

Tilburg University

Zelfscan mensgerichte verpleeghuiszorg

Muller-Schoof, I.J.M.; Stoop, A.; Snoeren, M.; Luijkx, K.

Published in:
Onderwijs en Gezondheidszorg

Publication date:
2023

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Muller-Schoof, I. J. M., Stoop, A., Snoeren, M., & Luijkx, K. (2023). Zelfscan mensgerichte verpleeghuiszorg. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 7.

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.

Zelfscan Mensgerichte Verpleeghuiszorg

Mensgerichte verpleeghuiszorg is wat we tegenwoordig onder goede verpleeghuiszorg verstaan. Zorgprofessionals doen hun best om zorg van goede kwaliteit te bieden. Welk instrument biedt hen inzicht of zij mensgerichte zorg verlenen, hoe kunnen zij dat monitoren en ontwikkelen? Wij onderzochten deze vragen met deskundigen uit zorgpraktijk, onderwijs en wetenschap.

Inleiding

Loes is in opleiding tot verzorgende en loopt stage in een verpleeghuis op een leerafdeling voor mensen met chronische somatische aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson of een beroerte. Ze is nieuwsgierig en wil goede zorg verlenen. Ze start elke werkdag met het formuleren van een leervraag. Vandaag wil ze haar aandacht richten op 'mensgerichte verpleeghuiszorg'. Ze wil weten hoe je mensgerichte zorg in het dagelijkse werk kan toepassen. Ze vindt het nu nog een vaag begrip, want zorgen voor bewoners is toch altijd mensgericht, zo denkt ze. Ze heeft eigenlijk geen idee waar ze op moet letten, dus besluit ze het aan haar werkbegeleider te vragen vandaag.

Over het concept mensgerichte verpleeghuiszorg (soms vertaald als persoonsgerichte verpleeghuiszorg) is veel geschreven, maar het in praktijk brengen is makkelijker gezegd dan gedaan. Deze holistische zorgbenadering richt zich op het respecteren van de autonomie en waardigheid, het bevorderen van welzijn en het creëren van een betekenisvolle leefomgeving voor bewoners. Daarnaast richt het zich op de ontwikkeling van zorgprofessionals. Instrumenten als de *Person-Centred Care Assessment Tool* (PCAT) meten de kwaliteit van mensgerichte zorg. De wensen, behoeften en gewoonten van de mens met dementie staan bij de P-CAT centraal.

De P-CAT is een vragenlijst met dertien onderdelen die meet hoe medewerkers de mensgerichte cultuur op een psychogeriatrische afdeling ervaren. In het kader van een onderwijsontwikkelingsproject (Muller-Schoof, 2023a) vroegen wij ons af of er een instrument bestaat dat zorgprofessionals, maar ook studenten zoals Loes, in staat stelt om hun *eigen* mensgericht denken en handelen te evalueren, in plaats van de ervaren mensgerichtheid van de afdeling, zoals bij de P-CAT. Ook zochten we een instrument voor zorgprofessionals van alle afdelingen in een verpleeghuis. Onze onderzoeksvraag was: welk instrument biedt zorgverleners in verpleeghuizen inzicht in de mate waarin zij zelf mensgerichte zorg bieden, zodat ze kunnen leren en ontwikkelen in mensgerichte zorg?

Methode

De Delphi-methode is een geschikte benadering voor het verzamelen van kennis van deskundigen en het bereiken van overeenstemming bij complexe vraagstukken. We stelden een panel van deskundigen samen op het gebied van de zorgpraktijk en onderwijs, met kennis over, wetenschap en/of ervaring in de (mensgerichte) verpleeghuiszorg. We nodigden 52 mensen uit ons netwerk uit om deel te nemen aan het onderzoek. We streefden naar een gelijke verdeling over de genoemde deskundigheidsgebieden (tabel 1). Alle deskundigen gaven in de eerste elektronische vragenlijst toestemming voor deelname aan het onderzoek. De antwoorden op de vragenlijsten werden geanalyseerd en samengevat en anoniem teruggekoppeld aan het panel. Drie auteurs (IM, AS en KL) analyseerden en categoriseerden de antwoorden.

