

Veiligheid
als basis voor
zelfbeschikking

Veiligheid
als basis voor
zelfbeschikking

**Veiligheid als
basis voor
zelfbeschikking**

Veiligheid
als basis voor
zelfbeschikking

Veiligheid
als basis voor
zelfbeschikking

**Een onderzoek naar zorgvisies van zorgverleners in de
zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.**

Masterthesis
Masterprogramma Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie
Universiteit Utrecht
Anke Kuiper - 3285308
Supervisie Universiteit Utrecht: Barbara Da Roit
Tweede beoordelaar: Pretty Liem
Begeleider 's Heeren Loo: Rineke Verbaas
Oktober 2012

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
	Voorwoord	7
1.	Inleiding	9
2.	Theoretisch kader	12
	2.1. Het denken over mensen met een verstandelijke beperking	12
	2.2. Zorgparadigma's	13
	2.3. Zorgvisies van zorgorganisaties	14
	2.4. De verhouding tussen de paradigma's en zorgvisies	17
	2.5. Vraagstelling	19
3.	Onderzoeksopzet	21
	3.1. Operationalisering	21
	3.2. Methode	19
	3.3. Documentenanalyse	22
	3.4. Kwalitatieve survey	23
	3.5. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	25
	3.6. ASW-verantwoording	25
4.	Analyse van de op schrift gestelde zorgvisies	27
	4.1. Zorgvisie van 's Heeren Loo	28
	4.2. Zorgvisie van de regio Horst/Ermelo	30
	4.3. Zorgvisie van de regio Midden-Nederland	32
	4.4. Hoe verhouden de verschillende visies (van de organisatie en regio's) zich tot elkaar?	33
5.	Resultaten: zorgvisies van zorgverleners	35
	5.1. Zorgzaamheid, geborgenheid en emotionele betrokkenheid	37
	5.2. Relaties, jezelf zijn en zelfontplooiing	38
	5.3. Zelfbeschikking en zelfstandigheid	39
	5.4. Gecombineerde aanpak: aanvulling en spanningsveld	42
	5.5. Familie	43
	5.6. Hoe denken zorgverleners dat de organisatie goede zorg ziet?	45
	5.7. Resumé	47
6.	Conclusies	49
	6.1. Samenvatting en conclusie	49
	6.2. Discussie: wat betekenen de resultaten voor de theorievorming?	56
	6.3. Aanbevelingen: wat betekenen de resultaten voor de praktijk?	58
7.	Literatuur	60
8.	Bijlagen	63

Samenvatting

Dit onderzoek gaat over de visies van professionele zorgverleners op de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. Er zijn twee relevante theorieën met betrekking tot denkbeelden over de zorg voor verstandelijk beperkte mensen. De eerste betreft het academisch denken, waarbij drie paradigma's elkaar opvolgen. Dit zijn het defectparadigma, het ontwikkelingsparadigma en het burgerschapparadigma. De tweede theorie komt van Tonkens (1996). Zij onderzocht de zorgvisie van zorgorganisaties en onderscheidde drie zorgvisies. De liberale zorgvisie is momenteel het dominante perspectief. Hierin staan zelfstandigheid en keuzevrijheid centraal. De andere twee zorgvisies zijn de christelijke zorgvisie, met zorgzaamheid en geborgenheid als uitgangspunt, en de humanistische zorgvisie, die gericht is op zelfontplooiing en goede relaties. De uitgangspunten van de zorgvisies komen overeen met die van de zorgparadigma's van Van Gennep (Van Gennep, 2000) en bevestigen hiermee zijn theorie. Voor het analyseren van zorgvisies is de typologie van zorgvisies van Tonkens (1996) gebruikt, omdat deze gebaseerd is op de huidige zorgpraktijk.

De aanwezigheid van verschillende zorgvisies kan volgens auteurs (Tonkens, 1996; Roovers, 2004) een verwarrende werking hebben voor zowel de zorgvisie van een zorgorganisatie als die van zorgverleners. Aangezien verondersteld wordt dat visies invloed hebben op het handelen (Ankeart, 1996; Jansz, 1991) en zorgverleners de laatste decennia meer keuzes kunnen maken (Tonkens, 1996; De Veer, Bloemendal, Spreeuwenberg & Francke, 2012) is het van belang om onderzoek naar zorgvisies te doen. Beleidsmedewerkers van de zorgorganisatie 's Heeren Loo Zorggroep vragen zich af hoe zorgverleners denken over de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en of hierin ook verschillen bestaan. Hierbij wordt in het bijzonder gekeken naar verschillen tussen twee regio's van de organisatie, die in structuur en omgeving verschillen. De onderzoeksvraag luidt: Bestaan er verschillende zorgvisies onder zorgverleners die met mensen met een verstandelijke beperking werken en hoe verhouden deze visies zich met de op schrift gestelde visie van de organisatie?

Uit het onderzoek blijkt dat zowel de zorgvisie van de organisatie als die van haar zorgverleners tweezijdig is. Enerzijds is er de nadruk op christelijke waarden, zoals geborgenheid, bescherming en zorgzaamheid. Dit is volgens zorgverleners de basis van hun dienstverlening, zij voelen zich verantwoordelijk voor het welzijn van hun verstandelijk beperkte cliënten. Anderzijds zijn liberale waarden die de autonomie van mensen met een verstandelijke beperking benadrukken belangrijk. Het gevolg is dat er een spanningsveld tussen beide benaderingen ontstaat, tussen zorgzaamheid van verantwoordelijke zorgverleners en de autonomie van mensen met een verstandelijke beperking. Het positieve effect ervan is dat minder sterke kanten van een bepaalde zorgvisie verzwakt worden. Anderzijds kan het ook onzekerheid tot gevolg hebben, waarbij zorgverleners zich afvragen welk belang het zwaarste weegt: de eigen verantwoordelijkheid of de zelfbeschikking van de cliënt. Zorgverleners die met verschillende doelgroepen werken benadrukken verschillende accenten in hun visie. Zorgverleners die met mensen met een ernstigere verstandelijke beperking werken richten zich meer op emotionele aspecten van zorg en hebben vaker moeite met het omgaan met het spanningsveld. Zorgverleners die met mensen met een lichte verstandelijke beperkingen werken zijn meer gericht op de autonomie van hun cliënten.

Voorwoord

Voor u ligt een onderzoek naar visies over de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Visies en het denken over bepaalde zaken is van invloed op het gedrag van mensen. Voor een onderzoek naar visies is bewustzijn van je eigen perspectieven als onderzoeker dan ook noodzakelijk. Gedurende het hele onderzoek heb ik geprobeerd om een zo open en breed mogelijke benadering te hanteren, een die past binnen de benadering van mijn opleiding Algemene Sociale Wetenschappen. Deze open houding resulteerde in een zoektocht. Een zoektocht naar onderwerpen, visies, de beste aanpak, mogelijkheden en de grenzen van mijn eigen kunnen en nieuwsgierigheid. Het betekende af en toe door de bomen het bos niet meer zien en van de weg raken, maar ook doorgaan en verder komen. Met plezier ben ik op veel verschillende plekken geweest. Het abstracte onderwerp en de complexiteit van de sector zelf waren een uitdaging en ik ben nog meer van deze sector gaan houden.

Dit zijn de mensen zonder wie het niet was gelukt: Barbara Da Roit, Pretty Liem, Rineke Verbaas, Agnes Vet, Sjaak Grooteboer, Annelijn van der Slikke, Gerrit Kuiper, Thijs Kuiper, Wilma Dresselhuis en Benjamin Buurman. Bedankt!

Natuurlijk wil ik ook graag alle respondenten bedanken, omdat zij hun visie met mij wilden delen en hiervoor hun werk neerlegden. De bevologenheid en creativiteit van sommigen heeft mij echt geraakt.

Anke Kuiper

1. Inleiding

Het exacte aantal mensen in Nederland met een (ernstige) verstandelijke beperking is moeilijk vast te stellen (SCP, 2010). Het SCP (2010) schat dat Nederland in 2008 ongeveer 60.000 mensen met een ernstige verstandelijke beperking telde. Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door verminderde intelligentie en een verminderd aanpassingsvermogen (Buntix & Curfs, 2010). Deze beperkingen hebben hun weerslag op sociale en praktische vaardigheden in het dagelijks leven. Er liggen een aantal factoren ten grondslag aan een verstandelijke beperking. Zo zijn onder meer genetische factoren, problemen bij de zwangerschap en zuurstofgebrek bij de geboorte van invloed (SCP, 2010). Een verstandelijke beperking wordt vastgesteld met behulp van een individuele intelligentietest (Buntix & Curfs, 2010). Er is sprake van een verstandelijke beperking wanneer er een intelligentie quotiënt (IQ) van ongeveer 70/75 of lager wordt gemeten (SCP, 2010). Daarnaast moeten ook beperkingen in praktische, conceptuele en/of sociale vaardigheden gemeten worden (Buntix & Curfs, 2010; APA, 1994). Deze drie competenties vormen het aanpassingsgedrag, het adaptieve gedrag. Aan de hand van de evaluatie van deze eigenschappen kan een verstandelijke beperking vastgesteld worden (Buntix & Curfs, 2010).

Volgens de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) woont het overgrote deel van de mensen met een verstandelijke beperking in een intramurale zorginstelling (FvO/VGN, 2002). De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is in Nederland goed georganiseerd. Mensen met een ziekte of beperking die continue zorg en ondersteuning nodig hebben kunnen aanspraak maken op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Rijksoverheid, 2012a). De AWBZ is een automatische verzekering voor alle Nederlanders, die verzekert voor medische kosten die zorgverzekeraars niet vergoeden en die voor burgers onbetaalbaar zijn. Wanneer er zorg, begeleiding of ondersteuning met een verblijf nodig is, zoals binnen een zorginstelling, wordt de zorg toegewezen via een zorgzwaartepakket (ZZP) (Rijksoverheid, 2012b). Hierin wordt beschreven hoeveel en welke ondersteuning iemand nodig heeft.

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is een omvangrijke sector. Het aantal mensen dat in 2009 gebruik maakte van een langdurig intramuraal verblijf binnen de VG-sector bedroeg 60.636, hiervan maakten 34.505 mensen gebruik van extramuraal zorg. Dit grote aantal zorggebruikers brengt hoge kosten met zich mee. In 2009 bedroegen de kosten van de AWBZ ongeveer veertig procent van het totale budget voor de gezondheidszorg (Van Der Kwartel, 2011). Hiervan gaat ongeveer elf procent naar de gehandicaptenzorg. De verstandelijk gehandicaptensector (VG) is een subsector van de sector gehandicaptenzorg (SCP, 2010). De kosten voor de subsector verstandelijk gehandicapten wordt geschat op ongeveer 4,7 miljard euro in 2007 (SCP, 2010). Over de periode van 2006-2009 zijn de uitgaven jaarlijks gestegen met ruim acht procent (Van Der Kwartel, 2011). De kosten van de verstandelijk gehandicaptensector nemen dus toe. Deze toename wordt deels verklaard door capaciteitsuitbreiding (SCP, 2010). Binnen de VG-sector waren in 2009 60.085 beschikbaar (CBS, zoals geciteerd in Van Der Kwartel, 2011). Dit is vijftientig procent meer dan in 2007, wat duidt op een groei van ongeveer zestienhonderd bedden per jaar. Daarnaast heeft de kostentoename te maken met extra kosten voor het vervangen of verbouwen van gebouwen die niet aan de kwaliteitseisen voldoen en andere kwaliteitsbevorderende interventies.

Daarnaast verandert ook de doelgroep. Het aantal mensen met een verstandelijke beperking (binnen de AWBZ) wordt verondersteld relatief stabiel te zijn, maar deze groep is volop in beweging (SCP, 2010). Zo is het voorzieningenaanbod en het gebruik ervan veranderd. Ook is de doelgroep verstandelijk beperkten veranderd, en worden er naast mensen met een IQ lager zeventig nu ook zwakbegaafden (met een IQ tussen de zeventig en vijfentachtig maar met andere problemen) toegelaten tot de AWBZ (SCP, 2010). Een andere beweging in de gehandicaptenzorgsector is dat er veranderende opvattingen zijn over de inrichting van de zorg (SCP, 2010). Zorg moet zoveel mogelijk op maat moet worden aangeboden, aangepast op de specifieke situatie van de zorgvrager.

In een omvangrijke sector als deze werken veel mensen. In 2009 bedroeg dit aantal 122.335 en vergeleken met eerdere jaren is er een toename zichtbaar: ook op dit gebied groeit de VG-sector dus (Van Der Kwartel, 2011). Het merendeel van de mensen die binnen deze sector werkt is vrouw: vrouwen zijn oververtegenwoordigd op alle beroepsniveaus (SCP, 2004). Zo bedroeg het aandeel vrouwelijke medewerkers in 2009 82,6 procent (Van Der Kwartel, 2011).

De sector verandert dus in omvang, maar ook in de manier waarop er tegen zorg voor mensen met een verstandelijke beperking aan wordt gekeken. De van oudsher beschermende Nederlandse verzorgingsstaat is getransformeerd naar een activerende variant (SCP, 2007; 2011) waarbij liberale waarden als individualiteit, autonomie en het privédoel centraal staan (Parton, 1998; Schnabel, 2004; Taylor-Gooby, 2004). Deze waarden hebben invloed op de manier waarop tegen kwetsbare burgers, zoals mensen met een verstandelijke beperking, en hun maatschappelijke positie wordt aangekeken. Ook voor mensen met een ondersteuningsbehoefte is autonomie en privacy van belang. Zij moeten zelf keuzes kunnen maken over waar ze zorg afnemen en waar die zorg uit bestaat. Parallel aan deze ontwikkeling is er toenemende vraag naar transparantie, waardoor er steeds meer informatie moet worden geregistreerd (Taylor-Gooby, 2004). Bovendien is er door marktwerking in de zorg steeds meer concurrentie tussen zorgaanbieders waardoor zorginstellingen in dienen te spelen op de veranderingen in de markt. Er worden dus nieuwe eisen aan zorgorganisaties en zorgverleners gesteld, zoals het rekening houden met de autonomie en keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking en het zakelijker benaderen van zorg met bijbehorende toenemende administratieve taken.

Ook zijn de taken van zorgverleners uitgebreid. Door democratisering van de zorg krijgen zorgverleners steeds meer verantwoordelijkheden (Tonkens, 1996; De Veer et al., 2012). Tot de jaren zeventig was de structuur binnen de gehandicaptenzorg zeer hiërarchisch. Zorgverleners hadden weinig zeggenschap en verantwoordelijkheden. Artsen die hoger in de hiërarchie geplaatst waren namen besluiten die zorgverleners uit dienden te voeren. Echter, sinds de jaren zeventig is dit vanzelfsprekende gezag afgenomen. Hierdoor worden normatieve uitgangspunten democratischer en kunnen ook anderen, zoals zorgverleners, zich in discussies mengen. Zorgverleners nemen daardoor meer beslissingen zelf. Deze democratisering hangt volgens Tonkens (1996) samen met het belang van zorgvisies van zorgorganisaties. Deze bieden het normatieve kader met uitgangspunten waarop zorgverleners hun beslissingen kunnen baseren. Uit eerder onderzoek naar zorgvisies blijkt dat er in de samenleving en gehandicaptensector verschillende zorgvisies bestaan en dat deze een verwarrend effect kunnen hebben voor de normatieve kaders waarbinnen zorgverleners keuzes maken (Tonkens, 1996; Roovers, 2004).

De zorg voor verstandelijk gehandicapten is dus in verandering op verschillende vlakken. Voor zorgverleners betekent dit dat het werken met mensen met een verstandelijke beperking complexer is geworden, terwijl zij zelf meer keuzen hierover moeten maken. Hoe zij over zorg denken is dan ook heel belangrijk. Sterker nog: verondersteld wordt dat het handelen van zorgverleners voortkomt uit hun visie op hun cliënten en de zorg (Ankeart, 1996; Jansz, 1991). Iemand's visie op zorg geeft dus informatie over de manier waarop deze zorg verleend wordt.

Om die reden is de 's Heeren Loo Zorggroep (hierna: 's Heeren Loo) geïnteresseerd in de visies van medewerkers. Hoe denken zorgverleners over mensen met een verstandelijke beperking en hun ondersteuning? Bestaan er verschillen? De organisatie kent een lange historie en ook hier zijn de hierboven beschreven veranderingen merkbaar ('s Heeren Loo Zorggroep, 2009a; 2010). De organisatie is verspreid over ruim honderd locaties door heel het land ('s Heeren Loo Zorggroep, 2012) en binnen de organisatie bestaat de opvatting dat er verschillen bestaan in de attitude van zorgverleners op de diverse locaties. Beleidsmedewerkers van de regio Horst/Ermelo en Midden-Nederland vragen zich dan ook af: zijn er verschillen tussen de wijzen waarop zorgverleners over zorg denken? En waarin zouden die verschillen zich dan uiten, tussen wie verschillen ze en wat betekenen deze verschillen?

Dit onderzoek beoogt de zorgvisies van zorgverleners in kaart te brengen. Het doel is het inzichtelijk krijgen van de kenmerken van de visies en of hierin overeenkomsten of verschillen bestaan tussen zorgverleners. Om de visies van de zorgverleners in een context te kunnen plaatsen is het van belang om de visie van de organisatie te analyseren. Zodoende wordt de verhouding tussen de zorgvisies van zorgverleners onderling, maar ook die met de organisatievisie helder. Omdat de houding van medewerkers moeilijk te vatten is met behulp van objectieve kwaliteitscriteria, is een kwalitatief onderzoek hiernaar noodzakelijk.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft twee theorieën gericht op denkbeelden over mensen met een verstandelijke beperking besproken: de zorgparadigma's van Van Gennep (2000; 2007) en de zorgvisies van Tonkens (1996). Beide auteurs construeerden een typologie van perspectieven op mensen met een verstandelijke beperking en implicaties voor de ondersteuning. De paradigma's zijn denkbeelden binnen academische kringen, terwijl de zorgvisies geabstraheerd zijn van zorgorganisaties (Van Gennep, 2000; Tonkens, 1996). Deze theorieën verschaffen kennis over denkbeelden binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en zijn relevant bij het construeren van een kader om zorgvisies van zorgverleners te kunnen onderzoeken.

2.1. Het denken over mensen met een verstandelijke beperking

Waarom is het denken over mensen met een verstandelijke beperking relevant? Mensbeelden en visies beïnvloeden het menselijk handelen (Anckaert, 1996; Jansz, 1991). Perspectieven op mensen met een verstandelijke beperking, diens positie en ondersteuning beïnvloeden daarmee het handelen. De bejegening van mensen met een verstandelijke beperking door zorgverleners is daarmee een expressie van de visies van zorgverleners op de beperking (Roovers, 2004). Om inzicht te krijgen in het handelen van zorgverleners zijn achterliggende visies dus van belang.

Visies zijn standpunten of beschouwingen van mensen. Deze kunnen individueel zijn, maar ze kunnen ook door meerdere mensen gedeeld worden. Visies zijn niet intrinsiek, maar worden gevormd door verschillende invloeden. Dit heeft te maken met onder andere persoonlijkheid, waarden en attitudes (Robbins, 2005). Deze eigenschappen zijn relatief vaststaand wanneer een individu een organisatie binnen treedt. Waarden bepalen hoe de werksituatie wordt ervaren en geïnterpreteerd en zijn van invloed op de motivatie, het individuele werkgedrag en de werktevredenheid. Waarden zijn grofweg generatiegebonden. Bovendien vormen waarden het fundament van attitudes, ofwel houdingen van personen. Deze attitudes kunnen positief of negatief zijn. Perceptie is het proces waarbij zintuiglijke waarnemingen geordend en geïnterpreteerd worden om betekenis te geven aan de omgeving. Deze perceptie wordt grotendeels bepaald door ideeën van de persoon. Deze kunnen dan ook verschillend zijn: personen die hetzelfde waarnemen kunnen dit verschillend interpreteren. Waarden zijn dus van invloed op hoe iemand de werkelijkheid ziet en interpreteert. Hoe meer de waarden en visie van een medewerker aansluiten bij de organisatie, des te beter de betrokkenheid en loyaliteit (Silvia, Hutcheson & Wahl, 2010).

Echter, mensen zijn sociale wezens en visies worden dan ook niet autonoom vastgesteld, maar in interactie met andere mensen en de omgeving. Daarnaast spelen ook andere individuele factoren, zoals leeftijd (Robbins, 2005), collega's en diens normen (Robbins & Judge, 2011) en functie een rol (Alblas & Wijsman, 1998) in de vorming van visies. Ook omgevingsfactoren zijn van invloed op de vorming van visies. Zo is bijvoorbeeld de organisatiestructuur, hoe de taken formeel verdeeld zijn, van invloed, maar ook de teamstructuur, visie van de organisatie, de grootte van de organisatie en de omgeving van de organisatie (Robbins & Judge, 2011).

Verondersteld wordt dat visies en mensbeelden invloed hebben op het menselijk gedrag en

daarom is het relevant om dergelijke visies te bestuderen en te begrijpen. Er zijn namelijk verschillende mensbeelden gangbaar binnen de zorgsector voor verstandelijk gehandicapten (Roovers, 2004). Volgens Beltman (2001) zijn er dominante paradigma's die in grote mate van invloed zijn op de vormgeving van de ondersteuning van verstandelijk beperkten (Beltman, 2001). Roovers (2004) stelt bovendien dat deze verschillende perspectieven en paradigma's voor zorgverleners moeilijk zijn om mee om te gaan, omdat de perspectieven tegenstrijdige elementen bevatten. In de volgende paragrafen worden daarom verschillende visies op de positie en ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking beschreven.

2.2. Zorgparadigma's

Één van de bekendste Nederlandse auteurs op het gebied van de gehandicaptenzorg is Ad van Genneep (2000; 2007). Hij stelt dat er in het wetenschappelijke denken over mensen met een verstandelijke beperking drie elkaar opvolgende paradigma's te herkennen zijn. Deze wetenschappelijke 'model'-opvatting heeft een specifieke benadering van problemen en oplossingen (Kuhn, 1970) en is voor enige tijd dominant. Paradigma's ontstaan vaak na een onderzoek vanuit een wetenschappelijke opvatting en bieden een bepaalde benadering van een fenomeen.

Binnen het denken over de positie en bejegening van mensen met een verstandelijke beperking zijn drie paradigma's te herkennen. Voor de Tweede Wereldoorlog viel de zorg voor mensen met een verstandelijk beperking binnen de psychiatrie (Beltman, 2001), maar na de oorlog ontstond er steeds meer specifieke zorg. Zorg werd in die tijd, tot ongeveer 1970, benaderd vanuit het medisch model (Van Genneep, 2000; 2007). Dit medisch model komt voort uit het defectparadigma. Vanuit dit perspectief wordt vooral gefocust op de afwijking van het normale, wat in het geval van een verstandelijke beperking een gebrek aan cognitieve vaardigheden is (Beltman, 2001). Mensen met een verstandelijke beperking worden beschouwd als patiënten. Het uitgangspunt is dat van een ziekenhuis: patiënten krijgen een diagnose en behandeling met als doel genezing (Van Genneep, 2000). De diagnose wordt als een statisch gegeven beschouwd, wat inhoudt dat wanneer patiënten een prognose van weinig ontwikkeling hebben er niet veel zal veranderen aan hun situatie en zij alleen verzorgd dienen te worden. Doordat de beperking als een individueel defect wordt gezien is dit een individueel probleem. Vanuit de maatschappij valt deze mensen dan ook een aangepaste bejegening ten deel, zoals speciaal onderwijs en andere aparte voorzieningen (Moonen, 2006). Daarnaast is segregatie kenmerkend voor het defectparadigma. Mensen met een verstandelijke beperking leven hierbij geclusterd in instituten buiten de samenleving (Van Genneep, 2000; 2007).

Het defectparadigma is opgevolgd door het ontwikkelingsparadigma en het hieruit voortvloeiende ontwikkelingsmodel, dat tussen 1970 en 1990 dominant is (Van Genneep, 2000; 2007). Hierbij wordt niet de verstandelijke beperkte zelf, maar de interactie tussen deze mensen en de omgeving als problematisch ervaren. Naast het individuele probleem, wordt ook een sociale kant ervaren. Verstandelijk beperkte burgers worden gezien als 'mensen met mogelijkheden', die benaderd zouden moeten worden als leerlingen. Door te focussen op mogelijkheden en het ontwikkelen hiervan wordt gestreefd naar normalisatie en integratie. De ondersteuning helpt hierbij om gedragsveranderingen bij degene met een verstandelijke beperking

te bewerkstelligen. Er zijn speciale voorzieningen nodig om de ontwikkelingen te ondersteunen, zoals sociale werkplaatsen. De institutionele structuur blijft hierbij wel bestaan.

Het ontwikkelingsmodel werd rond 1990 opgevolgd door het emancipatoire model, dat voortkomt uit het burgerschapsparadigma. Vanuit dit paradigma worden mensen met een verstandelijke beperking beschouwd als burgers met rechten en plichten (Van Gennep, 2000; Vlaskamp, 2000), die net als anderen maatschappelijk kunnen participeren. Dit houdt in dat sociale inclusie en integratie kernwaarden zijn binnen het burgerschapsparadigma. Niet de normalisatie staat hierbij centraal, maar het ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking bij het aanleren van vaardigheden om te kunnen participeren (Moonen, 2006). Deze ondersteuning vindt plaats binnen reguliere maatschappelijke voorzieningen, omdat er wordt uitgegaan van 'normaal' burgerschap (Van Gennep, 2000).

