

## **Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk**

## Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk

Helianthe Kort  
Femke Giesen  
Bert Prinsen, projectleider  
Roland Peppel  
Maaïke Veenvliet  
Nienke Zwart

NIZW

© 2002 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Een onderzoek uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW en Compliance Consult in opdracht van en gefinancierd door de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM).

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Tel. (030) 23 06 311

Compliance Consult

Postbus 644

3440 AP Woerden

Tel. (0348) 493 000

STOOM

Postbus 100

3980 CC Bunnik

Tel. (030) 67 04 796

### **Auteurs**

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW :

Helianthe Kort

Femke Giesen

Bert Prinsen, projectleider

Compliance Consult:

Roland Peppel

Maike Veenvliet

Nienke Zwart

### **ISBN**

90-5957-004-9

### **NIZW-bestelnummer**

E 33160

NIZW Uitgeverij

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Telefoon (030) 230 66 07

Fax (030) 230 64 91

E-mail [Bestel@nizw.nl](mailto:Bestel@nizw.nl)

Website [www.nizw.nl](http://www.nizw.nl)

## INHOUDSOPGAVE

	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Aanpak en werkwijze</b>	<b>5</b>
1.1	Fase 1: de voorbereiding	5
1.2	Fase 2: in kaart brengen stand van zaken	5
	2.2.1 Selecteren van thuiszorgorganisaties	5
	2.2.2 Bijeenkomsten sleutelfiguren	5
1.3	Fase 3: de verdieping	6
	2.3.1 Groepsgesprekken met zorgverleners	6
	2.3.2 Toetsing	6
1.4	Fase 4: verslaglegging	6
<b>2</b>	<b>Vormen van vraaggerichte zorg: Een theoretische beschouwing</b>	<b>7</b>
2.1	Vraaggerichte zorg	7
2.2	Cliëntgericht werken	8
2.3	Vraaggestuurde zorg	8
2.4	Belevingsgerichte zorg	8
2.5	Geïntegreerde belevingsgerichte zorg	9
2.6	Behoeftegestuurde verpleegkunde	9
2.7	Verschillende perspectieven	9
<b>3</b>	<b>Belevingsgerichte zorg als zorgvernieuwing in de thuiszorgpraktijk</b>	<b>13</b>
3.1	Respons	13
3.2	Aanleidingen om met belevingsgerichte zorg te gaan werken	13
3.3	Benodigde vaardigheden	14
3.4	Voor- en nadelen van belevingsgerichte zorg genoemd door sleutelfiguren	14
3.5	Belevingsgerichte zorg in de praktijk	15
<b>4</b>	<b>Implementatie van Belevingsgerichte Zorg</b>	<b>16</b>
4.1	De implementatiestrategie: breed of smal	16
4.2	Het implementatieproces	17
	4.2.1 Voorbereiding	17
	4.2.2 Invoering	18
	4.2.3 Verankering	18
	4.2.4 Evaluatie	19
4.3	De meerwaarde voor verpleging & verzorging	19
4.4	Doorlooptijd	20
4.5	Randvoorwaarden	20
<b>5</b>	<b>Te verwachten effecten</b>	<b>22</b>
5.1	Veronderstelde effecten voor cliënten	22
5.2	effecten voor professionals	23
5.3	effecten voor de organisatie	25
5.4	Effecten in de zorgketen	26
5.5	Bijkomende effecten	26

5.5.1	Suboptimalisatie	26
5.5.2	Conceptvermenging	26
5.5.3	Arbeidsvoorwaarden knellen	27
5.5.4	Oude wijn of nieuwe wijn?	27
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>28</b>

### **Bijlagen**

1	Overzicht benaderde thuiszorgorganisaties
2	Overzicht thuiszorgorganisaties BGZ
3	Vragenlijst

## Inleiding

In onze maatschappij is sprake van verdere individualisering. Daarmee komt het perspectief van het individu in alle facetten van het leven meer centraal te staan. Dit is waar te nemen in de maatschappelijke ontwikkelingen. De landelijke overheid heeft nadrukkelijk aangegeven dat de vraag van de cliënt centraal dient te staan bij het verder vormgeven en inrichten van de zorgcare- en curesectoren. Dat betekent dat, meer dan nu het geval is, er sprake zal moeten zijn van vraagsturing. Dat vereist in de care en cure een veel meer vraaggericht aanbod van zorg.

"De patiënt staat centraal"; onder deze en vergelijkbare noemers geven hulpverleners, instellingen, zorgverzekeraars en de overheid er blijk van, meer dan voorheen, rekening te houden met de wensen en behoeften van consumenten. Zij stellen ook, ieder vanuit de eigen invalshoek, pogingen in het werk om het ideaal van vraaggerichte zorg handen en voeten te geven.

Ook in het primaire zorgverleningproces is deze beweging in volle gang. Op meerdere plaatsen in het land maken de professionals van thuiszorg - veelal onder de noemer 'belevingsgerichte zorg' - werk van de omslag van een aanbod - naar een vraaggerichte zorgaanpak. STOOM is alert op deze ontwikkelingen en heeft in haar Werkplan 2000-2003 voorgenomen om het gedachtegoed en de merites van de professionele zorgvernieuwing in bredere kring onder de aandacht te brengen en, daar waar zinvol, van verdere impulsen te voorzien. Om dit voornemen gestand te doen, laat STOOM een onderzoek instellen naar de praktijk van vraaggerichte zorg van verpleegkundigen en verzorgenden in het kader van de professionele zorgvernieuwing in de thuiszorg.

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW en Compliance Consult zijn gevraagd onderzoek te doen naar vraaggerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk. Dit onderzoek heeft in de periode maart 2001 - januari 2002 zijn beslag gekregen.

De doelstelling van het onderzoek is als volgt weer te geven:

*"Het onderzoek heeft tot doel het inventariseren en analyseren van nieuwe vormen van vraaggerichte hulpverlening en van de wijze waarop deze geïntegreerd worden in de praktijk en organisatie van de thuiszorg. Het moet een beeld geven van de aard, omvang en condities van vraaggerichte professionele zorgvernieuwing en van de (mogelijke) consequenties daarvan voor patiënten, professionals en thuiszorgorganisaties. Als zodanig moet het leerpunten opleveren voor de inspirators en voortrekkers van de professionele zorginnovatie en aanwijzingen geven omtrent de richting en randvoorwaarden voor de verdere ontwikkeling ervan."*

Bij het onderzoek dienen in ieder geval de volgende vragen en aandachtspunten betrokken te worden:

- Welke vormen van vraaggerichte zorg laten zich onderscheiden; wat zijn leidende principes en achterliggende conceptuele modellen (welke scholen)?
- Welke vormen worden in de praktijk van de thuiszorg toegepast en wat zijn hierbij de achterliggende overwegingen?
- Hoever staat het met de implementatie (hoeveel thuiszorginstellingen, welk stadium) en wat zijn de verwachtingen ten aanzien van de verdere uitbreiding?

- Wat zijn de randvoorwaarden voor implementatie:
  - bij patiënten (bijvoorbeeld: mondigheid, vertrouwen);
  - bij professionals (bijvoorbeeld: scholing, overleg, standaardenbeleid, zeggenschap en ondernemingsruimte);
  - bij management/leidinggevenden (bijvoorbeeld: leiderschapsstijl)?
- Wat zijn de (te verwachten) effecten van vraaggerichte zorg:
  - bij patiënten (bijvoorbeeld: tevredenheid);
  - bij professionals (bijvoorbeeld: motivatie, gevoel van eigenwaarde, afname ziekteverzuim);
  - bij management/leidinggevenden?
- Wat zijn overeenkomsten en verschillen tussen verpleegkundigen en verzorgenden met betrekking tot vraaggerichtheid?
- Hoe verhoudt vraaggerichte zorg zich tot preventieve zorg en onafhankelijke indicatiestelling?
- Wat zijn de spanningen tussen de professional en de cliënt?

Het NIZW en Compliance Consult hebben gezamenlijk in opdracht van STOOM de stand van zaken met betrekking tot de toepassing en implementatie van belevingsgerichte zorg in de thuiszorg in beeld gebracht. Om het onderzoek af te bakenen is in overleg met STOOM ervoor gekozen, om bij het in kaart brengen van de stand van zaken van de vraaggerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk, specifiek de aandacht te richten op belevingsgerichte zorg en dan met name op het niveau van de uitvoering. Dat was het belangrijkste motief om het onderzoek kwalitatief op te zetten.

In hoofdstuk 2 is de wijze van onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 worden het theoretisch kader met de in de literatuur gevonden vormen van vraaggerichte zorg geschetst. De opvattingen van de sleutelfiguren (personen die nauw betrokken zijn bij de implementatie van belevingsgerichte zorg in thuiszorgorganisaties) komen aan bod in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de implementatie van belevingsgerichte zorg. Hierbij komen mogelijke implementatiestrategieën, het implementatieproces, de meerwaarde van belevingsgerichte zorg voor verpleging en verzorging, de doorlooptijd en de randvoorwaarden aan de orde. In hoofdstuk 6 wordt een blik op de te verwachten effecten van belevingsgerichte zorg geworpen. De effecten worden naar cliënten, professionals, organisatie en zorgketen onderscheiden. In paragraaf 6.5 komen bijkomende effecten aan bod. In hoofdstuk 7 worden aanbevelingen voor verder onderzoek en aanbevelingen voor implementatie van belevingsgerichte zorg gedaan.

## **1 AANPAK EN WERKWIJZE**

De uitvoering van het project "Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk" is in vier fasen te onderscheiden:

- fase 1: de voorbereiding;
- fase 2: in kaart brengen stand van zaken;
- fase 3: de verdieping;
- fase 4: verslaglegging.

### **1.1 FASE 1: DE VOORBEREIDING**

Om zicht te krijgen op de verschillende vormen van vraaggerichte zorg, de betekenissen die aan verschillende begrippen worden gegeven en de stand van zaken van belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk is vooraf literatuuronderzoek verricht. In de literatuursearch is gezocht op de volgende trefwoorden: vraaggestuurde zorg, vraaggerichte zorg, vraagsturing, belevingsgerichte zorg (BGZ), cliëntgerichte zorg, behoeftegestuurde zorg en zorg op maat. Gezocht is onder andere op de databestanden Medline en VWS.

### **1.2 FASE 2: IN KAART BRENGEN STAND VAN ZAKEN**

#### **1.2.1 SELECTEREN VAN THUISZORGORGANISATIES**

Van de honderd reguliere thuiszorginstellingen zijn zestien organisaties geselecteerd. Deze zestien thuiszorgorganisaties staan bij Compliance Consult en het NIZW bekend als organisaties die werken met belevingsgerichte zorg, op korte termijn gaan werken met belevingsgerichte zorg of geïnteresseerd zijn in werken met belevingsgerichte zorg. Naar 22 sleutelfiguren werkzaam bij deze zestien thuiszorgorganisaties is een vragenlijst gestuurd (zie bijlage 3). De vragen hebben betrekking op de aanleiding om belevingsgerichte zorg te implementeren, de wijze van implementatie en de ervaringen met belevingsgerichte zorg. In bijlage 1 vindt u een overzicht van de benaderde thuiszorginstellingen. In bijlage 2 vindt u wanneer zij begonnen zijn of gaan beginnen met het werken met belevingsgerichte zorg.

De antwoorden uit de vragenlijst zijn handmatig verwerkt in een overzicht. Dit is een leidraad geweest voor de bijeenkomsten met sleutelfiguren.

#### **1.2.2 BIJEENKOMSTEN SLEUTELFIGUREN**

Gezien het overzichtelijk aantal thuiszorginstellingen dat werkt met belevingsgerichte zorg, zijn alle respondenten uitgenodigd voor een bijeenkomst waarin aan de hand van de resultaten uit de vragenlijst dieper op de inhoud is ingegaan. Aan de orde is onder meer gekomen:

- de inhoud van belevingsgerichte zorg;
- de wijze van implementeren;
- ervaringen en knelpunten.

Van deze bijeenkomsten is een verslag gemaakt dat in de volgende fase gebruikt is voor de verdere verdieping gericht op de uitvoeringspraktijk.

