

# Het ontwerp van een leertraject in samenspraak

## Naar een leertraject vraaggerichte zorg op basis van het 'acht velden model' van Kessels

*Iedereen praat erover, maar niemand weet precies hoe het moet: 'vraaggerichte zorg'.*

*In dit artikel wordt het ontwerp van een leertraject vraaggerichte zorg voor verplegenden en verzorgenden in de praktijk beschreven. Het ontwerp vond plaats op basis van het 'acht velden model' van Kessels (1996). Dit is een samenhangend model voor ontwerp en evaluatie van leertrajecten dat beoogt in nauwe samenwerking met centrale belanghebbenden invulling te geven aan leren. In dit geval vond het ontwerp plaats in samenspraak met cliënten, vertegenwoordigers van cliëntenraden, zorgverleners en management van vier zorgorganisaties. Tevens werden vertegenwoordigers van relevante koepelorganisaties betrokken bij de validering van het ontwerp. Aan het ontwerp van het leertraject was een wetenschappelijk onderzoek gekoppeld.*

**Tineke Schoot, Jeanny Engels,  
Louk Hollands, Luc de Witte \***

### Inleiding

Om beroepsbeoefenaren beter toe te rusten voor vraaggerichte zorg, werd in 2002 het project 'Scholing in de richting van de vraag: verzorging en verpleging vanuit cliëntenperspectief' gestart. Dit project richt zich op het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een scholing voor verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in ziekenhuizen en thuiszorg, waarbij het verlenen van vraaggerichte zorg centraal staat (projectplan versie 130103). 'Vraaggerichte zorg' bleek een complex concept. Verschillende belanghebbenden (cliënten, zorgverleners, management, verzekeraars, overheid), organisatieniveaus (micro-meso-macro) en wetenschappelijke disciplines geven een verschillende invul-

ling aan wat vraaggerichtheid inhoudt, en wat je hierbij dient te evalueren (van der Kraan 2001; Rijckmans, Garretsen et al. 2002). Al snel na de start van het project werd daarom gezocht naar een kader om systematisch en gezamenlijk vorm te geven aan het te ontwerpen leertraject. Dit kader werd gevonden in het 'acht velden model' van Kessels (1996). Om ontwerp en evaluatie beter te kunnen onderbouwen werd het project ondersteund door onderzoek.

In deze bijdrage wordt het ontwerp van het leertraject 'Zorg in dialoog' beschreven. Na een toelichting op het 'acht velden model' volgt een algemene beschrijving van het ontwerpproces, gebaseerd op dit model en vervolgens een beschrijving van werkwijze en resulta-

ten per veld. In de discussie blikken we op kritische wijze terug en doen we enkele aanbevelingen.

### Model voor ontwerp en evaluatie

Kessels (1996) biedt een model om leertrajecten in organisaties vorm te geven. Uitgangspunt hierbij is dat het bij leren in organisaties gaat om het realiseren van leertrajecten die adequate oplossingen bieden voor een bepaalde problematische uitgangssituatie. Het acht velden model biedt een handvat voor het beschrijven van de beoogde situatie (wat wil je bereiken) en van de te evalueren situatie (wanneer ben je tevreden?). Er worden vier velden onderscheiden voor de beschrijving van de beoogde situatie (linker velden). De te

evalueren situatie (rechter velden) bevat ook vier velden. Deze zijn de spiegel van de eerder genoemde velden.

Figuur 1 beschrijft de wijze waarop wij het acht velden model toegepast hebben. Vanuit een beschrijving van knelpunten in de huidige situatie worden hoofddoelen beschreven op cliëntniveau. Aansluitend hierop volgt de omschrijving van hetgeen dient te veranderen in de werksituatie. Het hieronder liggende veld beschrijft het geheel aan hiervoor benodigde kennis, vaardigheden en attitudes. De te ontwerpen leersituaties worden beschreven in het onderste linker veld. In het veld rechtsonder wordt nagegaan

evalueert of de activiteiten impact hebben gehad bij de cliënt.

#### Externe consistentie

Het acht velden model beoogt de basis te zijn van een extern consistent curriculum. Externe consistentie betreft de betrokkenheid bij het ontwerp van leertrajecten van relevante belanghebbenden, en duidt op de overeenkomst die er bestaat tussen de opvattingen van de centrale belanghebbenden over de aard van het probleem dat opgelost dient te worden, over de doelen die nagestreefd worden en over de wijze waarop dat gaat gebeuren.

