma's wordt zowel in de wetenschappelijk literatuur als in de uitvoeringspraktijk slechts beperkt beschreven. 'Reablement' programma's zijn hierdoor in de praktijk van zorg niet eenvoudig te herkennen. We hebben hieronder de bij ons bekende projecten en initiatieven meegenomen die reablement in de praktijk brengen.

Naam	Organisatie	Opmerkingen
Langer Actief Thuis	Mijzo, Waalwijk	Programma
Langer Vitaal Thuis	Schagen	Programma
Blijf actief thuis	Meandergroep Zuid-Limburg	Trainingsprogramma om gedachtegoed in de praktijk te brengen
Maak de Burger Meester	Didam	Stichting, specifiek reablement benoemd
N.v.t.	Cicero Zorggroep	Onderdeel van werkwijze

De wijkverpleging en ergotherapeut als vaste schakel, met koppeling aan andere disciplines

In de praktijkvoorbeelden binnen ons onderzoek bestaat het interdisciplinaire team in de basis uit de wijkverpleging, ergotherapeut, fysiotherapeut en professionals uit het sociaal domein. De wijkverpleging en ergotherapeut fungeren als vaste schakel tussen de andere disciplines. Een aanmelding voor ondersteuning komt in alle gevallen terecht bij de wijkverpleging, via wijkverpleging die al actief is bij iemand thuis, het zorgkantoor, de (huis)arts, een Wmo consultant of iemand meldt zichzelf bij de zorgorganisatie van de wijkverpleging. De wijkverpleegkundige en ergotherapeut gaan veelal samen op huisbezoek om de ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen. De inventarisatie vindt plaats middels een gesprek en observaties. In de inventarisatie is de focus tweeledig: bij welke dagelijkse activiteiten bestaat een ondersteuningsbehoefte, en, welke activiteiten zou iemand zelfstandig willen of kunnen uitvoeren door begeleiding van zorgverleners die gericht is op het bevorderen van zelfstandigheid.

De wijkverpleegkundige brengt de casus in bij een Multidisciplinair Overleg (MDO) waaraan de fysiotherapeut en zorgverleners uit het sociaal domein deelnemen,

bijvoorbeeld de wijkconsulent, maatschappelijk werk en hulp bij de huishouding. De disciplines die relevant zijn voor de casus bespreken wat voor soort begeleiding of hulpmiddelen vanuit hun perspectief benodigd zijn om de zelfstandigheid te bevorderen. Nadat de zorg- en ondersteuningsbehoeften en passende begeleiding is vastgelegd, start de begeleiding. In het begin voert de wijkverpleging samen met de zorgbehoevende en de betrokken disciplines de begeleiding uit, zodat een gedeeld beeld van de begeleiding ontstaat. Aangezien de begeleiding veelal gericht is op de zelfstandigheid in (instrumentele) dagelijkse activiteiten (ADL, IADL), blijft voornamelijk de wijkverpleging betrokken. Zij voert de begeleiding op dagelijkse basis uit en de andere disciplines komen afzonderlijk op bezoek om de vooruitgang vanuit hun discipline te evalueren. Naast dat de teammix uit diverse disciplines bestaat, maken enkele praktijkvoorbeelden in de begeleiding een onderscheid in functieprofielen. De wijkverpleegkundigen die in de reguliere zorgverlening de anamnese afnemen, inventariseren de ondersteuningsbehoefte, en worden uitvoerende verpleegkundigen specifiek ingezet voor de uitvoering van de dagelijkse begeleiding. Ook kan dit laatste uitgevoerd worden door hulp in de huishouding.

Iedere zorgorganisatie werkt met een eigen systeem, de wens is echter één gedeeld systeem

Zorgverleners binnen dezelfde discipline werken in hetzelfde systeem, waar andere disciplines geen toegang tot hebben. Het komt dan ook voor dat in één zorgorganisatie waar meerdere disciplines werkzaam zijn, meerdere systemen worden gebruikt. Hierdoor schrijft iedere discipline een eigen verslag, wat leidt tot een extra administratieve last. Ook kan informatie niet overgedragen worden, wat ertoe leidt dat het mondeling wordt overgedragen in het MDO. In de praktijkvoorbeelden bestaat een grote wens om te werken in een gedeeld systeem waar alle disciplines toegang tot hebben, en zodat de interdisciplinaire samenwerking in grotere mate wordt ondersteund.

Onderzoek vindt plaats op kleine schaal, de effecten zijn vooral kwalitatief

Het onderzoek naar de effecten van reablement in de praktijk wordt parallel uitgevoerd aan de pilots die hun zorgverlening baseren op reablement. Maastricht University/ de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg is de voornaamste partij die bij deze pilots betrokken is voor de uitvoering van onderzoek. Net als in de wetenschappelijke literatuur wordt aangestipt, is ook in de Nederlandse praktijk inzicht beperkt in kwantitatieve, grootschalige effecten. Dit heeft te maken met meerdere redenen²⁵:

1. Onderzoek is uitgevoerd op basis van kleine onderzoeksgroepen. De pilots zijn pas recent gestart en maken geen onderdeel uit van de reguliere zorgverlening, waardoor expliciete toestemming en een aanvullende verzekering vereisten zijn.
2. Reablement wordt verschillend toegepast, waardoor het lastig is om effecten van verschillende pilots met elkaar te vergelijken of bij elkaar te voegen.
3. Het lastig om effecten toe te wijzen aan de pilots, mede door de multimorbiditeit en het preventief voorkomen van zorg en ondersteuning.

4. Het is lastig om zich te krijgen op de effecten van financiën, omdat deze verspreid zijn over de verschillende stelsels van de betrokken disciplines. De reablement gerichte zorg leidt bijvoorbeeld tot hogere kosten in de Wmo en Wlz, maar mogelijk tot baten in de Zvw.
5. Passende indicatoren om uitkomsten te meten ontbreken, voor een gedragsverandering naar meer autonomie en de diverse levensbehoeften waar de doelen op gebaseerd zijn.
6. De aard van de doelgroep maakt het lastig om uitkomsten van gedragsverandering te meten. Zorgvragers die al langer gewend zijn aan reguliere zorgverlening maken moeilijker de omslag naar de nieuwe ondersteuning, en voor sommige zorgvragers is het onzeker of überhaupt meer zelfstandigheid mogelijk is.
7. De aard van de begeleiding maakt het lastig om uitkomsten te meten. Zorgvragers voeren begeleiding zelfstandig uit, waardoor verschillen moeilijk in kaart te brengen zijn. Ook is het lastig om diverse onderzoeksmethodes in te zetten in de thuisomgeving van de zorgvrager, zoals bijvoorbeeld video of audio opnames.

