

De ontwikkeling van geïntegreerde belevingsgerichte zorg is een belangrijke verbetering in de zorg voor mensen met dementie. Nu staan zorgverleners en managers voor de opgave deze manier van zorg verlenen daadwerkelijk in te voeren.

Hoe doe je dat, wat komt er allemaal bij kijken? Cora van der Kooij en Peter Hoveling werken al enkele jaren aan het 'model voor adaptieve implementatie van geïntegreerde belevingsgerichte zorg'. In dit artikel beschrijven zij hun ervaringen.

CORA VAN DER KOOIJ en PETER HOVELING

## De invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg

# Belevingsgerichte zorg bij dementie (3)

In het vorige artikel in deze serie (DENKBEELD, oktober 2001) hebben we gezien dat het invoeren van Validation nog al eens plaatsvond als geïsoleerde activiteit, naast andere vernieuwingsprojecten zoals het invoeren van probleemgestuurde, multidisciplinaire bewonersdossiers, het invoeren van bewonertoe wijzing, het doorvoeren van een nieuwe organisatiestructuur of het ontwikkelen van een kwaliteitsstelsel. In die periode namen ook andere disciplines initiatieven, zoals het inrichten van een snoezelruimte, het werken met levensboeken en het opzetten van psychomotorische groepstherapie. Hoe al deze initiatieven en projecten met elkaar samenhangen, was noch voor het management noch voor de uitvoerende medewerkers helder. De behoefte aan samenhang heeft geleid tot het formuleren van het maieutisch zorgconcept. Dit concept kenmerkt zich door een *geïntegreerde*

*kijk op inhoud, methodiek, verpleegstelsel en afdelingsorganisatie.* Hiermee bouwt het voort op Integrerende Verpleegkunde. De inhoudelijke kern van het concept wordt gevormd door geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Verzorgenden ontwikkelen ieder op een authentieke en creatieve manier zorgrelaties met bewoners. Om met behoud van het individuele en unieke ook het gemeenschappelijke in het contact met bewoners te vinden, hebben wij een belevingsgerichte methodiek ontwikkeld. Deze stimuleert verzorgenden om bijzondere momenten in de zorg, vooral de momenten van gevoelsmatig contact, serieus te doordenken en systematisch met elkaar te bespreken. Het maieutisch zorgconcept veronderstelt verder een vorm van bewonertoe wijzing. De eerst verantwoordelijke verzorgende is voor de bewoner en diens familie een ver-

trouwd aanspreekpunt; zij fungeert als vraagbaak voor haar collega's en voor andere disciplines en spreekt haar collega's aan op hun manier van zorg verlenen. Een belangrijk aspect van het maieutisch zorgconcept is de opvatting over *leiding geven*: de leidinggevenden hanteren een mix van zorginhoudelijk en instrumenteel leiderschap. Zij denken meer vanuit het zorgproces naar het bedrijfsproces dan andersom en vormen daardoor ook de verbinding tussen belevingsgerichte zorg en kwaliteitszorg. Het management neemt de verantwoordelijkheid voor dit geheel door een belevingsgerichte zorgvisie uit te dragen en daarmee alle medewerkers te inspireren. Het management maakt duidelijk dat het wil dat de organisatie zich op deze manier ontwikkelt.

Het maieutisch zorgconcept ontleent haar naam aan de maieutische didactische methode die is bedoeld om bij verzorgenden een leerproces op gang te brengen waardoor zij zich bewust worden van hun eigen mogelijkheden. Daarbij is, behalve de maieutische vakdidactiek, ook de door ons ontwikkelde belevingsgerichte methodiek een belangrijke katalysator. In het leerproces zijn didactiek en methodiek met elkaar verweven.

