

Woord vooraf

In 'Zorg van Morgen', de visie van ActiZ op de toekomst van de ouderenzorg, is de eigen regie van cliënten het uitgangspunt en de dialoog tussen medewerkers en cliënten staat daarin cruciaal. Maar hoe komt die dialoog tot stand? En welk gedrag speelt daarbij een positieve rol? Het Triade-model, dat Theo Poiesz ons in dit boek aanreikt, is niet alleen voor de ouderenzorg, maar voor alle sectoren waar communicatie tussen mensen plaatsvindt, een heel bruikbaar handvat.

Het boek *Gedrag in de zorg* schetst allerlei situaties die in de dagelijkse ontmoeting tussen professionals en cliënten ontstaan en analyseert dit aan de hand van een eenvoudig model. Zo worden meerdere handvatten geboden om gedrag te analyseren en bij te stellen. Vaak wordt gedrag eenzijdig vanuit motivatie (wat wil iemand) verklaard. Via het Triade-model wordt ook gekeken naar de gelegenheid (wat zijn de omstandigheden) en de capaciteit (wat kan iemand). Het model kent heldere spelregels, die eenvoudig worden uitgelegd. Het boek kan in onze sector bijdragen aan een beter begrip over en beïnvloeding van het gedrag van medewerkers en cliënten.

Tien jaar lang is Theo Poiesz bijzonder hoogleraar Management in de Zorg geweest. Hij heeft ons geprikkeld met zijn ideeën, modellen en boeken. Zo heeft hij met zijn boek *Help, de cliënt is tevreden*, de discussie over de kwaliteit van zorg en hoe we dat toetsen weer op gang gebracht. En in zijn publicatie voor ActiZ over *Welzijn en eigen regie in de zorg* heeft hij onze branche aangespoord gebruik te maken van de beschikbare cliëntdata om tot een aanbod van welzijnsdiensten te komen, passend bij wat mensen willen. Maatschappelijk ondernemerschap in optima forma.

Theo, heel erg bedankt voor dit waardevolle boek en al je prikkelende publicaties, presentaties en nieuw denken in de afgelopen tien jaar. We hopen dat je ons nog lang blijft inspireren.

Prof. dr. Guus van Montfort, voorzitter ActiZ

Voorwoord van de auteur

Dit boekje¹ is bedoeld om de zorgprofessional enig houvast te bieden in een tijd waarin ongeveer alles wat ‘zorg’ heet overhoop is gehaald en wordt gehaald. De zorg is niet meer wat ze was. Er is veel veranderd, er verandert nog steeds veel en dat er nog vaak veranderingen zullen komen, is wel zeker. We weten alleen nog niet precies welke. De zorg verandert niet alleen voor de aanbieders: artsen, specialisten, verpleegkundigen, therapeuten, verzorgers, hulpverleners en behandelaars, maar ook voor de afnemers: de patiënten, cliënten en zorgconsumenten. En daarmee verandert ook de manier waarop al deze partijen met elkaar (moeten) omgaan.

De zorg is zakelijker geworden, met kernwoorden als ‘effectiviteit’ en ‘efficiëntie’. Doelen moeten ‘SMART’ worden geformuleerd. Alles moet niet alleen goed, maar ook nog goedkoop en snel. De Nederlandse zorg geldt als een van de beste ter wereld, maar we maken ons wel zorgen over de kosten die moeilijk te beheersen zijn en gemakkelijk uit de bocht vliegen. Om de zorg te kunnen blijven betalen, zijn veranderingen aan de orde van de dag.