Gezien kwantitatief, grootschalig onderzoek nog ontbreekt, is het lastig om de effecten van de pilots te vergelijken met de gegevens van reguliere zorgverlening. Bij een enkel praktijkvoorbeeld wordt binnenkort wel gestart met onderzoek om deze vergelijking te maken. De onderstaande onderdelen over de ervaringen van beide groepen wijdt verder uit over de kwalitatieve effecten.

De effecten die in het onderzoek tot op heden zijn dan ook kwalitatief van aard, dus die aan het licht komen door het delen van ervaringen en interviews. Op hoofdlijnen behelzen de effecten voor zorgverleners een vergroot werkplezier en voor zorgvragers een betere kwaliteit van leven.

²⁵ Teuni H. Rooijackers (2022). Supporting older adults to stay active at home.

Ervaringen van zorgverleners

Onder zorgverleners leiden de verandering en ontbrekende randvoorwaarden tot uitdagingen

In de praktijkvoorbeelden bestaan zowel negatieve als positieve ervaringen met de nieuwe werkwijze. Een deel van de negatieve ervaringen hebben te maken met de uitdagingen die de verandering in het werk meebrengt:

- > **Het vraagt een grote tijdsinvestering** om iemand te begeleiden in de eigen zelfstandigheid en deze begeleiding goed uit te leggen. Pas in een latere fase wordt tijd bespaard, wanneer iemand geen of minder zorgverlening nodig heeft door de ondersteuning naar zelfstandigheid. Een grotere werklust bij aanvang van de ondersteuning wordt bovendien bemoeilijkt door de tekorten in zorgpersoneel.
- > **Het vraagt een andere denkwijze** om iemand te begeleiden naar zelfstandigheid. Aandacht verschuift van genezing naar de achterliggende problemen, een doelgerichte begeleiding en het zien van mogelijkheden in de eigen omgeving, wat veel tijd kost of voor sommige zorgverleners niet mogelijk is. Ook gaat het om een ondersteunende houding, in plaats van verzorgende houding. Het valt de praktijkvoorbeelden op dat niet iedere zorgverlener in deze omslag mee gaat. Enerzijds komt dit omdat het gaat om andere vaardigheden waar iemand over dient te beschikken, anderzijds om een veranderende houding naar de zorgvragers. Hierop wordt geanticipeerd door bijvoorbeeld de zorgverleners die graag bezig zijn met de achterliggende problematiek in te zetten op de gesprekken voor het in kaart brengen van de ondersteuningsbehoefte en het bedenken van passende begeleiding. De zorgverleners die sterker taak georiënteerd zijn worden ingezet voor de uitvoering van de begeleiding zelf.
- > **Het roept onzekerheid op.** In een enkel praktijkvoorbeeld werd de verandering ontvangen als aanleiding voor minder werkgelegenheid, omdat de verandering gaat om het overdragen van zorg en ondersteuning aan de zorgvrager zelf.

Andere negatieve ervaringen komen voort uit het ontbreken van enkele randvoorwaarden:

- > **Deschotten en perverse prikkels in de financiering:** een moeilijkheid waar de praktijkvoorbeelden tegenaan lopen is de huidige manier van financieren, die disciplines van elkaar scheidt en gericht is op genezing. Interdisciplinaire samenwerking of focus op preventie is slechts mogelijk doordat zij zelf financiële ruimte hebben gecreëerd.

- > **De duur van de begeleiding:** de begeleiding is veelal gebonden aan een bepaalde termijn, waarin het soms lastig is om zelfstandigheid te bereiken. De begeleiding krijgt te maken met vertraging door personeelstekorten of doordat hulpmiddelen niet beschikbaar zijn.
- > **Een beperkte instroom van zorgvragers:** hierdoor doen de praktijkvoorbeelden beperkter ervaringen op met de nieuwe werkwijze. Aanmeldingen voor de begeleiding komen binnen via verschillende routes, maar die worden onvoldoende benut. Signalering door (huis)artsen of hulp in de huishouding kunnen echter juist bijdragen aan het voorkomen van langdurige zorg.
- > **Het werken met verschillende systemen:** zoals eerder benoemd delen de zorgorganisaties geen systeem, wat leidt tot extra administratieve lasten. Iedere zorgverlener schrijft een eigen verslag en het overdragen van informatie vraagt extra werkzaamheden.

Maar, zorgverleners zijn positief over hun nieuwe rol en de aansluiting van zorg op behoeften

- > **Interdisciplinaire samenwerking:** zorgverleners ervaren beter in staat te zijn zorg te bieden die gericht is op de zorgvrager. De verschillende zorgverleners weten elkaar makkelijker en vaker te vinden. Daardoor hebben ze ook beter zicht op wat voor begeleiding in te zetten is. Zorgverleners waren al gewend om naar bredere behoeften te kijken, doelen te stellen en daarover te spreken, maar de nieuwe structuren hiervoor zijn onderscheidend. Het is niet langer alleen schakelen náár de andere zorgverlener, maar samenwerken mét.
- > **Bredere hulpvraag en meer preventie:** aansluitend bij het punt hiervoor, is dat zorgverleners ook ervaren dat de zorg beter aansluit omdat het zich richt op het voorkomen van ergere situaties. Ze vinden het prettig om rekening te houden met de verschillende aspecten van het dagelijks leven, op zo'n manier dat iemand geactiveerd kan worden in de eigen bezigheden en zo ergere situaties worden voorkomen. Door deze aandacht voor preventie krijgen zij te maken met een nieuwe doelgroep zorgvragers. De ondersteuning verschuift van zorgvragers die in een gevorderd stadium te maken hebben met achteruitgang in hun zelfstandigheid, naar zorgvragers die slechts te maken hebben met enkele signalen van hun achteruitgang.
- > **Activeren van een nieuwe werkhouding:** zorgverleners vinden het positief dat ze worden geactiveerd om op een andere manier te werk te gaan en waarderen dat ten opzichte van reguliere zorgverlening. Het daagt hen uit om te kijken naar diverse ondersteuningsbehoeften, te zoeken naar achterliggende problemen en doelgericht te begeleiden.