Tabel 1. Aantal deskundigen en vertegenwoordigde deskundigheidsgebieden per ronde

Deskundigheidsgebied	Ronde 1 (n)	Ronde 2 (n)	Ronde 3 (n)
Kwaliteit verpleeghuis	13	8	9
Verpleeghuiszorg praktijk	8	7	6
Mensgerichte zorg	11	7	8
V&V* zorgonderwijs	14	8	8
Totaalaantal **	25	19	16

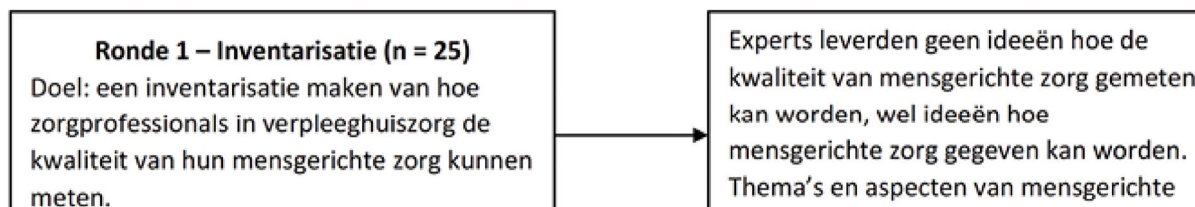
* V&V = verzorgenden en verpleegkundigen

** Totaalaantal is geen optelling, sommige deskundigen categoriseerden zichzelf op meerdere deskundigheidsgebieden

In drie rondes vroegen wij om hun inzichten te delen en overeenstemming te bereiken over de elementen die een zelfevaluatieinstrument voor mensgerichte verpleeghuiszorg zou moeten bevatten. Oorspronkelijk waren er drie rondes gepland: een inventarisatieronde, een prioriteringsronde en een consensusronde (figuur 1).

In de inventarisatieronde vroegen we deskundigen of ze bekend waren met hulpmiddelen of instrumenten voor het beoordelen van mensgerichte zorg in verpleeghuizen. Aanvankelijk wilden we de inventarisatie van alle maatregelen, instrumenten, kwaliteitsindicatoren en feedbackmechanismen in de tweede ronde laten prioriteren en in de derde ronde overeenstemming bereiken. In de eerste ronde droegen de deskundigen echter geen instrumenten aan, maar manieren om mensgerichte zorg te bieden, zoals "door open vragen te stellen aan ouderen", "luisteren naar hun levensverhaal". In de tweede ronde richtten we ons daarom op de essentiële aspecten van mensgerichte zorg. Op basis van de input van de deskundigen prioriteerden en categoriseerden we deze aspecten. De belangrijkste aspecten namen we op in een evaluatie-instrument, die we de *Zelfscan mensgerichte verpleeghuiszorg* noemden. In de derde ronde deelden we het instrument met de deskundigen en verzamelden hun feedback om aanpassingen te doen.

Vervolgens presenteerden we de aangepaste zelfscan aan de deskundigen. We voerden ook semi-gestructureerde interviews uit met twee verpleeghuisbewoners en twee familieleden om resultaten van de Delphi-studie te toetsen op compleetheid en om erachter te komen of bepaalde clusters of aspecten belangrijker waren dan andere. Daarna analyseerde de eerste auteur de audiobestanden van de semi-gestructureerde interviews met bewoners en familieleden en vatte de antwoorden samen. Ten slotte gebruikten we het resultaat van het Delphi-onderzoek in twee lesmodules onder de paraplu van het onderwijs-ontwikkelingsproject. De mee-ontwikkende deskundigen uit zorg en onderwijs kregen de mogelijkheid feedback te geven op de zelfscan.