We bedenken nieuwe systemen (bijvoorbeeld zorg op afstand), we stroomlijnen processen (zoals ketenzorg en zogenoemd *lean management*), we ontwikkelen nieuwe technieken (denk aan gezondheids-apps en *big data*) en we tuigen zelfs nieuwe organisaties op (bijvoorbeeld Buurtzorg). Elk van deze veranderingen doet een duit in het zakje, maar geen ervan is het ei van Columbus. Garanties vooraf kunnen niet worden gegeven, want er moet altijd rekening worden gehouden met onvoorziene omstandigheden en ook met spelbrekers: mensen die niet doen wat ze zouden moeten doen of die doen wat ze juist niet moeten doen. Ze blokkeren de uitvoering van nieuw beleid omdat ze blijven doen wat ze altijd deden, omdat ze niet reageren op waarschuwin-

¹ Dit boekje is een gepopulariseerde en verkorte versie van een meer wetenschappelijk, Engelstalige boek: Poiesz, Th.B.C. (2014). *Redesigning Psychology. In Search of the DNA of Behavior*. Den Haag: Eleven Publishing.

gen, omdat ze instructies niet opvolgen of omdat ze gewoon iets anders doen dan wat van hen wordt verwacht. Deze spelbrekers heten ‘mensen’.

Mensen zijn bijzondere, maar ook eigenaardige wezens. Dit wordt op vele gebieden duidelijk, onder andere op het terrein van gezondheid. Ze zeggen wel dat gezondheid het kostbaarste bezit is, maar ondertussen geldt voor (te) veel mensen dat ze:

- niet in beweging te krijgen zijn;
- stug doorroken;
- meer alcohol drinken dan goed voor hen is;
- minder water drinken dan goed voor hen is;
- drugs gebruiken;
- te veel eten of juist te weinig eten;
- te vet eten;
- te veel suiker consumeren;
- vooral vezelarm voedsel eten;
- te royaal zout strooien;
- meer medicijnen innemen dan is voorgeschreven;
- minder medicijnen innemen dan is voorgeschreven;
- zelf met medicatie experimenteren;
- adviezen van de fysiotherapeut in de wind slaan;
- hun auto zorgvuldiger behandelen dan hun eigen lijf.

Al deze gebruiken, gewoonten en activiteiten zijn niet bevorderlijk voor de gezondheid. Ze leiden tot een grotere en dus duurdere zorgvraag dan strikt noodzakelijk is.

Maar ook zorgprofessionals kunnen, naast positief en effectief gedrag, gedrag vertonen dat onnodig belastend is voor zorgafnemers en dat bijdraagt aan de kostendruk. Denk bijvoorbeeld aan medische fouten, onvoldoende afstemming tussen aanbieders, onzorgvuldig handelen, routinematig voorschrijven en miscommunicatie. Om hieraan verbonden risico's zo veel mogelijk in de hand te houden zijn er bijsluiters, instructies, regels, voorschriften, protocollen, administraties en controles. De zorg is onder formulieren begraven. Er zijn tuchtcolleges voor als het toch nog fout gaat en inspecties en overheidsinstanties die de controles en controleurs controleren – ook weer met formulieren. Ondanks of misschien wel als gevolg van die controles, gaat het toch nog (te) vaak fout. Niet omdat de systemen niet kloppen, maar omdat die

systemen werken dankzij mensen en omdat mensen soms eigenaardige dingen doen. Systemen, structuren en processen zijn zelf niet effectief of ineffectief, efficiënt of inefficiënt. Hun functioneren wordt bepaald door wat *mensen doen*. Daarom is het belangrijk het gedrag zelf eens wat beter te bekijken.

Gedrag is onvermijdelijk. Iedereen heeft dagelijks met gedrag te maken: zowel dat van de eigen persoon als dat van anderen. Zonder gedrag is er geen zorg. De kwaliteit van zorg is voor een groot deel van gedrag afhankelijk – het gedrag van de zorgaanbieder en van de zorgafnemer. Het gedrag van de zorgafnemer is in de loop van de tijd op de achtergrond geraakt. Dat van de zorgprofessional werd als bepalend gezien voor het zorgresultaat. Maar langzamerhand dringt het besef door dat patiënt en cliënt² in de zorg een belangrijke eigen rol te vervullen hebben. Er wordt gesproken over ‘empowerment’, een begrip dat de hoop en wens uitdrukt dat de zorgafnemer weer eigen zeggingskracht, regie en handelingsruimte krijgt.

