

Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming

Een theorie over afstemmingskennis in de acute zorg

Ria den Hertog-Voortman

Lay out: Gildeprint Enschede
Foto omslag: Hans Bruinsma
Printed by: Gildeprint Enschede
© 2015, F. den Hertog-Voortman

VRIJE UNIVERSITEIT

Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming

Een theorie over afstemmingskennis in de acute zorg

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad Doctor aan
de Vrije Universiteit Amsterdam,
op gezag van de rector magnificus
prof.dr. V. Subramaniam,
in het openbaar te verdedigen
ten overstaan van de promotiecommissie
van de Faculteit der Godgeleerdheid
op dinsdag 8 december 2015 om 13.45 uur
in de aula van de universiteit,
De Boelelaan 1105

door

Frederika den Hertog-Voortman

geboren te Ede

promotor: prof.dr. J.S. Reinders
copromotor: dr. T.J.H. Niessen

Beoordelingscommissie:

prof.dr. A.J. Baart

prof.dr. R.R. Ganzevoort

prof.dr. C. Gastmans

prof.dr. P.F. Roodbol

prof.dr. M.J. Schuurmans

dr. B. Cusveller

“Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie”

(Excellente verpleegkundige)

Inhoud

1. Algemene inleiding; Goede verpleegkundige zorg en patiëntvoorkeuren	11
2. Patiëntvoorkeuren en de verpleegkundige besluitvorming; Literatuurreview.....	19
3. Verbondenheid in zorg; De rol van patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming	35
4. Participerende observatie; ‘Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie’	53
5. Een theorie over afstemmingskennis; Vergelijking met bestaande theorieën	66
6. Slotbeschouwing	84
Referenties	92
 Samenvatting.....	 104
Summary	110
 Bijlagen	 116
Bijlage 1. Literature search.....	117
Bijlage 3. Achtergrondkenmerken respondenten	152
Bijlage 4. Topiclist interview-onderzoek	154
Bijlage 5. Van codes naar concepten.....	155

1. Algemene inleiding; Goede verpleegkundige zorg en patiëntvoorkeuren



1. Algemene inleiding; Goede verpleegkundige zorg en patiëntvoorkeuren

Inleiding

Het onderwerp in dit proefschrift is de vraag naar een goede kwaliteit van verpleegkundige zorg in het ziekenhuis. Een algemeen aanvaard uitgangspunt in het denken over kwaliteit van zorg is dat deze zorg in elk geval ook afgestemd moet zijn op de individuele patiënt. Ook als wordt gesteld dat kwalitatief goede verpleegkundige zorg meer omvat dan goede resultaten in de behandeling, ook dan geldt dat afstemming op de voorkeuren van de patiënt een noodzakelijk ingrediënt is van goede zorg. Kort samengevat: zonder deze afstemming geen goede verpleegkundige zorg.

Dit algemene uitgangspunt kan worden verantwoord in het kader van het hedendaagse streven in de gezondheidszorg naar een *Evidence-Based Practice* (EBP). EBP is in de laatste twee decennia rond de eeuwwisseling gepresenteerd als een probleemoplossende aanpak, waarin empirisch bewijs met klinische expertise en voorkeuren van patiënten wordt geïntegreerd. De gedachte is dat een goede kwaliteit van zorg gediend is met het inzetten van wetenschappelijke kennis en instrumenten (methodieken en behandelingen) waarvan de positieve effecten zijn bewezen. Met het oog op het correcte gebruik van deze instrumenten dienen voorgeschreven richtlijnen en protocollen te worden gevolgd. Dit betekent dat in het kader van EBP van verpleegkundigen wordt gevraagd te werken op basis van wetenschappelijk gevalideerde kwaliteitsindicatoren die risicofactoren helpen opsporen en interventies aanwijzen die naar goede uitkomsten sturen. Aldus opgevat wordt het streven naar EBP ingezet om de kwaliteit van zorg te kunnen verantwoorden en waar nodig te verbeteren.

De invoering van het EBP paradigma wordt door de beroepsgroep over het algemeen beoordeeld als een positieve ontwikkeling. Men is het er over eens dat de instrumenten voor bewaking van kwaliteit van zorg, mits wetenschappelijk gevalideerd, in de gereedschapstas van elke verpleegkundige thuishoren ongeacht verschillen in ervaring en opleiding. Tegelijkertijd zijn er echter ook vragen. Zo wordt uit onderzoek duidelijk dat meer dan de helft van de verpleegkundigen het verplicht invullen van de kwantitatieve scorelijsten als belemmerend ervaart in het professionele handelen (De Veer & Francke, 2009; Struijs & Van de Vathorst, 2009). Voor de verpleegkundigen komt de kern van hun vak in het gedrang. Deze kern kan worden gedefinieerd als de verplichting om het welbevinden van de patiënten te verbeteren door in een persoonlijke relatie voor hen te zorgen en bij te dragen aan hun genezing (Bishop & Scudder, 1997). Men geeft aan niet meer toe te komen aan het leggen van die goede zorgrelatie met de patiënt, van waaruit verpleegkundige zorg op maat kan worden verleend. De kritiek van de verpleegkundigen sluit aan bij een bezwaar dat veelvuldig valt te beluisteren, een bezwaar tegen een centraal aangestuurd kwaliteitsbeleid waarin professionals moeten werken met extern gedefinieerde resultaatafspraken (Haggerty & Grace, 2008; Weggeman, 2008). Daarnaast wordt gesteld dat er meer ruimte en erkenning moet komen voor de vakkundigheid van professionals die zelf beslissen over de inzet van het juiste gereedschap om tot goede zorg te komen (Freidson, 2001; Sellman, 2011; Sennett, 2008).

