

**Belevingsgerichte Zorg**  
**voor**  
**Verstandelijk Gehandicapten**  
**met**  
**Moeilijk Verstaanbaar Gedrag.**

*“Moeilijk verstaanbaar gedrag;  
leren beleven in plaats van overleven .....*”

## Inhoudsopgave

1. Inleiding.
2. Belevingsgerichte Zorg binnen De Twentse Zorgcentra
  - 2.1 Achtergrond
  - 2.2 Nader onderzoek
  - 2.3 Deskundigheid
  - 2.4 Waarnemingen project BELEEFD binnen de Twentse Zorgcentra
3. Belevingsgerichte Zorg in Nederland
  - 3.1 Verschijningsvormen
  - 3.2 Aspecten
  - 3.3 Enkele definities
  - 3.4 Onderzoek
4. Constateringen / Suggesties e.d. voor nadere verkenning.
  - 4.1. Constateringen.
  - 4.2. Suggesties voor nadere verkenning.
  - 4.3. Investeren in BELEEFD.
  - 4.4. Bedrijfseconomische aspecten en effecten BELEEFD.
  - 4.5. Financiering / Subsidies BELEEFD.

Bijlage: Publicaties / Bronnen / Sleutelpersonen / Literatuur verwijzingen e.d..

## **1. Inleiding.**

In de media wordt regelmatig het beeld naar voren gebracht dat de afgelopen decennia landelijk de kosten van de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) blijven toenemen. Deze stijging van de kosten lijkt nog niet gepaard te gaan met een evenredige toename van de tevredenheid van de patiënt /cliënt. Cliënten ervaren een verzakelijking terwijl zij juist behoefte hebben aan zorg die nauw aansluit bij de individuele wensen en mogelijkheden. Voor zorginstellingen ligt er een uitdaging om de kostenstijging meer in de hand te krijgen en tegelijkertijd vooral de zorgbeleving van de cliënt positief te laten ontwikkelen. Anders gezegd: kunnen zij meer bereiken met minder middelen?

Op relatief kleine schaal wordt binnen De Twentse Zorgcentra (zorg- en dienstverlening aan verstandelijk gehandicapten) al een aantal jaren gewerkt met zogenoemde 'belevingsgerichte zorg'. Het betreft een methode van werken waarbij de belevingswereld van de client het uitgangspunt is voor het handelen van de medewerker. Ervaringen van cliënten, cliëntvertegenwoordigers en medewerkers leren ons dat deze wijze van zorgverlening ons kan helpen om enerzijds te werken aan het verhogen van cliënt- en medewerkertevredenheid en anderzijds de kosten beter te beheersen.

In deze factsheet zoeken we een antwoord op de vraag voor DE TWENTSE ZORGCENTRA of, en zo ja, in welke vorm belevingsgerichte zorg in de organisatie een bredere toepassing rechtvaardigt. Verder willen we in deze sheet onze ervaringen met deze methodiek voor onszelf beter in kaart brengen en tegelijkertijd willen we zo onze ervaringen kunnen delen met andere partijen bij de zorg. In §2 schetsen wij de ervaringen met belevingsgerichte zorg bij De Twentse Zorgcentra. In §3 beschrijven wij de resultaten van een websearch naar Belevingsgerichte Zorg in Nederland en geven wij onder andere weer hoe in de gevonden literatuur belevingsgerichte zorg zoal wordt gedefinieerd. Enkele constatering en overwegingen voor nader onderzoek passeren in §4 de revue. In de bijlage treft u een overzicht<sup>1</sup> aan van publicaties en literatuur over het onderwerp. Tot slot merken we op dat we deze factsheet zien als een groeidocument wat groeit naar mate we meer kennis en ervaringen opdoen met belevingsgerichte zorg.

## **2. Belevingsgerichte zorg binnen de Twentse Zorgcentra**

### **2.1 Achtergrond.**

In 2006 is op 't Bouwhuis (onderdeel van De Twentse Zorgcentra) een begin gemaakt met Belevingsgerichte Zorg. Een aanleiding was de stijgende zorgzwaarte en de tegelijkertijd groeiende ongerustheid bij cliënten / vertegenwoordigers en medewerkers over de kwaliteit van zorg- en dienstverlening. Het aantal klachten over de zorg in het algemeen liet een stijging zien en op een aantal woongroepen voor cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag nam gedragsproblematiek, zoals agressie, terugtrekken, apathie, destructie, psychosomatische klachten en zelfverwonding toe.

Een belangrijk aspect daarbij was dat medewerkers in deze situaties een bovengemiddelde psychische en emotionele belasting begonnen te ervaren. Gevoelens van onmacht en frustratie lieten zich eerder manifesteren. De beleving bij medewerkers van enerzijds veel investeren en anderzijds weinig voortgang te boeken groeide. Medewerkers kregen meer het gevoel bezig te zijn met 'overleven' dan met 'beleven'. Het, zoals ze zelf noemen, 'morele besef' verantwoordelijk te zijn voor tevredenheid van cliënt en -vertegenwoordiger en daarin tekort te schieten werd groter.

Een van de gevolgen was dat de kwantitatieve inzet van personeel meer werd geconcentreerd rondom cliënten waarbij een toename van gedragsproblematiek aan de orde was. Dat resulteerde in die situaties aanvankelijk in minder uren voor de overige cliënten. Anders gezegd er werden soms uren verschoven zonder structurele aanpak. Vaker nog leidde het tot een toename van het totaal aantal uren op betreffende groepen. Zodanig zelfs dat de beschikbare middelen ruimschoots werden overschreden.

---

<sup>1</sup> Wij hebben niet de pretentie volledig te zijn.

Verder werden meer middelen of maatregelen in het kader de van Wet Bijzonder Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) toegepast om de agressie te behandelen en de veiligheid van cliënten zelf, van medebewoners en van medewerkers te kunnen blijven waarborgen. In de rapportages van onze middelen of maatregelen namen we een toename waar van het gebruik van medicatie, fixatie en afzondering. En als gevolg daarvan stegen de investeringen met betrekking tot aanpassingen van woningen en nam het gebruik van verpleegkundige hulpmiddelen toe.

Kortom medewerkers verleenden zorg die steeds minder leek aan te sluiten op de zorgvraag, wat in een aantal gevallen zelfs had geleid tot een toename van agressie bij cliënten. Medewerkers bleken vooral moeite te hebben om die aansluiting op de zorgvraag goed te realiseren, het gedrag van de cliënt was immers moeilijk tot zeer moeilijk verstaanbaar.

Wat te doen? Hoewel de financiële situatie van de instelling in 2006 nog niet goed was, werd op verzoek van een enkele woongroep besloten om op beperkte schaal budget vrij te maken voor het investeren in de ontwikkeling van de kwaliteit van deze specifieke zorg. In het overleg van zorgmedewerkers, behandelaren en op enig moment ook met consultants van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) werd geopteerd voor een combinatie van twee vormen van Belevingsgerichte Zorg. Gekozen werd voor een aanpak met haptonomie en sensomotorische integratie therapie. De medewerkers van de teams waar dit werd toegepast werden vervolgens getraind in het (gezamenlijk) beter leren onderkennen en verstaan van het moeilijk verstaanbare gedrag van de cliënt.

Uit de evaluaties bleek dat de eerste ervaringen positief waren. Men constateerde een betere aansluiting van medewerkers bij bewoners, een afname van agressie-incidenten, een afname van klachten, een vermindering van het gebruik van middelen of maatregelen, een afname van extra personele inzet, een daling van het ziekteverzuim, een voorzichtige daling van de personele kosten, en op de langere termijn een verbetering van cliënt- / vertegenwoordigertevredenheid, een verbetering van de medewerkertevredenheid.

## **2.2 Nader onderzoek**

In deze paragraaf wordt in het kort ingegaan op de nieuwe aanpak, vorm gegeven in het project BELEEFD en het nadere onderzoek dat in dit kader is uitgevoerd.

### *Project BELEEFD*

Op 't Bouwhuis in Enschede werd in 2006 gekozen voor het trainen van medewerkers in Belevingsgericht Zorg. Daarvoor werd de werktitel "BELEEFD" gelanceerd. Een titel die intern direct tot de verbeelding sprak en daarmee al aardig ingeburgerd raakte. BELEEFD roept immers enerzijds op dat het om een voorkomende / beleefder vorm van zorg- en dienstverlening gaat en anderzijds dat men het contact medewerker / cliënt op een andere manier beleeft. Belevingsgericht wil zeggen, gericht op de beleving van de cliënt. Bij belevingsgericht denken we bijvoorbeeld aan het bieden van troost, het gevoel van veiligheid, het geven van hoop en het geven van aandacht. De mate van het succesvol benaderen van de beleving van de cliënt bepaalt in hoge mate het effect van de zorg- en dienstverlening.