Ervaringen van zorgvragers

Onder zorgvragers stuit de nieuwe werkwijze op heersende opvattingen over de zorg

- > **Zorgverlening niet willen verliezen:** wanneer zorgvragers kennismaken met de nieuwe werkwijze komt het regelmatig voor dat zij zich verzetten tegen de nieuwe werkwijze, omdat zij gewend zijn hulp te ontvangen. Zorgvragers ontvangen al zorgverlening of hebben zij de verwachting dat zij dat binnenkort zullen ontvangen. De nieuwe werkwijze waarbij zij worden gestimuleerd om handelingen zelfstandig uit te voeren ervaren zij als zorgverlening dat ze mislopen of wordt ontnomen. Dit doet zich vooral bij de oudere generatie zorgvragers, die al langer bekend zijn met de reguliere zorgverlening.
- > **Ontzorgen door de sociale omgeving:** ook in de sociale omgeving wordt soms negatief gereageerd op de nieuwe werkwijze, aangezien daar een houding bestaat dat zorgvragers, met name ouderen, juist geholpen moeten worden. Terwijl met de begeleiding zelfstandigheid het doel is, is de omgeving toch geneigd de zorgvrager te helpen of handelingen over te nemen. Ook komt het voor dat de zorgvrager open staat voor begeleiding naar meer zelfstandigheid, maar dat dit wordt tegengehouden door haar omgeving.
- > **Angst voor eenzaamheid:** in sommige gevallen leidt de introductie van de nieuwe werkwijze tot angst om sociaal contact en structuur op een dag te verliezen. Zorgvragers houden zich hierdoor vast aan de reguliere zorgverlening die ze willen ontvangen en zijn niet toegewijd aan de begeleiding naar zelfstandigheid.

Tegelijkertijd geeft de nieuwe werkwijze de zorgvragers vertrouwen in het eigen handelen

- > **Zeggenschap over eigen zorg en ondersteuning:** het geeft de zorgvrager veel voldoening om mee te bepalen over de eigen zorg en ondersteuning. Met de nieuwe werkwijze is dit niet langer een aangelegenheid voor de zorgverlener, maar vindt dit samen plaats met de zorgverlener én zorgvrager.
- > **Autonomie:** door het bevorderen van zelfstandigheid kan de zorgvrager nu zelf de indeling van haar dag bepalen. Soms betreft het kleine handelingen, soms grote handelingen, die de zorgvrager zelfstandig kan ondernemen. Ook ondernemen ze activiteiten waartoe zij zichzelf niet eerder in staat achtten. Daarnaast zijn ze in staat zelf hun dag te bepalen en hoeven ze niet langer te wachten op het bezoek van wijkverpleging. Naarmate de zorgvragers positieve ervaringen hebben door de toegenomen autonomie, ervaren zij de nieuwe werkwijze minder als verlies van zorgverlening.

- > **Thuis in de vertrouwde omgeving:** zorgvragers ervaren het als zeer prettig om te blijven wonen in het huis waar zij aan gewend zijn en warme herinneringen bij hebben. Nu ze in staat zijn langer thuis te blijven wonen hoeven zij hier geen afstand van te doen en zich aan te passen aan een onbekende omgeving.

Succesfactoren praktijkvoorbeelden

In de praktijkvoorbeelden komen enkele kenmerken naar voren die zij met elkaar delen en die eveneens de basis lijken te vormen voor hun vooroplopende positie:

- > **Bestuurlijk lef:** bestuurders starten met de nieuwe manier van ondersteuning, omdat het aansluit bij hun visie op hoe zij om willen gaan met zorgvragers en de uitdagingen waar zij voor staan. Dit doen zij zonder dat uitkomsten direct duidelijk zichtbaar zijn en zonder dat in alle randvoorwaarden is voorzien.
- > **Integreren van reablement in de eigen werkpraktijk:** de praktijkvoorbeelden verwerken reablement in de eigen werkpraktijk, met een andere naam en passend bij de organisatiecultuur. Hierdoor is de ervaring dat het een verandering van binnenuit de organisatie is, in plaats van buitenaf. Het wordt gebruikt als praktische invulling van hun visies op zorg, die aansluiten bij bijvoorbeeld positieve gezondheid en zelfredzaamheid.
- > **Regionale samenwerkingen die verandering mogelijk maakt:** in de voorbeelden bestaan goede samenwerkingsrelaties die tezamen barrières in het Nederlands zorgstelsel wegnemen. Partijen die in deze samenwerkingen deelnemen zijn gemeenten, diverse zorgaanbieders en het zorgkantoor. De samenwerking maakt het mogelijk om interdisciplinair en preventief gericht te werken, waardoor de nieuwe ondersteuning niet beperkt blijft tot de organisatie van de wijkverpleging. In onderstaand onderdeel wordt verder ingegaan op de barrières in relatie tot het zorgstelsel en de manier waarop daarmee is omgegaan.
- > **Betrokkenheid van een onderzoeksteam bij de pilots:** bij ieder voorbeeld is de Universiteit van Maastricht betrokken. Het onderzoeksteam besteedt aandacht aan het verwerken van reablement in de veranderende werkpraktijk en zorgt ervoor dat de organisatie op verschillende momenten informatie ophaalt bij zorgverleners en -vragers, zodat kennis over effecten toeneemt.

Reablement in relatie tot het Nederlandse zorgstelsel

Met de invoering en uitvoering van de nieuwe werkwijzen gebaseerd op reablement, liepen de praktijkvoorbeelden tegen moeilijkheden aan die voortkomen uit de manier waarop de zorg georganiseerd is. Het zijn moeilijkheden waar zij nog steeds mee te maken hebben, of, middels regionale samenwerkingen tot creatieve, eigen oplossingen zijn gekomen. De moeilijkheden en oplossingen laten zien dat om reablement structureel toe te passen een integrale benadering van financiering wenselijk is. De praktijkvoorbeelden hebben te maken met de volgende kenmerken in het zorgstelsel, op drie niveaus.