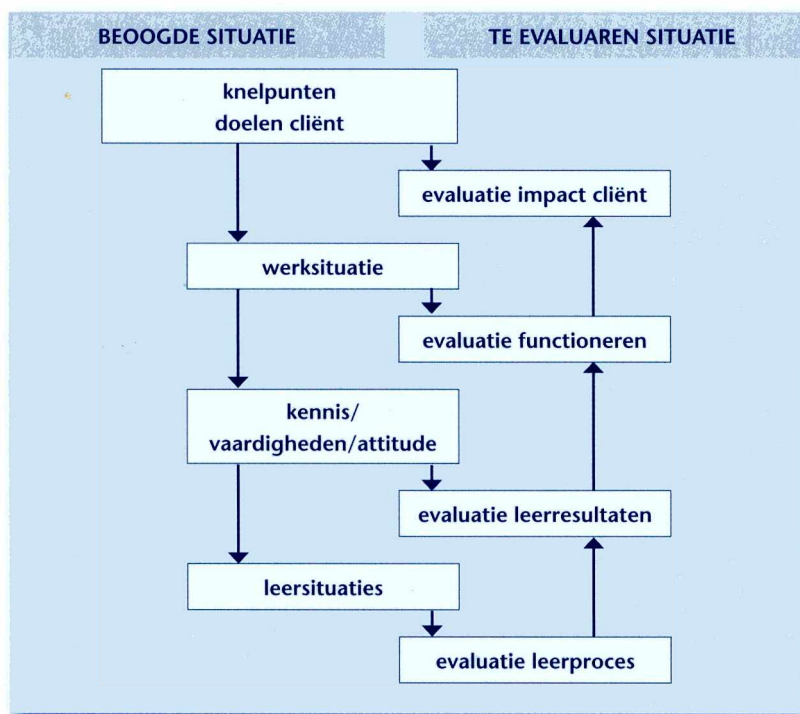
Aan de richtlijnen voor externe consi-

draagt bij aan een goed gestructureerd, logisch geordend programma. De samenhang betreft de volgorde van de velden: ieder veld vloeit voort uit het eraan voorafgaande veld. De samenhang is ook aanwezig in de spiegeling van de velden aan elkaar: iedere beoogde situatie wordt ook beschreven als te evalueren situatie. Ieder veld geeft richting aan inhoudelijke vragen die beantwoord dienen te worden.

#### Het ontwerp: Algemene werkwijze

De betrokken partijen bij het ontwerp waren: de projectgroep, een onderzoeksgroep, vier zorgorganisaties, een stuurgroep en een klankbordgroep.

**Figuur 1: Toepassing van het acht velden model van Kessels 1996**



of de ontworpen leersituaties tot het gewenste leerproces bij professionals hebben geleid. Volgens het hierboven liggende veld dient vervolgens te worden nagegaan of het leerproces resulteert in de gewenste resultaten bij de professionals op het niveau van kennis/vaardigheden en attitude. Of er sprake is van toepassing van het geleerde en of dit leidt tot competent functioneren in de werksituatie wordt aansluitend hierop nagegaan. Het veld rechts boven

stentief ligt een relationele benadering ten grondslag. Belanghebbenden worden betrokken bij het ontwerp. Hierdoor wordt de praktijk binnengehaald en wordt draagvlak verkregen voor het leertraject.

#### Interne consistentie

Interne consistentie betreft de samenhang tussen de afzonderlijke velden. Aan de richtlijnen voor interne consistentie van Kessels ligt een systematische benadering ten grondslag. Deze

#### Betrokken partijen bij het ontwerp

De projectgroep bestond uit een combinatie van inhoudsdeskundigen en didactisch deskundigen uit kenniscentra, HBO- en MBO. Twee van de leden van de projectgroep maakten deel uit van de onderzoeksgroep. De betrokken zorgorganisaties waren drie thuiszorgorganisaties en een ziekenhuis alle in het zuiden van Nederland.

De stuurgroep bestond uit vertegenwoordigers van cliëntenraad, management, staffunctionarissen van de betrokken zorginstellingen en vertegenwoordigers van provinciale koepelorganisaties voor patiënten. De klankbordgroep bestond uit vertegenwoordigers van landelijke koepelorganisaties uit de thuiszorg, ziekenhuiszorg en van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen (projectplan versie 130103).

De volgende werkwijze werd gehanteerd:

#### Onderzoek m.b.t. de beoogde situatie

Om de beoogde situatie te verhelderen werden d.m.v. zorgvuldig onderzoek data verzameld bij diverse belanghebbenden; m.n. uit de betrokken zorgorganisaties. Centrale vragen hierbij betroffen het cliëntenperspectief op vraaggerichte zorg; de door professionals ervaren knelpunten en dilemma's. Het



Foto: Roel Pieper

onderzoek dat getoetst werd conform de gedragscode Gezondheidszorgonderzoek, werd door een Medisch-ethische Toetsingscommissie positief en relevant bevonden.

In het onderzoek werd gestart met enkele oriënterende interviews waaraan de volgende groepen deelnamen: zorgvragers, mantelzorgers, zorgverleners, managers, opleiders en verzekeraars. Vervolgens werden twee focusinterviews gehouden met ervaringsdeskundige cliënten en mantelzorgers die werkzaam waren als patientvoorlichters bij de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). Er vonden participerende observaties van het primaire zorgproces plaats en aansluitend werden enkele diepte-interviews met betreffende cliënten en met zorgverleners gehouden.

