

---

# Handen en voeten aan belevingsgerichte zorg

## Een verkennend onderzoek naar de weerstand bij verzorgenden

Harriët Bergmans heeft in een verkennend onderzoek geprobeerd door de ogen van verzorgenden te kijken naar de invoering van belevingsgerichte zorg. Na een half jaar als geestelijk verzorger in opleiding te hebben gewerkt in psychogeriatrisch centrum De Enk (Lentis), had zij voldoende ingang bij verzorgenden om met hen vrijuit over hun werk te kunnen praten. Aansluitend bij hun beleving heeft ze verzorgenden een stem gegeven die de lerende organisatie verder kan helpen.

**Harriët Bergmans, Hanneke Muthert en Anne Gietema**

**A**NTJE IS 55 JAAR. Tien jaar geleden heeft zij haar oude baan in de zorg weer opgepakt. Sindsdien werkt ze parttime als verzorgende in verpleeghuis De Enk in Zuidlaren. Haar werk doet ze met plezier. Ze voelt zich betrokken bij de bewoners, ook omdat ze zelf haar dementerende moeder tot het eind toe heeft verzorgd. Binnenkort gaat ze weer naar de opfriscursus belevingsgerichte zorg. Ze heeft hier gemengde gevoelens bij. Aan de ene kant vindt ze het goed om bezig te zijn met nog betere zorg. Aan de andere kant staat het verplichte karakter haar tegen en heeft ze niet het gevoel dat ze daar nog veel kan leren. Ze doet er immers al alles aan om zoveel mogelijk rekening te houden met de behoef-

ten van de bewoners. Ze vindt dit een vanzelfsprekende fatsoensnorm, iets wat eigenlijk niet in een cursus thuishoort. Nog betere zorg kan volgens haar alleen verleend worden wanneer er meer personeel en tijd beschikbaar komt.

In de cursussen belevingsgerichte zorg wordt weerstand gesignaleerd bij de verzorgenden. Zij hebben het gevoel dat hun werk niet goed genoeg gevonden wordt en zijn bang voor verhoging van de werkdruk. Volgens de theorieën over belevingsgerichte zorg zou dat laatste echter geen gevolg mogen zijn van belevingsgericht werken (Van Beek e.a., 2009). Bij nader inzien blijkt deze weerstand een ethisch aspect te bevatten, namelijk: 'wanneer

verleen ik goede zorg?’ en een praktisch aspect, namelijk: ‘onder welke voorwaarden kan goede zorg verleend worden?’ Dit leidde in mijn stage voor de masteropleiding tot geestelijk verzorger tot de onderzoeksvraag: ‘wat is de precieze oorzaak van dit verzet en hoe kunnen de trainers in belevingsgerichte zorg hiermee omgaan?’ Hiervoor moest eerst de vraag worden beantwoord hoe verzorgenden belevingsgerichte zorg naar de dagelijkse zorgpraktijk vertalen. Voor ik hierop in ga, volgt nu eerst een uitstap naar de theoretische achtergrond van belevingsgerichte zorg. Vervolgens ga ik in op de onderzoeksopzet en bespreek ik de resultaten en de conclusies van het onderzoek.

## Achtergrond

Belevingsgerichte zorg geeft principes en handvatten om het contact met de dementerende verpleeghuisbewoner vanuit hun eigenwaarde en op basis van wederkerigheid tot stand te brengen. Het is een beroepshouding waarin respect, gelijkwaardigheid en de eigenheid van de bewoner centraal staat. De nadruk ligt op het levensverhaal van de bewoner, de waardering van contact, de zorg voor veiligheid en het aansluiten bij de beleving van de bewoner. Om contact te krijgen met de eigenheid van de bewoner verplaatst de zorgverlener zich zoveel mogelijk in de belevingswereld en gevoelens van de bewoner.