*Het management neemt de verantwoordelijkheid voor het geheel door een belevingsgerichte zorgvisie uit te dragen en daarmee alle medewerkers te inspireren*

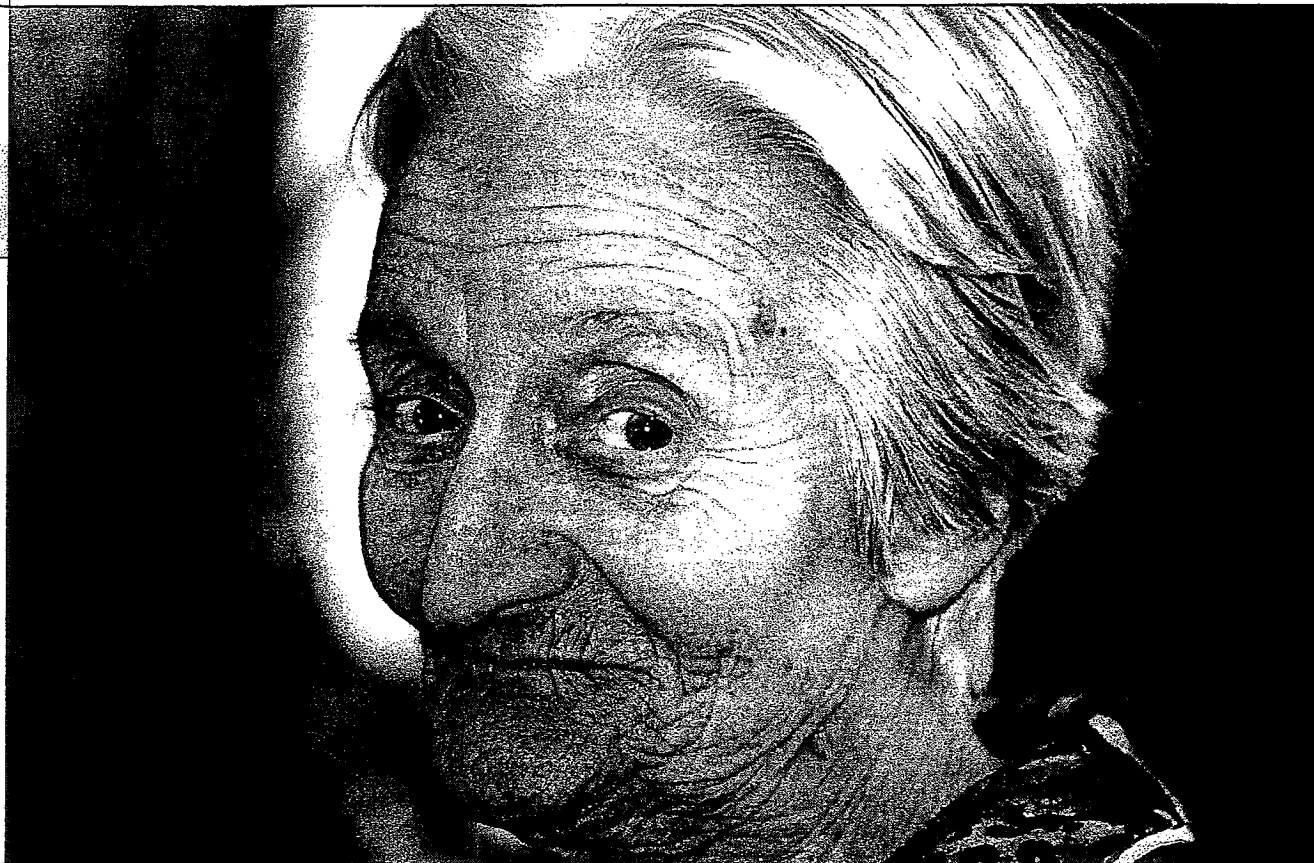


Foto: Hans Oostrum

### Methodische instrumenten

Een heel belangrijk doel van de belevingsgerichte methodiek is om aan te zetten tot zinnige, belevingsgerichte en integrerende *communicatie*. Niet: ik vul het wel in en dan voer jij het maar uit, maar: samen je afvragen hoe deze cliënt zijn situatie beleeft, wat er met hem aan de hand is, wat hij nodig heeft en wat wij kunnen doen. En dan dit netjes en toetsbaar opschrijven, uitvoeren en evalueren.