### Bespreking in de projectgroep

De eerste resultaten werden op basis van rapportages, verslagen en presentaties in de projectgroep besproken. In meerdere consensusronden resulteerden deze besprekingen uiteindelijk in concepten gericht op de beoogde situaties. Deze concepten werden ter validering

voorgelegd aan de stuurgroep en de klankbordgroep en na correctie door de projectgroep vastgesteld.

### Dialogo met betrokken partijen

Resultaten van de projectgroep werden ter bespreking voorgelegd aan de stuurgroep en aan de klankbordgroep. Door middel van schriftelijke informatie, presentaties en gesprekken werd gewerkt aan begrip en medewerking bij de opleidingsfunctionarissen en bij zoveel mogelijk betrokken managers in de betreffende pilot-organisaties. Met name de opleidings-c.q. staffunctionarissen fungeerden als contactpersoon bij de noodzakelijke dataverzameling en -planning.

In alle organisaties speelde het middenmanagement een rol als tussenpersoon bij de inventarisatie van casuïstieken en knelpunten uit de werksituatie. Hiertoe werden (midden)managers en opleidingsfunctionarissen geïnterviewd. Diverse keuzes m.b.t. het leertraject, bijvoorbeeld m.b.t. kenmerken van de doelgroep, selectie van deelnemers en planning, vonden plaats in dialoog met de contactpersonen.

### Ontwikkelen en testen van evaluatie-instrumenten

Na vaststelling van de inhoud van de velden die de beoogde situatie betreffen, werden deze aansluitend nader geoperationaliseerd tot evaluatie-instrumenten. De proces-evaluatie-instrumenten vloeiden direct voort uit de onderwijs-visie en gekozen onderwijsinhouden. De vastgestelde doelen op de niveaus kennis, vaardigheden en attitude vormden de basis voor een zelf-evaluatie-instrument. De geformuleerde competenties in de werksituatie werden geoperationaliseerd tot een competentieschaal.

Cliëntdoelen werden geoperationaliseerd tot een evaluatie-instrument t.b.v. cliënten. De concepten werden toegelicht en besproken in de stuurgroep. Van de klankbordgroep werd één lid (Sting) gericht benaderd voor reacties. Conceptinstrumenten werden besproken met de projectgroep en met enkele wetenschappelijk begeleiders. De competentieschaal t.b.v. het functioneren in de werksituatie werd na een try-out bij enkele professionals bijgesteld. Het cliënt evaluatie-instrument werd

in een pilotmeting bij enkele cliënten getest en bijgesteld op grond van de bevindingen.

### Het ontwerp per veld

#### Veld: Knelpunten en doelen cliënt

De startvraag voor het gehele project was: 'welke knelpunten ervaren cliënten in de huidige situatie en wat is het perspectief van cliënten op de gewenste/beoogde situatie?' Deze vraag betrof de hoofddoelen van het leertraject.

Bij de beantwoording van deze vraag speelden m.n. de focusgroep-interviews met ervaringsdeskundige patiënten een rol (Schoot, Proot et al. 2004) evenals de participerende observaties.

Mensen die zorg ontvangen, willen een actieve rol spelen in het zorgproces. Zij verwachten van een zorgverlener dat deze zich primair richt op de ondersteuning van het totale, individuele bestaan. Hiertoe dient de zorgverlener de autonomie (en eigen regie) en ervaringsdeskundigheid van de cliënt op basis van gelijkwaardige dialoog te erkennen, te respecteren en te bevorderen. Voorts zouden zorgverleners oplettende en kritische 'bondgenoten' moeten zijn in het bereiken van de doelen van de cliënt.

De werkdefinitie van vraaggerichte zorg hebben we als volgt beschreven:

#### Werkdefinitie

*Vraaggerichte zorg is zorg die uitgaat van de wensen en ervaren behoeften van de zorgvrager, die in dialoog tot stand komt en waarbij de zorgvrager uiteindelijk beslist.*

Doelen bij de cliënt werden voor dit project gedefinieerd als:

#### Doelen cliënt

1. De zorgvrager geeft aan door de zorgverlener serieus genomen te worden en gerespecteerd te worden.
2. De zorgvrager geeft aan autonomie te ervaren ten aanzien van de wijze waarop de zorg wordt vorm gegeven.

