Dialovo

Van Verbrugghe Anne-Marie, lector, Katholieke Hogeschool Leuven, dep. G&T

Referentie Dewar, B., & Nolan, M. (2013). Caring about caring: developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (9), 1278-1258. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008

Datum mei 2014

Vanuit een jarenlange bezorgdheid over de kwaliteit van zorg in geriatrische ziekenhuisafdelingen wordt er vanuit het beleid en de praktijk veel aandacht besteed aan medelevende zorg en de bevordering van de waardigheid. Beide zijn kernwaarden voor het bereiken van excellentie in de zorg en jobtevredenheid bij de zorgverleners (Darzi, 2008; Department of Health, 2009). Wat medeleven betekent in de gezondheidssector en hoe het kan gerealiseerd worden in de alledaagse praktijk in een cultuur gericht op efficiëntie en effectiviteit is echter niet duidelijk. Vandaar het empirisch onderzoek in dit artikel, waarin ouderen, familieleden en zorgverleners betrokken werden in het omschrijven van medelevende, relatiegerichte zorg en in het identificeren van strategieën om dergelijke zorg te bevorderen in geriatrische ziekenhuisafdelingen.

Voorafgaand aan het empirisch onderzoek werd een literatuurstudie over medelevende zorg uitgevoerd, aan de hand van de trefwoorden *care*, *compassionate care*, *dignity*, *relationship-centred care* en *person centred care* in Medline, CINAHL, PsycLit en Index to Theses. Uit de resulterende synthese bleek zowel een gebrek aan consensus over een omschrijving van medeleven als aan een omvattend model over hoe het zou kunnen worden bereikt in de praktijk. De belangrijkste kenmerken van medelevende zorg werden echter wel geïdentificeerd, waaronder het herkennen van kwetsbaarheid en lijden, het afstemmen op de behoeften van anderen, het behouden van de integriteit en het erkennen van de mens achter de ziekte (Dewar, 2011). In wezen gaat medeleven dus vooral om het besef van andermans gevoelens, begrijpen hoe patiënten worden beïnvloed door hun ervaringen en met hen omgaan op een zinvolle manier (Dewar, Pullin & Tocher, 2011).

De relationele processen en praktijken die medeleven ondersteunen, vereisen de ontwikkeling van deskundige interpersoonlijke relaties. Hoe dergelijke relaties kunnen worden opgebouwd in de praktijk wordt in dit onderzoek nagegaan.

**Methode**

Het onderzoek vormde de kern van het 'Leadership in Compassionate Care Programme' (LCCP), een uitgebreid programma van Edinburgh Napier University en NHS Lothian met als doel medelevende zorg te integreren in elke verpleegkundige praktijk (Edinburgh Napier University & NHS Lothian, 2012). In het onderzoek, dat plaatsvond tussen januari 2008 en januari 2009 op een gemengde afdeling (24 bedden) voor ouderen werd *Appreciative Inquiry*[[1]](#footnote-1)gecombineerd met actieonderzoek om praktijkverandering te ontwikkelen en evalueren. Het gaat om een doelgerichte steekproef die bestaat uit 35 personeelsleden (verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici en medisch personeel), 10 patiënten en 12 familieleden. De personeelsleden werden gevraagd patiënten en familieleden uit te nodigen tot deelname, rekening houdend met de toestand van de patiënten en de aanwezigheid van de onderzoeker (Dewar werkte twee dagen per week op de afdeling gedurende het jaar dat het onderzoek plaatsvond).

Verschillende methoden werden gebruikt bij de gegevensverzameling: het verzamelen van verhalen tijdens emotionele contactmomenten waarin de verteller aangeeft hoe hij zich voelt m.b.t. de verschillende aspecten van zijn ervaring (Bate & Robert, 2007; Dewar, Mackay, Smith, Pullin & Tocher, 2010); gestructureerde observatie; foto-elicitatie waarbij de deelnemers gebruik maken van beelden om samen te vatten hoe bepaalde ervaringen voelen (Dewar, 2012; Dewar et al., 2011; Hansen-Ketchum & Myrick, 2008); verkenning van overtuigingen en waarden door middel van groepsgesprekken, informele observaties en gesprekken vastgelegd als veldnotities.