### **1.3 FASE 3: DE VERDIEPING**

#### **1.3.1 GROEPSGESPREKKEN MET ZORGVERLENERS**

Centraal in deze fase van het project staat de vraag hoe verzorgenden en verpleegkundigen werken met belevingsgerichte zorg in de thuiszorgpraktijk. Om hier een beeld van te krijgen is gesproken met vijftien verzorgenden en verpleegkundigen uit VV-teams over hun ervaringen en verwachtingen ten aanzien van belevingsgerichte zorg. Met één wijkverpleegkundige is individueel gesproken en één wijkverpleegkundige heeft telefonisch verteld over haar ervaringen en verwachtingen ten aanzien van belevingsgerichte zorg. Tijdens de groepsgesprekken zijn open vragen gesteld en de deelnemers zijn zoveel mogelijk aan het woord gelaten.

#### **1.3.2 TOETSING**

Het conceptrapport is ter toetsing voorgelegd aan de klankbordgroep (vertegenwoordigd door LVT, Sting en Multiple Sclerose Vereniging Nederland). Zij heeft haar visie op de inhoud van het rapport gegeven. Het conceptrapport is ook voorgelegd aan de vakgroep BGZ (het voormalige Landelijk Overleg Implementatie Belevingsgerichte Zorg; LOIB). Deze vakgroep wordt georganiseerd vanuit het NIZW en komt viermaal per jaar bijeen om informatie en ervaringen met belevingsgerichte zorg uit te wisselen. Een aantal leden van de vakgroep heeft schriftelijk of per e-mail zijn reactie op het rapport gegeven.

### **1.4 FASE 4: VERSLAGLEGGING**

De resultaten van het project zijn vastgelegd in dit rapport. Hierin is de stand van zaken beschreven van de verschillende vormen van vraaggerichte zorg en de wijze van implementeren van belevingsgerichte zorg. Ook komen de te verwachten effecten van belevingsgerichte zorg aan bod en worden aanbevelingen voor verder onderzoek en implementatie gedaan. Een literatuuropgave completeert de verslaglegging.

## **2 VORMEN VAN VRAAGGERICHTE ZORG: EEN THEORETISCHE BESCHOUWING**

Met betrekking tot vraaggerichte zorg kunnen vele begrippen onderscheiden worden: vraaggerichte zorg, cliëntgericht werken, vraaggestuurde zorg, belevingsgerichte zorg, geïntegreerde belevingsgerichte zorg en behoeftegestuurde verpleegkunde. Deze begrippen worden dikwijls door en naast elkaar gebruikt. Daarbij wordt in de praktijk ook nog dikwijls een onderscheid gemaakt in het woord 'vraag' met verschillende betekenissen: wants, demands en needs.

Met 'wants' wordt wel de subjectieve behoefte bedoeld: de wensen en verwachtingen die de individuele patiënt heeft. Het gaat daarbij om de hulp en ondersteuning die het individu in staat stellen te leven volgens diens eigen kwaliteitsnormen.

Het begrip 'demands' wordt gebruikt voor dat deel van de subjectieve behoefte dat door de patiënt daadwerkelijk is omgezet in een vraag naar zorg.

Het begrip 'needs' verwijst naar de geobjectiveerde behoefte. Dat wil zeggen de behoefte aan zorg volgens de opvattingen van deskundigen, veelal de professionele hulpverleners. Centraal daarbij staat de professionele standaard die gebaseerd is op begrippen als medisch noodzakelijk, doeltreffend en doelmatig (RVZ, 1998).

Dit onderscheid naar vormen van vraag maakt duidelijk dat vraaggericht werken niet automatisch betekent dat ook aan de behoeften van de cliënt wordt voldaan. Zo komt het regelmatig voor dat de cliënt zijn vraag toespitst op het zorgaanbod of dat de vraag van somatische aard is, terwijl de werkelijke behoefte zich op het psychosociale of psychische vlak bevindt. Vraagverheldering, er achter komen wat de betekenis van de vraag is (lees: vraag achter de vraag), is daarom van groot belang bij het verlenen van vraaggerichte zorg. Dit onderscheid in vraagvormen komt ook terug bij de beschrijving van de vormen van vraaggerichte zorg en bij de beschrijving van de verschillende perspectieven van waaruit zorg wordt verleend.

### **2.1 VRAAGGERICHTE ZORG**

In de literatuur zijn meerdere definities van het begrip vraaggerichte zorg te vinden. Zo omschrijft de Raad voor de Volksgezondheid (1998) vraaggerichte zorg als een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener dat er in resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.

Dit specifieke samenspel tussen cliënt en hulpverlener komt in andere definities niet zo duidelijk naar voren. In deze definities wordt vooral de nadruk gelegd op het koppelen van vraag en aanbod waarbij met de vraag de needs (de door zorgverleners geobjectiveerde behoeften) worden bedoeld.

Enkele van deze definities zijn:

- Vraaggerichte zorg is de gerichtheid en de daadwerkelijk daaraan gekoppelde levering van het aanbod op de vraag (Goudriaan en Vaalburg, 1998).
- Bij vraaggerichte zorg doet de zorgaanbieder nadrukkelijk moeite om de bestaande zorgverlening aan te passen aan de specifieke behoeften en wensen van de individuele cliënt (Verbeek, 1999).
- Vraaggerichte zorg is een aanbod en de daadwerkelijk daaraan gekoppelde levering van zorg, gericht op de vraag van de gebruiker (Blaauwbroek en Bunt, 2000).

## 2.2 CLIËNTGERICHT WERKEN

Cliëntgericht werken kan worden beschouwd als een voorloper van vraaggerichte zorg. Voorheen werd aan cliëntgericht werken vaak een vergelijkbare betekenis gegeven als aan zorg op maat. In de loop der jaren is het begrip cliëntgericht werken in een bredere context komen te staan - het eenvoudigweg goed omgaan met de cliënt - en wordt het dikwijls in verband gebracht met de marktwerking. In dit kader heeft het niets met de inhoudelijke invulling van de zorg te maken. Ook wordt het begrip cliëntgericht werken gebruikt in het kader van de bejegening van de cliënt: 'zorgen met een glimlach'.

## 2.3 VRAAGGESTUURDE ZORG

Verbeek (1999) stelt dat vraaggestuurde zorg een stap verder gaat dan vraaggerichte zorg. In die zin dat de vrager niet slechts richting geeft aan het zorgaanbod, maar het aanbod direct bepaalt. Het persoonsgebonden budget (pgb) wordt wel beschouwd als de ultieme vorm van vraaggestuurde zorg (Verbeek, 1999). De machtsmiddelen om met de vraag het aanbod te sturen liggen bij de cliënt. De cliënt heeft met het persoonsgebonden budget alle machtsmiddelen in handen om de inhoud van de zorg te bepalen. De cliënt met het persoonsgebonden budget heeft in feite de rol van werkgever.

## 2.4 BELEVINGSGERICHTE ZORG

Bij belevingsgerichte zorg bepalen de cliënt en de zorgverlener samen de inhoud van de zorg. De beleving die de cliënt heeft van zijn situatie, zijn levensverhaal, het ziek zijn en de (on)mogelijkheden zijn het uitgangspunt van de zorgverlening. Nadat vastgesteld is welke gezondheids-, bestaans- en interactieproblemen er zijn, gaan de cliënt en zijn naaste omgeving en de zorgverlener in gezamenlijk overleg over het opstellen van een plan van aanpak. Dit gebeurt op basis van gelijkwaardigheid. Hierbij wordt de (vaak ervaringsdeskundige) cliënt serieus genomen en wordt zijn autonomie gerespecteerd en zonodig versterkt (Pool et al, 1998). In onderstaand kader staat het 13-stappenplan; het hulpmiddel om belevingsgerichte zorg te operationaliseren.

### Het 13-stappenplan voor belevingsgerichte zorg

- 1 Ga na wat de hulpvraag van de patiënt is in zijn eigen woorden.
- 2 Bespreek met de patiënt hoe hij zijn situatie ziet en hiermee omgaat. Wat is zijn gebruikelijke manier van omgaan met problemen en emoties?
- 3 Ga na welke de gezondheidsproblemen en bestaansproblemen van de patiënt zijn. Zijn er interactieproblemen te verwachten?
- 4 Ga na welke factoren beïnvloed kunnen worden en stel vast of deze de persoon of het systeem betreffen. Een probleem kan actueel zijn, dus feitelijk bestaan. Een probleem kan ook potentieel zijn: in aanleg aanwezig maar nog niet feitelijk bestaand.
- 5 Ga na welke de overheersende problemen zijn die aangepakt moeten worden. Zijn dit gezondheidsproblemen, bestaansproblemen, interactieproblemen of is er sprake van een combinatie? Stel prioriteiten.
- 6 Ga na waaruit de rol van de mantelzorg en vrijwilligerszorg bestaat. Stel ook vast welke vormen van samenwerking of steun gewenst en mogelijk zijn.
- 7 Stel op basis van de prioriteiten en in overleg met de patiënt en de mantelzorg vast welke doelen in de zorgverlening zullen worden nagestreefd.
- 8 Maak een vergelijking tussen wat nodig is en wat volgens de criteria van de instelling is toegestaan.
- 9 Stel vast welke activiteiten nodig zijn. Kennis van de betekenis die de patiënt aan zijn ziekte geeft en van de oorzaken en symptomen biedt hiervoor aanknopingspunten.
- 10 Maak een plan van aanpak: leg vast wie wat wanneer gaat doen.

- |    |   |
|----|---|
| 11 | Bepaal en leg vast wie de zorg coördineert, wie de verpleegregie heeft en waaruit deze bestaat. |
| 12 | Voer de gemaakte afspraken uit en evalueer regelmatig de zorgverlening (tussen-evaluaties).     |
| 13 | Beoordeel samen met de patiënt in hoeverre de gezamenlijk gestelde doelen zijn bereikt.         |

Bron: Pool et al, 1998

## 2.5 GEÏNTEGREERDE BELEVINGSGERICHTE ZORG

Geïntegreerde belevingsgerichte zorg is door het IMOZ (Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk) ontwikkeld. Deze vorm van zorgverlening is gericht op het verbeteren van het emotioneel en sociaal functioneren en de kwaliteit van leven, specifiek bij dementerende ouderen. Centraal in de begeleiding staat het aansluiten bij de beleving en de mogelijkheden van de persoon. In alle gevallen wordt gestreefd naar een op de persoon toegesneden zorg (Van der Kooij, 1998). In onderstaand kader staan de zorgdoelen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op een rij.

De zorgdoelen in het maieutisch zorgconcept zijn:

- harmonie;
- bevestiging, eigenwaarde;
- ontspanning, zingeving;
- contact, nabijheid, saamhorigheid;
- houvast, structuur;
- acceptatie van afhankelijkheid, ervaren van keuzevrijheid.

Bron: Van der Kooij, 2001

## 2.6 BEHOEFTEGESTUURDE VERPLEEGKUNDE

In de verplegingswetenschap woedt momenteel een debat over diagnosegestuurde en behoeftegestuurde verpleegkunde (Boeije et al, 1997). Beide visies leiden tot een verschillende invulling van vraaggerichte zorg, waarbij met name de visie van behoeftegestuurde verpleegkunde een merkbare impact heeft op de invulling, die vraaggerichte zorg in de verpleegkundige praktijk lijkt te krijgen. Verpleegkundigen die vanuit die visie zorg bieden, laten zich vooral leiden door de behoeften en beleving van de patiënten en diens naasten. Hierbij wordt niet alleen objectieve wetenschappelijke kennis, maar ook ervaringskennis belangrijk geacht. Verpleegkundigen richten zich op gezondheidsproblemen en op bestaansproblemen van mensen. Door de beleving van de patiënt te combineren met gegevens uit andere bronnen, waaronder wetenschappelijk onderzoek, vormt de verpleegkundige zich een beeld van de situatie. De verpleegkundige streeft een integrale benadering na (Pool, 1997). Het debat over diagnosegestuurde versus behoeftegestuurde verpleegkunde zal zonder meer van belang zijn voor de naaste toekomst van vraaggerichte zorg, maar wordt in dit onderzoek beschouwd als een deel van het decor waartegen zich de vraaggerichte zorgpraktijk in de thuiszorg ontwikkelt.