De besproken paradigma's volgden elkaar op als het dominante perspectief op zorg (Van Gennep, 2000). Ondanks dat het burgerschapsparadigma tegenwoordig wijd verspreid en dominant is binnen het beleid van zorgorganisaties in Nederland, zijn het defectparadigma en het ontwikkelingsparadigma niet verdwenen: in de praktijk zijn nog steeds elementen uit de eerste twee paradigma's te herkennen (Beltman, 2001). Het duurt vaak lang voordat recent verworven wetenschappelijke inzichten doordringen in de zorgpraktijken en het beleid hierachter (Van Gennep, 2000). Het maatschappelijk draagvlak is vaak breder voor oudere inzichten dan voor nieuwere inzichten. Binnen de zorgpraktijk en beleidsvorming bestaan de drie paradigma's dan ook naast elkaar en hebben zij alle drie aanhangers. Vanuit welk paradigma beschouwd wordt is van belang, omdat de perspectieven in grote mate de vormgeving van de ondersteuning bepalen (Beltman, 2001).

Volgens Roovers (2004) vormen zorgverleners zich een visie op de omgang met mensen met een verstandelijke beperking binnen het spanningsveld tussen wetenschappelijke en maatschappelijke inzichten. Zij stelt dan ook dat de snelle opeenvolging van paradigma's knelpunten met zich mee brengt. De verschillende paradigma's kennen tegenstrijdige uitgangspunten, zoals enerzijds preventie en anderzijds het stimuleren van de ontwikkeling van vaardigheden. Hierdoor ontstaat er een verscheidenheid aan morele interpretaties van de verstandelijke beperking, waardoor ook perspectieven op de positie van mensen met een verstandelijke handicap binnen de maatschappij verschillen.

2.3. Zorgvisies van zorgorganisaties

Op een ander niveau, namelijk op het gebied van zorginstellingen, bestaan eveneens verschillende visies. Zorgorganisaties ontwikkelen zorgvisies om de kerntaak van de organisatie en de uitgangspunten van goede zorg te expliciteren. Deze worden beïnvloed door gangbare mensbeelden en geven uiting aan een morele visie (Roovers, 2004). Roovers (2004) stelt dat zorgvisies functioneren als een moreel vertoog, waarbij een morele visie wordt geuit. Ook zorgt dit vertoog voor de reproductie van mensbeelden van zorgverleners binnen de organisatie. De beoordeling van situaties en acties door zorgverleners wordt grotendeels bepaald door een moreel en normatief mensbeeld. Daarnaast hebben zij ook morele opvattingen die gevormd zijn door de ervaringen in de zorgpraktijk. Deze twee morele opvattingen beïnvloeden elkaar (Roovers, 2004). Zorgvisies hebben als doel een richtinggevende morele visie te geven (Roovers, 2004; Tonkens, 1996). Ook hebben zorgvisies het doel om legitimiteit te verschaffen: binnen

dit normatieve kader moet in de praktijk vastgesteld worden wat goede zorg is. Tonkens stelt (1996) dat de zorgvisie met name voor de medewerkers van de betreffende zorginstellingen relevant is. Door het democratiseringsproces hebben zorgverleners meer vrijheid gekregen om zelf keuzen te maken. Hierdoor is het van belang om een normatief kader aan te reiken waarbinnen deze keuzen gemaakt kunnen worden. Een geëxpliciteerde en verantwoorde zorgvisie van een zorgorganisatie biedt een dergelijk kader.

Tonkens (1996) analyseerde de door zorginstellingen voor verstandelijk beperkten geformuleerde zorgvisies. Zij concludeerde hieruit dat er drie mensbeelden binnen zorgvisies bestaan, welke een ethisch perspectief representeren en gefundeerd zijn op tegenstrijdige waarden. Voordat de drie perspectieven besproken worden is het relevant om de principes van het verschil- en gelijkheidsdenken kort toe te lichten, een kwestie die oorspronkelijk binnen vrouwenstudies gevestigd is en door Tonkens (1996) naar deze sector is vertaald. Verschildenkers stellen dat gelijke behandeling alleen mogelijk is wanneer verschillen tussen groepen worden erkend, waarbij ze niet als minder worden beschouwd maar als gelijkwaardig of in sommige gevallen zelfs als beter. Daar tegenover staan de gelijkheidsdenkers. Zij stellen dat waargenomen verschillen een gevolg zijn van verschillen in de behandeling van groepen en dat autonomie voor elk individu een essentiële waarde is.

Liberale visie

De eerste zorgvisie die Tonkens (1996) benoemt is de liberale zorgvisie. Autonomie, of zelfbeschikking, is hierbij uitgangspunt. De sociale ongelijkheid tussen mensen met en zonder een verstandelijke beperking wordt tegengegaan door mensen met een beperking als gelijke te behandelen. Dit gelijkheidsdenken stelt dat autonomie de sleutel tot gelijke behandeling is. Binnen de liberale visie wordt verondersteld dat het grootste gevaar in deze zorgsector de betutteling en afhankelijkheid van verstandelijk beperkten is. Mensen met een verstandelijke beperking hebben net als andere burgers rechten en plichten en dus ook het recht op zelfbeschikking over de inrichting van het eigen leven. Begeleiders stimuleren de autonomie en zelfstandigheid van hun cliënten dan ook zoveel mogelijk, zodat deze optimale vrijheid kennen. Zorgverleners wordt hierbij als een zakelijk overeenkomst gezien, waarbij geen plek is voor emotionele ondersteuning. Emotionele ondersteuning is namelijk een privé-aangelegenheid en is daarmee een taak van het sociale netwerk van de verstandelijk beperkte.

De liberale visie heeft twee sterke kanten (Tonkens, 1996). Ten eerste worden betutteling en afhankelijkheid actief bestreden. Daarnaast worden mensen met een verstandelijke beperking als gelijkwaardig aan niet-beperkten beschouwd, het zijn medeburgers. Echter, volgens Tonkens zijn er een aantal problemen die de sterke punten van de visie verzwakken. Het eerste probleem is dat de begrippen zelfbeschikking, zelfontplooiing en zelfstandigheid binnen een tekst verschillend gedefinieerd en gehanteerd worden. Tonkens (1996) heeft de onduidelijke verbanden als volgt ontrafeld: zelfbeschikking is het centrale doel. Zelfstandigheid is hier een beoogd effect van, maar is ook een voorwaarde omdat iemand in staat moet zijn om keuzes te maken. Daarnaast is zelfontplooiing een beoogd effect van zelfbeschikking. Gehoopt wordt dat de verstandelijk beperkte persoon keuzes maakt waardoor hij zich ontplooit. Echter, dit kan niet gestuurd worden omdat dat in strijd is met het zelfbeschikkingsrecht. Het tweede probleem is dat het vaak onduidelijk is welke keuzes binnen de dagelijkse zorg gemaakt moeten kunnen worden.

Daarnaast wordt gesteld dat mensen met een verstandelijke beperking rechten en plichten hebben, net als andere burgers, maar hierbij worden uitsluitend rechten geëxpliciteerd. De plichten komen niet aan de orde: niet wat deze inhouden of voor wie welke plichten gelden. Een vierde zwakte van de liberale visie is dat deze geschreven lijkt te zijn voor mensen met een relatief lichte verstandelijke beperking waarbij geen sprake is van gedragsproblemen. Tonkens (1996) stelt dan ook dat deze visie voornamelijk voorkomt bij semi- en extramurale zorgorganisaties. Het laatste probleem betreft de emotionele aspecten van zorg. Deze worden buiten de professionele sfeer van de zorginstelling gezien, en zijn een privézaak waar familie en anderen uit het sociale netwerk verantwoordelijk voor zijn. Het is de vraag of deze insteek wel aansluit bij de motivatie van zorgverleners om in deze sector te werken.

Christelijke visie

De tweede visie die Tonkens (1996) onderscheidt is de christelijke visie, waarbij zorgzaamheid centraal staat. Het doel hierbij is het bieden van geborgenheid en veiligheid. Kenmerkend aan de christelijke visie is het verschilddenken. Mensen met een verstandelijke beperking zijn wezenlijk anders dan mensen zonder verstandelijke beperking. Dit betekent niet dat zij minder waard zijn. Het maakt beide partijen tot mens en dient daarom gewaardeerd te worden. Ongelijke relaties worden dan ook niet als een bedreiging gezien, zoals in de liberale visie, maar als een harmonisch geheel. Goede zorg wordt verleend door emotionele zorgverleners die verstandelijk beperkte cliënten met warmte en empathie tegemoet treden.

De christelijke visie heeft drie sterke punten (Tonkens, 1996). Allereerst is er de positieve kant van het verschilddenken waarbij mensen met een verstandelijke beperking hun eigen waarde hebben, ook wanneer zij niet voldoen aan verwachtingen gerelateerd aan zelfbeschikking. Daarnaast worden zorgrelaties vanuit een positief perspectief beschouwd en hebben deze een eigen logica. Doordat het een bijzondere activiteit is met een eigen waarde wordt er geen marktlogica op de zorg toegepast, zoals bij een liberale zorgvisie. Tot slot lijkt deze visie beter aan te sluiten bij de motivatie van zorgverleners. Echter, nadelen heeft de christelijke visie volgens Tonkens (1996) ook. Het eerste nadeel is dat er geen aandacht is voor het risico op betutteling en machtsverschil, waar mensen met een verstandelijke beperking vaak wel mee te maken hebben in hun leven. Zorgrelaties zijn niet altijd harmonisch, er kunnen ook conflicten zijn. Dit hangt samen met het tweede probleem, namelijk dat er vaak wel aandacht is voor keuzevrijheid in zorgvisies, maar dat deze veelal niet uitgewerkt wordt en niet duidelijk in het grotere geheel past. Tonkens stelt hierbij dat het lijkt alsof de aandacht voor keuzevrijheid voor organisaties met deze visie een poging is om mee te doen met de "dominante 'mode' van zelfbeschikking" (Tonkens, 1996, p. 249).

Humanistische visie

De humanistische visie stelt zelfontplooiing centraal (Tonkens, 1996). Deze waarde komt ook in de andere visies ter sprake, maar is hier het hoofddoel. Naast dat zelfontplooiing het uitgangspunt van de zorg is, is het ook datgene wat mensen met een verstandelijke beperking en hun zorgverleners bindt. Dit element onderscheidt de humanistische visie van de twee andere visies. Een tweede centrale waarde is 'goede relaties'. Zelfontplooiing kan namelijk alleen bestaan binnen goede relaties en vereist een intensief contact tussen verstandelijk beperkte mensen en zorgverleners. Er wordt dan ook een hoge mate van persoonlijke

toewijding van zorgverleners verwacht. Zij dienen de scheiding tussen werk en privé zoveel mogelijk te vervagen, want zorg is geen zakelijk fenomeen. Binnen een humanistische visie wordt verondersteld dat wanneer de zorg goed georganiseerd is en zelfontplooiing en relaties de centrale waarden zijn, er weinig negatieve relaties mogelijk zijn. Deze relaties zijn namelijk gebaseerd op gelijkwaardigheid.

Een sterke kant van de humanistische visie is dat mensen met een verstandelijk beperking gezien worden als gelijkwaardige en waardevolle mensen (Tonkens, 1996). Deze waarden blijven ook overeind wanneer verstandelijk beperkten niet kunnen voldoen aan het zelfbeschikkingsideaal. Ook zelfontplooiing, dat voor zowel verstandelijk beperkten als zorgverleners geldt, benadrukt de gelijkwaardigheid. Een volgend sterk punt is dat zelfontplooiing een positief en optimistisch begrip is, ook al is het begrip inhoudelijk nauwelijks gedefinieerd. Zelfontplooiing impliceert dat ieder mens kan ontwikkelen en dat dit per persoon kan verschillen. Tonkens (1996) herkent ook minder positieve kanten van de humanistische visie. Ten eerste wordt er veel verwacht van zorgverleners, zoals een persoonlijke toewijding waarbij het werk niet als werk gezien mag worden. In de hedendaagse zorg, waarbij er afgebakende werktijden zijn en werk en privé duidelijk gescheiden worden is dit een gevoelig punt. Daarnaast worden mensen met een verstandelijke beperking gezien als een inspiratiebron. Dit kan een benauwend effect hebben, namelijk dat verstandelijk beperkten ook inspirerend gedrag moeten vertonen, zoals spontaniteit en eerlijkheid. Tot slot heeft de vaagheid rondom het begrip zelfontplooiing naast een voordeel ook een nadeel. Het is onduidelijk wie de vorm van zelfontplooiing bepaalt en hierdoor, maar ook door de nadruk op de relaties, is er geen aandacht voor de problematiek van machtsongelijkheid en betutteling.

Dominante zorgvisie

Hierna stelde Tonkens (1996) vast dat de meest relevante stakeholders voor zorgorganisaties, namelijk de Federatie van Ouderverenigingen en de rijksoverheid, beiden een liberaal perspectief hebben met zelfbeschikking als grootste goed. Zorginstellingen zijn haast gedwongen dit perspectief over te nemen, vanwege financiële en strategische oogpunten. Zelfbeschikking is binnen deze sector echter vaak een vaag en ambigu begrip. Volgens Tonkens (1996) wordt de keuzevrijheid binnen zorgvisies vaak matig omschreven, wat zij toeschrijft aan het gegeven dat het voor zorgorganisaties moeilijk is om de keuzevrijheid met de eigen visie te verenigen. Voor zorgverleners heeft deze verscheidenheid aan zorgvisies en morele ideologieën een verwarrend effect (Tonkens, 1996; Roovers, 2004). Binnen het liberale perspectief is er formeel gezien geen oog voor emotionele aspecten (Tonkens, 1996). De christelijke en humanistische visie erkennen deze emotionele aspecten wel. Voor zorgverleners is het moeilijk om te voldoen aan de eisen van de verschillende zorgvisies. Het is dan ook de vraag de vraag hoe zorgverleners binnen de hectiek van de dagelijkse zorgpraktijk omgaan met de keuzes die ze moeten maken: kiezen ze voor de normatieve richtlijnen van hun werkgever of dat komen ze tot andere morele keuzes?

2.4. De verhouding tussen de paradigma's en zorgvisies

Hoe verhouden de typologieën van zorgparadigma's (Van Gennep, 2000) en zorgvisies (Tonkens, 1996) zich tot elkaar? En welke is het meest relevant wat betreft zorgvisies van zorgverleners?

Het eerste dat opvalt is dat de zorgparadigma's wetenschappelijke perspectieven zijn (Van Gennep,

2000). De typologie is geconstrueerd aan de hand van de historie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De typologie van zorgvisies van zorgorganisaties is geabstraheerd uit de praktijk (Tonkens, 1996). De perspectieven van zorgorganisaties die hierin aan de orde komen lijken daardoor minder abstract dan de wetenschappelijke paradigma's (Van Gennep, 2000). Echter, ook deze zorgvisies hebben een zekere abstractie: managementlagen van zorgorganisaties stellen deze visies op waardoor het ook hier gaat over het denken over zorg. Het gaat hierbij over het bieden van een ideologisch kader en niet over het daadwerkelijke handelen op de werkvloer.

Een ander belangrijk punt is de 'scope' van de typologie. Hierover kunnen twee opmerkingen gemaakt worden. De eerste gaat over de typologie in de praktijk. Zo benaderen de paradigma's de gehandicaptensector in zijn geheel (Van Gennep, 2000). Binnen deze benadering volgen dominante paradigma's elkaar op. Dit betekent dat er ten tijde van een bepaald dominant paradigma weinig andere perspectieven op zorg voor verstandelijk beperkten bestaan binnen het academische denken. Op het praktijkniveau neemt Tonkens (1996) drie verschillende typen zorgvisies waar in het veld. Deze bestaan tegelijkertijd naast elkaar: zorgorganisaties hanteren een van de drie zorgvisies. Echter, wat betreft de zorgparadigma's is hierover een kanttekening te plaatsen: in de praktijk kunnen de ze wel naast elkaar bestaan, omdat het vaak lang duurt voordat nieuwe paradigma's in de praktijk draagvlak kennen (Beltman, 2001; Van Gennep, 2000). De tweede opmerking gaat over de doelgroep van de typologie. De paradigma's gaan over het denken over mensen met een verstandelijke beperking in het algemeen (Van Gennep, 2000), terwijl Tonkens (1996) in haar onderzoek duidelijk een relatie ziet tussen bepaalde doelgroepen en de zwaarte van de beperking die een organisatie huisvest en de op schrift gestelde zorgvisie.

Naast de verschillen, zijn er ook overeenkomsten tussen de twee typologieën zichtbaar (Van Gennep, 2000; Tonkens, 1996). Op het abstracte niveau hebben beide typologieën gemeen dat ze het denken op zorg beschouwen en classificeren. Ook lijken de typologieën elkaar inhoudelijk deels te overlappen. Zo lijken het defectparadigma (Van Gennep, 2000) en de christelijke visie (Tonkens, 1996) in grote mate overeen te komen. Beide typen stellen dat mensen met een verstandelijke beperking verschillen van mensen zonder een beperking, en dat zij daarom bescherming nodig hebben. De accenten van beide perspectieven verschillen echter wel. Binnen het defectparadigma ligt de nadruk op het 'defect' en worden mensen met een verstandelijke beperking als patiënten gezien. Binnen de christelijke visie ligt het accent op 'respect', waarbij het verschil tussen mensen met en zonder verstandelijke beperking wordt erkend, maar elk zijn unieke waarde heeft (Tonkens, 1996). Vervolgens hebben beide typen (Van Gennep, 2000; Tonkens, 1996) het doel om goede zorg en bescherming te bieden. De christelijke visie gaat verder dan goede zorg. Hierbij staat 'zorgzaamheid' centraal en dienen mensen met een verstandelijke beperking zich geborgen te voelen. Opmerkelijk is verder dat de bescherming volgens het defectparadigma het best geleverd kan worden binnen beschermde en afgelegen instellingsterreinen (Van Gennep, 2000). Dit is ook waar Tonkens (1996) de christelijke visie het vaakst tegenkwam: bij oude protestants-christelijke of katholieke zorgorganisaties. Daarnaast lijken ook het ontwikkelingsparadigma (Van Gennep, 2000) en de humanistische zorgvisie (Tonkens, 1996) overeen te komen. Binnen zowel het ontwikkelingsparadigma als de humanistische visie ligt de nadruk op de mogelijkheden tot ontwikkelen van mensen met een verstandelijke beperking. Van Gennep (2000) benoemt de status van de verstandelijk beperkte als leerling

en dat wekt de associatie op dat de zorgverlener hierin sturend is. Bij Tonkens' (1996) humanistische visie is dit sturende element niet aan de orde en ligt de nadruk op zelfontplooiing en het 'jezelf' worden. Tot slot komen ook het burgerschapsparadigma (Van Genneep, 2000) en de liberale zorgvisie (Tonkens, 1996) in grote mate overeen. Deze twee typen hebben hetzelfde mensbeeld, waarbij verstandelijk beperkten als mede-burger worden gezien, die zelf keuzes maken over hun eigen leven.

De kern is dus bij alle drie de gekoppelde typen gelijk (Van Genneep, 2000; Tonkens, 1996). In de accenten zijn verschillen zichtbaar, maar de perspectieven kennen dezelfde uitgangspunten. De overlap van de twee typologieën, de een op academisch en historisch niveau en de ander geabstraheerd uit zorgvisies in de praktijk, is opvallend. Het doet vermoeden dat de zorgparadigma's (Van Genneep, 2000) behoorlijk realistisch zijn. Dominante wetenschappelijke paradigma's zijn vaak niet de enige visie die in de praktijk bestaat, omdat deze draagvlak moeten ontwikkelen (Beltman, 2001; Van Genneep, 2000). Hierdoor zijn ook andere paradigma's nog van invloed. Dit bevestigt Tonkens (1996). Alle drie de paradigma's zijn, in een al dan niet aangepaste variant, te herkennen in de praktijk. Dit wijst erop dat Van Genneep (2000) zijn paradigma's in de praktijk alle drie nog bestaan. Opmerkelijk hierbij is op te merken dat hoe ouder het paradigma is, hoe groter de verschillen zijn met de in de praktijk aangetroffen zorgvisies. Tussen het burgerschapsparadigma en de liberale zorgvisie zijn nauwelijks verschillen te vinden, terwijl de accenten tussen het defectparadigma en een christelijke zorgvisie vrij veel verschillen. Dit gegeven is te verklaren doordat de zorg in de tijd waarin het beschermingsparadigma dominant was de zorg anders gestructureerd was. Ook was er minder kennis over verstandelijke beperkingen en was er nog geen sprake van mondige burgers die hun eigen keuzes kunnen maken. De oudere paradigma's die in de praktijk nog voortbestaan lijken daarom aangepast om ze werkbaar te houden in de huidige zorgpraktijk.

Binnen dit onderzoek gaat het om de vraag of er verschillende zorgvisies onder zorgverleners binnen een organisatie kunnen bestaan. Hiervoor is een praktijkgeoriënteerde theorie zoals die van Tonkens (1996) meer bruikbaar, dit is namelijk de huidige context waar zorgverleners mee te maken hebben. Tonkens (1996) haar typologie is specifiek en biedt daarbinnen ruimte voor verschillen. Wel is de invloed van de zorgparadigma's (Van Genneep, 2000) zichtbaar. Deze typologie is relevant om de zorgvisies van zorgverleners in het grotere geheel te kunnen plaatsen, met oog voor historische componenten en de academische context.

2.5. Vraagstelling

Er bestaan verschillende visies over de positie van mensen met een verstandelijke beperking en de ondersteuning die hierbij gewenst is (Van Genneep, 2000; Tonkens, 1996). Visies en mensbeelden hebben invloed op het menselijk handelen en zijn daarom een relevant onderzoeksonderwerp (Ankeart, 1996; Jansz, 1991). Deze visies zijn op verschillende niveaus te analyseren. Ten eerste is er het niveau van de organisatievisie. Tonkens (1996) deed hier eerder onderzoek naar en concludeerde dat er drie soorten zorgvisies bestaan: de liberale, de humanistische en de christelijke zorgvisie. Roovers (2004) deed onderzoek naar zorgvisies van zorgverleners. Hieruit bleek dat de verscheidenheid aan zorgvisies een verwarrend effect kan hebben op zorgverleners. Tonkens (1996) veronderstelt dit in haar onderzoek ook. Naar de verscheidenheid van zorgvisies onder zorgverleners is echter nog geen onderzoek gedaan, ook

is het onduidelijk hoe de visies van zorgverleners zich binnen een organisatie manifesteren is onduidelijk.

Aangezien er weinig kennis over zorgvisies van zorgverleners binnen zorgorganisaties is, is een wetenschappelijk onderzoek van belang. Zowel de zorgvisie van de organisatie als die van zorgverleners wordt onderzocht. Ook wordt gekeken of er binnen de organisatie verschillen in zorgvisies van zorgverleners bestaan en hoe deze zich verhouden met de visie van de organisatie waarvoor zij werken. Om hierachter te komen worden de volgende vragen gesteld:

Bestaan er verschillende zorgvisies onder zorgverleners die met mensen met een verstandelijke beperking werken en hoe verhouden deze visies zich met de op schrift gestelde visie van de organisatie?

- 1. Hoe is de zorgvisie van 's Heeren Loo te classificeren?*
- 2. Hoe zijn de zorgvisies van de afzonderlijke regio's te classificeren?*
- 3. Hoe verhouden de verschillende visies (van de organisatie en regio's) zich tot elkaar?*
- 4. Wat zijn de zorgvisies van zorgverleners?*
- 5. Zijn er verschillende zorgvisies van zorgverleners te herkennen? Zijn deze te herkennen tussen regio's Horst/Ermelo en Midden-Nederland?*
- 6. Hoe verhouden de organisatievisie, regiovisies en visies van zorgverleners zich ten opzichte van elkaar?*

De eerste deelvraag heeft als doel om de zorgvisie van de organisatie in zijn geheel te analyseren. Is deze zorgvisie binnen een van Tonkens (1996) haar zorgvisies te plaatsen? Ook de verschillende regio's van de organisatie hebben een eigen visie opgesteld. Deze worden ten bate van de tweede deelvraag geanalyseerd. De derde deelvraag gaat in op de verhouding tussen deze twee soorten organisatievisies. In de vierde deelvraag staan de zorgverleners centraal. Hoe denken zij over zorg en welke zorgvisies van Tonkens (1996) zijn hierin te herkennen? Ten bate van de vijfde deelvraag wordt daarna gefocust op de verschillen tussen de verschillende visies van zorgverleners. Bestaan er verschillen tussen zorgvisies, welke zijn dat en is er een relatie met andere kenmerken te zien? Zijn er bijvoorbeeld verschillen tussen zorgverleners van verschillende regio's? Tot slot focust de zesde deelvraag zich op de verhoudingen tussen de door de organisatie op schrift gestelde zorgvisies en die van zorgverleners die directe zorg aan mensen met een verstandelijke beperking verlenen. Deze zes deelvragen samen vormen het antwoord op de onderzoeksvraag.

3. Onderzoekopzet

3.1 Operationalisering

Allereerst is het van belang om vast te stellen wat er onder het begrip *zorgvisie* wordt verstaan. Een zorgvisie is het denken over de positie van personen met een verstandelijke beperking en de wijze waarop zij ondersteund dienen te worden (Tonkens, 1996). De specifieke mening vraagt een bepaalde houding en handelen van zorgverleners. Deze kan bestaan op het niveau van de zorgorganisatie (Tonkens, 1996), maar wordt verondersteld ook op het niveau van de individuele zorgverlener te bestaan, aangezien zorgverleners handelen vanuit mensbeelden (Ankeart, 1996; Jansz, 1991; Roovers, 2004). Vervolgens is het van belang om vast te stellen over wie het gaat als er over *zorgverleners* gesproken wordt. Dit zijn mensen die werkzaam zijn in de ondersteuning van met mensen met een verstandelijke beperking. Zij voeren directe zorg en ondersteunen hun cliënten in hun woning. Deze mensen werken binnen de intramurale zorg en hebben de functie van begeleider, een coördinerende functie (zorgcoördinator of persoonlijk begeleider genoemd) of hebben een assisterende rol (zorgassistent). De *cliënten* zijn mensen met verstandelijke beperking die gebruik maken van de dienstverlening van een bepaalde zorgorganisatie, in dit geval de 's Heeren Loo Zorggroep. Deze mensen maken gebruik van de intramurale zorg en wonen in een wooneenheid van de zorgorganisatie.