#### Veld: De werksituatie

Dit veld betreft het totaal van hetgeen dient te veranderen in de werksituatie. De werksituatie werd voor dit project afgebakend tot het effectief functioneren van de zorgverlener in het primaire proces voor zover het binnen zijn/haar competentiegebied ligt. In de praktijk doen zich vaak situaties voor waarbij sprake is van grenzen, spanningsvelden en dilemma's bij het gestalte geven aan de beoogde zorg. Het kunnen omgaan met dergelijke situaties behoort eveneens tot de werksituatie van zorgverleners. We noemden het effectief functioneren in de werksituatie 'competenties'. Centrale vragen voor dit veld betroffen: wat is het perspectief van cliënten en van zorgverleners op competent functioneren in de werksituatie; welke spanningsvelden ervaren professionals in de werksituatie en op welke wijze kunnen zij effectief hiermee omgaan? De beschreven werkwijze resulteerde in de vaststelling van drie centrale competenties:

#### Competent functioneren in de werksituatie

1. De verpleegkundige / verzorgende doorloopt in dialoog met de zorgvrager het zorgproces vanuit het perspectief van de zorgvrager op basis van zijn/haar professionele deskundigheid. De verpleegkundige is in staat om te gaan met te verwachten knelpunten en spanningsvelden daarbij.
2. De verpleegkundige / verzorgende ondersteunt de zorgvrager bij het formuleren van zijn/haar vragen en wensen ten aanzien van het gehele zorgproces en stimuleert daarbij de regievoering door de zorgvrager. De verpleegkundige is in staat om te gaan met te verwachten knelpunten en spanningsvelden daarbij.
3. De verpleegkundige / verzorgende zoekt actief naar alternatieve mogelijkheden op het moment dat persoonlijke, professionele en organisatorische grenzen zich voordoen.

#### Veld: Benodigde kennis, vaardigheden en attitude

Centrale vraag bij dit veld is: welke con-

crete kennis, vaardigheden en attitude zijn nodig om competent te kunnen functioneren in de werksituatie?

De vastgestelde competenties werden geanalyseerd naar doelstellingen m.b.t. benodigde kennis, vaardigheden en attitude. Vervolgens werden deze doelstellingen gekoppeld aan de diverse dagdelen.

#### Fragment doelstellingen

De zorgverlener:

- Kan benoemen wat patiënten belangrijk vinden in de zorgverlening (patientenperspectief)
- Kan benoemen welke gevolgen het hebben van een chronische aandoening heeft op psychosociaal, economisch en maatschappelijk vlak
- Heeft kennis van de begrippen draaglast en draagkracht en kan deze toepassen
- Kan beargumenteren hoe de zorgverlening de zorgvrager kan helpen zijn eigen leven te leiden

#### Veld: Ontwerp van leersituaties

Teneinde de zorgverleners in de gelegenheid te stellen om de benodigde kennis, vaardigheden en attitude te ontwikkelen c.q. (blijvend) effectief leren functioneren in de werksituatie, werden leersituaties bedacht.

Centrale vragen waren:

- Welke leersituaties passen bij het verwerven van deze kennis, vaardigheden en attitude/de ontwikkeling van competenties?
- Op welke manier kunnen we de dagelijkse werkpraktijk benutten?
- Hoe kunnen we bijdragen aan transfer en blijvend effect?
- Hoe kunnen we zorgen dat docenten goed reageren op de vragen/problemen waarmee ze geconfronteerd worden?

Om aan te sluiten bij de beleavingswereld van de deelnemers wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de casuïstiek uit de eigen werksituatie. In principe speelt juist het leren in en 'aan' de eigen werksituatie een overheersende rol bij het teweegbrengen van de gewenste effecten (Kessels 1996). Zorgverleners worden aangemoedigd om zelf of met

elkaar praktijkproblemen op te lossen en daarbij zelf te beoordelen over welke competenties ze wel en niet beschikken. De deelnemer krijgt dus een actieve rol. Het is met name deze methode die professionals aanspreekt: zij willen vooral 'zichzelf iets leren' waarvan zij de zin inzien, en niet iets aangeleerd krijgen (Jutte & Kruijt, 1999).

Transfer en blijvend effect worden beoogd door het aanbieden van methodieken om gezamenlijk, systematisch en structureel het functioneren in de werksituatie te bespreken. Op deze wijze wordt dit onderdeel gemaakt van de praktijkcultuur (Bolhuis, 2001). Voorbeelden hiervan in het ontworpen leertraject zijn: structurele en systematische reflectie en een methodiek voor het gezamenlijk omgaan met ethische dilemma's. Een bijdrage aan een 'olievlekwerking' in de praktijk werd ook verwacht van selectiecriteria voor de deelnemers (zie beschrijving). Om brede bewustwording in de organisatie te creëren werd de basismodule opengesteld voor (midden)management en staffunctionarissen. De verwachting was dat dit zal bijdragen aan ondersteuning en facilitering van de zorgverlener.

In het leertraject staan communicatieve vaardigheden, ethisch redeneren en reflectieve vaardigheden centraal. Ondanks dat veel van deze vaardigheden m.n. worden toegeschreven aan de hoogste niveaus van verplegen (Pool, Pool-Tromp et al., 2001), is het leertraject ontwikkeld voor verpleegkundigen en verzorgenden van kwalificatieniveau 3, 4 en 5. Onderliggende gedachte is dat ze samen staan voor één en dezelfde groep zorgvragers, dat in teamverband geleerd wordt en dat ieder lid van het team zich hier verder in kan ontwikkelen.