Organisatie van zorg in relatie tot het systeem:

- > **Schotten in de zorg en het dragen van preventie:** gezien de verschillende financieringsstromen in het zorgstelsel, is de focus op preventie financieel niet aantrekkelijk voor de organisaties die worden ingezet voor preventieve ondersteuning. Met de focus op preventie verschuift immers de behoefte van verhelpende zorgverlening, naar voorkomende ondersteuning en wordt daarmee ook aanspraak gemaakt op een andere financieringsstroom. Indien duidelijke afspraken ontbreken over hoe het spreiden van deze lasten, bestaat het risico dat de organisaties voor preventieve ondersteuning zich terugtrekken uit het interdisciplinaire team. Bij een praktijkvoorbeeld verviel de begeleiding gericht op (sociale) activiteiten omdat de gemeente en de zorgorganisatie geen overeenstemming vonden over wie de financiering zou dragen, hoewel juist deze sociale activiteiten belangrijk zijn voor het actieve vermogen van de zorgvrager.
- > **Betaling naar hoeveelheid uren en een prikkel voor preventie:** de betaling vindt plaats op basis van de hoeveelheid uren geleverde zorg en ondersteuning, wat niet aanmoedigt tot preventieve ondersteuning. Onderdeel van preventie is dat in een vroeg stadium van een ondersteuningsbehoefte een in relatief kleinere vorm ondersteuning wordt verleend, zodat later zwaardere situaties worden voorkomen. Een betaling naar hoeveelheid uren staat echter haaks op een verandering naar ondersteuning in kleinere vorm en dus een laag aantal uren. Om deze negatieve prikkel om te zetten, heeft een praktijkvoorbeeld zelf afspraken

gemaakt met het zorgkantoor in de regio en een ander met haar voornaamste zorgverzekeraar. Ze hebben samen een maandelijks budget georganiseerd voor de ondersteuning, zodat zij konden afstappen van betaling naar hoeveelheid uren. Het gaf de zorgverleners meer vrijheid, doordat de ene keer meer zorguren worden besteed dan de andere keer en dit ook verspreid kan worden naar andere zorgvragers.

Organisatie van zorg in relatie tot zorgorganisaties en -verleners:

- > **Schotten in de zorg en het betrekken van disciplines:** de schotten in de financiering van zorg belemmeren dat zorgorganisaties een teammix kunnen samenstellen, met disciplines die worden betaald uit andere financieringsstromen. Ook hebben individuele zorgorganisaties geen ruimte om te onderhandelen met zorgverzekeraars. Hierdoor is het lastig voor een zorgorganisatie om een interdisciplinair team samen te stellen. In praktijkvoorbeelden kwam dit naar voren doordat het MDO, de structuur voor interdisciplinair werken, niet te declareren is voor fysio- en ergotherapeuten. Ook wordt de inzet van fysio- en ergotherapeuten vervangen door andere vormen van zorg, omdat hun tarieven hoger liggen dan dat zij uitbetaald krijgen. Als eigen oplossing hiervoor hebben zorgorganisaties in een regionaal samenwerkingsverband alle innovatiebudgetten gebundeld, zodat daaruit de totale zorg in de regio uit betaald kan worden.
- > **Betaling naar zorg en niet voorbereiding van zorg:** doordat de betaling van zorg en ondersteuning plaatsvindt op basis van het aantal uren dat aan de uitvoering is besteed, bestaat er geen ruimte voor de voorbereiding ervan. De reablement gerichte ondersteuning vraagt echter meer voorbereiding van de zorgverleners om een doelgericht ondersteuningsplan op te stellen, dan wanneer zij het zelf uitvoeren zoals in de reguliere zorgverlening. Ook vraagt de interdisciplinaire samenwerking meer voorbereiding, zodat de disciplines met de nodige kennis over de casus en mogelijke begeleiding plaatsnemen aan het MDO. In de praktijkvoorbeelden komt het voor dat zorgverleners uren maken die niet worden vergoed, of niet voorbereid aanwezig zijn bij het MDO.

Organisatie van zorg in relatie tot zorgvragers:

- > **Preventie gerichte zorg niet in het basispakket:** de reablement gerichte zorg vraagt betrokkenheid van verschillende disciplines die niet vergoed worden in het basispakket van de zorgverzekering en vraagt daarmee een hogere bijdrage van de zorgvrager. In sommige gevallen kunnen of willen zorgvragers een aanvullende verzekering niet betalen. In de praktijkvoorbeelden leidt dit ertoe dat zorgvragers niet in aanmerking komen voor de ondersteuning, of de zorg behorend bij de aanvullende verzekering wordt overgenomen door de zorgverleners binnen het basispakket. In beide situaties krijgt de werkwijze niet de uitvoering die wenselijk is om naar zelfstandigheid toe te werken.



Kernbevindingen

Uit de spiegeling van het concept reablement naar de Nederlandse context zijn enkele kernbevindingen te halen:

4. Het gedachtegoed achter reablement kent **overlap met andere zorgconcepten** die in Nederland worden toegepast, als ook met zelfredzaamheid in algemene zin. Het gedachtegoed wordt breed in het veld gedragen
5. In Nederland worden de **zorgvisies** binnen organisaties al langere tijd gestoeld op de principes van reablement, zonder dat dit nadrukkelijk benoemd, of als interventieprogramma, uitgedragen wordt.
6. Reablement als interventieprogramma wordt in Nederland nog **weinig toegepast**. Daarbij zijn er bij de praktijkvoorbeelden **verschillen in toepassing** te zien.
7. De effecten van het interventieprogramma zijn hoofdzakelijk kwalitatief in kaart gebracht, **kwantitatief zijn effecten moeilijk inzichtelijk te maken**.
8. De huidige inrichting van het Nederlandse **zorglandschap kent knelpunten** voor de bredere toepassing van reablement als interventieprogramma. Deze richten zich met name op het faciliteren van multidisciplinaire samenwerking, als ook de aanspraak van burgers op de aanvullende verzekering/ eigen vergoeding voor de inzet van de fysiotherapeut of ergotherapeut.



Reflectie en aanbevelingen

Reablement in **relatie tot een vermogen van zelfredzaamheid**

Hieronder beschrijven wij onze reflectie op reablement. We reflecteren eerst op het gedachtegoed en vervolgens op de interventie. In de rode kaders staan de aanbevelingen.