Naast deze begrippen is het noodzakelijk om de theoretische concepten te verduidelijken. Tonkens (1996) benoemt drie zorgvisies en deze worden binnen dit onderzoek alle drie gebruikt. De visies zijn uitgewerkt in het schema in bijlage 1 en worden hier kort toegelicht. Ten eerste is er de *christelijke zorgvisie* (Tonkens, 1996). Er is sprake van een dominante christelijke visie wanneer bescherming, veiligheid en geborgenheid kernwaarden zijn voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. Zorgverleners zijn zich bewust van de kwetsbaarheid van mensen met een verstandelijke beperking en houden hier rekening mee. Ze voelen zich verantwoordelijk voor het fysieke en mentale welzijn van hun cliënten. Warmte, betrokkenheid en empathie staan centraal.

Een *humanistische zorgvisie* wordt gekenmerkt door zelfontplooiing (Tonkens, 1996). Het ontwikkelen en 'jezelf worden' staan centraal, voor zowel zorgverleners als mensen met een verstandelijke beperking. Individuen ontwikkelen hierbij vaardigheden die zij belangrijk vinden. Zorgverleners en mensen met een verstandelijke beperking hebben een goede en intensieve relatie op basis van gelijkwaardigheid. Zorgverleners voelen zich emotioneel betrokken bij hun werk en zien het werk meer als vriendschap of hobby.

Het laatste perspectief op ondersteuning is de *liberale zorgvisie* (Tonkens, 1996). Zorgverleners zijn hierbij gericht op de zelfstandigheid, zelfbeschikking en individualiteit van mensen met een verstandelijke beperking. Deze hebben de volledige vrijheid over hun eigen leven. Mensen met een verstandelijke beperking zijn burgers die zorg inkopen bij de zorgorganisatie. Zorgverleners worden ingehuurd door zorgverleners en zijn hierdoor niet betrokken bij het privéleven van hun cliënten.

3.2. Methode

Het onderzoek richt zich op visies en interpretaties van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Beleidsmedewerkers binnen twee regio's van de 's Heeren Loo Zorggroep willen graag weten hoe zorgverleners denken over zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en of hier verschillen in te meten zijn. De vraag hiernaar is ontstaan doordat binnen de organisatie geruchten zijn dat zorgverleners op verschillende locaties verschillende attitudes tegenover zorg hebben. De betreffende regio's zijn de regio Horst/Ermelo en regio Midden-Nederland. Wanneer wetenschappelijke kennis wordt gebruikt voor een praktijkprobleem bij een specifieke groep, spreken 't Hart, Boeije en Hox (2006) van een praktijkgericht onderzoek. In dit geval wordt onderzocht welke wetenschappelijk gefundeerde visies er te herkennen zijn in de zorgvisies van zorgverleners en de organisatie waar zij bij werken, wat deze visies kenmerkt en hoe de verschillende soorten visies zich tot elkaar verhouden. Op dit gebied is weinig wetenschappelijke kennis beschikbaar. Dit onderzoek poogt hieraan bij te dragen en heeft dan ook een explorerend karakter ('t Hart, Boeije en Hox, 2006). Een kwalitatieve methode is hierbij het meest geschikt, omdat het onderzoek zich richt op betekenisgeving ('t Hart, Boeije en Hox, 2006). Omdat het gaat om de interpretatie van zorgverleners van goede zorg in hun zorgvisie, heeft het onderzoek een hermeneutisch karakter. Binnen deze visie op de werkelijkheid wordt de werkelijkheid gezien als *"het resultaat van het vermogen van mensen tot interpretatie, taalgebruik, reflectie en doelgericht, bewust handelen"* (Korzilius, 2000, p.5). Het gaat hierbij om het verkrijgen en begrijpen van ervaringen van bij een onderwerp betrokken mensen binnen hun institutionele en sociale context. 't Hart, Boeije en Hox (2006) spreken in zo'n geval van een *interpretatief onderzoek*. Bij een interpretatieve data-analyse wordt de onderzoekssituatie verklaard aan de hand van categorieën die zijn afgeleid uit het onderzoeksveld, waardoor er een zo groot mogelijke passende theoretische dekking wordt nagestreefd. In dit onderzoek is het kader samengesteld uit categorieën die op deze manier zijn vastgesteld, Tonkens' (1996) zorgvisies zijn namelijk vanuit het veld geabstraheerd en ook zijn er items geconstrueerd op basis van de interviews.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn twee verschillende analyses nodig. Ten eerste is het noodzakelijk om de zorgvisie van de organisatie in kaart te brengen. Vervolgens wordt de data over de zorgvisies van zorgverleners verkregen door middel van interviews.

3.3. Documentenanalyse

De eerste analyse bestaat uit een kleinschalige documentenanalyse van documenten van de 's Heeren Loo Zorggroep. Hiervoor worden visiedocumenten van de organisatie in zijn geheel en van de regio Horst/Ermelo en regio Midden-Nederland gebruikt ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010; 2011a; 2011b). De geselecteerde documenten zijn zo recent mogelijk opgesteld en bevatten allen een duidelijk herkenbaar beschreven (zorg)visie. De analyses van deze documenten worden gedaan met behulp van het kwalitatieve analyseprogramma Nvivo. Als eerst wordt de zorgvisie van de organisatie in kaart gebracht met behulp van de drie zorgvisies (Tonkens, 1996). Deze informatie is nodig om de organisatievisie te kennen. Vervolgens worden de regiovisies volgens hetzelfde model geanalyseerd, waardoor zichtbaar wordt of er verschillen zijn tussen de regiovisies onderling en in verhouding tot de organisatievisie. Een verschil hiertussen zou

een verschil in visie bij zorgverleners kunnen impliceren. Verschillende visies verschaffen dan namelijk geen gelijke morele kaders waarop zorgverleners hun keuzes zouden kunnen baseren.

3.4. Kwalitatieve survey

Het aantal respondenten bedraagt 29. Dit zijn zorgverleners die werkzaam zijn bij de 's Heeren Loo Zorggroep binnen regio Horst/Ermelo en regio Midden-Nederland. Deze zorgverleners zijn betrokken bij de dagelijkse zorg in woningen en voeren hier directe zorg uit. Er wordt namelijk verondersteld dat zij erg betrokken zijn bij het leven van hun verstandelijk beperkte cliënten. De respondenten zijn benaderd op basis van de informatie over de cliënten waar ze mee werken: de mate van de verstandelijke beperking (matig en ernstig verstandelijk beperkt) en leeftijd (tussen de dertig en veertig jaar). De informatie hierover is verkregen via documenten van beleidsmedewerkers. Na het versturen van een wervingsemail naar de wooneenheid (zie bijlage 5) is na enkele dagen telefonisch contact gezocht. Toch is de reikwijdte van de doelgroepen erg breed: participatie geschiedde op vrijwillige basis waardoor ook wooneenheden zijn benaderd waar gemengde doelgroepen (licht-matige en matig-ernstige verstandelijke beperking) en met afwijkende leeftijden zijn benaderd. Het valt op dat er relatief veel gemengde doelgroepen zijn. Verder komen de doelgroepen van de participerende zorgverleners van de verschillende regio's grofweg overeen. Het hoge percentage vrouwelijke respondenten (76,8 procent) komt overeen met zowel landelijke cijfers (Van der Kwartel, 2011) als die van de organisatie ('s Heeren Loo Zorggroep, 2012) en is daarmee een representatieve afspiegeling.

Het aantal interviews bedraagt achttien (zie ook het schema hieronder). Hiervan zijn negen interviews met zorgverleners in regio Horst/Ermelo gedaan en negen interviews met zorgverleners in regio Midden-Nederland.

Data over de respondenten

	Regio Horst/Ermelo	Regio Midden	Totaal
Interviews	9	9	18
Respondenten	15	14	29
Aantal individuele en duo-interviews	Individueel: 3 Duo: 6	Individueel: 4 Duo: 5	Individueel: 7 Duo: 11
Geslacht	Vrouwen: 13 Mannen: 2	Vrouwen: 13 Mannen: 1	Vrouwen: 26 Mannen: 3
Functie	Persoonlijk begeleider: 5 Begeleider: 7 Zorgassistent: 1 Leerling: 2	Persoonlijk begeleider: 6 Begeleider: 8	Persoonlijk begeleider: 11 Begeleider: 15 Zorgassistent: 1 Leerling: 2
Ernst van de verstandelijke beperking van de cliënten	Licht VB: 2 Licht - matig VB: 1 Matig - ernstig VB: 3 Zeer ernstig: 1 Anders gemengd: 1	Licht VB: 2 Licht - matig VB: 1 Matig - ernstig VB: 2 Ernstig VB: 2 Zeer ernstig: 1 Matig - ernstig - zeer ernstig: 1	Licht VB: 4 Licht - matig VB: 2 Matig - ernstig VB: 5 Ernstig VB: 2 Zeer ernstig: 2 Matig - ernstig - zeer ernstig: 1 Anders gemengd: 1

Om de visie van de zorgverleners te kunnen achterhalen wordt gebruik gemaakt van de vignetten-techniek (Finch, 1987) en een aantal aanvullende vragen. Vignetten zijn hypothetische situatieschetsen in specifieke omstandigheden waar respondenten op kunnen reageren. De vignettenmethode wordt gezien als een effectieve manier om attitudes en visies te onderzoeken (Finch, 1987, Hughes & Huby, 2002). Een voorgelegde hypothetische situatie is namelijk minder persoonlijk, waardoor het gemakkelijker is om de eigen visie te expliciteren (Finch, 1987). Ook is de methode relatief weinig tijdrovend en wordt er in korte tijd veel data verkregen (Hughes & Huby, 2002). Voor dit onderzoek zijn vignetten geconstrueerd op basis van de visies van Tonkens (1996) haar zorgvisies. De geconstrueerde situaties zijn samengesteld in samenwerking met verschillende zorgverleners om een zo realistisch mogelijke situatie te schetsen. Naast de vignetten zijn er aanvullende vragen gesteld om de achterliggende opvattingen over de vignettekeuzes te kunnen achterhalen en om na te gaan of zorgverleners bekend zijn met de zorgvisie van de organisatie en hun expliciete mening hierover. De hierbij gebruikte techniek is het vrije-attitude-interview, ook wel het ongestructureerde interview genoemd (Baarda, De Goede en Van Der Meer-Middelburg, 2007). Bij deze interviewstrategie komen de opvattingen en ervaringen van respondenten naar voren. De structuur van de interviews ligt niet vast, waardoor er ruimte is voor accentueringen. Onderwerpen kunnen zo meer uitgediept worden en ook is er ruimte voor emotionele onderwerpen.

De interviews vonden plaats op de werkplekken van de zorgverleners: het merendeel op een kantoor, een kleine minderheid werd in een gemeenschappelijke ruimte zoals een woonkamer afgenomen. Er wordt verondersteld dat deze locatie de participatie voor het onderzoek vergroot. Ten eerste kan het interview plaatsvinden tijdens of rond werktijd van de zorgverleners en hoeven zij niet extra te reizen. Daarnaast komt een vertrouwde locatie ten goede aan de motivatie om mee te werken (Baarda, De Goede & Teunissen, 2001) en wordt het beschouwd als geschikte locatie voor het bespreken van morele onderwerpen (Krueger, 1988). Tot slot konden zorgverleners kiezen of zij individueel of met een collega wilden participeren. Ook dit had als reden om de bereidwilligheid om aan het onderzoek mee te werken te vergroten. Daarnaast verschaft een discussie tussen twee zorgverleners unieke informatie over keuzeprocessen binnen een team van zorgverleners (Hughes & Huby, 2002). Dit komt voort uit de oorspronkelijke opzet van het onderzoek om de vignetten in focusgroepen af te nemen.

Vervolgens zijn de interviews met zorgverleners geanalyseerd met behulp van het software programma Nvivo. De analyse is uitgevoerd volgens de methode van Boeije (2005), waarbij er gebruikt is gemaakt van codes die afkomstig zijn uit de theorie. Deze bron voor codering noemt Flick (1998) *constructed codes* en Tonkens' (1996) theorie over zorgvisies fungeert hierbij als bron voor de codes. Dit resulteert in drie hoofdthema's, namelijk: de liberale zorgvisie, humanistische zorgvisie en christelijke zorgvisie. Daarnaast zijn de respondenten en hun uitspraken een belangrijke bron bij het coderen, dit worden ook wel *'in-vivo' codes* genoemd (Strauss en Corbin, 1994). Omdat er gezocht wordt naar de mogelijke verschillen tussen zorgvisies van zorgverleners tussen verschillende regio's is de coderingsmal van Strauss en Corbin (1998) gebruikt als richtinggevend model. Hierbij worden de volgende vragen gesteld over een bepaald fenomeen: in welke context, onder welke condities, welke interacties vinden er plaats en wat zijn de consequenties? Deze vragen zijn in het onderzoek vertaald naar wat de locatie is

waarop de zorgverleners werken (context en condities), met welke doelgroep de zorgverleners werken (interacties) en wat zij vinden van hun werk (consequenties). Met behulp van deze vragen is het mogelijk de verschillen tussen de zorgverleners in kaart te kunnen brengen.

3.5. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Veel onderzoek binnen de gehandicaptenzorg gaat over de kwaliteit van zorg die geleverd wordt en de kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke beperking en het meten ervan (Eluosa, 2011; Lauer, 1999; Mansell, 2006; Schalock & Verdugo, 2002). Ook is er veel literatuur over de wetenschappelijke paradigma's en de gevolgen hiervan voor de zorgpraktijk (Frederiks, Van Hooren, & Moonen, 2009; Ghesquière & Janssens, 2000; Van Gennep, 2000; Vlaskamp, 2000). Over de denkbeelden in de praktijk, zowel van zorgorganisaties als zorgverleners, is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Tonkens (1996) analyseerde de zorgvisies van zorgorganisaties en Roovers (2004) onderzocht het morele handelen en denkbeelden hierover van zorgverleners in de praktijk. Ander onderzoek naar opvattingen van zorgverleners richt zich voornamelijk op de kwantitatief meetbare werktevredenheid (CBS, 2010; De Veer et al., 2012; SCP, 2004). Niet eerder is er op deze manier en met dit model onderzoek verricht naar de specifieke zorgvisies van zorgverleners. Ook is onduidelijk hoe deze zich verhouden tot de zorgvisie van de organisatievisie. Onderzoek hiernaar is belangrijk omdat er met deze kennis meer en vernieuwend inzicht komt in de attitudes van zorgverleners.

Ook maatschappelijk gezien is deze kennis van belang. Er is een toenemende vraag naar inzichtelijke en toetsbare zorg (VGN, 2007). Inzichtelijke zorg impliceert dat de processen binnen de zorgverlening transparant en toetsbaar zijn. Dit is voor zorg, dat grotendeels bestaat uit interactie tussen zorgverlener en zorgvragen, moeilijk inzichtelijk te krijgen (Van Der Wielen, 2009). Bovendien krijgen zorgverleners steeds meer verantwoordelijkheden (Tonkens, 1996; De Veer et al., 2012) waardoor het inzicht in de moeilijk meetbare processen nog belangrijker wordt. Daarnaast is er een roep om constante kwaliteitsverbetering in de zorg. Dit geldt zowel voor mensen die gebruik maken van de zorg als voor zorgverleners. De kwaliteit van bestaan voor mensen met een beperking wordt steeds belangrijker, maar ook de aantrekkelijkheid van het beroep is steeds meer van belang. De vraag om zorg en zorgverleners zal in verband met de vergrijzing toenemen, terwijl er steeds minder jongeren kiezen voor een beroep in de zorg (Schippers & Veldhuizen van Zanten-Hyllner, 2011). Volgens Grijpstra (2010) neemt het aantal mensen dat een zorg-gerelateerde opleiding volgt toe, maar blijft de vraag om zorgverleners groter dan het aanbod. De verwachting is dat deze krapte toe zal blijven nemen. Meer kennis over attitudes van zorgverleners en hoe deze zich verhouden tot de organisatievisie is dan ook belangrijk om inzicht in deze beroepsgroep te krijgen. Bovendien kan deze kennis bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg en het aantrekkelijker maken van het beroep.

3.6. ASW-verantwoording

Kenmerkend aan Algemene Sociale Wetenschappen is dat fenomenen vanuit verschillende sociale invalshoeken benaderd worden. Er worden hierbij meerdere sociaal-wetenschappelijke disciplines geraadpleegd. Dit onderzoek wordt gekenmerkt door een interdisciplinaire benadering waarbij zorgvisies

beschouwd worden. Ten eerste wordt er een sociologische benadering gehanteerd. De sociologie bestudeert menselijke opvattingen en gedrag in sociale contexten. Hierbij zijn maatschappelijke en historische processen zoals de veranderende zorgsector en paradigmaverschuivingen van invloed. De arbeidpsychologie benadert attitudes en sociale gedragingen van individuen en groepen specifiek binnen arbeidssituaties. Dit komt terug in de focus op de visies van zorgverleners en de aandacht voor verschillen hiertussen. Daarnaast hebben de organisatiewetenschappen veel aandacht voor visies van zowel medewerkers als organisaties. Binnen dit vakgebied wordt verondersteld dat een zorgvisie de identiteit en het toekomstperspectief van de organisatie waarborgt. Deze benadering is zichtbaar in de analyse van de zorgvisies van de organisatie. De synthese van deze perspectieven en het bestuderen van de verhoudingen zorgt voor een karakteristieke ASW-benadering.

4. Analyse van de op schrift gestelde zorgvisies

In dit hoofdstuk wordt de analyse van de visiedocumenten weergegeven. De organisatievisie ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010) en de visies van de regio regio's Horst/Ermelo ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a) en Midden-Nederland ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b) zijn geanalyseerd. De hierbij gebruikte topics zijn kernwaarden, doelen, het mensbeeld over mensen met een verstandelijke beperking, de vorm van de ondersteuning, relatie tussen zorgverlener en verstandelijk beperkte, de rol van de zorgverlener, wie bepaalt en de doelgroep (zie hiervoor ook het schema in bijlage 1). In het schema hieronder zijn de resultaten van de analyse weergegeven. De meest opvallende resultaten worden besproken.

De drijfveren van de totale organisatie worden beschreven in het ondernemingsplan ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010). De organisatie is onderverdeeld in verschillende regio's. Deze regio's stellen in hun jaarplannen een eigen visie op, die gelezen moeten worden in het verlengde van de organisatievisie. De regio's zijn in verschillende periodes ontstaan of uitgebreid en ze verschillen ook in structuur. De regio Horst/Ermelo is grotendeels gelegen op een relatief beschermd instellingenterrein, waar veel voorzieningen aanwezig zijn. Een deel van de woongebouwen is hier modern en vergelijkbaar met een regulier woonhuis, een ander deel van de gebouwen is ouder en is meer kenmerkend voor een oude zorginstelling. In deze gebouwen is vaak een gezamenlijke ingang met een lange gang waar verschillende wooneenheden aan gekoppeld zijn en hier wordt vaak geen adres maar een naam voor de wooneenheid gehanteerd. De regio Midden-Nederland ligt meer verspreid in woonwijken, waar geen aangepaste voorzieningen zijn voor mensen met een verstandelijke beperking. Mensen met een verstandelijke beperking wonen hier in reguliere woonhuizen of appartementen.

Schematische weergave van de zorgvisies.

	's Heeren Loo ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010)	Regio Horst/Ermelo ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a)	Regio Midden-Nederland ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b)
Kernwaarden	Respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid.	Horst: Transparantie, samenspraak met de cliënt en diens naasten, professionaliteit, energie en passie van zorgverleners. Ermelo: respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid, eigen regie, individuele zeggenschap, gelijkwaardigheid en privacy.	Partnerschap, diversiteit, ondersteuning en klantvolgend werken.
Doel(en)	Bijdragen aan een zinvol bestaan: een voortdurende ontwikkeling van kwaliteit van bestaan zoals de mogelijkheid om anderen te ontmoeten - te kennen en gekend te worden.	Horst: een regio te zijn en te blijven waarin verstandelijk beperkte mensen met een complexe begeleidingsvraag kunnen wonen, werken en recreëren. Ermelo: een bijdrage leveren aan een zinvol bestaan en het waarborgen van de belangen en rechten van klanten.	Samen met de verstandelijk beperkte cliënt en zijn omgeving zoeken naar een toekomstperspectief in zijn regio en omgeving, door middel van het klantvolgend werken aansluiten bij de cliënt.

Mensbeeld	Mede-mens, een uniek persoon met individuele behoeften, mogelijkheden en onmogelijkheden. Mensen met en zonder verstandelijke beperking zijn wederzijds afhankelijk van elkaar.	Horst: wordt niet expliciet omschreven. Ermelo: mensen met een verstandelijke beperking hebben rechten en belangen.	Wordt niet expliciet omschreven.
Vorm van de te bieden	Bieden van geborgenheid en verbondenheid, maar ook oog hebben voor keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking.	Horst: moet integraal zijn en in samenspraak vormgegeven. Ermelo: zorgzaamheid en gebondenheid, maar ook het waarborgen van rechten en belangen.	Wordt niet expliciet omschreven. Het aansluiten bij de wensen van de verstandelijk beperkte.
Relatie tussen zorgverlener en verstandelijk beperkte	Wordt niet expliciet omschreven. Het bieden van geborgenheid en verbondenheid maar ook de wensen van de verstandelijk beperkte cliënt volgen.	Horst: wordt niet expliciet omschreven. Samenspraak. Ermelo: wordt niet expliciet omschreven, vragen van klanten, opvoeders en/of familieleden zijn uitgangspunt.	Wordt niet expliciet omschreven. Samenspraak en klantvolgend werken.
Rol van de zorgverlener	Het bieden van geborgenheid en verbondenheid maar ook de wensen van de cliënt volgen. Het faciliteren van ontmoetingen met andere mensen.	Horst: samenspraak met verstandelijk beperkte cliënt en diens naasten, professioneel en gepassioneerd. Ermelo: bieden van geborgenheid, maar ook de individuele rechten en belangen.	Het volgen van de behoeften van de cliënt, samen met hem zoeken naar een toekomstperspectief.
Wie bepaalt	Verantwoordelijkheid van de zorgverlener wordt veel benadrukt. Ook wordt de keuzevrijheid en eigen regie van mensen met een verstandelijke beperking besproken.	Horst: samenspraak met verstandelijk beperkte cliënt en diens naasten. Ermelo: eigen regie en individuele zeggenschap voor klanten en vragen van klanten, opvoeders en/of familieleden zijn uitgangspunt.	Samenspraak met de verstandelijk beperkte cliënt en zijn omgeving.
Doelgroep	Het is een brede doelgroep: mensen met verschillende verstandelijke beperkingen en van verschillende leeftijden.	Horst: mensen met een complexe en begeleidingsintensieve zorgvraag. Ermelo: alle levensfasen van klanten.	Wordt niet expliciet omschreven.

4.1. Zorgvisie van 's Heeren Loo

De drijfveren van 's Heeren Loo zijn beschreven in het ondernemingsplan van Groot in Kleinschaligheid ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010). Binnen het ondernemingsplan wordt gesproken van zowel een zorgmissie als een zorgvisie. De missie omschrijft de opdracht die de organisatie voor zichzelf heeft opgesteld, de visie omschrijft min of meer een operationalisatie van deze missie naar de praktijk. De missie luidt als volgt: *"'s Heeren Loo draagt met hoogwaardige ondersteuning bij aan een zinvol bestaan van mensen met een verstandelijke beperking. Respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid zijn daarbij richtinggevende waarden."* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p.5).

