

# Kennis met een kleine k

## *Een pleidooi voor wederzijdse kennisdeling in de verpleeghuiszorg*

**De afgelopen tien jaar is de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners aanzienlijk toegenomen. Deze ontwikkeling ging gepaard met een oproep tot professionalisering, waardoor het beeld is ontstaan dat zorgverleners niet deskundig genoeg zijn om deze toenemende zorgzwaarte het hoofd te bieden. Volgens Hans Reinders, Annemiek Stoopendaal en Myriam Martens doet deze beeldvorming geen recht aan de expertise van zorgverleners. Zij pleiten voor meer wederzijdse kennisdeling.**

**A**ls de coronacrisis in de verpleeghuiszorg de afgelopen maanden één ding duidelijk heeft gemaakt, dan is het wel dat de maatschappelijke betekenis van het werk van zorgverleners aan een herwaardering toe is. De reden voor de gewenste herwaardering van het werk van zorgverleners ligt niet alleen in hun inzet en betrokkenheid tijdens de crisis. Wat de verpleeghuiszorg betreft, was die reden er al langer. In de

afgelopen tien jaar nam de zorgzwaarte van nieuwe bewoners aanzienlijk toe. Niet alleen is de gemiddelde leeftijd van nieuwe bewoners flink opgelopen. Ook komen ze vaker met ernstige gezondheidsproblemen binnen en vertonen ze meer gedragsproblemen, eerder door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) geijkt als ‘onbegrepen gedrag’. In dit artikel bespreken we de oproep tot professionalisering waarmee deze ontwikkeling in de afgelopen jaren gepaard is gegaan. Het beeld ontstaat dat het zorgverleners aan deskundigheid ontbreekt om de toenemende zorgzwaarte het hoofd te kunnen bieden. We beschrijven de filosofie van een project dat moet laten zien dat deze beeldvorming geen recht doet aan de kennis en ervaring van zorgverleners en dat er sprake is van een te grote nadruk op ‘expertkennis’. Daarnaast valt ook aan de ontwikkeling van ‘de zorg’ als zelfstandige discipline nog veel te verbeteren. Ondanks de onderbreking van het project in het voorjaar van 2020 vanwege de eerste lockdown zijn er enkele aanwijzingen te benoemen

die de onderliggende filosofie lijken te bevestigen.

### **KENNISPROBLEEM**

De geschetste verzwaring van de verpleeghuiszorg heeft zich sinds de opheffing van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 2015 in versneld tempo doorgezet. Zo signaleert brancheorganisatie ActiZ dat de verpleeghuiszorg met meer complexe zorgvragen wordt geconfronteerd. Tegelijkertijd wordt als één van de uitdagingen gesignaleerd dat de deskundigheid van zorgverleners regelmatig tekortschiet. De IGJ concludeerde in 2015 ‘dat de deskundigheid van de zorgverleners niet met het complexer worden van de zorg is meegegroeid’. Ook het RIVM signaleert dat zorgverleners ‘nog niet voldoende zijn toegerust om zorg en ondersteuning aan te passen aan de veranderende zorgvraag van hun cliënten’. Met het oog op een methodische aanpak van het begeleiden van bewoners met onbegrepen gedrag wijst de IGJ op het belang van



deskundigheid, met daarbij het voorbeeld van psychologen die op afdelingen rondlopen om zorgverleners te helpen en kennis over te dragen. In deze aanbevelingen valt op dat zorgverleners niet in beeld komen als ‘deskundigen’ – als een zelfstandige discipline die eigen kennis en ervaring inzet bij bewoners met onbegrepen gedrag. Daarvoor wordt in de regel naar andere disciplines gekeken. Zorgverleners zijn medewerkers die hulp nodig hebben.