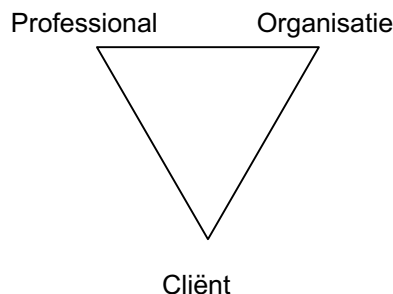
## 2.7 VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN

De vraag is nu hoe deze begrippen zich tot elkaar verhouden en in hoeverre er sprake is van samenhang. De verschillende variaties van vraaggerichte zorg onderscheiden zich naar het perspectief van waaruit de zorg wordt verleend, het niveau waarop ze zich afspelen en/of naar de partijen die erbij betrokken zijn.

Daarbij zijn de volgende vormen onderscheiden:

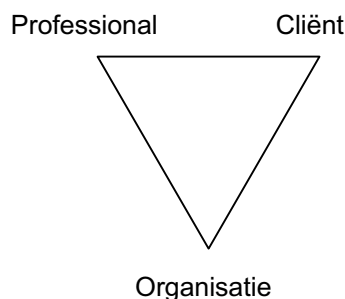
- aanbodgerichte zorg;
- vraaggerichte zorg;
- interactieve zorg;
- vraaggestuurde zorg.

Voordat wordt ingegaan op deze verschillende variaties van vraaggerichte zorg, wordt eerst kort ingegaan op **aanbodgerichte zorg** als tegenhanger van vraaggerichte zorg. Bij aanbodgerichte zorg wordt vanuit het perspectief van de **professional** invulling aan de zorg gegeven. De professional heeft opvattingen over de zorgbehoefte van de cliënt. De professional gaat bij het invullen van de zorg uit van het aanbod van de organisatie. In figuur 1 staan zij daarom samen aan de top van de driehoek. De cliënt, die onderaan de driehoek staat, heeft nauwelijks inspraak bij de zorgverlening. De professional vult de zorgverlening in, uitgaande van datgene wat de organisatie aanbiedt.



Figuur 1 Aanbodgerichte zorg

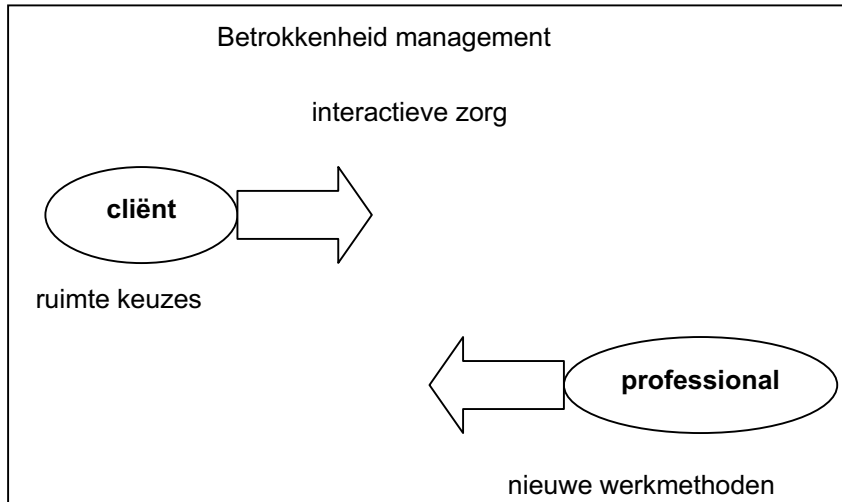
Bij zorg die **vraaggericht** wordt verleend, kantelen de verhoudingen tussen de drie partijen. Hierbij komen de **professional en de cliënt** op een gelijk niveau te staan en heeft de organisatie slechts een ondersteunende rol. Dit is schematisch weergegeven in figuur 2. De vraag is in dit geval de door de patiënt in een vraag omgezette subjectieve behoefte, ook wel demands genoemd. Deze vraag staat centraal en de professional en cliënt bepalen samen hoe de zorg er uit zal zien. Op basis van de professionaliteit van de zorgverlener en de ervaring en vragen van de cliënt komt de zorgverlening in voortdurende dialoog tot stand.



Figuur 2 Vraaggerichte zorg

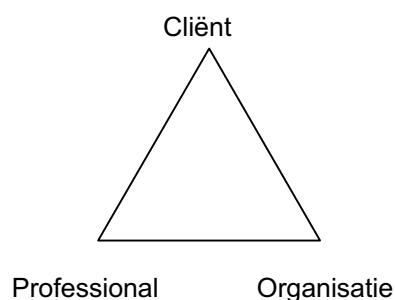
Deze dialoog tussen zorgverlener en cliënt is onderdeel van het door Verbeek (1999) beschreven samenspel. Bij dit samenspel (interactieve zorg) zijn cliënt en professional gelijkwaardig en zetten beiden hun deskundigheid in bij het vaststellen van het zorgplan.

Keuzevrijheid voor de cliënt, werkmethode en een organisatiecultuur die het samenspel faciliteren zijn voorwaarden voor dit samenspel. Dit samenspel is schematisch weergegeven in figuur 3.



Figuur 3 Condities voor samenspel (Verbeek, 1999)

Bij **vraaggestuurde zorg** is het de **cliënt** die de zorg invult. De vrager geeft niet slechts richting aan de zorg, maar geeft zelf inhoud aan de zorg. In dit geval staat dus niet de vraag, maar de vrager (cliënt) centraal en krijgt het gebruikersperspectief prioriteit. De cliënt kan vanuit zijn subjectieve behoeften (wants) zorg inkopen. Deze behoeften hoeven dus niet te worden vertaald in een vraag of geïnterpreteerd te worden door een zorgaanbieder. Figuur 4 geeft zicht in hoe de partijen, betrokken bij vraaggestuurde zorgverlening, zich tot elkaar verhouden. De machtsbalans verschuift: de cliënt heeft zelf de macht en de middelen in handen om de invulling van de zorg te bepalen. Deze machtspositie komt tot uitdrukking in de positie van de cliënt in de driehoek, namelijk aan de top.



Figuur 4 Vraaggestuurde zorg

De ultieme vorm van vraaggestuurde zorg is de zorg die bekostigd en geleverd wordt vanuit het persoonsgebonden budget. Met het persoonsgebonden budget heeft de cliënt de middelen in handen om zelf de zorg in te kopen. Hij is in feite eigen baas en werkgever, en bepaalt (stuurt) het aanbod.

Het uiteindelijke verschil tussen de begrippen vraaggerichte en vraaggestuurde zorg blijkt te liggen in het perspectief van waaruit de zorg wordt ingevuld. Bij vraaggerichte zorg geeft de cliënt input aan het besluitvormingsproces en wordt de beslissing in het samenspel tussen de professional en de cliënt genomen. Bij vraaggestuurde zorg daarentegen beslist de cliënt direct over de invulling van de zorg.

Het is kortom een kwestie van machtsverhoudingen of we spreken van vraaggerichte dan wel vraaggestuurde zorg.

In het kader van vraaggerichte zorg wordt ook vaak over cliëntgerichtheid gesproken. Bij cliëntgericht werken wordt echter een ander perspectief gehanteerd dan bij vraaggericht werken. Het zorgaanbod is bij cliëntgerichte zorgverlening het uitgangspunt. Het is de organisatie, rekening houdend met de wens van de cliënt, die over het aanbod beslist. Cliëntgericht werken wordt bepaald vanuit de organisatiedoelstellingen. Van een directe dialoog tussen cliënt en organisatie (zoals bij vraaggerichte zorg tussen cliënt en professional plaatsvindt) is geen sprake. De cliënt geeft slechts op indirecte wijze richting aan de organisatie. Het cliëntgericht werken is vooral nu de marktwerking in de gezondheidszorg aan het toenemen is een veelvoorkomende doelstelling geworden. De organisatie moet immers met het oog op het voortbestaan rekening houden met de wensen van de cliënt. In dit onderzoek in de thuiszorg gaat het over vraaggerichte zorg (figuur 2), dat wij in de thuiszorgpraktijk vooral zullen tegenkomen als belevingsgerichte zorg.

### 3 BELEVINGSGERICHTE ZORG ALS ZORGVERNIEUWING IN DE THUISZORG-PRAKTIJK

Zoals in hoofdstuk 2 al is aangegeven hebben 22 sleutelfiguren verspreid over zestien thuiszorgorganisaties een vragenlijst ontvangen. De vragen hebben betrekking op de aanleiding om al dan niet met belevingsgerichte zorg te gaan werken, de fase van innovatie waarin de organisaties zich bevinden (oriëntatie, implementatie, verankering, etc.) en de wijze waarop ze het hebben aangepakt (zie bijlage 2 voor een overzicht van de antwoorden). De uitkomsten van de vragenlijsten zijn in een tweetal bijeenkomsten voorgelegd aan de sleutelfiguren van de deelnemende thuiszorgorganisaties aan dit onderzoek. De opvattingen van de sleutelfiguren en de informatie die de vragenlijsten hebben opgeleverd vormen de basis voor dit hoofdstuk.

#### 3.1 RESPONS

De sleutelfiguren uit dertien organisaties vulden de vragenlijst in en stuurden de vragenlijst terug. Bij de resterende twee instellingen is telefonisch navraag gedaan. Dit heeft bruikbare data opgeleverd over vijftien instellingen.

#### 3.2 AANLEIDINGEN OM MET BELEVINGSGERICHTE ZORG TE GAAN WERKEN

De redenen om met belevingsgerichte zorg te werken en te implementeren zijn zeer divers en hangen vooral samen met de ontwikkelingen in de eigen instellingen, zoals het willen werken met een zorgplan/logboek of het verbeteren van de overlegstructuur of een (op handen zijnde) reorganisatie. Overeenkomstige redenen zijn:

- het nadrukkelijker willen positioneren van de cliënt in het zorgproces;
- het willen faciliteren van eigen medewerkers waardoor het plezier in het werk toeneemt, dan wel weer terugkomt, door medewerkers een werkmethode te bieden die aansluit bij hun attitude.

Aanleidingen om te gaan werken met belevingsgerichte zorg

Thuiszorgorganisatie <sup>1</sup>	Aanleidingen om te gaan werken met belevingsgerichte zorg
11	Historie van belevingsgerichte zorg in organisatie, verbeteren cliënten- en medewerkerstevredenheid
15	Behoeftte aan een inhoudelijke visie voor de hele thuiszorg (niet alleen voor verpleegkundigen)
1	Ontwikkeling vraaggestuurd en belevingsgericht werken, deelname project competentie management
7	Verbetering zorgverlening, vergroting arbeidssatisfactie
14	Vastgesteld werd dat er niet met zorgplannen wordt gewerkt. Gemis aan signaleringsmethodiek, druk op vraaggerichtheid, past in kwaliteitsbeleid
4	In 1996 is samen met NIZW begonnen met het ontwikkelen van het belevingsgerichte zorg concept
3	Verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking in de Zorgketen
6	Implementatie van een nieuw zorgdossier. Basis, verdieping van de zorg
10	Ontbreken van een zorgvisie. Belevingsgerichte zorg spreekt bovendien aan, staat dichtbij de praktijk, is herkenbaar voor uitvoerenden en management
12	Nieuwe zorgvisie operationaliseren
2	Verbreding van experimentele bevindingen met belevingsgerichte zorg als zorgconcept van de visie op thuiszorg
9	Klant centraal stellen en vraagsturing in de praktijk kunnen toepassen. Medewerkers meer onderhandelingsruimte en flexibiliteit bieden bij klanten

Tabel 1

<sup>1</sup> De nummers komen overeen met de nummers in de tabel van bijlage 2.

### 3.3 BENODIGDE VAARDIGHEDEN

Sleutelfiguren noemen de volgende vaardigheden waarover professionals moeten beschikken of moeten leren, willen ze belevingsgerichte zorg kunnen verlenen:

- kunnen reflecteren, feedback geven en ontvangen;
- kunnen luisteren, aandacht hebben en tonen;
- een open, waardevrije, respectvolle, vragende houding hebben met oog voor de autonomie van de cliënt;
- betrokkenheid kunnen tonen;
- relaties op basis van gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid kunnen aangaan;
- een zorgplan samen met de cliënt kunnen opstellen, evaluaties met de cliënt houden;
- kunnen omgaan met tegengestelde belangen, kunnen onderhandelen, overleggen;
- methodisch kunnen werken, in een team kunnen werken, vergadertechnieken beheersen;
- professionaliteit en deskundigheid;
- flexibiliteit;
- eigen initiatief, zelfstandig beslissingen kunnen en durven nemen;
- creativiteit.