Deze multimethode aanpak zorgt ervoor dat verschillende perspectieven over hetzelfde onderwerp werden verkend en kan de beperkingen van elke individuele methode minimaliseren. De bevindingen werden voortdurend teruggekoppeld aan de deelnemers van het onderzoek. Een op samenwerking gebaseerde aanpak, gericht op real-time feedback en positieve ontwikkeling van de praktijk stond centraal.

**Resultaten**

Uit de analyse van de data kwamen twee belangrijke dimensies van persoons- en relationele kennis op de voorgrond die zorgverleners, patiënten en familie helpen om de gang van zaken te verbeteren: ‘weten wie ik ben en wat belangrijk voor me is’ en ‘begrijpen hoe ik me voel’. De ontwikkeling van dergelijke kennis gaat gepaard met een complexe vorm van relationele praktijk (Parker, 2008; Williams, Nolan & Keady, 2009) die inhoudt dat men betrokken is bij 'waarderende zorgzame gesprekken’.

De eerste dimensie van persoons- en relationele kennis *'weten wie ik ben en wat belangrijk voor me is’* geeft het betrokken personeel, patiënten en familieleden een beter begrip hoe mensen zichzelf definiëren en wat zij belangrijk vinden, met inbegrip van hun sympathieën, antipathieën, waarden en overtuigingen. Dergelijke kennis bestaat uit drie subtypes: 'het maken van verbinding, een klik hebben’, 'de kleine dingen die ertoe doen kennen’ en ‘niet veronderstellen te weten hoe mensen verzorgd willen worden’. Uitzoeken wat telt voor de individuen helpt om de bestaande praktijk in vraag te stellen. De persoonlijke filosofie van 'do unto others'[[2]](#footnote-2) lijkt intuïtief goed, maar zorgverleners gaan vaak niet na of het in overeenstemming is met wat de patiënt wil. In het verloop van het actieonderzoek gingen de zorgverleners meer aandacht besteden aan de verhalen van de patiënten en familie en begonnen zaken te veranderen: langgekoesterde, grotendeels impliciete overtuigingen werden uitgedaagd.

“I’ve really learnt that what I think is important and right might not be what the patient thinks. I have to take a step back and think- well that is not what I think but let’s go with it.”

De mate waarin de zorgverleners zich comfortabel voelden om de dagelijkse praktijk in vraag te stellen hing grotendeels af van de steun die ze van collega's en leidinggevenden ontvingen.

De tweede dimensie van persoons- en relationele kennis *‘begrijpen hoe ik me voel’* vereist dat de zorgverleners de emotionele aspecten van de zorg onderzoeken. Het omvat vier soorten acties: 'herkennen van emotie en verwoorden van gevoelens'; 'verbinden met anderen door te vragen hoe ze zich voelen'; 'merken hoe zij zichzelf en anderen voelen bij een ervaring' en 'het ondersteunen van mensen in het luisteren en reageren op feedback'.

Het ontwikkelen van persoons- en relationele kennis hield in dat de betrokkenen verbinding maakten, zich emotioneel engageerden en reflecteerden over hun verworven inzichten om de ervaring van de ander beter te begrijpen. Deze processen brachten onzekerheden met zich mee en konden spanningen creëren, maar hielpen ook om de bestaande praktijk uit te dagen en meer responsieve relaties tussen alle groepen te smeden. Schijnbaar alledaagse interacties waren doordrenkt met subtiele betekenis en zin. De aard van de opgedane kennis speelt een centrale rol in de derde dimensie: de manier waarop iedereen samenwerkt om de gang van zaken te verbeteren.

*‘Samenwerken om de gang van zaken te verbeteren’* zorgde er tijdens het onderzoek voor dat de deelnemers zich betrokken en gehoord voelden, maar hield ook het nemen van risico’s in. Het vereiste een omgeving die zowel aanmoedigde om open en eerlijk te zijn, maar die ook de beperkingen erkende en hielp om oplossingen te vinden. Met dergelijke ondersteuning waren de zorgverleners, patiënten en familieleden beter in staat om compromissen te sluiten gebaseerd op een volledig begrip van de situatie.

