

Dr. Ria den Hertog, docent en onderzoeker Christelijke Hogeschool Ede, kenniskring Verpleegkundige beroepsethiek, Reflectie op goede zorg

Dr. Theo Niessen, associate lector Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid, kenniskring

Persoonsgerichte praktijkvoering in zorg & welzijn en senior lecturer VUmc, vakgroep Metamedica

Persoonsgericht afstemmen in de verpleegkundige zorgpraktijk

Inleiding

Protocollair gestuurde zorg en individuele afstemming van verpleegkundige zorg lijken op gespannen voet te staan met elkaar, maar is dit ook zo? In de Evidence Based Practice (EBP) zijn drie componenten belangrijk voor een zorgvuldige besluitvorming: bewijs uit wetenschappelijk onderzoek, kennis over best practices en kennis over voorkeuren en waarden van zorgvragers.¹⁾ Veel belang wordt toegekend aan bewijs uit wetenschappelijk onderzoek, dat vooral zichtbaar is in de toepassing in richtlijnen en protocollen. In de huidige regelgerichte zorg ligt veel nadruk op het naleven van die protocollen, veel minder aandacht gaat uit naar het afstemmen op de individuele voorkeuren van de patiënt. Onderzoek laat zien dat veel verpleegkundigen het verplicht verzamelen van onderzoeksgegevens in de dagelijkse zorg als belemmerend ervaren en dat zij aangeven in hun werk niet meer toe te komen aan werkelijk contact^{2,3} Anderen herkennen dit punt niet zo, zij ervaren het als vanzelfsprekend om in hun besluitvorming rekening te houden met deze voorkeuren.⁴⁻⁶⁾ Juist door de ervaren vanzelfsprekendheid is het onduidelijk *hoe* verpleegkundigen in de EBP context in hun besluitvorming rekening houden met patiëntvoorkeuren om hun zorg individueel af te stemmen. Onderzoek naar deze vorm van kennis van verpleegkundigen was onderdeel van een promotiestudie naar hoe, wanneer en waarom verpleegkundigen afstemmen op patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming in de EBP context.⁷⁾

Patiëntvoorkeuren

Voor aanvang van het praktijkonderzoek werd een literatuurstudie uitgevoerd naar het concept patiëntvoorkeuren. Het blijkt dat er uiteenlopende interpretaties zijn. In met name kwantitatieve artikelen worden patiëntvoorkeuren door de hulpverlener versmald naar de wijze waarop de patiënt aan de besluitvorming deelneemt: paternalistisch, gedeeld of geïnformeerd.⁸⁾ In ander kwantitatief onderzoek, waarin gebruik wordt gemaakt van het benoemen van urgentie bij gebieden van menselijk functioneren, blijken patiëntvoorkeuren uitgedrukt te worden als de individuele keuze van de patiënt voor het meest urgent ervaren gezondheidsprobleem. Onderzoeken tonen aan dat patiënten en verpleegkundigen veelal verschillen in hun keuzes voor aandachtsgebieden, waardoor het rekening houden met patiëntvoorkeuren eerder een probleem voor professionele zorgverlening lijkt te worden dan een doordachte aanpak.^{9,10)} In literatuur met een kwalitatieve benadering worden

patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming beschreven als normen en waarden van de individuele patiënt, die ontdekt worden in de communicatie. De basis voor een positief gewaardeerde patiëntparticipatie en patiënttevredenheid ligt in de effectieve communicatie tussen professional en patiënt.^{11,12)}

Ongeacht de kwalitatieve of kwantitatieve benadering blijft het onduidelijk hoe de derde component in EBP, patiëntvoorkeuren, het best opgevat kan worden en hoe deze component in *persoonsgerichte* verpleegkunde vorm krijgt.

Onderzoeksvraag en dataverzamelmethode

Om beter te begrijpen hoe verpleegkundigen hun zorg afstemmen op individuele voorkeuren van patiënten om goede verpleegkundige zorg te verlenen is een 'best practice' studie opgezet. De aandacht ging uit naar verpleegkundigen van verpleegafdelingen in het ziekenhuis vanwege de toegenomen druk op verpleegkundigen om hun werk effectief en efficiënt uit te voeren, en de hoge turnover van patiënten. Bovendien is ook hier in het laatste decennium de protocollaire aansturing van verpleegkundige zorg sterk toegenomen. De onderzoeksvraag in deze deelstudie was: "Hoe stemmen verpleegkundigen, die bij collega's bekend staan als verleners van goede verpleegkundige zorg, af op patiëntvoorkeuren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming?" Respondenten (n = 27) zijn geworven door aan verpleegkundigen te vragen om collega's voor te dragen die bekend staan om hun 'excellente' verpleegkundige-patiënt contacten. In het interviewonderzoek is aan de verpleegkundigen gevraagd om voorbeelden te geven van professioneel handelen waarin het contact met de patiënt als persoonlijk kon worden aangemerkt. Aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst is dieper ingegaan op achterliggende redenen in het professionele handelen.