Belevingsgerichte zorg in Nederland kent diverse verschijningsvormen en combinaties ervan. Gelet op de binnen 't Bouwhuis beoogde doelgroep cliënten met moeilijk tot zeer moeilijk verstaanbaar gedrag werd bij BELEEFD gekozen voor een behandelcombinatie met haptonomie en sensomotorische integratie.

Het project BELEEFD kan als volgt worden omschreven:

*“BELEEFD’ is een intern scholingstraject van de Twentse Zorgcentra en is ontwikkeld voor teams van begeleiders die te maken hebben met cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag. Het traject tracht naar het creëren van eenduidigheid in het kijken naar waarneembaar gedrag om van daaruit te komen tot het optimaliseren van afgestemd handelen.”*

In de periode 2006-2010 hebben enkele tientallen medewerkers van De Twentse Zorgcentra aan het project deelgenomen en schetsen zij de volgende ervaringen:

- Territorium cliënt; het ervaren van afstand en van nabijheid.
- Het effect van het handelen van de medewerker op de cliënt ("anders leren kijken naar de cliënt en jezelf").
- Reflectie op functioneren; zoals voor anderen aanspreekbaar zijn op eigen gedrag en handelen
- Het effect van de beperkingen (verstandelijke handicap vaak in combinatie met zintuiglijke handicap) van de cliënt op het leren verstaan van het gedrag van de cliënt.
- De mogelijkheid om het tempo van zorg- en dienstverlening aan te passen aan dat van de cliënt (het durven loslaten van de "klok").
- Het in kaart brengen van de verschillende alertheidfasen van de cliënt.
- Leren kijken naar alle signalen van de cliënt en daar de zorg op afstemmen.
- Het meer volgen in plaats van het sturen van de cliënt.
- Het durven loslaten van "oude zorgpatronen".
- De mate waarin de cliënt invloed wordt gegeven op het eigen leven.
- Mate en wijze van betrokkenheid van cliëntvertegenwoordiging.

#### *Nadere verdieping project BELEEFD met oog op ontwikkeling effectmeting*

Gelet op de ervaringen van de medewerkers heeft De Twentse Zorgcentra ingezien dat een nadere verdieping zinvol is. Twee afstudeerders hebben zich vervolgens op verzoek van de leiding van De Twentse Zorgcentra met oog op effectmeting nader verdiept in het lopende project "BELEEFD" en met name gekeken naar wat onder de begrippen 'Sensomotorische Integratie' en 'Haptonomie' moet worden verstaan.

#### *"Haptonomie en 'BELEEFD'*

*Tijdens de trainingen van project 'BELEEFD' staat de eigen beleving van de deelnemers centraal. Door middel van oefeningen uit de haptonomie wordt getracht het inzicht van het eigen gevoel te vergroten en te herkennen. Door zelf bewust te worden van het eigen voelen en beleven kan er een stap worden gezet naar de belevingswereld van de cliënt. Door middel van videomateriaal en coaching wordt het leren kijken naar (lichaams-)signalen van de cliënten ontwikkeld. Wat laat de cliënt zien en wanneer is er wel of juist geen contact. De doelstellingen die vanuit de haptonomie bij 'BELEEFD' worden behandeld zijn:*

- *Kennis maken met de haptonomie en verdieping hierin.*
- *Het ervaren van de haptonomische fenomenen.*
- *Het herkennen van deze fenomenen bij jezelf en de cliënt.*
- *Het bewust worden van de gevoelens van anderen tijdens je werk.*

*De voedingsbodem van de haptonomie omvat meer het ervaren van het gevoelsleven dan een vastgestelde wetenschappelijke theorie en hier ligt ook de focus van de training. Het bewust worden en herkennen van je eigen gevoelsreactie en 'ervaren' van wat dit teweeg kan brengen en hoe je hiermee om kunt gaan. Het doel is om de begeleiders van cliënten anders te leren kijken naar de cliënt, het gevoel van de cliënt en het eigen gevoel. Om dit te bereiken worden er oefeningen en theorie over haptonomie aangeboden binnen het scholingstraject.*

*Sensomotorische integratie en 'BELEEFD'.*

*Binnen het scholingstraject van 'BELEEFD' wordt er vanuit de sensomotorische integratie voornamelijk gekeken naar alertheid. Hierbij wordt vooral de koppeling tussen sensomotorische integratie en alertheid besproken. De alertheid van de cliënt wordt besproken aan de hand van verschillende alertheidsfasen. Deze fasen worden in het traject weergegeven op de eerder besproken alertheidskaart. Er wordt de deelnemers aan het traject aangeleerd om de verschillende fasen te herkennen en om hier betekenis aan te verlenen. Dit leren herkennen van verschillende fasen wordt gedaan aan de hand van videomateriaal dat wordt besproken tijdens de verschillende trainingsmomenten. Zo wordt er op een praktische manier omgegaan met de informatie die wordt verstrekt over sensomotorische integratie en daarbij alertheid.*

*Daarnaast komt de normale ontwikkeling van de integratie van het zintuigstelsel aan bod in vergelijking met de afwijkingen die hierin kunnen voorkomen. Ook dit wordt besproken aan de hand van casuïstiek.*

*Er wordt gekeken naar over- en ondergevoeligheid, regulering en beleving.*

*De onderdelen die dan ook voornamelijk naar voren komen wat betreft sensomotorische integratie zijn als volgt:*

- *Alertheid en het interpreteren van waarneembaar gedrag aan de hand van alertheidsfasen.*
- *Normale ontwikkeling van integratie van zintuigsystemen versus afwijkingen hierin.*
- *Onder- en overgevoeligheid.*
- *Regulering en beleving.”<sup>2</sup>*

#### *Interviewmethodiek*

De verdere verdieping van het project BELEEFD heeft onder meer een voorstel voor een effectmetinginstrument opgeleverd. Dit instrument bestaat uit een format voor interviews voor cliënt / -vertegenwoordiger en medewerker. In de interviews wordt getracht de effecten van handelingen in het kader van BELEEFD op het gedrag van de cliënt in kaart te brengen.

In het vervolg op het afstudeertraject van Joelle van Beek & Floortje Heij hebben Kim Nieuwenhuis en Wendie Semmekrot<sup>3</sup> de interview methodiek doorontwikkeld. Nieuwenhuis en Semmekrot beschouwen BELEEFD, “als een interventietraject op maat voor teams die meer eenduidig willen kijken naar de vraag van de cliënt. Het interventietraject wordt nu voornamelijk nog toegepast voor de cliënt met moeilijk verstaanbaar gedrag maar lijkt in de kern toepasbaar voor een bredere doelgroep”.

Deskundigheid van de begeleider maar zeker ook betrokkenheid van begeleider bij de cliënt spelen een voorname rol. De Twentse Zorgcentra<sup>4</sup> en Universiteit Twente werken in 2011 aan het beschrijven van de wijze waarop hierin kan worden begeleid.

#### *Invloed medicatie op gedrag.*

De Twentse Zorgcentra<sup>5</sup> werkt samen met Universiteit Utrecht aan een onderzoek naar de invloed van medicatie op het gedrag van de cliënt.

---

<sup>2</sup> Joelle van Beek & Floortje Heij. PDW afstudeerscriptie Project 'BELEEFD' - De Twentse Zorgcentra, 2010.

<sup>3</sup> Kim Nieuwenhuis & Wendie Semmekrot (Hogeschool Arnhem - Nijmegen Opleiding Pedagogiek) afstudeerpresentatie, De Twentse Zorgcentra, 2011.

<sup>4</sup> Anky Froma, manager Dienst Behandelzaken en Zorgondersteuning, Joyce Jacobs, manager regio Losser, Rene Brands, clustermanager regio Losser en Leo Mulder, Haptonoom regio Losser, 2011

<sup>5</sup> Anky Froma, Manager Dienst Behandelzaken en Zorgondersteuning, 2011

### 2.3 Deskundigheid

Uit de trainingen die in het kader van het project aan medewerkers zijn gegeven, constateerden we dat er baat is bij bepaalde soorten deskundigheid. Zoals beschreven in de vorige paragraaf is in de methodiek van BELEEFD gekozen voor een behandelcombinatie haptonomie en sensomotorische integratie. Behandeldeskundigen in o.a. Fysiotherapie, Haptonomie, Logopedie en Orthopedagogiek vormen bij BELEEFD een belangrijke schakel in het trainen van de begeleiders. Naar de mate van verstandelijke beperking, vaak gecombineerd met andere beperkingen en /of stoornissen communiceert de cliënt relatief meer non-verbaal. De genoemde behandelaren zijn hierin mede geschoold en helpen de zorgmedewerkers (agogisch medewerkers, begeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen) zich hierin verder te ontwikkelen. De behandelaren werken, zoals gesteld, vanuit sensomotorische integratie, haptonomie met behulp van CEP / SGZ<sup>6</sup> alertheidniveaumetingen en videoanalyse.