De belevingsgerichte methodische instrumenten zijn bedoeld om verzorgenden te stimuleren goed te *observeren*, bewust te *reflecteren* en systematisch met elkaar over de zorg te *communiceren*. Daardoor zijn zij in staat om als team omgangsadviezen voor individuele bewoners te formuleren. De belevingsgerichte methodiek vraagt van verzorgenden en andere zorgverleners zich in te leven in de manier waarop de bewoner zijn situatie ervaart en zich bewust te worden van alles waarmee een positieve wisselwerking met de dementerende kan worden gecreëerd. De methodiek is complementair aan de probleemgestuurde methodiek, zoals die met behulp van ordeningskaders als SAMPC of RAI wordt toegepast.

We ontdekten dat verzorgenden een stimulans nodig hebben om de bijzondere momenten met bewoners te doordenken op vragen als: 'Was

dit iets eenmaligs of komt het vaker voor' (*incidenteel of structureel*) en 'Is dit iets speciaals tussen mij en deze bewoner of hebben de anderen ook dergelijke momenten?' (*individueel of collectief*). Verder zien wij tijdens invoeringsprojecten nog altijd dat er te weinig met levensgeschiedenissen wordt gewerkt. Ook al leveren de maatschappelijk werkenden bij de opname een levensgeschiedenis aan, 'ontsluiting' van deze gegevens voor de dagelijkse zorgverlening is niet vanzelfsprekend.

De belevingsgerichte methodiek bestaat uit de volgende onderdelen:

*Het observatieformulier.* Dit formulier vraagt naar de beleving van de bewoner in het hier en nu, en naar de communicatie en de beleving tijdens zorgsituaties. Het observatieformulier vraagt niet naar symptomen en ziektebeelden en kan dus worden gecombineerd met daartoe reeds ontwikkelde observatieformulieren.

*De levensgeschiedenis.* De vragen naar de levensgeschiedenis zijn bedoeld als mogelijke gespreksonderwerpen. Verzorgenden leren niet naar feiten te vragen, maar naar de gebeurtenissen en gevoelens die achter die feiten schuil gaan. Daarbij wordt van hen gevraagd het spanningsveld tussen onbescheiden nieuwsgierigheid en oprechte interesse bewust te hante-

ren. Het maken en 'lezen' van de levensgeschiedenis is een bezigheid die doorgaat zolang de bewoner aanwezig is.

*De karakteristiek.* De karakteristiek is bedoeld om de hele mens in beeld te krijgen en niet alleen diens problemen, stoornissen en handicaps. De karakteristiek vraagt hoe de bewoner zijn situatie ervaart, wat zijn behoeften zijn en hoe verzorgenden en zorgverleners daaraan tegemoet kunnen komen. Ook vraagt de karakteristiek naar positieve aandachtspunten. Op basis van deze gegevens en hun ervaringen tijdens de zorgverlening formuleren de verzorgenden een *omgangsadvies*.

*De zorgkaart.* Op de zorgkaart voor een dementerende bewoner wordt de persoonlijkheid van de bewoner kernachtig omschreven, alsmede het omgangsadvies zoals dat op de karakteristiek is verwoord. De zorgkaart behelst verder elf zorgitems, waarbij steeds wordt gevraagd naar gedrag, beleving en aandachtspunten. De zorgkaart stimuleert dus om niet alleen op het gedrag te focussen, maar juist ook op de gevoelens die aan dat gedrag ten grondslag liggen. Omdat de zorgitems zowel functie- als belevingsgericht zijn, kan de zorgkaart desgewenst de ADL-kaart vervangen. In de items op de IMOZ-zorgkaart is een aantal somatische aandachtspunten, zoals

## Ook al leveren maatschappelijk werkenden bij de opname een levensgeschiedenis aan, 'ontsluiting' van deze gegevens voor de dagelijkse zorgverlening is niet vanzelfsprekend

ademhaling, bloedcirculatie en spijsvertering, niet als zodanig benoemd. Wanneer er op dit punt verpleegproblemen optreden, worden deze geformuleerd in het kader van het zorg- en behandelplan.