Het opbouwen en gebruiken van de bovenbeschreven soorten persoons- en relationele kennis vereist een bepaald type relationele praktijk, namelijk ‘het aangaan van waarderende zorgende gesprekken' (Dewar, 2011). Uit de analyse van de data blijkt dat aan de grondslag van deze gesprekken zeven essentiële kenmerken liggen, de zogenaamde zeven C’s: being **c**ourageous; **c**onnecting emotionally; being **c**urious; **c**ollaborating; **c**onsidering other perspectives; **c**ompromising; and **c**elebrating,

‘Being courageous’ houdt in dat men bereid is om risico’s te nemen en vragen durft stellen, dat men kan werken met onzekerheid en kan opkomen voor veranderingen in gevestigde praktijken. Men heeft moed om zich buiten de comfortzone van de vanzelfsprekende praktijk te begeven.

‘Connecting emotionally’ gaat over het uitnodigen om over het gevoel te praten en het aangaan van een emotionele band. Zorgverleners bevragen patiënten hoe ze de zorg ervaren en delen hun eigen gedachten.

‘Being curious’ betreft het vragen naar de ervaring als middel om bestaande veronderstellingen uit te dagen en een alternatieve aanpak te vinden.

‘Being collaborative’ houdt in: mensen betrekken bij beslissingen, ontwikkelen van een gedeelde verantwoordelijkheid.

‘Considering others’ perspectives’ betekent een ander perspectief verkennen, erkennen dat anderen niet dezelfde overtuiging hebben en zich comfortabel voelen om meningsverschillen open te bespreken.

‘Compromising’ houdt in dat men streeft naar consensus door middel van discussie en reflectie en bereid is te geven en te nemen.

‘Being celebratory’ betekent het bewust onderzoeken naar wat werkt en waarom, en mensen waarderen in hun bijdrage.

Het volgende model illustreert de verschillende elementen van medelevende relatiegerichte zorg, die het resultaat vormen van het actieonderzoek.



**Reflectie**

Het onderzoek gebeurt via Appreciative Inquiry door alle betrokken partijen te bevragen wat in de praktijk al goed werkt. Deze insteek vind ik zeer zinvol, vanuit de overtuiging dat er veel goede praktijken bestaan en dat men kan leren van elkaar. Zorgverleners en studenten hebben nood aan rechtstreekse feedback van patiënten en familieleden, maar ook van hun collega’s, zodat ze hun zorg kunnen bijsturen. In de alledaagse praktijk ervaren ze echter veel belemmeringen in het opdoen van deze relationele kennis, zoals tijdsdruk, groepsdruk, onzekerheid,... Het artikel vermeldt in dit verband de cultuur van efficiëntie en effectiviteit en probeert via AI de fijne kneepjes van medelevende relatiegerichte zorg te achterhalen. Pas als men openstaat voor het perspectief van patiënten en hun belangrijke derden kan men kwaliteit bieden en afstappen van de vanzelfsprekende zorg. Tijdens het onderzoek zelf waren heel wat veranderingen waar te nemen op de werkvloer, doordat de drie verschillende partijen aan de slag gingen met de reeds gekregen feedback.

De ‘ik’ in ‘weten wie ik ben en wat belangrijk voor me is’ slaat niet enkel op de patiënt, maar eveneens op de hulpverlener en de familie van de patiënt. Dit blijkt uit de voorbeelden in het artikel, waarin onder andere een student beschrijft het leuk te vinden met zijn naam genoemd te worden en niet met ‘de student’. Zich persoonlijk ontwikkelen, zelfkennis opdoen en zich transparant opstellen naar patiënten en familieleden zijn competenties waar in een opleiding verpleegkunde op ingezet wordt.

