



Persoonsgerichte zorg

Een pilot-onderzoek binnen LeerSaam Noord

Tsjesse Schroor

Afstudeeronderzoek

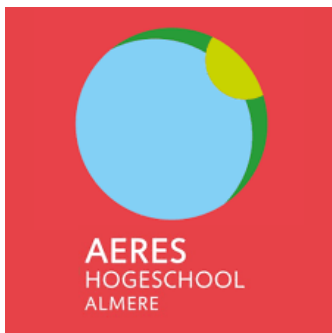
Opleiding - Biologie, Voeding en Gezondheid

Aeres Hogeschool Almere

Persoonsgerichte zorg

Een pilot-onderzoek binnen LeerSaam Noord

Naam student:	Tsjesse Schroor
School:	Aeres Hogeschool Almere
Opleiding:	Biologie, Voeding en Gezondheid
Studentnummer:	3023985
E-mail:	tsjesseschroor@outlook.com – 3023985@aeres.nl
Afstudeerbegeleider:	Yolanda Maas
Praktijkbegeleider:	Heleen Reinders-Messelink
Instelling:	Lectoraat Leiderschap & Identiteit in het verpleegkundig domein, NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden
Plaats:	Heerenveen
Datum van inleveren:	01-07-2020



DISCLAIMER

Dit rapport is gemaakt door een student van Aeres Hogeschool als onderdeel van zijn/haar opleiding. Het is géén officiële publicatie van Aeres Hogeschool. Dit rapport geeft niet de visie of mening van Aeres Hogeschool weer. Aeres Hogeschool aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor enige schade voortvloeiend uit het gebruik van de inhoud van dit rapport.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport: “Persoonsgerichte zorg – Een pilot-onderzoek binnen LeerSaam Noord”, dat is geschreven in het kader van mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Biologie, Voeding en Gezondheid aan de Aeres Hogeschool te Almere. Het onderzoek maakt deel uit van het project LeerSaam Noord en is geschreven in samenwerking met het lectoraat Leiderschap & Identiteit in het Verpleegkundig Domein, verbonden aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden.

Vanuit Aeres wil ik mijn afstudeerbegeleider Yolanda Maas bedanken voor de begeleiding gedurende het afstudeertraject. Ook gaat mijn dank uit naar alle leden van de afstudeerbijeenkomsten, welke hebben bijgedragen aan o.a. de concretisering van mijn onderzoek. Vanuit het lectoraat en UMCG bedank ik respectievelijk Heleen Reinders-Messelink en Gonda Stallinga voor de begeleiding en prettige samenwerking.

Tsjesse Schroor

Heerenveen, 01-07-2020

Samenvatting

Nederland is al enige jaren onderhevig aan een proces van vergrijzing en zal daar nog geruime tijd mee te maken hebben. De bevolking wordt ouder en het aantal ouderen met chronische aandoeningen stijgt. De zorgvraag neemt toe en wordt complexer. Ook omdat er door patiënten meer waarde wordt gehecht aan eigen regie en zelfredzaamheid. Het gedachtengoed over wat gezondheid is, is onderhevig aan verandering. Zorgverleners moeten hierop leren inspelen, zodat ze betere persoonsgerichte zorg kunnen bieden die aansluit bij de veranderende zorgvraag. Dit onderzoek is geschreven om de discrepanties die mogelijk bestaan over wat persoonsgerichte zorg is tussen zorgverlener en zorgvrager aan het licht te brengen. De centraal gestelde hoofdvraag luidt daarin als volgt: *In hoeverre vinden zorgverleners dat zij, ten aanzien van het zorgproces, persoonsgerichte zorg aanbieden en in welke mate ervaart de zorgvrager dit?*

Het gaat hier over een kwantitatief onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van enquêtes. De enquêtes die zijn gebruikt voor de dataverzameling zijn gebaseerd op een reeds bestaande theorie. Deze theorie onderscheidt vijf zorgaspecten die belangrijk zijn voor het bieden van persoonsgerichte zorg. Dit zijn: “werken met waarden en opvattingen van de patiënt”, “gedeelde besluitvorming”, “authentieke betrokkenheid”, “welwillend aanwezig zijn” en “holistische zorg verlenen”. Met behulp van de software van EFS Questback zijn de vragenlijsten digitaal uitgezet onder de respondentgroepen. Met SPSS is er een Mann-Whitney U toetsing uitgevoerd, waarbij een betrouwbaarheidsinterval van 95% gehanteerd is.

Uit de Mann-Whitney U toetsing komt naar voren dat zorgvragers en zorgverleners op de zorgaspecten “werken met waarden en opvattingen van de patiënt”, “authentieke betrokkenheid” en “welwillend aanwezig zijn” niet significant van elkaar van mening verschillen, respectievelijk $p=0,808$; $p=0,092$; $p=0,387$. Voor de zorgaspecten “gedeelde besluitvorming en “holistische zorg verlenen” geldt dat beide groepen wel significant van elkaar van mening verschillen, namelijk respectievelijk $p=0,039$ en $p=0,001$.

Bij de resultaten worden vervolgens enkele kanttekeningen geplaatst. Zo is er vaak gekozen voor antwoordmogelijkheid “neutraal”, waardoor er minder harde conclusies kunnen worden getrokken. Ook is gebruik gemaakt van een Mann-Whitney U toets, die als nadeel heeft minder goed een significant verschil aan te kunnen tonen.

Conclusie uit dit onderzoek is dat het merendeel van de zorgverleners vindt aan alle aspecten van persoonsgerichte zorg te voldoen, terwijl van de zorgvragers het merendeel vindt dat zorgverleners aan slechts drie van de vijf zorgaspecten voldoen. De twee categorieën waarover zij van mening verschillen zijn: “gedeelde besluitvorming” en “holistische zorg verlenen”.

Summary

The Netherlands has been subject to an ageing population for several years and will have to deal with this phenomenon for some time to come. The population is getting older and the number of elderly people with chronic diseases is increasing. With that the demand for care is increasing and becoming more complex. However, there is also a change in the way we think about health. For example, patients who start to attach more value to self-reliance. Caregivers must learn to respond to these changes, so that they can offer better person-centred care that meets the changing care demand. This research was written to reveal the discrepancies that may exist about person-centred care between caregiver and care recipient. The main question posed centrally is as follows: *To what extent do caregivers feel that they provide person-centred care, and to what extent do care recipients experience this.*

This is a quantitative study, for which online surveys have been used. The surveys used for data collection are based on a pre-existing theory. This theory distinguishes five aspects of care that are important for the provision of person-centred care. These are: “working with patient values and beliefs”, “shared decision-making”, “authentic involvement”, “being benevolent” and “providing holistic care”. The questionnaires were distributed digitally among the response groups using EFS Questback software. A Mann-Whitney U test was performed with SPSS, using a confidence interval of 95%.

The Mann-Whitney U test shows that caregivers and care recipients do not differ significantly in the following aspects of care: “working with patient values and beliefs”, “authentic involvement” and “being benevolent”, respectively $p= 0.808$; $p= 0.092$; $p= 0.387$. For the care aspects “shared decision-making” and “providing holistic care”, both groups differ significantly from each other, namely $p= 0.039$ and $p= 0.001$ respectively.

Some remarks can be made about the results. For example, the answer option “neutral” has often been chosen, which makes that less firm conclusions can be drawn. A Mann-Whitney U test was also used, which has the disadvantage of being less able to demonstrate a significant difference.

This study concludes that most caregivers find that they meet all aspects of person-centred care, while most care recipients find that caregivers meet only three of the five care aspects. The two categories they disagree on are “shared decision-making” and “providing holistic care”.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	6
2.	Materiaal en methode.....	9
2.1	Onderzoekspopulatie	9
	Zorgverleners.....	9
	Zorgvragers.....	9
2.2	Meetinstrumenten	9
	Vragenlijst voor zorgverleners	9
	Vragenlijst voor zorgvragers.....	10
2.3	Dataverzameling.....	10
	Benadering zorgverleners	10
	Benadering zorgvragers.....	11
2.4	Data-analyse.....	11
3.	Resultaten	12
3.1	Respondentgroepen.....	12
3.2	Werken met waarden en opvattingen van de patiënt.....	12
3.3	Gedeelde besluitvorming	13
3.4	Authentieke betrokkenheid	13
3.5	Welwillend aanwezig zijn	13
3.6	Holistische zorg verlenen	14
4.	Discussie	15
5.	Conclusie	17
6.	Aanbevelingen.....	18
	6.1 Gedeelde besluitvorming	18
	6.2 Holistische zorg	18
	Bronnen.....	19
	Bijlagen.....	21
	Bijlage I Vragenlijst zorgverleners	21
	Bijlage II Vragenlijst zorgvragers	25
	Bijlage III Uitleg categorisering.....	28

1. Inleiding

In Nederland is sprake van enorme vergrijzing, het aantal ouderen zal de komende jaren in groot tempo toenemen. Volgens het CBS is de verwachte prognose dat er in 2041 4,7 miljoen 65-plussers zullen zijn, waar dat momenteel nog 2,7 miljoen zijn. Naast de groep 65-79-jarigen, zal vanaf 2025 ook de groep 80-plussers sterk toenemen, ook wel de dubbele vergrijzing genoemd. Met een toename in het aantal ouderen zal tevens een toenemende zorgvraag gepaard gaan, echter zal de zorg in de toekomst ook complexer worden. Op dit moment loopt 70 procent van de 65-plussers met een chronische aandoening rond. De kans op een chronische aandoening stijgt met de leeftijd en geschat wordt dat in 2030 zo'n 38% van de 75-plussers te maken krijgt met drie of meer chronische aandoeningen ([Kennisplein Zorg voor Beter, 2019](#); [van Duin & Stoeldraijer, 2014](#)).