Een gecombineerde inzet op het gedachtegoed als óók de interventie is krachtig genoeg om de beweging naar autonomie en zelfredzaamheid bij ouderen in te zetten

Reablement is gericht op eenieder die gebaat is bij het behouden of vergroten van de eigen onafhankelijkheid. In de Nederlandse context richt het gedachtegoed van reablement zich met name op ouderen die (dreigend) hulpbehoevend²⁶ zijn. De reablement interventie heeft alleen kans van slagen als het gedachtegoed van reablement wordt doorleefd. Dit betekent dat de reablement interventie wordt ingezet binnen een context waar wordt gewerkt vanuit dezelfde waarden (autonomie draagt bij aan kwaliteit van leven) en een werkwijze die daarop aansluit (naar 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor' en holistische, interdisciplinaire ondersteuning). Op dit moment zien we bij reablement het risico op *cherry picking*: als één van de twee (gedachtegoed óf interventie) aanhangt, verliest reablement aan kracht. Alleen de gecombineerde inzet van interventie en achterliggend gedachtegoed is krachtig genoeg om daadwerkelijk bij te dragen aan de beoogde veranderingen. Bij een te eenzijdige benadering en doorslaan naar één kant wordt reablement 'slechts' één van de vele interessante denkrichtingen of multidisciplinaire pilotprojecten.

Onderliggende waarden reablement niet nieuw, wel interessant startpunt voor visievorming

Reablement is meer dan een interventie: het is een *manier van zorgverlening* om het functioneren van een individu dusdanig te verbeteren, zodat hij of zij zo onafhankelijk mogelijk dagelijkse en betekenisvolle activiteiten kan ondernemen, waardoor de noodzaak voor (lange termijn) zorg mindert. Kortweg, iemand leren voor zichzelf te zorgen zodat diegene niet meer of in mindere mate afhankelijk is van zorg. Dit *gedachtegoed* is niet nieuw. Het sluit naadloos aan op

'bewegingen' in de zorg zoals 'zelfredzaamheid' en 'positieve gezondheid', waarbij net als bij reablement wordt gestreefd naar 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor' en holistische, interdisciplinaire ondersteuning.

Zowel aan reablement als aan deze bewegingen liggen bepaalde waarden ten grondslag. Zo is de belangrijkste waarde waarop het gedachtegoed van reablement is gestoeld *autonomie*, ofwel het onafhankelijk en zelfstandig het leven leiden, zoals iemand dat zelf graag wil. In Denemarken – waar reablement is ontstaan – wordt autonomie gezien als een drijvende kracht achter kwaliteit van leven van ouderen. In Nederland bestaat ondanks dat de vele visies op de ouderenzorg onvoldoende een gedeeld beeld over welke principiële waarden ten grondslag liggen aan hoe we oud willen worden om daar vervolgens de ondersteuning op in te richten.

De huidige vernieuwende praktijken in de Nederlandse ouderenzorg zijn veelal ontstaan vanuit de wens om zorg anders in te richten en om deze in de toekomst toegankelijk te houden. Initiatieven en nieuwe werkwijzen komen op stelselwijze voort uit 'het moet anders om de zorg houdbaar te houden' en op niveau van instellingen en zorgverleners vanuit de wens meer de mens te zien en zorg aan te passen aan individuele behoeften. De gedeelde waarden en gedachten over hoe we oud willen worden in Nederland en wat dit betekent op alle levensdomeinen lijken daarbij niet altijd bij elkaar te komen. Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) zijn stappen gezet om gedeelde waarden en levensdomeinen samen te brengen. Echter, één integrale visie op ouder worden met daarin hoe de verschillende domeinen (bijvoorbeeld sociaal, zorg en fysieke omgeving) zich tot elkaar verhouden en wat de implicaties hiervan voor de bijbehorende wetten zijn (bijvoorbeeld WMO, WLZ en ZVW) ontbreekt. Het waarde gedreven reablement kan dienen als startpunt voor een dergelijke visie. Dan kunnen nog steeds duizend bloemen bloeien in de uitvoeringspraktijk, maar wel vanuit een integrale en breed gedeelde visie.

²⁶ Dialoognota Ouder worden 2020-2040 beschrijft drie groepen ouderen: ouderen die vitaal zijn; ouderen die hulpbehoevend zijn; en ouderen die extreem kwetsbaar zijn.

Het reablement gedachtegoed internaliseren vraagt om gedragsverandering

Het gedachtegoed reablement rust op vier uitgangspunten;

1. zorgen dat in plaats van zorgen voor;
2. de situatie van het individu is leidend;
3. de ondersteuning is holistisch;
4. het combineert diverse vormen van zorg en ondersteuning.

Deze uitgangspunten vragen om een nieuwe, interdisciplinaire en holistische manier van (ouderen)zorgverlening, waarbij (informele) zorg en sociaal domein nauw samenwerken.

Zover zijn we nog niet in Nederland; de huidige ‘traditionele’ en ‘verkokerde’ manier van zorgverlening wordt (nog steeds) uitgedragen op de werkvloer en is (nog steeds) de basis van het onderwijs aan professionals. Het internaliseren van het reablement gedachtegoed vraagt dan ook om gedragsverandering bij alle betrokkenen: bestuurders, zorgprofessionals maar ook bij ouderen en mantelzorgers zelf. Voor professionals gaat het over het omarmen van interdisciplinaire handelen en over de omslag naar de beweging van zorgen dat in plaats van zorgen voor. Voor ouderen (en diens naasten) gaat het om de omslag in denken van zorg en ondersteuning ontvangen (en daar recht op hebben) naar eigen regie en zelf actief meedoen.