De begrippen ‘compassion’ en ‘compassionate care’ blijken niet eenvoudig te vertalen naar het Nederlands. Mededogen, medelijden, compassie? De meest passende vertaling lijkt mij medelevende zorg. De definiëring van medelevende zorg vertoont veel gelijkenissen met empathische en belevingsgerichte zorg. Nieuw is wel de manier om dergelijke zorg te verzekeren: via medelevende zorgende gesprekken via de zeven C’s, meer bepaald de nadruk op de eerste C: being courageous. Volgens mij is dit meteen de grootste struikelblok voor zorgverleners en zeker voor studenten. Om te durven afstappen van routinematige zorg is er moed nodig, men stelt zich immers kwetsbaar op. Het artikel vermeldt het belang van een ondersteunende omgeving en leidinggevenden en geeft aan dat deze vorm van relationele praktijk tegenwoordig nog niet volledig wordt erkend of bevorderd binnen ziekenhuissettings. Het artikel biedt geen antwoord op de vraag wat helpend kan zijn voor de studenten om ‘moedig te zijn’. Hoe kan een opleinding verpleegkunde studenten hierin stimuleren? Ik had hier wel op gehoopt, aangezien in de inleiding stond dat het onderzoek deel uitmaakte van driejarig programma (Leadership in Compassionate Care Programme, LCCP) om medelevende zorg in de praktijk en educatieve omgevingen te integreren.

**Literatuurlijst**

Bate, P., & Robert, G. (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement: the concepts methods and practices of experience based design*. Radcliffe Publishing, Oxford.

Darzi, A. (2008). *High quality care for all: NHS Next Stage Review Final Report*. Department of Health, London.

Department of Health (2009). The National Health Service Constitution. Available from: <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/> NHSConstitution/Documents/nhs-constitution-interactiveversion-march-2012.pdf (accessed 05.06.12).

Dewar, B. (2011). *Caring about caring: an appreciative inquiry about compassionate relationship centred care*. Unpublished PhD Thesis. Edinburgh Napier University, Edinburgh.

Dewar, B., Mackay, R., Smith, S., Pullin, S., & Tocher, R. (2010). Use of emotional touchpoints as a method of tapping into the experience of receiving compassionate care in a hospital setting. *Journal of Research in Nursing*, 15(1), 29–41.

Dewar, B., Pullin, S., & Tocher, R. (2011). Valuing compassion through definition and measurement. *Journal of Nursing Management*, 17(9), 32–37.

Edinburgh Napier and NHS Lothian (2012). *Leadership in compassionate care Programme. Final report*. Edinburgh Napier University, Edinburgh.

Hansen-Ketchum, P., & Myrick, F. (2008). Photo-methods for qualitative research in nursing: an ontological and epistemological perspective. *Nursing Philosophy*, 9(3), 205–213.

Parker, V.A. (2008). Connecting relational work and workgroup context in caregiving organizations. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 38(3), 276–297.

Williams, S., Nolan, M., & Keady, J. (2009). Relational practice as the key to ensuring quality care for frail older people: discharge: planning as a case example. *Quality in Ageing*, 10(3), 44–55.

1. Appreciative Inquiry (AI) is een aanpak voor organisatieverandering waarbij mensen samen onderzoeken wat er werkt in plaats van wat er verkeerd gaat. AI verlegt de focus van problemen naar perspectief en van ontkennen, klagen en kritiek geven naar verantwoordelijkheid nemen, eigenaarschap en samenwerken. Dit levert de creativiteit, betrokkenheid, acties en initiatieven op die nodig zijn om veranderingen succesvol te realiseren (http://www.appreciative-inquiry.nl) [↑](#footnote-ref-1)
2. The Golden Rule or ethic of reciprocity is an [ethical code](http://en.wikipedia.org/wiki/Ethics) that essentially states either of the following:

   * One should treat others as one would like others to treat oneself (positive form)
   * One should not treat others in ways that one would not like to be treated (negative form, also known as the [Silver Rule](http://en.wikipedia.org/wiki/Silver_Rule)).

   (http://www.en.wikipedia.org/wiki/Golden\_Rule) [↑](#footnote-ref-2)