### 3.4 VOOR- EN NADELEN VAN BELEVINGSGERICHTE ZORG GENOEMD DOOR SLEUTELFIGUREN

Sleutelfiguren hebben, geredeneerd vanuit hun positie en gerelateerd aan de fase van implementatie, voor- en nadelen van belevingsgerichte zorg genoemd. Deze genoemde voor- en nadelen zijn in tabel 2 op een rij gezet. Hierbij is onderscheid gemaakt naar wat voor- en nadelen zijn vanuit het perspectief van de organisatie en wat voor- en nadelen zijn vanuit het perspectief van de zorgverlener.

Voor- en nadelen van belevingsgerichte zorg, genoemd door sleutelfiguren

Perspectief	Voordelen	Nadelen
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ belevingsgerichte zorg geeft richting aan het professioneel handelen</li> <li>▪ belevingsgerichte zorg geeft vorm aan vraaggerichte zorg</li> <li>▪ de cliënt- en reflectiebesprekingen leveren managementinformatie op</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ het ontbreken van een algemeen implementatieplan, waardoor elke organisatie zelf zal moeten uitzoeken hoe de methodiek aansluit bij de werkwijzen van de organisatie</li> <li>▪ de waas van 'vaagheid', 'praatcultuur' en 'softheid' die om belevingsgerichte zorg heen zou hangen</li> <li>▪ de implementatie van belevingsgerichte zorg kost veel tijd en geld</li> <li>▪ het 'warm maken' van het management levert knelpunten op</li> <li>▪ zorgverleners denken dat ze altijd al belevingsgericht zorg verlenen</li> </ul>
Zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ toename in gelijkwaardigheid en gezamenlijkheid tussen professional en cliënt</li> <li>▪ meer aandacht voor de beleving van zowel de cliënt als de zorgverlener</li> <li>▪ meer mogelijkheden voor onderhandelen</li> <li>▪ cliënt en medewerker worden beiden serieus genomen</li> <li>▪ een toename in het werkplezier</li> <li>▪ de zorgverlener zit minder in een keurslijf van regels</li> <li>▪ het is een visie die relatief gemakkelijk te begrijpen is</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ het 13-stappenplan is een methodiek waarvoor enige tijd nodig is om goed mee te kunnen werken</li> <li>▪ de waas van 'vaagheid', 'praatcultuur' en 'softheid' die om belevingsgerichte zorg heen zou hangen</li> </ul>

Tabel 2

### 3.5 BELEVINGSGERICHTE ZORG IN DE PRAKTIJK

De meeste sleutelfiguren zien belevingsgerichte zorg als een zorgvisie die gemakkelijk, mede door het 13-stappenplan, naar de praktijk te vertalen is. Binnen de thuiszorgpraktijk werken de mensen die al gestart zijn met belevingsgerichte zorg veelal met een aangepast 13-stappenplan: sommige stappen worden samengenomen en teruggebracht tot één stap. Belevingsgerichte zorg is ook een middel om handen en voeten te geven aan vraaggerichte zorg. Bovendien combineert belevingsgerichte zorg het daadwerkelijk centraal stellen van de cliënt met vakkundig werken. Je kunt namelijk beter in gesprek gaan met een cliënt wanneer je als professional voldoende op de hoogte bent van het ziektebeeld en de beperkingen die dat oplevert voor de cliënt, gerelateerd aan de gezondheids-, bestaans- en interactieproblemen. Vraaggericht en vakbekwaam werken gaan gelijk op.

## **4 IMPLEMENTATIE VAN BELEVINGSGERICHTE ZORG**

Wat betreft de implementatie van belevingsgerichte zorg bestaat een enorme variatie in de mate, waarin de organisaties zijn gevorderd in dat proces. Enkele organisaties zijn al bezig de implementatie organisatiebreed te verankeren, terwijl andere thuiszorgorganisaties nog in de startfase van implementatie blijken te zijn. Bij sommige organisaties is het zelfs de vraag of ze belevingsgerichte zorg wel gaan implementeren.

Zoals in paragraaf 4.2 is aangegeven lopen de aanleidingen voor oriëntatie op of implementatie van belevingsgerichte zorg erg uiteen. Maar niet alleen de aanleidingen verschillen. In de thuiszorgpraktijk is ook sprake van een behoorlijke variatie in vormen en strategieën van implementatie.

### **4.1 DE IMPLEMENTATIESTRATEGIE: BREED OF SMAL**

Het maken van een keuze: organisatiebreed invoeren of beginnen bij een organisatieonderdeel, is een van de eerste vragen die bij de implementatie beantwoord moeten worden. Bij de smalle strategie wordt begonnen bij een enkel bedrijfsonderdeel en wordt na evaluatie uitgebreid naar andere teams en bedrijfsonderdelen.

Wanneer organisaties nog geen overtuigde en expliciete keuze voor een nieuwe zorgvisie hebben gemaakt, biedt de smalle strategie gelegenheid tot experimenteren. Bij deze strategie kiest men voor een start op kleine schaal. Bijna altijd wordt gestart met het VV-team. Een expliciet 'go - no go'-moment gekoppeld aan gerichte evaluatie helpt hier om de keuze voor belevingsgerichte zorg hard te maken.

Een belangrijk knelpunt is de continuïteit en het tempo: "Hoe houden we iedereen in de pas?". Om de hoek loert het gevaar van vrijblijvendheid en marginalisering en het risico dat het management en middenkader onvoldoende ondersteuning kunnen bieden aan uitvoerenden en niet de benodigde voorwaarden scheppen. De innovatie komt onvoldoende op de agenda van het managementteam en krijgt onvoldoende steun vanuit het 'top-niveau'. Daarnaast ervaren projectleiders, in hun rol van voortrekker, dat zij in een rol van 'dominee' of 'wijsneus' terechtkunnen komen en dat komt de implementatie niet ten goede. Daar waar huishoudelijk verzorgenden (medewerkenden A en B) tot nu toe betrokken zijn geweest bij belevingsgerichte zorg, blijkt dat een aanpassing van de terminologie nodig is. Voor deze groep uitvoerenden zal belevingsgerichte zorg heel concreet moeten worden gemaakt. Dit vereist een stevig aangestuurd, zeer toegepast en uit onderdelen opgebouwd implementatietraject, dat onder voortdurende begeleiding van kleine groepen medewerkers goed inzichtelijk moet blijven.

Bij de organisatiebrede, grootschaliger aanpak zijn noodzakelijkerwijs ook de huishoudelijke verzorging en andere bedrijfsonderdelen als de administratie en de planning betrokken. Immers, bij de invoering van belevingsgerichte zorg als basisconcept van de zorgverlening ontkomt geen enkel bedrijfsonderdeel er uiteindelijk aan zich deze visie eigen te maken. Belevingsgerichte zorg heeft consequenties voor ieders werk: van de Raad van Bestuur tot de receptie, van verpleging tot alphahulp en van administratie tot telefoonwacht. Dan gaat het niet zo zeer om de terminologie behorend bij belevingsgerichte zorg, maar veel meer om de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan het concept.

Het gaat dan om de onderliggende waarden

- gezamenlijkheid
- gelijkwaardigheid
- respect voor autonomie
- gepastheid

De uitdaging waar een ieder in de organisatie voor staat is het vertalen van deze waarden naar passend gedrag in zijn of haar arbeidssituatie.

Een voorbeeld: een administratief medewerker die niet uit de voeten kan met gezondheids- en bestaansproblemen, maar wel in het kader van intern klantgericht handelen in zijn relatie met collega's, de vier waarden kan nastreven. Dat betekent dat hij over specifieke vaardigheden dient te beschikken om tot gedrag te komen dat gebaseerd is op de genoemde waarden.

Een van de sleutelfiguren verwoordde dit als volgt: "*Belevingsgerichte zorg, betekent voor een ieder belevingsgericht zijn!*"

Een brede, top down-strategie is aan te bevelen als er een duidelijke keuze voor innovatie is gemaakt op bestuurlijk en managementniveau, omgezet in beleid en uitgezet in een veranderingstraject voorzien van voldoende middelen en instrumenten.

Belangrijke aandachtspunten bij deze strategie zijn:

- het krijgen van voldoende draagvlak op alle niveaus in de organisatie, ook in procesmatige zin;
- het krijgen en behouden van betrokkenheid bij alle belanghebbenden.

Bij het organisatiebreed invoeren van het concept moet rekening worden gehouden met verschillende ritmes, snelheden en culturen van de organisatieonderdelen. Zo zou de term belevingsgerichte zorg wel eens onvoldoende kunnen aansluiten bij het referentiekader van de ondersteunende diensten.

O oplossingen hiervoor zouden kunnen zijn:

- Een praktische vertaling van belevingsgerichte zorg voor de ondersteunende diensten.
- Ontwikkel ook een methodiek voor het management. Met een daarbij bijpassende overlegstructuur, waardoor de discussie over de betekenis van belevingsgerichte zorg voor managers een plek kan krijgen.
- Draag zorg voor klantenparticipatie in deze vernieuwing, want belevingsgericht werken zonder daarin de gebruikers te betrekken past niet. Allerlei vormen (Royers, 1998; Haarsma e.a., 1999) zijn beschikbaar.

## **4.2 HET IMPLEMENTATIEPROCES**

Implementatie van belevingsgerichte zorg vergt een zeer forse investering van de organisatie. Het totale innovatieplan beslaat meerdere jaren, vraagt betrokkenheid en inspanningen vanuit uitvoerings- en managementniveau en krijgt een krachtige impuls als projectleiders voldoende faciliteiten en financiële middelen tot hun beschikking hebben.

Uit de ervaringen van thuiszorgorganisaties met implementatie tot nu toe, kunnen we qua voorbereiding en eerste verankering enige lijnen ontdekken.

### **4.2.1 VOORBEREIDING**

De voorbereiding omvat bijna altijd de volgende onderdelen:

- 1 Verzamelen van informatie (literatuur, ervaringen van andere organisaties, sleutelinformanten, deskundigen).

- 2 Opstellen van een notitie of beleidsdocument over belevingsgerichte zorg.
- 3 Opstellen van een projectplan of implementatieplan, waarin onder meer werkmethodieken beschreven zijn.
- 4 Zoeken van begeleiding, advisering of ondersteuning van externe adviseurs of wetenschappelijke ondersteuning.
- 5 Starten van een pilot binnen een of enkele teams (veelal alleen VV-teams).
- 6 Aanstellen van projectleiders, opleiden of contracteren van trainers.

In deze voorbereidende stappen blijken zorgverleners en cliënten nauwelijks een rol te spelen of gespeeld te hebben. Dit terwijl volgens de ZON-criteria (zie paragraaf 5.2.4) voor een goede implementatie zorgverleners en cliënten van begin af aan een prominente rol zouden moeten hebben.

#### 4.2.2 INVOERING

Een aantal factoren lijkt het succes van de invoering van belevingsgerichte zorg te (kunnen) vergroten:

- 1 Voldoende draagvlak in alle geledingen: uitvoerenden, teamleiders en leidinggevenden en het management. Ook is het van belang dat met alle betrokkenen in alle fasen contact gehouden wordt over belevingsgerichte zorg. In Oost-Gelderland zeggen ze nu: *"Ga eerst een half jaar discussiëren over de theorie, de concepten en de waarden waarop belevingsgerichte zorg zich baseert. Bespreek situaties en welk gedrag tot 'gepaste zorg' leidt. Door het met elkaar hier over te hebben, wordt BGZ iets van jezelf. Dat neemt ook de weerstand weg. Introduceer daarna pas de methodiek"*.
- 2 Implementatie van belevingsgerichte zorg betekent vooral:
  - belevingsgerichte zorg onder de aandacht houden en vooral ook blijven houden, zowel bij de zorgverleners als het management;
  - ondersteuning bieden door tijd en ruimte te scheppen voor reflectie op het zich ontwikkelende belevingsgerichte handelen;
  - begeleiding geven in het werken met belevingsgerichte zorg;
  - ondersteuning van projectleiders door management.