Een van de uitkomsten van het project is dat een belangrijke competentie voor behandelaren en medewerkers de reflectievaardigheid is. Zelfreflectie, verantwoord reflectie geven en ontvangen is door elke medewerker afzonderlijk maar ook door het team als cruciaal ervaren. Reflectie is het middel om zelf en van elkaar te leren hoe de zorg beter kan worden verleend. Goede reflectie leert medewerkers immers beter oog en oor te krijgen voor hoe de cliënt de zorgverlening beleeft. Als men die kern eenmaal te pakken heeft kan men adequater inspelen op de zorgvraag van de cliënt.

Medewerkers met belangstelling voor BELEEFD kunnen zich eerst bij afdeling opleidingen aanmelden voor een kennismaking met de verschillende vormen van belevingsgerichte zorg. De training BELEEFD wordt vervolgens voornamelijk op aangegeven van de zorgvraag van een cliënt of een aantal cliënten gegeven aan alle medewerkers van het betreffende team.

### 2.4 Waarnemingen project BELEEFD binnen de Twentse Zorgcentra

In kader van het project zijn waarnemingen gedaan op diverse niveaus, namelijk: cliënt, medewerker en organisatie.

#### *Cliënt*

- Bieden van meer rust en veiligheid voor cliënt
- Beleving van minder chaos en angst bij cliënt en medewerker.
- Afname van agressie bij cliënten.
- Afname of minder zware toepassing van (vrijheidbeperkende) middelen of maatregelen zoals minder of lichtere medicatie; het toepassen van fixaties alleen nog bij onveiligheid / onoverzichtelijkheid cliënt i.p.v. bij onmacht / onveiligheid medewerkers; verandering in de mate en wijze van fixaties; minder gebruik van Zweedse Band en meer gebruik van alternatieve middelen (zoals een aangepaste op maat gemaakte "slaapzak").
- Toename betrokkenheid cliëntvertegenwoordigers.
- Toename van cliënt / vertegenwoordiger tevredenheid.

#### *Medewerker*

- Afnemend aantal meldingen Fouten Ongelukken of Bijna Ongelukken (FOBO's).
- Afname ziekteverzuim personeel = minder vervangende medewerkers = minder "vreemde" gezichten voor de cliënt.
- Gevoel bij medewerkers verantwoordelijkheid naar behoren te kunnen dragen.

---

<sup>6</sup> Storend Gedragsschaal Zwakzinnigen (SGZ) - Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP), NJI ,2011. SGZ bestaat uit 32 items betreffende gedrag, onderverdeeld in drie subschalen: Agressief storend gedrag (SGZ-A, 8 items), Verbaal storend gedrag (SGZ-V, 5 items) en Gemengd storend gedrag (SGZ-G, 19 items)

- Afname gevoel van onveiligheid.
- Toename medewerkertevredenheid.
- Meer beleven in plaats van overleven.

#### *Organisatie*

- Betere beheersing personele kosten.
- Betere beheersing kosten voor faciliteiten en gebouwen
- Betere beheersing kosten voor medicatie
- Betere beheersing kosten voor verpleegkundige artikelen

De vraag die wij ons vervolgens gesteld hebben is: zijn er in Nederland ook ervaringen met belevingsgerichte zorg opgedaan en zo ja, welke. In de volgende paragraaf beschrijven wij wat we hebben gevonden.

### **3. Belevingsgerichte Zorg in Nederland.**

Een websearch naar het onderwerp Belevingsgerichte Zorg in Nederland (voorjaar 2011) laat zien dat het begrip van Belevingsgerichte Zorg niet of nagenoeg niet voorkomt in het vocabulaire van mogelijk relevante organisaties bij de zorg, zoals: het Ministerie van VWS, De Nationale Zorg Autoriteit (NZA), Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Vereniging voor Gehandicapten Nederland (VGN), kenniscentrum voor langdurige zorg VILANS, KANS+ en overige cliënt-/vertegenwoordigers belangen verenigingen/federaties, Landelijk Kennis Centrum LVG, MEE, ACTIZ, Universiteiten etc.. Hoewel bekend is dat VWS de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg op diverse manieren stimuleert en ondersteunt via subsidies laat een zoekopdracht op de website van dit Ministerie naar de term Belevingsgerichte Zorg nog geen directe en concrete hits zien.

De search leert ons verder dat op landelijke schaal een beperkt aantal organisaties in en om de zorg (zorg in de breedste zin van het woord) met het onderwerp Belevingsgerichte Zorg in meer of mindere mate bezig is. Het gaat hier om een aantal training- en adviesbureaus, een aantal instellingen, enkele ROC- en HBO-opleidingen, een van de vijf CCE's en een van de zorgkantoren die online uiting geven van hun betrokkenheid bij Belevingsgerichte Zorg.

In de onderstaande paragrafen beschrijven we de verschillende verschijningsvormen van Belevingsgerichte Zorg die we hebben waargenomen (§3.1), de verschillende aspecten van Belevingsgericht Zorg (§3.2), enkele definities van Belevingsgerichte Zorg (§3.3) en oriënteren we ons op onderzoek in dit kader (§3.4).

#### **3.1 Verschijningsvormen van Belevingsgerichte Zorg**

De websearch geeft ons de indruk dat Belevingsgerichte Zorg een containerbegrip van uiteenlopende vormen van zorg is. Hieronder een opsomming en beschrijving van vormen van Belevingsgerichte Zorg zoals deze in Nederland voorkomen. Het gaat daarbij in belangrijke mate om vormen van zorgmethodiek ter verbetering of ondersteuning van begeleiding en verzorging.

“RO (Realiteits Oriëntatie).

Oorsprong: door het besteden van systematische aandacht aan geheugen- en oriëntatieoefening wordt getracht eventuele achteruitgang ten aanzien van deze functies af te remmen. Wordt tegenwoordig ruimer toegepast als vorm van zintuigprikkeling.”<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)



“Warme Zorg.

Door de achteruitgang in het geheugen verliezen dementerenden de grip op het hier-en-nu wat angst en gevoelens van onzekerheid met zich meebrengt. Warme zorg probeert door een aangepaste en zo veel mogelijk vertrouwd overkomende omgeving en begeleiding, deze gevoelens te voorkomen of op te vangen.”<sup>8</sup>

“Valideren.

Gebaseerd op de theorie van de ontwikkelingstaken (Ericson), bekend geworden door Naomie Feil. Ieder mens komt in zijn leven in bepaalde ontwikkelingsfasen. Bekend is het model van stadia in het proces van dementie: ‘het bedreigde ik’ ‘het verdwaalde ik’ ‘het verzonken ik’. Nader uitgewerkt in problemen die met deze stadia samenhangen zowel op cognitief als fysiek niveau. Doel: contact krijgen met cliënt en bevestigen van zijn leefwereld.”<sup>9</sup>

“Zintuiglijke Activering (Snoezelen).

Oorspronkelijk en meest bekend vanuit de zorg voor geestelijk gehandicapten. Kern: wanneer verbaal/ rationeel contact moeilijk is blijven altijd stimulansen via zintuigen mogelijk: geluid, licht, reuk, tast. Doel: bevorderen van prettige gevoelens, of: verminderen van angst.”<sup>10</sup>

Verkaik c.s.<sup>11</sup>:

- “there is some evidence that Multi Sensory Stimulation / Snoezelen in a Multi Sensory room reduces apathy in people in the latter phases of dementia;
- the aim of Multi Sensory Stimulation / Snoezelen is to maintain or improve contact with demented people and tot improve their well-being by positive stimulation of their sense (visual, auditory, tactile, olfactory an gustatory stimulation)”.

“Psychomotorische Therapieën.

Door middel van bewegen en spel worden cognitieve functies en sociale contacten gestimuleerd. Voorop staat het beleven van plezier en van daaruit de onbewuste oefening. Sommige van deze therapieën kennen een uitgebreide theoretische achtergrond. Het BAP bestaat uit een groot aantal gestructureerde oefeningen.”<sup>12</sup>

Verkaik c.s.<sup>13</sup>.

- There is also limited evidence that Psychomotor Therapy Groups reduce aggression in a specific group of nursing home residents diagnosed with probable Alzheimer’s Disease.”

“Reminiscentie. Gericht op het stimuleren en ophalen van herinneringen. Met elkaar praten over thema’s uit het leven van vroeger, het bekijken van oude voorwerpen. Zo wordt het geheugen geprikkeld, worden sociale contacten gestimuleerd en de eigen identiteit versterkt.”<sup>14</sup>

---

<sup>8</sup> Idem

<sup>9</sup> Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Renate Verkaik, Julia C.M. van Weert and Anneke L. Francke, Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research), Utrecht, The Netherlands, Publicatie in International Journal of Geriatric Psychiatry, 2005; 20: 301-314, published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)). DOI: 10.1002/gps.1279

<sup>12</sup> Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)

<sup>13</sup> Renate Verkaik, Julia C.M. van Weert and Anneke L. Francke, Nivel (Netherlands Institute for Health Services Research), Utrecht, The Netherlands, Publicatie in International Journal of Geriatric Psychiatry, 2005; 20: 301-314, published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)). DOI: 10.1002/gps.1279

<sup>14</sup> Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)

“Levensboeken.

