

# VU Research Portal

## Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming

Voortman, F.

2015

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Voortman, F. (2015). *Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming: Een theorie over afstemmingskennis in de acute zorg.* [, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

## Samenvatting

### **Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Een theorie over afstemmingskennis in de acute zorg.**

#### **1. Algemene inleiding; Goede verpleegkundige zorg en patiëntvoorkeuren**

Het onderwerp in dit proefschrift is de vraag welke professionele kennis verpleegkundigen in het ziekenhuis gebruiken om in hun zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren van patiënten en hun familie en hoe zij die kennis inzetten om goede verpleegkundige zorg te verlenen. Zowel patiënten als verpleegkundigen beoordelen de zorg als goede zorg als verpleegkundigen er in slagen de zorg op de subjectieve condities van de patiënt af te stemmen. Het huidige Evidence-Based Practice (EBP) paradigma in de gezondheidszorg is omarmd om optimaal verantwoorde en transparante kwaliteit van zorg te verlenen. EBP kent drie belangrijke componenten in de besluitvorming: evidence uit wetenschappelijk onderzoek, de professionele inschatting van de verpleegkundige en de voorkeuren van de patiënt. Het is de laatste component waar onze aandacht naar uitgaat. Afstemming op patiëntvoorkeuren is een voorwaarde voor een holistische en geïndividualiseerde benadering in de zorg. Mede onder invloed van een centraal aangestuurd kwaliteitsbeleid is veel nadruk komen te liggen op de eerste component. Van verpleegkundigen wordt verwacht om mee te werken aan de verzameling van data over de verleende zorg. Verpleegkundigen zeggen hierdoor niet meer toe te komen aan de kern van hun vak: het in een persoonlijke relatie zorgen voor de patiënt en de genezing bevorderen. In ons onderzoek is getracht de huidige discussie over verschillende sturingsmodellen voor kwaliteit van zorg te overstijgen door binnen het kader van EBP te onderzoeken hoe goede verpleegkundigen hun zorgverlening afstemmen op de voorkeuren van individuele patiënten en hun familie. De leidende gedachte achter het paradigma EBP is een kwalitatief goede zorgpraktijk die door kennis wordt geleid. In de eerste component evidence gaat het om kennis die verkregen is uit wetenschappelijk onderzoek. Bij de tweede component gaat het om het omzetten van die kennis naar praktische kennis in de klinische praktijk, toepassingskennis of praktijkkennis I genoemd. De typering van praktijkkennis als toepassingskennis gaat niet op voor kennis die nodig is om voorkeuren van de individuele patiënt te achterhalen en hier op af te stemmen in de besluitvorming. Deze kennis wordt in onze studie aangemerkt als praktijkkennis II.

De algemene doelstelling van dit proefschrift is de ontwikkeling van een theorie van het verpleegkundig handelen die in staat stelt te begrijpen hoe goede verpleegkundigen er in slagen voorkeuren van patiënten in hun zorgverlening te incorporeren en welke kennis zij daarbij inzetten. Het eerste doel in het onderzoek is te bepalen hoe patiëntvoorkeuren in de huidige literatuur over verpleegkundige zorg zijn geoperationaliseerd. Het tweede doel is een verkenning van de opvattingen van goede verpleegkundigen over het rekening houden met patiëntvoorkeuren in hun verpleegkundige zorg. Het derde doel is de bevindingen uit het onderzoek te vergelijken met de bestaande theorieën over praktijkkennis en op grond daarvan te komen tot een theorie over afstemmingskennis van verpleegkundigen. Verwacht wordt dat

resultaten uit de studie positief kunnen bijdragen aan het debat over het overbruggen van de kloof tussen de momenteel kwantitatief beoordeelde kwaliteit van zorg en het door de verpleegkundigen aangegeven belang van het aangaan van een zorgrelatie om goede zorg te kunnen verlenen.