In dit proefschrift wordt getracht de discussie over verschillende sturingsmodellen voor kwaliteit van zorg te overstijgen door *binnen* het kader van EBP te onderzoeken hoe goede verpleegkundigen hun zorgverlening afstemmen op de voorkeuren van individuele patiënten en hun familie. Om dit aannemelijk te maken is het allereerst nodig te laten zien 1) dat er een duidelijke overlap bestaat tussen het streven naar EBP en de door verpleegkundigen aangewezen kern van kwalitatief goede verpleegkundige zorg, en 2) dat deze overlap betrekking heeft op het afstemmen van zorg op de individuele patiënt. Die overlap is aan te tonen door te vertrekken vanuit een ‘holistische’ visie op goede zorg.

1.1 Een ‘holistische’ visie op goede zorg

Verschiedende internationale beroepsorganisaties van verpleegkundigen hebben een visie op kwaliteit van zorg ontwikkeld waarin het perspectief van de patiënt centraal staat en deze neergelegd in de ethische codes, zoals de American Nurses Association (2001, herzien in 2015) en de International Council of Nurses (2005, herzien in 2012). In deze visie wordt een holistische en geïndividualiseerde benadering van zorg bepleit die tegemoet komt aan de behoefte van de patiënt. De term ‘holistisch’ staat voor zorg die meer omvat dan alleen positieve medische uitkomsten. Zij kijkt ook naar de kwaliteit van leven in samenhang met de omstandigheden van patiënten en hun familie (Haggerty & Grace, 2008).

In Nederland is de laatste jaren een discussie op gang gekomen over een andere visie op gezondheid, die hier direct bij aansluit: *“Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges.”* (Huber et al., 2011). In het verlengde van deze visie omschrijft de Nederlandse vereniging van verpleegkundigen V&VN goede verpleegkundige zorg als het op excellente wijze ondersteunen van het vermogen van zorgvragers om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (V&VN, Beroepscode 2015; V&VN, Beroepsprofiel Verpleegkundige 2012). Ook in deze omschrijving blijkt het afstemmen van verpleegkundige zorg op de voorkeuren van de patiënt centraal te staan.

In tegenstelling tot het beeld dat soms wordt opgeroepen, staat het in brede kring aanvaarde paradigma van EBP deze ‘holistische’ opvatting van goede verpleegkundige zorg geenszins in de weg. Richtlijnen en protocollen zijn bedoeld om de verpleegkundigen te ondersteunen in wat als de kern van hun vak wordt gezien. Zo wordt in de literatuur over EBP veel aandacht besteed aan de vraag hoe *evidence* uit wetenschappelijk onderzoek wordt ingezet in de context van de verpleegkundige praktijk. Goede verpleegkundigen beoordelen deze informatie op systematische wijze en combineren dit met de voorkeuren van patiënten om tot effectieve klinische besluiten te komen, waardoor de tevredenheid van de patiënt over de ontvangen zorg wordt verhoogd (Ashworth, Longmate & Morrison, 1992; Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2005; Kitson, 2002; Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2009; Tanner, Benner, Chesla & Gordon, 1993). Afgaande op deze literatuur kan worden gesteld dat afstemming op de voorkeuren van de patiënt niet buiten het perspectief van EBP valt, maar hierin is opgenomen. De opvatting dat goede verpleegkundige zorg wordt verleend in de context van

een goede relatie met de patiënt (Abma, Oeseburg, Widdershoven & Verkerk, 2009; Smith & Godfrey, 2002) is volgens de aangehaalde auteurs onderdeel van het EBP paradigma.