Resultaten

Eerste ronde

Op basis van de input van de deskundigen vonden we achttien belangrijke aspecten van mensgerichte zorg (tabel 2).

Tweede ronde

Tabel 2 toont de prioriteitscores en de rangschikking van deze mensgerichte zorgaspecten uit ronde twee. Door de prioritering en toelichting van de deskundigen werden sommige aspecten niet apart opgenomen in de laatste versie, maar ergens ondergebracht.

Derde ronde

We vroegen de deskundigen om feedback te geven op de voorlopige versie van de zelfscan en of deze inzicht gaf in de mate waarin zorgprofessionals mensgerichte zorg bieden. We gebruikten de feedback om nog wijzigingen aan te brengen in de uiteindelijke zelfscan (figuur 2). De aanpassingen zaten hem vaak in gebruikte taal of meervoudigheid van aspecten. Ook pasten we de indeling aan en maakten we meer clusters.

Tabel 2. Prioritering en clustering van belangrijke aspecten van mensgerichte verpleeg-huiszorg

	De zorgprofessional:	Totale prioriteitsscore ¹	Cluster
1.	Kent de bewoner	25	1
2.	Brengt een wederkerige relatie tot stand	16	1
3.	Heeft aandacht voor de hele persoon	12	2
4.	Biedt zorg op maat	11	2
5.	Kent zichzelf	9	3
6.	Levert zorg die leidt tot welzijn van de cliënt	8	2
7.	Leert en ontwikkelt zichzelf voortdurend	8	3
8.	Stimuleert de autonomie van de cliënt	7	2
9.	Gebruikt relationele vaardigheden	5	1
10.	Initieert gedeelde besluitvorming	3	2
11.	Verleent zorg vanuit een flexibele houding	3	2
12.	De omgeving draagt bij aan het welzijn van de cliënt	2	2
13.	Verleent zorg vanuit een nieuwsgierige basishouding	2	2
14.	Verleent zorg vanuit een sensitieve grondhouding	2	2
15.	Kent het persoonsgerichte zorgkader	1	2
16.	Biedt sensitieve zorg	0	2
17.	Biedt helende zorg	0	2
18.	Gebruikt communicatieve vaardigheden	0	1

¹Scores zijn de som van de prioriteiten (eerste keuze = drie punten, tweede keuze = twee punten, derde keuze = één punt); totaalscore variërend van minimaal 0 tot maximaal 57

1 = cluster 'leveren van relationele zorg, inclusief het kennen van de bewoner'

2 = cluster 'zorg verlenen die leidt tot welbevinden van de bewoner'

3 = cluster 'jezelf kennen als zorgprofessional'

Bewoners en naasten

We interviewden twee bewoners van verpleeghuizen en twee kinderen van mensen met dementie. Er ontbrak niets volgens hen en zij vonden alle clusters even belangrijk. Op basis hiervan zijn er geen verdere aanpassingen aan de zelfscan gedaan.

Aanpassing deskundigen onderwijs

Deskundigen die mee-ontwikkelden in het onderwijs-ontwikkelingsproject (Muller-Schoof, 2023a) stelden nog aanpassingen aan de zelfscan voor, wat leidde tot een finale versie (figuur 2). Ten eerste breidden we de schaal van de zelfscan uit, door een zespunts-Likertschaal te gebruiken in plaats van een vijfpunts-Likertschaal, om invullers echt te laten kiezen en geen midden aan te bieden. Daarnaast voegden we een extra aspect voor zelfzorg toe (6f), om een goede omgang met werkdruk te stimuleren.

Hoe is je inschatting over de beheersing van onderstaande aspecten? Omcirkel het meest geschikte antwoord.