## Belevingsgerichte zorg: een vanzelfsprekende fatsoensnorm

Belevingsgerichte zorg kent een aantal benaderingen, die allemaal hun eigen theoretische achtergrond hebben. Zo is er de *validation*-benadering. Deze benadering is gebaseerd op de ontwikkelingsstadia van Erikson. Erikson beschouwde de mentale ontwikkeling van de mens als een opvolging van acht stadia. In de laatste levensfase staat het bereiken van ego-integriteit centraal (Frijling-Schreuder e.a., 2000). Dit betekent dat men in die levensfase voor de uitdaging staat het leven te accepteren zoals dat is geweest. Wanneer dat in onvoldoende mate lukt, ontstaat wanhoop. Op basis hiervan ontwikkelde Feil de *validation the-*

*rapy* (Feil, 1991). Dit is een therapie waarin geprobeerd wordt de oudere dementerende patiënten, die duidelijk wanhopig zijn, alsnog in staat te stellen conflicten op te lossen. Feil voegt in dit verband een negende fase toe aan de acht stadia van Erikson, waarin het alsnog oplossen van conflicten staat tegenover vegeteren.

Een tweede benadering is de warme zorg. Deze benadering is gebaseerd op de gehechtheidstheorie van Bowlby (De Wolff, 2002). De gehechtheidsrelatie is een duurzame affectieve relatie die het kind in het eerste jaar met zijn opvoeders opbouwt. Het kind zoekt en vindt veiligheid bij zijn moeder en kan vanuit deze basis de wereld gaan ontdekken. Dementerenden verliezen hun greep op de wereld, doordat het geheugen achteruit gaat. Dit veroorzaakt gevoelens van angst. De warme-zorg-benadering wil een vertrouwde, rustige en veilige omgeving bieden, zodat angst zoveel mogelijk wordt vermeden. Hierbij ligt de nadruk op kleinschaligheid, veiligheid, vertrouwdheid, nabijheid en afwezigheid van dwang (Dröes & Finnema, 2001).

Het ‘verlaagde stress-drempel model’ van Smit (2004) is een derde benadering binnen de belevingsgerichte zorg. De onderbouwing van deze benadering komt van de *coping*-theorie van Lazarus en Folkman (Leffers e.a., 2000). Volgens deze theorie is stress het resultaat van een wisselwerking tussen persoon en situatie. Stress ontstaat wanneer wordt ingeschat dat een gebeurtenis een bedreiging vormt en men onvoldoende mogelijkheden heeft om de situatie te kunnen hanteren. Dementerenden ervaren steeds meer onzekerheid en steeds minder mogelijkheden om met deze onzekerheid om te gaan. Dit betreft hun eigen achteruitgang en de gevolgen daarvan, maar ook de belasting die de ziekte voor anderen meebrengt. Deze stress zorgt voor een grotere kans op gedragsstoornissen (Dröes & Finnema, 2001). Deze benadering richt zich met name op het aanpassen van de omgeving aan het stressniveau van de bewoner, bijvoorbeeld door een rustige omgeving aan te bieden, kleine groepen, een vermindering van prikkels en minder geluid.

Een vierde invalshoek is de aandacht voor remniscentie. Volgens Bohlmeijer (2011) is reminis-

centie 'de (on)willekeurige activiteit van het ophalen van persoonlijke herinneringen.' Hierbij gaat het om het actief ophalen van herinneringen van vroeger. Dat kan gebeuren met hulpmiddelen, zoals fotoboeken en oude spullen. Iemands levensverhaal is sterk verbonden met diens identiteit. Door het vertellen van het levensverhaal wordt deze identiteit mede gevormd, kunnen trauma's worden verwerkt en de diepere waarden in het leven zichtbaar worden. De bedoeling is dat de patiënt zich erkend blijft voelen als wie hij is.