Wat opvalt aan de zorgvisie van de totale organisatie is dat er veel kenmerken van een christelijke visie

zichtbaar zijn. Ten eerste zijn daar natuurlijk de kernwaarden van de organisatie: *“respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid”* (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p.5). Deze waarden moeten gelezen worden als een *“stimulerend kader voor intermenselijke relaties”* (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p.6). De waarden zijn leidend in de omgang met andere mensen binnen de organisatie en geldt zowel voor contacten van medewerkers als cliënten, met elkaar en onderling. De begrippen vormen niet alleen de kernwaarden van de organisatie, maar zijn ook bepalend in de vorm van de ondersteuning en voor de rol van zorgverleners. De kernwaarde *respect* (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p.5) veronderstelt het met respect en waardering benaderen van mensen met een verstandelijke beperking. Tonkens (1996) stelt dat dit begrip kenmerkend is voor een christelijke zorgvisie. Hierbij worden mensen met een verstandelijke beperking gewaardeerd als mede-mens, maar is de relatieve kwetsbaarheid en zorgvraag wel een uitgangspunt. In de waarden *verbondenheid* en *geborgenheid* worden sociale aspecten benadrukt (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p.5). *Verbondenheid* duidt op waarden als gemeenschap, verbroedering en harmonie. De nadruk op verbondenheid en harmonische, goede relaties is kenmerkend voor zowel christelijke als humanistische zorgvisies (Tonkens, 1996). Ten eerste heeft verbondenheid te maken met het emotioneel veilig voelen en het gevoel dat je erbij hoort. Dit komt het meest terug in een christelijke zorgvisie. *Verbondenheid* heeft ook te maken met relaties. Deze staan bij een humanistische zorgvisie centraal, waarbij zorgverlener en cliënt een goede relatie horen te hebben zodat er zelfontplooiing voor beiden mogelijk is. De waarde *geborgenheid* (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p.5) suggereert het streven naar een veilige en vertrouwde thuishaven. Hierbij is het van belang dat mensen met een verstandelijke beperking het gevoel mogen hebben dat ze zichzelf kunnen zijn, dat ze er mogen zijn en dat ze erbij horen (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010). Deze waarde is te plaatsen binnen het perspectief van een christelijke zorgvisie (Tonkens, 1996). Van zorgverleners wordt verwacht dat zij hun verantwoordelijkheid hierin nemen en dat mensen met een verstandelijke beperking zich fysiek en emotioneel veilig voelen. Dit gaat verder dan een strikt basale zorgvraag, want dit gaat ook over emotionele veiligheid en vereist emotioneel betrokken zorgverleners. De emotionele betrokkenheid is kenmerkend voor zowel christelijke als humanistische zorgvisies (Tonkens, 1996). Echter, de nadruk op geborgenheid en de verantwoordelijkheid van zorgverleners wijst op een meer dominante christelijke zorgvisie. Overigens moet opgemerkt worden dat ondanks dat er vele elementen uit Tonkens’ (1996) christelijke zorgvisie te herkennen zijn, er geen verwijzing naar deze religie wordt gemaakt.

Naast de christelijke waarden zijn er ook invloeden van andere zorgvisies te herkennen. Dit komt onder andere tot uiting in de doelen die de organisatie beschrijft. Zo is er: *“[het] bijdragen aan een zinvol bestaan. Zinvol wil zeggen een voortdurende ontwikkeling van kwaliteit van bestaan. De mogelijkheid om anderen te ontmoeten - te kennen en gekend te worden - is van fundamentele betekenis”* (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p. 5). Later wordt hieraan toegevoegd dat, naast sociale contacten, ook regie over het eigen leven en keuzevrijheid onderdeel van de kwaliteit van bestaan is en daarmee ook een doel. In de hier genoemde ontwikkeling van de kwaliteit van bestaan worden vooral sociale aspecten benadrukt, het kennen en het gekend worden (‘s Heeren Loo Zorggroep, 2010). Dit is kenmerkend voor een humanistische zorgvisie, waarin relaties, het ‘jehzelf-zijn’ en zelfontplooiing centraal staan (Tonkens, 1996). Dan is er nog het doel dat mensen met een verstandelijke beperking zoveel mogelijk keuzevrijheid moeten hebben (‘s

Heeren Loo Zorggroep, 2010). Deze keuzevrijheid wordt onder meer ingezet om de valkuilen van teveel verantwoordelijkheid van zorgverleners tegen te gaan en oog te houden voor de wensen en uniciteit van elke verstandelijk beperkte cliënt ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010). Ook de samenspraak tussen hen en zorgverleners in de vormgeving van de ondersteuning komt ter sprake. Dit doel is herkenbaar als een liberaal element, aangezien optimale vrijheid en autonomie impliceert dat mensen zelf kunnen beslissen (Tonkens, 1996

Ook het mensbeeld wordt gekenmerkt door invloeden van andere zorgvisies. 's Heeren Loo stelt hierover: *"We zien mensen met een verstandelijke beperking als gelijkwaardige medemensen. We staan in een wederzijdse afhankelijkheid tot elkaar. We gaan met hen in dialoog over hun individuele behoeften, mogelijkheden en onmogelijkheden. Elke cliënt is een unieke persoon en mag rekenen op een eigen, persoonlijke benadering."* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p. 6). Het beschouwen van mensen met een verstandelijke beperking als gelijkwaardige personen is een benadering die binnen een liberale zorgvisie te herkennen is. Daarnaast wordt gesproken over interdependentie, wat kenmerkend is voor de humanistische benadering waarin mensen met en zonder verstandelijke beperking elkaar helpen om zichzelf te kunnen ontplooien (Tonkens, 1996).

De zorgvisie van 's Heeren Loo is dus niet eenduidig, maar kent kenmerken van alle drie de zorgvisies uit de typologie van Tonkens (1996). Het meest coherente en dominante deel bestaat uit de christelijke kernwaarden. Het veilig voelen bij verantwoordelijke zorgverleners staat hierbij centraal ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010). Deze waarden worden aangevuld met liberale invloeden zoals aandacht voor zelfbeschikking. In de wederzijdse afhankelijkheid en het streven naar 'jezelf kunnen zijn' wordt de humanistische zorgvisie herkend. Enerzijds wordt er veel verantwoordelijkheid van zorgverleners verwacht, voor zowel het fysieke als emotionele welzijn. Anderzijds hebben mensen met een verstandelijke beperking zelfbeschikking.

4.2. Zorgvisie van de regio Horst/Ermelo

De regio Horst/Ermelo bestaat oorspronkelijk uit twee afzonderlijke regio's: de regio Ermelo, die op het oorspronkelijke instellingsterrein gevestigd is en ondersteuning biedt aan relatief veel ouderen en cliënten die specialistische ondersteuning nodig hebben, en de regio Horst, dat aan het instellingenterrein grenst en veel cliënten met *"complexe en begeleidingsintensieve zorgvragen"* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a, p.3) huisvest. Deze regio's fuseren in 2012, waardoor het jaarplan van 2012 en de hierin beschreven activiteiten voor beide regio's gebundeld zijn. In dit onderzoek zullen de regio's dan ook als één beschouwd worden. Echter, in het voorwoord van het Jaarplan 2012 zijn nog wel twee afzonderlijke visies voor de regio's beschreven ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a). Voor de analyse worden daarom wel beide zorgvisies geanalyseerd. De zorgvisie van de regio Horst luidt:

"De regio Horst is een regio waar verstandelijk beperkte mensen met een complexe begeleidingsvraag kunnen wonen, werken en recreëren. De begeleiding wordt op een integrale en transparante wijze in nauwe samenspraak met de cliënt en diens naasten vormgegeven. De complexiteit van de begeleiding vraagt een hoge mate van professionaliteit, energie en passie van de medewerkers, die met recht trots mogen zijn op de vakinhoudelijke bijdrage die zij dagelijks leveren. Deze dagelijkse prestaties vraagt

van het management verantwoordelijkheid voor en betrokkenheid bij de kwaliteit van de begeleiding en het welzijn van de medewerkers. Daarom streven zij een grote mate van nabijheid na." ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a, p.3).

De zorgvisie van de regio Ermelo luidt:

"De 's Heeren Loo Zorggroep, waar regio Ermelo deel van uitmaakt, draagt met hoogwaardige ondersteuning bij aan een zinvol bestaan van mensen met een verstandelijke beperking. De vier richtinggevende waarden daarbij zijn; respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid. De vragen van klanten, de opvoeders en/of familieleden, zijn het uitgangspunt voor onze dienstverlening! Eigen regie, individuele zeggenschap, respect, gelijkwaardigheid en privacy zijn hierbij het uitgangspunt. De belangen en rechten van klanten worden bij ons dus gewaarborgd. Dit doen wij door een totaalpakket van diensten te leveren dat inspeelt op de vraag, in alle levensfasen en bij de klant in de buurt." ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a, p.3).

De visie van deelregio Horst ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a) kent weinig woorden die eenduidig te verbinden zijn met de perspectieven. Er kunnen wel enkele opmerkingen gemaakt worden. Kenmerkend aan de visie van de regio Horst is dat er veel aandacht is voor de taak van de organisatie en diens medewerkers. Van zorgverleners wordt verwacht dat zij samen met cliënten en andere betrokkenen de ondersteuning (in het document: begeleiding) vormgeven. De wensen van cliënten en verwanten hebben hierbij invloed. Dit is een kenmerk van de liberale visie, waarbij mensen met een verstandelijke beperking zoveel mogelijk autonomie en regie over het eigen leven hebben. Daarnaast ligt de nadruk op de inzet van de zorgverleners. Van hen wordt professionaliteit, energie en passie verwacht. *Professionaliteit* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a, p.3) duidt op vakkundigheid en deskundigheid en suggereert hiermee een meer zakelijke en liberale zorgvisie (Tonkens, 1996). Daarnaast duidt de term *passie* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a, p.3) op emotionele aspecten, als persoonlijke betrokkenheid en toewijding, die kenmerkend zijn voor christelijke en humanistische zorgvisies (Tonkens, 1996). Dat er binnen de regiovisie ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a) veel aandacht is voor de van rol zorgverleners is te duiden vanuit een christelijke zorgvisie (Tonkens, 1996). Hierbij wordt zorg benaderd vanuit de zorgverlener en de inherente vele verantwoordelijkheden.

De visie van deelregio Ermelo ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a) bevat veel elementen uit verschillende zorgvisies van Tonkens (1996) en is hierdoor moeilijk eenduidig als een bepaalde visie te classificeren. Wat opvalt aan de zorgvisie van de regio Ermelo is dat de kernwaarden van de organisatie nog eens benoemd worden. Binnen de beschermende waarden *"respect, verbondenheid, geborgenheid en veiligheid"* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a, p.3) worden de vragen van klanten (cliënten), opvoeders en familieleden als basis voor de dienstverlening gezien. Hierop aansluitend: *"Eigen regie, individuele zeggenschap, respect, gelijkwaardigheid en privacy zijn hierbij het uitgangspunt"* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a, p.3). Deze laatste uitgangspunten zijn kenmerkend voor een liberale visie. Het gaat verder dan keuzevrijheid: ook privacy is hierbij een belangrijk recht. Bovendien is de term 'klant' opmerkelijk: het suggereert een zakelijk beschouwing van zorg die eveneens kenmerkend is voor een liberaal perspectief. Er zijn dus aspecten uit zowel christelijke als liberale zorgvisies te herkennen (Tonkens, 1996). Zorgverleners dienen persoonlijk betrokken te zijn bij hun verstandelijk beperkte cliënten en deze op hun gemak te

stellen, zodat deze zich geborgen en verbonden voelen ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a). De zakelijkheid komt terug in het volgen van de wensen van de cliënt en het in acht nemen van diens autonomie, privacy en rechten. Zorgverleners moeten dus een zowel emotionele als zakelijke houding aannemen. De visies vullen elkaar hierin aan, maar zijn ook min of meer tegenstrijdig.

In verband met de (overgangsfase van de) fusie worden de twee deelregio's van de regio Horst/ Ermelo als één regio beschouwd. Dit heeft een verwarrend effect op deze analyse, omdat er nog wel sprake is van twee afzonderlijke regiovisies. Deze hebben, zoals hierboven te lezen is, een verschillende omschrijving van de visie op zorg ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a). Wel is duidelijk dat de zorgvisie van deze twee deelregio's bestaat uit aspecten die te herkennen zijn in verschillende zorgvisies van Tonkens (1996). De perspectieven vullen elkaar aan en zorgen voor een bredere benadering van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De wensen van de cliënt, of klant, zijn belangrijk bij de vormgeving van de dienstverlening ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a). Dit aspect is voornamelijk te herkennen binnen een liberale zorgvisie (Tonkens, 1996). Anderzijds zijn ook christelijke kenmerken te herkennen. Deze zijn te herkennen in de deelregio Ermelo benoemde organisatiekernwaarden ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a) en in de deelregio Horst in de nadruk op samenspraak.

Wat betreft de vormgeving van de ondersteuning, aan de hand van de wensen van verstandelijk beperkte cliënten en diens naasten, komen de twee visies overeen. Echter, er is wel een verschil in accent in de totstandkoming ervan. Bij deelregio Horst worden de samenspraak en verantwoordelijkheid van de zorgverlener benadrukt. De nadruk op verantwoordelijkheid is vooral een christelijke benadering. De visie van deelregio Ermelo benadrukt autonomie van mensen met een verstandelijke beperking meer expliciet. Zorgverleners staan hierbij meer in dienst van de verstandelijke beperkte cliënten. Een dergelijke benadering is kenmerkend voor een liberale visie (Tonkens, 1996). Echter, ook in deelregio Horst is de liberale visie te herkennen, met name in deel over samenspraak en het begrip professionaliteit ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a). Dat er zowel kenmerken van een christelijke als een liberale zorgvisies te herkennen zijn maakt de visie op zorg minder eenduidig. Enerzijds wordt er een persoonlijk betrokken houding van zorgverleners wordt verwacht, waarbij relaties en emotioneel welzijn centraal staan, en anderzijds wordt een houding verwacht waarbij rechten en belangen van cliënten zakelijk benaderd worden.

4.3. Zorgvisie van de regio Midden-Nederland

De visie van de regio Midden-Nederland is beschreven in het regiojaarplan en luidt:

"Samen met de cliënt en zijn omgeving zoeken naar toekomstperspectief in zijn regio en omgeving. Dit doen wij vanuit partnerschap, diversiteit en ondersteuning. We gaan daarbij uit van klantvolgend werken waarmee we willen aansluiten bij de cliënt en het cliëntsysteem" ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b, p.2).

De visie van de regio Midden-Nederland wordt gekenmerkt door de samenwerking met verstandelijk beperkte cliënten in de zoektocht naar een toekomstperspectief en de ondersteuning voor deze cliënten ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b). Dit wordt gedaan vanuit het uitgangspunt om klantvolgend te werken, wat inhoudt dat vragen van cliënten richtinggevend zijn. In de vormgeving van de dienstverlening zijn de wensen van mensen met een verstandelijke beperking en diens naasten van groot belang. Dit uitgangspunt van klantvolgend werken duidt op een liberale zorgvisie (Tonkens, 1996), waarbij mensen

met een verstandelijke beperking zelf keuzes kan maken.

De kernwaarden die in de zorgvisie van de regio Midden Nederland worden genoemd zijn *partnerschap, diversiteit en ondersteuning* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b, p.2). Partnerschap kan erop wijzen dat de dienstverlening wordt vormgegeven in samenspraak met de cliënt en diens naasten. Het begrip partnerschap ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b, p.2) kan op twee manieren geïnterpreteerd worden. Ten eerste kan partnerschap geduid worden als samenwerking, zoals bijvoorbeeld bij het vormgeven van de dienstverlening. Dit kan vertaald worden naar een humanistische zorgvisie (Tonkens, 1996), waarbij een goede relatie en intensief contact tussen zorgverlener en cliënt centraal staan. Partnerschap kan ook zakelijk beschouwd worden en gezien worden als een overeenkomst tussen twee partijen. Dit uitgangspunt lijkt beter aan te sluiten bij het centraal stellen van de vragen van cliënten in het *klantvolgend werken* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b, p.2). Vanuit deze liberale benadering (Tonkens, 1996) wordt zorg beschouwd als zakelijke transactie. De term *diversiteit* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b, p.2) is met behulp van Tonkens' typologie (1996) moeilijk te duiden. Dit geldt ook voor *ondersteuning* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b, p.2). Ondersteuning is een begrip dat binnen Tonkens (1996) haar liberale zorgvisie ter sprake komt. Het betekent dat er alleen ondersteuning wordt geboden op de punten waar de cliënt dat wil. Echter, ondersteuning is ook een term die in de loop van de jaren synoniem is geworden voor zorgverlenen, begeleiden en andere termen die met de dienstverlening in de zorg te maken hebben.

De zorgvisie van de regio Midden-Nederland lijkt voornamelijk uit waarden te bestaan die te herkennen zijn binnen een liberale zorgvisie ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b; Tonkens, 1996). Dit komt onder meer door begrippen als klantvolgend werken, professionaliteit en ondersteuning. Dergelijke begrippen duiden op een zorgvisie waarbij de zelfstandigheid en keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking centraal staan en waarbij zorg als een zakelijke overeenkomst wordt benaderd.

4.4. Hoe verhouden de verschillende visies van de organisatie en regio's zich tot elkaar?

Het meest opvallende aan de analyse van de verschillende visies van 's Heeren Loo is dat er meerdere zorgvisies in te herkennen zijn ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010; 2011a; 2011b; Tonkens, 1996). Twee van Tonkens' (1996) zorgvisies zijn dominant: de christelijke en de liberale zorgvisie. Binnen elk onderdeel van de analyse zijn deze twee zorgvisies duidelijk te herkennen. In enkele gevallen is ook een humanistische zorgvisie zichtbaar, zoals wanneer het gaat om de relationele aspecten, bijvoorbeeld het 'kennen en gekend worden' (s Heeren Loo Zorggroep, 2010), maar deze is niet dominant.

Kenmerkend voor de visie van de totale organisatie is dat deze voornamelijk kenmerken van de christelijke visie bevat ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010; Tonkens, 1996). De vier kernwaarden "*respect, verbondenheid, geborgenheid en veiligheid*" ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p.5) duiden vooral op de bescherming van mensen met een verstandelijke beperking. Deze vormen een coherent geheel van richtinggevende waarden, waardoor ze een zwaarwegend aspect van de organisatievisie zijn. In de toelichting wordt echter benadrukt dat deze kernwaarden nagestreefd moeten worden met elementen uit de liberale visie ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010). Zo moeten cliënten binnen de kaders van de visie zoveel mogelijk regie over het eigen leven hebben en zoveel mogelijk keuzevrijheid kennen. Dit is kenmerkend

voor de liberale visie (Tonkens, 1996).

De regiovisies van regio Horst/Ermelo en regio Midden-Nederland ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a; 2011b) benadrukken in hun visies voornamelijk waarden die binnen een liberale zorgvisie te plaatsen zijn (Tonkens, 1996). Deze overeenkomst is zichtbaar in de vormgeving van de ondersteuning, waarbij samenspraak met verstandelijk beperkte cliënten en hun naasten centraal staat ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a; 2011b). De wensen van cliënten zijn richtinggevend in de vormgeving van de dienstverlening. Wel is er een verschil in het accent. De samenspraak wordt het meest expliciet beschreven in regiovisies van Midden-Nederland ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b) en deelregio Horst ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a). De deelregio Ermelo benadrukt in haar visie nog eens de vier christelijke organisatiekernwaarden, maar vult deze aan met een expliciete liberale zorgvisie ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a; Tonkens, 1996). De interne tegenstelling lijkt bij deze deelregio dan ook het grootst. In het verlengde van de combinatie van zowel een christelijke als een liberale zorgvisie kan de samenspraak als een werkbaar compromis tussen de twee uitgangspunten beschouwd worden (Tonkens, 1996). Binnen een christelijke zorgvisie is het immers de deskundige zorgverlener die beslissingen over de dienstverlening neemt, terwijl dat vanuit een liberaal oogpunt de cliënt of klant is.

Ondanks dat niet elke regiovisie de organisatievisie herhaald wordt, wordt wel verondersteld dat deze van invloed is ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010; 2011a; 2011b). De organisatievisie biedt namelijk een overkoepelend kader en de regiovisies zijn in het verlengde hiervan geschreven en vormen een meer concrete invulling voor de specifieke regio. Het is duidelijk dat er zowel elementen uit een christelijke als een liberale zorgvisie te herkennen zijn. In kleinere mate zijn er ook kenmerken uit een humanistische zorgvisie zichtbaar (Tonkens, 1996).

5. Resultaten: zorgvisies van zorgverleners

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de vignetten en interviews met zorgverleners weergegeven. In het schema hieronder staan de resultaten van de twee voorgelegde vignetten. De resultaten worden besproken en vervolgens zal de toelichtingen die zorgverlener hierop gaven beschreven worden.

Schema met resultaten van de vignetkeuzes

	Horst/Ermelo = 15 respondenten	Midden-Nederland = 14 respondenten	Totaal
Vignet 1	A: 3 B: 7 C: 5	A: 3 B: 4 C: 1 Combinatie B+C: 1 Combinatie A+B+C: 5	A: 6 B: 11 C: 6 Combinatie B+C: 1 Combinatie A+B+C: 5
Vignet 2	A: 2 B: 4 C: 4 Combinatie B+C: 3 Combinatie A+B+C: 2	A: 0 B: 3 C: 7 Combinatie A+B+C: 2 Geen keuze: 2	A: 2 B: 7 C: 11 Combinatie B+C: 3 Combinatie A+B+C: 4 Geen keuze: 2
Totaal per regio	A: 5 B: 11 C: 9 Combinatie B+C: 3 Combinatie A+B+C: 2	A: 3 B: 7 C: 8 Combinatie B+C: 1 Combinatie A+B+C: 7 Geen keuze: 2	A: 8 B: 18 C: 17 Combinatie B+C: 4 Combinatie A+B+C: 9 Geen keuze: 2

A = christelijke zorgvisie; B = humanistische zorgvisie; C = liberale zorgvisie

Het valt op dat er kleine verschillen zijn tussen de resultaten van de twee regio's. De vijftien zorgverleners uit de regio Horst/Ermelo kozen het vaakst voor een humanistische zorgvisie, gevolgd door een liberale zorgvisie. Minder vaak is gekozen voor een christelijke zorgvisie of een combinatie van zorgvisies (B+C en A+B+C). Deze verdeling duidt erop dat zorgverleners binnen de regio Horst/Ermelo veel belang hechten aan zowel goede relaties met hun cliënten als hun ontwikkeling. De keuzes voor de liberale zorgvisie duiden erop dat zelfstandigheid en keuzevrijheid belangrijke waarden zijn. Daarnaast vinden enkele zorgverleners dat zij hun cliënten bovenal moeten beschermen en hun zorgzaamheid moeten tonen, dit blijkt uit het feit dat ook de christelijke zorgvisie gekozen is. Dat emotionele aspecten belangrijke zijn wordt duidelijk doordat ruim de helft van de zorgverleners een keuze heeft gemaakt voor een zorgvisie (of een combinatie ervan) waarbij emoties en relaties belangrijk zijn.

Uit de scores van de regio Midden-Nederland valt op dat de verdeling van zorgvisies hier, op basis van de vignetten, verschilt van de regio Horst/Ermelo. In totaal is acht keer een liberale zorgvisie verkozen en zeven keer zowel de humanistische zorgvisie als een combinatie tussen alle drie de zorgvisies. De christelijke zorgvisie is in mindere mate gekozen en een combinatie tussen een humanistische en liberale zorgvisie komt slechts één keer voor. Opmerkelijk is dat twee zorgverleners geweigerd hebben een keuze te maken (bij het tweede vignet), volgens hen was er nooit een bepaald perspectief of uitgangspunt in hun

dienstverlening, omdat zij dan niet goed genoeg aan kunnen sluiten bij de vragen van cliënten.

Het aantal keuzes van zorgverleners uit regio Midden-Nederland laat zien dat keuzevrijheid belangrijk gevonden wordt. Deze keuze komt, puur of in combinatie met andere zorgvisies, bij ruim de helft van de keuzes voor. Echter, emotionele aspecten worden hierbij wel als essentieel beschouwd, aangezien ook vaak voor een combinatie met deze elementen is gekozen.

In totaal, de scores van beide regio's samengevoegd, worden de opties die verwijzen naar de humanistische en de liberale zorgvisie het meest gekozen door zorgverleners. Daarnaast is er dertien van de 58 keer voor een combinatie van opties gekozen. In totaal werd negen keer voor alle drie de opties gekozen en vier keer voor de optie van de humanistische en liberale zorgvisie. Ook hier is zichtbaar dat zorgverleners zowel relaties en zelfontplooiing als keuzevrijheid en zelfstandigheid belangrijk vinden. Van alle 58 keuzes is de christelijke zorgvisie acht keer als voorkeur gekozen en negen keer in combinatie met andere zorgvisies.

Ondanks de overeenkomst zijn er ook verschillen in accenten zichtbaar. Zorgverleners in de regio Horst/Ermelo lijken meer belang te hechten aan geborgenheid en zorgzaamheid, terwijl in de regio Midden-Nederland de ontwikkeling, zelfstandigheid en zelfbeschikking meer prioriteit hebt. Wanneer gekeken wordt naar de doelgroep waarmee de zorgverleners werken lijkt er een tweedeling zichtbaar. Ten eerste zijn er de zorgverleners die met mensen met een lichte verstandelijke beperking werken. Zij kiezen geen enkele keer voor een christelijke zorgvisie. In de regio Horst/Ermelo wordt het meest gekozen voor een op zelfbeschikking gerichte liberale zorgvisie, gevolgd door een humanistische zorgvisie. Zorgverleners binnen de regio Midden-Nederland stellen vaker expliciet dat zij een combinatie van zorgvisies hanteren, waarbij ze belang hechten aan veiligheid en bescherming van mensen met een verstandelijke beperking, hun ontwikkeling en hun zelfbeschikking. Naast deze combinatie van perspectieven wordt relatief vaak voor een liberale zorgvisie gekozen. De tweede doelgroep die te onderscheiden is betreft mensen met een matige en ernstige verstandelijke beperking. Zorgverleners die met dergelijke cliënten werken benoemen vaker sociale en emotionele waarden als zorgzaamheid en veiligheid. De meeste zorgverleners (uit beide regio's) geven de voorkeur aan een humanistische visie op zorg. In regio Horst/Ermelo worden vaker christelijke waarden centraal gesteld voor mensen met een matige of ernstige verstandelijke beperking. Wel dient hierbij opgemerkt te worden dat de keuze voor deze visie voor tachtig procent bestaat uit twee zorgverleners uit een specifieke wooneenheid die werken met cliënten met zeer moeilijk verstaanbaar gedrag.