	1	2	3	4	5	6
	Zeer slecht	Onvoldoende	Bijna voldoende	Voldoende	Goed	Uitstekend
						mijn score
1	De zorgvrager kennen					
	Van de zorgvragers aan wie ik zorg verleen					
	a.	ken ik het zorgleefplan				1 2 3 4 5 6
	b.	ken ik de levensloop				1 2 3 4 5 6
	c.	ken ik hun persoonlijkheidskenmerken				1 2 3 4 5 6
	d.	ken ik hun relaties (familie en naasten)				1 2 3 4 5 6
	e.	weet ik wat ze belangrijk vinden				1 2 3 4 5 6
	f.	weet ik waar ze een hekel aan hebben				1 2 3 4 5 6
	g.	weet ik wat de zorgvrager nog graag doet				1 2 3 4 5 6
	h.	weet ik wat de zorgvrager nog wenst				1 2 3 4 5 6
						mijn score
	1	2	3	4	5	6
	Geen beheersing	Onvoldoende beheersing	Bijna voldoende beheersing	Voldoende beheersing	Goede beheersing	Uitstekende beheersing
2	De zorgvrager erkennen					
	Ik zie de totale mens bij het verlenen van de zorg					1 2 3 4 5 6
3	Afstemmen, contact maken en relatie tot stand brengen					
	a.	Ik stem eerst met de zorgvrager af en ik sluit mij aan bij de behoeften en/of wensen van de zorgvrager voor ik zorg verleen				1 2 3 4 5 6
	b.	De zorg die ik verleen is geen eenrichtingsverkeer, ik breng een relatie tot stand				1 2 3 4 5 6
4	Respectvolle benadering					
	a.	Ik bejegen de zorgvragers met respect				1 2 3 4 5 6
	b.	Ik bejegen hun relaties (of vertegenwoordiger) met respect				1 2 3 4 5 6
	c.	Ik luister zonder oordeel				1 2 3 4 5 6
	d.	Ik vul niet in voor een ander				1 2 3 4 5 6
5	Gezamenlijk besluiten nemen					
	a.	Ik overleg met de zorgvrager/vertegenwoordiger en betrek relaties bij besluitvorming, indien van toepassing				1 2 3 4 5 6
	b.	Ik overleg met collega's				1 2 3 4 5 6
	c.	We besluiten gezamenlijk met de zorgvrager/vertegenwoordiger				1 2 3 4 5 6
6	Feedback en persoonlijke ontwikkeling					
	a.	Ik check regelmatig of mijn zorgverlening bijdraagt aan het welbevinden en de tevredenheid van de zorgvrager				1 2 3 4 5 6
	b.	Ik vraag regelmatig feedback aan naasten van de zorgvrager				1 2 3 4 5 6
	c.	Ik vraag regelmatig feedback aan collega's				1 2 3 4 5 6
	d.	Ik doe iets met de feedback die ik ontvang				1 2 3 4 5 6
	e.	Ik neem deel aan intervisie				1 2 3 4 5 6
	f.	Ik check regelmatig of ik mijn eigen grenzen niet overga en hoe het met mijn welzijn staat				1 2 3 4 5 6
	g.	Ik ken mijn eigen normen en waarden				1 2 3 4 5 6
Totale score (Minimale score: 25 - maximale score: 150)						

Wat kun je met de zelfscan in scholing en praktijk?

Loes legt haar werkbegeleider haar probleem voor dat ze eigenlijk niet weet waar ze op moet letten om mensgerichte zorg te verlenen. Haar werkbegeleider downloadt de zelfscan mensgerichte verpleeghuiszorg en laat die aan Loes zien. 'Denk maar aan mevrouw Koert als je de zelfscan invult.' Loes leest de zelfscan en begint een beter idee te krijgen waarover mensgerichte zorg