Naast deze demografische kenmerken speelt verandering in gedrag van de patiënten tevens een belangrijke rol bij de veranderende zorgvraag. Zo wordt er door cliënten meer waarde gehecht aan het belang van eigen regie en zelfredzaamheid ([Taskforce, 2018](#)). Maar ook het veranderend gedachtengoed over wat gezondheid is speelt een rol. Denk aan de introductie van 'positieve gezondheid', een reeds bestaand concept afgestoft en geherintroduceerd in 2009 door dr. Machteld Hubert, waarmee zij de WHO-definitie van gezondheid wil herdefiniëren. Met het veranderende ziektebeeld in de samenleving moet het volgens Hubert bij gezondheid veel meer gaan om 'het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van sociale, emotionele en fysieke uitdagingen van het leven'. Persoonsgerichte zorg staat daarbij centraal ([Hubert, 2012](#)). De huidige definitie van de World Health Organisation (WHO) stelt dat gezondheid wordt bepaald door de aan- of afwezigheid van ziekte ([WHO, 2020](#)). Het is zaak dat de zorgprofessional gaat (leren) inspelen op de individuele behoeften van zorgvragers om persoonsgerichte zorg te bieden, zodat deze beter aansluit bij de veranderende zorgvraag ([van Steekelenburg et al., 2016](#)).

Persoonsgerichte zorg focust op de vermenschlijking van zorg, waarbij de zorgvrager centraal staat in het zorgproces. Het bieden van zorg op maat voor een individu en voldoen aan diens wensen is veelal het streven van de zorgverlener, echter pakt dit in de dagelijkse praktijk niet altijd zo uit. Veronderstellingen en vanzelfsprekendheden maken dat de plank bij veel mensen vaak wordt misgeslagen ([van der Cingel & Jukema, 2014](#)). Belangrijk is dat zorgverleners de zorgvragers leren kennen, ook wanneer die op het vlak van opleiding, sociale status of interesse ver van de zorgverlener af staan. Dit maakt dat zorgverleners zorgvragers beter individueel kunnen benaderen. Inmiddels is bekend dat subjectieve negatieve ervaringen stress kunnen veroorzaken, die weer invloed heeft op de menselijke biologie. Een goede afgestemde persoonlijke benadering kan deze ervaringen en daarmee stress juist voorkomen, wat van grote invloed kan zijn op het welbevinden en daarmee herstel, en dus de (ervaren) gezondheid van een patiënt/cliënt/bewoner ([van den Muijsenbergh, 2019](#)).

Stress is namelijk funest voor het menselijk lichaam wanneer iemand hier vaak of chronisch aan wordt blootgesteld. Bij het ervaren van stress wordt cortisol geproduceerd (stresshormoon), echter kan er bij chronische stress een afwijkende cortisolspiegel ontstaan. Een te hoge of lage cortisolspiegel leidt tot een disregulatie van de stress- en immuunrespons. Een te lage cortisolspiegel is niet in staat om stress geïnduceerde ontstekingen in het lichaam een halt toe te roepen. Een overmaat aan cortisol is juist neurotoxisch en kan schade berokken aan hersenstructuren die betrokken zijn bij de regulatie van het immuunsysteem ([Timmer, 2009](#); [Morey et al., 2015](#)). Een ontregeld immuunsysteem als gevolg van stress vermindert het vermogen te herstellen bij ziekte, naast dat het de kans verhoogt op het ontwikkelen van ziekten en/of aandoeningen als: infectieziekten, kanker, auto-immuunziekten, cognitieve problematiek, hart- en vaatziekten, obesitas

en diabetes (Timmer, 2009; Morey et al., 2015; Effros, 2011). Onderzoek heeft al laten zien dat persoonsgerichte zorg direct een positief effect heeft en tot een toename leidt van zelfredzaamheid en vermindering van pijn en depressie (Steward et al., 2000).

Om tot zo'n persoonsgericht zorgproces te komen zijn er vijf factoren waaraan moet worden voldaan. Allereerst betreft het de zorgvuldige omgang met de waarden en opvattingen van de zorgvrager. De zorgverlener moet inzichtelijk hebben wat de zorgvrager belangrijk vindt in het leven en hoe daar door de zorgvrager betekenis aan wordt gegeven. Ten tweede is het belangrijk dat zorgvragers worden betrokken bij de besluitvorming(en) over het zorgproces. De opvattingen en waarden van de zorgvrager dienen hierin meegenomen te worden, maar ook hun zorgen en toekomstdoelen. De derde factor betreft de verbondenheid tussen zorgverlener en zorgvrager. Verbondenheid wordt gekenmerkt door het oprecht kennen en leren kennen van de zorgvrager en kennis hebben van diens opvattingen en waarden. Aansluitend hierop volgt de factor "welwillende aanwezigheid", een manier van verbondenheid waarbij begrip is voor de uniciteit van een individu. Hierdoor is het mogelijk om belangrijke zaken in het leven van de zorgvrager te herkennen en kunnen zorgverleners zorgvragers beter assisteren in de omgang met problemen. Tot slot vormt "holistische zorg verlenen" de laatste factor, belangrijk voor een persoonsgericht zorgproces. Holistische zorg is zorg waarbij de mens als geheel centraal staat en waarbij de lichamelijke, sociale en psychische aspecten van de mens onmiskenbaar met elkaar zijn verbonden. Wanneer in zijn volledigheid wordt voldaan aan deze vijf factoren, dan is er sprake van de meest optimale persoonsgerichte zorg die er geboden kan worden. Deze vijf factoren vormen gezamenlijk de maatstaf voor persoonsgerichtheid (McCance en McCormack, 2017).

Er bestaat geen eenduidige methode om persoonsgerichte zorg tot stand te brengen. Wereldwijd worden verschillende frameworks toegepast om een persoonsgerichte zorgmethode te ontwikkelen en toe te passen (P. Slater et al., 2017). Het lectoraat Leiderschap & Identiteit in het Verpleegkundig Domein heeft het project LeerSaam Noord in het leven geroepen, om onderzoek te doen naar hoe zorgprofessionals samen leren en werken en hoe dit de professionalisering van de zorg ten goede komt. Hiervoor zijn vijf leernetwerken ingericht op vijf verschillende zorglocaties verspreid over Friesland en Groningen. Leernetwerken bestaan uit groepen professionals, die ernaar streven om zich persoonlijk te verbeteren binnen hun beroepenveld. Maandelijks wordt er per zorglocatie een leernetwerkbijeenkomst georganiseerd waarin casuïstiekbesprekingen worden gehouden. Deze besprekingen vinden plaats aan de hand van de Practice Development methode (ZonMw, 2019). Deze methode is: 'Een systematische werkwijze die gebaseerd is op verschillende soorten van kennis'. Binnen ieder leernetwerk wordt een facilitator aangewezen, dit betreft altijd een vaste persoon binnen het leernetwerk die in bezit is van minimaal een hbo-diploma. Facilitators ondersteunen het leernetwerk door deelnemers actief te betrekken en doen daarbij beroep op de persoonlijke kwaliteiten, creativiteit en kennis van de deelnemers. Door dit proces verbetert de praktijkvoering, wat een positief effect heeft voor alle betrokken partijen (de Laat & Coenders, 2011). Het doel van practice development binnen LeerSaam Noord is om systematisch een verbetering te bewerkstelligen van de zorgcultuur. Binnen de leernetwerkbijeenkomsten staat het functioneren en de eigen regie van de zorgvrager centraal, met als doel dat de besluitvorming over passende zorg voor de zorgvrager wordt verbeterd (ZonMw, 2019).

Binnen LeerSaam Noord is door hbo-verpleegkunde studenten reeds onderzoek gedaan naar de ervaringen met de actie-leren-methode en de rollen van de zorgprofessionals binnen de leernetwerken (Hoekstra, 2020; Overdijk 2020; Gebrestinos, 2020). Nog niet is er gekeken naar hoe persoonsgericht het huidige zorgproces is. Om een beter beeld hiervan te vormen, zal gekeken worden naar de mate waarin A. zorgprofessionals vinden dat er persoonsgerichte zorg geboden

wordt en in welke mate B. zorgvragers ervaren persoonsgerichte zorg te ontvangen. Het identificeren en begrijpen van de discrepanties tussen de perspectieven van zorgverleners en zorgvragers is noodzakelijk om de geboden zorg beter aan te laten sluiten bij de behoeften en wensen van de zorgvrager (Sladdin et al., 2019).