Bij deze constatering moet echter worden aangetekend dat in de literatuur ook wordt gewaarschuwd voor het feit dat het belang dat wordt toegekend aan evidence uit wetenschappelijk onderzoek het belang van afstemming op voorkeuren van de patiënt kan overrulen (Egerod & Hansen, 2005; French, 2001; Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002). Dit is een ongunstige uitkomst, vooral wanneer het subjectieve welbevinden van de patiënt in het geding is, bijvoorbeeld in de vorm van gevoelens van kwetsbaarheid en angst. Patiënten hebben in die situatie moeite om te ontspannen en kunnen noodgedwongen een schijnbaar ongeïnteresseerde of boze houding aannemen die hun eigen aandeel in het genezingsproces belemmert. Als verpleegkundigen er in slagen de zorg op deze subjectieve conditie van de patiënten af te stemmen, beoordelen zowel patiënten als verpleegkundigen deze zorg als goede zorg (Berg & Danielson, 2007; Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2000; Van der Elst, Dierckx de Casterlé & Gastmans, 2012; Van Heijst, 2005).

1.2 Afstemmen op patiëntvoorkeuren

De invoering van EBP in de verpleegkunde in de jaren negentig van de vorige eeuw is in brede kring aanvaard als een effectieve strategie om de kwaliteit van zorg te bevorderen. In de EBP literatuur worden drie componenten onderscheiden: 1) het gebruik van objectieve kennis verkregen uit wetenschappelijke studies als basis voor het professionele handelen, 2) de integratie van deze kennis in klinische ervaring, en 3) het integreren van voorkeuren van de patiënt in de verpleegkundige besluitvorming (Melnik & Fineout-Overholt, 2006; Sackett et al., 2000). Patiëntvoorkeuren zijn het resultaat van cognitie, ervaring en reflectie en uiten zich in het naleven van waarden (Casper & Brennan, 1993). Aan de ene kant wordt in de literatuur vanaf het jaar 2000 benadrukt dat afstemming op de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt een logische stap is binnen het paradigma. Maar er is ook veel literatuur waarin wetenschappelijke evidence hoog wordt gewaardeerd en er niet of nauwelijks aandacht is voor de derde component, het rekening houden met voorkeuren van patiënten.

Deze constatering leidt tot de probleemstelling van onze studie. Het probleem betreft de verhouding tussen het afstemmen van de zorg op de voorkeuren van de individuele patiënt als de derde component van EBP en de beide andere componenten. Deze waarneming bepaalt de inzet van het onderzoek waarop deze studie berust. Uit de omschrijvingen van de hierboven aangehaalde auteurs wordt duidelijk dat de leidende gedachte achter het EBP paradigma is dat een kwalitatief goede zorgpraktijk een door kennis geleide praktijk is. Dit blijkt uit de omschrijving van de eerste twee componenten waarin het gaat om het inzetten van een specifiek soort kennis. In de eerste component staat de kennis centraal die verkregen is uit wetenschappelijk onderzoek zoals kennis over diagnostiek, etiologie, therapie, begeleiding en dergelijke. De tweede component betreft de inzet van deze kennis in de klinische praktijk door de professional. Het gaat hierbij om het omzetten van wetenschappelijke kennis in praktische kennis die betrekking heeft op de vraag wat in de concrete situatie van de individuele patiënt van belang is. Het betreft hier praktische kennis

als toepassingskennis. Hierbij rijst de vraag of de typering van toepassingskennis ook van toepassing is op de derde component van EBP, dan wel of het afstemmen op individuele patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige zorg een ander type van verpleegkundige kennis betreft.

Aan de hand van bovenstaande karakterisering van kennis in de eerste twee componenten van EBP kan de vraagstelling voor deze studie worden geformuleerd als de vraag naar het specifieke karakter van de kennis die verpleegkundigen inzetten om inhoud te geven aan de derde component. Kan de typering 'toepassingskennis' ook gebruikt moet worden voor de derde component van EBP of is het afstemmen op individuele patiëntvoorkeuren door de verpleegkundige wellicht een ander soort kennis? De centrale vraag in deze studie is: Welke professionele kennis gebruiken verpleegkundigen in het ziekenhuis om in hun zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren van patiënten en hun familie en hoe zetten ze die kennis in om goede verpleegkundige zorg te verlenen?

1.3 Uitwerking van de vraagstelling

Op basis van de hierboven genoemde studies kan gesteld worden dat goede zorg begint met een goede zorgrelatie. Om inzicht te verkrijgen in complexe situaties en besluiten te kunnen nemen die leiden tot de meest positieve uitkomsten, zijn vertrouwen, ruimte en verbinding in de relatie belangrijke uitgangspunten (Abma, Dauwerse, Van der Borg & Verdonk, 2012; Reinders, 2010). Een zorgrelatie vangt aan zodra in de zorgorganisatie zorgvrager en zorgverlener met elkaar te maken krijgen. Deze relatie kan volgens Van Heijst (2005) overgaan in een betekenisvolle relatie, die door beide partijen wordt gewaardeerd. De zorgrelatie groeit in kwaliteit als er sprake is van wederzijds vertrouwen. Onderzoek wijst uit dat naast technische en sociale kwaliteiten ook aspecten van een goede zorgrelatie, zoals oprechtheid en aandacht, door patiënten worden gewaardeerd (Van der Elst et al., 2012). De vraag is nu: Welke kennis zetten verpleegkundigen in om deze goede zorgrelatie aan te kunnen gaan en te kunnen onderhouden om voor individuele patiënten tot goede uitkomsten te komen?