De gekozen leersituaties maken duidelijk welke eisen gesteld worden aan de rol en competenties van de docent (Auer, 1994; de Koning, 2002):

- Het begeleiden van groepsprocessen;
- het initiëren/stimuleren van processen in de organisatie die bijdragen aan transfer en implementatie;
- het begeleiden van individuele leerprocessen als coach;

### Beschrijving van het leertraject 'Vraaggerichte Zorg in dialoog'

Het programma bestaat uit een basis- en vervolgmodule variant Thuiszorg en variant Klinische zorg. In de basismodule ligt de nadruk op bewustwording van knelpunten in de huidige situatie en een oriëntering op de wensen en behoeften van zorgvragers. Deze module is bedoeld voor zorgverleners die functioneren op niveau 3 t/m 5 en hun managers en stafverpleegkundigen (totaal 25-30) en betreft twee dagdelen. Er zijn diverse werkvormen zoals een stellingenspel, een presentatie door een ervaringsdeskundige, rollenspelen gekoppeld aan een zorgcircuit en een checklist vraaggerichtheid.

De vervolgmodule is bedoeld voor een beperkt deel van deze medewerkers (12). Doelgroep zijn verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in het primaire proces op kwalificatieniveau 3, 4 of 5, en die bij voorkeur ook eindverantwoordelijk zijn voor cliënten en 'kartrekker' kunnen zijn binnen een team. De vervolgmodule beoogt competenties te ontwikkelen om vraaggericht zorg te kunnen verlenen en te anticiperen op hierbij ervaren knelpunten en spanningsvelden. De vervolgmodule betreft 7 dagdelen. Het programma is in eerste instantie gericht op de doelstellingen m.b.t. kennis, attitude, samenwerkings- en communicatieve vaardigheden, en ethisch redeneren. Richtinggevend hierbij zijn de vastgestelde competenties. In drie dagdelen komt een aantal verschillende typen taken aan bod. In twee dagdelen staan trainingen vaardigheden centraal. Taken en trainingen zijn gebaseerd op praktijk-situaties. De laatste twee bijeenkomsten zijn follow-up- bijeenkomsten. M.n. vanaf dit moment staan de geïntegreerde competenties centraal: toepassing in hun eigen praktijk en de ervaringen die de deelnemers hierbij opdoen. Reflectie op eigen gedrag en op het gedrag van collega's en het geven van feedback is hierbij een belangrijke werkvorm. Alle dagdelen zijn omringd met opdrachten gericht op de toepassing in de dagelijkse praktijk. Het programma beoogt ook ruimte te bieden voor individuele leerdoelen. Bij beide modules worden ervaringsdeskundige voorlichters van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland ingezet. Betreffende personen hebben een voorbereidende training gevolgd. Bij het leertraject hoort een uitgebreide docentenhandleiding en een handleiding voor de ervaringsdeskundige voorlichters. Hierin is zowel aandacht voor de werkwijze als voor de inhoud.

- het trainen van vaardigheden op het gebied van communicatie, ethisch redeneren en reflecteren;
- optreden als rolmodel bij de toepassing van vraaggerichte zorg.

### Veld: Evaluatie van het leerproces

Hoe kunnen we het verloop van de leerprocessen evalueren?

Om inzicht te krijgen of het leerproces van de deelnemers verloopt zoals beoogd, is gestreefd naar instrumenten gericht op het verzamelen van een mix van zowel kwalitatieve als kwantitatieve data. De ontworpen instrumenten sturen zowel naar dataverzameling bij de docent en de ervaringsdeskundige als bij de deelnemers. Tevens wordt gestuurd naar dataverzameling op meer-

dere momenten. Het instrument wordt gekenmerkt door:

- Richtlijnen voor een mondelinge evaluatie aan het eind van iedere bijeenkomst;
- Bespreking van ervaringen van tutoeren en ervaringsdeskundigen in een tutorenoverleg;
- Schriftelijke programma-evaluatie met behulp van een voorgestructureerde vragenlijst aan het einde van de laatste bijeenkomst. De vragenlijst betreft alle substantiële onderdelen van het leertraject. De antwoorden kunnen gegeven worden op een vijfpuntschaal: 1 = helemaal niet mee eens; 5 = helemaal mee eens;
- Open vragen als onderdeel van de programma-evaluatie

### Richtlijnen voor mondelinge procesevaluatie

Reacties ten aanzien van (eigen) doelstellingen van vandaag: (haalbaar?; zinvol?)

Reacties ten aanzien van (de onderdelen van) het programma van vandaag (inclusief opdrachten): (zinvol?; duidelijk?; plezierig?; afwisselend?; leerzaam?; haalbaar?)

Het functioneren van de afzonderlijke cursisten: (inzet?; motivatie?; zelfsturing?; verantwoordelijkheid?)