## Zoveel mogelijk tegemoet willen komen aan de wensen van de bewoners

Als laatste moet in dit verband de zintuigactivering genoemd worden. Het is hierbij de bedoeling om de dementerende een positieve ervaring te bezorgen, door het prikkelen van de zintuigen met behulp van diverse materialen, voorwerpen, geluiden, geurtjes, enzovoorts. Naarmate de demencie vordert, trekt de dementerende zich namelijk steeds verder in zijn eigen wereld terug. Door het prikkelen van de zintuigen wordt geprobeerd contact te maken door zo goed mogelijk aan te sluiten bij zijn of haar gevoelens en belevingswereld. Het kan zijn dat de een sterk reageert op muziek, terwijl de ander graag naar foto's kijkt of een beer vasthoudt. Een vorm van zintuigactivering is het snoezelen, bekend vanuit de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Men is wat terughoudend bij de toepassing van deze vorm, omdat ze niet altijd aansluit bij de waardigheid van de bewoner.

Belevingsgerichte zorg omvat dus een palet van zorgvormen die als gemeenschappelijke noemer een beroepshouding hebben. Dit is een houding van respect en begrip voor de bewoner, zodat deze zich begrepen en gerespecteerd voelt, ook al is dat maar voor een moment. Finnema (2004) en De Lange (2004) hebben het positieve effect hiervan op het welzijn van de verpleeghuisbewoner wetenschappelijk aangetoond. Het blijkt dat bewoners beter een emotioneel evenwicht kunnen behouden (beter uiting van gevoelens, beter emotioneel evenwicht en meer positieve gevoelens)

en een adequate zorgrelatie met het personeel kunnen ontwikkelen, wanneer belevingsgericht wordt gewerkt. Ook het aangaan van sociale contacten met medebewoners verbetert (De Lange, 2004). De verzorgenden ervaren de invoering van belevingsgerichte zorg als positief. Zij zien belevingsgerichte zorg als een instrument om goede zorg te kunnen leveren. Ze kunnen het werk soepeler laten verlopen, waardoor het vaak minder tijd kost. Dit wordt eveneens bevestigd door onderzoek naar de invoering van belevingsgerichte zorg, dat o.a. een verhoging van de werktevredenheid laat zien (Van Beek e.a., 2009).

De Enk startte tien jaar geleden met de invoering van belevingsgerichte zorg. Dit heeft geleid tot een positieve cultuurverandering op het gebied van de benadering van de bewoners. Bij belevingsgerichte zorg staan de belevingswereld, de waardigheid, het levensverhaal en de levensvragen van bewoners op de voorgrond. Deze manier van werken sluit daarom nauw aan bij het werk van de geestelijk verzorger. De geestelijk verzorger ondersteunt dan ook het proces van invoering van belevingsgerichte zorg door inhoudelijk en organisatorisch te zorgen voor de uitvoering van de trainingen in belevingsgerichte zorg. Verderop in het artikel besteed ik meer aandacht aan de brede inzetbaarheid van de geestelijk verzorger.

### De opzet van het onderzoek

Dit onderzoek bevond zich op het grensvlak tussen de theorie over de belevingsgerichte principes en de praktijk van het contact tussen verzorgende en bewoner. Met semigestructureerde interviews is in maart en april 2014 bij acht verzorgenden gevraagd naar succesverhalen en naar situaties waarin belevingsgericht werken minder goed lukte. De interviewkandidaten waren verzorgenden van de PG-afdelingen binnen De Enk. Ze hadden allemaal een training in de belevingsgerichte zorg gevolgd, maar waren zelf geen trainers. De interviews zijn gehouden in de huiskamers en namen elk ongeveer een half uur in beslag.

### Beschrijving van situaties waarin belevingsgerichte zorg moeizaam is

Belevingsgerichte zorg is niet in alle situaties eenvoudig toe te passen. Dit blijkt uit onderstaande voorbeelden.