Trainingen en andere bijscholingen (bijvoorbeeld op het gebied van onderhandelen, vergadertechniek en communicatie), verwerken van theoretische informatie (het boek "Zorg met een gezicht" wordt meermalen genoemd) en cliëntbesprekingen vormen daartoe geschikte instrumenten. Uit het oogpunt van kwalitatieve inbedding en continuïteit is het wel van belang om de ondersteuning van zorgverleners ook na de eerste training in belevingsgerichte zorg voort te zetten. Van belang is dat scholing of training niet beperkt blijft tot vaardigheidsniveau. Om daadwerkelijk tot een gedragsverandering te komen, is het zaak dat op het niveau van de overtuiging van zorgverleners verandering totstandkomt. Blijft het beperkt tot het aanleren van vaardigheden, dan is het risico aanwezig dat belevingsgerichte zorg een 'kunstje' wordt.
- 3 Volgen van de ontwikkelingen tijdens het gehele proces van implementatie door middel van evaluaties en tussenevaluaties.

#### 4.2.3 VERANKERING

Implementatie betekent niet alleen invoeren, maar vooral ook verankeren wat vernieuwd is. Middelen die het werken met belevingsgerichte zorg mogelijk maken en de verankering kunnen ondersteunen en begeleiden, zijn:

- Strategische en beleidsdiscussies in managementbijeenkomsten.

- Methodiek- en visiediscussies in teams.
- Trainingen voor de uitvoeringsteams, scholing voor projectleiders en teamleiders, voorzitterstraining en studiedagen.
- Casuïstiekbesprekingen, reflectiebijeenkomsten, groepsinterviews, cliëntbesprekingen.
- Verknoping: leg het verband van belevingsgerichte zorg met bestaande werkwijzen en procedures. Geef aan hoe belevingsgerichte zorg zich verhoudt tot het zorgplan, het gebruik van logboeken of cliënten- en zorgdossiers.
- Voorlichting aan cliënten. Belevingsgerichte zorg is niet alleen een vernieuwing voor de professionals en biedt meer ruimte aan cliënten. Zorgvuldige communicatie met cliënten en voorlichting aan alle (potentiële) gebruikers van de zorg is een vereiste.

#### 4.2.4 EVALUATIE

Uitzonderingen daargelaten is er nog nauwelijks geëvalueerd. Slechts enkele thuiszorgorganisaties werken lang genoeg met belevingsgerichte zorg om te kunnen evalueren. Zo is in één organisatie onlangs een symposium ter afsluiting van hun pilot belevingsgerichte zorg gehouden. Hierover zal een evaluatieverslag verschijnen. Een andere organisatie heeft haar invoeringsproces gemonitord en heeft tijdens de implementatie onderzoek gedaan onder haar medewerkers. Een derde organisatie heeft van de casuïstiekbesprekingen een procesevaluatie gemaakt.

In het algemeen lijkt evaluatie geen systematisch onderdeel uit te maken van de implementatietrajecten.

Wie de implementatie voor de binnen- en buitenwereld goed zichtbaar wil maken, kan gebruikmaken van de ZON-implementatiemonitor (Heiligers e.a., 2001). Deze meet de kwaliteit van de implementatie af aan vijf criteria:

- 1 Een stappenplan voor implementatie.
- 2 Betrokkenheid van zorgverleners en cliënten bij de ontwikkeling van belevingsgerichte zorg.
- 3 De rol van zorgverleners en cliënten in de vormgeving van de implementatie.
- 4 Kennis en vaardigheden van zorgverleners en cliënten voor de innovatie met belevingsgerichte zorg of beschikbaarheid van interventies ter verbetering.
- 5 Verankering: doelstelling en beoogde resultaten, verantwoordelijkheid, faciliteiten, realisatie binnen de implementatie.

Uit de vragenlijsten en de gesprekken met de sleutelfiguren komt naar voren dat er tot nu toe nauwelijks geëvalueerd is hoe cliënten de zorgverlening ervaren, volgens de uitgangspunten van belevingsgerichte zorg.

#### 4.3 DE MEERWAARDE VOOR VERPLEGING & VERZORGING

In de discussie met sleutelfiguren komt naar voren dat verpleegkundigen en verzorgenden verschillen in hoe zij tegenover belevingsgerichte zorg staan en in de manier waarop zij belevingsgerichte zorg verlenen. Het lijkt erop dat verpleegkundigen over het algemeen meer moeite hebben met belevingsgerichte zorg. Als redenen hiervoor worden genoemd dat verpleegkundigen meer in complexe, instabiele situaties aan het begin van de zorgverlening komen en het, mede daardoor, moeilijker vinden het eigen perspectief los te laten en zich belevingsgericht op te stellen. Verder hebben verpleegkundigen behalve een zorgverlenende rol, ook vaak een coördinerende, coachende rol. Deze verschillende rollen kunnen, gecombineerd met belevingsgerichte zorg, nogal eens spanningen opleveren. De verpleegkundige is dan vaak een intermediair tussen zorgverlener en manager, waarin zij zoekt naar een goede balans in het bewerkstelligen van belevingsgerichte zorg en de doelmatigheid van de organisatie. Verzorgenden zijn volgens enkele sleutelfiguren 'belevings-

gerichter' ingesteld. Zij werken minder met standaarden, zorgen meer vanuit hun intuïtie en hebben meer oog voor het cliëntenperspectief. Ook lijkt het erop dat bij verzorgenden de bereidheid tot reflecteren groter is dan bij verpleegkundigen.

#### 4.4 DOORLOOPTIJD

Sommige organisaties zijn al jaren bezig met de implementatie van belevingsgerichte zorg. Andere gaan nog van start met de ontwikkeling van het concept (zie bijlage 2). Vergaande vernieuwingen als belevingsgerichte zorg hebben veel tijd nodig (Rogers, 1995; Saan 2001), omdat:

- niet elke zorgverlener belevingsgerichte zorg gelijktijdig oppikt;
- de individuele besluitvorming van elke zorgverlener over de bruikbaarheid en toepassing van belevingsgerichte zorg een eigen proces is;
- de complexiteit van belevingsgerichte zorg (denk aan het 13-stappenplan en de invloed op de professionele attitude) de snelheid van de invoering beperkt;
- blijvende toepassing van belevingsgerichte zorg een langdurige interventie vraagt.

Gesteld kan worden dat de bereidheid onder verpleegkundigen en verzorgenden om belevingsgerichte zorg te verlenen nog geenszins wil zeggen dat belevingsgerichte zorg ook daadwerkelijk verankerd wordt in de dagelijkse zorgpraktijk. Voordat alle cliënten feitelijk zorg-naar-behoefte krijgen en alle zorgverleners belevingsgerichte zorg kunnen bieden, is een meerjarig implementatieproces vereist met voortdurende herhaling van deskundigheidsbevordering, coaching en kwaliteitsbewaking. Drie jaar lijkt een uiterste minimum, zes jaar een grotere realiteit.

#### 4.5 RANDVOORWAARDEN

Implementatie van belevingsgerichte zorg doet een beroep op alle betrokkenen en lagen in de organisatie. Hierbij vallen vier bevindingen op:

##### **Organisatiestructuur**

Bij het implementeren en verankeren van belevingsgerichte zorg wordt uiteindelijk een appèl gedaan op alle medewerkers binnen de organisatie. Het management vervult hierbij vooral een sturende en monitorende rol. Het middenkader heeft met name een begeleiden- de en faciliterende rol. Zij kunnen ook vanuit het oogpunt van kwaliteit als vaandeldrager optreden in dit proces. Dit vraagt om specifieke toerusting van leidinggevenden (operationeel managers) bij de invoering, vooral ook in samenhang met de rol van mogelijke projectleiders en trainers. *"Als teamleiders niet weten waar ze aan toe zijn, is het moeilijk verantwoordelijk te zijn voor de resultaten van de invoering en zorg te dragen dat iedereen belevingsgerichte zorg gaat leveren"*. Ten behoeve van de implementatie kiezen sommige organisaties er voor specifieke innovatoren te benoemen tot 'trekker' van de invoering. Men noemt ze projectleider, trainer of cultuurdrager, soms verenigt in een implementatie- (project)groep.

De werkvloer vraagt om meer continuïteit bij innovaties. Belevingsgerichte zorg bieden is niet iets wat je in een vloek en zucht leert en gedaan krijgt.

Het is een langdurig en tijdrovend proces. Dit vraagt vanuit het management een meerjarige aansturing en monitoring en ook de keuze om niet na twee jaar *"weer met iets anders te komen"*, zoals een verpleegkundige treffend de weerstand of het voorbehoud tegen innovaties als belevingsgerichte zorg weergeeft.

### **Overlegstructuur**

Aan overleg met en feedback van collega's hechten alle zorgverleners veel waarde. Een verpleegkundige stelt: *"Cliëntbesprekingen zijn nodig voor de overdracht, ze leveren creatieve oplossingen op, voorkomen frustraties en houden je gezond"*. Cliëntbesprekingen vormen het kerninstrument binnen de methodiek belevingsgerichte zorg.

Een trainer of coach, die af en toe een cliëntbespreking bijwoont, iedereen bij de les houdt en de kwaliteit vergroot, bevordert het implementatieproces.

Over het overleg en de ondersteuning in de lijn zijn nog wel eens klachten. Leidinggevend- den krijgen het verwijt zelf niet te handelen in de geest van belevingsgerichte zorg en onvoldoende begeleiding te bieden aan de professionals: *"Mijn leidinggevende neemt zelf geen tijd om naar mij te luisteren, terwijl ze in belevingsgerichte zorg dat wel van mij verwacht"*, geeft een verpleegkundige als voorbeeld.

### **Teamstructuur**

Belevingsgerichte zorg wordt bijna zonder uitzondering gezien als een teamverantwoordelijkheid. Het maakt namelijk dat je de verantwoordelijkheid voor 'goede zorg' deelt. Het verhoogt de communicatie binnen het team, wat het onderlinge vertrouwen ten goede komt en ertoe leidt dat *"iedereen zijn zegje durft te doen"*, zoals een wijkzorgenverzorger het uitdrukte. Niet onvermeld mag blijven, dat veel betrokkenen bepleiten de invoering van belevingsgerichte zorg vanuit kleine teams van acht tot twaalf zorgverleners aan te pakken: *"Een vertrouwde omgeving is belangrijk, want je stelt je kwetsbaar op en krijgt en geeft feedback"*.

Na de implementatiefase kan dit teamwork worden voortgezet. Er lijken kansen te liggen voor 'teamzorg' waarbij alle deskundigheden in het team vertegenwoordigd zijn, men gezamenlijk verantwoordelijk is voor een bepaalde groep cliënten en ook de planning van de zorg door het team zelf wordt gedaan.

### **Medewerkers met een klein dienstverband**

Bij de invoering van belevingsgerichte zorg dient extra aandacht te worden besteed aan medewerkers met een klein contract. Zij voelen zich en zijn soms ook minder betrokken. Ze dragen maar in beperkte mate bij aan de teamverantwoordelijkheid voor belevingsgerichte zorg. Ze dreigen kortom enigszins 'de boot te missen' en daardoor meer geïsoleerd te komen werken.

## 5 TE VERWACHTEN EFFECTEN

Teneinde belevingsgerichte zorg te implementeren, is het noodzakelijk dat zorgverleners van de toegevoegde waarde zijn overtuigd. Zolang de invoering beperkt blijft tot het beïnvloeden van gedrag en het ontwikkelen van vaardigheden, bestaat de kans dat belevingsgericht zorgverlenen verwordt tot een 'kunstje'.

In dit hoofdstuk komen de waargenomen en verwachte effecten aan bod. Het causale verband tussen effecten en de implementatie van belevingsgerichte zorg staat niet zonder meer vast. Zo is het mogelijk dat een aantal effecten wordt veroorzaakt door het veranderingsproces op zich, terwijl andere direct het gevolg kunnen zijn van het concept belevingsgerichte zorg of de gekozen methodiek.