Het functioneren van de groep: (samenwerking?; sfeer?; inzet?)

Het functioneren van de docent: (procesbegeleiding?; inhoud?; coach?)

Het functioneren van de ervaringsdeskundige: (inhoud?)

Studiebelasting: (te doen?) suggesties/ verbeterpunten

### Veld: evaluatie van leerresultaten

Hoe kunnen professionals inzicht krijgen in de kennis, vaardigheden en attitude die zij hebben verworven?

Toetsing en evaluatie is een essentieel onderdeel van het leerproces, en vindt bij voorkeur zowel aan het begin, tijdens als aan het einde van een leertraject plaats. Hierdoor verwerven deelnemers kennis over hun eigen voortgang. Het zelfevaluatieformulier is een instrument om zicht te krijgen op aanwezige kennis; vaardigheden en attitude. Dit instrument dient als zelfbeoordeling te worden gebruikt bij de reflectie op eigen kennis, vaardigheden en attitude. Betrokkenen kunnen in overwegend open antwoorden reflecteren op hoe ver zij hierin zijn. Daarnaast bevat de vragenlijst ruimte voor conclusies t.a.v. leerpunten en t.a.v. vervolgactiviteiten.

### Veld: Evaluatie van het functioneren in de werksituatie

Op welke wijze kunnen professionals

hun ontwikkeling t.a.v. competent functioneren in de werksituatie evalueren?

Teneinde inzicht te verkrijgen in (de ontwikkeling van) eigen competenties in de werksituatie werd de Competentieschaal 'Zorg in dialoog' ontwikkeld. Leren doe je individueel, maar in toenemende mate ook samen met collega's, met managers, met de hele organisatie. De schaal gaat daarom uit van self- en peer-assessment: zorgverleners worden gestimuleerd om zichzelf kritisch te beoordelen en om hierbij feedback te vragen aan relevante anderen (Dochy, Heylen et al., 2002).

Het instrument stuurt naar het vergaren van 360 graden feedback: het gericht vragen om feedback over het eigen gedrag aan diverse betrokkenen met een verschillend perspectief (patiënten, mantelzorgers, collega's, leidinggevenenden). De competentieschaal beschrijft 10-15 indicatoren van gewenst gedrag in de werksituatie per competentie. Betrokkenen kunnen aangeven op een schaal van 1-4 in hoeverre het beschreven gedrag op hen van toepassing is. Daarnaast bevat de vragenlijst ruimte

### Fragment uit het 'Zelf-evaluatieformulier'

In welke mate vind je dat je zelf voldoet aan de volgende doelstellingen? Omcirkel één cijfer, waarbij 1 = onvoldoende, 2 = twijfelachtig, 3 = voldoende, 4 = ruimschoots voldoende en 5 = goed.

#### Kennis

Kennis en inzicht in de begrippen autonomie, eigen regelgeving, zelfbeschikking en empowerment

Inzicht in mogelijke levensvragen en (inlevingsvermogen in) participatieproblemen van zorgvragers

Kennis en inzicht in de gevolgen van het hebben van een aandoening c.q. zorgvraag op psychosociaal, economisch en maatschappelijk vlak

Mijn sterke punten zijn:

Verbeterpunten voor mij zijn:

om te verantwoorden op welke wijze feedback is gevraagd; ruimte voor conclusies t.a.v. de voortgang en t.a.v. leerpunten. Er is vooraf geen minimumnorm vastgesteld. Nadruk ligt op het verwerven van zelfinzicht en reflectie t.a.v. individuele ontwikkelingen. Dat betekent zeker niet dat de zelfevaluatie vrijblijvend is. De interne samenhang van de velden maakt het belang ook duidelijk van een gedegen evaluatie van iedere stap.

### Fragment uit de 'Zorg in dialoog' Competentieschaal

Geef bij ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre het beschreven gedrag op jezelf van toepassing is in de werksituatie met cliënten.

Er zijn vier keuzemogelijkheden:

1 = eigenlijk niet; 2 = in beperkte mate; 3 = regelmatig; 4 = heel vaak.

#### Competentie 3:

03. ik geef duidelijkheid aan de cliënt over organisatorische, professionele en persoonlijke mogelijkheden en beperkingen;
04. ik zoek actief naar alternatieve mogelijkheden om aan de zorgvraag van de cliënt tegemoet te komen bij persoonlijke, professionele of organisatorische grenzen;
05. ik ondersteun collega's bij het zoeken naar alternatieve mogelijkheden om aan de vraag van de cliënt tegemoet te komen bij persoonlijke, professionele of organisatorische grenzen;
06. ik draag zorg voor de randvoorwaarden in de organisatie die de ondersteuning van de eigen regie van de cliënt ondersteunen;
07. ik sta open voor kritiek van de cliënt;
08. ik sta open voor kritiek van collega's;

### Veld: Evaluatie van de ervaren vraaggerichtheid door de cliënt

Hoe kunnen we de door de cliënt ervaren vraaggerichtheid evalueren?