Deze vignetkeuzen staan niet op zichzelf, want zorgverleners lichtten hun keuzes toe. Deze toelichtingen geven meer inzicht in achtergronden en belangen die zorgverleners afwegen bij het maken van hun keuze. Allereerst is het van belang om op te merken dat zorgverleners, met name degenen die al langere tijd in deze sector werken, stellen dat hun werk veranderd is. Enerzijds spreken zij over taakverbreding van zorgverleners. Zorgverleners hebben er, zeker in vergelijking met enkele decennia geleden, veel taken bij gekregen en zijn verantwoordelijk voor diverse zaken rondom hun cliënten. Zorgverleners met coördinerende functies regelen veel zaken voor hun cliënten. Deze tendens komt overeen met de democratisering van de zorg waar wetenschappers over spreken (Tonkens, 1996; De Veer et al., 2012). Een aantal zorgverleners zegt over deze nieuwe taken: *“je moet alles maar kunnen”*.

Zv 3.1: *Nou, onze functie is door de jaren heen heel anders geworden. Vroeger mocht je nergens mee over nadenken en nu ligt dat eigenlijk alleen maar op je bordje.*

Zv 3.2: *Ja, je bent ook een soort secretaresse, je moet alles maar kunnen.*

Zv 3.1: *Vroeger had je geen verstand van de financiën en wat voor gelden er rondom een cliënt speelden. Of op een woning, of zorgplanbesprekingen. Daar zat het paviljoenshoofd bij en die gaf je een briefje van wat ze had afgesproken.*

(Zorgverleners 3.1 en 3.2)

Deze taakverbreding houdt onder andere in dat zorgverleners veel meer administratieve taken doen. Dit hangt samen met de roep om transparantie en 'zichtbare zorg', waarbij de zorg inzichtelijk dient te zijn (VGN, 2007). De meeste zorgverleners vinden deze toenemende verantwoordelijkheden en taken 'goed'. Wel ervaren ze dat deze ontwikkeling parallel loopt met een afname van de tijd die zij tot hun beschikking hebben en vinden zij niet alle taken even nuttig. Veel zorgverleners noemen hierbij schoonmaaklijsten als voorbeeld. Het heeft namelijk tot gevolg dat zorgverleners veel werkzaamheden verrichten achter een computer, waardoor er minder tijd overblijft voor directe zorg aan cliënten. Dit kan spanningen tot gevolg hebben, waarbij zorgverleners minder aandacht aan hun cliënten kunnen geven dan zij zouden willen. Er lijkt dan ook een spanningsveld te zijn tussen de toegenomen verantwoordelijkheden en taken die zorgverleners hebben en de controlemechanismen ten bate van de zichtbare zorg.

5.1. Zorgzaamheid, geborgenheid en emotionele betrokkenheid

Alle zorgverleners stellen dat warmte en emotionele betrokkenheid de basis is van hun werkwijze. Zij streven ernaar dat mensen met een verstandelijke beperking zich prettig bij hen voelen en zichzelf kunnen zijn. Veiligheid en geborgenheid zijn hierbij vaak genoemde termen. Daarnaast is het ook belangrijk dat zij vertrouwen kunnen hebben in zorgverleners. Dit zien zorgverleners als hun primaire taak, als "een basisvoorwaarde" (Zorgverlener B1).

Bij ons moet die uitdaging liggen om de zorg zo goed neer te zetten dat ze hier graag willen wonen en werken en dat ze zich veilig voelen. Dat zit hem in hele kleine dingen. Dat zit 'm in 's avonds samen afsluiten tot een arm even om iemand heen slaan als er ergens anders even paniek is. Van: er gebeurt jou niks, ik ben bij je. Echte directe nabijheid bieden waardoor iemand zich veilig kan voelen tot het simpele pragmatische oplossen van een deur op slot doen.

(Zorgverlener I1)

De emotionele betrokkenheid van zorgverleners naar hun cliënten toe is heel groot. Zij voelen zich verantwoordelijk voor het welzijn van hun verstandelijk beperkte cliënten, willen 'het beste' voor hen en zien het als hun taak om dit te bewerkstelligen. Ze zetten zich ook in wanneer het activiteiten betreft die buiten het takenpakket vallen, maar die zorgverleners wel als noodzakelijk zien voor een goede kwaliteit van bestaan van hun cliënten. Zulke zaken doen zorgverleners soms ook in eigen tijd of met eigen middelen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het in de eigen tijd en met eigen auto wegbrengen van

een cliënt naar sport of het opzoeken van cliënten in het ziekenhuis, waar zij officieel niet meer onder de verantwoordelijkheid van de zorgverleners vallen. Deze diensten behoren niet tot de basiszorg, maar zorgverleners doen dergelijke handelingen vanuit hun emotionele betrokkenheid bij cliënten en vanuit verantwoordelijkheidsgevoel.

Ik denk dat de meeste medewerkers wel geneigd zijn om nog even wat extra's te doen terwijl dat eigenlijk volgens het beleid niet kan, omdat er gewoon geen geld voor is. Nou, bijvoorbeeld, we hebben hier een jongen die naar voetballen gaat en die kan in principe niet weggebracht worden door ons en opgehaald worden daarna. (...) Het is toch zielig als die jongen daarom niet kan voetballen. Dus ik kan me dan voorstellen dat er dan mensen zijn die denken we brengen hem wel even in de vrije tijd.
(Zorgverlener D2)

Warmte en betrokkenheid worden verondersteld te leiden tot meer welzijn van mensen met een verstandelijke beperking. Hierbij wordt de kwetsbaarheid van cliënten wel erkend, dit blijkt uit een opmerking die enkele keren werd gemaakt: "ze zitten hier niet voor niets". Deze opmerking duidt erop dat zorgverleners zich bewust zijn van de kwetsbaarheid van hun cliënten, een kenmerk van een christelijke visie op zorg (Tonkens, 1996). Echter, deze zorgzaamheid brengt ook risico's met zich mee (Tonkens, 1996). Het kan een betuttelend effect hebben, waarbij voorbij wordt gegaan aan de mogelijkheden en wensen van mensen met een verstandelijke beperking. Ook een deel van de zorgverleners benoemt dit. Zij stellen dat er bij de christelijke benadering (Tonkens, 1996) in het vignet voorbij wordt gegaan aan wat de verstandelijk beperkte zelf wil en dat er hierdoor vóór hem wordt gedacht.

Kijk, het gevaar vaak van de warme en emotionele kant is dat je iemand misschien zo kan bedekken met al je warmte dat ze niet meer zelf... Dat je vergeet om die afstand te nemen en om te kijken wat ze zelf zouden kunnen kiezen. Dan zit je er vaak zelf zo boven op dat je denkt, ja maar dit is goed, dat heb ik al gezien. En dan, juist door een beetje afstand te nemen, ontdek je vaak nieuwe dingen: geef je mensen ook de ruimte om nieuwe dingen van zichzelf te laten zien.

(Zorgverlener D1)

Echter, met alleen emotionele betrokkenheid en geborgenheid wordt volgens het merendeel van de zorgverleners nog geen goede zorg geboden: "Het is te weinig" (Zorgverlener B1). Het hebben van begrip en het bieden van een veilige omgeving is nodig voor mensen met een verstandelijke beperking om zich verder te kunnen ontwikkelen. Deze ontwikkelingen, zoals het verbeteren van de zelfredzaamheid en zelfbeschikking, worden door zorgverleners belangrijk gevonden.

5.2. Relaties, jezelf zijn en zelfontplooiing

Zorgverleners vinden het belangrijk om veiligheid en nabijheid te bieden. Daarnaast benoemen zorgverleners vaak dat zij het belangrijk vinden dat cliënten zichzelf kunnen zijn. Vrijwel elke respondent acht deze veiligheid nodig voor cliënten om zich verder te kunnen ontwikkelen.

Eerst goed voelen en dan pas kijken of je nieuwe vaardigheden aan kan leren, als ze goed in hun vel zitten kan je veel meer bereiken met mensen. Dan staan ze veel meer open om te leren.
(Zorgverlener G)

Het centraal stellen van relaties, jezelf kunnen zijn en zelfontplooiing zijn kernwaarden van een humanistische zorgvisie (Tonkens, 1996). In de optie van de humanistische zorgvisie binnen de vignetten herkenden zorgverleners zich het meest. Veiligheid wordt expliciet als basis voor ontwikkeling gezien door zorgverleners. Deze ontwikkeling of zelfontplooiing van mensen met een verstandelijke beperking is belangrijk. Voor het ontwikkelen van vaardigheden en het verbeteren van zelfstandigheid is ook nodig dat cliënten gestimuleerd worden om nieuwe activiteiten en vaardigheden te proberen. Zorgverleners begeleiden dit proces, die zich ook hierbij verantwoordelijk voelen voor de veiligheid die cliënten ervaren. Het houdt in dat zorgverleners verschillende mogelijkheden uit gaan proberen, waarbij ze zichzelf en de cliënt de vraag stellen: wat vindt hij of zij leuk? Zorgverleners waarborgen de overzichtelijkheid van het aantal opties voor een cliënt, zodat deze ook kan en durft te kiezen.

De wederkerigheid zoals Tonkens (1996) definieert binnen een humanistische visie komt echter niet expliciet naar voren uit de interviews. Zorgverleners zien het als hun taak om deze emotionele betrokkenheid naar cliënten toe te hebben zodat deze zich prettig bij hen voelen. Verondersteld wordt dat mensen met een verstandelijke beperking zichzelf daardoor meer kunnen ontplooien, maar spreken niet over eigen verwachtingen. Er wordt wel gesproken over het belang van een goede relatie en vertrouwensband tussen zorgverleners en cliënten, waarbij cliënten erop vertrouwen dat zorgverleners het beste met hen voor hebben. Deze elementen van vertrouwen en relatie worden door zorgverleners veelal omschreven als iets wat zij prettig vinden aan hun werk. Zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor een prettig bestaan en de ontwikkeling van hun cliënten, maar deze hoeven dit op hun beurt niet bij zorgverleners te bewerkstelligen. Dit aspect wordt als onderdeel van het werk beschouwd en zorgverleners stellen dat zij met een professionele houding en gepaste afstand met hun cliënten omgaan.

5.3. Zelfbeschikking en zelfstandigheid

Zorgverleners stellen dat ze zich bewust zijn van het belang van de keuzevrijheid van cliënten en dat zij eraan werken om dit meer toe te passen. Hierin zien zij ook vooruitgang. Keuzevrijheid leidt volgens zorgverleners tot een betere kwaliteit van bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking. Zorgverleners voelen zich er verantwoordelijk voor dat zij de keuzes op een juiste manier aanbieden, op een manier dat een verstandelijk beperkte cliënt het kan overzien en snapt wat hij kan kiezen. Ook vergt het werken vanuit de cliënt scherpere en reflectie van zorgverleners. Een aantal zorgverleners stelt dat er van oudsher voornamelijk vóór of over mensen met een verstandelijke beperking werd beslist. Werken op basis van de keuzes van cliënten vergt een andere houding, waarbij zorgverleners minder van hun eigen denkbeelden uitgaan.

Dat wij daarin veel meer moeten ondersteunen in plaats van overnemen, want dat is eigenlijk wat we allemaal nog te veel doen (...). Het hele simpele is: 's middags komen ze binnen en zeg je: wil je koffie of thee? Terwijl je ook heel simpel kunt vragen: wat wil je drinken? (...) Daarmee leg je veel meer het

gevoel bij iemand neer; ik mag kiezen. (...) Eigenlijk zit het hem in hele kleine dingetjes. Vooral luisteren, oprecht écht luisteren, probeer dat maar eens. Dat is echt niet altijd makkelijk.

(Zorgverlener I1)

Alle zorgverleners zijn positief over het werken vanuit de cliënt en de toenemende zelfbeschikking en overal wordt dit aspect van ondersteuning toepast. Zij vinden de verandering goed voor de eigenwaarde van mensen met een verstandelijke beperking. Wel lijkt er verschil te zitten in de mate waarin de zelfbeschikking voor cliënten geïmplementeerd is. Een deel van de zorgverleners zegt het omgaan met de zelfbeschikking van de mensen met een verstandelijke beperking zich eigen te hebben gemaakt. Ze denken vanuit de verstandelijk beperkte cliënt en vragen wat deze wil. Zorgverleners zien het als hun taak om keuzes aan te bieden op een manier dat de cliënt de keuzemogelijkheden begrijpt en hier zelf uit kan kiezen.

(...) De cliënt zoveel mogelijk zelf laten beslissen. Niet in het luchtledige, maar: je mag kiezen tussen dit of dat, maar wel zelf de keuze laten maken. Volgens mij respecteer je daar de mening van je cliënt mee en zorg je daardoor dat ze zich gewaardeerd en gerespecteerd voelen in hun leven.

(Zorgverlener E1)

“We moeten hem meer betrekken bij de dagelijkse activiteiten”, dan denk ik: wie zegt dat we hem daarbij moeten betrekken? Wie zegt dat dat moet? Wil hij dat graag? Of willen wij dat hij meedoet aan de dagelijkse activiteiten? Vinden wij het belangrijk dat ze met zijn allen koffie komen drinken of vinden zij het belangrijk dat ze met zijn allen koffie komen drinken?

(Zorgverlener 2.1)

Andere zorgverleners lijken meer bezig met het zoeken naar manieren waarop keuzevrijheid toegepast kan worden. Ook zij bieden keuzes aan, maar zijn nog aan het onderzoeken hoe ze dit het beste kunnen aanpakken. Ze zoeken naar de grenzen van zelfbeschikking voor hun cliënten. In hoeverre is het verantwoord om de cliënt zijn wensen te volgen, als het bijvoorbeeld om een praktisch punt als het aantal koppen koffie op een dag gaat. Deze zorgverleners lijken zich bewuster te zijn van de grenzen van zelfbeschikking. Althans, zij benoemen vaker de kanttekeningen en onmogelijkheden van de zelfbeschikking.

Zv H1: Dat ze veel meer zelf mogen kiezen. Ook al kiezen ze bijvoorbeeld kleding uit die echt niet bij elkaar staat, dat je er toch soms voor kiest om dat wel te laten dragen omdat ze het zelf graag willen.

Zv H2: Binnen de perken uiteraard.

(Zorgverleners H1 en H2)

Zv A1: Ik moet wel zeggen dat wij hier op een gegeven moment gezegd hebben dat ze zelf hun brood moeten klaarmaken in de avond, voor de dag van morgen. Dan komen ze erbij zitten en dan kunnen ze zelf zeggen - als ze het niet kunnen - wat ze erop willen. (...) Het is hier gegroeid daardoor. We deden

het eerst allemaal zelf. (...) Nu is het zelfs zo dat wanneer er geen kaas is en ze willen kaas, dat we dan kaas gaan kopen en dat is wel heel mooi.

Zv A2: Als we daar de tijd voor hebben.

(Zorgverleners A1 en A2)

Zorgverleners die dergelijke grenzen benoemen lijken ook vaker na te denken over wie er uiteindelijk beslist. Zij lijken zoekende naar de reikwijdte en grenzen van de keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking en hoe hier als zorgverlener verantwoordelijk mee om te gaan.

Wij bepalen uiteindelijk toch wat er gaat gebeuren, dus het klantvolgend werken vind ik een beetje dubbelzinnig. Je probeert wel inzicht te krijgen in wat de cliënt wil. (...) Wij bepalen omdat ze het zelf niet kunnen, je doet het wel met het oog op dat ze een zo goed mogelijk leven krijgen. Dus uiteindelijk doe je het wel klantvolgend. (...) Dat doe je ook veel op dagbesteding, qua leuke dingen, als ze een verhaaltje willen voor het slapen gaan dan doe je dat. Met bepaalde begeleiding moet je samen met het team bepalen hoe het zo goed mogelijk te doen voor de cliënt. (...) Het is niet zo dat de cliënt alles bepaalt.

(Zorgverlener C1)

Ook zorgverleners die stellen goed te kunnen handelen vanuit de keuzes van de cliënt -dit wordt binnen de organisatie klant- of cliëntvolgend werken genoemd- komen grenzen tegen van de keuzevrijheid van de cliënten. Vaak heeft dit te maken met moeilijk uitvoerbare of onrealistische vragen van cliënten, door bijvoorbeeld ontoereikende financiële middelen. Zorgverleners vinden het vervelend om niet aan wensen van cliënten tegemoet te kunnen komen en om dat uit te leggen. Wel kunnen zorgverleners dit relativeren door het probleem in de maatschappelijke context te plaatsen: ook voor veel andere burgers is niet mogelijk om al hun wensen te vervullen. Wanneer het gaat om vragen die in de ogen van de zorgverleners noodzakelijk zijn, zoals de reparatie van een zonnescerm, worden langlopende bureaucratische procedures of het gebrek aan financiële middelen als frustrerend ervaren.

Uit de bovenstaande citaten blijkt dat een deel van de zorgverleners nog zoekende is naar hoe zij deze keuzevrijheid in kunnen vullen. De mate van de verstandelijke beperking lijkt hierbij van invloed op de invulling van de zelfbeschikking. Mensen met een ernstigere verstandelijke beperking kunnen zelf minder goed aangeven wat hun wensen zijn. Zorgverleners hebben hierbij de taak om deze signalen waar te nemen, te interpreteren en ernaar te handelen. Mensen met een relatief lichte verstandelijke beperking kunnen zelf beter zeggen wat zij willen. Echter, ook hier is het nodig dat keuzes worden ingekaderd en dat zorgverleners het keuzeproses begeleiden.

Een ander aspect dat volgens zorgverleners belangrijk is, is de zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperking. Deze zelfstandigheid moet zoveel mogelijk worden vergroot of gehandhaafd. Het is een continu proces van het aanleren van nieuwe vaardigheden en het behouden van bestaande. Zorgverleners zijn hierover met elkaar in overeenstemming. Wel is er een verschil zichtbaar tussen de praktijk van de zorgverleners die op de hoofdlocatie in regio Horst/Ermelo werken en zorgverleners

die op een buitenlocatie in de regio Midden-Nederland werkzaam zijn. Beide locaties hebben volgens zorgverleners voor- en nadelen die met name met de zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperking te maken hebben. Zorgverleners die op een buitenlocatie werken stellen dat de verstandelijk beperkte cliënten die hier wonen een zo normaal mogelijk leven hebben. Zij wonen met een klein aantal anderen in een 'normaal' woonhuis en leven tussen burgers zonder een verstandelijke beperking. Zorgverleners stellen dat dit positieve effecten heeft op het welzijn van hun cliënten: zij voelen zich veilig in deze omgeving. Wonen in een woonwijk kan voor mensen met een verstandelijke beperking ook een keerzijde hebben. De achterliggende gedachte van deze woonlocaties is dat er integratie plaatsvindt tussen burgers met en zonder verstandelijke beperking. Volgens zorgverleners die hier werken is er van integratie geen sprake en is er nauwelijks contact met de burens. Sommige zorgverleners die op deze buitenlocaties werken benoemen geschillen met burens over geluid of parkeergelegenheden. Daarnaast is een deel van de verstandelijk beperkte cliënten beperkt mobiel buiten de woning. Volgens zorgverleners geldt dit voornamelijk voor mensen met matige of ernstige verstandelijke beperking. Zij kunnen zich vaak niet zonder begeleiding in het verkeer begeven zijn dan afhankelijk van zorgverleners om naar buiten te gaan, deze hebben hier echter nauwelijks tijd voor.

Op de hoofdlocatie zijn alle voorzieningen gecentreerd. Dit relatief afgelegen gebied waarbij rekening wordt gehouden met mensen met een verstandelijke beperking - zij hebben bijvoorbeeld altijd voorrang - biedt ook voor mensen met een matige of ernstigere verstandelijke beperking de mogelijkheid om zich relatief zelfstandig te bewegen en op eigen gelegenheid activiteiten ondernemen. Daarnaast kunnen mensen met een beperking volgens zorgverleners meer zichzelf zijn, omdat zij zich relatief ongeremd kunnen gedragen. Er hoeft namelijk minder rekening gehouden te worden met buurtbewoners. Deze aspecten worden als voordelige kenmerken van de hoofdlocatie beschouwd. Zorgverleners benoemen hierbij wel dat het wonen op dit terrein vaak minder 'normaal' of gelijk is aan dat van andere burgers een woonwijk. Dit heeft voornamelijk te maken met de oude gebouwen, waardoor er meer de sfeer van een 'zorginstelling' is dan in een woonhuis, waar niet in alle gevallen door zorgverleners zelf gekookt en gewassen wordt maar dit wordt uitbesteed. Bovendien worden sommige cliënten angstig van het tegenkomen van andere verstandelijk beperkte cliënten. Om tegemoet te komen aan de voordelen van beide locaties stellen enkele zorgverleners dat 'omgekeerde integratie' een oplossing zou kunnen zijn. Hierbij wordt de mogelijkheid gecreëerd voor burgers zonder beperking om op het instellingsterrein te wonen, waardoor het terrein minder afgesloten is van de rest van de samenleving. Daarbij kiezen mensen ervoor om op deze locatie te wonen waardoor zij kiezen voor het committeren aan de regels op het terrein en er minder problemen met buurtbewoners worden verwacht. Overigens wordt deze omgekeerde integratie ook in het ondernemingsplan als speerpunt genoemd ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010).

5.4. Gecombineerde aanpak: aanvulling en spanningsveld

Wat al uit de vignetkeuzes bleek, blijkt ook uit de aanvullende interviews: de zorgverleners vinden verschillende aspecten belangrijk. De basis ligt volgens de zorgverlener in het aanbieden van een veilig en geborgen leven aan mensen met een verstandelijke beperking. Mensen met een verstandelijke beperking moeten zichzelf kunnen zijn en zorgverleners zijn emotioneel bij hen betrokken. Daarnaast

staat de zelfbeschikking centraal en dienen zorgverleners hun handelen afstemmen op hun cliënten. Deze benadering van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is te classificeren als een gecombineerde aanpak, op basis van een combinatie van zorgvisies. Het bieden van veiligheid en zorgzaamheid vanuit een christelijke perspectief wordt als fundament van goede zorg beschouwd, maar ook de vertrouwensrelatie en ontwikkeling uit de humanistische zorgvisie en de zelfbeschikking en zelfstandigheid vanuit het liberale perspectief zijn noodzakelijke aspecten van zorg. In de praktijk integreren zorgverleners deze perspectieven. Aspecten uit het ene perspectief zijn dan een in- of aanvulling van een ander perspectief. Zo kan keuzevrijheid door iemand met een verstandelijke beperking worden opgevat als een teken van vertrouwen en het gevoel van geborgenheid versterken.

Ik denk dat wij cliënten betrokken houden doordat ze zelf dingen beslissen. Soms moeten ze kiezen uit iets dat ze niet leuk vinden. (...) Doordat je ze de keuze geeft, denk ik, groeit de eigenwaarde wel sterk. Ik geef ze het vertrouwen dat ze zelf kunnen kiezen en ik vertrouw erop dat ze dat ook doen. (...). En warmte... ik denk dat we elkaar hier wederzijds respecteren dus dan creëer je een gevoel voor saamhorigheid.

(Zorgverlener E1)

Ik denk dat je die warmte in het begin moet laten doorschemeren, zodat je in ieder geval een veilige situatie creëert voor de cliënt om zichzelf ook te kunnen zijn en dus ook keuzes te kunnen maken vanuit zichzelf. Maar uiteindelijk moet je het wel terug leggen bij de cliënt.

(Zorgverlener D2)

Daarnaast stellen zorgverleners dat hun aanpak per cliënt en zelfs per dag kan verschillen. Soms hebben mensen met een verstandelijke beperking een minder goede dag en vinden zij het moeilijk om keuzes te maken. De combinatie tussen enerzijds bescherming en zorgzaamheid en anderzijds zelfbeschikking en autonomie kent een spanningsveld. Zorgverleners streven hierbij naar een 'zo normaal' mogelijk leven voor mensen met een verstandelijke beperking.

5.5. Familie

Alle zorgverleners stellen dat familie een belangrijk positie heeft. Familie is onlosmakelijk verbonden met cliënten en dient dan ook altijd op de hoogte te zijn van het leven van de verstandelijk beperkte cliënt. De dienstverlening wordt in samenspraak met familieleden vormgegeven en ook hun rol binnen de dienstverlening verandert. Familie krijgt steeds meer taken. Zij hebben een specifiek aantal uren, afhankelijk van de zorgvraag van mensen met een verstandelijke beperking, waarin zij mantelzorg dienen te verlenen. Zorgverleners schetsen een divers beeld over de betrokkenheid van familie. Enerzijds ontstaat het beeld dat er heel betrokken familieleden zijn. Zij zijn betrokken bij het vaststellen van het persoonlijk plan van cliënten, komen geregeld langs, halen de cliënten op en kopen kleding met cliënten.

Dat was de mentor van een cliënt, daar heb ik één keer in de drie weken contact mee. (...) Dan praten we bij over wat er in de tussentijd is gebeurd. Ik moet zeggen: ik vind het zelf prettig en ik heb het gevoel dat de ouders dat ook prettig vinden, het is hier nooit zo geweest. (...) Ja, [ze doen] echt taken: ze kopen kleding hier, cliënten gaan daar heen, met verjaardagen worden ze opgehaald en met kerst, met vader- en moederdag dat soort dingen.

(Zorgverlener G)

Anderzijds ontstaat het beeld dat de familie soms te weinig betrokken is bij cliënten. Zij komen niet of nauwelijks langs en bemoeien zich niet altijd met de vormgeving van de ondersteuning. Zorgverleners verbinden de betrokkenheid van familie onder andere aan de leeftijd van de cliënten, want oudere cliënten hebben vaak minder familie dan jongeren. Anderzijds lijken de taken voor familie bij jongere cliënten ook duidelijker vormgegeven en zijn zij, net als andere kinderen of jongeren, meer afhankelijk van zaken die ouders regelen. Bovendien stellen zorgverleners dat jongere cliënten vaak minder financiële middelen hebben, waardoor de familie meer moet financieren. Oudere cliënten hebben minder familie om op terug te vallen, maar zij hebben vaker spaargeld en kunnen zelf meer bekostigen, al dan niet via zorgverleners.