gaat. Een beetje beteuterd is ze wel, want ze kent mevrouw Koert niet zo goed als ze van tevoren gedacht had. Met haar werkbegeleider kijkt ze haar resultaten door. 'Nu we weten hoe je ervoor staat, kunnen we een plan maken,' zegt zij, 'waar zou je vandaag aandacht aan willen besteden? Ik zou twee dingen uitkiezen.' Loes wil iets meer over de levensloop van mevrouw Koert weten en neemt zich voor daarover met mevrouw Koert in gesprek te gaan. Ook neemt Loes zich voor feedback aan bewoners te vragen over hoe zij haar begeleiding ervaren. Aan het eind van de dag nemen Loes en haar werkbegeleider de dag door. Het is Loes gelukt om mevrouw Koert te spreken, maar feedback vragen is zij vergeten in de drukte van de dag. Dat punt neemt ze mee voor een volgende werkdag.

De zelfscan biedt opleiders van verzorgenden en verpleegkundigen een waardevol instrument om hen te ondersteunen in hun ontwikkeling van mensgerichte zorg in verpleeghuizen en samen ontwikkelpunten te formuleren. Door twee keer per jaar de zelfscan in te laten vullen, kunnen zorgprofessionals ontwikkeling in hun mensgerichtheid volgen en gerichte acties ondernemen. Bovendien kan de zelfscan dienen als een instrument voor zelfevaluatie, waarbij opleiders en teams zelfreflectie kunnen stimuleren en een cultuur van continue ontwikkeling kunnen bevorderen.

Aankomende zorgprofessionals testten de zelfscan (Muller-Schoof et al., 2023b) en leerden over het gebruik van de zelfscan. Zij vullenden de scan in maximaal tien minuten in. Bij het invullen ontstond bewustzijn over mensgerichte zorg, waardoor het leren en ontwikkelen op gang kwam.

Bij het invullen bestaat de kans van onderschatting of overschatting. Wij raden daarom aan om de ingevulde zelfscan met iemand te bespreken, zoals een collega, een werkbegeleider, opleider, bewoner of mantelzorger. Ook kunnen sommige studenten of zorgprofessionals teleurgesteld zijn bij de eerste keer invullen, omdat ze laag scoren. Daarom is het nuttig om hen van tevoren erop te wijzen dat een "onvoldoende" scoren past bij de ontwikkelingsfase en dat de zelfscan ontwikkelmogelijkheden laat zien. Tenslotte is de zelfscan een aanwijzing op welk gebied (aankomende) zorgprofessionals het mensgericht doen en denken kunnen versterken. De zelfscan biedt geen handleiding voor hoe dat te doen. Opleiders zijn de aangewezen deskundigen om de lerende zorgprofessionals hierbij te ondersteunen.

Hieronder geven we een paar voorbeelden daarvan:

- De zelfscan leent zich goed om drie belangrijke feedbackvragen te beantwoorden over mensgericht zorgverlenen:
 - Hoe sta ik ervoor?
 - Wat wil ik bereiken?
 - Wat is de volgende stap?
- Een ingevulde zelfscan is een praatstuk om met een docent, lecturer practitioner, opleider of begeleider te bespreken. Hoe schat iemand zichzelf in, hoe ziet een opleider dat? Welke andere perspectieven zijn nog nuttig om erbij te betrekken? Een cliënt, een mantelzorger, een specialist ouderengeneeskunde? Wat kan de volgende stap zijn? De (aankomende) zorgprofessional maakt een plan om te ontwikkelen op bepaalde punten. Over een paar maanden kan degene de zelfscan weer invullen, om de ontwikkeling in kaart te brengen.
- Opleiders kunnen zelf opdrachten verbinden ter ontwikkeling van de clusters. Zoals bij cluster "de zorgvrager kennen" een levensboek te laten maken samen met een bewoner en/of naaste(n), een sociogram te laten maken waarmee de sociale omgeving van een bewoner systematisch in kaart wordt gebracht. Of bijvoorbeeld de lesmodule 'Vertel eens! Leren van verhalen' aanbieden. Hiermee kunnen aankomende zorgprofessionals oefenen om te leren van verhalen van bewoners en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren (Muller-Schoof et al., 2023b).
- Een tweede voorbeeld is het ontwikkelen van het cluster "de bewoner erkennen, de totale mens zien tijdens de zorgverlening." Een valkuil in het verlenen van zorg kan zijn om alleen de ziekte of beperking van een bewoner te zien of een opvallend kenmerk. Een zorgverlener ziet een bewoner als "een dementerende dame" of "verlamde man". Men ziet de bewoner niet als heel persoon, met een rijk verleden, heel veel eigenschappen, verlangens en mogelijkheden. Hulpvragen om een ontwikkeling op dit aspect op gang te helpen, kunnen zijn: hoe zie jij een bewoner? Klopt deze veronderstelling? Hoe kan je dat weten? Heb je weleens een label of etiket voor de bewoner? Of hoor je anderen weleens een etiket plakken op een bewoner? Wat gebeurt er door een etiket te plakken op iemand? Wat leer je hiervan? Wat ga je met deze kennis doen?