## **2. Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming; Literatuurreview**

Dit hoofdstuk geeft een verslag van de literatuurstudie naar de operationalisering van het concept 'patiëntvoorkeuren' als onderdeel van de verpleegkundige besluitvorming in de Evidence-Based Practice. Het doel was te ontdekken hoe het concept in de huidige literatuur is geoperationaliseerd en hoe verpleegkundigen deze voorkeuren achterhalen en rekening houden met voorkeuren en waarden van patiënten. Het blijkt dat de derde component uit EBP, patiëntvoorkeuren, in de literatuur op drie verschillende manieren wordt geoperationaliseerd, afhankelijk van de aangehangen wetenschappelijke stroming. In de 'positivistische' opvatting van EBP worden patiëntvoorkeuren geïnterpreteerd als formele aspecten in een zorgrelatie, zoals de voorkeur voor stijl van besluitvorming. In de tweede, eveneens kwantitatieve, opvatting wordt de component patiëntvoorkeuren opgevat als de keuzemogelijkheid die patiënten hebben om de urgentie van zorg aan te geven binnen een gestandaardiseerd model van menselijk functioneren. In de derde opvatting van EBP, met een kwalitatieve benadering, wordt evidence over patiëntvoorkeuren gezien als resultaat van gesprekken met de patiënt en zijn familie en de reflectie hierop van de professionals. De aangehangen opvatting over EBP bepaalt in grote mate hoe verpleegkundigen rekening houden met patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Hoewel gezien het paradigma EBP een sterke voorkeur verwacht werd voor de kwantitatieve onderzoeksmethode blijken de onderzoeksdesigns divers van aard. Verpleegkundigen moeten bij de toepassing van EBP alert zijn op deze verschillende interpretaties van EBP en de consequenties die dit heeft voor de betekenisgeving aan de rol van patiëntvoorkeuren in de zorgrelatie. Exacte aanwijzingen over hoe verpleegkundigen in de dagelijkse besluitvorming moeten omgaan met de normen, waarden en voorkeuren van patiënten zijn niet gevonden. Daarom wordt aanbevolen om in de praktijk te onderzoeken hoe verpleegkundigen er in slagen om patiëntvoorkeuren te achterhalen en hier in hun besluitvorming rekening mee te houden ten einde goede zorg te kunnen geven.

## **3. Verbondenheid in zorg; De rol van patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming**

In dit hoofdstuk worden de bevindingen weergegeven van de empirische studie waarin verpleegkundigen, door hun collega's aangewezen als verleners van persoonlijk afgestemde, goede zorg, beschrijven hoe zij in de dagelijkse besluitvorming omgaan met normen, waarden en voorkeuren van patiënten en hun familie. De centrale vraag was hoe verpleegkundigen, die bekend staan als verleners van goede verpleegkundige zorg, afstemmen op patiëntvoorkeuren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming en zo goede zorg verlenen. In de interviews (n=27) komt naar voren dat het creëren en onderhouden van verbondenheid in de zorgrelatie de belangrijkste voorwaarde is om de patiëntvoorkeuren op

te sporen en er rekening mee te houden. Binnen die verbondenheid stemmen zij af op gevoelens van veiligheid en vertrouwen van de patiënt door hem als een uniek persoon te erkennen en tijd te nemen voor een gesprek. De verpleegkundigen benoemen de *tools* waar ze over beschikken in metaforen: het creëren van een 'klik', het gebruik van 'voelsprietten' en een open communicatie waarin ze 'empathische vragen' stellen. Volgens de verpleegkundigen behouden patiënten en hun familie op deze wijze waar mogelijk de regie bij een ziekenhuisopname, waardoor zij optimaal participeren in de besluitvorming. De verpleegkundigen laveren handig tussen protocollen, professionele kennis en de soms snel wisselende voorkeuren van patiënten. De respondenten vertellen hoe zij door luisteren, informeren, onderhandelen en soms ook overtuigen gezamenlijk met de patiënt afstemmen. Zij vormen, veelal nauwelijks bewust, een breed referentiekader op basis van deze verworven kennis en gebruiken dit voor de besluiten in de zorgverlening. Het intensieve proces van voortdurende afstemming op de voorkeuren van patiënten wordt gezien als een deel van de impliciete kennis van verpleegkundigen. Het bereiken van individueel afgestemde goede zorg hangt af van de professionele expertise van verpleegkundigen om patiëntvoorkeuren te ontdekken, hier op af te stemmen en deze af te wegen in de besluitvorming. De respondenten geven de indruk dat zij zich in dit proces van afstemmen onbewust en moeiteloos bewegen, maar zij kunnen niet precies uitleggen wat zij doen en waarom. Een belangrijke volgende stap voor de betrouwbaarheid in het onderzoek is triangulatie van de onderzoeksmethode door participerende observatie.