Het effect van zorg³ is afhankelijk van zorgaanbieder, zorgprofessional en zorgafnemer. Het gedrag van deze laatste kan het beoogde effect van zorg maken en breken. Als de zorgafnemer de instructies en adviezen van de aanbieder in de wind slaat, is er een verhoogde kans op een suboptimaal effect, recidive en onnodige kosten. De zorgprofessional die zich dit niet realiseert, riskeert dat het gedrag van de afnemer verstorend werkt op het zorgproces en/of -resultaat.

De zorgprofessional moet hiermee rekening houden en dus niet alleen inhoudsdeskundige zijn maar ook gedragsdeskundige. Zonder inzicht in gedrag is effectieve zorg niet mogelijk. Dit boekje gaat over dat inzicht. Het is gebaseerd op het Triade-model, een gedragsmodel. Het woord ‘model’ klinkt ingewikkeld, wetenschappelijk en onpraktisch, maar dit model is in de kern eenvoudig. Het wordt al veel in de praktijk gebruikt. In de tekst zullen praktijkvoorbeelden worden gepresenteerd. De ervaring heeft geleerd dat de basis van het model gemakkelijk te begrijpen is en dat het zich goed leent voor

2 Bij zorgafnemers gaat het om patiënten, cliënten en zorgconsumenten. Voor het gemak zullen we ons in de tekst vaak beperken tot gebruik van het woord ‘cliënt’ of cliënten’. Wie dat wenst, kan zelf de vertaling maken naar andere zorgafnemers.

3 De zorg omvat een breed veld met veel subdisciplines. Deze kunnen niet allemaal aan bod komen, maar in principe is geen van de domeinen binnen dit veld uitgesloten.

toepassing in de (zorg)praktijk van alledag. Waar ik in dit boek hij/hem gebruik, bedoel ik ook zij/haar.

Ik hoop dat dit boek het complexe en veranderlijke verschijnsel dat ‘gedrag’ heet wat toegankelijker maakt en daarmee een bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg. Ik dank ActiZ voor de erkenning van het belang van het onderwerp en voor de mogelijkheid om het in deze publicatie uit te werken. Ook dank aan Lia de Jongh van Topaz, Gea Sijpkens van Humanitas en Henny Mulders van ActiZ voor hun waardevolle commentaar op een eerdere versie van het manuscript.

Tilburg, oktober 2016
Theo Poiesz

Inhoud

Woord vooraf	5
Voorwoord van de auteur	7
1 Inleiding: enkele zorgontwikkelingen	13
2 Beperking van zorgkosten; uitbreiding van eigen regie	17
3 Zelfzorg en eigen regie	21
4 Het Triade-model: de essentie	25
5 Het Triade-model: algemene uitgangspunten	33
6 Tien spelregels	43
7 Zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en professionele zorg	53
8 Het Triade-model voor fijnproevers	57
8.1 Kiezen uit verschillende gedragingen	57
8.2 Complex gedrag en langdurig gedrag	61
8.3 Intrinsieke en extrinsieke oorzaken	62
8.4 Triade-groepen of -segmenten	69
8.5 De kwaliteit van het gedrag	72
8.6 De duur van het gedrag	74
8.7 Frustratie en verveling	75
8.8 Balanseffecten	76

8.9	Over-Motivatie, over-Capaciteit en over-Gelegenheid	82
8.10	Attributie-effecten	85
8.11	Tevredenheid en welzijn	86
9	Het managen van zorg	91
10	Samenwerken	95
11	Communiceren	99
12	Conclusies en aanbevelingen	103
12.1	Conclusies	103
12.2	Aanbevelingen	105
	Literatuur	109
	Over de auteur	111