Ook de behoeften van bewoners zijn een belangrijk aspect om te erkennen. In hoeverre kent de (aankomende) zorgprofessional die van een bewoner en is er verbetering mogelijk om hieraan tegemoet te komen? Bespreek bijvoorbeeld als opleider het behoeften-model van Kitwood, zie figuur 2.

- Voor de zelfscan mensgerichte verpleeghuiszorg en de handleiding, zie www.mensgerichteouderenzorg.nl.



Conclusie

De zelfscan voor mensgerichte verpleeghuiszorg draagt bij aan kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen. De zelfscan stelt opleiders en (aankomende) verzorgenden en verpleegkundigen in staat om mensgerichte ontwikkeling op gang te brengen. Door het implementeren van de zelfscan als een regulier evaluatie-instrument, kunnen verpleeghuizen een meer mensgerichte zorgomgeving creëren die (aankomende) zorgprofessionals in staat stelt te leren en ontwikkelen.

Financiering

Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, subsidienummer 516022521, 2019.

AUTEUR(S)



Irene Muller-Schoof

is gepromoveerd aan Tilburg University | TSB | Tranzo | Academische Werkplaats Ouderen, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg. Correspondentie: i.j.m.muller-schoof@tilburguniversity.edu



Annerieke Stoop

is senior onderzoeker & onderzoeksmakelaar, werkzaam bij de Academische Werkplaats Ouderen, Tranzo, Tilburg University.



Miranda Snoeren

is lector Professionele Werkplaatsen aan Fontys Hogeschool, domein mens en maatschappij, te Eindhoven.



Katrien Luijkx

is hoogleraar mensgerichte ouderenzorg en maatschappelijke impact, Academische Werkplaats Ouderen, Tranzo, Tilburg University.

Referentie(s)

1. Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.
2. Muller-Schoof, I. J. M., Verbiest, M.E.A., Snoeren, M. & Luijckx, K.G. (2023a). Lessons Learned From Co-Designing Educational Programs for Student and Practicing Healthcare Professionals in Nursing Homes: A Participatory Qualitative Study. *Journal of Participatory Research Methods*, Vol. 4, (Issue 1,).
<https://doi.org/10.35844/001c57529>
3. Muller-Schoof, I., Snoeren, M., Verbiest, M., Stoop, A., & Luijckx, K. (2023b). 'Tell Me! Learning from Narratives': an evaluation of an educational programme on narrative inquiry for nursing home care students. *International Practice Development Journal*, 13(1), 1-18. <https://doi.org/10.19043/ipdj.131.004>

Auteur

Annerieke Stoop, Irene Muller-Schoof, Miranda Snoeren, Katrien Luijckx

Printdatum

6 december 2023

E-pubdatum

15 december 2023

ISSN print

0920-8100

ISSN online

1876-5793