Door met een individuele oudere of diens familie een levensboek samen te stellen, kan beter worden aangesloten op de leefwereld van de cliënt. Doel is herkenning, contact leggen en het verminderen van gevoelens van angst.”<sup>15</sup>

“PDL.

Passiviteiten van het dagelijks leven ook wel afgekort als PDL, wordt toegepast bij cliënten die niet meer in staat zijn om zichzelf te verplaatsen. Door hun passiviteit is de kans op doorligplekken en verstijving van spieren groot. Om deze negatieve gevolgen zoveel mogelijk tegen te gaan, worden bij PDL speciale voorzieningen getroffen en speciale handelingen verricht. Op deze manier probeert men deze cliënten te laten ontspannen en het leefklimaat voor hen zo aangenaam mogelijk te maken. PDL is ontstaan vanuit de gedachte dat deze cliënten niet zo nodig meer geactiveerd hoeven te worden. De cliënt wordt geaccepteerd in al zijn beperkingen en er wordt uitgegaan van de mogelijkheden die er nog zijn. Zij hoeven niet meer zelf mee te helpen bij de zorg, krijgen alle aandacht van de verzorgenden en worden in bed ‘vertroeteld’ in een rustige sfeer.”<sup>16</sup>

“PDL (Passiviteiten van het Dagelijks Leven).

Is een vorm van belevingsgericht zorg. PDL richt zich op cliënten met een grote of volledige zorgafhankelijkheid en is gebaseerd op een biopsychosociaal model. Ze gaat uit van de wensen en beleving van de cliënt en heeft tot doel stabilisatie, het omgaan met beperkingen waarvoor geen herstel mogelijk is en het maximaal gebruiken van restactiviteit. Ze wordt verricht door professionele zorgverleners met specifieke deskundigheid en vaardigheden die gedeeltelijk of volledig de zelfzorgactiviteiten van het dagelijks leven overnemen van de cliënt. Bij PDL worden zorgsituaties waarin de zelfzorgactiviteiten plaatsvinden beschreven als PDL – factoren te weten: liggen, zitten, gewassen worden, gekleed worden, verschoond worden verplaatst worden en gevoed worden.”<sup>17</sup>

“Sensomotorische Integratie

“De zorg behandelvorm Sensomotorische Integratie of Sensorische integratie wordt in het boek *Uit de pas* van Carol Stock Kranowitz (Amsterdam, 2008) beschreven als het vermogen om informatie uit de wereld om ons heen en vanuit ons eigen lichaam op te nemen, te selecteren en de verschillende stukjes informatie met elkaar te verbinden, zodat we er op een adequate manier op kunnen reageren.”<sup>18</sup>

“Haptonomie

Belangrijke kernelementen van de haptonomie zijn de tastzin en de gerichte aandacht. Haptonomie bestaat uit de Griekse woorden hapsis en nomos. Hapsis staat voor het voelen, de tast, gevoelsbeleving en is weer afgeleid van het werkwoord haptēin: ik raak aan, ik neem (tactiel) contact op. Nomos betekent beschrijving van een aangetroffen wetmatigheid. Haptonomie richt zich op het gevoel en het gedrag daarop, ofwel de affectiviteit. Hierdoor ligt de nadruk bij deze wetenschap niet op de theorie over haptonomie, maar op het ervaren van gevoelens”.<sup>19</sup>

---

<sup>15</sup> Idem

<sup>16</sup> Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG)

<sup>17</sup> Uit WIKI FYSIO.

<sup>18</sup> Joelle van Beek & Floortje Heij. PDW afstudeerscriptie Project ‘BELEEFD’ - De Twentse Zorgcentra, 2010.

<sup>19</sup> Idem

*Belevingsgericht Werken, Kernwaarden PaletGroep<sup>20</sup>*

- De klant houdt **regie** over de eigen omstandigheden,
- Beslissingen daarover worden genomen in **gezamenlijkheid**,
- **Gelijkwaardigheid** is daarbij het uitgangspunt,
- Er is sprake van **gepastheid** binnen de relatie klant en medewerker.

Basale Stimulatie, Geerits c.s.<sup>21</sup>.

“Is gericht op het stimuleren van waarneming, beweging en communicatie bij mensen die zelf niet voldoende in staat zijn tot interactie” Basale Stimulatie is een werkwijze die zich richt op mensen met die beperkingen die de eigen activiteit zeer aanzienlijk belemmeren. Het wil het gebrek aan zelf ervaren, zelf bewegen, en de reactie op de omgeving compenseren. Basale Stimulatie kan als werkwijze gebruikt worden in de dagelijkse omgang, lichamelijke verzorging en begeleiding van mensen met een ernstige meervoudige beperking. Het beantwoordt dus zeer aan de eerste twee basisbehoeften van de mens: **het vermijden van honger, dorst en pijn** (zie daarvoor checklist ‘Fysieke Welzijn’ in bijlage 1), en de **behoefte aan aansporing, afwisseling en beweging**

Gentle Teaching<sup>22</sup>.

Ieder mens verlangt naar companionship, een relatie die gebaseerd is op vier pijlers.

Je voelt je veilig bij de ander

Je voelt je geliefd door de ander

Je voelt je liefdevol ten opzicht van de ander

Je voelt je verbonden met de ander

Gentle teaching is een benaderingswijze in de hulpverlening aan mensen met bijzondere kwetsbaarheden, waarbij het ontwikkelen van companionship een centrale plaats heeft. We doen dit om een aantal goede redenen:

- De eerste en meest belangrijke reden is dat we van mening zijn dat iedereen er recht op heeft zich veilig en geliefd te voelen. Als de cliënt deze gevoelens niet ervaart in de relatie met de hulpverlener, zullen we daar dus mee beginnen.
- De tweede reden is dat deze relatie nodig is om de cliënt daadwerkelijk te kunnen ondersteunen als deze zich emotioneel of psychisch niet goed voelt. Als we de cliënt dan niet kunnen bereiken kan deze zich verliezen in zijn stress en dit uiten met gedrag waar mee hij zichzelf of anderen schaadt.
- De derde reden is dat we weten dat veel gedrag dat door de omgeving als ongewenst wordt gezien, veroorzaakt wordt door angst en onzekerheid. Companionship maakt het mogelijk om deze angst en onzekerheid te verminderen en daarmee ‘ongewenst’ gedrag te voorkomen.

1

### 3.2 Aspecten

<sup>20</sup> Palet Groep, Zorginstelling in Friesland voor Ouderenzorg, 2011

<sup>21</sup> Liesbeth Geerits, Ellen Langenkamp en Lianne Bongers, Reader “BASALE STIMULATIE IN DE PRAKTIJK”, , November 2006.

<sup>22</sup> [www.gentleteaching.nl](http://www.gentleteaching.nl) 2011

Uit de websearch kunnen we vaststellen dat Belevingsgerichte Zorg nog een aantal belangrijke aspecten kent. Hieronder beschrijven we de aspecten aantrekkingskracht, competenties en deskundigheid met betrekking tot Belevingsgerichte Zorg.

#### *Belevingsgerichte Zorg als aantrekkingskracht*

De indruk bestaat dat Belevingsgerichte Zorg bij enkele zorginstellingen eerst en vooral vermeld wordt om een zekere aantrekkingskracht uit te oefenen op potentiële cliënten/vertegenwoordigers. Het is denkbaar dat men Belevingsgerichte Zorg als een 'unique selling point' ziet wat bepaalde doelgroepen aanspreekt.

Uit de websearch blijkt dat een aantal zorginstellingen melding maakt van Belevingsgerichte Zorg c.q. deze aanprijst. Sommige omschrijven deze zorgvorm nader, maar nog weinig zorginstellingen maken duidelijk wat het precies inhoudt en wat de effecten hiervan zijn. De zorginstellingen die aangeven met Belevingsgerichte Zorg te werken zijn voor het overgrote deel actief in de verpleging, verzorging en thuiszorg (V. V. & T.). Het accent daarbij ligt op de zorgdoelgroep ouderen / dementerenden. Voor andere zorgsectoren hebben wij in onze websearch niet of nauwelijks kunnen vaststellen of, en zo ja, in welke mate er Belevingsgerichte Zorg wordt verleend.