#### **4. Participerende observatie; 'Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie'**

Via de methode van participerende observatie zijn zeven 'goede' verpleegkundigen geobserveerd tijdens hun diensten op de verpleegafdeling. De onderzoeksvraag was 'wat is in de dagelijkse verpleegkundige praktijk zichtbaar van het rekening houden met de patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming en het gebruik van de *tools*? Doel was om meer informatie te verzamelen over de door hen beschreven impliciete en intuïtieve *tools* die zij in de dagelijkse zorgverlening inzetten om patiëntvoorkeuren te achterhalen en hier rekening mee te houden in de verpleegkundige besluitvorming. Het creëren van verbondenheid in de zorgrelatie en het werken met een 'klik' is in de observatie waargenomen in de manier waarop de verpleegkundigen de patiënten benaderen. Er is een aan te wijzen moment waarop ze contact maken door de (fractie van) tijd die ze hiervoor nemen. Als ze patiënten aanspreken, lopen ze naar hen toe, zoeken oogcontact en leggen vaak even een hand op arm of been. Ze zijn aandachtig aanwezig in de situatie en gaan in gesprek over de communicatie als die hapert of belemmerd wordt door emoties. De inzet van voelsprietten is niet zichtbaar, maar is af te leiden uit de scherpe observatie met oog voor details, hun aftasting hoe te handelen en soms ook uit het feit dat ze een moment even letterlijk stil staan en de situatie 'voelen'. Observatie van de meest concreet omschreven *tool*, het stellen van empathische vragen, leerde dat de verpleegkundigen veel vragen stellen die in het licht staan van wie deze patiënt is als individu, welke voorkeuren zij hebben en hoe zij de toekomst voor zich zien. Zij werken vanuit de vraag: 'Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze

situatie'. De vragen worden niet alleen aan de patiënt en/of zijn familie gesteld, maar ook aan collega's van het eigen team en interdisciplinair. Het inwinnen van de informatie via de *tools* draagt bij aan een breed referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming, waarin ruimte is om rekening te houden met voorkeuren van patiënten en aan te sluiten bij hun perspectieven. We hebben deze kennis bestempeld als 'afstemmingskennis' ter onderscheiding van de toepassingskennis, de praktijkkennis I. Afstemmingskennis is unieke kennis van de verpleegkundige over de waardeoriëntatie van de individuele patiënt en zijn familie. De verpleegkundige verwerft deze kennis in een actief en dynamisch proces van communicatie in de zorgrelatie. De afstemmingskennis helpt de verpleegkundige om optimaal aan te sluiten bij de ervaringswereld van de individuele patiënt en zo de best mogelijke zorg te verlenen. Afstemmingskennis onderscheidt zich nadrukkelijk van theoretische kennis uit wetenschappelijk onderzoek en toepassingskennis in de best practice. De verpleegkundigen combineren informatie over wat professioneel gezien gedaan moet worden met de voorkeuren van de betreffende patiënt en zijn toekomstperspectief en nemen in overleg met hem en/of zijn familie besluiten in de zorg. De patiënt zelf en/of zijn familie krijgt een grote rol in de besluitvorming, waardoor de responsiviteit in de zorg positief gestimuleerd wordt.

##### **5. Een theorie over afstemmingskennis; Vergelijking met bestaande theorieën**

Het doel van dit hoofdstuk is om in de cyclus van de grounded theory tot een substantieve theorie te komen en deze te vergelijken met bestaande theorieën. Drie dimensies van afstemmingskennis in het verpleegkundig handelen, *knowing-why*, *knowing-how* en *knowing-what*, zijn bij elkaar gebracht tot een 'theorie over afstemmingskennis'. Aan de hand van een model wordt de theorie nader uitgelegd. In het hart van de theorie staat het-weten-waarom er afgestemd wordt: vanuit de motivatie om het goede voor de ander te zoeken en bij te dragen aan kwaliteit van leven van de patiënt. In de cirkel daaromheen staan de *tools* voor het-weten-hoe af te stemmen: hoe de voorkeuren te achterhalen en hier rekening mee te houden. De buitenste cirkel wordt gevormd door het-weten-wat te doen om goede zorg te bereiken: afstemmen op gevoelens van veiligheid en vertrouwen, de ander erkennen als uniek persoon en het nemen van tijd voor een goede communicatie. We constateren dat praktijkkennis in de verpleegkundige beroepsuitoefening verworven wordt door het leren in die praktijk en het opdoen van werkervaring.

In de vergelijking van de theorie over afstemmingskennis met de theorie van Benner over praktijkkennis zien we overeenkomsten, maar ook enkele belangrijke verschillen. De *expert-knowledge* wordt bij Benner verkregen bij het doorlopen van een lineair vijf-stappen model, waarbij in de laatste stap de verpleegkundige beschikt over geïnternaliseerd handelen dat voortkomt uit intuïtie. Deze praktijkkennis I, door ons toepassingskennis genoemd, is ervaringskennis die door herhaling en herkenning in de beroepspraktijk wordt opgedaan. Afstemmingskennis is kennis die in elke nieuwe situatie wordt opgedaan en alleen gevonden kan worden in de zorgrelatie zelf. Het intuïtief inzetten van de *tools* om afstemmingskennis te verkrijgen wordt geleerd via een doorlopend iteratief proces van ervaringsleren. Benner heeft in haar studies naar praktijkkennis de afstemmingskennis niet beschreven. Het lijkt er op dat

zij de ethische component in de zorgrelatie ziet als morele kennis die buiten de praktijkkennis valt. De *knowing-why* wordt dan ook in haar uiteenzettingen gemist.