De centraal gestelde hoofdvraag binnen dit onderzoek luidt: *In hoeverre vinden zorgverleners dat zij, ten aanzien van het zorgproces, persoonsgerichte zorg aanbieden en in welke mate ervaart de zorgvrager dit?*

Ter beantwoording van deze hoofdvraag zijn een vijftal deelvragen opgesteld. Deze zijn gebaseerd op de vijf eerder besproken factoren volgens McCance en McCormack, (2017).

- *Hoe wordt er omgegaan met de opvattingen en waarden van de zorgvrager?*
- *Vindt er gedeelde besluitvorming plaats?*
- *Is de zorgverlener betrokken bij de zorgvrager?*
- *Vertoont de zorgverlener "welwillende aanwezigheid" bij de zorgvrager?*
- *Wordt er "holistische zorg" verleend?*

Het doel van persoonsgerichte zorg is om mensen zodanig zorg te bieden dat ieder individu tot zijn recht komt en zorg ontvangt die past bij wie iemand is en wat iemand belangrijk vindt.

Persoonsgerichte zorg leidt tot grotere tevredenheid over de geboden zorg, efficiënter werken en meer motivatie onder zorgverleners (van der Cingel & Jukema, 2014).

Met een antwoord op deze hoofd- en deelvragen kan inzichtelijk worden gemaakt op welke vlakken van het zorgverleningsproces zorgverlener en zorgvrager wel of juist niet hetzelfde ervaren qua afstemming op elkaar. Uiteindelijk moet dit zorgverleners inzicht geven op welke vlakken van het zorgproces de geboden zorg persoonsgerichter kan worden gemaakt.

2. Materiaal en methode

Dit vergelijkend onderzoek betreft een pilot naar persoonsgerichte zorg. Er is voor vergelijkend onderzoek gekozen om de overeenkomsten en verschillen tussen zorgverlener en zorgvrager, op het gebied van het ervaren van persoonsgerichte zorg, uit te kunnen lichten. Het betreft hier een kwantitatief onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van enquêtes voor de dataverzameling. Dit onderzoek liep vanaf begin februari tot en met de laatste week van juni.

2.1 Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek zijn zowel zorgverleners als zorgvragers benaderd voor het invullen van de enquêtes.

Zorgverleners

Alle betrokken zorgverleners volgen momenteel een hbo-opleiding in de verpleegkunde en zijn tevens betrokken of betrokken geweest bij het LeerSaam Noord project als stagiair. Omwille van de tijd¹ en vanwege het feit dat het een pilot-onderzoek betreft is ervoor gekozen niet extern zorgverleners te werven, maar te werken met de groep (ex)stagiaires van LeerSaam Noord. Participerende zorgverleners zijn minimaal 18 jaar of ouder.

Zorgvragers

Er is gesteld dat er minimaal 15 zorgvragers moeten worden benaderd voor deelname aan het onderzoek. Dit aantal is gebaseerd op het oorspronkelijk beoogde aantal te benaderen zorgvragers voor de 0-meting van het LeerSaam Noord onderzoek, namelijk drie zorgvragers per deelnemende zorginstelling (vijf instellingen). Zorgvragers moeten voor deelname minimaal één nacht hebben doorgebracht in het ziekenhuis. Hiervoor is gekozen, omdat een dagopname geprotocolleerd is en er dus geen sprake is van verpleging. De opname van de zorgvrager mocht niet langer geleden zijn dan 12 maanden. Hoe langer geleden de opname heeft plaatsgevonden hoe groter de kans bestaat dat zorgvragers zich niet meer herinneren hoe de zorg is ervaren. Ook voor de zorgvragers geldt een minimumleeftijd van 18 jaar.

2.2 Meetinstrumenten

Vragenlijst voor zorgverleners

De Person-Centred Practice Inventory (PCPI) enquête is ontwikkeld door en gebaseerd op de theorie van [McCormack et al., 2015](#). De PCPI-enquête is een, door een internationaal team van experts, gevalideerd meet instrument. De vragenlijst bestaat uit 59 vragen, voor iedere vraag geldt dat er antwoord wordt gegeven aan de hand van een vijf-punt Likertschaal (Zie bijlage I: vragenlijst zorgverleners). De vragen zijn onder te verdelen in drie categorieën. De eerste 18 vragen vallen onder de categorie “vereisten”, de vragen 19 tot en met 43 behoren toe aan de categorie “zorgomgeving” en de vragen 44 tot en met 59 aan de categorie “zorgproces”. Relevante gegevens voor dit onderzoek zijn alleen uit de categorie “zorgproces” gehaald. De categorieën “vereisten” en “zorgomgeving” worden in dit onderzoek niet meegenomen, omdat ze niet relevant zijn ten aanzien van de beantwoording van de hoofdvraag. Binnen deze categorie zijn vijf subcategorieën te onderscheiden, namelijk: werken met opvattingen en waarden van de zorgvrager (vragen 44 t/m 47), gedeelde besluitvorming (vragen 48 t/m 50), authentieke betrokkenheid (vragen 51 t/m 53), welwillend aanwezig zijn (vragen 54 t/m 56) en holistische zorg verlenen (vragen 57 t/m 59). Deze

¹ I.v.m. de Corona-situatie waarbij per 13 maart alle sociale/contactactiviteiten per direct zijn stilgezet, moest er naar een aangepaste onderzoekspopulatie worden gekeken en is het onderzoek omgebogen naar een pilotversie.

subcategorieën slaan terug op de vijf factoren die bijdragen aan een persoonsgericht zorgproces. Vragenlijsten zijn gedigitaliseerd met behulp van de software EFS Questback van UNIPARK.

Vragenlijst voor zorgvragers

De vragenlijst voor zorgvragers berust tevens op de theorie van [McCormack et al., \(2015\)](#). Deze vragenlijst is qua vragen echter niet identiek aan de vragenlijst voor zorgverleners en is opgesteld door de Fontys Hogeschool te Eindhoven. De vragenlijst bestaat uit 20 vragen; voor iedere vraag geldt dat er antwoord wordt gegeven aan de hand van een vijf-punt Likertschaal (Zie bijlage II: vragenlijst zorgvragers). Ook deze vragenlijst is met behulp van EFS Questback van UNIPARK gedigitaliseerd.

Toewijzing vragen aan categorieën

In tegenstelling tot de vragenlijst voor zorgverleners, is de zorgvragers-vragenlijst niet een gecategoriseerde vragenlijst. Om resultaten te kunnen vergelijken is het echter noodzakelijk om de zorgvragers vragenlijst tevens te categoriseren aan de hand van dezelfde subcategorieën als in de zorgverlenersvragenlijst zijn gebruikt, namelijk: “werken met opvattingen en waarden”, “gedeelde besluitvorming”, “authentieke betrokkenheid”, “welwillend aanwezig zijn” en “holistische zorg verlenen”. Om de toewijzing van de 20 vragen aan de verschillende categorieën zo goed mogelijk te doen, is dit gedaan door vier verschillende personen individueel de vragen te laten categoriseren. Het betrof hier de volgende personen: de onderzoeker zelf, de stagebegeleider en twee medestudenten van de Aeres Hogeschool (opleiding Biologie, Voeding en Gezondheid). Aan de laatste drie is gevraagd om de vragen naar eigen inzicht te categoriseren, dit ter verhoging van de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Vervolgens zijn de vragen, gezamenlijk met de stagebegeleider, definitief toegewezen aan de categorieën.

Tabel 1: Categorie indeling zorgvragers enquête

Categorie	Vragenummers
Werken met opvattingen en waarden van de zorgvrager	6, 7, 11, 17
Gedeelde besluitvorming	3, 10, 12, 13, 20
Authentieke betrokkenheid	1, 9, 16, 18
Welwillend aanwezig zijn	2, 5, 15
Holistische zorg verlenen	4, 8, 14, 19

In tabel 1 is de definitieve categorisering van de vragen terug te vinden. Over de vragen 1, 3, 4, 5, 6, 7, 13 & 20 waren de onderzoekers het eens wat betreft de categorisering. Over de vragen 2, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 & 19 heeft discussie plaatsgevonden. Zie bijlage III: uitleg categorisering, voor nadere toelichting.

2.3 Dataverzameling

Benadering zorgverleners

Via de stagebegeleider zijn de emailadressen van de zorgverleners verzameld. Zorgverleners zijn via de mail benaderd met de vraag mee te willen werken aan het onderzoek. Bij een positieve reactie ontvingen de zorgverleners een informatiebrief met verdere uitleg over het onderzoek en een toestemmingsformulier voor deelname. Na ontvangst van het toestemmingsformulier kregen de participanten via de mail een link toegestuurd voor toegang tot de onlinevragenlijst. Na een week ontving iedere participant een reminder met het verzoek om de vragenlijst alsnog in te vullen. Op deze wijze is getracht de respons te verhogen.