Een voorbeeld. Eén van de zorginstellingen in de sector thuiszorg die een vorm van Belevingsgerichte Zorg verleend is ZorgSaam. Deze zorgaanbieder past naar verluidt deze zorgvorm integraal en in de hele organisatie toe. Opvallend is dat ZorgSaam aangeeft er voor te hebben gekozen om de basisprincipes van Belevingsgerichte Zorg in alle disciplines van de organisatie naar voren te laten komen. Dus niet alleen aan het front waar de medewerker zorg verleent aan cliënt, maar óók bij de leidinggevenden, bij stafmedewerkers en bij andere medewerkers zoals van de ondersteunende diensten. Kortom een brede geïntegreerde implementatie van Belevingsgerichte Zorg. Voor zover uit de websearch blijkt, is ZorgSaam een van de weinige zorginstellingen waar Belevingsgerichte Zorg al zo ver is geïntroduceerd.

#### *Belevingsgerichte Zorg en de eisen aan de medewerker*

"Belevingsgerichte Zorg stelt andere eisen aan medewerkers: competenties actief luisteren, reflecteren en loslaten van oude gedragpatronen" (Belevingsgericht hulpverlening in de thuiszorgpraktijk – NIZW (thans Vilans)). Dat is wat destijds al door het toenmalige NIZW werd opgemerkt. Als een instelling overstapt op meer Belevingsgerichte Zorg dan is het, afhankelijk uiteraard van de schaalgrootte van de toepassing van belang, dat het personeelsbeleid hierop wordt afgestemd.

#### *Belevingsgerichte Zorg en deskundigheid volgens sleutelpersonen.*

Hoe enkele sleutelpersonen uit de zorg voor verstandelijk beperkten over deskundigheid denken wordt hieronder geïllustreerd.

Wieringa<sup>23</sup>. "Het is niet zozeer de vraag welke deskundigheid heeft de cliënt nodig. Het is meer de vraag, welke persoon is de cliënt, wat heeft deze persoon nodig en welke persoon (medewerker) is er voor deze persoon .....

Wat zijn oorzaken van probleem gedrag? De factor angst bij de cliënt speelt een bepalende rol. Ook eenzaamheid van de cliënt draagt er aan bij. Werken aan angstreductie en vermindering van eenzaamheid liggen dan voor de hand.

Hoe zit het dan met angst bij de begeleider zelf? Is die er en hoe neem je die weg? Het begint met de click tussen cliënt en begeleider. Ook de omgeving van de begeleider is van invloed, bijvoorbeeld hoe wordt gekozen en hoe wordt begeleider door collega's ondersteunt. Dat een begeleider soms zelf ook enige angst heeft is evident, sterker nog, een beetje angst scherpt de waarneming.....

---

<sup>23</sup> Erwin Wieringa, Live web debat Vilans, 18 april 2011

En verder, vind de voorkeuren en belangstellingen van de persoon (cliënt) en sluit vervolgens aan bij deze voorkeuren en belangstellingen. Tot slot, blijf ervan doordrongen, probleem gedrag, het is niet normaal, spreek elkaar hier op aan.”

Embregts<sup>24</sup>. “professionaliteit zou een eigentijdse vorm kunnen zijn waarin menslievendheid gestalte krijgt, mits we professionaliteit niet verengen tot het opstellen van profielen, certificeringstrajecten en het volgen van protocollen en regels.” “wanneer ik verwijst naar competenties spreek ik zowel over kennis en vaardigheden als over de attitude en persoonlijkheid van beroepskrachten. Het opvangen van signalen van mensen met een verstandelijke beperking, deze juist te interpreteren en ernaar te handelen, vraagt om een combinatie van deze competenties.

Wat we vragen van deze beroepskracht is geen eenvoudige opgave: aandacht voor de hele mens achter de steeds grotere differentiatie aan zorgvragen, die door vele professionals vanuit hun eigen specialisme, vaak werkend vanuit verschillende organisaties, beantwoord worden. Deze constatering heeft niet alleen consequenties voor de praktijk, maar ook voor de opleidingen. Binnen de opleidingen is het van belang dat we:

- beroepskrachten bewust maken van de grenzen aan de formele zorg en het stijgende belang van informele zorg;
- kennis over sociale interventies aanreiken die informele zorg faciliteren;
- studenten stimuleren om te gaan samenwerken over de grenzen van hun eigen discipline
- teneinde de ontwikkeling te bevorderen van een integrale benadering van participatievraagstukken;
- studenten stimuleren om in markttermen te denken, hun meerwaarde te verkopen in
- een omgeving van lokaal sociaal beleid waar meer met aanbestedingen gewerkt gaat worden.

Graag voeg ik daar nog een laatste, naar mijn mening belangrijkste, aandachtsgebied aan toe:

- studenten coachen in de noodzakelijke aandachtige betrokkenheid voor een verstandelijk beperkte persoon als geheel.

Echter, wanneer de professional de vakkundige competentie tot het hoogste en ultieme doel verheft, verliezen we de essentie uit het oog. Verrichtingen als diagnoses stellen, behandelen en verplegen gebeurt in een ruimer kader van de menselijke betrekking waarin de professional probeert iemand bij te staan. Dit laatste gebeurt vanuit menslievendheid en aandachtige betrokkenheid: betrokkenheid en bereidheid om kunde en kennis iedere dag opnieuw aan te wenden voor wie dan ook.

Nadruk ligt hier immers op het aangaan van een relatie en oprecht contact maken met een mens en pas vandaar uit handelingen of interventies uitvoeren.”

Post<sup>25</sup> benadrukt “het belang van een goede relatie tussen client en zorgverlener waarbij respect, naastenliefde en aandacht van belang zijn”.

‘Begeleider in beeld’<sup>26</sup>. “Gedragsproblemen zijn een veelvoorkomend verschijnsel in de zorg voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking. Naast het gegeven dat mensen met een lichte verstandelijke beperking een grotere kans hebben

---

<sup>24</sup> Prof. Dr. Petri Embregts, “Lectoraat ‘Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking’, Intreerede (in verkorte vorm) uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van lector ‘Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking’ aan de faculteit Gedrag, Gezondheid en Maatschappij van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen op 4 juni 2009”

<sup>25</sup> Prof. Doeke Post, De Derde Weg, 2009

op het ontwikkelen van gedrags- en psychische problemen, speelt ook de omgeving van deze mensen een rol bij het ontstaan en voortduren van deze problemen. Gedragsproblemen van cliënten hebben invloed op het emotionele welzijn en handelen van begeleiders. De training Begeleiders in Beeld richt zich op emotionele intelligentie en begeleidingsvaardigheden van begeleiders van cliënten met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblemen .....

..... hebben zich gericht op de relatie tussen stress en de persoonkenmerken van begeleiders die werken met mensen met een verstandelijke beperking (ongeacht het niveau van de beperking) en ernstige gedragsproblemen. Zij toonden aan dat begeleiders met een hogere emotionele intelligentie effectievere copingstrategieën hanteren in het omgaan met stressvolle situaties en minder burnout-klachten rapporteerden dan begeleiders met een lagere emotionele intelligentie”.

Vlaskamp methode<sup>27</sup>. .... De kracht van dit stappenplan zit overigens tevens in de interdisciplinaire opzet ervan: alle betrokken deskundigen moeten wel samenwerken .....

Hutschenmaekers. “Betere Zorg<sup>28</sup> .

- Gezondheidsraad: maak professionals tot probleemeigenaar.
- Kwaliteit van zorg is (mede) afhankelijk van hun inzet, hun expertise, hun keuzes en hun handelen;
- Zet professionals in hun kracht;
- *Verleid* ze tot voortdurende voorstuwende beweging tot nog betere zorg;
- *Verleid* ze tot leren.

Hoe zet je professionals in hun kracht?

- Gezondheidsraad (1): spreek professionals aan op hun professionaliteit.
- Gezondheidsraad(2): geef professionals toegang tot beschikbare evidence .....

Conclusies: het geheim van de smid

Professionals in de zorg:

- Uitvoerder van interventies
- Creatievelingen – vakmensen die van partituren muziek maken: *verleiders* van cliënten
- Afstand nemen van primair proces als belangrijke motor tot vooruitgang; door vragen stellen en reflectie
- Professionals moeten daartoe verleid worden
- Managers als de grote *verleiders* in een organisatie
- Hoe doe je dat? Wil de echte smid ontstaan en ons iets vertellen over zijn geheimen?”

Gentle Teaching<sup>29</sup>. “Het belang van het accent leggen op het ontwikkelen van veilige en warme relaties tussen begeleiders en cliënten”.

---

<sup>26</sup> L. Zijlmans, P. Embregts, L. Gerits, A. Bosman en J. Derksen, Artikel Begeleiders in beeld: een onderzoek naar de effectiviteit van een training voor begeleiders van cliënten met een lichte verstandelijke beperkingen gedragsproblemen, publicatie in Onderzoek & Praktijd Voorjaar 2009, jaargang 7, nummer 1.