In de literatuur wordt het onderwerp professionele kennis van verpleegkundigen veelvuldig besproken, waarbij meerdere typen kennis naar voren komen. Verschillende auteurs onderscheiden, naast theoretische kennis, de verpleegkundige praktijkkennis als een bijzondere vorm van professionele kennis (Benner, 1984; Carper, 1978; Chinn & Kramer, 1995; Higgs & Titchen, 1995, 2001). Bezien vanuit de drie componenten van EBP blijkt dat het in deze literatuur om verschillende soorten professionele kennis kan gaan. De eerste component van EBP, wetenschappelijke evidence, wordt door goede verpleegkundigen in de klinische praktijk ingezet en aangevuld met professionele expertise, de tweede component van EBP. Bij de laatste gaat het om de professionele kennis die hierboven werd bestempeld als 'toepassingskennis'. Wetenschappelijk gevalideerde algemene kennis wordt toegepast op de bijzondere situatie van deze patiënt. Bij de afstemming van zorg op de voorkeuren van individuele patiënten (de derde component van EBP) gaat het ook om praktijkkennis, maar deze lijkt uit een andere bron te komen. Deze ligt niet in wetenschappelijke evidence, en is daarom ook geen toepassingskennis, maar komt tot uiting in de wisselwerking tussen de

persoon van de individuele patiënt en de zorgverlener zelf. Het eigen karakter van deze soort kennis, en het verwerven daarvan, heeft nog onvoldoende aandacht gekregen in de literatuur.

Bovenstaande uiteenzetting laat zien dat het EBP paradigma in feite twee vormen van praktische kennis omvat waarvan de ene wordt afgeleid van de eerste component, maar de andere niet. In deze studie worden ze voorlopig terminologisch onderscheiden als praktijkkennis I en II. In de aangehaalde literatuur worden deze soorten kennis echter niet altijd onderscheiden. De wijze waarop specifieke verpleegkundige kennis wordt gekarakteriseerd - en gewaardeerd - als toepassingskennis (de tweede component van EBP) versterkt het vermoeden dat de afstemming van de zorg op individuele voorkeuren van patiënten (de derde component van EBP) nog onvoldoende aandacht heeft gekregen. Dit vermoeden rechtvaardigt de vraag die in deze studie centraal staat: welke professionele kennis gebruiken verpleegkundigen om hun zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren van patiënten en hun familie in het ziekenhuis en hoe zetten ze die kennis in om goede verpleegkundige zorg te verlenen?

1.4 Doelstelling

Inzet van deze studie is de ontwikkeling van een theorie van het verpleegkundig handelen die in staat stelt te begrijpen hoe goede verpleegkundigen, zij die op excellente wijze zorg verlenen, er in slagen voorkeuren van patiënten in hun zorgverlening te incorporeren en welke kennis zij hierbij gebruiken. Deze studie is een bijdrage aan de theorievorming over de praktijkkennis van verpleegkundigen. Wij verwachten dat de resultaten van de studie positief zullen bijdragen aan het debat over het overbruggen van de kloof tussen de centraal aangestuurde monitoring van kwaliteit van de verpleegkundige zorg en de specifieke plaats daarin van de professionele kennis van verpleegkundigen in het verlenen van goede zorg.

1.5 Opbouw van de studie

Dit proefschrift is een weergave van de studie naar de kennis van verpleegkundigen om af te stemmen op patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige praktijk en deze voorkeuren te incorporeren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming om zo goede zorg te bereiken. Via de methode van de grounded theory (Strauss & Corbin, 1998) zijn drie grote stappen in het onderzoek ondernomen.

De eerste stap is een literatuurstudie die het omgaan met patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige zorgverlening en besluitvorming binnen EBP inventariseert en beschrijft. Onderzocht is hoe patiëntvoorkeuren worden geoperationaliseerd en welke methoden van onderzoek in dit paradigma voornamelijk toegepast worden. Aan de hand van de uitkomsten wordt bepaald wat bekend is met betrekking tot het afstemmen op individuele voorkeuren van patiënten door verpleegkundigen. In hoofdstuk 2 worden de bevindingen in de literatuurstudie gepresenteerd, aangevuld met een schematisch overzicht van de geraadpleegde literatuur.