De heer G. heeft een bepaalde vorm van dementie, waardoor hij dwangmatig gedrag vertoont. Als hij met een handeling begonnen is, moet hij deze afmaken voor hij met de volgende kan beginnen. Hierdoor loopt hij voortdurend met zijn rolator door de huiskamer. Dit veroorzaakt onrust bij de bewoners en verzorgenden en stoort de dagelijkse gang van zaken. Dit gedrag is besproken in het omgangsoverleg tussen de verzorgenden en de psycholoog. De psycholoog heeft uitgelegd wat de achtergrond is van dit gedrag. Doordat de verzorgenden het gedrag van de heer G. nu kunnen plaatsen, kunnen ze er ook op inspelen. Ze laten de heer G. vaker buiten op de gang lopen en zorgen in de huiskamer voor de nodige ruimte, zodat het de andere bewoners en bezoekers zo min mogelijk stoort.

Mevrouw C. heeft een traumatisch oorlogsverleden. Hierdoor wil ze niet van anderen gewassen worden. Dit levert altijd een enorme strijd op, waarbij mevrouw C. alles bij elkaar gilt. Omdat omwille van de hygiëne dit wassen wel moet gebeuren, wordt het door twee verzorgende samen, onder dwang. Dit is niet goed voor mevrouw C. en ook niet voor de verzorgenden. Zij zouden dit graag anders willen. Zij hebben al van alles geprobeerd, zoals rustige muziek, maar niets helpt. Het lukt hen niet om mevrouw C. te bereiken. Zij weten niet wat er vroeger precies is gebeurd. Haar familie geeft geen specifieke informatie.

Mevrouw D. heeft nooit bij andere mannen gewoond. Zij is dit niet gewend. Toch is ze in deze groep (met veel mannen) geplaagd. Nu voelt ze zich in de huiskamer permanent onveilig. Hierdoor zit ze veel op haar eigen kamer. Het gemeenschappelijk eten gaat moeizaam, omdat ze dan wel aan tafel moet zitten, samen met anderen, waaronder mannen. De verzorgenden zouden haar wel apart willen laten eten, maar daarvoor is geen ruimte.

### **Meest opvallende resultaten uit het onderzoek**

Alle geïnterviewde verzorgenden brachten belevingsgerichte zorg zoveel mogelijk in de praktijk omdat zij daar de meerwaarde van inzagen. De gegeven zorg was het resultaat van een voortdurende en persoonlijke afstemming tussen bewoner

en verzorgende. Een verzorgende zegt: 'Als ik zelf rustig ben, straalt dat af op de bewoners. De ruimte in je eigen hoofd bepaalt hoeveel ruimte je voor anderen hebt.'

Belevingsgerichte zorg werd naar het dagelijks werk vertaald op een manier die de verzorgenden unaniem omschreven als: 'zoveel mogelijk tegemoet komen aan de wensen van de bewoners'. Er zijn volgens de verzorgenden echter grenzen aan belevingsgericht werken. Wanneer grenzen zijn bereikt op het gebied van hygiëne, veiligheid, gezondheid en dag- en nachtritme, wordt er 'doorgepakt' ook zonder dat de bewoner dat wil. 'Een meneer wil lang op bed blijven liggen. Het is echter beter als hij uit bed komt, in verband met doorliggen. Dan pakken we door en moet hij eruit.'

De geïnterviewde verzorgenden hadden bij goede zorg allemaal een beeld dat aansloot bij belevingsgerichte zorg. Zij omschreven dit als: zo min mogelijk dwang, voldoende rust in de huiskamer, persoonlijke aandacht en aansluiten bij wat de bewoner wil. Dit werd opgevat als een vanzelfsprekende fatsoensnorm. Zo zegt een van de verzorgenden: 'Belevingsgerichte zorg is goede zorg en zo wil ik werken. Zo ga ik altijd met mensen om. Zo ben ik.'