<sup>27</sup> [www.methodieken.nl](http://www.methodieken.nl) “informatiebron methodisch werken”. Beschrijving Vlaskamp Methode, 2011

<sup>28</sup> Entrea, jeugdzorg | onderwijs | onderzoek, symposium ‘meesterlijk’, presentatie ‘het geheim van de smid’, Prof. Dr. Giel Hutschenmaekers, April 2011.

<sup>29</sup> Siepkamp, Gentle Teaching, Literatuur, 2005

### 3.3 Enkele definities van Belevingsgerichte Zorg

Uit onze websearch komen enkele definities van Belevingsgerichte Zorg naar voren. Hieronder beschrijven we daar vier van.

- "Belevingsgerichte Zorg is de zorg waarbij de beleving van de cliënt als uitgangspunt dient bij de zorgverlening, wat voelt, vindt en wil de cliënt. Zijn of haar specifieke zorgvraag staat centraal. Het is dat deel van de zorg, verzorging, verpleging, behandeling, dat te maken heeft met de kwaliteit waarmee je iemands persoonlijkheid recht doet en rekening houdt met zijn beleving van de situatie. Het is het omgangskundig deel van de zorg."<sup>30</sup>
- Geïntegreerde Belevingsgerichte Zorg "Dat deel van de zorg, verzorging, verpleging, behandeling, dat te maken heeft met de kwaliteit waarmee je iemands persoonlijkheid recht doet en rekening houdt met zijn beleving van de situatie". Bij geïntegreerd gaat het om alles wat je meemaakt in je werk maar ook privé en de wisselwerking tussen die twee.<sup>31</sup>
- "Belevingsgerichte Zorg is een methode van werken waarbij de belevingswereld van de bewoner of bezoeker het uitgangspunt is voor het handelen van de medewerker. En waarbij het contact tussen de bewoner en medewerker de basis vormt. Belevingsgerichte Zorg gaat uit van wederkerigheid in het contact tussen de bewoner en medewerker en de wisselwerking van gevoelens. Hierbij is dus zowel de belevingswereld van de bewoner als die van de medewerker van belang, omdat deze onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Om aan te kunnen sluiten bij beide belevingswerelden wordt zo veel mogelijk uitgegaan van individuele behoeften en emoties".<sup>32</sup>
- "Belevingsgerichte zorg is de zorg waarbij de beleving van de bewoner als uitgangspunt dient bij de zorgverlening, wat voelt, vindt en wil de bewoner. Zijn of haar specifieke zorgvraag staat centraal. Belangrijk aspect is dat de bewoner in zijn eigen bewoordingen zijn zorgvraag formuleert. Samen met de bewoner en diens naasten wordt bekeken hoe de zorg uitgevoerd gaat worden".<sup>33</sup>

### 3.4 Onderzoek.

Op nog slechts zeer beperkte schaal is onderzoek gedaan naar sec belevingsgerichte zorg. Bekend daarvan zijn de volgende twee werken:

- Mw. Helianthe Kort, Mw. Femke Giesen en Dhr. Bert Prinsen, projectleider (auteurs NIZW) Dhr. Roland Peppel, Mw. Maaïke Veenvliet, Mw. Nienke Zwart (auteurs Compliance Consult), Onderzoeksrapport "Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk", 2002.
- Mw. Dr. Cora van Kooij (IMOZ), Dissertatie "Gewoon Lief Zijn", 2003.

Voor het overige is op onderdelen van belevingsgerichte zorg bijvoorbeeld voor Passiviteiten van het Dagelijkse Leven (PDL) sec afzonderlijk onderzoek gedaan.

## 4 Constateringen / Suggesties e.d. voor nadere verkenning.

De ervaringen bij de Twentse Zorgcentra en de search naar ervaringen elders in Nederland leiden tot constateringen (§4.1) en suggesties (§4.2) voor nadere verkenning. Verder maken we een begin met het beschouwen van Investeren in BELEEFD § (4.3), Bedrijfseconomische aspecten en effecten BELEEFD (§4.4) en ten tenslotte Financiering/Subsidies BELEEFD (§4.5).

### 4.1. Constateringen.

---

<sup>30</sup> Facet Trainingen.

<sup>31</sup> Dr. C. van der Kooij, IMOZ.

<sup>32</sup> Stichting Verpleging en Verzorging - De Archipel.

<sup>33</sup> ROC Zeeland Training en Consult Zorg.

- Belevingsgerichte Zorg product "BELEEFD" lijkt een vorm van zorgverlening met positieve effecten op vrijheidsbeperkende maatregelen en daarmee de tevredenheid van cliënt en medewerker.
- Bijeffect project "BELEEFD": na aanvankelijk financiële en personele investering na verloop van tijd besparingen inzet personeel.
- Belevingsgerichte Zorg lijkt nog meer op beperkte schaal in Nederland te worden toegepast. Een enkele instelling geeft aan Belevingsgerichte Zorg integraal te hebben doorgevoerd.
- Belangrijke partijen en instanties rondom zorginstellingen (CCE, Zorgkantoor, VWS, Koepels, cliënt federaties e.d.) hebben Belevingsgerichte Zorg niet of nauwelijks op de agenda.
- Belevingsgerichte Zorg vormen worden voor verschillende doelgroepen afzonderlijk ingezet. Een integrale benadering voor het gericht en gecombineerd inzetten van deze vormen lijkt nog te ontbreken.
- Als Belevingsgerichte Zorg al op een redelijke schaal wordt toegepast dan is dat voornamelijk nog in de zorgsector verpleging, verzorging en thuiszorg en dan nog met name voor de doelgroep ouderen / dementerenden.
- Belevingsgerichte Zorg lijkt in alle sectoren van de AWBZ-zorg voor te komen.
- Officiële woordenlijst AWBZ. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) werkt met een officiële AWBZ woordenlijst van VWS. Bijzonder om op te merken is dat ook in deze lijst het begrip Belevingsgerichte Zorg ontbreekt.
- Belevingsgerichte Zorg publicaties. De websearch roept verder het beeld op dat er feitelijk nog maar op beperkte schaal wordt of is gepubliceerd over Belevingsgerichte Zorg. Er lijkt ook nog relatief weinig vakliteratuur beschikbaar over het thema.
- Voor zover bekend is er relatief gezien zeer weinig onderzoek bekend naar belevingsgerichte Zorg.
- Naar aanleiding van de websearch concluderen wij dat De Twentse Zorgcentra op dit moment een van de weinige zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten lijkt waar een serieuze start is gemaakt met een vorm van Belevingsgerichte Zorg.

Bij het op grotere schaal toepassen van Belevingsgerichte Zorg mogen vergelijkbare constatering worden verondersteld, als hierboven aangegeven. En naast effecten zullen we ongetwijfeld ook te maken hebben met bepaalde neveneffecten. Een nadere studie of nader onderzoek naar effecten en neveneffecten ligt voor de hand.

#### **4.2. Suggesties voor nadere verkenning.**

- In hoeverre zijn er kenniscentra waar meer bekend is over Belevingsgerichte Zorg?
- De toepassing van diverse vormen van Belevingsgerichte Zorg binnen De Twentse Zorgcentra, welke samenhangende visie op Belevingsgerichte Zorg kennen deze?
- Welk effect heeft Belevingsgerichte Zorg in het algemeen op de kwalitatieve en kwantitatieve inzet van personeel?
- In welke mate biedt Belevingsgerichte Zorg de mogelijkheid om vraaggestuurd te werken?
- Leidt aanbodgericht werken tot meer agressie bij cliënten met (zeer) moeilijk verstaanbaar gedrag?
- Heeft Belevingsgerichte Zorg alleen effect bij cliënten met (zeer) moeilijk verstaanbaar gedrag. Anders gezegd, welk effect heeft Belevingsgerichte Zorg op medebewoners van cliënten met (zeer) moeilijk verstaanbaar gedrag?
- In welke mate voorziet Belevingsgerichte Zorg in behoefte van medewerkers om (weer) tot de kern van zorgverlening te komen?
- Welke eisen kunnen / moeten worden gesteld aan het toepassen van Belevingsgerichte Zorg?