Dataverzameling en data-analyse vonden deels naast elkaar plaats in een proces van constante vergelijking om centrale concepten te ontdekken.¹³⁾ De interviews werden woordelijk uitgeschreven en via codering van tekstgedeelten is gezocht naar centrale thema's.

Resultaten

De zorgrelatie actief aangaan

De verpleegkundigen in het onderzoek zijn het unaniem eens over hoe belangrijk het is om de zorgrelatie actief aan te gaan en te onderhouden gedurende de opname. Ze creëren vanaf het eerste kennismakingsmoment in de zorg tot aan het ontslag uit het ziekenhuis een sociale verbondenheid met de patiënt. Vanuit deze zorgrelatie stemmen de verpleegkundigen af op gevoelens van veiligheid en vertrouwen bij de patiënten. Resultaat hiervan is dat patiënten "zich gezien voelen, zich overgeven aan de zorg en toegankelijk zijn". "Iedere patiënt is anders, ik wil de persoon achter de patiënt leren kennen." (Respondent (R) 8). Patiënten zijn daardoor actief betrokken bij de zorg en

zullen vanuit dit vertrouwen sneller zelf verantwoordelijkheid nemen in het zorgproces. Door deels bewust, deels onbewust op zoek te zijn naar individuele patiëntvoorkeuren kan de verpleegkundige zorg beter afgestemd worden. Voorkeuren kunnen persoonlijk zijn: de vraag om geduld bij zenuwen, meer of juist minder informatie over de ingreep, maar ook cultureel bepaald zoals (veel) meeleven in de vorm van ziekenbezoek of het maken van bepaalde voedselkeuzes. In een actieve zorgrelatie “weet je waar de wensen en voorkeuren van de ander liggen, je leert ze snel kennen. Maar ik sta er ook open voor.” (R13).

Het inzetten van tools

Hoewel de verpleegkundigen benadrukken dat zij de voorkeuren en wensen van de patiënt snel achterhalen, konden ze eigenlijk niet goed vertellen hoe ze dat dan doen. In de interviews werd daarom gevraagd naar voorbeelden uit de praktijk. Uit de data-analyse van deze verhalen blijkt dat verpleegkundigen drie impliciete en intuïtieve *tools* inzetten om patiëntvoorkeuren te achterhalen. Als eerste laten zij vanaf het begin van de ontmoeting meteen een ‘klik’ ontstaan door binnen twee minuten gesprekken te voeren op emotioneel niveau. Dat vraagt van henzelf een kwetsbare opstelling, maar natuurlijk ook van de patiënt. De respondenten zeggen dat “in 99% van de zorgrelaties” deze klik tot stand komt; een enkele patiënt sluit zich zo af dat ieder contactmoment moeizaam gaat.

De tweede tool is het inzetten van ‘*antennes*’ om de zorg persoonlijk af te stemmen.

Verpleegkundigen vertellen over “iets dat kriebelt” (R13) of “je waarschuwt om naar die patiënt te gaan” (R12) en benoemen dit als antennes voor signalen die een patiënt uitzendt. Sommigen denken dat zij die sensitiviteit voor signalen in aanleg al hadden en verder ontwikkeld hebben in hun werk. Anderen denken dat dit bij het werk van de verpleegkundige hoort en dat je, als je er voor openstaat, dit vanzelf leert in de praktijk.

De derde tool die verpleegkundigen inzetten om de zorgrelatie te onderhouden en goede zorg te leveren is het open communiceren en het stellen van *empathische vragen* over hoe de patiënt zich voelt, welke betekenis hij geeft aan zijn ziek-zijn en wat hij graag zou willen zien dat er gedaan wordt. R20 zegt hierover: “Ik ben gewoon een mensen-mens, ik wil dit graag weten! Anders kan ik mijn zorg toch niet afstemmen?”