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen erg afhankelijk zijn van familieleden. Wanneer familie gemaakte afspraken niet nakomt kan dit gevolgen hebben voor behoeften van de cliënt. Zorgverleners proberen deze gaten dan op te vullen. Hiervoor zijn dan niet altijd middelen als geld of begeleidingsuren beschikbaar. Zorgverleners blijken hierdoor creatief in het bedenken van oplossingen om hun cliënten te bieden wat zij nodig achten. Zo wordt er wel eens creatief boekgehouden zodat een cliënt toch tandpasta heeft of worden sociale netwerken van zorgverleners ingezet om kleding voor cliënten te regelen.

En als ouders geen kleding komen brengen, dan zitten wij met een cliënt die geen kleding heeft. (...) Ja, ouders moeten daarvoor zorgen en wordt er niet goed voor gezorgd, dan weten we dat moeten we roepen: wie heeft er kleren? Kijk, ik kom bij een andere groep vandaan en daar zitten wat jongere kinderen waarvan ik ook weet dat zij geen geld hebben voor kleding. En dan komen hier jongens en die kleding is te klein en ik neem dat mee en breng dat naar mijn oude groep toe. Want ik denk, nou die jongens daar hebben daar weer wat aan.

(Zorgverlener D1)

Er zijn ook zorgverleners die terughoudend zijn in het doen van een beroep op familieleden. Ook zij erkennen het belang en de positie van familie op emotioneel gebied, maar stellen dat familieleden de zorg niet zonder reden uit handen hebben gegeven. Zij zijn terughoudend in het vragen van hulp van familieleden of het overdragen van taken.

Sowieso, dat je de familie op de hoogte te brengt, maar bij ons zou de familie hem niet in de dagelijkse dingen ondersteunen. Een familielid komt niet elke ochtend om 7 uur [naam cliënt] uit bed te halen. Dat is dubbel, het is heel hard gezegd, maar ze hebben de zorg uit handen gegeven: ze willen wel

betrokken zijn, maar wij moeten voor ze zorgen.

(Zorgverlener C1)

Een beroep doen op de familie. Wat maar de vraag is of ze dat willen, waardoor je misschien een geforceerde werksituatie krijgt. Afgezien of ze dat willen, kan het ook zijn dat de band tussen [naam cliënt] en zijn familie verslechtert. (...) Die familie belast je er dan mee. En dat merken we hier ook, is wel de toekomst. Je gaat steeds meer van mantelzorg gebruik maken.

(Zorgverlener 4.2)

Zorgverleners lijken verschillende ervaringen te hebben met de betrokkenheid van familieleden. Opvallende verschillen tussen zorgverleners uit de verschillende regio's zijn er wat betreft hun opvatting over familie niet. Allen vinden familie een belangrijke actor. Zij zijn onderdeel van het sociale netwerk van mensen met een verstandelijke beperking. Zorgverleners zijn eveneens emotioneel betrokken bij hun cliënten en staan hier niet buiten. Het is opvallend dat enkele zorgverleners uit de regio Midden-Nederland stellen dat hun woning in de reguliere woonwijk het bezoek van familie positief heeft gestimuleerd. Het familiebezoek nam volgens hen toe nadat cliënten op deze reguliere woonlocaties zijn gaan wonen.

5.6. Hoe denken zorgverleners dat de organisatie goede zorg ziet?

Zorgverleners hebben een zorgvisie waarbinnen verschillende perspectieven te herkennen zijn. Hoe denken zij dat de organisatie waarvoor zij werken de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking beschouwt? Vrijwel elke zorgverlener noemt klant- of cliëntvolgend werken wanneer hen gevraagd wordt naar de zorgvisie van 's Heeren Loo. Hieronder verstaan zorgverleners het denken en handelen vanuit de verstandelijk beperkte cliënt en het zoveel mogelijk opvolgen van de wensen en vragen van de cliënt. Hierbij wordt gestreefd naar zoveel mogelijk keuzevrijheid. Daarnaast worden vrijwel altijd de kernwaarden benoemd, maar zijn er maar weinig zorgverleners die exact weten welke waarden dat zijn. Zorgverleners interpreteren de visie veelal als volgt: het respectvol omgaan met mensen met een verstandelijke beperking en zorgen dat zij het prettig vinden om bij deze organisatie te werken en te leven. Naast dat zorgverleners hierbij uitgaan van de wensen van cliënten hebben zij vaak ook zichzelf als uitgangspunt in de bejegening. Ze stellen zichzelf hierbij de vraag: hoe zou ik zelf behandeld willen worden?

Zv C2: Die vier steekwoorden: respect, gebondenheid, verantwoordelijkheid, verbondenheid. Als ik dat samenvat dan is het gewoon goed omgaan met de cliënten, erbij stilstaan hoe je het zelf zou willen en hoe je het bij hen dan doet.

*Zv C1: Cliëntvolgend werken, je verantwoordelijkheid nemen met je vakbekwaamheid, en wat jij zegt.
(Zorgverleners C1 en C2)*

Een klein aantal zorgverleners heeft het over 'basiszorg' als het gaat om de zorgvisie van 's Heeren Loo. Volgens hen is dit een meer zakelijke benadering van zorg, waarbij alleen de basale zorg aan mensen met een verstandelijke beperking worden verleend. Budgetten en takenpakketten zijn hierbij strakker

afgebakend dan voorheen. Zaken die buiten de basiszorg vallen zijn daarbij taken voor het sociale netwerk.

Zorgverleners stellen niet altijd op de hoogte te zijn van de meest actuele visie van de organisatie. Dit wordt enerzijds verklaard doordat zorgverleners de snelheid waarmee de visie verandert niet bij kunnen houden. Anderzijds nemen zorgverleners zelf ook niet altijd de moeite om van deze informatie op de hoogte te zijn. Deze houding wordt bevestigd door het gegeven dat niet veel zorgverleners de visie volledig konden reproduceren. Enkele zorgverleners stellen dat wanneer het over de visie en het beleid van de organisatie gaat zij zich niet zozeer verbonden voelen met de organisatie. Zij stellen dat de organisatie voor hun gevoel, maar ook fysiek ver weg is. Dit geldt voornamelijk van zorgverleners die op buitenlocaties werken, maar ook voor enkele zorgverleners die op de hoofdlocatie werken. Zij vinden het voornamelijk belangrijk dat ze hun werk goed kunnen doen. Zij voelen zich vooral verbonden met degenen met wie ze tijdens het werk te maken hebben, zoals directe collega's en de leidinggevende. Met hen voelen zij zich het meest verbonden. Het beleid en de visie van de organisatie wordt minder belangrijk gevonden.

Nou, ik moet zeggen: ik hou me daar op dit moment niet zo heel erg mee bezig. Dus ik weet niet precies wat zij allemaal verzinnen, maar ik heb zelf echt zoiets van: ik werk gewoon en ik merk echt op de werkvloer niet iets waarvan ik denk: nou daar kom ik echt helemaal niet aan toe. Als ik wel eens rapporten lees of zo van allerlei plannen dan denk ik wel snel van 'het zal wel, ze hebben weer wat nieuws verzonnen'. Dus in die zin is het beleid best wel een beetje ver van mijn bed.

(Zorgverlener F)

Toch stellen vrijwel alle zorgverleners dat zij zich kunnen vinden in de zorgvisie van de organisatie. Vaak voegen zij hieraan toe dat ze niet bij een organisatie zouden kunnen werken waarvan ze de visie niet delen. Met name het klantvolgend werken vinden zorgverleners prettig en een verbetering ten opzichte van eerdere zorgvisies. Door deze individuele benadering komen mensen meer tot hun recht.

Nou, ik vind het wel goed. Want zij [cliënten] kwamen hier als groepje, samen, en degenen die dan het meest gebekt zijn krijgen het dan altijd voor elkaar (...) en een ander die niet zo goed voor zichzelf kan opkomen gaat dan maar mee in de stroom. Ik vind het wel goed om je daar meer bewust van te zijn en naar ze afzonderlijk te kijken. Je ziet ze wel snel als een gezinnetje, of als één, maar dat is natuurlijk niet goed. Het is dan vaak wel weer goed dat je dan weer op ideeën wordt gebracht. Dat stukje bewustwording.

(Zorgverlener 3.2)

Wel plaatsen veel zorgverleners een kanttekening bij de haalbaarheid van het streven om elke cliënt een veilig bestaan met zoveel mogelijk zelfbeschikking te geven. Dit heeft onder andere te maken met de wensen van cliënten en hun sociale omgeving. Niet alle wensen kunnen waargemaakt worden. Vaak is er een gebrek aan middelen zoals geld en tijd om aan de vragen te kunnen voldoen. Ook beangstigt dit cliëntvolgend werken sommige zorgverleners. Zij zijn bang dat dit steeds extremere vormen aan zal

nemen en dat het “u vraagt, wij draaien” (zorgverlener C1) zal worden. Anderen stellen dat de visie en het beleid van de organisatie de keuzevrijheid en de zelfbeschikking van mensen met een verstandelijke beperking, hier cliënt- of klantvolgend werken genoemd, nog meer centraal mag stellen.

Ja, ik kan me er wel in vinden. Ik vind dat ze het soms nog wel iets strakker neer mogen zetten. Het is soms nog een beetje te ruim. Het cliëntvolgend werken dat mag er van mij wel wat harder ingezet worden en het zelfbeschikkingsrecht ook, ook voor cliënten met laag niveau. De individualiteit van de cliënt mag nog wel veel meer naar boven komen. Daar mogen ze nog wel meer accent op leggen.”
(Zorgverlener I2)

Met name de zorgverleners die werken met mensen met een relatief lichte verstandelijke beperking stellen dat de visie meer toegespitst mag worden op hun cliënten. Dit merken zij vooral aan regels en procedures, die volgens hen voornamelijk zijn gericht op mensen met ernstigere verstandelijke beperkingen.

5.7. Resumé

De zorgvisie van zorgverleners bestaat uit verschillende perspectieven. Ze vinden het moeilijk om een dominant uitgangspunt te noemen en stellen dat er sprake is van verschillende elementen die belangrijk zijn voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Ten eerste is het van belang dat mensen met een verstandelijke beperking zich veilig en vertrouwd voelen op de plek waar zij wonen en bij de zorgverleners die voor of met hen werken. Dit draagt bij aan een goede kwaliteit van bestaan: een fijn leven dat zo weinig mogelijk verschilt van burgers zonder verstandelijke beperking. Het nastreven van zelfbeschikking en zelfstandigheid draagt hier aan bij. Zowel de christelijke, humanistische als liberale zorgvisie zijn in deze brede benadering te herkennen. De betrokkenheid van familie verschilt veel, bij oudere cliënten lijkt de familie minder betrokken. Familie voorziet dan niet altijd in emotionele en financiële ondersteuning. Zorgverleners beschouwen de emotionele ondersteuning als inherent aan de zorg en niet alleen als taak van de familie of het sociale netwerk van de verstandelijk beperkte cliënt.

Maar bestaan er ook verschillen tussen de visies van zorgverleners? De zorgvisie van zorgverleners van 's Heeren Loo regio Horst/Ermelo en Midden-Nederland bestaat uit een hybride visie van zorgzaamheid, geborgenheid, 'jezelf kunnen zijn', zelfstandigheid en zelfbeschikking. Ondanks dat er verschillende vignettenkeuzen zijn komt in de toelichtingen van zorgverleners naar voren dat zij allen een veilige omgeving zien als de basis voor verdere ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking. Zorgverleners proberen hierbij zo goed mogelijk de wensen van hun cliënten te volgen. Wel leggen zorgverleners in regio Horst/Ermelo iets meer accent op zorgzaamheid en geborgenheid, terwijl in regio Midden-Nederland meer accent ligt op zelfbeschikking. Verder is het opmerkelijk dat zorgverleners die met mensen met een lichte verstandelijke beperking werken meer gericht lijken te zijn op keuzevrijheid en zelfstandigheid. Een ander verschil tussen zorgvisies van verschillende zorgverleners is de mate waarin zorgverleners om weten te gaan met zelfbeschikking voor hun cliënten. Een deel van de zorgverleners benoemt de grenzen van keuzevrijheid en lijkt nog zoekende in het omgaan met het spanningsveld tussen zelfbeschikking van cliënten en zorgzaamheid en verantwoordelijkheid

van zorgverleners. Dit spanningsveld ervaren zorgverleners ook in het streven naar transparantie in de zorg: enerzijds hebben zij veel verantwoordelijkheden en 'moeten zij alles kunnen', anderzijds zijn er veel administratieve taken gericht op monitoring ten bate van de transparantie in de zorg.

Echt duidelijke verschillen tussen zorgvisies van zorgverleners van de twee verschillende regio's zijn niet zichtbaar. Wel zeggen zorgverleners die op een buitenlocatie werken vaker dat zij zich niet erg verbonden voelen met de organisatie, omdat zij relatief zelfstandig te werk gaan op een locatie in een woonwijk, op afstand van de hoofdlocatie. Bovendien lijkt in de praktijk de zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperking beïnvloed te worden door de woonlocatie en de mate van hun beperking. Vrijwel alle zorgverleners die op een buitenlocatie in een woonwijk werken in de regio Midden-Nederland onderkennen dit. Dit verschil is niet te zien in de visies van zorgverleners, die zijn wat betreft het nastreven van zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperking gelijk. Het is een verschil dat zich in de praktijk manifesteert.

6. Conclusies

6.1. Samenvatting en conclusie

In de zorg hebben de laatste decennia veel veranderingen plaatsgevonden. De sector verandert in omvang, maar ook de manier waarop er tegen zorg voor mensen met een verstandelijke beperking aan wordt gekeken verandert. De van oudsher beschermende Nederlandse verzorgingsstaat is getransformeerd naar een activerende variant (SCP, 2007; 2011) waarbij liberale waarden als individualiteit, autonomie en het privé domein centraal staan (Parton, 1998; Schnabel, 2004; Taylor-Gooby, 2004). Deze waarden gelden ook voor mensen met een ondersteuningsbehoefte. Zij moeten zelf keuzes kunnen maken over waar ze zorg afnemen en waar die zorg uit bestaat. Parallel aan deze ontwikkeling is er toenemende vraag naar transparantie, waardoor er steeds meer informatie geregistreerd moet worden (Taylor-Gooby, 2004). Bovendien is er door marktwerking in de zorg steeds meer concurrentie tussen zorgaanbieders waardoor zorgorganisaties in dienen te spelen op de veranderingen in de markt. Er worden dus nieuwe eisen aan zorgorganisaties en zorgverleners gesteld, zoals het rekening houden met de autonomie en keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking en het zakelijker benaderen van zorg met bijbehorende toenemende administratieve taken. Daarnaast hebben zorgverleners door democratisering van de zorg meer zeggenschap en verantwoordelijkheden gekregen (Tonkens, 1996; De Veer et al., 2012), waardoor zij meer invloed hebben op de vormgeving van de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en meer eigen keuzes maken. Door deze ontwikkeling is de visie van zorgverleners belangrijker geworden, immers: visies en mensbeelden hebben invloed op het menselijk handelen (Ankeart, 1996; Jansz, 1991).

Om die reden is de 's Heeren Loo Zorggroep geïnteresseerd in de visies van haar medewerkers. Hoe denken zorgverleners over mensen met een verstandelijke beperking en hun ondersteuning? Bestaan er verschillen? De organisatie kent een lange historie en ook hier zijn de hierboven beschreven veranderingen merkbaar ('s Heeren Loo Zorggroep, 2009a; 2010). De organisatie is verspreid over ruim honderd locaties door heel het land ('s Heeren Loo Zorggroep, 2012) en binnen de organisatie bestaat de opvatting dat er verschillen bestaan in de attitudes van zorgverleners op de diverse locaties. Beleidsmedewerkers van de regio's Horst/Ermelo en Midden-Nederland vragen zich dan ook af: zijn er verschillen tussen de wijzen waarop zorgverleners over zorg denken? En waarin uiten die verschillen zich, tussen wie verschillen ze en wat betekenen deze verschillen? Dit onderzoek beoogt de zorgvisies van zorgverleners in kaart te brengen. Het doel is om inzicht te krijgen in kenmerken van de zorgvisies, maar ook of er overeenkomsten en verschillen bestaan tussen visies van verschillende zorgverleners. Om de visies van de zorgverleners in een context te kunnen plaatsen is het van belang om de visie van de organisatie te analyseren. Zodoende wordt de verhouding tussen de zorgvisies van zorgverleners onderling, maar ook die met de organisatievisie helder. Omdat de houding van medewerkers moeilijk te vatten is met behulp van objectieve kwaliteitscriteria, is een kwalitatief onderzoek hiernaar noodzakelijk.

Binnen de verstandelijk gehandicaptensector bestaan verschillende perspectieven op de positie van mensen met een verstandelijke beperking en de gewenste ondersteuning hierbij (Van Gennep, 2000; Tonkens, 1996). Van Gennep (2000; 2007) herkent drie paradigma's binnen het academisch denken,

namelijk het defectparadigma dat goede zorg en de beperking centraal stelt, het ontwikkelingsparadigma waarbij de ontwikkelingsmogelijkheden uitgangspunt zijn en het burgerschapparadigma, dat de rechten en plichten van verstandelijk beperkten als burgers benadrukt. Deze drie paradigma's volgen elkaar op, waarbij een ouder paradigma wordt vervangen door een nieuwe. In de praktijk kunnen de drie perspectieven wel naast elkaar bestaan, omdat paradigma's in het veld trager geaccepteerd worden en elkaar kunnen overlappen (Beltman, 2001; Van Genneep, 2000).

Op het niveau van zorgorganisaties zijn eveneens drie perspectieven te herkennen (Tonkens, 1996). Tonkens (1996) herkent een christelijke, humanistische en liberale zorgvisie in de op schrift gestelde zorgvisies van een groot aantal Nederlandse zorgorganisaties. De christelijke zorgvisie stelt zorgzaamheid en betrokkenheid centraal. Zorgverleners hebben als taak om hun verstandelijk beperkte cliënten een veilig en geborgen gevoel te geven. Er wordt geaccepteerd dat mensen met een verstandelijke beperking een ondersteuningsbehoefte hebben en dat zij kwetsbaarder zijn dan mensen zonder een beperking. Zorgverleners zijn dan ook zorgzaam en voelen zich emotioneel betrokken bij hun cliënten. Zij zijn verantwoordelijk voor het welzijn van hun cliënten en zij zijn ook degenen die beslissen over de vormgeving van de dienstverlening. Een tweede zorgvisie die Tonkens (1996) noemt is de humanistische zorgvisie. Hierbij staan de zelfontplooiing van zowel de verstandelijk beperkte als de zorgverleners centraal. Deze zelfontplooiing bindt hen en is alleen mogelijk binnen een goede relatie tussen beide. In een goede relatie komen beide partijen tot hun recht, waardoor ze zichzelf kunnen zijn. Het 'jezelf kunnen zijn' is heel belangrijk binnen een humanistische zorgvisie. Zelfontplooiing en het intensieve contact vereisen van de zorgverleners dat zij zich emotioneel betrokken voelen en dat zij een grote mate van toewijding hebben. Door deze min of meer gelijkwaardige relatie is het onduidelijk wie uiteindelijk beslist hoe de zorg eruit ziet. Tonkens' (1996) laatste zorgvisie is de liberale zorgvisie. Binnen dit perspectief zijn keuzevrijheid, zelfbeschikking en autonomie centrale waarden. Er wordt gestreefd naar zoveel mogelijk vrijheid en zelfbeschikking voor mensen met een beperking. Mensen met een verstandelijke beperking zijn net als mensen zonder een beperking medemens en -burger, met de bijbehorende rechten en plichten. Zorgverleners ondersteunen mensen met een verstandelijke beperking zodat zij een zo zelfstandig mogelijk leven kunnen leiden. Dit perspectief vereist een meer zakelijke en afstandelijke houding van zorgverleners, waarbij de verstandelijk beperkte bepaalt hoe de zorg eruit ziet. Mensen met een verstandelijke beperking hebben hun eigen sociale netwerk en, anders dan bij de andere twee perspectieven, zijn zorgverleners daar geen onderdeel van.

De uitgangspunten van de zorgvisies (Tonkens, 1996) komen overeen met die van de zorgparadigma's (Van Genneep, 2000). De paradigma's kunnen theoretisch gezien niet naast elkaar bestaan. In de praktijk gebeurt dit wel, omdat de academische denkbeelden traag worden overgenomen door de zorgpraktijk (Beltman, 2001; Van Genneep, 2000). Dit bevestigt Tonkens' (1996) analyse. Alle drie de paradigma's zijn, in een al dan niet aangepaste variant, te herkennen in de praktijk. Hierbij is het opmerkelijk dat hoe ouder het paradigma is, des te groter de verschillen zijn met de in de praktijk aangetroffen zorgvisies (Van Genneep, 2000; Tonkens, 1996). Dit heeft te maken met veranderingen in structuur en organisatie van de zorg en maatschappelijke veranderingen zoals het mondiger worden van burgers (Van Genneep, 2000). Tonkens (1996) heeft haar zorgvisies uit de praktijk geabstraheerd en haar typologie is specifieker. Om

zorgvisies van zorgverleners in kaart te kunnen brengen is Tonkens' (1996) typologie dan ook het meest geschikt.

Niet eerder is er op deze manier onderzoek gedaan naar specifieke zorgvisies van zorgverleners, of deze visies kunnen verschillen en hoe deze zich verhouden met de zorgvisie van de organisatie. Dit onderzoek verbindt Tonkens' (1996) onderzoek naar zorgvisies van zorgverleners met onderzoek waarbij de mensbeelden van zorgverleners centraal staan (Roovers, 2004). Het beoogt de kennis over de attitudes van zorgverleners te vergroten. De hoofdvraag van dit onderzoek is dan ook:

bestaan er verschillende zorgvisies onder zorgverleners die met mensen met een verstandelijke beperking werken en hoe verhouden deze visies zich met de op schrift gestelde visie van de organisatie?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn er verschillende deelvragen opgesteld. De eerste hiervan luidt: *hoe is de zorgvisie van 's Heeren Loo te classificeren?* Hiervoor is de zorgvisie die in het ondernemingsplan Groot in Kleinschaligheid ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010) beschreven staat geanalyseerd. In de zorgvisie van 's Heeren Loo zijn twee uitgangspunten te herkennen. Enerzijds heeft de organisatie vier kernwaarden opgesteld, namelijk: *"respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid"* ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010, p. 5). Deze vier waarden duiden op een zorgvisie waarbij de bescherming en geborgenheid van mensen met een verstandelijke beperking belangrijk wordt gevonden. Dit is een christelijke benadering op zorg die van zorgverleners vraagt dat zij zich zorgzaam en emotioneel betrokken opstellen (Tonkens, 1996). Anderzijds is ook de liberale zorgvisie van Tonkens (1996) te herkennen, waarbij de autonomie van mensen met een verstandelijke beperking centraal staat. Dit is te herkennen in begrippen als keuzevrijheid en cliëntvolgend werken, waarbij de wensen van verstandelijk beperkte cliënten centraal staan ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010).

Daarna zijn de regiovisies van de regio Horst/Ermelo en de regio Midden-Nederland geanalyseerd ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a; 2011b) om de tweede deelvraag te kunnen beantwoorden: *hoe zijn de zorgvisies van de afzonderlijke regio's te classificeren?* Over deze analyse moet worden opgemerkt dat er binnen de regio Horst/Ermelo een fusieproces gaande is waardoor er één jaarplanning is, maar er nog sprake is van twee verschillende regiovisies. In sommige gevallen wordt daarom gesproken over deelregio Horst of Ermelo. De regiovisies van zowel de regio Horst/Ermelo en Midden-Nederland benadrukken allebei voornamelijk liberale waarden, zoals het volgen van de wensen van cliënten. De dienstverlening wordt vormgegeven in samenspraak met de verstandelijk beperkte en diens naasten. De regiovisies komen hierin overeen, maar er is wel een verschil in hoe deze samenspraak beschreven wordt. De samenspraak wordt het meest expliciet beschreven in regiovisies van Midden-Nederland ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011b) en deelregio Horst ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a). Deelregio Ermelo benadrukt in haar visie nog eens de vier christelijke organisatiekernwaarden, maar vult deze aan met een expliciete liberale zorgvisie ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a; Tonkens, 1996).

Vervolgens is relevant hoe de visies van de organisatie in totaal en die van de twee verschillende regio's zich tot elkaar verhouden ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010; 2011a; 2011b). De derde deelvraag is dan ook: *hoe verhouden de verschillende visies (van de organisatie en regio's) zich tot elkaar?* De verschillende

organisatievisies zijn moeilijk te vergelijken. Dit komt doordat de organisatievisie het overkoepelende morele kader voorschrijft en de regiovisies hier een contextuele geconcretiseerde aanvulling op vormen. Wat opvalt is dat de organisatievisie die beschreven is in het ondernemingsplan ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010) door de aanwezigheid van de vier coherente kernwaarden voornamelijk een christelijk karakter heeft (Tonkens, 1996). Dit christelijke element is overigens puur theoretisch (Tonkens, 1996), want een concrete verwijzing naar deze religie is in het document niet te vinden ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010). In de toelichting komen kenmerken uit andere zorgvisies aan de orde. Dit zijn voornamelijk liberale aspecten zoals keuzevrijheid, eigen regie en gelijkwaardigheid. Naast de christelijk georiënteerde organisatievisie zijn de regiovisies meer gericht op elementen uit een liberale zorgvisie. De wensen en vragen van cliënten vormen hierbij het uitgangspunt en de ondersteuning wordt samen met hen en naasten vormgegeven. De regiovisies komen hierin overeen, ondanks dat er wel verschillende accenten te herkennen zijn. Zo bezien lijkt het erop dat de oorspronkelijk christelijke identiteit het fundament van de zorgvisie vormt, terwijl de uitvoering ervan meer liberaal en zakelijk van aard is. De samenspraak waar de regiovisies naar verwijzen kan dan ook geïnterpreteerd worden als een werkbaar compromis tussen christelijke en liberale uitgangspunten. Binnen een christelijke zorgvisie is het immers de zorgverlener die beslissingen over de dienstverlening neemt, terwijl dat vanuit een liberaal oogpunt de verstandelijk beperkte cliënt is.