I Inleiding: enkele zorgontwikkelingen

De zorg is de sector van de hulp aan mensen die zichzelf niet of niet helemaal kunnen redden. Door een ziekte, aandoening, verwonding of ouderdom kunnen ze hun leven (tijdelijk) niet zelfstandig leiden. Of ze kunnen niet goed meedraaien in de maatschappij. Soms gaat het om lichte, eenvoudige problemen die snel voorbijgaan; soms om ernstiger, ingewikkelder en langduriger problemen. Bij de simpele problemen hoeven we het eigenlijk niet over ‘zorg’ te hebben. Hier helpen mensen zichzelf of elkaar wel zonder dat er een professionele zorgverlener aan te pas hoeft te komen. Zorg gaat over hulp die geboden wordt bij de meer complexe fysieke, psychische en sociale problemen. Zorg vraagt om professionaliteit, deskundigheid, goed werkende organisaties en voldoende geld, empathie, aandacht en betrokkenheid.

De zorgsector is als gevolg van diverse ontwikkelingen groter, belangrijker en duurder geworden. Het is in verschillende opzichten een bijzondere sector. In vergelijking met andere sectoren gelden in de zorg bijzondere kenmerken. In willekeurige volgorde:

- De afhankelijkheid van de ‘cliënt’ is groter, wat resulteert in een hogere mate van acceptatie van het gebodene.
- Het aanbod moet zich in principe aan de vraag aanpassen. Mensen hebben immers recht op zorg.
- De vergelijking van aanbieders is vaak moeilijker.
- De sturing van het aanbod is lastiger. In andere sectoren kunnen afnemers via de prijs die ze bereid zijn te betalen duidelijk maken wat ze van het aanbod vinden. In de zorg is dat signaal er niet, minder duidelijk of hoogstens indirect: de prijs wordt gewoonlijk niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder maar via de verzekeraar betaald.
- De kosten van de zorg (met uitzondering van het eigen risico) hebben daardoor geen remmende werking op de vraag. Veel mensen zien de verzekering als een voorziening die recht geeft op onbeperkte zorg: ‘Ik betaal er toch voor?’

- De vraag zelf is soms moeilijk te duiden. Maatschappelijke en persoonlijke problemen van niet-medische aard kunnen zich in lichamelijke en psychische klachten uiten. Hoofdpijn bijvoorbeeld kan een lichamelijke oorzaak hebben, maar kan ook een uiting zijn van werkgerelateerde stress. De zorg absorbeert op deze manier problemen die eigenlijk in de oorsprong geen zorgproblemen zijn.
- De vraag breidt zich voortdurend uit. In de eerste plaats door de vergrijzing, die niet alleen de omvang maar ook de aard van de vraag verandert. Door een verandering van levensstijl (bijvoorbeeld minder bewegen, minder gezond eten en meer stress) ontstaan gezondheidsproblemen als obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten en als gevolg daarvan meer behoefte aan zorg. We hebben er zelfs een paradoxaal woord voor: ‘welvaartsziekten’.

Deze kenmerken en ontwikkelingen tellen bij elkaar op. Soms versterken ze elkaar zelfs. Hierdoor blijft de behoefte aan zorg stijgen en dijt de zorg uit als een olievlek – met toenemende kosten tot gevolg. Daarbij is het wel belangrijk niet alleen naar de kostenkant van zorg te kijken, maar óók naar de opbrengsten- of kwaliteitskant. Zonder goede zorg lopen de Nederlandse economie en het maatschappelijk leven aanzienlijke schade op. De zorg bepaalt in belangrijke mate het welzijn van de Nederlandse bevolking. En welzijn draagt op haar beurt bij aan economische en maatschappelijke productiviteit en vitaliteit. Daarom moeten zorgkosten altijd worden gerelateerd aan zorgopbrengsten. Sommige zorgkosten zijn puur een last: het is ‘reparatiegeld’. Kosten die leiden tot gezondheidsbevordering zijn strikt genomen geen kosten maar investeringen. Het onderscheid is belangrijk, maar wordt niet altijd gemaakt, ook door politici niet. De neiging om alle zorguitgaven (dus ook de investeringen) als kosten te zien, blijkt bijzonder hardnekkig.