Benadering zorgvragers

Zorgvragers zijn benaderd vanuit de persoonlijke kringen van alle onderzoekers. Daarnaast is er tevens berichtgeving geplaatst op Linked In en de website van Zorgbelang Fryslân. Bij belangstelling voor deelname ontvingen zorgvragers een informatiebrief met verdere uitleg over het onderzoek als tevens een toestemmingsformulier voor deelname. Na ontvangst van het toestemmingsformulier kregen de participerende zorgvragers via de mail een link toegestuurd voor toegang tot de onlinevragenlijst. Na een week ontving iedere participant een reminder met het verzoek om de vragenlijst in te vullen. Op deze wijze is getracht de respons te verhogen.

2.4 Data-analyse

Via EFS Questback is de opgehaalde data uit de ingevulde digitale vragenlijsten geëxporteerd naar SPSS. In SPSS zullen naar verwachting de volgende statistische analyses worden gebruikt: descriptieve statistieken en niet-parametrische toetsingen. Specifiek zal gebruik worden gemaakt van de frequentie analyse en de descriptieve analyse. Deze statistische analyses worden gebruikt om inzicht te verkrijgen in de man/vrouw verdeling en leeftijd. Om de gestelde hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden worden twee verschillende groepen met elkaar vergeleken, namelijk zorgverleners en zorgvragers. De vragenlijst maakt gebruik van een vijf-punt Likertschaal en heeft de ordinale antwoordcategorieën: zeer mee oneens, mee oneens, neutraal, mee eens, zeer mee eens. Ordinaal houdt in dat er sprake is van een ordening, want mee oneens is beter dan zeer mee oneens. Aan iedere antwoordcategorie is een score gekoppeld. Zeer mee oneens heeft een waarde van één, mee oneens een waarde van twee, neutraal een waarde van drie, mee eens een waarde van vier en zeer mee eens een waarde van vijf. Op deze wijze is het mogelijk om per aspect van persoonsgerichte zorg een gemiddelde score/mening per individu te berekenen. Deze gemiddelde score is noodzakelijk om zorgverleners en zorgvragers onderling te vergelijken. Voor deze vergelijking wordt een non-parametrische toetsingsmethode gebruikt, dit zal specifiek de Mann-Whitney U toets zijn. De keuze voor deze toetsing is gemaakt op basis van de volgende criteria: de data is gemeten op interval/ratio niveau, er is sprake van een kleine steekproef (<40) en de data is niet normaal verdeeld. Op basis van deze criteria is de MW-toets het meest passend. Bij de interpretatie van de output wordt een 95% betrouwbaarheidsinterval gehanteerd. Van significantie is dus sprake indien de significantie gelijk is aan of kleiner is dan 0,05. Er wordt bij de interpretatie van de output gekeken naar de exacte significantie en niet naar de asymptotische significantie, omdat de steekproef kleiner is dan 40 personen. Alle verworven gegevens en informatie worden vastgelegd met behulp van Word.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de, met SPSS verworven, statistische resultaten van het onderzoek besproken. De response van zorgverleners en zorgvragers op de uitgezette vragenlijsten betrof 100% voor beide groepen. Met de frequentie-analyse wordt er gekeken naar de procentuele verdelingen van de antwoordmogelijkheden tussen de groepen zorgverleners en zorgvragers. Daarnaast is met behulp van de Mann-Whitney U toets getoetst of zorgverleners en zorgvragers van mening verschillen over de vijf aspecten van persoonsgerichte zorg. Belangrijk is dat er voor de frequentie-analyse is gewerkt met afgeronde waarden, voor de Mann-Whitney U toets is gewerkt met niet afgeronde waarden en wordt een 95% betrouwbaarheidsinterval gehanteerd.

3.1 Respondentgroepen

Allereerst is er gekeken naar de geslachts- en leeftijdsverdeling van de response groepen. Voor beide groepen geldt dat er meer vrouwelijke dan mannelijke respondenten waren, zie tabel 2 voor de exacte waarden. Het merendeel van de zorgverleners valt in de leeftijdscategorie 18-24 jaar (82%). Een klein deel is tussen de 25 en 34 jaar oud (18%). Dit is vanzelfsprekend, omdat ervoor is gekozen om met studenten te werken voor dit pilot onderzoek. Het merendeel van de zorgvrager komen uit de leeftijdscategorieën 65+ (39%) en 45-54 jaar (28%), zie tabel 3 voor de exacte cijfers.

Tabel 2: Procentuele verdeling van geslacht tussen respondentgroepen

	Man	Vrouw
Zorgverlener	9%	91%
Zorgvrager	28%	72%

Tabel 3: Procentuele verdeling van leeftijd tussen respondentgroepen

	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65+
Zorgverlener	82%	18%				
Zorgvrager		11%	11%	28%	11%	39%

3.2 Werken met waarden en opvattingen van de patiënt

Uit de frequentie analyse is gebleken dat 64% van de zorgverleners van mening is rekening te houden met de waarden en opvattingen van de patiënt. Ook 67% van de zorgvragers is het hier mee eens. Respectievelijk 36% en 22% van de respondenten geeft aan neutraal te zijn in deze stelling. Geen van de zorgverleners is het oneens met deze stelling, terwijl dat wel geldt voor 11% van de zorgvragers (zie tabel 4).

Tabel 4: Frequentie analyse voor de categorie "Werken met waarden en opvattingen van de patiënt".

Frequentie analyse					
	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Zorgverlener			36%	46%	18%
Zorgvrager		11%	22%	61%	6%

Uit de resultaten van de Mann-Whitney U toets is gebleken dat zorgverleners en zorgvragers niet statistisch significant verschilden wat betreft hun mening over de mate waarin zorgverleners werken met de waarden en opvattingen van de zorgvrager (zie tabel 5).

Tabel 5: Mann-Whitney U toets voor de categorie "Werken met waarden en opvattingen van de patiënt" ($p < 0,05$)

Mann-Whitney U	Z	p-waarde
93,500	-0,250	0,808

3.3 Gedeelde besluitvorming

Van de zorgverleners geeft 100% aan moeite te doen om de zorgvrager te betrekken in het besluitvormingsproces rondom hun zorg. Van de zorgvragers is 67% het hier mee eens. 17% vindt dat ze niet voldoende worden betrokken bij de besluitvorming en de overige 17% is hierin neutraal (zie tabel 6).

Tabel 6: Frequentie analyse voor de categorie "Gedeelde besluitvorming"

Frequentie analyse					
	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Zorgverlener				82%	18%
Zorgvrager		17%	17%	56%	11%

Uit de resultaten van de Mann-Whitney U toets is gebleken dat zorgverleners en zorgvragers wel statistisch significant verschiden wat betreft hun mening over de betrokkenheid bij de besluitvorming over zorgprocessen (zie tabel 7).

Tabel 7: Mann-Whitney U toets voor de categorie "Gedeelde besluitvorming" ($p < 0,05$)

Mann-Whitney U	Z	p-waarde
53,000	-2,083	0,039

3.4 Authentieke betrokkenheid

100% van de zorgverleners geeft aan dat ze authentiek betrokken zijn bij de patiënten. Van de zorgvragers ervaart 67% dat ook. 11% van de zorgvragers ervaart het niet en 22% is hierin neutraal (zie tabel 8).

Tabel 8: Frequentie analyse voor de categorie "Authentieke betrokkenheid"

Frequentie analyse					
	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Zorgverlener				82%	18%
Zorgvrager		11%	22%	50%	17%

Uit de Mann-Whitney U toets is gebleken dat zorgverleners en zorgvragers niet statistisch significant verschillen wat betreft hun mening over authentieke betrokkenheid van de zorgverlener (zie tabel 9).

Tabel 9: Mann-Whitney U toets voor de categorie "Authentieke betrokkenheid" ($p < 0,05$)

Mann-Whitney U	Z	p-waarde
61,000	-1,736	,092

3.5 Welwillend aanwezig zijn

Uit de frequentie analyse blijkt dat 100% van de zorgverleners vindt dat ze welwillende aanwezigheid vertonen, wanneer ze bij een patiënt zijn. Hier is 67% van de zorgverleners het mee eens. 11% vindt dat niet en 22% is wederom neutraal (zie tabel 10).

Tabel 10: Frequentie analyse voor de categorie "Welwillend aanwezig zijn"

Frequentie analyse					
	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Zorgverlener				73%	27%
Zorgvrager		11%	22%	33%	33%

De Mann-Whitney U toets laat zien dat zorgverleners en zorgvragers niet statistisch significant verschillen wat betreft hun mening over het welwillend aanwezig zijn van de zorgverlener (zie tabel 11).