Zorgverleners werkzaam bij organisaties die een start gemaakt hebben met belevingsgerichte zorg spreken uit ervaring. Zij merken al dan niet een verschil tussen het heden en de periode dat belevingsgerichte zorg nog niet was geïntroduceerd. De zorgverleners werkzaam bij organisaties die zich nog aan het oriënteren zijn, verwoorden welke effecten zij van belevingsgerichte zorg verwachten.

Grofweg kunnen de effecten worden onderscheiden naar drie actoren: de cliënt, de professional en de organisatie, in de regel in de persoon van de leidinggevende. Daarnaast constateren we onderscheid naar de effecten op het niveau van de overtuiging van professionals en effecten op het niveau van het gedrag van professionals.

De thuiszorg maakt onderdeel uit van de zorgketen. Belevingsgerichte zorg heeft daarmee ook effecten op de omgeving waarin de thuiszorg zich beweegt.

Ongeacht de fase van invoering van belevingsgerichte zorg waarin een organisatie zich bevindt, wordt veelal een grotere tevredenheid bij cliënten en medewerkers verwacht. Verschillen tussen de beleving van verzorgenden en de beleving van verpleegkundigen ten aanzien van belevingsgerichte zorg zijn in de groepsinterviews met verzorgenden en verpleegkundigen niet naar voren gekomen. De sleutelfiguren veronderstellen echter wel dat verzorgenden minder moeite hebben met het verlenen van belevingsgerichte zorg. Ook bestaat de indruk dat verzorgenden eerder dan verpleegkundigen geneigd zijn te erkennen dat belevingsgerichte zorg iets nieuws is.

### 5.1 VERONDERSTELDE EFFECTEN VOOR CLIËNTEN

In dit onderzoek zijn gezien het doel van het onderzoek (zie hoofdstuk 1) geen cliënten betrokken. Sleutelfiguren en zorgverleners veronderstellen dat de invoering van belevingsgerichte zorg een positieve invloed heeft op de tevredenheid van cliënten en op de kwaliteit van de zorgverlening. Diverse redenen worden hiervoor genoemd. Zo wordt verondersteld dat belevingsgerichte zorg de vraag en/of behoefte van de cliënt beter in beeld brengt, waardoor meer zorg op maat kan worden verleend. Ook wordt een grotere betrokkenheid van de cliënt en zijn omgeving verwacht bij het zorgproces. Zorgverleners staan meer stil bij de betekenis die bijvoorbeeld een ziekte, een transitie, een behandeling of de zorgverlening heeft voor een cliënt en zijn omgeving. Met dit inzicht kunnen zorgverleners tot andere interventies komen.

Het 13-stappenplan ondersteunt hen daarbij.

### Een aantal illustrerende uitspraken van zorgverleners

*"Ik merk nu dat ik samen met een cliënt naar een oplossing zoek."*

*"Door belevingsgerichte zorg kom ik er achter wat de echte hulpvraag is. De cliënt krijgt nu veel meer de hulp die nodig is."*

*"Ik verpleeg een schizofrene mevrouw die aanvankelijk de behandeling weigerde. De huisarts heeft de wijkverpleging ingeschakeld omdat deze mevrouw een wond had die verzorgd moest worden. Ik ben er naartoe gegaan, heb tijdens het eerste bezoek helemaal niks gedaan, een kort praatje gehouden. Tijdens het tweede bezoek heb ik even naar de wond mogen kijken. Het derde bezoek mocht ik er al aan zitten. En zo zijn we beetje bij beetje verder gegaan. De cliënt geeft de grens aan: tot hier en niet verder. Ik stem af op haar beleving, ga daarin mee. Het daarbij laten, ook al kun je niet doen wat je eigenlijk wilt en kunt doen en wat misschien nodig is. Je zult je deskundigheid anders moeten inzetten. In die situatie is dat enorme kwaliteit."*

## 5.2 EFFECTEN VOOR PROFESSIONALS

In de organisaties waar een start is gemaakt met belevingsgerichte zorg spreken zorgverleners uit dat zij bewuster zorg verlenen. De vanzelfsprekendheid van handelen verdwijnt. Voor menig zorgverlener wordt duidelijk dat zij over specifieke vaardigheden moeten beschikken. Genoemd worden onder andere het actief luisteren, het reflecteren en het loslaten van oude gedragspatronen.

Zorgverleners ervaren dat zij door belevingsgerichte zorg meer op hun beroepsverantwoordelijkheid worden aangesproken. Belevingsgerichte zorg gaat over de inhoud van zorg. Het gaat over hun vak. Dit in tegenstelling tot de afgelopen jaren waarin organisaties met name aandacht hadden voor de beheersmatige aspecten.

Zorgverleners ervaren dat de kracht van belevingsgerichte zorg ook gelegen is in het concreter maken van abstracte aspecten van zorg. Bijvoorbeeld: begrippen als autonomie, ervaringsdeskundigheid en gelijkwaardigheid krijgen meer inhoud door de methodiek. Zorgverleners worden als het ware gedwongen of - met andere woorden - gelegitimeerd om over dit soort uitermate relevante aspecten van zorg te spreken en na te denken. Naast vakinhoudelijke onderwerpen komen ook andere items aan bod. Bijvoorbeeld: het omgaan met grenzen van zorgverleners, grenzen van de organisatie en kwaliteit van arbeid. Het blijft niet alleen bij praten. Door het reflecteren ontstaan inzichten bij zorgverleners die kunnen bijdragen tot oplossen van problemen van cliënten, zorgverleners of de organisatie. Zorgverleners merken dat zij meer dan in het verleden gesterkt worden in hun dagelijks handelen, dat hun onzekerheid in meer of meerdere mate wordt gereduceerd en hun relativeringsvermogen wordt vergroot. Wat betreft dit laatste vertelde een zorgverlener dat zij tijdens een cliëntbespreking ontdekte dat zij bij de zorg van een van haar cliënten bezig was met haar eigen doelen. Doelen die goed leken voor de cliënt. Zij stelde daarbij vast dat het in de situatie van de betreffende cliënt onhaalbare doelen waren. Opgelucht vertelde zij dat deze ontdekking haar ruimte gaf, terwijl zij daarvoor nogal eens frustratie voelde.

Verder veronderstellen zorgverleners en sleutelfiguren dat de mate van succes met betrekking tot de invoering van belevingsgerichte zorg mede bepaald wordt door het gedrag van de leidinggevende in relatie tot de zorgverlener.

Naarmate dit gedrag meer overeenkomt met de uitgangspunten van belevingsgerichte zorg lijkt de arbeidstevredenheid van de zorgverlener toe te nemen. Als dit waar is, kan dit als een afgeleid effect van belevingsgerichte zorg worden beschouwd.

De weerstanden ten aanzien van belevingsgerichte zorg zijn veelal gestoeld op weerstand tegen veranderingen in het algemeen. Een aantal zorgverleners is geneigd te stellen dat zij altijd al belevingsgericht werken. De groeps gesprekken met zorgverleners leverden een genuanceerder beeld op. Zorgverleners hebben namelijk wel de intentie om belevingsgerichte zorg te verlenen, maar deze intentie omzetten naar de praktijk blijkt lastig. De indruk bestaat dat het effect van belevingsgerichte zorg sterk afhangt van het referentiekader van de zorgverlener. Er zijn zorgverleners die snel inzien dat belevingsgerichte zorg iets toevoegt. Anderen zien dat later of blijven sceptisch. Een van de sleutelfiguren vertelde:

*"Op een gegeven moment zie je dat het muntje valt. In plaats van: "Wat vind ik goed voor de cliënt?" stellen zorgverleners zich de vraag: "Wat vindt de cliënt goed voor zichzelf?"*

#### **Andere uitspraken illustreren eveneens het effect**

*"Al werkende met belevingsgerichte zorg kom je erachter dat de hulpvraag vaak heel anders is dan de RIO-indicatie aangeeft."*

*"Belevingsgerichte zorg helpt mij om te gaan met 'lastige' cliënten."*

*"Met belevingsgerichte zorg wordt bespreekbaar waar de grenzen liggen. Wat kan wel en wat kan niet."*

*"Er ontstaat een samenspel met de cliënt. Ik communiceer meer met mijn cliënt. Ik vraag en luister meer. Dat is de meerwaarde van belevingsgerichte zorg."*

*"Het is een langdurig proces waarbij eerst weerstand bij sommige zorgverleners moet worden weggenomen. We zijn met de invoering van belevingsgerichte zorg van het ene uiterste naar het andere uiterste gegaan. Van 'stopwatchzorg' naar belevingsgerichte zorg. Deze omschakelijking kost tijd."*

*"Veel collega's zijn ervan overtuigd dat ze altijd belevingsgericht werken. Zaken worden nu alleen onder woorden gebracht."*

*"Eigenlijk is er geen verschil met vroeger. Het is een basishouding. Nu wordt door belevingsgerichte zorg meer op die professionele houding gelet. We praten er met elkaar over."*

*"Het valt mij op dat ik nu veel meer afspraken maak met de cliënt. Vroeger ging ik vaker in discussie. Ik vind dat ik professioneler bezig ben."*

*"De trainingen hebben meer dan belevingsgerichte zorg opgeleverd. Ook het groepsproces in ons team is beïnvloed. Onze samenwerking is eindelijk eens besproken."*

*"Vroeger stelde het RIO vast dat een cliënt bijvoorbeeld om 9.00 uur geholpen moest worden, jij kwam als uitvoerende met nog tien andere cliënten in de knel. Nu overleg je met cliënt en familie, leg je de situatie uit. Dan blijkt vaak dat de cliënt ook best op een ander tijdstip geholpen kan en wil worden."*

*"In het begin dacht ik: dat doe ik toch al? Ik deed het ook wel, maar nu bewuster. Je overlegt meer, staat op één lijn met collega's. Met z'n allen denk je beter na over wat de cliënt nu wil en wat mogelijk is."*

Een effect dat meerdere malen door zorgverleners en sleutelfiguren wordt genoemd is het feit dat de integratie van de cliëntbespreking in de dagelijkse zorg niet altijd plaatsvindt. Er ontstaat als het ware de wereld van de cliëntbespreking en die van de dagelijkse praktijk. Een trainer stelde dat het lijkt alsof de zorgverleners na het houden van de cliëntbespreking weer overgaan tot de orde van de dag.

### 5.3 EFFECTEN VOOR DE ORGANISATIE

Verondersteld wordt dat belevingsgerichte zorg tot verhoging van de productiviteit leidt. Cliëntgerelateerde activiteiten nemen immers toe. Hiermee kunnen organisaties zich beter profileren binnen de sector.

Daarnaast verstevigt deze manier van werken hun positie op de markt, zowel naar de cliënten als naar de professionals toe.

Zorgverleners krijgen een andere tijdsbeleving. Zij gaan zich realiseren dat de extra tijd besteed aan bijvoorbeeld vraagverheldering zich terugverdient op andere momenten. De indruk bestaat dat het ziekteverzuim onder zorgverleners daalt. Gericht onderzoek hiernaar is op zijn plaats.

Zoals eerder genoemd wordt de mate van succes van de invoering van belevingsgerichte zorg mede bepaald door het gedrag van de leidinggevende in relatie tot de zorgverlener. Dit geldt ook voor de relatie leidinggevende met de Raad van Bestuur en de relatie leidinggevende met de ondersteunende afdelingen. Dit impliceert dat om ander gedrag van de uitvoerenden te bewerkstelligen, ook ander gedrag van het management en de ondersteunende diensten nodig is. Er ontstaan termen als belevingsgericht zijn, belevingsgericht werken en belevingsgericht managen.

De methodiek van cliënt- en/of reflectiebesprekingen levert een schat aan management-informatie op. Zo kan duidelijk worden:

- wat de consequenties zijn van het beleid op het primaire proces;
- wat het effect is van de stijl van leidinggeven;
- tegen welke beperkingen zorgverleners aanlopen;
- hoe zorgverleners werken.

Vooraf dit laatste zal operationeel leidinggevendens aanspreken. Immers de leidinggevende heeft door de aard van het werk in de thuiszorg weinig tot geen zicht op de manier waarop de zorgverleners zich manifesteren in de dagelijkse praktijk. Middels cliëntbesprekingen ontstaat beter zicht op scholingsbehoefte c.q. -noodzaak of behoefte aan coaching. Ook kan een en ander aanleiding zijn voor verbetertrajecten. Hierdoor draagt belevingsgerichte zorg bij aan het kwaliteitsbeleid van de instelling.