Het is jammer dat zorgbeleid voornamelijk is gericht op het verminderen van ongezonderheid en niet op het verbeteren van gezondheid. In dit opzicht is de autowereld een stap verder. Hier hebben we als maatschappij een preventief systeem ontwikkeld: we zorgen er zo goed mogelijk voor dat auto's niet kapotgaan: we leggen APK-keuringen op, we zorgen tijdig voor onderhoud, we installeren veiligheidsvoorzieningen en we hebben allerlei verkeersregels en -voorzieningen waardoor schaderisico's zo veel mogelijk worden beperkt. Alleen als het niet anders kan, wordt er gerepareerd. Als het om *auto's* gaat, realiseren we ons dat het voorkómen van problemen goedkoper, minder

tijdrovend en minder oncomfortabel is dan repareren. Maar als het om *mensen* gaat, draaien we het om: hier geven we de voorkeur aan een reparatie- boven een preventiesysteem. Er wordt eigenlijk maar beperkt geïnvesteerd in gezondheid. We zien wel waar het schip strandt. En als het dan fout gaat, staat een heel leger zorgprofessionals met een groot arsenaal aan apparatuur en middelen klaar om ons te ‘repareren’. Dat dit systeem riskanter, duurder en vooral ook oncomfortabeler is, behoeft verder geen uitleg. We zijn zuiniger op onze auto’s dan op onszelf.

Door de omvang van de zorg vormen de zorgkosten een serieus vraagstuk. Naast die hoge kosten is er nog een reden om een vraagteken te plaatsen achter de uitgebreide zorg. Als zorg wordt geboden aan mensen die dit niet *echt* nodig hebben, dan worden ze afhankelijk, in lichamelijke en/of psychische betekenis. Zorg doet veel goed, maar overdadig aanbod kan tot gevolg hebben dat het mensen passief en afwachtend maakt. Het neemt het initiatief van hen af; maakt ze zelfs kwetsbaarder. En kwetsbare mensen hebben ... zorg nodig. Hoewel de bedoeling van zorg is dat de zorgbehoefte afneemt, kan de zorg deze behoefte blijikbaar ook – onbedoeld – stimuleren.

5 Het Triade-model: algemene uitgangspunten

Volgens het Triade-model zijn Motivatie, Capaciteit en Gelegenheid de basisbegrippen bij het verklaren van gedrag. We zullen in dit hoofdstuk eerst een toelichting geven op de algemene uitgangspunten. Daarna volgt een uitleg van een tiental spelregels.

Stel dat we uitgaan van een bepaald gedrag, een bepaalde activiteit. Dit kan in principe van alles zijn, als het gedrag maar kan worden uitgedrukt in een actief werkwoord: zeilen, pianospelen, een brood bakken, luiers verschonen, gamen, zorg verlenen, enzovoort. We noemen dit gedrag voor het gemak ‘gedrag X’.

Motivatie is de mate waarin een persoon gemotiveerd is om gedrag X te vertonen.

Iemand kan het interessant vinden om dit gedrag uit te voeren omdat het gedrag zelf aantrekkelijk is of omdat het een positief resultaat oplevert. In het eerste geval gaat het de persoon om de activiteit zelf: hardlopen kan een bevredigende bezigheid zijn, ook zonder dat er een concrete beloning bij de eindstreep klaarstaat. In het tweede geval vindt de persoon het gedrag zelf niet interessant, maar het te bereiken resultaat des te meer. Hierbij kunnen we denken aan een beloning, maar ook aan erkenning of waardering. Iemand kan een oude auto restaureren, niet omdat hij dat zo interessant vindt om te doen, maar omdat het resultaat bewondering zal oogsten bij zijn vrienden of omdat hij verwacht de auto na reparatie goed te kunnen verkopen. Veel zorgverleners vinden het belangrijk om anderen te helpen en halen hier hun bevrediging uit. Sommigen doen hun werk puur voor het inkomen. Welk type Motivatie precies van belang is, is afhankelijk van het soort werk of meer algemeen: het betreffende gedrag. Bij vrijwilligerswerk bijvoorbeeld is een geldelijke beloning niet de bron van Motivatie. Dit kan wel het geval zijn voor iemand die vertegenwoordiger is geworden vanwege de