Belevingsgerichte zorg heeft geleid tot een positieve herwaardering van enkele praktische zorgaspecten. Voorheen was bijvoorbeeld het met z'n allen om tien uur aangekleed koffie drinken een norm voor goede zorg. De bewoner heeft nu meer ruimte om dit persoonlijk in te vullen. 'Als iemand langer in bed wil blijven liggen, dan kan dat. Je houdt ook rekening met de eetgewoonten van de bewoner.'

Er is een verband tussen werkdruk en belevingsgerichte zorg. Volgens de verzorgenden kostte belevingsgericht werken hun geen extra tijd. Het kon zelfs tijd opleveren, doordat er minder verzet was tegen bepaalde werkzaamheden. Wanneer echter onder tijdsdruk moest worden gewerkt, bijvoorbeeld wanneer de verzorgende 's ochtends onverwacht alleen stond, werd het lastiger om belevingsgericht te werken. 'Wanneer ik ineens alleen op een afdeling sta voel ik me opgejaagd. Ook onder tijdsdruk probeer ik de aandacht en zorg te

geven die bewoners nodig hebben. Dan probeer ik rustig te blijven.’

## Discussie

Uit het voorgaande komen twee aspecten naar voren die de weerstand tijdens de cursussen in belevingsgerichte zorg kunnen verklaren. Dit zijn werkdruk en de vraag wanneer zorg goede zorg is. Vanuit literatuuronderzoek is hier een derde mogelijke verklaring aan toegevoegd. Het verzet kan namelijk ook het gevolg zijn van de manier waarop deze cultuurverandering in de organisatie is ingevoerd. Hieronder bespreek ik achtereenvolgens deze drie punten.

## Werkdruk

Belevingsgerichte zorg kan worden opgevat als vraaggestuurde zorg (Kraan, 2006; Mulder & Kruyt, 2002). Het gaat hierbij niet om de concreet gestelde vragen van dementerenden, maar om verborgen wensen en behoeften en om levensvragen. Vraaggestuurd werken kan een hogere werkdruk meebrengen, doordat de uiteenlopende behoeften van de bewoner leidend zijn in de zorgverlening en niet het zorgaanbod (Lako e.a., 2014; The, 2006). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er inderdaad een verband is tussen werkdruk en belevingsgericht werken. Dit werkt als een balans tussen de behoeften van de bewoner en die van de verzorgende. De verzorgende zal, volgens de principes van de belevingsgerichte zorg, zoveel mogelijk proberen de behoeften van de bewoner het zwaarst te laten wegen. Wanneer echter sprake is van een toename van werkdruk, bijvoorbeeld door een zieke collega, zal het tempo en de behoefte van de verzorgende de balans verder naar de verzorgende laten doorslaan. Waar de bewoner bijvoorbeeld eerst de keuze had tussen uit bed komen of nog even blijven liggen, bepaalt de verzorgende dit tijdstip nu. Hiermee is niet gezegd dat de intentie van de verzorgende om belevingsgericht te werken dan ook vermindert. Er ontstaat zo een spanning tussen de norm van de verzorgende en wat praktisch mogelijk is. De verzorgenden zeggen dat ze in zo'n situatie 'zo rustig mogelijk proberen te blijven'. Hierin is de spanning tussen wat moet en wat kan voelbaar. Zo ontstaat een dubbele werkdruk. Ten eerste neemt de hoeveelheid werk toe terwijl de regel mogelijkheden afnemen (Van Yperen & Snijders, 2000). Er is dus

tegelijktijd sprake van een verhoging van de werkdruk en een afname van de mogelijkheden om deze werkdruk te kunnen hanteren. Ten tweede kan de verzorgende minder aan haar eigen morele standaard voldoen, waardoor stress kan ontstaan (Siebens, 1996). De verzorgende kan het voor haar gevoel niet meer goed doen. Het is echter niet waarschijnlijk dat werkdruk de oorzaak is van het verzet. Het lijkt er eerder op dat belevingsgerichte zorg, samen met de verzorgenden, lijdt onder de werkdruk. Hiermee is een niet te hoge werkdruk een voorwaarde om belevingsgericht te kunnen werken.