### Monodisciplinair

De verzorgenden houden wekelijks een bewonerbespreking. Tijdens deze bespreking maken de verzorgenden met behulp van het observatieformulier en de levensgeschiedenis de karakteristiek van een bewoner en evalueren zij de zorg zoals die op de zorgkaart is omschreven. Deze bewonerbespreking is niet bedoeld als voorbereiding op het multidisciplinair overleg. Het gaat niet om het in kaart brengen van problemen, maar om het uitwisselen van – liefst positieve – ervaringen tijdens het zorg verlenen. Eigenlijk is het een woonzorgbespreking. Als wij tijdens cursussen deze bewonerbespreking oefenen, zijn de verzorgenden altijd weer verbaasd hoeveel positiefs zij over de bewoners weten te vertellen. Ze zijn ook aangenaam verrast over de manier waarop hun individuele ervaringen met bewoners, bij elkaar gevoegd, een patroon vormen waaruit zij een omgangsadvies kunnen destilleren. Een bijkomend effect van deze bewonerbespreking is dat de verzorgenden zich rustiger voelen. Ze hebben meer vertrouwen in elkaar en durven meer individuele aandacht te geven aan de bewoners. Bovendien kennen zij elkaars overwegingen beter en voelen zij zich

minder overbelast, omdat ze weten dat de bewoners echt allemaal op hun tijd individuele aandacht krijgen.

### Drie niveaus

Bij het uitlijnen van een leerproces voor het invoeren van een benaderingswijze zijn er drie mogelijke invalshoeken: individuele attitude en vaardigheden, 24-uurszorg en groepswerk. Daarnaast is er het onderscheid tussen cursorisch leren en training-on-the-job. Training-on-the-job maakt verzorgenden bewust van alles wat zij goed doen, alle momenten van contact die zij ervaren. Tegelijkertijd helpt het hen om communicatief nog vaardiger te worden. Verzorgenden ervaren het als bijzonder stimulerend om over hun eigen, concrete zorgsituaties te praten met een vertrouwde buitenstaander. Bovendien kan de trainer gaan functioneren als 'identificatiefiguur'.

We beschrijven hier de aanpak zoals wij die hanteren bij het IMOZ, het Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk. De IMOZ-aanpak bouwt voort op de aanpak van het leerproces zoals dat tien jaar geleden voor Validation is ontworpen: breed beginnen met individuele attitude en basisvaardigheden en daarna met een kleinere groep verder gaan ten behoeve van integratie in de 24-uurszorg. Tot slot volgt voor de meest enthousiaste en getalenteerde medewerkers een opleiding tot expert. Deze medewerkers noemen wij consultants.