Tabel 11: Mann-Whitney U toets voor de categorie "Welwillend aanwezig zijn" ($p < 0,05$)

Mann-Whitney U	Z	p-waarde
79,500	-0,891	0,387

3.6 Holistische zorg verlenen

Uit de frequentie analyse blijkt dat, ook voor het verlenen van holistische zorg, 100% van de zorgverlener het er mee eens is dat zij dat doen. "Slechts" 44% van de zorgvrager kan zich hierin vinden. 17% van hen is het er mee oneens en 29% stelt zich hierin neutraal op (zie tabel 12).

Tabel 12: Frequentie analyse voor de categorie "Holistische zorg verlenen"

Frequentie analyse					
	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Zorgverlener				64%	36%
Zorgvrager		17%	39%	33%	11%

De Mann-Whitney U toets laat zien dat zorgverleners en zorgvragers wel statistisch significant verschillen wat betreft hun mening over het verlenen van holistische zorg (zie tabel 13).

Tabel 13: Mann-Whitney U toets voor de categorie "Holistische zorg verlenen" ($p < 0,05$)

Mann-Whitney U	Z	p-waarde
27,500	-3,250	0,001

4. Discussie

Voor dit onderzoek zijn twee verschillende vragenlijsten gebruikt om het verschil in mening, tussen zorgverlener en zorgvrager, over persoonsgerichte zorg aan het licht te brengen. De zorgverlenersvragenlijst is gebaseerd op de theorie van [McCormack et al., 2015](#) en is door de bedenkers ingedeeld naar, de in de methode benoemde, categorieën. De zorgvragersvragenlijst is tevens gebaseerd op deze theorie, echter was deze niet ingedeeld in (dezelfde) categorieën. Ten behoeve van dit onderzoek zijn de vragen alsnog zoveel mogelijk in analogie met de categorieën in de zorgverlenersvragenlijst ingedeeld. Hoewel de vragen door 4 verschillende personen onafhankelijk zijn ingedeeld in de 5 categorieën, kan niet worden gesteld dat de indeling van de zorgvragersvragenlijst, gebruikt in dit onderzoek, de juiste is. Andere onderzoekers kunnen hier andere meningen over zijn toegedaan, op basis van andere inzichten en meningen en dat zou dan resulteren in een andere categorisering en daarmee andere uitkomsten van het onderzoek. Vervolgens zijn de vragenlijsten uitgezet onder de twee respondentgroepen. De zorgverleners respondentgroep bestaat in zijn geheel uit hbo-v studenten en heeft een omvang van 11 respondenten. Daarmee is de respondentgroep niet representatief voor het beroepenveld van zorgverleners. Het gebruik van alleen maar hbo-v studenten is een noodzakelijk gevolg geweest van de beslissing om geen zorgverleners uit het beroepenveld te belasten tijdens de coronacrisis¹. De zorgvragersrespondentgroep bestaat uit mensen die een recente ziekenhuisopname hebben gehad en heeft een omvang van 18 respondenten. Vanwege het kleine aantal respondenten is deze groep naar alle waarschijnlijkheid onvoldoende representatief voor de huidige populatie Nederlanders die recent een opname heeft doorgemaakt.

Uit de frequentie-analyse is gebleken dat zorgverleners, per categorie bekeken, procentueel vaker een positieve mening hebben over het voldoen aan het bevestigde zorg-uitvoeringsaspect dan de zorgvragers van mening waren dat daaraan voldaan werd door de zorgverlener. Echter blijkt dit procentuele verschil tussen respondentgroepen voor drie van de vijf categorieën niet statistisch significant te zijn ($p > 0,05$). De categorie waarvoor de verschillen wel significant zijn, zijn “gedeelde besluitvorming” en “holistische zorg verlenen”. Het onderzoek van [Sladdin et al., 2019](#) constateert eveneens een verschil in mening op dezelfde punten. Volgens [Pel-Littel & van Veenendaal, 2015](#) denken zorgverleners vaak dat ze aan gedeelde besluitvorming doen, maar lijkt de praktijk echter weerbarstig. Uit nog te publiceren kwalitatief onderzoek, waarbij zorgvragers zijn gevraagd naar hun ervaringen bij hun meest recente ziekenhuisopname, uitgevoerd binnen het LeerSaam Noord project, lijkt eveneens naar voren te komen dat het plaats laten vinden van gedeelde besluitvorming in de praktijk lastig blijkt ([van der Weg, te verschijnen](#)). Het onderzoek naar holistische zorg van [Jorna, 2011](#) verklaard dat het niet bieden van holistische zorg mogelijk valt te wijten aan het fenomeen dat verpleegkundigen het beeld van hulpverlener hoog willen houden. Daardoor wordt het moeilijker voor verpleegkundigen om zichzelf op hetzelfde niveau te verplaatsen als de patiënt, hetgeen noodzakelijk wordt geacht om holistische zorg te verlenen.

Er kunnen bij de resultaten enkele kanttekeningen worden geplaatst. Allereerst wordt de manier besproken waarop de frequenties (percentages) zijn berekend. Iedere antwoordcategorie heeft een waarde toegekend gekregen. Dit zijn de waarden 1 tot en met 5 en corresponderen respectievelijk met “Zeer mee oneens” tot en met “Zeer mee eens”. Om individueel tot een gemiddelde score voor een categorie te komen wordt er gebruik gemaakt van afronding. Een gemiddelde score van 3,50 wordt afgerond naar een gemiddelde van 4,00. Een respondent scoort daarmee dus “Mee eens” op de betreffende categorie. Deze afronding is noodzakelijk om de frequentie analyse uit te voeren, omdat 3,50 niet correspondeert met een antwoordcategorie en 4,00 wel. Bij het berekenen van de

frequenties is dus sprake van middeling van de scores, wat leidt tot een gegeneraliseerd beeld en gepaard gaat met verlies van meer specifieke informatie.

Vanwege het verlies van informatie is er besloten om bij de Mann-Whitney toets gebruik te maken van de niet afgeronde waarden. Ten opzichte van de wel afgeronde waarden bij de frequentie analyse. De frequentie analyse en de Mann-Whitney toets kunnen onderling niet met elkaar worden vergeleken, omdat niet met dezelfde waarden is gerekend.

Als tweede discussiepunt wordt het invullen van de antwoordkeuze “neutraal” besproken. Deze antwoordkeuze werd door veel respondenten regelmatig ingevuld. In het belang van duidelijke uitkomsten zou deze optie bij voorkeur zo min mogelijk gekozen moeten worden. Met het invullen van deze antwoordoptie wordt er namelijk geen inhoudelijke informatie gegeven door de respondent en kan gesteld worden dat er sprake is van verlies van informatie. Het gebruik van een andere antwoordschaal kan leiden tot een genuanceerder beeld van de resultaten.

Ten derde wordt de gebruikte toetsingsmethode besproken. Om het verschil tussen zorgverleners en zorgvragers aan te tonen is gebruik gemaakt van een non-parametrische toetsingsmethode, namelijk de Mann-Whitney U toetsing. Het nadeel van een non-parametrische toetsingsmethode zoals de hier gebruikte MW-toets is, dat deze een minder groot onderscheidend vermogen heeft en het daarom slechter doet dan een parametrische toetsingsmethode (zoals een ongepaarde t-toets). Het is met een non-parametrische toetsingsmethode dus moeilijker om een significant verschil aan te tonen.

Het huidige (pilot) onderzoek laat eerste resultaten zien met betrekking tot hoe zorgverleners en zorgvragers, in een verpleegkundige setting, denken over persoonsgerichtheid in de zorg die ze respectievelijk bieden en ontvangen. De resultaten van dit onderzoek kunnen ondersteuning bieden bij bepalingen over hoe de te bieden zorg persoonsgerichter kan worden gemaakt. Vervolgonderzoek is daarbij echter nog wel noodzakelijk, omdat het hier slechts een klein pilotonderzoek betrof, waarin niet de mening van zorgverleners actief in het beroepenveld is meegenomen. Indien er vervolgonderzoek wordt gedaan, dan is dus het advies om zorgverleners mee te nemen die momenteel werkzaam zijn in het beroepenveld. Dit zal mogelijk nieuwe inzichten kunnen geven over hoe “de echte” zorgverleners (“in het veld”) denken over persoonsgerichte zorg. Tevens is het advies om grotere steekproeven te nemen bij vervolgonderzoek, die representatief zijn voor het verpleegkundig beroepenveld en voor zorgvragend Nederland.

Tot slot is het raadzaam om na te denken over het gebruik van een eventuele zeven-punt Likertschaal in plaats van de gebruikte vijf-punt Likertschaal in dit onderzoek. Uit de resultaten komt naar voren dat veel mensen kiezen voor de optie “neutraal” bij het invullen van een antwoord op de vraag/stelling. Door te kiezen voor een zeven-punts-Likertschaal zijn mensen mogelijk minder snel geneigd om te kiezen voor de antwoordoptie “neutraal”, omdat er twee extra antwoordmogelijkheden zijn ten aanzien van een vijf-punts-Likertschaal. Een andere optie is het gebruik van een antwoordschaal met een even aantal antwoordopties, zonder de keuze “neutraal”. Op deze wijze wordt de respondent geforceerd tot het geven van zijn/haar mening.