Afstemmen op ervaren kwaliteit van leven

De geselecteerde verpleegkundigen vertellen in hun besluitvorming zo goed mogelijk af te stemmen op wat voor de patiënt de optimale kwaliteit van leven is. “Ik ben verpleegkundige geworden om voor de ander te zorgen, dat hij het zo goed mogelijk heeft. Of hij nu beter wordt of gaat sterven, ik hoop bij te dragen aan die kwaliteit van leven” (R15). Om dit te kunnen doen, moeten zij de patiënt

leren kennen. En hoewel de meeste opnames van korte duur zijn, verzamelen de verpleegkundigen toch diverse informatie over de achtergronden van de patiënt en zijn context door vragen hierover te stellen en door te vragen over grenzen en mogelijkheden van familie en mantelzorgers om hen bij de zorg te betrekken. Zo vormen de verpleegkundigen een breed referentiekader voor hun besluitvorming waarin zij met meer factoren rekening houden dan alleen het afvinken van voorschriften uit een protocol en de directe informatie van de arts en de betreffende patiënt.

De verpleegkundigen willen kwaliteit van zorg leveren, maar, zo zeggen zij, “bijdragen aan kwaliteit van leven staat voorop”. Zij hebben zorg voor het welbevinden van individuele patiënten. Zij gebruiken de kennis uit het gevormde referentiekader om patiënten te ondersteunen in het ontdekken van andere invalshoeken: ‘als u goed eet, oefent, kunt u....’ of ‘u kunt niet meer naar huis, maar wel...’ Eén van de respondenten gaf een krachtige typering van de attitude waarmee deze verpleegkundigen in de zorg staan: “Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie” (R25). Zij legde uit dat elke situatie uniek is en dat de verpleegkundige lerend moet aansluiten vanuit haar professionele basis.

Conclusie

Verpleegkundigen in het ziekenhuis, die bekend staan om hun goede zorgrelatie met de patiënt, kennen het ‘wat te doen’ om patiëntvoorkeuren ruimte te geven: zij geven de zorgrelatie actief vorm door af te stemmen op gevoelens van veiligheid en vertrouwen. Deze verpleegkundigen weten ook ‘hoe te doen’ om patiëntvoorkeuren te achterhalen: zij zetten drie impliciete en intuïtieve tools in om effectief en efficiënt af te stemmen op de individuele zorgvrager in zijn specifieke context met de persoonlijke normen en waarden. Het ‘waarom te doen’ wordt ontdekt in de drijfveer van hun handelen: zij willen zo goed mogelijk bijdragen aan het welbevinden van de patiënt. De resultaten in dit onderzoek zijn samengebracht in figuur 1, waarin de cirkels de samenhang laten zien tussen ‘wat, hoe en waarom’ van verpleegkundig handelen in het afstemmen op patiëntvoorkeuren.

Omdat de gegevens in dit onderzoek verkregen zijn door interviews, waarin mensen vertellen over wat ze doen, was controle via observatieonderzoek een aangewezen methode voor datatriangulatie. In dit observatieonderzoek werden de resultaten uit de data-analyse van de interviews bevestigd.⁷⁾

Voor de verpleegkundigen in dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat zij protocollair aangestuurde zorg prima weten te combineren met afstemming op de individuele patiëntvoorkeuren in de Evidence Based Practice zodat zij optimaal persoonsgerichte zorg verlenen. De bevindingen in dit onderzoek geven een nadere invulling van de door Risjord benoemde verpleegkundige kennis in de evidence based practice als een *embodied set of capacities for recognition and response* in de verpleegkundige besluitvorming. Patiënten voelen zich gezien en erkend, waardoor zij meer

participeren in de organisatie en uitvoer van hun zorg.¹⁴⁾ De in dit onderzoek gevonden vorm van individueel kennen van patiëntvoorkeuren is dynamisch, situationeel bepaald en lijkt sterk op de professionele wijsheid waar Schön al op wees in het kader van reflecteren op het beroepsmatig handelen en die ook Kinsella benoemt in haar onderzoeken.^{15,16,17)} Nieuw onderzoek zou kunnen uitwijzen of het 'wat, hoe en wie' onderdelen zijn van collectieve, impliciete kennis in de verpleegkundige beroepsgroep die in de beroepsuitoefening wordt geleerd.