### Basisniveau

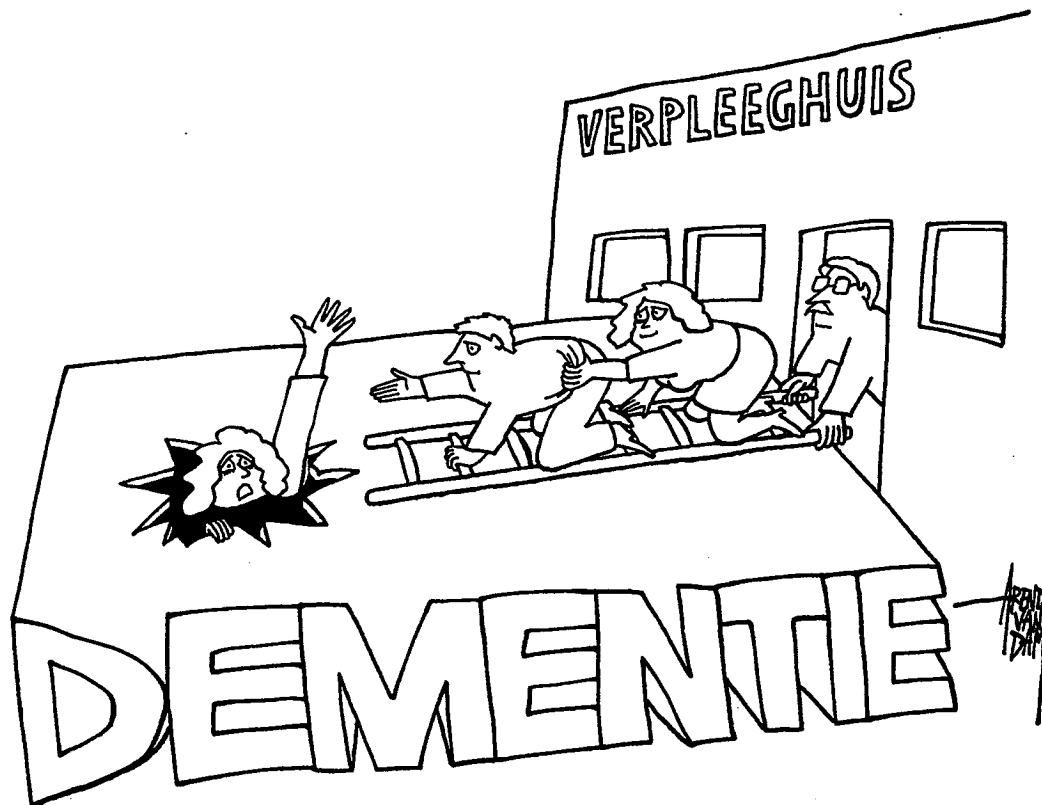
Tijdens de basis cursus leren medewerkers individuele vaardigheden, afkomstig uit de verschillende benaderingswijzen. Het leerproces zit idealiter zo in elkaar, dat de medewerkers eerst een basis cursus volgen om kennis te maken met geïntegreerde belevingsgerichte zorg en de belevingsgerichte methodiek. Daarna volgen enkele cursusedagen om verder te oefenen met de zelfstandige toepassing van de belevingsgerichte methodiek (nog zonder zorgkaart).

Het belangrijkste is dat de medewerkers zich weer bewust worden van hun eigen vermogen om contact te maken met bewoners en vooral van alle keren dat dit lukt. Dat doen we met behulp van de maieutische didactische methode. De methodiek cursus wordt gecombineerd met training-on-the-job. Na de methodiek cursus kunnen zorgteams zelfstandig (monodisciplinaire) bewonerbesprekingen houden, met de eerst verantwoordelijke verzorgende als voorzitter. Belangrijk hierbij is dat de afdelingsleidinggevende samen met het zorgteam een werkbaar plan uitstippelt en een haalbare weekplanning maakt. Het is niet de bedoeling dat het gevoel ontstaat dat verzorgenden nu nog meer moeten vergaderen en schrijven. Op zich is dat in het begin wel het geval, maar op den duur moet de investering van het leerproces zich daadwerkelijk omzetten in meer individuele aandacht.

### Voortgezette cursus

Een basis cursus alleen is niet genoeg, ook niet als deze wordt gecombineerd met een methodiek cursus en wordt uitgesmeerd over een periode van een maand of twee à drie. Uit ervaring weten we dat de verzorgenden die niet alleen de basis cursus maar ook de voortgezette cursus volgen, meer in een echt leerproces terecht komen. De voortgezette cursus zoals wij die bij het IMOZ hebben ontwikkeld, heeft drie invalshoeken: inhoud, methodiek en implementatie. Een inhoudelijk thema dat regelmatig terugkomt, is dat zorgverleners zich moeten realiseren dat zij niet alsnog alle narigheid uit iemands leven kunnen

*Als wij tijdens cursussen deze bewonerbespreking oefenen, zijn de verzorgenden altijd weer verbaasd hoeveel positiefs zij over de bewoners weten te vertellen*



Illustratie: Arend van Dam

oplossen. Soms is het genoeg om er alleen maar te zijn, om het gevoel van eenzaamheid te benoemen en de tragiek van het onomkeerbare. In de zorg voor mensen met dementie is dat niet anders dan in het gewone, dagelijkse leven. De voortgezette cursus kan net als de basiscursus inhoudelijk diep gaan, regelmatig komen deelnemers ook hun eigen gevoelens tegen.