Deze beeldvorming is opmerkelijk. Men kan in elk willekeurig verpleeghuis de vraag stellen wie de cliënten in dat huis het beste kent, om vrijwel altijd het voor de hand liggende antwoord te krijgen: ‘De zorgverleners die dagelijks met hen werken’. Om beweging in dit beeld te krijgen, zijn we gaan kijken naar het model van professionele kennis dat daar aan ten grondslag ligt. De indruk ontstond dat er gewerkt wordt vanuit een ‘expertmodel’, zoals onder meer in het proef-

schrift van Jeroen Zomerplaag is beschreven. Kennis wordt in dit model met een grote K geschreven en heeft de wetenschap als leverancier. Hierbij wordt veel waarde toegekend aan de inzet van *evidence based* methoden en instrumenten, wat in de praktijk niet alleen betekent dat de nadruk ligt op wetenschappelijk onderzoek en dus op ‘wetenschappers’, maar ook dat zorgverleners de ‘afnemers’ en ‘uitvoerders’ van anderen kennis worden. Van een systematische ordening van hun eigen kennis – kennis met een kleine k – is weinig sprake. Als algemeen beeld wordt door Zwijsen e.a. geconcludeerd dat het deskundigheidsniveau van de zorg én van behandelaars regelmatig tekortschiet om onbegrepen gedrag tegen te gaan, maar wat zorgverleners betreft wordt aan dit oordeel nog iets toegevoegd: ‘Met name in de zorg mist zowel inhoudelijk kennis over dementie en gedrag als voldoende denkniveau om onbe-

grepen gedrag te kunnen duiden en psychosociale interventies te kunnen uitvoeren’.

### KRITISCH REFLECTEREN

De beschreven beeldvorming was mede aanleiding voor het project *Onbegrepen Gedrag in het Verpleeghuis*, dat we in september 2019 samen met twaalf teams in zes verpleeghuizen zijn gestart. We vroegen de instellingen om twee teams van zorgverleners te laten solliciteren naar een plek in het project. Uit hun sollicitaties bleek dat de voornaamste reden om te willen deelnemen bestond uit de behoefte om ‘handvatten te krijgen’ voor het omgaan met onbegrepen gedrag (OG). Het beeld van ‘de zorg’ die op hulp van andere disciplines is aangewezen werd om te beginnen dus door de deelnemende teams zelf bevestigd. Het verschil in positionering van disciplines zat ook bij henzelf ‘tussen de oren’. Het gaat met andere woorden ook om een zelfbeeld. In het project onderzoeken >

zorgverleners daarom wat ze zelf ter hand kunnen nemen in hun begeleiding van bewoners met OG. De focus ligt op een factor waarvoor ze direct verantwoordelijk zijn omdat ze er zelf over gaan: hun eigen manieren van doen in het werken met hun bewoners. Dit vraagt van zorgverleners om kritisch te reflecteren op hun eigen aandeel in het gedrag waarmee ze worstelen. We doen dit door middel van actieonderzoek. Zorgverleners onderzoeken de mogelijkheden van een andere aanpak voor het onbegrepen gedrag waar ze op stuiten. Zij zetten hun eigen kennis en inzicht in en leren van hun eigen ervaringen.

### PATROON DOORBREKEN

Een belangrijke eerste stap is de vraag: 'Hoe doen we het nu?'. Actieonderzoek begint met het observeren van hoe men zelf werkt. Van belang is dat dit zonder oordelen gebeurt. Met het oog hierop wordt de methode van *Beelden van Kwaliteit* ingezet. Zorgverleners leren op een niet-normatieve manier naar hun eigen praktijk te kijken. Zo kunnen ze zien dat gedrag dat als 'onbegrepen' te boek staat een heel begrijpelijke reactie op hun eigen manier van doen kan zijn, wanneer die voor hun bewoners onduidelijk of onoverzichtelijk is. Ook zien zij dat heftige escalaties kunnen leiden tot versterkte interactie die het onbegrepen gedrag van bewoners kan versterken. Het bespreken van de observaties leidt tot het formuleren van hypothesen. Dit is een intensief leerproces waarin het vooral aankomt op het stellen van de juiste vragen. Een voorbeeld: een team geeft als probleem aan dat 'de negatieve sfeer rond bewoner x leidt tot veel strijd' en vraagt hoe zij dit patroon kan doorbreken. De hypothese waarmee dit team uiteindelijk aan de slag gaat, luidt: 'Wanneer we bewoner x elke dag een 'geluksmoment' bezorgen, dan zien we na een maand dat het agressieve gedrag vermindert'. Om aan de slag te kunnen, moet het team eerst

nog bepalen wat een 'geluksmoment' voor bewoner x inhoudt en welk gedrag als 'agressief' wordt gezien. Met deze aanpak gaan deelnemende teams in een periode van zes maanden aan het werk, waarbij aan meerdere vragen tegelijkertijd kan worden gewerkt. Ondanks de onderbreking door de coronacrisis kon het team uit dit voorbeeld na de zomer melden dat de aanpak tot een aanzienlijke vermindering van de strijd met bewoner x had geleid.