Literatuur

- 1) Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 2) Struijs A, Vathorst S van de. Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden. Signalering Ethiek en Gezondheid. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2009.
- 3) De Veer AJE, Francke AL. Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: NIVEL, 2009.
- 4) Munten G, Verhoef J, Kuiper C. (red.) Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming. Amsterdam: Boom Uitgevers, 2017.
- 5) Egerod I. Evidence-based practice and critical care nursing. Nursing in Critical Care 2006; 11(3):107-108.
- 6) Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ 2002;324, 1350.
- 7) Den Hertog - Voortman R. Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Een theorie over afstemmingskennis in de acute zorg. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2015. http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/53640/complete_dissertation.pdf?sequence=1
- 8) Smoliner A, Hantikainen V, Mayer H, Ponocny-Seliger E, Them C. Development and test-theoretical analysis of an instrument for data collection on patients' preferences and experiences concerning participation in nursing care decisions in acute hospitals [German]. Pflege 2009;22(6), 401-409.
- 9) Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. Journal of Clinical Nursing 2008; 17(21), 2935-2944.
- 10) Egerod I, Hansen GM. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. Journal of Advanced Nursing 2005; 51(5), 465-473.
- 11) Avis M, Freshwater D. Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. Nursing Philosophy 2006; 7(4), 216-224.
- 12) Benner P. From novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park; Addison-Wesley, 1984.

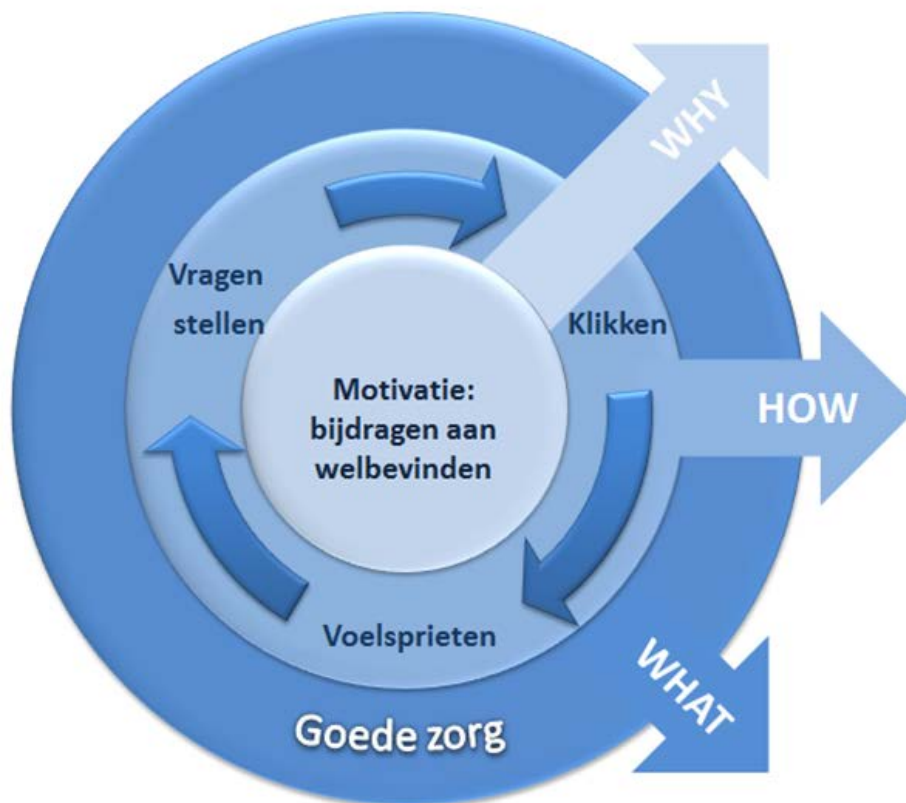
13) Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory. (2nd ed.). Thousand Oaks; Sage, 1998.

14) Risjord M. Nursing knowledge. Science, practice, and philosophy. Chichester; Wiley-Blackwell, 2010.

15) Schön DA. The reflective practitioner. How professionals think in action. New York; Basic Books, 1983.

16) Kinsella EA, Pitman A. (eds.) Phronesis as professional knowledge. Practical wisdom in the professions. Rotterdam; Sense Publishers, 2012.

17) Kinsella EA. Practitioner reflection and judgement as phronesis: A continuum of reflection and consideration for phronetic judgement. In: Kinsella EA, Pitman A. (eds.) Phronesis as professional knowledge. Practical wisdom in the professions. Rotterdam; Sense Publishers, 2012.



Figuur 1. Knowing what, how and why in afstemmen op patiëntvoorkeuren.