5. Conclusie

In dit pilotonderzoek is er getracht een antwoord te vinden op de vraag: In hoeverre vinden zorgverleners dat zij, ten aanzien van het zorgproces, persoonsgerichte zorg aanbieden en in welke mate ervaart de zorgvrager dit? Beantwoording van de hoofdvraag gebeurt op basis van vijf deelvragen, die hierna nogmaals worden genoemd:

- Hoe wordt er omgegaan met de opvattingen en waarden van de zorgvrager?
- Vindt er gedeelde besluitvorming plaats?
- Is de zorgverlener “authentiek betrokken” bij de zorgvrager?
- Vertoont de zorgverlener “welwillende aanwezigheid” bij de zorgvrager?
- Wordt er “holistische zorg” verleend?

Het merendeel van de zorgverleners is van mening rekening te houden met de waarden en opvattingen van de patiënt (64%). Ook het merendeel van de zorgvragers vindt dat zorgverleners hier rekening mee houden (67%). Het onderlinge verschil in mening tussen zorgverleners en zorgvragers verschilt daarin niet significant ($p=0,808$).

Alle zorgverleners vinden dat ze patiënten betrekken bij besluitvorming(en) ten aanzien van het zorgproces. Van de zorgvragers vindt eveneens het merendeel dat ze worden betrokken bij de besluitvorming (67%). Ondanks het laatste feit blijkt het verschil in mening tussen zorgverleners en zorgvragers over gedeelde besluitvorming significant te zijn ($p=0,039$).

Van de zorgverleners vindt iedereen dat ze authentiek betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt. Het merendeel van de zorgvragers is het met de zorgverleners eens (67%). Het verschil in mening tussen zorgverlener en zorgvrager is hierin niet significant ($p=0,092$).

Alle zorgverleners vinden dat ze welwillend aanwezig zijn wanneer er voor een patiënt wordt gezorgd. Van de zorgverleners is het overgrote deel het hiermee eens (66%). Het verschil in mening tussen beide groepen is hierin niet significant ($p=0,387$).

Alle van de ondervraagde zorgverleners vinden dat ze holistische zorg verlenen aan de patiënten. Slechts 44% van de patiënten is het daar mee eens. Zorgverleners en zorgvragers verschillen op dit punt significant van mening over respectievelijk verlenen en ontvangen van holistische zorg ($p=0,001$).

Ter beantwoording van de hoofdvraag kan het volgende worden gesteld, namelijk dat van de vijf onderscheiden categorieën van persoonsgerichte zorg, waaraan moet worden voldaan om zo persoonsgericht mogelijk zorg te bieden, het merendeel van de zorgverleners vindt dat ze aan alle categorieën voldoen. Van de zorgvragers vindt het merendeel dat de zorgverleners voldoen aan drie van de vijf categorieën van persoonsgerichte zorg. De categorieën “Gedeelde besluitvorming” en “Holistische zorg verlenen” zijn hierop echter een uitzondering. Dit zijn de categorieën van zorg waarover zorgverleners en zorgvragers onderling significant van mening blijken te verschillen.

6. Aanbevelingen

6.1 Gedeelde besluitvorming

Om gedeelde besluitvorming beter tot zijn recht te laten komen in de zorg is het als zorgverlener belangrijk om niet meer geprotocolleerd te handelen. De keuze die gemaakt moet worden over de te bieden zorg moet niet meer worden gemaakt vanuit het perspectief dat de zorgverlener de professional is. Dit vergt een andere benaderingstechniek van de zorgverlener, namelijk in gesprek gaan met de zorgvrager over de mogelijkheden van te bieden zorg, waarbij de zorgvrager in de keuze wordt ondersteund door de zorgverlener. Het kennen van gesprekstechnieken en het hebben van gespreksvaardigheden kan bijdragen aan het betrekken van zorgvragers in de besluitvorming. Belangrijk is dat er dergelijke gesprekstechnieken voor gedeelde besluitvorming worden ontwikkeld en dat zorgverleners deze gesprekstechnieken leren beheersen. Het onder de knie krijgen van dergelijke gesprekstechnieken en -vaardigheden vereist kennis en oefening. Primair is het van belang dat zorgverleners daarin onderwijs en training krijgen.

6.2 Holistische zorg

Holistische of complementaire zorg, is zorg die zich richt op de lichamelijke, emotionele, mentale, spirituele en sociale behoeften van de mens. Een belangrijk principe van holistische zorg is dat deze niet klachtgericht maar gezondheidgericht is. Een aantal technieken die worden toegepast in de holistische zorg zijn: massages, werken met etherische oliën en kruiden, luisteren naar muziek en het uitvoeren van ontspanningsoefeningen. Sommige van deze technieken mogen niet door iedere zorgverlener worden toegepast, hiervoor dient aanvullende scholing gevolgd te worden. Reguliere en holistische zorg worden veelal nog gezien als twee losse vormen van zorg, waarbij holistische zorg aanvullend is op de reguliere zorg. Belangrijk voor de toekomst is dat deze vormen van zorg gezien gaan worden als één geheel. Belangrijk is dat er binnen de opleiding tot verpleegkundige eveneens aandacht wordt geschonken aan deze vorm zorg, zodat verpleegkundigen de kennis en ervaring hebben om holistische zorgtechnieken toe te passen waarvoor geen extra scholing gevolgd dient te worden. Maar stimuleer en bied verpleegkundigen eveneens de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen in de holistische zorgverlening, door hen de ruimte en keuze te geven om deze extra scholing te volgen.

Bronnen

- de Laat, M., & Coenders, M. (2011). Communities of practice en netwerklernen. *Handboek human resource development*, 417–428. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8565-2_24
- de Punder, K., Heim, C., Wadhwa, P. D., & Entringer, S. (2019). Stress and immunosenescence: The role of telomerase. *Psychoneuroendocrinology*, 101, 87–100. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.10.019>
- Gebrestinos, Y. (2020). *Samenwerking in het leernetwerk*. Geraadpleegd van [file:///C:/Users/Tsjes/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/A45TVB0A/Yosi1600-4.rapportage%20onderzoek-1920-2-1%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Tsjes/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/A45TVB0A/Yosi1600-4.rapportage%20onderzoek-1920-2-1%20(1)%20(1).pdf)
- Hoekstra, J. (2020a). *Zorgprofessionals in een leernetwerk*. Geraadpleegd van <file:///C:/Users/Tsjes/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/A45TVB0A/Hoek1610-4.rapportage%20onderzoek-1920-2-1.pdf>
- Huber, M. (2012). Nieuwe definitie gezondheid. Geraadpleegd op 11 september 2019, van <https://www.actiz.nl/ledennet-onderwerpen/gezondheid/openbaar/nieuwe-definitiegezondheid>
- Jorna, M. A. (2011, 10 januari). 2.3.9. *Problemen bij implementatie van holistische benadering*. Geraadpleegd van <https://psychiatrischeverpleegkunde.wordpress.com/2011/01/10/2-3-9-problemen-bij-implementatie-van-holistische-benadering/>
- Kennisplein Zorg voor Beter. (2019, 13 juli). *Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg*. Geraadpleegd op 18 februari 2020, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>
- McCance, T., & McCormack, B. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Healthcare* (2de editie). Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=o8pJDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA36&dq=mccormack+and+mccance+2017&ots=PJcGP6sD16&sig=lpvt4q9WABlarsr0_NZrBJUHD-Q#v=onepage&q=mccormack%20and%20mccance%202017&f=false
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015 september). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1). Geraadpleegd van <https://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>
- Morey, J. N., Boggero, I. A., Scott, A. B., & Segerstrom, S. C. (2015). Current directions in stress and human immune function. *Current Opinion in Psychology*, 5, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.007>
- Nelissen J, Degryse J. Salutogenese. Wat houdt iemand gezond? *Huisarts Nu* 2015; 44:26-31. https://www.researchgate.net/publication/276906596_Salutogenese
- Overdijk, J. M. (2020). *Actieleren in een leernetwerk*. Geraadpleegd van <file:///C:/Users/Tsjes/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/A45TVB0A/Over1600-4.rapportage%20onderzoek-1920-2-1.pdf>
- Pel-Littel, R., & van Veenendaal, H. (2015). Gedeelde besluitvorming. *Bijblijven*, 31(8), 611–621. <https://doi.org/10.1007/s12414-015-0074-5>
- Sladdin, I., Ball, L., Gillespie, B. M., & Chaboyer, W. (2019). A comparison of patients’ and dietitians’ perceptions of patient-centred care: A cross-sectional survey. *Health Expectations*, 22(3), 457–464. <https://doi.org/10.1111/hex.12868>
- Slater, P., McCance, T., & McCormack, B. (2017). The development and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 541–547. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066>

- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W., Jordan, J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796–804.
- Taskforce. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek - Wie durft?* Geraadpleegd van <https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Ouderen/PLZ/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf>
- Timmer S. Psychische stress en het immuunsysteem. *Van Nature* nr. 12, 2009 <https://studylibnl.com/doc/1396297/psychische-stress-en-het-immuunsysteem>
- Vaandrager, L. (2013). Een salutogene visie op gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(3), 136. <https://doi.org/10.1007/s12508-013-0048-x>
- van den Muijsenbergh, M. (2019). Gezondheidsverschillen vragen om persoonsgerichte, integrale zorg door eerstelijns- en publieke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97(1–2), 36–39. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-0223-9>
- van der Cingel, C. J. M., & Jukema, J. S. (2014). Praktijken van goede zorg voor ouderen. *Persoonsgerichte zorg.* <https://doi.org/10.1007/978-90-368-0449-3>
- van Duin, C., & Stoeldraijer, L. (2014). *Bevolkingsprognose 2014-2060: groei door migratie.* Geraadpleegd van <file:///C:/Users/Tsjes/Downloads/2014-bevolkingsprognose-2014-2060-groei-door-migratie-art.pdf>
- van Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016). *'Positieve gezondheid' in Nederland Wie, wat, waarom en hoe?* Geraadpleegd van [file:///C:/Users/Tsjes/Downloads/rapport-posgez-innl2016-zonmw iph def\(1\).pdf](file:///C:/Users/Tsjes/Downloads/rapport-posgez-innl2016-zonmw iph def(1).pdf)
- WHO. (2020, 19 februari). *Home.* Geraadpleegd op 19 februari 2020, van <https://www.who.int/>
- ZonMw. (2019). *LeerSaam Noord: samen werken, samen leren. De inzet van leernetwerken en de ontwikkeling van een leerwerkmethodode voor goede praktijkvoering door verzorgenden en verpleegkundigen in Friesland en Groningen.* - Verslagen - ZonMw. Geraadpleegd op 18 februari 2020, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/project-detail/kwaliteit-van-zorg-ondersteuning-kwaliteitsinstituut/leersaam-noord-samen-werken-samen-leren-de-inzet-van-leernetwerken-en-de-ontwikkeling-van-een-le/verslagen/>

Bijlagen

Bijlage I Vragenlijst zorgverleners

Het eerste gedeelte van deze vragenlijst slaat op persoonlijke gegevens. Deze vragen worden niet gesteld om u te kunnen identificeren, maar om verschillen aan te kunnen tonen tussen verschillende groepen mensen.

Vink één antwoord aan op elk van de volgende vragen.

Nr.	Vraag	Antwoord
1	Wat is uw geslacht?	Man/Vrouw
2	Welk opleidingsniveau heeft u?	Helpende/verzorgende/verpleegkundige/ anders, namelijk:
3	Hoeveel jaar ervaring heeft u in de zorg?	Minder dan 1/ 1-5/ 6-10/ meer dan 10

Geef a.u.b. aan hoeveel u het eens of oneens bent met elk van de volgende uitspraken:

Onderdeel 2						
Nr.	Vraag	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
1	Ik ben in staat de verschillende zorgmogelijkheden te bespreken.					
2	Als ik zorg verleen aan patiënten/bewoners/cliënten, heb ik aandacht voor meer dan alleen de handeling zelf.					
3	Ik zoek actief naar mogelijkheden om mijn kennis en vaardigheden te vergroten.					
4	Ik sta open voor en erken de mening van een ander.					
5	In gesprekken toon ik respect voor anderen.					
6	Ik gebruik verschillende manieren om tot oplossingen te komen die voor beide partijen acceptabel zijn.					
7	Ik ben me bewust van hoe mijn non-verbale gedrag, mijn relatie met anderen beïnvloedt.					
8	Ik streef ernaar om hoge kwaliteit van zorg te bieden.					
9	Ik probeer zo veel mogelijk de patiënt/bewoner/cliënt en diens familie te leren kennen om zo doende holistische (geestelijk, lichamelijk, sociaal) zorg te bieden.					
10	Ik doe extra moeite om tijd door te brengen met patiënten/bewoners/cliënten.					
11	Ik streef ernaar om zorg van hoge kwaliteit te bieden, die onderbouwd is met literatuur, professionele ervaringskennis en de wensen/behoefes van de patiënt/bewoner/cliënt.					
12	Ik zoek continu naar manieren om de ervaring van de patiënt/bewoner/cliënt te verbeteren.					
13	Ik neem tijd om na te denken over waarom ik reageer zoals ik reageer in bepaalde situaties.					
14	Ik reflecteer om te kijken of hoe ik handel overeenkomt met wie ik ben.					
15	Ik sta stil bij hoe mijn levenservaring mijn handelen beïnvloedt.					
16	Ik vraag feedback aan anderen over mijn handelen.					
17	Ik laat collega's weten wanneer hun handelen tegen de normen en waarden van ons team in gaan.					
18	Ik help collega's met de ontwikkeling van hun handelen zodat het overeenkomt met de waarden en normen van het team.					
19	Ik herken wanneer er een tekort is aan kennis en vaardigheden in het team en hoe dit de zorgverlening beïnvloedt.					
20	Ik kan beargumenteren wanneer de mix van kwaliteiten binnen het team onacceptabel is.					

Geef a.u.b. aan hoeveel u het eens of oneens bent met elk van de volgende uitspraken:

Nr.	Vraag	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
21	Ik waardeer de inbreng van alle teamleden en hun bijdrage aan de zorg.					
22	Ik ben actief in teamvergaderingen en neem de inhoud mee in de beslissingen die ik neem.					
23	Ik neem deel aan organisatie-breed vergaderingen waar besluiten genomen worden die invloed hebben op de zorg.					
24	Ik heb toegang tot mogelijkheden (denk aan vergaderingen, ideeën busen, laagdrempelige manager enz) waarmee ik invloed kan uitoefenen op besluiten binnen de organisatie.					
25	Er wordt naar mijn mening gevraagd bij het nemen van beslissingen in de zorg (bijv. bij afdelingsronde/visite, patiëntenbesprekingen, ontslagplanning).					
26	In mijn team wordt mijn bijdrage aan persoonsgerichte zorg gewaardeerd.					
27	In ons team wordt iedereen gestimuleerd een bijdrage te leveren aan persoonsgerichte zorg.					
28	Ik vind dat mijn collega's voorbeeldgedrag vertonen hoe je als collega's goed met elkaar om moet gaan.					
29	De bijdrage van collega's wordt herkend en erkend.					
30	Ik draag actief bij aan het opstellen van gezamenlijke doelen.					
31	De leidinggevende stimuleert deelname van iedereen.					
32	Ik word aangemoedigd en ondersteund om ontwikkelingen in de praktijk te leiden.					
33	Ik word ondersteund om dingen anders te doen zodat ik mijn handelen kan verbeteren.					
34	Ik weet een goede balans te vinden tussen het volgen van richtlijnen en protocollen en het verantwoord afwijken hiervan.					
35	Ik vind het belangrijk om vragen te stellen over de praktijk, zodat ik de huidige zorg kan helpen verbeteren.					
36	Ik let op hoe de fysieke omgeving (bijv. geluid, licht, warmte, etc.) invloed heeft op de waardigheid van de patiënt/bewoner/cliënt.					
37	Ik prikkel anderen om na te denken over hoe omgevingsfactoren (bijv. geluid, licht, warmte, etc.) invloed hebben op persoonsgerichte zorg.					
38	Ik zoek naar creatieve manieren om de fysieke omgeving te verbeteren.					
39	In mijn team vieren we goede prestaties.					
40	Mijn organisatie herkent en beloont successen.					
41	Mijn bijdrage aan het leveren van goede zorg voor patiënten/bewoners/cliënten wordt erkend.					