bonussen. Het begrip 'Motivatie' vat dus een groot aantal motieven samen die we gebruiken om aan te geven waarom mensen een bepaald gedrag wel of niet *willen* vertonen. Dit zijn bijvoorbeeld positieve motieven zoals behoeften, wensen, ambities, verlangens, zin hebben in, betrokkenheid en interesse, maar ook negatieve motieven vallen eronder zoals angst, pijn, verveling en afkeer. Motivatie kan vanuit de persoon zelf komen, maar kan ook te maken hebben met invloeden van buitenaf zoals dwang, instructie, beloning en straf.

Verskillende soorten Motivatie kunnen tegelijkertijd optreden. Cliënt Peeters moet bijvoorbeeld revalideren na een ernstige blessure en moet dagelijks 500 meter lopen. Hij wil snel beter worden, zijn vrouw stimuleert hem tot lopen, zijn fysiotherapeut vraagt hem een lijstje bij te houden van de gelopen afstanden en zijn baas belt dagelijks om te vragen of hij morgen terugkomt. In dat geval staat de M-score voor een samensmelting van verschillende soorten Motivatie.

Capaciteit is de mate waarin de persoon in staat is om gedrag X te vertonen. Capaciteit kan fysiek, mentaal, technisch of financieel van aard zijn. Welk soort Capaciteit van belang is, hangt van het specifieke gedrag af (net zoals bij Motivatie). Als het gaat om hardlopen, ligt *fysieke* capaciteit het meest voor de hand. We hebben het dan bijvoorbeeld over het gezichtsvermogen, de lichamelijke conditie, vermoeidheid, beperkingen of gebreken. Bij het oplossen van een puzzel gaat het niet om fysieke, maar om *mentale* capaciteit zoals kennis, geheugen en ervaring. En bij de aanschaf van een nieuwe auto zijn de fysieke en mentale capaciteit waarschijnlijk niet zo belangrijk als de *financiële* capaciteit. We spreken van *technische* capaciteit als iemand bepaalde technische vaardigheden of competenties heeft. Bepaalde vormen van capaciteit zijn aan de persoon gebonden. Iemand is bijvoorbeeld bijziend, wat bij bepaalde soorten gedrag een belemmering kan betekenen. Andere vormen van capaciteit worden van buitenaf aangereikt, zoals de bril voor iemand die bijziend is. De bril compenseert voor de beperking van de eigen capaciteit.

Voor bepaalde activiteiten moet men meerdere soorten Capaciteit tegelijkertijd aanspreken. Een cliënt die van de fysiotherapeut een oefening krijgt opgedragen, moet de oefening begrijpen en onthouden (mentale Capaciteit). Bovendien moet de cliënt in staat zijn tot feitelijke uitvoering van de oefening (fysieke Capaciteit). Ook

hier is de C-score gebaseerd op verschillende soorten Capaciteit. Degene die dit gedrag moet beoordelen, kan bijvoorbeeld nagaan welke soorten Capaciteit gelden, hier een inschatting van maken en nagaan tot welke C-score deze combineren.

Gelegenheid is de mate waarin de omstandigheden bevorderend of belemmerend zijn voor gedrag X. Ook hier bepaalt het specifieke gedrag wat voor soort omstandigheid of gelegenheid belangrijk is. Algemene omgevingskenmerken zijn de hoeveelheid beschikbare tijd, de hoeveelheid beschikbare ruimte, de beschikbaarheid van licht en zuurstof, de aanwezigheid van drukte, lawaai en andere vormen van afleiding, het klimaat en de weersomstandigheden (voorbeelden: mist, hagel, laagstaande zon, ijzel). Andere mensen kunnen een aspect vormen van Gelegenheid. Dit is bijvoorbeeld het geval bij wachtrijen. Ook bij Gelegenheid geldt dat een deel wordt bepaald door de persoon zelf en een ander deel door de omgeving. Iemand kan zelf bepalen of hij op het voetpad of fietspad gaat lopen. Er is dan sprake van zelfbepaalde Gelegenheid. Regen, hagel en ijzel zijn voorbeelden van Gelegenheid die van buitenaf komen en die we, afhankelijk van het gedrag, soms niet kunnen ontwijken.