Wanneer leidinggevendens de informatie niet benutten, kan dit bij medewerkers tot frustratie leiden. Een effect van de methodiek van belevingsgerichte zorg is dat leidinggevendens gestimuleerd worden in te gaan op de vragen die vanuit het team komen.

#### Een aantal uitspraken

*"De notulen van iedere cliëntbespreking gaan naar de leidinggevende. Die doet er echter niets mee."*

*"Opvallend is dat sinds we belevingsgerichte zorg hebben ingevoerd, het ziekteverzuim is gedaald. Het lijkt wel of het vertrouwen binnen ons team is toegenomen, waardoor iedereen zijn zegje durft te doen."*

*"Je bent meer tijd kwijt aan communicatie met de cliënt en zijn familie. Maar de zorg loopt efficiënter. Dat levert tijdwinst op en compenseert."*

*"Ook cliëntbesprekingen kosten veel tijd maar leveren ontzettend veel op. Die mogen niet worden afgeschaft, zij zijn nodig voor overdracht, leveren creatieve oplossingen op, voorkomen frustraties en houden je gezond."*

*"De zorgverlening wordt transparant. Verschuilen achter de regels is er niet meer bij."*

#### 5.4 EFFECTEN IN DE ZORGKETEN

Daar waar belevingsgerichte zorg wordt ingevoerd, komen ook allerlei andere aspecten van zorg in een nieuw daglicht te staan. Verhoudingen tot andere spelers in het zorgcircuit komen nadrukkelijk in het geding. Voorbeelden, zijn onder meer:

- **Indicatiestelling**  
De indicatieadviseur brengt de 'needs' van de cliënt in beeld. Op basis daarvan geeft de indicatieadviseur een besluit af, dat de cliënt duidelijkheid geeft over de aard en de omvang van de AWBZ-gefinancierde zorg. De zorgverlener (uit de thuiszorg) gaat in gesprek met de cliënt en verkent de 'wants' van de cliënt om op basis daarvan en binnen de grenzen van het geformaliseerde recht (het indicatiebesluit) zorg te verlenen.
- **Mantelzorg**  
Mantelzorgers hebben een nadrukkelijke plaats binnen het concept en de methodiek (het 13-stappenplan) van belevingsgerichte zorg. De zorgverleners zijn soms niet of nog te weinig in staat het perspectief van de mantelzorg op een juiste manier te laten meespelen in het zorgproces.
- **Samenwerking huisartsen en andere zorgverlenende instanties**  
Door zorgvisies die onvoldoende aansluiten komt de zorgketenbenadering onder druk te staan. Dit uit zich door verschillen van inzicht in de inhoud en de wijze waarop de zorg voor de cliënt gerealiseerd moet worden.  
Pogingen zijn gedaan om het werken met belevingsgerichte zorg breed binnen de zorgketen te implementeren en de vraag als verbindende schakel te benutten.
- Ook in de preventieve zorg duikt het concept van vraaggerichte zorg op (Prinsen en Koch, 2001).

#### 5.5 BIJKOMENDE EFFECTEN

##### 5.5.1 SUBOPTIMALISATIE

Vraaggerichte hulpverlening volgens belevingsgerichte zorg is een vorm van vraaggericht werken die verscheidende thuiszorgorganisaties kiezen. Niet altijd gaat het om het strikte model zoals beschreven is in de publicatie "Zorgen heb je samen". Gaandeweg de implementatie ontwikkelen projectleiders samen met deelnemers varianten op dit model. Er worden aanpassingen gemaakt die passen onder meer bij het denkniveau van de deelnemers (vereenvoudiging van het stappenplan), de cultuur van de organisatie (aanpassing in de overlegstructuur) en begeleidingstrajecten (beperking door de beschikbaarheid van financiële middelen). Kiezen voor een werkwijze volgens belevingsgerichte zorg vergt ook het informeren van samenwerkingspartners en in het bijzonder cliënten. Suboptimalisatie dreigt.

##### 5.5.2 CONCEPTVERMENGING

Thuiszorgorganisaties maken in toenemende mate deel uit van een verticale zorgketen. Dat betekent dat thuiszorgorganisaties ervaren dat ook in de verzorgings- en verpleeghuizen in toenemende mate gewerkt wordt met belevingsgerichte zorg. De intramurale zorgorganisaties en ook een aantal thuiszorgorganisaties combineren belevingsgerichte zorg met geïntegreerde belevingsgerichte zorg (volgens het IMOZ-concept). Sleutelfiguren die binnen deze organisaties werken, geven aan dat het eerste concept de kaders aangeeft "Wat ga je doen?". Het tweede concept geeft hieraan invulling, namelijk "Hoe doe je dit?". In een vervolgstudie zou deze aanpak nader bestudeerd kunnen worden.

### **5.5.3 ARBEIDSVOORWAARDEN KNELLEN**

Tijdens de gesprekken met de sleutelfiguren kwam naar voren dat men bij de invoering van belevingsgerichte zorg bij HVZ-teams op knelpunten stuit, die niet direct binnen de eigen organisatie op te lossen zijn. Zo hebben huishoudelijke medewerkers, door de CAO bepaald, 3% van hun tijd beschikbaar voor overleg. Belevingsgerichte zorg vergt door de toepassing van de methodiek via cliëntbesprekingen echter meer overlegtijd, teneinde meer kwaliteit en een hogere productiviteit te realiseren.

### **5.5.4 OUDE WIJN OF NIEUWE WIJN?**

Het blijkt dat veel zorgverleners aangeven te ervaren dat zij altijd al hebben gewerkt volgens de principes van belevingsgerichte zorg. Door verpleegkundig onderzoek is deze manier van zorgverlenen onder woorden gebracht en van een theoretisch kader voorzien. Vervolgens is op basis hiervan in de praktijk een methodiek ontwikkeld.

Het is daarom voor de hand liggend dat verpleegkundigen en verzorgenden zich in de uitgangspunten van belevingsgerichte zorg herkennen. Wanneer zij hiervoor open kunnen staan, kan het concept zich naar een hoger niveau ontwikkelen, waardoor de individuele zorgverlener zich verder kan professionaliseren en het beroep zich verder kan ontwikkelen.

## 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Het overheidsbeleid waarin vraaggerichte zorgverlening centraal staat, lijkt goed te worden opgepakt door thuiszorgorganisaties. De thuiszorgorganisaties betrokken bij dit onderzoek hebben stuk voor stuk de intentie vraaggerichte of belevingsgerichte zorg te verlenen. Het draagvlak onder de geïnterviewde uitvoerenden is groot. Onder verschillende noemers (belevingsgerichte, vraaggerichte of vraaggestuurde zorg) wordt hier handen en voeten aan gegeven.

De fasen van invoering waarin de organisaties zich bevinden, variëren sterk. Terwijl de één zich nog aan het oriënteren is, heeft de ander al een pilot afgerond.

Het implementeren van belevingsgerichte zorg blijkt niet systematisch te gebeuren. Zo hebben evaluaties en tussenevaluaties nauwelijks een plek en worden niet alle actoren bij de evaluaties betrokken. Bij die organisaties waar de implementatie vergevorderd is, lijkt de verankering nogal eens een probleem te zijn.

Aanbevelingen voor nader onderzoek:

- Onderzoek nader wat de effecten en de effectiviteit van belevingsgerichte zorg zijn. Wat is toe te schrijven aan belevingsgerichte zorg en wat niet?
- Spoor de best-practices op en breng in beeld wat de succesfactoren zijn.
- Start een proefsituatie onder optimale condities. Dat wil zeggen: implementeer belevingsgerichte zorg in een omgeving waar beperkende factoren zijn geminimaliseerd en monitor het proces. Stel daarbij vast tot welke (inhoudelijke) resultaten dit leidt.
- Bekijk de mogelijkheden van invoering van belevingsgerichte zorg in de zorgketen.
- Kijk in hoeverre belevingsgerichte zorg gecombineerd kan worden met geïntegreerde belevingsgerichte zorg volgens het IMOZ-concept.
- Start een implementatietraject, gericht op brede en systematische invoering en disseminatie van belevingsgerichte zorg in de thuiszorg naar analogie van de geleidelijke implementatiestrategie bij competentie management. Aanbevolen wordt dit traject wel te begeleiden met implementatie-/evaluatieonderzoek, opdat het in een hoogwaardig implementatieprogramma resulteert.
- Schep helderheid in de begrippen. Maak in een bondige publicatie duidelijk wat belevingsgerichte zorg is en verspreid deze publicatie onder alle verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland.

Aanbevelingen voor implementatie en verankering van belevingsgerichte zorg:

- Creëer voldoende draagvlak bij alle betrokken partijen, uitvoerenden, middenkader, management en ondersteunende diensten (mogelijk helpt een smalle, bottom up-invoering hierbij). Het is van groot belang dat het management volledig achter de gekozen visie staat en de voorwaarden schept om deze in praktijk te brengen.
- Neem de tijd voor de implementatie van belevingsgerichte zorg (drie jaar lijkt een uiterste minimum) en hou de gekozen lijn vast. Continuïteit en systematiek zijn belangrijke voorwaarden.
- Laat de methodiek (het 13-stappenplan) een niet al te grote rol spelen bij de implementatie. De achterliggende theorie van belevingsgerichte zorg met onder andere de waarden en de attitude verdient zo mogelijk nog meer aandacht.

- Implementeer belevingsgerichte zorg vanuit kleine teams (acht tot twaalf personen). Onderling vertrouwen in een team is een belangrijke voorwaarde voor de cliënt-besprekingen.
- Besteed veel aandacht aan de verankering. Hou belevingsgerichte zorg onder de aandacht, blijf ondersteuning bieden, blijf zorgverleners begeleiden in het verlenen van belevingsgerichte zorg.
- Volg de ontwikkelingen door middel van evaluaties en tussenevaluaties.
- Voer belevingsgerichte zorg niet alleen in in de verpleging en verzorging, maar voer het ook in de huishoudelijke verzorging en ondersteunende diensten.
- Creëer een passende overlegstructuur binnen de organisatie, om zo belevingsgericht werken onder de aandacht te houden binnen alle bedrijfsonderdelen. Hetgeen tot uitdrukking komt in onder meer een organisatiebrede vraaggerichte cultuur.

## LITERATUUR

Boeije, H.R., A.W.L. van den Dungen, A. Pool, M.H.F. Grypdonck, P.A.H. van Lieshout  
*Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*  
Utrecht: NIZW, Vakgroep Verplegingswetenschap Universiteit Utrecht, 1997.

Goudriaan, G. en A.M. Vaalburg  
*De vraag als maat: vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief*  
Utrecht: NPCF, 1998.

Haarsma, L., T. Kayser, M. Valkesteyn en J. Zomerplaat  
*Gebruikers aan het woord*  
Utrecht: NIZW, 1999.

Heiligers, P., H. Calsbeek, R. Friele  
*Ontwikkeling van de implementatiemonitor ZON*  
Utrecht: Nivel, 2000.

Kooij, C.H. van der  
*Ontwikkeling zorgkundige vaardigheid in de omgang met dementerende ouderen. Rapportage.*  
Apeldoorn: IMOZ, 1998.

Kooij, C.H. van der  
Belevingsgerichte zorg bij dementie (2). In: *Denkbeeld*. P. 16-20, oktober 2001.

LVT  
*Zorg thuis, een visie op plaats en betekenis van de thuiszorg in de 21<sup>e</sup> eeuw.*  
Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 2000.

LVW  
*Elan met toekomst.*  
Utrecht: Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen, 2000

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
*Zicht op zorg. Modernisering AWBZ.*  
Zoetermeer: Ministerie van VWS, 1999.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid  
*Versterking zorg aan huis. Advies over de bevordering van klantgerichte zorg in de thuissituatie.*  
Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.

Peppel, R.  
Belevingsgerichte zorg. In: *Nieuwsbrief NIVO-N*, jrg. 7, nr. 1/2, p. 5-7, 2000.

Peppel, R. en A. Pool (Pool, A en J. Lambregts, red.)  
Belevingsgerichte verpleegkunde. In: *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken.*  
Utrecht: LEMMA BV, 1999.

Pool, A.