Aanbevelingen

1. Werk samen met ouderen toe naar principiële waarden over ouder worden. Zoals autonomie. Denk met ouderen na over wat deze waarden betekenen voor het eigen handelen. Draag deze waarden uit naar de maatschappij, en zorg dat visies en beleid op de ouderenzorg (vanuit verschillende domeinen) gestoeld worden op deze waarden en op elkaar aansluiten.
2. Werk domeinoverstijgend vanuit de departementen, zoals vanuit VWS (MEVA, LZ, DMO en zorgverzekeringen) als ook vanuit SZW (participatie en pensioenen) en BZK (wonen en omgeving). Zoek nauwere linken tussen divisies en stimuleer kennisdeling over de domeinen. Dit alles gericht op het met één stem uitdragen van hoe we in Nederland ondersteuning en zorg aan ouderen organiseren om hen zo lang mogelijk in staat te stellen gezond thuis te blijven wonen. Een aantal thema's kunnen expliciet aandacht krijgen in een overstijgende langetermijnvisie, zoals extra inzet voor ouderen die door financiële of sociale omstandigheden extra moeite hebben om zich voor te breiden, bewustwording bij ouderen die kwetsbaar zijn (onder wie migrantenouderen), de ontwikkeling van slimmer wonen/eHealth-oplossingen als ook passende huisvesting en effectiever huisvestingsbeleid voor ouderen.
3. Overweeg een landelijke campagne gericht op 'awareness' rondom de waarden over ouder worden en de gevolgen daarvan voor de maatschappij. Aangezien het internaliseren van de gedachtegoed hand in hand gaat met een gedragsverandering, is het belangrijk dat de campagne zich richt op beide. De campagne moet zich richten op zowel de gedeelde waarden over ouder worden, zoals beschreven onder de eerste aanbeveling, en welke concrete acties die ouderen zelf kunnen ondernemen in de eigen omgeving om eigen regie te behouden en te bevorderen. Uiteindelijk met het doel om gedragsverandering te stimuleren bij alle betrokkenen: ouderen, mantelzorgers, zorgprofessionals en bestuurders.
4. Stimuleer onderwijsinstututen om anders denken/werken integraal onderdeel te maken van het curriculum en dit breed toegankelijk te maken. Richt het curriculum op interdisciplinair onderwijs, wat gaat over een thema in plaats van een vak en waaraan studenten vanuit verschillende disciplines kunnen deelnemen. Op die manier blijft het onderwijs niet beperkt tot een vak binnen één studie. Zorg ook dat de benodigde competenties worden getraind binnen het curriculum, zoals het inventariseren van het vermogen van een zorgvrager en het opstellen van een doelgericht en interdisciplinair ondersteuningsplan. Motiverende gespreksvoering is hierbij een belangrijk aspect. Ook is het waardevol om het onderwijs toegankelijk te maken voor zorgverleners die al werkzaam zijn en zich willen bijscholen om het anders denken/integraal werken eigen te maken.

Het experimenteren met de interventie werkt als katalysator voor het gedachtegoed

Reablement als concreet interventieprogramma is een praktische invulling van het gedachtegoed. In de praktijk – zowel in Nederland als in de internationale context - zien we dat er op dit moment volop wordt geëxperimenteerd met reablement als interventie. Dat heeft een groot voordeel: we zien dat het experimenteren met de interventie werkt als een katalysator voor het gedachtegoed. Ofwel, daar waar reablement als interventie wordt ingezet wordt er vaker interdisciplinair (samen)gewerkt vanuit het principe iemand (waar mogelijk) leren voor zichzelf te zorgen en worden professionals vaker geschoold op het stellen van *smart* zorgdoelen. Ook zien we dat er op bestuurlijk niveau vaker het gesprek wordt gevoerd over het wegnemen van belemmeringen op systemisch niveau.

Een eenduidiger beeld van de werkzame elementen van de interventie draagt bij aan kennisuitwisseling en effectmeting

Reablement is geen gestandaardiseerd interventieprogramma: de interventie wordt internationaal en in ons land op verschillende manieren ingezet en toegepast. Hierdoor is kennisuitwisseling tussen organisaties beperkt mogelijk, waardoor organisaties ‘zelf het wiel moeten uitvinden’ als zij reablement als interventie willen inzetten. Ook is het hierdoor nauwelijks mogelijk om effecten te meten van de interventie op organisatie- en domeinoverstijgend niveau. Uit ons onderzoek blijkt dat bij de reablement wel enkele succesfactoren te benoemen zijn. Tegelijkertijd vragen bepaalde elementen nog nader wetenschappelijk onderzoek, zoals de samenstelling van het multidisciplinaire team en de keuze van uitkomstmaten.

Vervolgens helpt het om deze succesfactoren vast te leggen en deze breder uit te dragen. Bijvoorbeeld in een praktijkgerichte handreiking. Zo wordt niet toegewerkt naar een gestandaardiseerd interventieprogramma, maar wel naar een gedeeld beeld van werkzame elementen bij de

toepassing van reablement als interventie. Hierdoor wordt de toepassing van reablement binnen organisaties in Nederland meer vergelijkbaar en worden regio's die willen starten met het interventieprogramma geholpen om de eerste stap te zetten. Dit stimuleert gerichte kennisuitwisseling, maakt opschaling van de interventie mogelijk en zorgt ervoor dat het meten van effecten mogelijk wordt. Dit laatste is belangrijk voor zorgorganisaties zelf (stimuleert leren en verbeteren), maar ook om financiers comfort te bieden dat de investering waarde toevoegt.

Het wegnemen van belemmerende factoren vergroot de kans om reablement als interventie succesvol op te schalen en structureel te borgen

De wijze waarop het zorgstelsel en financiering zijn georganiseerd zijn bepalend voor de mate waarin interdisciplinaire samenwerking wordt gefaciliteerd. Op dit moment worden drempels ervaren:

- > Financieel: Zo worden de uren voor het multidisciplinaire overleg niet worden vergoed voor alle professionals die daarbij aanwezig moeten zijn. Ook valt de inzet van de fysiotherapeut en de ergotherapeut in het aanvullende verzekerde pakket; waardoor een groot deel van de ouderen deze zorg zelf moet betalen.
- > Organisatorisch: doordat verschillende zorgorganisaties en daarmee professionals niet vanuit één systeem bij het zorgplan kunnen, moeten professionals de informatie actief met elkaar delen en overtypen. Hierdoor worden er nu hoge administratieve lasten ervaren.

Daar waar het toch lukt om reablement als interventie te implementeren drijft dit op bestuurders en kartrekkers die ondanks de drempels toch geloven in de meerwaarde van het interventieprogramma. Door middel van subsidies en/of eigen investeringen komt reablement hier van de grond. Voor daadwerkelijk structurele borging en opschaling van het interventieprogramma is het nodig om belemmerende factoren weg te nemen op systeemniveau.