### WEDERZIJDSE KENNISDELING

In het gesprek over onbegrepen gedrag behoeft de wenselijkheid van een multidisciplinaire aanpak eigenlijk nooit een betoog. Die spreekt voor iedereen voor zichzelf. Desondanks stelt de IGJ vast dat het hier in veel verpleeghuizen aan schort. Verantwoordelijkheden zijn niet goed afgebakend en de communicatie laat te wensen over. Er is veel goede wil onder zorgverleners, maar het ontbreekt aan regie. Dit beeld werd bij de start van het OG-project bevestigd. Tijdens een startconferentie werd aan alle (140+) deelnemers gevraagd wat ze van het project hoopten en verwachtten. Onder de antwoorden kwamen regelmatig uitspraken voor als 'dat we het *echt* samen gaan doen'.

*Het wederzijdse karakter van multidisciplinaire samenwerking heeft tot dusver te weinig aandacht gekregen*

Dit wekt de indruk dat de samenwerking met andere disciplines tegenvalt. De klachten gaan over en weer. Van zorgverleners hoor je dat ze een behandelaar 'zelden zien', of in elk geval niet als ze iemand nodig hebben, of dat begeleidingsadviezen te ingewikkeld zijn. Omgekeerd hoor je van behandelaren dat rapportages vaak weinig bruikbare informatie bevatten. Ook wordt gezegd dat zorgverleners hen te laat bij een probleem betrekken, aanbevelingen niet uitvoeren, of onvoldoende op één lijn zitten zodat je als behandelaar afhankelijk bent van wie je toevallig op de afdeling treft. Op het eerste gezicht allemaal ongemakken die de eerder beschreven beeldvorming lijken te bevestigen. Zorgverleners nemen in een multidisciplinaire aanpak te weinig een eigen positie in, wat samenhangt met hun deskundigheidsniveau. In de praktijk blijkt het beeld echter meer divers. Sommige teams nemen een gelijkwaardige positie in ten opzichte van andere disciplines en weten zich hierin gezien en gehoord. Andere teams ontdekken hun eigen kracht, maar worden daarin niet echt gestimuleerd door de organisatie. Weer andere teams zijn op behandelaren aangewezen om te weten wat ze moeten doen en vinden dat prima zo. Multidisciplinariteit vraagt echter van alle betrokkenen de bereidheid tot *wederzijdse* kennisdeling. Het belang van het wederzijdse karakter van multidisciplinaire samenwerking heeft tot dusver te weinig aandacht gekregen. In een gezaghebbende studie over onbegrepen gedrag gaat het pleidooi voor multidisciplinair werken hand in hand met een hiërarchische ordening: *Binnen een dergelijke multidisciplinaire samenwerking is de arts er voor het diagnosticeren van oorzaken in de somatische sfeer, de psycholoog voor gedragsinterventies en het ondersteunen van het team, de activiteitenbegeleiding om persoonsgerichte activiteiten in te zetten, de ergotherapeut voor zaken op het*



gebied van comfort en veiligheid en de verzorgende voor de dagelijkse zorg en het uitvoeren van de juiste benaderingswijze en psychosociale interventies.

Ontwikkeling als leerproces raakt alle geledingen in de organisatie. Wederzijdse kennisdeling vraagt van organisaties dat ze de werkprocessen zodanig inrichten dat zorgverleners een gelijkwaardige positie kunnen innemen. Van zorgverleners vraagt het dat ze daar zelf invulling aan geven. We zagen al dat 'handvatten aangereikt krijgen' een belangrijke motief was. Bovendien is gebleken dat zorgverleners reflectie op eigen werk dikwijls als 'extra' zien. Het vraagt tijd en die hebben ze toch al te weinig. Maar de opvatting dat professionele reflectie in mindering wordt gebracht op het 'eigenlijke' werk vraagt om veel bredere aandacht. Het is ons inziens een vraag aan zorginstellingen in hoeverre vanuit alle geledingen en disciplines wordt gewerkt aan het doorbreken van de vermeende tweedeling tussen actie en reflectie.