Voor het vaststellen van de G-score geldt hetzelfde als voor de M- en C-score: deze kan samengesteld zijn. Er kan bijvoorbeeld zowel ruimte- als tijdgebrek zijn bij het uitvoeren van een taak. Deze aspecten komen dan in de G-score samen.

Als verschillende mensen verschillende woorden gebruiken voor de verklaring van een bepaald gedrag, dan levert dat meestal een hoop onbegrip en misverstanden op, soms zelfs conflicten. Men 'praat langs elkaar heen'. Dit kan voor een (belangrijk?) deel toe te schrijven zijn aan hun gebruik van specifieke woorden. Daarom vatten we al deze woorden nu samen in (slechts) drie samenvattende begrippen. Praktijkervaringen laten zien dat dit alleen al een hoop spraakverwar- ring voorkomt. Het garandeert niet dat iedereen het altijd eens is, maar dan is in ieder geval duidelijk waarover verschil van mening bestaat.

We gaan ervan uit dat we *alle* mogelijke oorzaken, voorwaarden en invloeden met betrekking tot gedrag onder de drie hoofdtermen kunnen samenbrengen en dat niet ergens losse gedragsoorzaken rondwarrelen die niet in het model kunnen worden ondergebracht. Anders gesteld: we nemen aan dat het model compleet is.

Over de auteur



Theo Poiesz is verbonden aan Tias, de businessschool van de universiteiten van Tilburg en Eindhoven. In zijn loopbaan heeft hij vier leerstoelen bekleed: Psychologie van de Reclame, Marketing/Consumentengedrag, Healthcare Management/Marketing en Economische Psychologie. De laatste stoel bekleedt hij sinds 1992. De zorg-leerstoel is gedurende tien jaar gefinancierd door ActiZ. Daarnaast is hij wetenschappelijk directeur van BrabantAdvies, een multidisciplinaire adviesraad voor de Provincie Brabant. Gedurende negen jaar was hij voorzitter van de Raad van Toezicht van een grote ggz-instelling.

Theo heeft een grote belangstelling voor het koppelen van theorie en praktijk en voor overeenkomsten en verschillen tussen diverse sectoren, zowel binnen als buiten de zorg, en voor de verbinding tussen profit en non-profit.

Hij schrijft (boeken en artikelen), doceert en adviseert over gedrag, gedragsverandering en strategische besluitvorming. Zijn motto is dat wetenschap tot doel heeft complexe zaken eenvoudig te maken, niet andersom.

Gedrag in de zorg

We staan er gewoonlijk niet bij stil hoe belangrijk gedrag is, ook niet in de zorg. Maar zonder gedrag is er zelfs geen zorg. We zien (te) vaak dat patiënten en cliënten ander gedrag vertonen dan wenselijk is. Dit gedrag moeten we dan bijsturen. Soms lukt dat, maar soms ook niet.

Dit boekje is bedoeld om daarbij te helpen. Het biedt een hulpmiddel om gedrag beter te begrijpen. Want alleen dan kunnen we op een effectieve manier helpen of ingrijpen, de noodzakelijke maatregelen nemen en ongewenst gedrag voorkómen.

Het hulpmiddel is een eenvoudig model, het Triade-model. Dit model is uitgebreid in de praktijk getest, met positieve resultaten. Het wordt uitgelegd aan de hand van een handvol principes die voorzien zijn van diverse zorgvoorbeelden.

actiz

organisatie van zorgondernemers

www.actiz.nl

ISBN 978-94-6276-143-8



9 789462 761438

vakmedianet 

www.managementimpact.nl