Er is dus een vermenging van zorgvisies zichtbaar. Deze vermenging van verschillende zorgvisies heeft als positief effect dat minder sterke kanten van visies afgezwakt worden door sterke kanten van andere visies. Sterke kanten van een christelijke zorgvisie zijn dat mensen met een beperking ook waardevol zijn wanneer zij niet voldoen aan "*verwachtingen van zelfbeschikking, zelfstandigheid en zelfontplooiing*" (Tonkens, 1996, p.249). Een minder sterke kant van een christelijke zorgvisie is dat er weinig aandacht is voor betutteling of machtsongelijkheid. Het streven naar keuzevrijheid en eigen regie, dat afkomstig is vanuit een liberale zorgvisie, bestrijdt dit gevaar van betutteling, door te focussen op de individualiteit, autonomie en rechten van mensen met een verstandelijke beperking. In het ondernemingsplan ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010) wordt deze betutteling erkend als risico en worden liberale waarden ingezet om dit tegen te gaan. Overigens heeft ook de liberale zorgvisie minder sterke kanten. Begrippen als zelfstandigheid en keuzevrijheid worden veelal niet helder gedefinieerd, waardoor onduidelijk is in hoeverre deze begrippen uitvoerbaar zijn en waar de grenzen binnen de dagelijkse zorg liggen (Tonkens, 1996). Bovendien is er binnen een liberale zorgvisie geen aandacht voor emotionele kanten van de dienstverlening. Dit wordt namelijk beschouwd als de privésfeer van de verstandelijk beperkte en is daarom een taak van het sociale netwerk, niet van zorgverleners. Deze zakelijke kant wordt door aanwezigheid van christelijke visie-elementen tegengegaan. Sociale kernwaarden als verbondenheid en geborgenheid duiden erop dat emotionele en sociale aspecten van de dienstverlening juist heel belangrijk zijn ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010; 2011a). Deze benadering van zorg vormt vaak ook de motivatie van zorgverleners om in deze sector te gaan werken (Tonkens, 1996). De verschillende zorgvisies vullen elkaar dus aan binnen 's Heeren Loo haar visie op zorg. Het doel vanuit een christelijke zorgvisie is een geborgen bestaan voor mensen met een verstandelijke beperking (Tonkens, 1996). Het is niet gericht op ontwikkeling of vooruitgang, maar stelt de zorgzaamheid centraal. Binnen een liberale zorgvisie is er geen aandacht voor relationele aspecten, maar worden de rechten benadrukt. Deze zorgvisies samen zorgen

dat er binnen een goede en veilige relationele basis ruimte is voor ontwikkeling en zelfontplooiing met oog voor de rechten van mensen met een verstandelijke beperking.

De vermenging van zorgvisies heeft volgens Tonkens (1996) en Roovers (2004) een verwarrend effect voor het morele kader van zorgverleners. Doordat de visies tegenstrijdigheden kennen is er een minder eenduidig moreel kader vanwaar uit zorgverleners beslissingen nemen. Dergelijke verwarring zou ook binnen deze organisatie goed mogelijk kunnen zijn, aangezien er verschillende zorgvisies te herkennen zijn en ook de visies van de organisatie en de regio verschillen. De verschillende uitgangspunten vergen namelijk veel van zorgverleners. Enerzijds wordt een persoonlijk betrokken houding verwacht waarbij relaties en emotioneel welzijn centraal staan, anderzijds wordt een houding verwacht waarbij rechten en belangen van cliënten zakelijk worden benaderd. Verschillen in zorgvisies van zorgverleners zijn hierbij denkbaar: door de verscheidenheid ontstaat ruimte om accenten te leggen op bepaalde kenmerken, zoals bijvoorbeeld geborgenheid of keuzevrijheid. Of en hoe dit gebeurt is moeilijk uit deze schriftelijke zorgvisies vast te stellen en wordt waarschijnlijk beïnvloed door allerlei contextuele factoren. Om die reden is het interessant om de zorgvisies van zorgverleners in de praktijk te onderzoeken, zodat een helder beeld kan ontstaan.

De zorgvisies van zorgverleners zijn onderzocht aan de hand van de vignettentechniek. De deelvraag hierbij luidt: *wat zijn de zorgvisies van zorgverleners?* In totaal hebben 29 zorgverleners, waarvan vijftien uit de regio Horst/Ermelo en veertien uit de regio Midden-Nederland, geparticipeerd. Deze zorgverleners kregen twee vignetten met een hypothetische situatie gepresenteerd. In deze situaties waren de verschillende zorgvisies van Tonkens (1996) verwerkt. Zorgverleners zijn gevraagd te reageren op de situaties. Daarnaast zijn aanvullende vragen gesteld over onder andere de bekendheid met de visie van de organisatie. Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners een pluralistische zorgvisie hebben. Zorgverleners vinden het emotionele welzijn van mensen met een verstandelijke beperking heel belangrijk. Met het bieden van nabijheid streven zij ernaar dat verstandelijk beperkte cliënten zich veilig en vertrouwd voelen. Zorgverleners hebben hierbij een zorgzame houding hebben en zijn emotioneel betrokken. Dit zijn waarden die kenmerkend zijn voor een christelijke zorgvisie (Tonkens, 1996). De verantwoordelijkheid die zorgverleners ervaren gaat soms ver: zij gebruiken hun creativiteit om zaken die niet binnen hun takenpakket vallen toch te kunnen regelen.

Zorgverleners veronderstellen dat wanneer verstandelijk beperkte cliënten zich goed en veilig voelen zij tot meer in staat zijn. Geborgenheid en zorgzaamheid vormen volgens zorgverleners een basis voor verdere ontwikkeling. Dit is een meer humanistische benadering van zorg (Tonkens, 1996), de benadering die bij de vignetten het meest gekozen is. Binnen een humanistische zorgvisie (Tonkens, 1996) worden goede relaties gezien als basis voor zelfontplooiing. Deze elementen zijn te herkennen binnen de zorgvisie van zorgverleners. Echter, binnen een humanistische zorgvisie is de wederkerigheid belangrijk en dit aspect komt niet naar voren uit de interviews. Zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor een prettig bestaan en de ontwikkeling van hun verstandelijk beperkte cliënten, maar deze hoeven dit op hun beurt niet bij zorgverleners te bewerkstelligen.

Het bewustzijn van zorgverleners dat mensen met een verstandelijke beperking rechten en voorkeuren hebben en het hierop afstemming van de ondersteuning kenmerkt een liberale benadering van

zorg (Tonkens, 1996). De combinatie van enerzijds geborgenheid en anderzijds zelfbeschikking resulteert volgens zorgverleners in een toenemende kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke beperking. Zorgverleners benoemen hierbij een spanningsveld tussen zelfbeschikking van mensen met een verstandelijke beperking en de verantwoordelijkheid van zorgverleners. Zij zoeken de grenzen van zelfbeschikking op, maar voelen zich ook verantwoordelijk voor het welzijn. Zorgverleners stellen dat die grens niet altijd duidelijk is. Bovendien lijkt dit spanningsveld ook vanuit de complete zorgsector te bestaan: enerzijds hebben zorgverleners veel verantwoordelijkheden en autonomie, anderzijds hebben zij in administratieve taken gericht op het monitoren van de activiteiten van zorgverleners en transparantie van de zorg.

Bovenstaande resultaten komen overeen met de literatuur die over dit thema bestaat. Zorgverleners voelen zich verantwoordelijk voor het welzijn van hun cliënten en voelen zich schuldig wanneer zij dit niet kunnen garanderen (Roovers, 2004). Daarnaast zijn zorgverleners zich bewust zijn van de zelfbeschikking en autonomie van mensen met een verstandelijke beperking en streven ernaar hiernaar te handelen. Echter, zorgverleners noemen volgens Roovers (2004) ook veel argumenten die deze individuele waarden ondermijnen en meer gericht zijn op zorgzaamheid en verantwoordelijkheid. Dit is ook te herkennen in het spanningsveld dat een deel van de zorgverleners ervaart tussen keuzevrijheid van mensen met een verstandelijke beperking enerzijds en hun verantwoordelijkheid als zorgverlener anderzijds.

Maar bestaan er ook verschillen tussen de visies van zorgverleners? Deelvraag 5 richt zich op de mogelijke verschillen in zorgvisies en luidt: *zijn er verschillende zorgvisies van zorgverleners te herkennen? Zijn deze te herkennen tussen regio's Horst/Ermelo en Midden-Nederland?* Het antwoord hierop is dat de zorgvisie van zorgverleners van regio Horst/Ermelo en Midden-Nederland bestaat uit de hierboven gestelde hybride visie van zorgzaamheid en zelfbeschikking. Ondanks dat er verschillende vignettenkeuzen zijn komt in de toelichtingen van zorgverleners naar voren dat zij allen een veilige omgeving zien als de basis van hun dienstverlening en de verdere ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking. Wel zijn er verschillen in accenten te herkennen. Zorgverleners werkzaam in regio Horst/Ermelo hechten meer belang aan zorgzaamheid en geborgenheid, terwijl zorgverleners werkzaam in Midden-Nederland vaker zelfbeschikking en zelfstandigheid als hoogste prioriteit kiezen. Ook lijken zorgverleners die met mensen met een lichte verstandelijke beperking werken meer gericht te zijn op keuzevrijheid en zelfstandigheid. Enkele zorgverleners stellen daarbij dat het beleid van de organisatie en het handelen van zorgverleners meer afgestemd zou moeten worden op de wensen van cliënten met een lichte verstandelijke beperking: zij kunnen zelf keuzes maken. Een ander verschil tussen zorgvisies van verschillende zorgverleners is de mate waarin zorgverleners om weten te gaan met zelfbeschikking voor hun cliënten. Een deel van de zorgverleners benoemt de grenzen van keuzevrijheid. Dit heeft voornamelijk te maken met de mate waarin zij hun cliënten keuzevrijheid kunnen bieden en waarin zorgverleners het gevoel hebben hun verantwoordelijkheid te moeten nemen. Een veel genoemd voorbeeld is wanneer cliënten de hele dag koffie willen drinken. Waar ligt dan de grens tussen zelfbeschikking en zorgzaamheid, en gezond en ongezond? Zorgverleners die met mensen met relatief ernstige verstandelijke beperkingen werken lijken vaker zoekende te zijn in het omgaan met keuzevrijheid van de cliënten. De rol en betrokkenheid van familie is heel verschillend. Bij relatief jonge cliënten lijkt de familie meer betrokken en lijken hun taken

ook goed omschreven. Bij oudere verstandelijk beperkte cliënten is familie vaak minder betrokken, maar zij hebben vaak wel meer financiële middelen waardoor zorgverleners veel kunnen regelen en zij minder afhankelijk zijn van familie. Zorgverleners lijken in geen geval de emotionele ondersteuning alleen over te laten aan het sociale netwerk, maar dragen hier aan bij.

Tussen de twee verschillende regio's zijn geen duidelijke verschillen tussen zorgvisies van zorgverleners te herkennen. Wel zeggen zorgverleners die op een buitenlocatie werken vaker dat zij zich niet erg verbonden voelen met de organisatie, omdat zij vrijwel zelfstandig werken. Een ander verschil tussen de regio's is praktisch van aard en betreft de zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperking. Wanneer mensen een lichte verstandelijke beperking hebben zorgt het wonen en leven binnen een reguliere woonwijk voor een grotere zelfstandigheid en een meer genormaliseerd leven. Echter, wanneer mensen een ernstigere verstandelijke beperking hebben en niet zelfstandig naar buiten kunnen lijkt het wonen in een woonwijk (op een buitenlocatie) niet alleen positieve effecten te hebben. Enerzijds stellen zorgverleners dat cliënten heel prettig wonen in een reguliere woonwijk. Ze wonen in een rustige omgeving, wonen samen met een klein aantal anderen en hebben weinig te maken met andere verstandelijk beperkten. Zorgverleners die hier werken stellen dat hun cliënten dit als prettig en veilig ervaren. Anderzijds kan het wonen in een reguliere woonwijk betekenen dat mensen met een verstandelijke beperking minder zelfstandig zijn buiten de woning dan wanneer ze op een relatief beschermd instellingsterrein zouden wonen, zoals op de hoofdlocatie. Wanneer zij niet zelfstandig in het verkeer kunnen begeven zijn ze aangewezen op zorgverleners om naar buiten te gaan. Op een instellingsterrein gelden specifieke regels voor bezoekers en kunnen mensen met een beperking zich vrijer bewegen.

Tot slot is het van relevant om te kijken naar de zesde deelvraag: *hoe verhouden de organisatievisie, regiovisies en visies van zorgverleners zich ten opzichte van elkaar?* Opvallend aan de analyse van zowel de op schrift gestelde zorgvisies als die van zorgverleners is dat er bij beide sprake is van twee tegenstrijdige kernbegrippen. Enerzijds is er de zorgzaamheid van zorgverleners. Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het welzijn van mensen met een verstandelijke beperking en zorgen ervoor dat zij een gevoel van geborgenheid kennen. Dit blijkt uit de organisatiekernwaarden ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010) en uit de standpunten van zorgverleners. Anderzijds wordt gestreefd naar een leven dat gekenmerkt wordt door keuzevrijheid en autonomie. De zakelijke benadering die sommige zorgverleners ervaren en benoemen als 'basiszorg' komt niet in de visie van de organisatie terug. Ondanks deze overeenkomst zijn er ook verschillen te herkennen tussen de visie van 's Heeren Loo op papier ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010; 2011a; 2011b) en die van haar zorgverleners. Waar de organisatie voornamelijk christelijke waarden benadrukt, leggen de regiovisies meer nadruk op de wensen van cliënten en de samenspraak hierbij. Zorgverleners erkennen deze punten. Wel is er een verschil in de accenten zichtbaar. Een deel van de zorgverleners legt meer accenten op de in het ondernemingsplan centraal staande emotionele waarden als verbondenheid ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010). Een ander deel van de zorgverleners legt meer accent op zelfbeschikking van mensen met een verstandelijke beperking, elementen die sterker in de regiovisies naar voren komen ('s Heeren Loo Zorggroep, 2011a; 2011b).

Nu alle deelvragen beantwoord zijn kan de hoofdvraag beantwoord worden: *bestaan er verschillende zorgvisies onder zorgverleners die met mensen met een verstandelijke beperking werken en*

hoe verhouden deze visies zich met de op schrift gestelde visie van de organisatie? Het antwoord hierop is dat de zorgvisies van de organisatie en die van haar zorgverleners, ook die van zorgverleners onderling, vrijwel overeenkomen. Deze visie op zorg voor mensen met een verstandelijke beperking bestaat uit twee uitgangspunten. Het eerste punt is dat de basis van goede zorg bestaat uit emotionele aspecten. Mensen met een verstandelijke beperking moeten zich thuis en veilig kunnen voelen bij de organisatie en zorgverleners. Daarnaast is het belangrijk om aandacht te hebben voor de autonomie van mensen met een verstandelijke beperking. Dit betekent dat zelfstandigheid zo veel mogelijk ontwikkeld wordt en er een grote mate van zelfbeschikking is.

Er zijn ook verschillen tussen de visie op papier en die in de praktijk. De implementatie van zelfbeschikking en andere liberale waarden verloopt niet overal gelijk: zorgverleners lichten verschillende accenten uit van de zorgvisie van de organisatie. Zorgverleners die met mensen met een ernstigere verstandelijke beperking werken hebben meer moeite met het vraaggericht werken en het spanningsveld tussen keuzevrijheid van de cliënt en hun eigen verantwoordelijkheid als zorgverlener. Zij zijn meer gericht op de emotionele aspecten van zorgverlenen. Zorgverleners die met mensen met een lichte verstandelijke beperkingen werken zijn meer gericht op de autonomie van hun cliënten en zouden juist meer vraaggericht willen werken.

6.2. Discussie: wat betekenen de resultaten voor de theorievorming?

Dit onderzoek kan gezien worden als een verdieping van het onderzoek van dat Evelien Tonkens in 1996 uitvoerde. Het is dieper ingegaan op de zorgvisies binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Binnen een grote zorgorganisatie zijn, naast de zorgvisie van de organisatie op zichzelf, ook de visies van zorgverleners in kaart gebracht. De reden om op zorgverleners te focussen was de notie dat er door democratisering veel verantwoordelijkheden bij zorgverleners liggen (Tonkens, 1996; De Veer et al., 2012) en dat hun handelen wordt beïnvloed door denkbeelden (Ankeart, 1996; Jansz, 1991). Bovendien veronderstelt Tonkens (1996) en toonde Roovers (2004) aan dat handelen en besluitvormingsprocessen van zorgverleners gekenmerkt wordt door structurele tegenstrijdigheden.

Zowel de toegenomen verantwoordelijkheden van zorgverleners (Tonkens, 1996; De Veer et al., 2012) als de tegenstrijdigheden in de dagelijkse zorgpraktijk (Roovers, 2004) komen naar voren uit de gesprekken met zorgverleners. Verder is vooral Tonkens' onderzoek (1996) in theoretisch opzicht relevant. Veel van haar resultaten worden namelijk bevestigd. Bijvoorbeeld het soort zorginstelling waarbij een christelijke zorgvisie wordt herkend. Dit zijn volgens Tonkens (1996) vaak lang bestaande protestants-christelijke zorgorganisaties die relatief veel zorgverlenen aan mensen met ernstige verstandelijke beperkingen. Echter, er kan ook een kanttekening bij de theorie geplaatst worden. Het lijkt er namelijk op dat Tonkens (1996) gelijk heeft als ze stelt wanneer zorgorganisaties onder druk van maatschappelijke denkbeelden liberale waarden aan hun zorgvisies toevoegen, ook wanneer deze waarden ogenschijnlijk niet aan lijken te sluiten bij de oorspronkelijke identiteit van de organisatie. In het geval van 's Heeren Loo zijn er expliciete christelijke kernwaarden die worden aangevuld met enkele liberale elementen. Een dergelijke aanpassing betekent een wijziging van de koers van de organisatie en een wijziging van de perspectieven op de zorg: zo komen er tegenstrijdigheden binnen de zorgvisie van de zorgorganisatie.

Zorgverleners zoeken naar manieren om de geïntroduceerde waarden als zelfbeschikking te integreren in hun zorgzame wijze van zorgverlenen. Hierbij kan verwarring ontstaan die kan resulteren in onzekerheid over het handelen (Roovers, 2004). Dit benoemen ook enkele zorgverleners binnen dit onderzoek.

Dat er bij het vermengen van verschillende zorgvisies verwarring ontstaat is een logisch gevolg van een verstoorde status quo, maar deze verwarring heeft naast ontwrichtende effecten ook positieve gevolgen. De verschillende zorgvisies kunnen elkaars zwakke kanten opheffen en versterken elkaar daarmee. Er wordt op deze manier meer recht gedaan aan de complexiteit van de zorg. Het zorgt ook voor een meer complexere benadering van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, omdat het een spanningsveld met zich mee brengt. Echter, dit spanningsveld zorgt ervoor dat zorgverleners zich bewust worden van verschillende belangen en dat zij afwegingen maken in hun handelen.

Verder onderzoek naar dergelijke spanningsvelden zou interessant zijn. Het herhalen van dit onderzoek bij meerdere zorgorganisaties met verschillende zorgvisies zorgt voor het verwerven van meer representatieve kennis over zorgvisies van zorgverleners. Door een gebrek aan tijd en mankracht is het niet mogelijk geweest om meerdere zorgorganisaties of meer regio's van deze zorgorganisatie bij het onderzoek te betrekken, wat resulteert in een gebrekkige generaliseerbaarheid van het onderzoek. Dit is een beperking van het onderzoek, omdat de data afkomstig is van een specifieke zorgorganisatie met een brede maar kenmerkende doelgroep en een specifieke organisatiecultuur. Deze informatie is niet zomaar te vertalen naar andere organisaties. Bovendien heeft deze organisatie een zorgvisie die te classificeren is als een christelijke (Tonkens, 1996), waardoor deze resultaten niet voor zorgorganisaties met een humanistische of liberale zorgvisie hoeven te gelden. Daarnaast zijn de zorgverleners die mee hebben gewerkt mogelijk niet representatief voor de gemiddelde zorgverlener van de zorgorganisatie. Dit komt doordat zorgverleners hebben geparticipeerd basis van vrijwilligheid, waardoor er mogelijk voornamelijk zorgverleners hebben geparticipeerd die geïnteresseerd zijn in het onderwerp en enthousiast zijn over hun werk. Voor de oorspronkelijke opzet, namelijk focusgroepen, waren nauwelijks zorgverleners te werven. Deze focusgroepen hadden tot doel om informatie over de teamwaarden te verkrijgen en meer inzicht te geven in besluitvormingsprocessen binnen een team (Hughes & Huby, 2002). Het wijzigen van de dataverzamelmethode naar individuele en duo-interviews vergemakkelijkte het werven van respondenten.

Een andere beperking betreft de uitvoering van het onderzoek. Doordat de documentanalyse gedeeltelijk parallel is verlopen met de interviews is het niet altijd mogelijk geweest om in te spelen op de conclusies die uit de documentanalyse voortkwamen. Het zou wellicht beter zijn geweest om tijdens de interviews hetzelfde schema aan te houden als bij de documentanalyse gehanteerd was. De op schrift gestelde visies en die van zorgverleners waren dan beter te vergelijken geweest.

De laatste beperking betreft het onderzoeksinstrument. Het zou kunnen zijn dat de humanistische zorgvisie van Tonkens (1996) te praktisch geoperationaliseerd is. Tonkens (1996) zelf stelt dat de humanistische zorgvisie een optimistische is, maar dat deze ook erg vaag is. Deze zorgvisie stelt zelfontplooiing centraal, maar het blijft onduidelijk wat onder zelfontplooiing wordt verstaan en wie daar de bepalende factor in is. In dit onderzoek is zelfontplooiing vertaald naar het vanuit emotionele veiligheid ontwikkelen van vaardigheden. Dit komt achteraf beschouwd meer overeen met het ontwikkelingsparadigma (Van Genneep,

2000). Dit paradigma kent in beginsel hetzelfde uitgangspunt als een humanistische visie maar is concreter en meer gefocust op zelfontplooiing als ontwikkelen van vaardigheden dan op het 'jezelf worden'. Tijdens de interviews bleek dat de idealistische kant van de humanistische visie daardoor niet altijd voldoende naar voren kwam.

Een vervolgonderzoek dat deze opmerkingen en beperkingen in acht neemt kan mogelijk meer uitgebreide en representatieve kennis toevoegen aan de literatuur over de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de attituden van zorgverleners.

6.3. Aanbevelingen: wat betekenen de resultaten voor de praktijk?

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt onder invloed het burgerschapsmodel, liberale waarden en bezuinigingsstreven steeds zakelijker benaderd (Van Gennep, 2000; Schnabel, 2004; Taylor-Gooby, 2004). Deze zakelijkheid ervaren sommige zorgverleners binnen hun werk. Deze zakelijkheid komt echter niet naar voren uit de organisatievisies. Zowel de organisatie als haar zorgverleners lijken de voorkeur te hebben voor een meer menselijke benadering. Deze benadering komt bij zorgverleners naar voren in de emotionele betrokkenheid die zij voelen bij hun verstandelijk beperkte cliënten. Sommige zorgverleners gaan hier ver in. Zij doen hierbij taken die buiten de basiszorg vallen, maar die zij wel noodzakelijk achten voor hun cliënten, zoals het regelen van kleding binnen het eigen sociale netwerk van de zorgverlener. Dit getuigt van een grote mate van emotionele betrokkenheid en passie voor hun werk.

De gedeelde zorgvisie van de organisatie en haar zorgverleners is positief. Goede zorg voor mensen met een verstandelijke beperking bestaat volgens deze zienswijze uit sociale aspecten als geborgenheid en zorgzaamheid gecombineerd met liberale waarden die recht doen aan de individualiteit. Het 'thuis voelen' is hierbij heel belangrijk. Verschillen bestaan voornamelijk op het gebied van zelfbeschikking en keuzevrijheid. Sommige zorgverleners vinden de organisatie hierin te voortvarend te werk gaan, terwijl anderen vinden dat de organisatie het concept veel explicieter door zou kunnen voeren. In de visie uit het ondernemingsplan (s Heeren Loo Zorggroep, 2010) komt het concept niet erg duidelijk en ingebed naar voren, terwijl het in de praktijk wel een speerpunt is. Hierin zou de organisatie haar visie wellicht kunnen expliciteren, zodat haar standpunt hierover duidelijker is. De visie zal niet zo expliciet kunnen zijn dat deze naadloos aansluit bij alle specifieke cliënten, zoals zorgverleners met verschillende doelgroepen aangeven graag te willen. Hiervoor is de organisatie te omvangrijk en divers. De visies van de organisatie zullen altijd algemeen zijn. Wel is het belangrijk dat er een heldere en eenduidige communicatie van de visie is. Wanneer de visie elke zorgverlener bereikt zal dit helpen om de kennis van zorgverleners van de organisatievisie op peil te houden. Zo zijn de nieuwste uitgangspunten bij iedereen bekend en zal op dat punt de onzekerheid afnemen.