Cliëntdoelstellingen (het eerste veld) werden geoperationaliseerd tot indica-



Foto: Roel Pieper

### Fragment uit het evaluatie-instrument t.b.v. cliënten

De antwoordmogelijkheden zijn: helemaal niet mee eens; niet mee eens, weet niet/ geen mening, mee eens en helemaal mee eens

1. Ik merk dat zorgverleners rekening houden met mijn persoonlijke wensen.
2. Ik merk dat zorgverleners echt naar mij luisteren.
3. Ik merk dat zorgverleners rekening houden met wat ik hen verteld heb.
4. Ik krijg voldoende gelegenheid om te zeggen aan welke zorg ik behoefte heb.
5. Ik merk dat zorgverleners mijn besluit respecteren als ik het niet met hen eens ben.

toren van door de cliënt ervaren vraag-gerichtheid. Het instrument bevat 15 uitspraken m.b.t. aspecten van vraag-gerichtheid. Cliënten kunnen aangeven op een schaal van 1-5 hoe zij dit ervaren (helemaal niet mee eens-helemaal mee eens). Daarnaast bevat de vragenlijst twee open vragen naar wat men goed vindt aan de zorg die men ontvangt en naar wat men vindt dat beter zou kunnen. Tot slot is er nog een vraag naar een waardering in een rapportcijfer, en naar eventuele gesignaleerde verande-

ringen in de zorg. Er is vooraf geen minimumnorm vastgesteld.

Het instrument kan gebruikt worden door individuele beroepsbeoefenaren om feedback over de effecten van het eigen functioneren te verzamelen. Het instrument kan ook gebruikt worden voor gegevensverzameling op afdelings-c.q. clusterniveau.

### Reflectie Mogelijkheden

Het acht velden model betekende voor ons een prima houvast voor een gezamenlijk en systematisch ontwerp van een leertraject. Het prikkelde tot afstemming op de zorgverlener in de werksituatie. Daarnaast stuurde het model naar een zo groot mogelijk draagvlak van het leertraject door samenspraak met relevante belanghebbenden. Het draagvlak betrof hierbij zowel de betreffende pilotorganisaties als vertegenwoordigers van diverse groepen belanghebbenden in den lande.

### Grenzen

Door het leertraject wordt een belangrijke impuls gegeven aan de bevordering van vraaggerichte zorg. Vraaggerichte zorg omvat echter veel meer dan alleen het competent functioneren van zorgverleners in het primaire proces. Het acht velden model van Kessels beoogt te anticiperen op alle elementen in de

werksituatie die bijdragen aan het probleem in de uitgangssituatie. Bijvoorbeeld instellingsbeleid en managementcompetenties. Dit totaalplaatje valt buiten de doelstelling van het project. Het ontwikkelde leertraject betreft voornamelijk het effectief functioneren van de zorgverlener in de praktijk binnen de gegeven mogelijkheden en grenzen. Wij beschrijven dit als competenties van de zorgverlener in de werksituatie en onderscheiden dit van kennis, vaardigheden en attitude. Hier wijkt de toepassing van het model af van het oorspronkelijke model. Het gevaar van het niet volledig meenemen van de werksituatie is, dat een oplossing wordt bedacht die niet volledig passend is voor het oorspronkelijke probleem.

### Aanbevelingen

Uit het beschreven traject is gebleken dat diverse maatregelen werden genomen om belangrijke derden uit de werksituatie te betrekken bij het ontwerp. Ook werden diverse maatregelen genomen om transfer van het geleerde in de werksituatie en het uitdragen naar collega's zoveel mogelijk te bevorderen. Dit verdient echter nog verdere aandacht. Een actief leerklimaat en een actief opleidingsbeleid en ondersteuning door het management zijn hierbij van essentieel belang. Dit blijft een punt van aandacht bij de implementatie op



grotere schaal (Kessels 1996). Met het volgen van de module 'zorg in dialoog' zijn zorgverleners dus nog niet 'klaar' voor vraaggerichte zorg. Dit vraagt een langer en breder gedragen traject.

#### De ondersteuning met onderzoek

De input van centrale belanghebbenden werd voor een groot gedeelte generaliseerd door zorgvuldig onderzoek bij belanghebbenden. Het principe van triangulatie (diverse bronnen en dataverzamelingstechnieken) was hierbij van belang. Hierdoor werd de externe validiteit van het leertraject, en daarmee het draagvlak voor de implementatie vergroot. Een knelpunt van de combinatie van het ontwerp met zorgvuldig onderzoek was dat door de tijdsdruk van het te ontwikkelen leertraject er op diverse momenten gebruik gemaakt moest worden van tussentijdse onderzoeksresultaten. Deze tijdsdruk werd nog versterkt door de noodzakelijke toetsing van het onderzoek door de medisch-ethische commissie. Zowel de langdurige en bewerkelijke procedure van dit traject, als de overeengekomen gedragscode die gold voor het onderzoek (bijvoorbeeld de geïnformeerde toestemmingsprocedure) werkten belemmerend en vertragend voor het onderzoek. Zorgvuldig onderzoek bleek soms spanningen op te leveren met planning en flexibiliteit in de organisatie. Bijvoorbeeld wijzigingen en onvoorziene zaken in de patiëntenplanning doorkruisten soms de geïnformeerde toestemming van cliënten; theoretische steekproeftrekking in het