## Ethische principes

Er is een duidelijk inhoudelijk verband tussen het beeld van de verzorgenden over goede zorg en de principes van belevingsgerichte zorg. Een tweede verklaring moet dan ook gezocht worden in de ethiek. De uitgangspunten van belevingsgerichte zorg zoals omschreven door Dröes en Finnema (2001) en Kok e.a. (2013) moeten in bepaalde mate in een zorgsituatie herkenbaar zijn om een omschrijving als belevingsgerichte zorg te rechtvaardigen. Het gaat dus om het toepassen van ethische principes. Dit garandeert echter niet dat in iedere zorgsituatie sprake is van kwalitatief goede zorg. Ethisch juist handelen omvat namelijk meer dan het toepassen van morele regels (Ten Have e.a., 2013). Zorg wordt pas goede zorg wanneer ethische principes samengaan met de juiste intentie. Alleen een persoon met de juiste deugden past de normen op de juiste manier toe. De verzorgenden hebben een beeld bij goede zorg en willen dit ook toepassen. Dit is zo'n deugd. Zij willen vanuit zichzelf al goede zorg leveren en daarbij komt wat ze in de praktijk doen ook nog eens sterk overeen met wat zij in de trainingen in belevingsgerichte zorg leren. Dit betekent dat een training in belevingsgerichte zorg als belerend kan worden opgevat. Dit kan het verzet verklaren.

## Organisatieverandering

Een derde verklaring is gezocht in de literatuur over verandermanagement. Belevingsgericht werken is namelijk een breed ingevoerde cultuurverandering. Binnen De Enk heeft een cultuuromslag plaatsgevonden op het vlak van de bejegening van de bewoners. Volgens deze theorie is de aanpak van dit veranderproces zelf oorzaak van de

weerstand en niet de te veranderen personen, zoals de verzorgenden (Boonstra, 2000). Weerstand ontstaat doordat veranderaars de dynamiek in hun omgeving proberen te ordenen en beheersen in plaats van die te beschouwen als een voortdurende bron van vernieuwing. Weerstand is dus een reactie op de behoefte aan controle over het gedrag van verzorgenden door de veranderaars. Dit kan de weerstand tegen de trainingen in belevingsgerichte zorg verklaren. De trainingen in belevingsgerichte zorg zijn door het management opgelegd. Belevingsgericht werken is een verplichting en heeft tevens de claim gelijk te staan met goede zorg. Zo wordt het door de verzorgenden ook ervaren. Het wordt ervaren als een verdringing van de eigen intentie om goede zorg te verlenen. Voor een verdere implementatie van belevingsgerichte zorg kan het hier niet bij blijven. Als vervolg op de trainingen dient er een na-traject te

## Verzorgenden hebben het gevoel dat hun werk niet goed genoeg gevonden wordt

worden opgezet, waarin een gemeenschappelijke vorm gevonden moet worden om belevingsgerichte zorg handen en voeten te geven en waarin dus ook rekening gehouden wordt met deze aanwezige intentie tot het verlenen van goede zorg. Dit is een kenmerk van een lerende organisatie. In een lerende organisatie wordt voortdurend kennis uitgewisseld en gezamenlijke handelingspraktijk ontwikkeld. Er vindt een wisselwerking plaats tussen de theorie van het veranderingsconcept en de praktijk waarbij dit in gedrag wordt omgezet. De organisatie leert zo op zijn beurt ook weer van de praktijk. De trainingen in belevingsgerichte zorg zijn hierom slechts een eerste stap in een proces waarbij de gehele organisatie, inclusief werkvloer, betrokken is.