In de literatuur is geen bevredigend antwoord gevonden op de onderzoeksvraag naar de specifieke kennis van verpleegkundigen ten aanzien van het incorporeren van

patiëntvoorkeuren in hun dagelijkse besluitvorming. De tweede stap in dit onderzoek is daarom een kwalitatief empirisch onderzoek naar de wijze waarop goede verpleegkundigen omgaan met patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige zorg. Hierbij gaat het om de vraag hoe dit afstemmen op normen, waarden en voorkeuren van patiënten verloopt en welke kennis hierbij komt kijken. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het interviewonderzoek weergegeven. Om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen is triangulatie van de onderzoeksmethode toegepast. De bevindingen uit het onderzoek op de verpleegafdelingen met de methode participerende observatie zijn in hoofdstuk 4 weergegeven. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten uit het empirische onderzoek een theorie gepresenteerd over hoe verpleegkundigen omgaan met patiëntvoorkeuren in hun besluitvorming en welke kennis zij hiervoor inzetten.

In de derde stap wordt de gepresenteerde theorie gespiegeld aan elementen uit de bestaande theorieën over professionele kennis in de verpleegkundige praktijk. De uitkomst hiervan stelt ons in staat te begrijpen hoe verpleegkundigen te werk gaan en welke kennis ze hierbij inzetten. Hiermee kan de derde component van EBP, het rekening houden met patiëntvoorkeuren in de besluitvorming, verder worden ontwikkeld dan tot dusver in het wetenschappelijk onderzoek is geschied.

De studie wordt afgesloten met een centrale conclusie en praktische aanbevelingen voor onderwijs en praktijk.

2. Patiëntvoorkeuren en de verpleegkundige besluitvorming; Literatuurreview



2. Patiëntvoorkeuren en de verpleegkundige besluitvorming; Literatuurreview¹

Inleiding

In deze studie staat de vraag centraal naar de kennis die de verpleegkundige nodig heeft om een zorgrelatie zodanig vorm te geven dat individueel afgestemde, goede zorg bereikt wordt. In het vorige hoofdstuk zagen we dat in het kader van goede zorg het paradigma EBP is omarmd. In de EBP praktijk worden veelal kwantitatieve meetgegevens verzameld om effectiviteit, efficiëntie en transparantie in de zorg te verantwoorden en waar mogelijk te sturen op positieve resultaten van zorg bij patiënten. Onderzoek laat zien dat verpleegkundigen naast positieve ervaringen ook morele stress ervaren, omdat zij een administratieve last ervaren. Zij voelen de urgentie om vanuit een holistische benadering te werken, maar komen vaak niet toe aan het creëren en onderhouden van een goede zorgrelatie. We stelden vast dat er een overlap is in het paradigma EBP en het hanteren van een holistische benadering van de patiënt. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt daarom nader verkend hoe de stem van de patiënt een plaats heeft in de EBP context in de verpleegkundige zorg. In paragraaf 2 oriënteren we op het concept Evidence-Based Nursing ten opzichte van EBP. In de volgende paragraaf volgt een beschouwing over hoe patiëntvoorkeuren in de literatuur naar voren komen en welke instructies gegeven worden over het wege van de drie componenten in EBP. Het hoofdstuk sluit af met een discussie en conclusie, waarin duidelijk wordt dat er twee verschillende interpretaties van EBP naast elkaar bestaan. Omdat een bevredigend antwoord op de onderzoeksvraag uitblijft, wordt dit hoofdstuk afgesloten met een advies voor onderzoek in de dagelijkse verpleegkundige praktijk.

2.1 Evidence-Based Practice en de stem van de patiënt

Goede, individueel afgestemde verpleegkundige zorg kan alleen bereikt worden als ervaringen, waarden en voorkeuren van patiënten een plaats hebben in de verpleegkundige besluitvorming (Sidani et al., 2009). Dit uitgangspunt komt terug in het huidige paradigma in de gezondheidszorg, de Evidence-Based Practice (EBP), waarin – zoals in de inleiding werd opgemerkt – bewijs uit wetenschappelijk onderzoek, kennis over ‘best practices’ en de voorkeuren en waarden van patiënten de drie essentiële componenten vormen voor een zorgvuldige besluitvorming.

EBP is afgeleid van het concept Evidence-Based Medicine (EBM), “the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of

¹ Een bewerkte versie van de tekst van dit hoofdstuk is gepubliceerd: Hertog, R. den (2014). Goede zorg door de EBP-professional. *Onderwijs en Gezondheidszorg* 38 (4), 7-10.

individual patients” (Sackett et al., 1996, p 71). Normen en waarden van patiënten zijn de unieke voorkeuren, overwegingen en verwachtingen die een patiënt meebrengt in de klinische ontmoeting en die geïntegreerd moeten worden in de klinische besluitvorming (Sackett et al., 2000). In de literatuur treffen we uiteenlopende waarderingen aan van EBP. Volgens sommige auteurs is het paradigma voor de gezondheidszorg ontwikkeld ten behoeve van informatiemanagement, kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg en leidt tot therapeutisch nihilisme bij afwezigheid van bewijs uit randomised trials (Straus & McAlister, 2000; Wharton, 1999). Anderen beargumenteren dat EBP een filosofie biedt voor de praktijk die zowel aansluit bij professionele ethische codes als bij onderwijskundige standaarden (Gambrill, 2007). Enerzijds lijkt voor professionals het paradigma EBP de meest bruikbare methode om de best mogelijke zorg te leveren aan zorgvragers, maar anderzijds kan een eenzijdige nadruk ontstaan op wetenschappelijk gevalideerde (medische) kennis waarin aan voorkeuren van patiënten weinig of geen aandacht wordt besteed.