Aanbevelingen

5. Stimuleer wetenschappelijk onderzoek om kennislacunes over reablement te beantwoorden. Breng deze lacunes in kaart – zoals welke doelgroep het meest gebaad is bij het interventieprogramma en wat de ideale teammix is – en richt hierop het onderzoek. De uitvoering van onderzoek kan gestimuleerd worden door wetenschappelijke onderzoeksgroep te verbinden aan de experimenten, zodat zij de experimenten systematisch kunnen monitoren.
6. Stimuleer het veld om praktijkgerichte kennis te delen. Vraag partijen die al werken of gaan werken met om een praktijkgerichte handleiding op te stellen, waarin de werkzame elementen nader worden uitgewerkt. Zorg er daarnaast voor dat kennisproducten en/of tools in de daarvoor bestemde kennisbanken terecht komen, zodat kennis onderling kan worden gedeeld. Een optie hiervoor is de kennisbank van Zorg voor Beter, een kennisplein die samenwerkt met Vilans, ZonMw, Actiz, V&VN en Zorgthuis.nl.
7. Neem zoveel mogelijk de belemmerende factoren op systeemniveau weg. De belangrijkste belemmerende factoren worden ervaren door a) professionals rondom de vergoedingen voor het deelnemen aan multidisciplinair overleg/samenwerking; b) burgers voor het zelf moeten betalen van de inzet van de fysiotherapeut en ergotherapeut en c) informatieoverdracht tussen professionals.



Bijlage
Aanpak van het onderzoek

Bijlage

Aanpak van het onderzoek

Dit onderzoek is een diepteonderzoek naar de inzet van reablement binnen de domeinen wijkverpleging en huishoudelijke hulp (thuiszorg). Tijdens dit onderzoek waren een aantal uitgangspunten van belang:

- > We zien reablement als breed gedachtegoed en als interventie(programma)
- > We betrekken bestaande (internationale) kennis en ervaring uit de praktijk
- > We hebben oog voor de onbekendheid van reablement als concept op de werkvloer
- > We betrekken de stakeholders zo efficiënt mogelijk
- > We werken in ons diepteonderzoek toe naar een handelingsperspectief

Aanpak

De beantwoording van een zestal onderzoeksvragen is verdeeld in drie fasen. Per fase hebben wij ingezoomd op de deelvragen. Hieronder beschrijven wij per fase de aanpak.

Fase 1: Operationalisering reablement

- > Inzicht in reablement als systematische interventie
- > Uitwerken werkdefinitie, doelstelling, uitgangspunten, randvoorwaarden
- > Input vanuit (inter)nationale literatuur
- > Gesprekken (inter)nationaal experts (Denemarken en NL)

Fase 2: Toepassing reablement in NL-context

- > Inzicht toepassing reablement in NL-praktijk
- > Ophalen ervaringen, kansen, belemmeringen en 1e effecten reablement
- > Input vanuit landelijke stakeholders (beroeps- en brancheverenigingen)
- > Input vanuit zorgvragers
- > Werkbezoek best practices

Fase 3: Toets en handelingsperspectie

- > Synthese uit pijler 1 en 2 richting beantwoording onderzoeksvragen en kennisontwikkeling m.b.t. reablement
- > Toets handelings-perspectief

Onderzoeksvraag	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Definitiebepaling	●		●
Inzicht in het aanleren en uitvoeren van taken en handelingen, eventueel passend onder de noemer van reablement	●	●	●
Ervaringen professionals met inzet reablement incl. kansen en belemmeringen		●	●
Ervaringen met aanleren door professionals (tijdsduur, intensiviteit, behoud lange termijn)	●	●	●
Mate van samenwerking tussen multidisciplinair team en ervaringen, incl. inzicht in mogelijkheden tot verbetering		●	●
Inzicht in mate en vorm van informatie-uitwisseling met de andere disciplines.		●	●

Fase 1: voorbereiding en rationalisatie concept reablement

In deze fase werkten wij het theoretisch kader uit. Dit is gedaan op basis van 1) literatuuronderzoek, 2) interviews met internationale reablement experts en 3) interviews met Nederlands reablement experts. Silke Metzelthin (Assistant Professor Universiteit Maastricht) was betrokken als klankbord.

1. Literatuuronderzoek

We brachten state-of-the-art kennis in kaart middels een literatuuronderzoek. Uit het literatuuronderzoek volgde een werkdefinitie die de basis vormde voor onze daaropvolgende gesprekken. Onderdeel van de werkdefinitie zijn de doelstelling, uitgangspunten, doelgroep, elementen van de reablement aanpak en randvoorwaarden. De volgende literatuur hebben wij gebruikt:

- > Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H. & Westendorp, R. G. J. (2016a). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age and Ageing*, 45(5), 574–578. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>
- > Buma, L. E., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G. I. J. M. & Metzelthin, S. F. (2022a). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *European Journal of Ageing*, 19(4), 903–929. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00693-3>
- > Clotworthy, A., Kusumastuti, S. & Westendorp, R. G. J. (2021a). Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01958-1>
- > Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D. W., Stevenson, M. & Donnelly, M. (2016a). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010825.pub2>
- > Doh, D., Smith, R. & Gevers, P. (2019a). Reviewing the reablement approach to caring for older people. *Ageing and Society*, 40(6), 1371–1383. <https://doi.org/10.1017/s0144686x18001770>
- > Metzelthin, S.F., Rooijackers, T.H., Zijlstra, G.A.R. et al. Effects, costs and feasibility of the 'Stay Active at Home' Reablement training programme for home care professionals: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 18, 276 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0968-z>
- > Metzelthin, S. F., Rostgaard, T., Parsons, M. & Burton, E. (2020a). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and*

Society, 42(3), 703–718. <https://doi.org/10.1017/s0144686x20000999>

- > Rooijackers, T.H., Kempen, G.I.J.M., Zijlstra, G.A.R., Rossum, van, E., Koster, A., Passos, V.L., Metzelthin, S.F. (2021). Effectiveness of a reablement training program for homecare staff on older adults' sedentary behaviour: a cluster randomized controlled trial. *Journal of American geriatrics society*, 2021; 69(9), 2566-2578. Doi: 10.1111/jgs.17286.