Tijdens de voortgezette cursus wordt de methodiek verder geëffend. De implementatie betreft de manier waarop cursisten binnen hun zorgteam kunnen opereren om het hele team de richting op te krijgen van belevingsgerichte zorg. Ook leren de cursisten om presentaties te geven over geïntegreerde belevingsgerichte zorg, bijvoorbeeld aan een team van een andere afdeling of aan familieleden.

#### Opleiding tot consulent

De consulent is een medewerker die de verantwoordelijkheid krijgt om de veranderingen als gevolg van het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg te bestendigen. De consulent is inhoudelijk deskundig en heeft geleerd een belevingsgerichte zorggroep op te zetten. De consulent kan medewerkers enthousiasmeren en advies geven

aan het management bij het invoeren en continueren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Idealiter heeft elke afdeling een eigen consulent. Consulenten zijn medewerkers met ten minste drie jaar ervaring met het zorgen voor psychogeriatrische bewoners. Dikwijls zijn het ziekenverzorgenden of verpleegkundigen met HBO-niveau.

#### Groepswork

Consulenten hebben onder meer als opdracht om groepen op te zetten en te begeleiden. Dit is een belangrijk onderdeel van het implementatieproces. Belevingsgerichte zorg roept bij zorgverleners beelden op van warmte, gezelligheid, vrolijkheid, knusse hoekjes, rust. Om deze beelden werkelijkheid te laten worden maken groepswork en sociotherapeutische vaardigheden onderdeel uit van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Voor verzorgenden betekent dat taakverruiming en taakverrijking, want zij hebben dit tijdens hun beroepsopleiding meestal niet geleerd. Maar in de praktijk hebben verzorgenden een groot deel van de dag te maken met een groep bewoners. Hun werk wordt gemakkelijker en leuker als ze in staat zijn bewoners met elkaar in contact te bren-

gen en daarbij zelf een bindende factor te zijn. Om de nieuwe vaardigheden te oefenen wordt daarom op zeker moment gestart met belevingsgerichte zorg in groepsverband. De principes zijn in grote lijnen dezelfde als die van de Validationgroep, maar de doelgroep is ruimer en de gehanteerde methoden zijn afkomstig uit alle belevingsgerichte benaderingswijzen. Vanuit het oogpunt van implementatie van geïntegreerde belevingsgerichte zorg is de werking van groepsbijeenkomsten tweeledig. Allereerst leren de verzorgenden om bewoners als groep te benaderen. Daarnaast krijgen zij tijdens de bijeenkomsten meer inzicht in de betekenis van bewoners voor elkaar. Dat komt doordat de groepsbijeenkomsten voor de bewoners bijdragen aan een gevoel van nabijheid, saamhorigheid, ontspanning en zingeving, zoals wel blijkt uit de namen die de deelnemers zelf bij dergelijke bijeenkomsten aan hun groep gaven: de Vereniging, de Gespreksgroep, de Flierefluiter, de Seniorenclub, de Optimisten, Ons Genoegen, de Petronellagroep en de Club van de Wilde Meiden. Tevens is zo'n groepsbijeenkomst een gelegenheid om zicht te krijgen op capaciteiten van de bewoners die op

*Het belangrijkste is dat de medewerkers zich weer bewust worden van hun eigen vermogen om contact te maken met bewoners en vooral van alle keren dat dit lukt*

de afdeling verborgen blijven. Door de geconcentreerde energie in de groep zijn de dementerenden tot meer uitwisseling en activiteit in staat, ze laten zichzelf anders zien. Het is de bedoeling dat observaties en gebeurtenissen tijdens de groepsbijeenkomsten worden benut in de 24-uurszorg.