In het paradigma EBP wordt in toenemende mate gewerkt met (inter)nationaal vastgestelde richtlijnen en protocollen. Het doel is zo efficiënt en effectief mogelijk hoge kwaliteit van zorg te verlenen (LaSala, 2009). Verschillende auteurs waarschuwen in dit verband voor een overwaardering van uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek - de eerste component in EBP - die ten koste gaat van de aandacht voor patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming (Egerod, 2006; Haynes et al., 2002). Aan deze claim ligt ten grondslag dat onderzoeksresultaten uitwijzen dat patiënten meer tevreden zijn met en minder conflicten ervaren in de besluitvorming wanneer verpleegkundigen de patiënten en hun naasten optimaal bij het besluitvormingsproces betrekken (Pierce & Hicks, 2001; Ruland, 2002). Het verhogen van persoonlijke controle in het ziekteproces speelt een positieve rol bij coping (Lazarus & Folkman, 1984), specifiek daar waar het gaat over 1) controle over het verkrijgen van informatie en 2) deelname in de besluitvorming (Auerbach, 2001; Averill, 1973; Thompson, 1981). Kiesler & Auerbach (2006) hebben geconcludeerd dat het gewicht van deze twee aspecten mede wordt bepaald door de kwaliteit van interpersoonlijke communicatie en gedrag van de professional. Participatie in de besluitvorming vraagt een gelijkwaardige relatie en geeft alleen een gezamenlijke verantwoordelijkheid als de patiënt beschikt over de juiste informatie en de mogelijkheid heeft om verschillende opties te overwegen (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007), waarbij sommige patiënten behoefte hebben aan ondersteuning door de verpleegkundige (Gennaro, Mayberry & Kafulafula, 2007; Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos, 2005).

Bovenstaande bevindingen geven het belang aan van het betrekken van patiënten in het proces van besluitvorming, maar roepen ook de vraag op hoe deze uitkomsten zich verhouden met de twee andere onderdelen van EBP, bewijs uit wetenschappelijk onderzoek en best practice. Specifieker, het blijft onduidelijk hoe bewijs uit wetenschappelijk onderzoek en patiëntvoorkeuren onderling moeten worden gewogen omdat de drie componenten ieder een eigen achtergrond hebben en niet vergelijkbaar zijn (Mitchell, 1999). Onderzoekers zijn het er over eens dat er geen ‘formula’ bestaat voor het relatieve gewicht dat

verpleegkundigen in hun besluitvorming zouden moeten toekennen aan de afzonderlijke componenten in EBP (Melnik & Fineout-Overholt, 2006).

2.2 Evidence-Based Nursing

Het paradigma EBP is ook in de verpleegkunde omarmd om klinische zorg meer transparant, efficiënt en effectief te maken, gaande weg vaak aangeduid met 'Evidence-Based Nursing' (EBN). Hoewel EBN vaak als synoniem wordt gebruikt voor EBP, moeten we ons hier steeds afvragen of met beide begrippen wel hetzelfde wordt bedoeld. In 2009 is een nieuwe definitie van Evidence-Based Nursing aangenomen door het National Center of Biotechnology Information (NCBI) in de USA. EBN is:

A way of providing nursing care that is guided by the integration of the best available scientific knowledge with nursing expertise. This approach requires nurses to critically assess relevant scientific data or research evidence, and to implement high-quality interventions for their nursing practice (www.nlm.nih.gov).

Het valt op dat de derde component, het overwegen van patiëntvoorkeuren in de besluitvorming, niet wordt genoemd. Op basis van deze definitie en het gegeven dat er geen wetenschappelijk gevalideerd meetinstrument bestaat om voorkeuren van patiënten te meten en op te nemen in de verpleegkundige besluitvorming, zou geconcludeerd kunnen worden dat de derde component van EBP geen overweging meer behoeft en dus weggelaten kan worden.