- Project "BELEEFD" van De Twentse Zorgcentra bestaat uit een combinatie van Haptonomie en SMI. In hoeverre zijn andere combinaties van vormen van Belevingsgerichte Zorg toepasbaar? Is daarbij een matrix denkbaar met zorgdoelgroep en Belevingsgerichte Zorg vorm (combi)
- Welke eisen stelt Belevingsgerichte Zorg aan medewerkers?
- Welke ontwikkelingshistorie kennen we van Belevingsgerichte Zorg?
- Welk ideale team van deskundigen is nodig om Belevingsgerichte Zorg zo optimaal mogelijk te implementeren op een woongroep?
- Welke support van en kennis bij leidinggevendenden is nodig om Belevingsgerichte Zorg tot een succes te brengen?
- Welke aandacht is er bij MBO-, HBO- en WO-opleidingen in de zorg voor Belevingsgerichte Zorg?
- Hoe komt het dat Belevingsgerichte Zorg voornamelijk nog wordt toegepast in de V. V. & T.?
- Wat is de mening van het CCE over Belevingsgerichte Zorg bij cliënten met (zeer) moeilijk verstaanbaar gedrag?
- In hoeverre is Belevingsgerichte Zorg voor potentiële cliënt / vertegenwoordiger een interessante optie bij de keuze voor een zorginstelling?
- Welke voorzieningen zijn nodig om Belevingsgerichte Zorg te implementeren?
- Vormt Belevingsgerichte Zorg mogelijk een van de pijlers waarmee de kwaliteit van zorg zich kan ontwikkelen?
- Input, throughput en output. Welke belangrijke indicatoren kunnen we onderkennen bij het invoeren en doorvoeren van belevingsgerichte zorg?
- Belevingsgerichte Zorg en macro effecten. De vraag dient zich op in welke mate de stijgende AWBZ kosten met Belevingsgerichte Zorg gunstig beïnvloed kunnen worden.
- Welke praktische rapportage systematiek is van belang om bij BELEEFD de voortgang van de methodiek goed te volgen.

#### **4.3. Investeren in BELEEFD.**

Om BELEEFD te kunnen inzetten zijn investeringen nodig. Hierbij denken we onder meer aan personele kosten (urendering), trainings-, begeleidings- en opleidingskosten. De vraag is verder in welke mate deze aanvankelijke extra kosten zich uiteindelijk laten terugverdienen.

*Een voorbeeld van kosten voor implementatie BELEEFD op een willekeurige woongroep van 12 bewoners en 9 medewerkers.*

*Training en begeleiding medewerkers; kosten trainer (ca. 3000 euro), kosten trainingfaciliteiten en –materialen (ca. 1000 euro), duur trainingen 4 sessies van 3 uur; voorbereidingstijd trainers 2 uur, groeps-grootte training 9 medewerkers, verlet kosten medewerkers (108 uur; ca 1500 euro) Totale kosten per woongroep ca. 5500 euro.*

#### **4.4. Bedrijfseconomische aspecten en effecten BELEEFD.**

Het ligt verder zeer voor de hand om ook een nadere studie te doen naar diverse bedrijfseconomische factoren bij werken met BELEEFD. Te denken valt aan het in kaart brengen van de investeringen en afschrijvingen, personele kosten (directe, indirecte- en voorwaardelijke uren), verhouding zorg- en stafpersoneel, ziekteverzuimvervanging, studiekosten, materiële kosten, bedrijfsresultaat en het return on investment.

#### **4.5. Financiering / Subsidies BELEEFD.**

ZonMw

In Nederland komen onder meer via ZonMw met enige regelmaat middelen beschikbaar voor de zorg waarbij kwaliteitbevorderende inzet gevraagd wordt. ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie: "Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren".

In welke mate ZonMw ook middelen voor het innovatieve product Belevingsgerichte Zorg beschikbaar heeft of verwacht te krijgen willen wij nog nader vaststellen.

#### *WVA*

Het is verder wellicht in dit kader interessant na te gaan in welke mate de Wet Vermindering Afdracht (WVA) benut kan worden voor trainingskosten. BELEEFD is immers in feite een methodiek die in belangrijke mate door opleiding en training van medewerkers wordt geïntroduceerd.

#### *Zorgkantoor*

Jaarlijks stellen zorgkantoren financiële middelen beschikbaar ten behoeve van de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg. Wij zien BELEEFD als een impuls voor de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg en het werken in de zorg. Overleg met zorgkantoren in deze ligt voor de hand.

#### *BZP*

Bijzondere Zorg Financiering zoals Bijzondere Zorg Plannen (BZP) en Toeslagen Extreme Zorgbehoefte (TEZB) worden in belangrijke mate toegepast bij zorg voor cliënten met moeilijk tot zeer moeilijk verstaanbaar gedrag. Met name ook als agressie een belangrijke rol speelt wordt een beroep gedaan op de ondersteuning van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en op het verwerven van BZP of TEZB. CCE Twente is bekend met BELEEFD en verwijst in bepaalde gevallen al naar deze methodiek, soms in combinatie met Bijzondere Zorg Financiering.

## **5. Tot Slot**

.....

**Bijlage: Publicaties / Bronnen / Sleutelpersonen / Literatuur verwijzingen e.d.**

Dr. C. van der Kooij "Voor het hart in de zorg"; Deel 1.

Dr. C. van der Kooij "De bewoner een thuis bieden" (handleiding Belevingsgerichte Zorg voor de EVV); Deel 2a.

Dr. C. van der Kooij "Handboek" ( ... geschikt voor zowel somatische als psychogeriatrische zorg. Besteedt veel aandacht aan relationele aspecten en omgangskundige vaardigheden ... Voor de EVV'r); Deel 2b.

Dr. C. van der Kooij "Gewoon Lief Zijn";

N. Pameijer, Praktijkgerichte Handelingsdiagnostiek, Uitgeverij Acco | november 2006.

Carl Rogers, Cliënt Centered Therapy > respect, onvoorwaardelijke acceptatie, empathie, echtheid en congruentie zijn onmisbaar in een oprecht intermenselijk contact(Fenomenologische- of humanistische psychologie).

A. Leunissen en A. de Goeij. "De Vlinder Tilt De Kat " Een boek over Belevingsgerichte Zorg in de Ouderen Zorg

A. Pool en J. Kruijt; "De Kunst Van Het Afstemmen"; belevingsgericht zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept.

A. Pool, "belevingsgericht werken in de zorg en het ziekenhuis".Uitgeverij Boom | Lemma

Sleutelpersonen De Twentse Zorgcentra - Project "BELEEFD"

- S. Geurts (SMI en Ergotherapeut)
- A. Huizing (Clustermanager)
- M. Ankoné (Teamleider)
- R. Haakman (Bewegingstherapeut)
- S. Hoogerbrugge (Ervaringsdeskundige)

Overige sleutelpersonen gedragsinterventies belevingsgerichte zorg De Twentse Zorgcentra

- Fysiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Psychologen
- Bewegingsagogen
- Orthopedagogen
- Logopedisten (Totale Communicatie)

Woon dagbesteding groepen De Twentse Zorgcentra waarvan bekend is dat men er in meer of mindere mate met Belevingsgericht Zorg werkt.

- Activiteitenbegeleiding II - 't Bouwhuis Enschede
- Amelinklaan 24 bewoner NB – 't Bouwhuis Enschede
- Amelinklaan 25 A – 't Bouwhuis Enschede

- Amelinklaan 28 – 't Bouwhuis Enschede
- Dag Activiteiten Centrum Leuvenstraat - Hengelo
- Dag Activiteiten Centrum De Wendakker - Nijverdal
- Dag Activiteiten Centrum De Schalm - Almelo
- Dag Activiteiten Centrum - Hellendoorn
- Iemenkorf, Dagbesteding (40 mw's getraind) - Almelo
- Kerkstraat - Almelo
- Woongroep Eikenlaan 8-10 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Eikenlaan 12-14 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Eikenlaan 5 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Eikenlaan 6 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Eikenlaan 1 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Bouwhuislaan 4 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Bouwhuislaan 6 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Bouwhuislaan 8 - 't Bouwhuis Enschede
- Woongroep Bouwhuislaan 10 - 't Bouwhuis Enschede
- Activiteiten Begeleiding I, Dolfijn – 't Bouwhuis Enschede
- Boerderijpad 7 – 't Bouwhuis Enschede
- Boerderijpad 6, - 't Bouwhuis Enschede
- Activiteiten Begeleiding I - Dolfijn, Enschede
- Hilverbeek 5-7, - Almelo
- Rondweg 22, De Losserhof, Losser (in aanvraag)
- Bouwhuislaan 4, 't Bouwhuis Enschede (in aanvraag)
- Bouwhuislaan 6, 't Bouwhuis Enschede (in aanvraag)
- Bouwhuislaan 8, 't Bouwhuis Enschede (in aanvraag)
- Bouwhuislaan 10, 't Bouwhuis Enschede (in aanvraag)
-