### De geestelijk verzorger

De geestelijk verzorger heeft een begeleidende rol bij het ontwikkelen van een gemeenschappelijk normenkader en morele uitgangspunten. In die zin treedt de geestelijk verzorger ook op als

ethicus. Hij of zij kan de teams begeleiden bij het omgaan met moeizame toepassing van belevingsgerichte zorg zoals in de door de verzorgenden beschreven situaties en het zoeken naar manieren om toch zo goed mogelijk belevingsgerichte zorg toe te passen of het helpen accepteren dat dit niet in alle situaties mogelijk is. Dit doet de geestelijk verzorger op basis van het inzicht dat dit specifieke perspectief op goede zorg voor mensen met dementie ook zorg voor de verzorgenden omvat (Hertogh, 2004). De geestelijk verzorger begeleidt in die rol de bezinning op zorgvragen en zorgprocessen (Walton e.a., 2011). De normen voor goede zorg worden ontwikkeld in een communicatieve wisselwerking, waarbij zowel de organisatie als de zorgpraktijk van elkaar leert. Hierbij zijn de principes van belevingsgerichte zorg de uitgangspunten. Voor de geestelijk verzorger onderstreept dit zijn/haar brede inzetbaarheid. Hij is niet alleen opleider, maar ook begeleider en ethicus.

### Conclusies

In het voorgaande is aannemelijk gemaakt dat het verzet van de verzorgenden te maken heeft met drie mogelijke oorzaken. Ten eerste is een te hoge werkdruk niet bevorderlijk voor het goed kunnen uitvoeren van belevingsgerichte zorg. Als de werkdruk te hoog is, kunnen belevingsgerichte vaardigheden niet goed worden ingezet. Ten tweede kunnen de cursussen in belevingsgerichte zorg opgevat worden als belerend. Het gaat namelijk om het verplicht toepassen van ethische principes, terwijl de verzorgenden zelf tegelijkertijd ook een beeld hebben van wat goede zorg is. Tot slot kan ook de manier waarop de organisatie omgaat met de cultuurverandering verzet opleveren. Dit ontstaat doordat de trainingen eenzijdig zijn opgelegd en er te weinig oog is voor de specifieke dynamiek van het werk van de verzorgenden. Verzorgenden zijn gemotiveerd om goede zorg te verlenen. Vanuit de theorieën omtrent organisatieverandering is het verstandig om deze kracht serieus te nemen en te gebruiken in het veranderingstraject. Dit kan door verzorgenden medeverantwoordelijk te maken voor wat goede zorg betekent. Zo ontstaat een gedeeld referentiekader. Dit pleit voor een follow-up traject na de trainingen, waarbij in teamverband gesproken wordt over thema's als: wat is goede zorg voor ons, hoe brengen we belevingsgerichte zorg in de praktijk, hoe is

het om niet grenzeloos te kunnen zorgen, hoe ga je om met moeilijk gedrag en hoe stel je grenzen. Weerstand wordt zo een kracht die op haar beurt de organisatie verder kan brengen. Het kenmerk van een lerende organisatie is een cyclisch proces, waarbij de praktijk leert hoe goede zorg verleend kan worden, maar vervolgens ook de organisatie weer verder komt door de ervaringen van de verzorgenden uit de praktijk. De geestelijk verzorger is hierbij niet alleen een tijdelijke opleider in belevingsgerichte zorg, maar ook een blijvende ethicus en begeleider bij de bezinning op zorgvragen en zorgprocessen waar de verzorgenden in de dagelijkse praktijk mee te maken hebben.

Harriët Bergmans is geestelijk verzorger in opleiding bij Lentis in Zuidlaren en bij Isala in Zwolle. Zij heeft als adviseur en trainer gewerkt bij overheid en bedrijfsleven. harriet.bergmans@home.nl

Hanneke Muthert is universitair docent religiepsychologie en geestelijke verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen en opleidingscoördinator voor het masterprogramma geestelijke verzorging aldaar.

Anne Gietema is geestelijk verzorger bij Lentis en was tevens stagebegeleider.