Verpleegkundige professionaliteit bij vraaggerichte zorg. In: *Vraaggestuurde zorg. Dilemma's en nieuwe opties voor management, primair zorgproces, netwerken, automatisering, flexibele zorg-producten, indicatiestelling* (L. Boon, red.). Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, deel 24. Amstelveen: Sympoz, 1997.

Pool, A., J. Kruyt en M. Walters

*Zorgen heb je samen! Belevingsgerichte zorg in de praktijk.*

Utrecht: NIZW, 1998.

Prinsen, B. en W. Koch

*Vragen staat vrij. Naar een vraaggerichte opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg.*

Utrecht: NIZW, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

*Naar een vraaggerichte zorg. Een advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*

Zoetermeer: Ministerie van VWS, 1998.

Rogers, E.M.

*Diffusion of innovations*

New York: Free Press, 1995.

Royers, T., J. de Wit en G. Verbeek

*Mensen met toekomst.*

Utrecht: NIZW, 1998

Saan, H.

Meer verstand van implementeren. In: *Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting*, jrg. 18, nr. 3, p 3-5.

Verbeek, G.

*Zorg in samenspel. Samenwerking tussen cliënten en hun zorgverleners in vraaggerichte of vraaggestuurde zorg.*

Utrecht: NIZW, 1999.

Yperen, T. van, C. Carati, J. Schuppert, C. Vermunt

*Modules en programma's in de jeugdzorg*

Utrecht/Den Haag: NIZW/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2000.

**OVERZICHT BENADERDE THUISZORGORGANISATIES****BIJLAGE 1**

<b>Benaderde thuiszorgorganisaties</b>
De Vierstroom
Maatzorg
Nieuwe Waterweg Noord
Thebe
Thuiszorg Amsterdam
Thuiszorg Centraal Twente
Thuiszorg Den Haag
Thuiszorg Groot Rijnland (onderdeel van Eveen Zorg)
Thuiszorg het Friese Land
Thuiszorg Icare Drenthe
Thuiszorg IJmond
Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg
Thuiszorg Stad Utrecht
Thuiszorg Zaanstreek Waterland (onderdeel van de Zorgketen)
ZorgGroep Oost-Gelderland

**OVERZICHT THUISZORGORGANISATIES BZG**

**BIJLAGE 2**

Thuiszorgorganisatie	Visie	Visie vanaf	Aanleidingen
4	BZG	1998	Ontevredenheid bij werknemers
7	Vraaggerichte zorg	1999	Verbeteren zorgverlening, arbeidssatisfactie
11	BZG	2000	Vergroten cliënt- en medewerkerstevredenheid
14		2001	Werken met zorgplannen, behoefte aan signaleringsmethode, vraaggerichtheid
1		2001	Competentiemanagement, ontwikkelingen vraaggestuurd en belevingsgericht werken
6	Vraaggerichte zorg	2002	Nieuw zorgdossier, verdieping zorgverlening, volgen landelijke ontwikkelingen
3	BZG	2000	Verbeteren multidisciplinaire samenwerking
10	BZG	2001	Ontbreken van een zorgvisie
12	Geïntegreerd Verplegen	Niet	Nieuwe zorgvisie en operationaliseren
5		Niet	
2		Onbekend	Pilot gedraaid in 1999/2000
9	Vraaggestuurde zorg/BZG	Onbekend	Cliënt centraal stellen, vraagsturing toepassen, onderhandelingsruimte en flexibiliteit bij medewerkers
15	BZG	2001	Behoeftte aan inhoudelijke visie voor hele thuiszorg
13		Niet	
8		Niet	

Thuiszorgorganisatie <sup>2</sup>	V & V teams	Pilot Huishoudelijke Verzorging	Andere bedrijfs- onderdelen	Aanpassing van BGZ-methodiek	Gecombineerd met geïntegreerde BGZ (IMOZ)	Opmerkingen
4	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Project afgerond
7	Ja	Nee	Ja		Nee	
11	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
14	Ja	Ja <sup>3</sup>		Ja		
1						
6						Voorbereiden/oriënteren
3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
10						Nog niet gestart
12						Nog niet gestart
5						
2	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Pilot in 1999 heeft geen vervolg gekregen
9						
15	Ja	Ja	In voorbereiding	Mee bezig		
13						Oriënteren
8						

<sup>2</sup> De gegevens in de tabel zijn het resultaat van de uitkomsten van de vragenlijst en de uitkomsten van de bijeenkomsten met sleutelfiguren, verpleegkundigen en verzorgenden.

<sup>3</sup> Start in 2002.

### VRAGENLIJST BELEVINGSGERICHTE ZORG IN DE THUISZORG

Bestemd voor verantwoordelijken/sleutelfiguren implementatie BGZ in thuiszorgorganisaties

Deze vragenlijst bestaat voornamelijk uit open vragen. Mogelijk zijn enkele vragen niet van toepassing op uw situatie. Kunt u bij de vragen waar dat het geval is, aangeven waarom die vraag niet van toepassing is op uw situatie? Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen. Uw gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt.

Om wat dieper op de thematiek in te gaan, worden twee klankbordgroepbijeenkomsten georganiseerd, 21 september in Utrecht en 5 oktober in Woerden. Aan het einde van de vragenlijst kunt u aangeven of u belangstelling heeft voor deelname aan een van deze bijeenkomsten.

Vriendelijk verzoek ik u de vragenlijst in te vullen en te retourneren naar het NIZW **vóór 1 september 2001**. Hiervoor kan de bijgevoegde envelop gebruikt worden (een postzegel is niet nodig).

**Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!**

NIZW  
T.a.v. F. Giesen  
Antwoordnummer 4213  
3500 VD UTRECHT

Heeft u vragen of opmerkingen, dan kunt u contact opnemen met:  
Femke Giesen, telefoon: (030) 230 63 49 e-mail: f.giesen@nizw.nl,  
Roland Peppel, telefoon: (0348) 493 000 e-mail: rpeppel@careport.nl of  
Hilly Kort, telefoon: (030) 230 63 50 e-mail: h.kort@nizw.nl

1a. Heeft uw organisatie al een start gemaakt met de invoering van de zorgvisie Belevingsgerichte Zorg?

- Ja  
 Nee

b. Zo ja, wanneer?.....  
Zo nee, per wanneer verwacht u dat uw organisatie BGZ gaat invoeren?.....

2. Indien van toepassing, wat was de aanleiding om deze zorgvisie in te voeren of, indien van toepassing, wat is de aanleiding voor u om u op dit moment te oriënteren op BGZ?

.....  
.....  
.....  
.....

3. Hoe heeft de organisatie zich voorbereid of bereidt de organisatie zich voor op het werken met BGZ? (bv informatie, externe advisering en begeleiding, training en bijscholing van medewerkers, invoeringsplan, informeren zorgverleners)

.....  
.....  
.....  
.....

4. Hoe wordt het werken met BGZ onder de aandacht gehouden, ondersteund en begeleid? (bijvoorbeeld trainingen, werkbesprekingen)

.....  
.....  
.....  
.....

5. Over welke specifieke vaardigheden en attitudes dienen zorgverleners te beschikken om te kunnen werken met BGZ volgens u?

.....  
.....  
.....  
.....

6. In hoeverre verschilt het werken met BGZ door verzorgenden van het werken met BGZ door verpleegkundigen?

.....  
.....  
.....  
.....

7. Is geëvalueerd wat werken met BGZ oplevert en hoe het eventueel beter of anders kan?

- Ja
- Nee, ga door naar vraag 9
- Niet van toepassing, ga door naar vraag 9

8. Zo ja, met wie is het werken met deze zorgvisie geëvalueerd?

.....  
.....  
.....  
.....

9. a. Wat zijn volgens u de pluspunten of voordelen van het werken met BGZ?

.....  
.....  
.....  
.....

b. Wat zijn volgens u de minpunten of nadelen van het werken met BGZ?

.....  
.....  
.....  
.....

10a. Hoe wordt BGZ door de cliënten/klanten beoordeeld?

- Vooral positief want, .....
- Afwisselend positief en negatief want, .....
- Vooral negatief want, .....
- Anders, namelijk .....

b. Op welke wijze heeft u dit kunnen vaststellen? .....

.....  
.....

11a. Hoe wordt BGZ door verzorgenden beoordeeld?

- Vooral positief want, .....
- Afwisselend positief en negatief want, .....
- Vooral negatief want, .....
- Anders, namelijk.....
- b. Op welke wijze heeft u dit kunnen vaststellen? .....

.....  
.....

12a. Hoe wordt BGZ door verpleegkundigen beoordeeld?

- Vooral positief want, .....
- Afwisselend positief en negatief want, .....
- Vooral negatief want, .....
- Anders, namelijk.....

b. Op welke wijze heeft u dit kunnen vaststellen? .....

.....  
.....

13a. Hoe wordt BGZ door het management en de leidinggevenden beoordeeld?

- Vooral positief want, .....
- Afwisselend positief en negatief want, .....
- Vooral negatief want, .....
- Anders, namelijk.....

b. Op welke wijze heeft u dit kunnen vaststellen? .....

.....  
.....

## KLANKBORDGROEPBIJeenKOMSTEN

Om wat dieper op deze thematiek in te gaan worden twee klankbordgroepbijeenkomsten georganiseerd. De eerste bijeenkomst wordt gehouden op **vrijdag 21 september** van **9.30 tot 12.30 uur** bij het **NIZW** in **Utrecht**. Deze bijeenkomst wordt afgesloten met een lunch. De tweede bijeenkomst wordt gehouden op **vrijdag 5 oktober** van **13.00 tot 16.00 uur** bij **Compliance Consult** in **Woerden**. Deze bijeenkomst wordt afgesloten met een borrel en een hapje. Heeft u interesse om deel te nemen aan een van deze bijeenkomsten?

- Ja, stuurt u mij een bevestiging voor de bijeenkomst op 21 september in Utrecht
- Ja, stuurt u mij een bevestiging voor de bijeenkomst op 5 oktober in Woerden

Naam: .....

Adres: .....

Telefoon: .....

E-mail: .....

- Nee

### Bijeenkomsten met zorgverleners

We willen ook bijeenkomsten met verzorgenden en verpleegkundigen organiseren om hun mening over en ervaringen met BGZ te inventariseren. Kent u verzorgenden en verpleegkundigen binnen uw organisatie die we kunnen vragen voor deelname aan een van deze bijeenkomsten? Kunt u ons hun namen geven?

#### Verzorgenden:

1 .....

2 .....

3 .....

#### Verpleegkundigen:

1 .....

2 .....

3 .....

### Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

De vragenlijst kunt u in de bijgevoegde envelop (postzegel is niet nodig) sturen naar:

NIZW

T.a.v. F. Giesen

Antwoordnummer 4213

3500 VD UTRECHT

Heeft u vragen of opmerkingen, dan kunt u contact opnemen met:

Femke Giesen, telefoon: (030) 230 63 49 e-mail: f.giesen@nizw.nl,

Roland Peppel, telefoon: (0348) 493 000 e-mail: rpeppel@careport.nl of

Hilly Kort, telefoon: (030) 230 53 50 e-mail: h.kort@nizw.nl

## **Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW**

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW is een onafhankelijke organisatie die zich door middel van informatie, innovatie en ondersteuning richt op vernieuwing en verbetering van de sector zorg en welzijn. In deze sector werken ruim 400.000 beroepskrachten en vele vrijwilligers op terreinen als kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, ouderendienstverlening, jeugdzorg, maatschappelijke opvang, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hulpverlening aan mensen met een handicap. Ook instellingen buiten de sector die zorg- en welzijnsactiviteiten ondernemen, zoals opleidingen, provincies, gemeenten en woningbouwcorporaties, doen regelmatig een beroep op het NIZW. De werkzaamheden van het NIZW zijn ondergebracht in centra die zich richten op de thema's *jeugd, zorg, sociaal beleid, professionalisering, internationale zaken en publieksinformatie*. Binnen deze kaders houden de medewerkers van het NIZW zich bezig met de ontwikkeling en implementatie van nieuwe methodieken en informatieproducten, met afstemmingsvraagstukken en expertiseontwikkeling. Dat resulteert onder meer in adviezen, veranderingstrajecten, trainingen, congressen, boeken, brochures, almanakken, websites, cd-rom's, video's en een informatielijn.