## EIGEN PERSPECTIEF

In november 2020 kreeg het OG-project een herstart. Het was opmerkelijk dat de meeste teams na de zomer graag verder wilden, terwijl ze in het voorjaar nog aangaven geen ruimte meer te hebben voor welk project dan ook. De herstart kwam uiteindelijk neer op een uitbreiding van twaalf naar zeventien deelnemende teams in zeven verpleeghuizen. Het belang van het eigen praktijkonderzoek is dat het zorgverleners kritisch maakt op hoe men zelf naar een bewoner kijkt. Ook ziet men het belang van het leren innemen van een duidelijke eigen positie.

In het proces van wederzijdse kennisdeling valt veel te leren en te ontdekken. Bijvoorbeeld dat het begrip van onbegrepen gedrag niet voor iedereen hetzelfde inhoudt. Onbegrepen gedrag heeft voor zorgverleners niet zozeer te maken met onbeantwoorde vragen, als

# Elke discipline heeft een eigen verantwoordelijkheid en wordt daarin door andere disciplines erkend

wel met overbelasting waardoor andere bewoners veel minder aandacht krijgen dan ze verdienen. Voor psychologen blijkt onbegrepen gedrag een vraagstuk waarvoor dikwijls geen passende oplossingen voorhanden zijn. Er is weliswaar sprake van een min of meer omlijnd gedragsrepertoire, maar het is niet altijd duidelijk welk aspect van het gedrag in aanmerking komt voor behandeling. Het blijft ook voor gedragskundigen dikwijls een kwestie van 'trial and error'. Voor artsen geldt dat ze onbegrepen gedrag definiëren als gedrag dat gepaard gaat met de last en het gevaar dat het kan opleveren voor betrokkenen. Van belang is hier dat 'het niet zozeer gaat om het gedrag zelf, maar om lijdensdruk'. Onbegrepen gedrag is gedrag dat lijden veroorzaakt, ongeacht de vraag hoe dat gedrag eruit ziet. Ook leidinggevend nemen onbegrepen gedrag vaak waar vanuit hun eigen perspectief. Ze zien het als een bron van zorg, bijvoorbeeld omdat escalaties om inzet van extra personeel kunnen vragen, nog afgezien van de eventuele uitval van personeel dat overbelast wordt.

## ERKENNING

De onderscheiden inhoud en functie van onbegrepen gedrag is een factor

die om erkenning vraagt. Wordt hiermee geen rekening gehouden, dan zal ze een effectieve multidisciplinaire aanpak gaan belemmeren. Multidisciplinariteit is een groot goed, maar vereist wel dat de opgave van een *wederzijdse* kennisdeling zeer serieus wordt genomen. Dat gaat alleen lukken wanneer elke discipline een eigen verantwoordelijkheid heeft, die ook neemt en daarin ook door de andere disciplines wordt erkend.

Zoals bij veel andere activiteiten het geval was, zorgde de uitbraak van de COVID-19-pandemie ook voor een onderbreking van het OG-project. Na een forse daling van een systematische aandacht voor onbegrepen gedrag is de draad in het najaar van 2020 weer opgepakt. Over de opbrengst van het methodisch onderzoeken van de eigen praktijk in het werken met bewoners met onbegrepen gedrag kan in de loop van 2021 worden gerapporteerd. ♦

---

TEKST HANS REINDERS, ANNEMIEK STOOPENDAAL  
EN MYRIAM MARTENS

**Hans Reinders** is Professor Emeritus Ethiek van de Vrije Universiteit in Amsterdam

**Annemiek Stoopendaal** is Universitair Docent aan de Erasmus School of Health Policy & Management in Rotterdam

**Myriam Martens** is Partner bij Q-Consult Zorg in Utrecht