kader van kwalitatief onderzoek (hierbij worden gaandeweg het onderzoeksproces keuzes gemaakt m.b.t. kenmerken van nieuwe te selecteren onderzoekssituaties) stond op gespannen voet met de planning van onderzoeksactiviteiten in de organisatie. Het gezamenlijk zoeken naar een evenwicht verliep succesvol dankzij inzet, dialoog en creativiteit bij de betrokken partijen.

#### Toepassingsmogelijkheden

Het leertraject vraaggerichte zorg biedt aanknopingspunten voor verplegenden en verzorgenden die zorg bieden aan cliënten van alle zorgcategorieën (chronisch zieken, klinische zorg, kind- en jeugdzorg etc). Echter, om aan te sluiten bij de beleavingswereld van de betreffende deelnemer is het van belang zoveel mogelijk de casuïstiek aan te passen aan de eigen werksituatie. Momenteel is reeds een variant thuiszorg en klinische zorg ontwikkeld. Diverse onderdelen van het ontwikkelde leertraject bieden mogelijkheden voor integratie in het reguliere curriculum van verpleegkundige en verzorgende opleidingen. Het programma biedt tevens mogelijkheden voor toepassing naar andere zorg- en hulpverleners dan verplegenden en verzorgenden.

#### Dankwoord

Het ontwerp kwam tot stand dankzij de bijdrage van diverse personen: Marja Legius (Fontys Hogescholen) en Math Hirsch (Arcus College) beiden leden van de projectgroep; leden van de stuur- en klankbordgroep; betrokken ervarings-

deskundigen; medewerkers en cliënten van de pilot-organisaties; medewerkers van bureau onderzoeksverwerking Audit & Control van de Hogeschool Zuyd; leden en inhoudsdeskundige van de subgroep 'vraaggerichte zorg' van de kenniskring 'Autonomie en Participatie' Hogeschool Zuyd.

#### Literatuur

- Auer, C., Ed. (1994). Opleiders in Organisaties, Capita Selecta. Professionals en opleiden: een begripsafbakening. Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Bolhuis, S. (2001). Leren en veranderen bij volwassenen. Bussum, Coutinho.
- Dochy, F., L. Heylen, et al. (2002). Assessment in het onderwijs: nieuwe toetsvormen en examinering in studentgericht onderwijs en competentiegericht onderwijs. Utrecht, Lemma.
- Jutte, C. & L. Kruijt (1999). 'Professionals kun je niet trainen.' Gids voor personeelsmanagement jaargang 78, nr 9, p21-25
- Kessels, J. W. M. (1996). Succesvol ontwerpen: curriculumconsistentie in opleidingen. Deventer,, Kluwer Bedrijfswetenschappen Enschede.
- Koning, de, J. (2002). 'Een goede leeromgeving, Vraaggestuurd werken bij Stichting de Bollenstreek.' Markant 14 p. 14-17.
- Kraan, van der, W. G. M. (2001). Vraaggericht en vraaggestuurd. Een literatuurstudie naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg. Den Haag, ZonMw.
- Pool, A., C. Pool-Tromp, et al. (2001). Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-Verpleegkundigen. Utrecht, NIZW.
- Rijckmans, M. J. M., H. F. I. Garretsen, et al. (2002). 'Vraaggerichtheid en vraagsturing. Een poging tot conceptuele verheldering.' Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 80: 388-392.
- Schoot, C. M., I. M. Proot, et al. (2004). 'Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers.' Submitted for publication.
- Project 'Scholing in de richting van de vraag: verzorging en verpleging vanuit patiëntenperspectief' versie 130103

\* **Tineke Schoot** verzorgde het onderzoek tijdens het project. Zij is senior docent aan de Hogeschool Zuyd, faculteit verpleegkunde en businessunit Welzijn en Zorg en lid van de Kenniskring Autonomie en Participatie. **Jeanny Engels** coördineerde het project. Zij is projectleider bij het Kennis centrum voor Revalidatie en Handicap (iRv). **Luc de Witte** was de projectleider. Hij is lector van de kenniskring Autonomie en Participatie van de Hogeschool Zuyd en programmaleider bij het iRv. **Louk Hollands** is Universitair docent, sectie Verplegingswetenschap, capaciteitsgroep Zorgwetenschappen aan de Universiteit van Maastricht en bij Transferpunt vaardigheidsonderwijs HAN, Nijmegen/UM Maastricht.