Geef a.u.b. aan hoeveel u het eens of oneens bent met elk van de volgende uitspraken:

Nr.	Vraag	Zeer mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
42	Ik word ondersteund om mijn zorgen te bespreken over de zorgverlening					
43	Ik heb de mogelijkheid om mijn handelen en professionele ontwikkeling regelmatig te bespreken.					
44	Mijn handelen bij een patiënt/bewoner/cliënt wordt beïnvloed door wat ik van hem/haar weet.					
45	Ik zie de patiënt/bewoner/cliënt als lid van een familie en houd daar rekening mee tijdens de zorg.					
46	Ik vraag feedback van de patiënt/bewoner/cliënt over hoe hij/zij de zorg ervaart.					
47	Ik moedig patiënten/bewoners/cliënten aan belangrijke zaken bespreekbaar te maken.					
48	Ik betrek de mening van familie in beslissingen over de zorg als dat gepast is en/of als dat de wens is van de patiënt/bewoner/cliënt.					
49	Ik werk samen met de patiënt/bewoner/cliënt om doelen te formuleren voor zijn toekomstige gezondheid.					
50	Ik help patiënten/bewoners/cliënten om zich te informeren bij andere disciplines over de zorg die ze ontvangen.					
51	Ik probeer het perspectief van de patiënt/bewoner/cliënt te begrijpen.					
52	Ik zoek naar een oplossing als mijn doelen voor de patiënt/bewoner/cliënt niet overeenkomen met zijn/haar perspectief.					
53	Wanneer gepast, betrek ik relevante mensen in het zorgproces					
54	Ik luister actief naar de patiënt/bewoner/cliënt, zodat ik onbekende behoeftes kan ontdekken.					
55	Ik verzamel extra informatie waarbij ik de patiënt/bewoner/cliënt beter kan ondersteunen.					
56	Ik geef mijn onverdeelde aandacht aan de patiënt/bewoner/cliënt als ik bij hem/haar ben.					
57	Ik streef er naar de gehele patiënt/bewoner/cliënt te zien (zowel zijn geestelijke, sociale en lichamelijke aspecten).					
58	Ik houd rekening met alle aspecten van iemand zijn leven bij het bepalen van de zorgbehoeften.					
59	Ik verleen zorg die rekening houdt met de hele persoon.					

Dank u voor de tijd die u heeft genomen om deze vragenlijst in te vullen.

Persoonsgerichte Zorg Enquête - Zorgvrager

Bedankt voor akkoord te gaan om deze vragenlijst in te vullen.
Uw deelname wordt gewaardeerd.

Er zijn geen 'goed' of 'fout' antwoorden. Graag iedere vraag zo accuraat mogelijk

De volgende vragen hebben betrekking op uzelf. Graag één antwoord per vraag aankruisen.
We kunnen u niet identificeren aan de hand van uw antwoorden.

1. **Bent u**
- | | |
|--------|--------------------------|
| Vrouw | <input type="checkbox"/> |
| Man | <input type="checkbox"/> |
| Anders | <input type="checkbox"/> |
2. **Leeftijd**
- | | |
|--------------|--------------------------|
| 18 - 24 jaar | <input type="checkbox"/> |
| 25 - 34 jaar | <input type="checkbox"/> |
| 35 - 44 jaar | <input type="checkbox"/> |
| 45 - 54 jaar | <input type="checkbox"/> |
| 55 - 65 jaar | <input type="checkbox"/> |
| 65 + jaar | <input type="checkbox"/> |

Gelieve in te vullen hoeveel u het er mee eens of oneens bent bij elk van de volgende stellingen.

1. Zorgmedewerkers doen de moeite om te begrijpen wat voor mij belangrijk is.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Zorgmedewerkers gebruiken mijn persoonlijke ervaring om een relatie met mij op te bouwen.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Zorgmedewerkers betrekken mij bij het maken van besluiten over mijn zorg

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Zorgmedewerkers houden rekening met mijn leefomgeving bij het voldoen aan mijn zorgbehoeften.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Zorgmedewerkers geven mij volledig de aandacht als ze bij mij zijn

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ik voel me veilig om tegen de zorgmedewerkers te zeggen wat belangrijk voor me is.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ik voel me veilig om aan zorgmedewerkers feedback te geven over mijn ervaringen met de zorg.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Zorgmedewerkers stellen vragen over mijn leven.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Zorgmedewerkers maken verbinding met mij als persoon.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Zorgmedewerkers vragen of ik alle informatie die ik wil, heb ontvangen.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Zorgmedewerkers gaan er niet vanuit dat zij weten wat het beste voor mij is.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Als we het niet eens zijn over mijn zorg, proberen de zorgmedewerkers dat te vinden waar we wel overeenkomen.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Mijn familie wordt alleen bij beslissingen over mijn zorg betrokken, als ik dat wil.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Als ze voor mij zorgen gebruiken zorgmedewerkers dat wat ze over mij als persoon weten.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ik heb het gevoel dat er voor mij gezorgd wordt.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Zorgmedewerkers reageren medelevend als ik van streek of ongelukkig ben.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Zorgmedewerkers helpen mij om mijn zorgen over mijn behandeling en zorg kenbaar te maken.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Zorgmedewerkers luisteren naar mij en horen wat ik te zeggen heb over mijn zorg.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Zorgmedewerkers begrijpen mijn familieomstandigheden wanneer ze voor me zorgen.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Zorgmedewerkers helpen mij om realistische doelen te stellen.

Sterk mee oneens	Oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage III Uitleg categorisering

Vraag 2: *Zorgmedewerkers gebruiken mijn persoonlijke ervaringen om een relatie met mij op te bouwen.*

De keuze voor deze vraag lag tussen de categorieën “werken met opvattingen en waarden van de patiënt” en “welwillend aanwezig zijn”. Er is gekozen om deze toe te wijzen aan de categorie “welwillend aanwezig zijn”. Binnen deze stelling kan het accent op twee zaken liggen, namelijk: gebruiken van persoonlijke ervaringen of het opbouwen van een relatie. Er is gekozen om het accent binnen de vraag op dat laatste punt te leggen, omdat het aangaan van een relatie met de patiënt bij andere vragen minder aan de orde komt.

Vraag 8: *Zorgmedewerkers stellen vragen over mijn leven.*

Deze vraag is toegewezen aan de categorie “holistische zorg verlenen”, omdat holistische zorg kijkt naar de mens als geheel en alle factoren die van invloed zijn op de mens. Met het stellen van vragen over het leven van de patiënt, wordt dus aandacht besteed aan meer dan alleen de patiënt.

Vraag 9: *Zorgmedewerkers maken verbinding met mij als persoon.*

Deze vraag is toegewezen aan de categorie “authentieke betrokkenheid”, omdat de nadruk wordt gelegd op het woord “verbinding”. Bij authentieke betrokkenheid gaat het om bewuste acties die van direct waarde zijn, dit kan voor zowel zorgverlener als zorgvrager zijn.

Vraag 10: *Zorgmedewerkers vragen of ik alle informatie die ik wil heb ontvangen.*

Informatie wordt gezien als belangrijk bij het gezamenlijk maken van beslissingen. Zodoende is de vraag gecategoriseerd onder “gedeelde besluitvorming”.

Vraag 11: *Zorgmedewerkers gaan er niet vanuit dat zij weten wat het beste voor mij is.*

Vanuit de gedachte dat er niet vanuit een expert rol wordt gehandeld, maar dat er wordt gevraagd naar de waarden en opvattingen maakt dat deze vraag is gecategoriseerd onder “werken met opvattingen en waarden van de patiënt”.

Vraag 12: *Als we het niet eens zijn over mijn zorg, proberen zorgmedewerkers dat te vinden waarover we wel overeenstemmen.*

De term overeenstemming sluit aan bij het principe van samen beslissen. De vraag is gecategoriseerd onder de “gedeelde besluitvorming”.

Vraag 14: *Als ze voor mij zorgen gebruiken zorgmedewerkers dat wat ze over mij als persoon weten.*

In deze stelling gaat het om alles wat ze over de persoon weten en is er niet alleen oog voor diens ziekte of aandoening. Deze gedachten past bij holistische zorg, zodoende dat deze daaronder gecategoriseerd is.

Vraag 15: *Ik heb het gevoel dat er voor mij gezorgd wordt.*

De vraag wekt de indruk dat een zorgverlener net iets meer doet voor een patiënt dan dat er van hem/haar gevraagd wordt. Dit maakt dat de categorie “welwillend aanwezig zijn” het best aansluit bij de stelling.

Vraag 16: *Zorgmedewerkers reageren medelevend als ik van streek of ongelukkig ben.*

Vraag 16 is gecategoriseerd onder authentieke betrokkenheid, omdat het woord meeleven in de literatuur op dusdanige wijze beschreven wordt dat het overeenkomt met de betekenis van authentieke betrokkenheid.

Vraag 17: *Zorgmedewerkers helpen mij om mijn zorgen over mijn behandeling of zorg kenbaar te maken.*

Is gecategoriseerd onder “werken met opvattingen en waarden van de patiënt”, omdat er iets gedaan wordt met dat wat de patiënt vindt.

Vraag 18: *Zorgmedewerkers luisteren naar mij en horen wat ik te zeggen heb over mijn zorg.*

Er wordt moeite gedaan om te luisteren naar de patiënt. Bij authentieke betrokkenheid gaat het om bewuste acties die van direct waarde zijn, dit kan voor zowel zorgverlener als zorgvrager zijn. Om deze reden is deze stelling toegewezen aan de categorie “authentieke betrokkenheid”.

Vraag 19: *Zorgmedewerkers begrijpen mijn familieomstandigheden wanneer ze voor mij zorgen.*

Familieomstandigheden zijn factoren die van invloed zijn op de patiënt. Het meenemen van deze aspecten past bij de betekenis van holistische zorg. Er is gekozen om deze stelling onder holistische zorg te categoriseren.