Er zijn twee kritische kanttekeningen te plaatsen bij de beschrijving van EBN. De eerste is van conceptuele aard. Als EBN is afgeleid van EBP – wat het geval is – zouden de drie componenten evidence uit wetenschappelijk onderzoek, klinische expertise en voorkeuren van patiënten een centrale plaats moeten innemen (Sackett et al., 2000). In bovenstaande beschrijving van EBN wordt echter de component patiëntvoorkeuren gemist, de belangrijkste factor om in de verpleegkundige zorg individueel af te kunnen stemmen. Men zou kunnen stellen dat in de definitie aandacht voor de individuele patiënt impliciet verscholen ligt in de verwijzing naar verpleegkundige expertise in de besluitvorming. In de toelichting bij de definitie komt dit punt niet aan de orde. Daar ligt de nadruk op de kritische weging van de relevante wetenschappelijke inzichten door de verpleegkundigen.

Zo gezien representeert de definitie een 'smalle' opvatting van EBN waarin de weging van relevante data uit medisch-wetenschappelijk onderzoek voldoende input geeft voor goede verpleegkundige besluitvorming. Deze eenzijdige focus op wetenschappelijke kennis als uitgangspunt in de verpleegkundige zorg gaat ten koste van aandacht voor een zorgvuldige afstemming op normen, waarden en voorkeuren van individuele patiënten: de kern van de verpleegkundige zorg (Avis & Freshwater, 2006; Egerod, 2006). In het vorige hoofdstuk zagen we dat voor beschrijvingen van goede verpleegkundige zorg wordt verwezen naar professionals die zich richten op de patiënt als unieke persoonlijkheid met een eigen waardigheid, waarbij het perspectief van de patiënt centraal staat. De specifieke zorgvragen

van patiënten worden begrepen door interactie en communicatie met de verpleegkundige (Abma et al., 2009; Benner, Sutphen, Leonard & Day, 2010; Haggerty & Grace, 2008). Dit vraagt een kritische reflectie van de professional op evidence uit onderzoek, de professionele inschatting én het overwegen van patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Het wordt niet duidelijk hoe deze waarden in de verpleegkunde vorm krijgen binnen EBN.

De tweede kritische kanttekening bij de definitie van EBN sluit hier direct bij aan. Deze kanttekening is van empirische aard. Uit onderzoek is gebleken dat afstemming op patiëntvoorkeuren in de hierboven omschreven betekenis zorgt voor actieve deelname van de patiënt aan de besluitvorming rond diens zorgproces. Door vragen, behoeften, wensen en voorkeuren van patiënten te onderzoeken neemt de verpleegkundige een strategische positie in (Larsson et al., 2007). Het effect is dat patiënten beter gemotiveerd zijn om instructies op te volgen, dat hun conditie sneller verbetert, en dat resultaten van een behandeling sneller worden behaald en patiënten meer tevreden zijn over de ontvangen zorg (Sainio & Lauri, 2003). De resultaten van verpleegkundige zorg zijn beter naarmate de aandacht voor het overwegen van patiëntvoorkeuren in de besluitvorming meer inhoud krijgt.

In de oriëntatie in de literatuur wordt niet duidelijk of auteurs zich bewust zijn van een mogelijk onderscheid tussen EBP en EBN, en of dit onderscheid zuiver theoretisch is of dat dit ook praktische implicaties heeft. Het onderscheid tussen EBP en EBN is opmerkelijk, maar in deze literatuurstudie naar het omgaan met patiëntvoorkeuren door verpleegkundigen van ondergeschikt belang. De vraag die hier ontstaat, is hoe verpleegkundigen in de EBP context er in slagen om goede zorg te verlenen waarbij zij aandacht geven aan de individuele patiënt als persoon. Hoe achterhalen zij de voorkeuren van patiënten en hoe houden zij hier rekening mee in de verpleegkundige besluitvorming?

2.3 Literatuurstudie

In voorgaande paragrafen is beschreven uit welke drie belangrijke componenten EBP is opgebouwd: evidence uit wetenschappelijk onderzoek, professionele expertise en normen, waarden en voorkeuren van patiënten. Het is echter niet duidelijk wat de relatie is tussen de drie componenten in de verpleegkundige besluitvorming en welk gewicht de afzonderlijke componenten daarin hebben. Met het oog hierop werd een literatuurstudie uitgevoerd waarin de aandacht uitgaat naar de derde component, de patiëntvoorkeuren, in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming in de ziekenhuizen. De vraag luidt welke aanwijzingen gevonden kunnen worden in de literatuur over hoe verpleegkundigen in hun dagelijkse besluitvorming in de klinische praktijk rekening moeten houden met patiëntvoorkeuren. Hoe is het concept geoperationaliseerd en hoe verhoudt zich deze component met de twee andere componenten in de verpleegkundige besluitvorming in EBP? Welke onderzoeksmethoden zijn gebruikt bij het in beeld brengen van het concept patiëntvoorkeuren?