### Het model

Het invoeren van belevingsgerichte zorg heeft allerlei positieve gevolgen, waarvan rust de belangrijkste is. Rust op de afdeling, rust bij de bewoners, rust bij de verzorgenden. Maar het vraagt wel om een bewuste aanpak, waarover op alle niveaus van de instelling wordt meegedacht.

In onze advies- en cursuspraktijk proberen we voor elke instelling een aanpak te ontwerpen die voor die instelling het meest geëigend is. Soms gaat het om een kleinschalig project, gefocust op één afdeling, meestal is het een groter project. Allereerst vragen we naar de mate waarin belevingsgerichte zorg aansluit bij de zorgvisie van de instelling. Als blijkt dat er sprake is van visievernieuwing, betekent dit dikwijls dat er meer moet veranderen dan alleen de attitude van het verzorgend personeel. Eén van die veranderingen betreft de aanpassing van de methodiek. Het gaat hierbij met name om het toevoegen van belevingsgerichte onderdelen. Dat vergt bijstelling van de – dikwijls recent met veel inspanningen ingevoerde – multidisciplinaire probleemgestuurde methodiek en van

de bijbehorende vormen van overleg en samenwerking.

Verder kijken we naar het verpleegstelsel, dat wil zeggen naar de mate waarin er met teamverpleging en bewonertoewijzing wordt gewerkt. En we kijken ook naar de afdelingsorganisatie. Belangrijk daarbij is de stijl van leidinggeven en de ondersteuning die de verzorgenden ervaren in het verwerken van wat zij dagelijks meemaken. Op basis van deze informatie is het mogelijk dat wij liever beginnen met een training voor teamleiders of een presentatie voor het management dan direct met basiscursussen voor de verzorgenden. Cursussen kunnen immers verwachtingen scheppen en daarop moet zijn geanticipeerd.

Deze aanpak noemen we het Model voor Adaptieve Implementatie van Belevingsgerichte Zorg. Dit model is aangepast aan de ontvangende organisatie, waarbij we gebruik maken van gestandaardiseerde methoden maar zo nodig ook nieuwe ontwerpen. Onze voorkeur gaat

ernaar uit dat de instelling medeontwerper is van het uiteindelijke plan en dat het management er vierkant achter staat. Er moet feitelijk een coalitie zijn tussen management, middenkader en uitvoerenden. Daarom adviseren wij de organisatie om een projectstructuur op te zetten en via een stuurgroep, projectgroep en werkgroepen op alle niveaus mee te denken over de manier waarop geïntegreerde belevingsgerichte zorg daadwerkelijk kan worden geïmplementeerd. Invoeren kost veel energie, maar de beloning volgt als de verzorgenden enthousiast vertellen dat ze meer ruimte ervaren om aandacht te geven aan bewoners en als bewoners en familieleden vertellen dat er echt iets is veranderd.

*Cora van der Kooij en Peter Hoveling zijn beiden werkzaam bij het IMOZ, het Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk te Apeldoorn, de eerste als hoofd van de afdeling Ontwikkeling en Onderzoek, de tweede als directeur.*

### MEER INFORMATIE?

IMOZ, Anklaarse weg 91, 7316 MC Apeldoorn, tel.: (055) 576 16 15, e-mail: [stichting@IMOZ.nl](mailto:stichting@IMOZ.nl), website: [www.IMOZ.nl](http://www.IMOZ.nl).

Op 12 november 2002 organiseert het IMOZ een congres over de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg in verpleeghuis, verzorgingshuis, transmurale zorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Plaats: De Reehorst te Ede. De congresorganisatie is in handen van Prismant, tel.: (030) 234 58 42, e-mail: [congressen@prismant.nl](mailto:congressen@prismant.nl).

*Het werk van verzorgenden wordt gemakkelijker en leuker als ze in staat zijn bewoners met elkaar in contact te brengen en daarbij zelf een bindende factor te zijn*