Organisatie	Product / Dienst	Deskundige / Sleutelpersoon
Albeda College Rotterdam	Taining Belevingsgerichte Zorg "Van Verpleegafdeling naar Woonomgeving"	
BTSG (Bureau Toegepaste Sociale Gerontologie)	<p>"Innovatie in de ouderenzorg"</p> <p>Training</p> <p>Basistraining Belevingsgericht werken vernieuwd (maart 2010)</p> <p>Deze training van drie dagdelen richt zich op de houding die van medewerkers wordt verwacht als het gaat om belevingsgericht werken. Deze belevingsgericht houding is van doorslaggevend belang als het gaat om de tevredenheid van cliënten (en hun familie). In de training is tevens aandacht voor het belevingsgericht werken met psychogeriatrische cliënten volgens het model van de fasen van de ik-beleving. De opzet is interactief (groepsopdrachten) en er wordt gebruik gemaakt van wisselende werkvormen waaronder beeldmateriaal. Er is een verkorte variant voor niet-verzorgenden. Immers belevingsgericht werken is van- en voor iedereen.</p>	
Centrum voor Consultatie en Expertise Regio OV, GLD en FL	Belevingsgerichte Zorg	Dhr. Paul Knippers
De Schildershoek – Intercultureel verpleeghuis en kenniscentrum (Een voormalig Meavita Verpleeghuis)	<p>"Betrokkenheid Als Kern Van Professionaliteit"</p> <p>De Schildershoek afficheert zich met belevingsgerichte zorg.</p>	
Facet Trainingen	Training "Wat is Belevingsgerichte Zorg"	Mw. Elvira Lijbers, Sociaal Pedagogisch Hulpverlener; Heykoop Trainer
I.M.T. (Instituut voor Mentale Training - Roermond)		
IMOZ (Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk - Apeldoorn)	<p>Geïntegreerde Belevingsgerichte Zorg</p> <p>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 toegesne-</p>	Dr. Cora van der Kooij, Directeur IMOZ Peter Hoveling, Directeur IMOZ

	den zorg (Van der Kooij ,1998) Training: "De belevingsgerichte zorgbespreking en het Zorgleefplan" "Opleiding tot trainer / coach" (belevingsgerichte woonleefzorg & kleinschalige zorg)	
IMZOZ Zorgetalent Producties en Uitgeverij Lemma	Boek: - "Voor het hart in de zorg"; Deel 1 - "De bewoner een thuis bieden" (handleiding Belevingsgerichte Zorg voor de EVV); Deel 2a - "Handboek" Deel 2b, ( ... geschikt voor zowel somatische als psychogeriatrische zorg. Besteedt veel aandacht aan relationele aspecten en omgangskundige vaardigheden ... Voor de EVV'r) - "Gewoon Lief Zijn" DVD: - "Het wordt langzaam tastbaar"	Auteur: Dr. Cora van der Kooij, Directeur IMZOZ
Management Kennisbank	Workshop AWBZ: Belevingsgericht Zorg op maat. Doel: de workshop geeft inzicht in de actuele status 'gewijzigde AWBZ' van uw organisatie en het nog af te leggen ontwikkelingstraject. Door rekening te houden met de aanwezige veranderingsgerichtheid en veranderingscapaciteit wordt de plan- / projectmatige en veranderkundige aanpak van het traject bepaald.	
Mensbeeld - Alblasterdam	Mensbeeld verzorgt trainingen, coaching, bemoetheater en psychosociale ondersteuning voor professionals, familie en vrijwilligers werkzaam in mensgerichte beroepen. Trainingen Verdieping Belevingsgericht Zorg Op Basis Van ELW (Emotioneel Lichaamswerk) Basistraining Belevingsgerichte Aandacht	
MENZIS	Bijeenkomst in Zwolle "PGB-Welzijn moet leiden tot belevingsgerichte Zorg"	
Mi Makker Joris – Frans Faber	Gespecialiseerd in belevingsgerichte zorg voor mensen die lijden aan dementie en mensen met een cognitieve en verstandelijke beperking. Vakkundig ontmoeten, ontroeren, onbevangen, van	

	hart tot hart, zonder plannen, oorspronkelijk, los van oordelen, mensgericht en respectvol.	
NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) Compliance Consult STOOM (Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg)	Onderzoeksrapport "Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk"	Auteurs: NIZW Mw. Helianthe Kort Mw. Femke Giesen Dhr. Bert Prinsen, projectleider, Compliance Consult Dhr. Roland Peppel, Mw. Maaïke Veenvliet Mw. Nienke Zwart
Orbis Thuis - Sittard	Belevingsgerichte Zorg In De Praktijk: Gewoon Doen. Startpakket: DVD's, Boek, Zakboekje en Wandposter.	
ROC Rijn en IJssel College	Cursus Belevingsgerichte Zorg	Contactpersoon Mw. Jose van der Staak
ROC Zeeland Training en Consult Zorg	Belevingsgerichte zorg is de zorg waarbij de beleving van de bewoner als uitgangspunt dient bij de zorgverlening, wat voelt, vind en wil de bewoner. Zijn of haar specifieke zorgvraag staat centraal. Belangrijk aspect is dat de bewoner in zijn eigen bewoordingen zijn zorgvraag formuleert. Samen met de bewoner en diens naasten wordt bekeken hoe de zorg uitgevoerd gaat worden	
Stichting Demian	Bijscholingen gericht op medewerkers in de psychogeriatric / ouderenzorg (personen met een cognitieve beperking of dementie en hun familieleden of mantelzorgers). Nadruk ligt op professionele en belevingsgerichte benadering van hen die aan uw zorg zijn toevertrouwd.	
Stichting Philadelphia Zorg	Belevingsgerichte Zorg	Beleidsmedewerker Dhr. Teun Post
Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé Verzorgings- en verpleeghuizen	Belevingsgerichte Zorg	Intern Opleider en Consulent Belevingsgerichte Zorg
SVVE (Stichting Verpleging en Verzorging De Archipel)	Gecombineerd verpleeghuis, met somatiek, pg én dagbehandeling. Sfeervol huis, kleinschalig wonen, belevingsgerichte zorg. "Zo thuis als mogelijk" is ons motto. Voor meer info zie ook de website.	
Topaz	"Binnen Topaz is vraaggerichte zorg het uitgangs-	

	punt voor onze zorg- en dienstverlening. De daarbij gehanteerde methodiek is 'belevingsgerichte zorg'. Belevingsgerichte zorg is een benaderingswijze waarin onze medewerkers aansluiten bij de beleving van de cliënt met als doel: een gevoel van 'als mens gekend en gewaardeerd te worden'. De persoonlijkheid en beleving van de cliënt dienen als uitgangspunt bij de zorgverlening: wat voelt, vindt en wenst de cliënt"	
Trimbos Instituut	Onderzoek naar effecten "belevingsgerichte zorg"	
VKblog.nl Volkskrant	Artikel Belevingsgerichte Zorg "Uit verzorgen doe je zo"	Auteur Mw. Trudy den Herder Verder wordt verwezen naar auteurs Dhr. Aart Pool Mw. Mieke Grypdonck
WIKI FYSIO	Proefschrift PDL, Belevingsgerichte Zorg	
www.zorginstellingen.nl	"De Vlinder Tilt De Kat " Een boek over Belevingsgerichte Zorg in de Ouderen Zorg	Auteurs en praktijkopleiders Mw. Anja Leunissen Mw. Annelies de Goeij.
Zorg met Visie Trainingen	Training Belevingsgerichte Zorg	
Zorgkwadrant	Bij belevingsgerichte zorg (gaan wij uit van de beleving van de cliënt. Het is meer dan vraag- of klantgericht werken. Bij vraaggericht werken wordt uitgegaan van de vraag van de cliënt. Is er geen vraag, dan volgt er geen actie van de zorgverlener. Bij belevingsgerichte zorg gaat het om de vraag achter de vraag waardoor wordt ingespeeld op de behoefte van de cliënt. Vier steekwoorden zijn bij belevingsgerichte zorg van toepassing in de relatie tussen zorgvrager (cliënt) en zorgverlener: gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, gepastheid en autonomie. Het uiteindelijke doel is om de kwaliteit van zorg en daardoor de kwaliteit van leven te verhogen.	
ZorgSaam	Boek; "belevingsgericht werken in de zorg en het ziekenhuis". Uitgeverij Boom   Lemma	Auteur Dhr. Aart Pool
BitPress Educatie BV	Opschaling belevingsgericht werken In dit project worden de medewerkers bekend gemaakt met het concept belevingsgericht werken. Dit gebeurt door middel	



	<p>van een interactieve webbased simulatie met gaming elementen. Doel van het project is om belevingsgericht werken op te schalen, eerst binnen één zorginstelling (3.000 medewerkers), later bij meer zorginstellingen in de regio (5.000 medewerkers).</p>	
<p>Verpleeghuis Bergweide Heerlen</p>	<p>“De bewoner Bepaalt”                  Een workshop tijdens landelijk congres Studie Arena over Moderne Dementie – 24 nov. '09 Nieuwegein                  Sinds verpleeghuis Bergweide 13 jaar geleden belevingsgerichte zorg invoerde, worden verzorgenden hierin getraind. Welke punten staan centraal in belevingsgerichte zorg? Hoe kom je tot een succesvolle invoering? En hoe train je de medewerkers bij het in de praktijk uitvoeren van belevingsgerichte zorg?</p>	<p>Monique Ekers, hoofd zorg i.s.m. Cora Schrijver BGZ coach</p>