## Literatuur

Beek, A. P. A. van, P. M. M. Spreeuwenberg en P. P. Groenewegen, (2009). *Innovaties in de Zorg*. [www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-innovaties-in-de-zorg.pdf](http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-innovaties-in-de-zorg.pdf)

Bohlmeijer, E. T., B. Steunenberg en G. J. Westerhof (2011). 'Reminiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies', *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 42(1), 7-16.

Boonstra, J. J. (2000) *Lopen over water: Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. Amsterdam: Vossiuspers AUP.

Dröes, R. M., en E. Finnema (2001). 'Belevingsgerichte zorg bij dementie (1)', *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric* 13(4), 6-10.

Feil, N. (1991). 'Validation therapy' in: P. K. H. Kim (ed.), *Serving the Elderly* (New York: Walter de Gruyter), 89-116.

Finnema, E. (2004) *Het effect van belevingsgerichte zorg versus traditionele zorg*. [www.moderne-dementiezorg.nl/onderzoek.php?id=82](http://www.moderne-dementiezorg.nl/onderzoek.php?id=82)

Frijling-Schreuder, B., E. Oosterhuis en J. Dozy, J. (2000). 'Gedachten over de hoge ouderdom', *Tijdschrift voor psychoanalyse* 6(1), 5-10.

Have, H. A. M. J. ten, R. H. J. ter Meulen en E. van Leeuwen (2013). *Leerboek medische ethiek*. 4e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hertogh, C. M. P. M. (2004). 'Ethiek van de zorg voor ouderen met dementie', *Denkbeeld* 16(3), 70-73.

Kok, J., A. Gietema en B. van der Heijden (2013). *Belevingsgerichte zorg*. Zuidlaren: Dignis Lentis.

Kraan, W. G. M. (2006). *Vraag naar vraagsturing: Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg*. <http://hdl.handle.net/1765/8070>.

Lako, C. J., P. van den Hombergh, M. E. Honingh en P. Janssen (2014). 'Huisartsen over marktwerking, werkdruk en kwaliteit van zorg', *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 92(1), 19-21.

Lange, J. de (2004). *Omgaan met dementie: het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Leffers, F. C., A. J. Vergunst, R. J. Kleber, M. S. Stroebe en E. Hak (2000). 'Stress op het werk de baas: resultaten van een stresshanteringstraining', *Gedrag & Gezondheid* 28(1), 12-22.

Mulder, M., en J. Kruijff (2002). 'Reflectie in belevingsgerichte zorg', *TVZ - Tijdschrift voor Verpleegkundigen* (4), 50-52.

Siebens, H. (1996). *Stress op het werk*. Antwerpen: Garant.

Smith, M., L. A. Gerdner, G. R. Hall en K. C. Buckwalter (2004). 'History, development, and future of the progressively lowered stress threshold: a conceptual model for dementia care', *Journal of the American Geriatrics Society* 52(10), 1755-1760.

The, A.-M. (2006). 'Eerst investeren in medewerkers', *Pallium* 8(4), 145-146.

Walton, M. N., G. Kasper, A. Spelt en J. Wiegers (2011). *Rollen en competenties van de geestelijk verzorger als expert levensbeschouwelijke zorgverlening*. [www.vgvz.nl/userfiles/files/sectoren/conferentie\\_document\\_competentieprofiel\\_geestelijk\\_verzorger.pdf](http://www.vgvz.nl/userfiles/files/sectoren/conferentie_document_competentieprofiel_geestelijk_verzorger.pdf)

Wolff, M. de (2002). 'John Bowlby: het belang van gehechtheid', *Wereld van het jonge kind* 29(10), 296-300.

Yperen, N. W. van, en T. A. B. Snijders (2000). 'A multilevel analysis of the demands-control model: Is stress at work determined by factors at the group level or the individual level?', *Journal of Occupational Health Psychology* 5(1), 182.