Via de theorie van Benner en haar verwijzingen naar literatuur over taciete kennis komen we bij de theorie van de reflectieve praktijk van Schön. We merken op dat afstemmingskennis en *reflection-in-action* dicht bij elkaar liggen. Toch gaat het bij Schön uiteindelijk om het exploreren van intuïtieve kennis en deze kennis via *reflection-in-action* en *reflection-on-action* beschikbaar te stellen voor innovaties in de praktijk. Ook hier komen de 'theorie over afstemmingskennis' en de afstemmingskennis zelf niet goed uit de verf. Dit brengt ons bij het concept *phronesis*, praktische wijsheid. *Phronesis* verwijst naar het individuele handelen van professionals waarin praktische wijsheid verborgen ligt. In de literatuur is hernieuwde belangstelling voor dit concept om de lacune op te vullen die is ontstaan in het alleen gericht zijn op de propositionele kennis in de opleidingen en praktijk. Het wordt aanbevolen om dit concept nader te bestuderen en de link met de afstemmingskennis te onderzoeken. De theorie over afstemmingskennis geeft ons zicht op processen in de verpleegkundige praktijk en de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming. Ze verklaart de basis en de richting van het professionele handelen hoe de zorg individueel af te stemmen. We concluderen dat de theorie over afstemmingskennis houdbaar is.

## 6. Slotbeschouwing

Het doel van deze studie was de ontwikkeling van een theorie van het verpleegkundig handelen die in staat stelt om te begrijpen hoe goede verpleegkundigen in het ziekenhuis er in slagen voorkeuren van individuele patiënten te ontdekken en die te incorporeren in hun zorgverlening. Onze interesse was van epistemologische aard. Het antwoord op de hoofdvraag in deze studie is dat goede verpleegkundigen afstemmingskennis gebruiken om in het ziekenhuis hun zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren van patiënten en hun familie. Ze gebruiken de afstemmingskennis als deel van het referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming om zo individueel afgestemde, goede verpleegkundige zorg te verlenen. We stellen dat de besproken afstemmingskennis in dit onderzoek en het Aristotelische concept *phronesis* wellicht naar dezelfde soort kennis verwijzen, omdat zij beide gericht zijn op het goede voor de ander in onzekere en wisselende situaties. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre deze concepten naar een zelfde content verwijzen.

In de theorie over afstemmingskennis wordt benadrukt dat de kern van het handelen gevormd wordt door de motivatie van de verpleegkundigen om goede, individueel afgestemde zorg te verlenen. Benner mist deze *knowing-why* in haar theorie over praktijkkennis. Nieuw onderzoek zou kunnen uitwijzen of afstemmingskennis van voldoende zeggingskracht is om toegevoegd te worden aan de verpleegkundige theorieën over praktijkkennis.

In het paradigma EBP zijn drie componenten van belang voor de besluitvorming: evidence uit wetenschappelijk onderzoek, de inschatting van de professional en de voorkeuren van de patiënt. In de literatuur blijft de laatste onderbelicht, evenals in de nieuwe definitie van EBN. Goede zorg verlenen is alleen mogelijk in een zorgzame zorgrelatie, de inhoud van zorg moet bepaald worden in relatie met de mens waarop de zorg zich richt. De nieuwe definitie van

gezondheid die Huber et al. (2011) presenteren, laat veel ruimte voor voorkeuren van de patiënt zelf en ondersteuning door de verpleegkundige. Goede zorg is niet primair een kwestie van praktisch inzicht van de zorgverlener of het louter toepassen van evidence uit onderzoek, maar van een betekenisvol handelen in een praktijk waarin mede ruimte is voor aandacht en responsiviteit. We stellen dat het aanleren van reflexief gedrag in de verpleegkundige praktijk moeilijk kan gedijen in een klimaat dat vooral wordt bepaald door regel-geleid handelen.

Afstemmingskennis heeft een bijzondere plaats in het verpleegkundig zorgproces. De leervraag die de verpleegkundigen in ons onderzoek presenteerden - 'Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie' - nodigt uit tot een omkering van perspectief. Niet de standaarden en richtlijnen staan centraal bij de vaststelling van doelen in de zorg, maar de zorgbehoefte van deze individuele mens en hoe bij te dragen aan de door hem ervaren kwaliteit van leven. Dit vraagt van zowel de praktijk als in het onderwijs een perspectiefwisseling: studenten en professionals moeten leren hoe ze gegevens verzamelen over de beleving van de patiënt en van daaruit hun zorgplannen opstellen, uitvoeren en evalueren. Het achterhalen van kennis over de individuele waardeoriëntatie speelt hierin een cruciale rol.