De verschillen in de accenten van zorgvisies die zorgverleners van verschillende regio's hebben zijn moeilijk te adresseren. De doelgroep lijkt van invloed op de mate waarin zorgverleners nadruk leggen op zorgzaamheid of zelfbeschikking. Ook zou de omgeving van de wooneenheid van invloed kunnen zijn. Hierbij viel ook de zelfstandigheid van cliënten met een ernstigere verstandelijke beperking op. In reguliere woonwijken is hun zelfstandigheid buitenshuis minder groot dan wanneer zij op het relatief beschermde instellingsterrein met speciale verkeersregels wonen. Hier kunnen ze zich namelijk vaker

zonder begeleiding voortbewegen. De interpretatie van zelfstandigheid en de wenselijke uitkomst in de praktijk hiervan zou dan ook heroverwogen kunnen worden. Omgekeerde integratie, zoals in het ondernemingsplan ('s Heeren Loo Zorggroep, 2010) en door enkele zorgverleners wordt genoemd lijkt voor de zelfstandigheid buitenshuis een goede oplossing.

De verschillende uitgangspunten binnen de zorgvisie zijn moeilijk te veranderen en zoals gezegd, er zijn veel positieve effecten. Het geeft de huidige maatschappelijke benadering van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, die steeds zakelijker van aard wordt, een menselijke kant. Daarbij wordt de van oudsher 'bemoederende' manier van zorgverlenen door moderne waarden tegengegaan en wordt burgerschap nagestreefd. Echter, de verwarring die het bij een deel van de zorgverleners veroorzaakt kan niet genegeerd worden. Deze verwarring en zoektocht naar de juiste balans tussen verantwoordelijkheid en zelfbeschikking is vooral zichtbaar bij zorgverleners die werken met mensen met ernstige verstandelijke beperkingen. Deze zorgverleners zou het wellicht helpen wanneer er meer aandacht geschonken wordt aan de praktische en contextuele invulling van de visie. Vanuit het beleid, maar vooral vanuit de teams zelf. Zij kunnen een concreet kader construeren dat afgestemd is op individuele cliënten. Zodat er een contextueel kader bestaat voor bijvoorbeeld het veelgenoemde punt over het toelaatbare aantal koppen koffie voor een cliënt die de hele dag niets liever doet dan koffie drinken. Wanneer er duidelijke kaders zijn waarbinnen afwegingen en keuzes gemaakt kunnen worden en de verwachtingen helder zijn zullen zorgverleners meer bewuste en afgewogen keuzes kunnen maken. Het nadenken over verschillende belangen en uitgangspunten en het eigen handelen is nodig voor zorgverleners om hun werk goed te kunnen doen. Het constante reflecteren op situaties en zichzelf zorgt ervoor dat er adequaat gehandeld wordt en constante leer- en verbeteringsprocessen plaatsvinden. Dit draagt bij aan het uiteindelijke doel van alle zorgverleners en zorgorganisaties: goede zorg verlenen aan mensen met een verstandelijke beperking, zodat zij een prettig leven kunnen leiden. Een prettig leven dat bestaat uit je veilig en thuis voelen, maar ook uit het gevoel dat je over je eigen leven kan beslissen.

7. Literatuur

- Alblas, G. & Wijsman, E. (1998). *Gedrag in organisaties*. Tweede druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Anckaert, L. (1996). Mensbeeld en zorgverlening. *Ethische perspectieven*, 6 (3), pp. 126-132.
- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition*. Washington DC: APA.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Meer - Middelburg, A.G.E. van der (2007). *Basisboek interviewen; Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Houten/ Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, B. & de Goede, M. & Teunissen, J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Stenfert Kroese. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Beltman, H. (2001). *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1954-2000*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Buntinx, W.H.E. & Curfs, L.M.G. (2010). *Wat is een verstandelijke handicap en wat zijn de gevolgen ervan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- CBS (2010). *De Nederlandse samenleving 2010*. Verkregen op 31 mei 2012, via <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/4356E489-ED7D-463C-BA4B-5FA090670696/0/2010a314pub.pdf>.
- Elosua, P. (2011). Subjective values of quality of life dimensions in elderly people. A SEM preference model approach. *Social Indicators Research*, 104, 427-437.
- Finch, J. (1987). Research Note. The Vignette Technique in Survey Research. *Sociology*, 21 (1).
- Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. Londen: Sage.
- Frederiks, B.J.M., Hooren, R.H. Van & Moonen, X.M.H. (2009). Nieuwe kansen voor het burgerschapsparadigma: een pedagogische, ethische en juridische beschouwing. *Nederlands tijdschrift voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 35, 3-30.
- Gennep, A. van (2000). *Emancipatie van de zwaksten in de samenleving: over paradigma's van verstandelijke handicap*. Amsterdam: Boom.
- Gennep, A. van (2007). *Waardig leven met beperkingen: over veranderingen in de hulpverlening aan mensen met beperkingen in hun verstandelijke mogelijkheden*. Apeldoorn: Garant.
- Ghesquière, P. & Janssens, J.M.A.M. (2000). *Van zorg naar ondersteuning. Ontwikkelingen in de begeleiding van personen met een verstandelijke handicap*. Houten: Bon Stafleu Van Loghum.
- Grijpstra, D. (2010). *Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Verkregen op 8 augustus 2012, via <http://www.staz.nl/arbeidsmarkt/onderzoeksprogramma.shtml>.
- 's Heeren Loo Zorggroep (2010). *Groot in kleinschaligheid. Ondernemingsplan 's Heeren Loo 2010-2012 (een actualisering van het OP 2009-2011)*. Amersfoort: 's Heeren Loo Zorggroep.

- 's Heeren Loo Zorggroep (2011a). *Jaarplan 2012. Regio Horst en regio Ermelo*. Ermelo: 's Heeren Loo Zorggroep.
- 's Heeren Loo Zorggroep (2011b). *Jaarplan 2012. Regio Midden-Nederland*. Ermelo: 's Heeren Loo Zorggroep.
- 's Heeren Loo Zorggroep (2012). *Jaarbeeld 2011*. Amersfoort: 's Heeren Loo Zorggroep.
- Hughes, R. & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of advances nursing*, 37 (4), 382-386.
- Jansz, J. (1991). Moraal in constructie. *Psychologie & Maatschappij*, 15, 134-145.
- Krueger, R.A. (1988). *Focus groups. A practical guide for applied research*. Londen: Sage.
- Kuhn T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: Chicago University Press.
- Kwartel, A.J.J. van der (2011). *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2010*. Utrecht: Prismant.
- Lauer, G. (1999). Concepts of quality of life in mental health care. In S. Priebe, J.P.J. Oliver, & W. Kaiser (red.), *Quality of life and mental health care* (pp. 19-34). Philadelphia: Wrightson Biomedical.
- Mansell, J. (2006). Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31, 65-76.
- Moonen, X.M.H. (2006). *Verblijf, beeld en ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Parton, N. (1998). Risk, advanced liberalism and child welfare: the need to rediscover uncertainty and ambiguity. *British Journal of Social Work*, 28 (1), 5-27.
- Rijksoverheid (2012a). *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*. Verkregen op 20 februari 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>.
- Rijksoverheid (2012b). *Zorgzwaartepakketten*. Verkregen op 20 februari 2012, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartepakketten>.
- Robbins, S.P. (2005). *Gedrag in organisaties*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall.
- Robbins, S.P. & Judge, T.A. (2011). *Gedrag in organisaties*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall.
- Roovers, M. (2004). *Mensbeelden en moreel handelen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten: een empirisch-ethisch onderzoek*. Nijmegen: Uitgeverij Valkhof Pers.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schippers, E.I. & Veldhuizen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2011). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals. 11 oktober 2011*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport.
- Schnabel, P. (2004). Individualisering in wisselend perspectief. In: Schnabel, P. (red.), *Individualisering en sociale integratie* (pp. 9-30). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2004). *Vrouwen op de arbeidsmarkt. Sociaal-economische trends, 3e kwartaal 2004*. Verkregen op 18 juni 2012, via http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/00077C50-A953-4059-8E75-0094725B2323/0/2004k3v4_p019art.pdf.
- SCP (2007). *De sociale staat van Nederland 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- SCP (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2011). *De sociale staat van Nederland 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Silvia, N.D., Hutcheson, J. & Wahl, G.D. (2010). Organizational strategy and employee outcomes: a person-organization fit perspective. *The Journal of Psychology*, 144 (2), 145-161.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: an overview. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (red.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273-285). Londen: Sage.
- Taylor-Gooby, P. (red.) (2004). *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*. Oxford: University Press.
- Tonkens, E. (1996). Autonomie, zorg of zelfontplooiing. Een analyse van zorgvisies binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. *Gezondheid. Theorie in Praktijk*, 4 (3), 239-254.
- Veer, A.J.E. de, Bloemendal, E., Spreeuwenberg, P. & Francke, A.L. (2012). *De aantrekkelijkheid van de verpleegkundige en verzorgende beroepen 2011. Cijfers en trends over de afgelopen 10 jaar*. Utrecht: Nivel.
- VGN (2007). *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Vlaskamp, C. (2000). De betekenis van het 'nieuwe paradigma' in de zorg voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen. P. Ghesquiere & J.M.A.M. Janssens (red.), *Van zorg naar ondersteuning: ontwikkelingen in de begeleiding van personen met een verstandelijke handicap*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wielen, H. van der (2009). *Zelfsturende teams: geen noodzakelijk goed*. Gastcollege tijdens de cursus Management van Organisaties van de USBO op 1 december 2009 te Utrecht.

8. Bijlagen

Bijlage 1. Schema met zorgvisies.

Het schema met de uitgewerkte typologie van zorgvisies. Dit schema is gebaseerd op een onderzoek van Evelien Tonkens (1996).

Tonkens (1996)	Liberaal zorgvisie Zelfbeschikking	Christelijke zorgvisie Zorg	Humanistische zorgvisie Zelfontplooiing
Kernwaarden	Keuzevrijheid, zelfbeschikking en autonomie. Net als mensen zonder verstandelijke beperking hebben mensen met een beperking de regie over hun eigen leven. Zij bepalen wat ze doen en hoe ze dit doen.	Zorgzaamheid en betrokkenheid. Het veilig zijn: emotioneel en fysiek. mensen met een verstandelijke beperking hebben een leven waarin zij zich 'thuis' voelen: ze hebben het gevoel erbij te horen en voelen zich veilig (emotioneel en fysiek).	Zelfontplooiing en goede relaties. Het zichzelf kunnen zijn, het bevorderen van de zelfontplooiing. Dit kan alleen in goede relaties.
Doel(en)	Optimale vrijheid, zelfstandigheid, zelfbeschikking en autonomie. Zelfstandigheid is een doel, maar ook een voorwaarde: om zelf keuzes te kunnen maken moet iemand al relatief zelfstandig zijn. Hierdoor kan hij dan weer zelfstandiger worden.	Het veilig kunnen zijn en voelen: geborgenheid en veiligheid. Zich 'thuis' voelen: mensen met een verstandelijke beperking hebben het gevoel erbij te horen en voelen zich veilig.	Zelfontplooiing. Het volledig tot recht laten komen van iemands individualiteit, het jezelf worden, het zijn wie je bent. Dit is alleen mogelijk binnen een goede relatie. De zelfontplooiing wordt door zowel verstandelijk beperkte als zorgverlener nagestreefd. Het bindt hen.
Positie / mensbeeld ten opzichte van mensen met een verstandelijke beperking	'Mede'-mens. <i>Gelijkheidsdenken</i> : de norm hierbij is gesteld door 'normale' mensen. Zij kunnen kiezen en hebben eigen regie over hun leven, dus mensen met een verstandelijke beperking hebben daar ook recht op (normatieve these).	Acceptatie dat mensen met een verstandelijke beperking een ondersteuningsbehoefte hebben. <i>Verschildenken</i> : mensen met een verstandelijke beperking zijn wezenlijk anders dan andere mensen. Ze zijn meer kwetsbaar. Dit maakt ze echter niet minder waard dan anderen. Waardering voor dit verschil: respect.	Sociale mensen die zichzelf moeten kunnen zijn. Ze kunnen zich ontwikkelen, zelfontplooiing, moeten kunnen zijn wie ze zijn. <i>Gelijkheidsdenken</i> : niet in gedrag of eigenschappen, maar in de hoop die voor iedereen hetzelfde is: de hoop zichzelf te kunnen worden (Tonkens, 1996, p.250).
Vorm van de te bieden dienstverlening	Ondersteunen en bevorderen van de zelfstandigheid De dienst is niet emotioneel geladen. Zorgverleners mogen geen emotionele betrokkenheid tonen bij hun cliënten.	Zorgen. Zorgverleners zijn er verantwoordelijk voor dat mensen met een verstandelijke beperking gezond en veilig (zowel fysiek als emotioneel zich veilig voelen) zijn. 'Goede zorg is emotionele betrokkenheid' (Tonkens, 1996, p.247).	Zelfontplooiing begeleiden door intensief contact. Zorgverleners moeten zorgen dat verstandelijk beperkten zichzelf zo goed mogelijk ontplooiën en zichzelf kunnen zijn. Dit kan alleen in een goede relatie. Zorgverleners zullen zelf ook ontplooiën.

Relatie tussen zorgverlener en verstandelijk beperkte	De zelfstandigheid van het individu staat centraal. Zorgverleners mogen hierdoor niet emotioneel betrokken zijn (dit is de taak van het sociale netwerk).	Zorg voor het individu. Zorgverleners zijn er verantwoordelijk voor het welzijn van hun cliënt. Ze verzorgen en beschermen hem.	Intensief sociaal contact, waarbij de verstandelijk beperkte serieus wordt genomen en zijn individualiteit tot recht komt. Alleen dan is er zelfverwezelijking en zelfontplooiing mogelijk. Van zorgverleners wordt verwacht dat zij goede relaties met hun cliënten onderhouden. Alleen binnen goede relaties is zelfontplooiing - voor beide partijen - mogelijk. Dit vereist van zorgverleners dat zij emotioneel betrokken zijn en grote toewijding hebben.
Rol / houding van de zorgverlener	Het bevorderen van de zelfbeschikking, zelfontplooiing en/of zelfstandigheid. Zoveel mogelijk keuzes mogelijk maken en voorleggen. Mensen met een beperking kopen zorg in, het is een zakelijk iets waar over onderhandeld wordt. Dit vereist zakelijkheid, en geen emotionele betrokkenheid. " (...) mannelijke manier van optreden: respect tonen, afstand houden, iemand rechten en plichten toekennen en hem wijzen op gemaakte afspraken en onderhandelen." (Tonkens, 1996, p.245)	Het beschermen van hun cliënten, en het emotioneel betrokkenheid met hen zijn. Zorgverleners houden van hun cliënten en ondersteunen ze met warmte en emotionele betrokkenheid.	
Wie bepaalt?	De verstandelijk beperkte.	Zorgverlener.	Het is onduidelijk of dit de verstandelijk beperkte, diens vertegenwoordiging of de zorgverlener is.
Doelgroep	Voor met een lichtere verstandelijke beperking: het 'hogere niveau'. Veel in semi- en extramurale zorginstellingen.	Oude protestants-christelijke en soms ook katholieke zorginstellingen die vaak verstandelijk beperkten van 'lager niveau' en met meer gedragsproblemen huisvesten.	Te herkennen bij in de jaren zeventig en tachtig opgerichte zorgorganisaties en bij enkele relatief jonge zorgorganisaties.
Sterke kanten	- Er is al heel lang een roep om meer voorzieningenkeuze, waardoor voorzieningen die aansluiten bij de zorgvraag beschikbaar worden (Tonkens, 1996). - Bestrijdt betutteling en kleinering. - Het neemt verstandelijk beperkten serieus als medemens en -burger.	-Verschildenken: verstandelijk beperkten hebben hun eigen waarde, ook als zij niet voldoen aan 'de verwachtingen van zelfbeschikking, zelfstandigheid en zelfontplooiing' (Tonkens, 1996, p.249) -Positieve kijk op zorgrelaties: eigen logica, fundamenteel verschillend van de markt of wet. - Sluit aan bij de motivatie van zorgverleners.	-Verstandelijk beperkte mensen worden als waardevol en gelijkwaardig beschouwd, ook als ze niet kunnen voldoen aan het zelfstandigheidsideaal. -Zelfontplooiing is een vaag begrip (kan per persoon verschillen), maar is wel optimistisch. Zelfontplooiing is een soort hoop: hoop zichzelf te worden.

-
- Zwakke kanten
- Het is niet duidelijk wie er moet kiezen (zijn dit de mensen met een verstandelijke beperking of is dit hun familie) en wat ze moeten kunnen kiezen (handelingskeuze).
 - De normatieve begrippen zelfontplooiing, zelfstandigheid en zelfbeschikking zijn niet altijd even helder gedefinieerd en worden vaak binnen dezelfde tekst verschillend gedefinieerd en in welke relatie het tot elkaar staat (zie Tonkens, 1996, p245).
 - Het is vaak niet helder wat de grenzen van de keuzes binnen de dagelijkse zorg zijn.
 - Er wordt gesproken over rechten en plichten, maar op de plichten wordt niet ingegaan. Ook niet of deze verschillen per niveau van de verstandelijk beperkte.
 - Lijkt vooral van toepassing op mensen met een lichte(re) verstandelijke beperking, zonder gedragsproblemen.
 - Geen aandacht voor emotionele kant van zorg, dat valt buiten de professionele sfeer in de privé-sfeer en is een taak van het sociale netwerk. Sluit dit wel aan bij de motivatie van zorgverleners?
 - Er wordt voorbij gegaan aan het gevaar van betutteling en machtsongelijkheid.
 - Keuzevrijheid komt vaak ten sprake, maar past niet eenduidig in de visie.
 - De nadruk ligt op gelijkheid en gelijkwaardigheid. Er is hierdoor geen aandacht voor machtsongelijkheid.
 - Het is onduidelijk wat zelfontplooiing is en wie dat definieert (is dat de cliënt zelf, ouders, zorgverleners zijn). Het gevaar van betutteling bestaat hierdoor nog steeds.
 - Relaties staan centraal en dit stelt hoge eisen van zorgverleners (die mogen geen scheiding werk en privé maken en moeten flexibele werktijden hanteren. Dit staat haaks op hoe de moderne zorg georganiseerd is.
 - Binnen deze visie worden verstandelijk beperkten als inspiratiebron gezien. Dit heeft een beklemmende kant: zij moeten zich inspirerend gedragen (puur, spontaan, etc).
-
- 

Bijlage 2. Vignetten, onderzoeksinstrument

Vignet 1

Cliënt Henk heeft een hersenbloeding gehad en is hierdoor lichaamsfuncties verloren. Hij is aan de linkerkant verlamd geworden en is nu voor een groot deel afhankelijk van anderen. Hij heeft veel moeite met het begrijpen en aanvaarden van deze situatie. Hierdoor is Henk uit zijn gewone doen. Hij trekt zich veel terug op zijn kamer. In een teamvergadering wordt het gedrag van Henk besproken en er wordt overlegd wat het team nu het beste zou kunnen doen.

Teamlid A. vraagt zich af of het team zelf niet meer aandacht moet hebben voor Henk zijn somberheid. "Als we meer begrip tonen en veel aandacht voor hem hebben gaat hij zich misschien beter voelen. We moeten hem ook weer meer betrekken bij dagelijkse activiteiten, zodat hij het gevoel heeft dat hij er nog steeds bij hoort."

Dan zegt teamlid B.: "Henk moet hier zelf mee om leren gaan. Wij kunnen hem hierin ondersteunen door veel met hem te praten en contact met hem te hebben. Hij zal dan vanzelf weer dingen proberen te doen die hij voor de hersenbloeding deed. Wij zullen dit dan stimuleren."

Als laatst zegt teamlid C.: "We moeten Henk zijn familie op de hoogte brengen, zodat zij Henk kunnen steunen in deze voor hem moeilijke tijd. "Als Henk wil, kunnen wij hem ondersteunen om zoveel mogelijk zelfstandig te laten worden. We kunnen bijvoorbeeld proberen of hij kan leren om zichzelf weer voort te bewegen, als hij dat wil natuurlijk. Dit geldt ook voor het zichzelf aankleden. We moeten hem zelf laten kiezen hoe hij deze nieuwe situatie in gaat vullen."

Vignet 2

Voor het opstellen van het persoonlijk plan van cliënt Janneke voor het volgende jaar wordt nagedacht over haar toekomstperspectief. Janneke zegt haar activiteiten niet meer zo leuk te vinden. Ze is uitgekeken op het sorteren van kralen bij de dagbesteding en ze is ook haar avondclubs een beetje zat. Ook heeft ze weinig sociale contacten. Ze loopt hierin vast, maar kan niet goed beschrijven wat ze wél wil. Tijdens de persoonlijk plan-bespreking wordt gezocht naar manieren om Janneke zich beter in haar vel te laten voelen.

Volgens de zorgcoördinator kan warmte en emotionele betrokkenheid in Janneke haar woonomgeving een hele verbetering zijn. "Ik denk dat Janneke behoefte heeft aan meer aandacht van haar zorgverleners. We kunnen haar eenzaamheid tegengaan door beter te letten op signalen van haar en door haar meer positieve aandacht te geven, zodat zij zich meer op haar gemak voelt."

De dagbestedingscoördinator zegt dat het zou helpen wanneer Janneke nieuwe vaardigheden aan zou leren. "Op wonen en dagbesteding moet er veel contact met Janneke worden gezocht, zodat ze zich veilig genoeg voelt om nieuwe dingen te proberen. Zo kan ze, met hulp van ons, zoeken naar nieuwe dingen die ze leuk vindt."

Janneke haar mentor zegt dat wanneer Janneke zelf mag kiezen wat zij gaat doen, dit goed zal zijn voor haar welzijn. "Ze kan het niet goed zelf bedenken, maar jullie als zorgverleners kunnen haar keuzes voorleggen tussen verschillende soorten dagbesteding, maar ook bijvoorbeeld tussen verschillende soorten beleg voor op brood."

Bijlage 3. Topiclijst

Interviewschema / topiclijst

- *Programma vertellen*
- *Vragenlijst*
- *Vignet 1. Geven en voorlezen*
- *Vignet 2. Geven en voorlezen*
- *Resterende vragen*

Vragen bij vignetten

- *Met wie of welke optie ben je het het meest eens? Welke zou je kiezen? (begeleidingswijze, insteek)*
- *Waarom?*
- *Heb je op of aanmerkingen?*
- *Welke heeft de minste voorkeur?*

Na de vignetten

- *Ben je bekend met de visie van 's Heeren Loo? Hoe ziet 's Heeren Loo goede zorg? Wat vind je daarvan? Wat betekent respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid voor jou? Hoe verhoudt keuzevrijheid zich hiertoe?*
- *Wat vraagt 's Heeren Loo van jou als zorgverlener? Wat vind je hiervan? Is het haalbaar?*
- *Wat vraag / verwacht jij van 's Heeren Loo?*
- *Denk je dat er verschil bestaat tussen de zorgvisie van 's Heeren Loo en die van haar medewerkers? Waarin? Voorbeeld?*
- *Denk je dat er verschil in visie is tussen de regio Midden NL en Horst/Ermelo? (Hoofdlocatie en buitenlocaties)*

Bijlage 4. Vragenlijst behorend bij onderzoek naar zorgvisies

*Namen en andere persoonlijke gegevens worden geanonimiseerd in het onderzoek.

Deze informatie wordt alleen gebruikt als achtergrondinformatie.

Geslacht: M / V

Voornaam:.....

Werkplek:.....

Functie:.....

Niveau van de cliënten:.....

Hoe lang werkzaam in de gehandicaptenzorg?

Hoe lang werkzaam in dit team / met deze cliënten?

Bedankt voor je medewerking!

Bijlage 5. Wervingsemail voor teams

Beste team,

In opdracht van 's Heeren Loo en als afsluiting van mijn studie Algemene Sociale Wetenschappen doe ik een onderzoek naar hoe de visie van 's Heeren Loo in de praktijk handen en voeten krijgt. Om hierachter te komen probeer ik te ontdekken hoe er op de werkvloer over de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt gedacht. Sluit de visie van de organisatie wel aan op die van haar medewerkers? En verschillen de visies tussen regio's?

Ik ben heel benieuwd naar jullie mening en visie op zorg en wil dit graag onderzoeken met behulp van twee situatieschetsen. Het onderzoek is nuttig omdat beleidsmakers zo, als het nodig blijkt, hun beleid beter aan kunnen passen op de visies van jullie, de directe zorgverleners. Jullie hebben namelijk het contact met de cliënten en daarom is jullie inbreng van groot belang! Het is een kans om invloed op het beleid uit te oefenen.

Het liefst zou ik het hele team spreken tijdens een teamvergadering. Ik kan begrijpen dat dit lastig is en in dat geval zou ik graag één of twee van jullie spreken. Het zal een half uur tot maximaal een uur duren. Na afronding van het onderzoek krijgen jullie natuurlijk een onderzoeksrapport en/of presentatie.

Ik hoor graag of jullie mee willen doen! Over enkele dagen zal ik hierover telefonisch contact met jullie opnemen, maar mij mailen mag natuurlijk ook altijd.

Voor meer informatie kun je mailen naar: [A.Kuiper2\[@\]students.uu.nl](mailto:A.Kuiper2[@]students.uu.nl), of bellen naar 06-xxxxxxx.

Hopelijk tot ziens!

Met vriendelijke groet,

Anke Kuiper

Universiteit Utrecht