2. Bureauonderzoek

We voerden een **bureauonderzoek** uit om een lijst op te stellen met projecten, rapporten of initiatieven die bij het gedachtegoed van reablement passen:

- > Langer Actief Thuis, Mijzo, Waalwijk
- > Langer Vitaal Thuis, Woonzorggroep Samen, Schagen
- > Blijf actief thuis, Meandergroep, Zuid-Limburg
- > Maak de Burger Meester, Stichting, Didam
- > Cicero Zorggroep
- > Positieve Gezondheid
- > Planetree
- > Radicale vernieuwing
- > Documentatie van Raad van Ouderen
- > Documentatie van de Gezondheidsraad

3. Interviews internationaal experts

We **interviewden** internationale experts op gebied van reablement :

- > Deens expert en hoogleraar Tine Rostgaard (Roskilde University/Stockholm University)
- > Nieuw-Zeelandse expert Parsons (Clinical Chair in Gerontology bij University of Waikato)
- > Australische expert Elissa Burton (Senior Research Fellow in the Curtin School of Allied Health at Curtin University (Perth, Western Australia)
- > Australische expert Hilary O`Connel (Principal Advisor Wellness and Reablement bij Independent Living Assessment Incorporated)

In de interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- > Betekenis reablement in het betreffende land
- > Systemische inbedding van reablement
- > Implementatie van reablement in zorgorganisaties
- > Ervaringen zorgverleners en zorgvragers
- > Uitkomsten
- > Geleerde lessen

4. Interviews Nederlands experts

We interviewden Nederlandse experts en praktijkvoorbeelden op gebied van reablement:

- > Silke Metzelhin (Assistant Professor Maastricht University, lid internationaal ReAble Network)
- > Kirsten Tinneveld Madsen (projectleider Maak de burger Meester)
- > Nick Zonneveld, Luuk van Gerven en Lieuwe Jan van Eck (onderzoekers Vilans)
- > Tessa Schreiber (directeur wijkverpleging Meandergroep Zuid-Limburg)
- > Sigrid Houwing en Wendy Rijpkema (projectleider Woonzorggroep Samen en beleidsmedewerker Wmo gemeente Schagen)

- > Elly Branderhorst (ergotherapeut en onderzoeker bij Mijzo)

In de interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- > Betekenis reablement in de Nederlandse context of specifieke praktijkvoorbeeld
- > Verschil met regulier professioneel handelen
- > Implementatie van reablement in Nederlandse context of specifiek praktijkvoorbeeld
- > Ervaringen zorgverleners en zorgvragers
- > Kansen en uitdagingen voor het opschalen van reablement

Fase 2: inzicht in praktijktoepassing reablement in de Nederlandse context

In deze fase werkten wij uit hoe reablement op dit moment uitvoering krijgt in de Nederlandse praktijk. We maakten inzichtelijk in hoeverre reablement als interventie aansluit bij 'reguliere' zelfmanagementondersteuning in de praktijk, wat het draagvlak is om reablement als interventie toe te passen, wat het (inhoudelijk en organisatorisch) behelst om reablement als interventie in te richten en wat de ervaringen zijn met de toepassing van reablement. In deze fase was het belangrijk om efficiënt om te gaan met tijd om de respondenten zo min mogelijk te belasten.

- > Vilans, Luuk van Gerven
- > VNG, Ronald Bellekom
- > V&VN Wijkverpleegkundigen, Valerie Schipper
- > ZonMw, Vicky de Boer
- > ZonMw, Roald Pijpker

In de sessie besteedden wij aandacht aan de volgende onderwerpen:

- > Bekendheid met reablement
- > Verbinding reablement aan de praktijk van partijen
- > Kansen en uitdagingen rondom reablement

5. Landelijke sessie veldpartijen

We organiseerden een sessie met landelijke (beroeps) verenigingen en branchepartijen, met de volgende aanwezigen:

- > Actiz, Nilab Karimi
- > Actiz, Lenard Markus
- > Ergotherapie NL, Dorethe Wassink
- > Fietsende Fysio, Michelle Fransen
- > KNGF, Bas Verkes
- > Ketenbureau I-Sociaal Domein, Josien de Reuver
- > Mijzo, Elly Branderhorst
- > Min VWS, Maarten de Groot
- > NVD, Jose Tiebie
- > NVFG, Arno Tijssen
- > VGZ, Thijs van Biljouw
- > Vilans, Nick Zonneveld

6. Meeloopdagen in de praktijk

We liepen mee in de praktijk waar reablement als interventie wordt toegepast bij de volgende organisaties:

- > Deelname aan MDO van Woonzorggroep Samen/ gemeente Schagen
- > Meeloopdag met een dag van een wijkverpleegkundige van Meandergroep in Hoensbroek

Bij de praktijkvoorbeelden besteedden wij aandacht aan de volgende onderwerpen:

- > Doorlopen van de stappen bij de werkwijze, gebaseerd op reablement
- > Ervaringen van de zorgverlener met reablement
- > Ervaringen van de zorgvrager met reablement

Fase 3: toets en handelingsperspectief

In deze fase toetsten we de inzichten uit fase 1 en 2 vulden we de inzichten aan met een advies voor de doorontwikkeling van reablement. Wij leverden een eindrapportage op waarin de onderzoeksvragen zijn beantwoord en kansen en knelpunten in kaart zijn gebracht ten aanzien van de doorontwikkeling van reablement.

- > Formuleren advies voor verdere (kennis)ontwikkeling reablement
- > Validatie van het conceptrapport bij Silke Metzelthin (Assistant Professor Universiteit Maastricht)
- > Validatie bij voorzitters ouderenbonden ANBO en KBO-PCOB

Datum

20 december 2022

Opdrachtgever

Ministerie volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Onderzoeksteam

Aad van t Hof

Alke Nijboer

Floortje Jorna

Ingrid Oomes

Marlijn Althuisen

Simone Neuvel

Referentie

GV747/document2

Ontwerp en illustraties

Nynke Willemsen

Dianne van Os

bezoekadres Maliebaan 16 3581 CN Utrecht

telefoon +31 30 236 30 30

postadres Postbus 85198 3508 AD Utrecht

website www.aef.nl