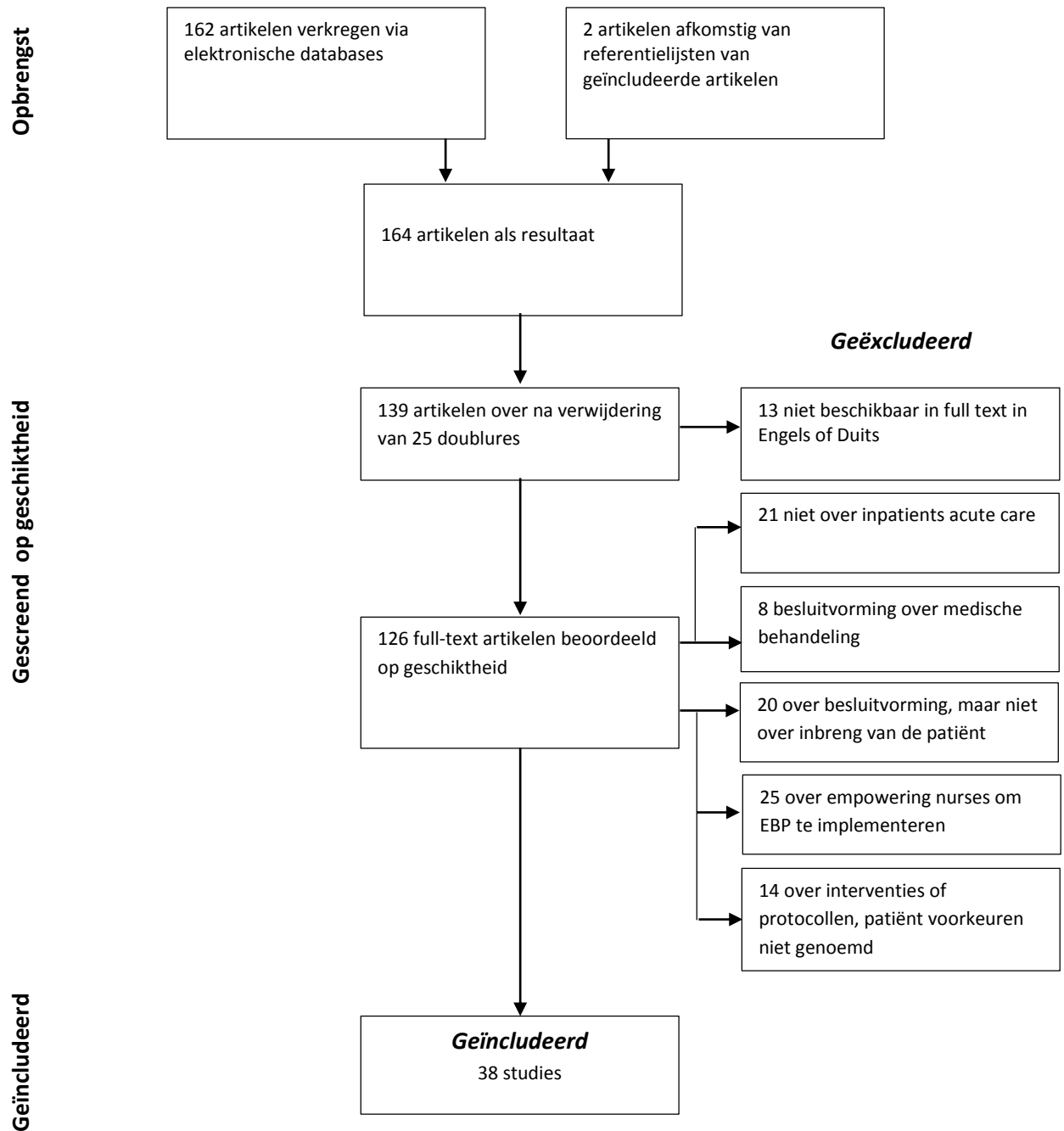
2.3.1 Zoekstrategie

Om een beter begrip te krijgen van de component ‘voorkeuren en waarden van patiënten in de verpleegkundige besluitvorming’ is in de literatuurstudie gestart met de zoektermen

‘evidence -based (practice, nursing)’, ‘patient preferences’, ‘excellent or good care’, en ‘connectedness’ in de veronderstelling dat verpleegkundigen een waardevolle professionele verbinding met de individuele patiënt aangaan om tot een optimale kwaliteit van zorg te komen. Speciale interesse ging uit naar de toepassing van EBP in de verpleegkundige praktijk in de periode na de publicatie van Sackett et al. (2000) en de ontwikkelingen die hierop volgden. Er zijn echter geen relevante hits verkregen om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Door bestudering van artikelen die het onderwerp zijdelings raken, rees het vermoeden dat de zoektermen meer gelinkt moeten zijn aan deelname aan de besluitvorming in de gezondheidszorg en aan het vermogen van verpleegkundigen om relaties te onderhouden. Met dit inzicht is een nieuwe zoektocht gestart in de elektronische databases Cochrane Library, Cinahl, Academic Search Elite, PsycINFO and Pubmed voor artikelen die gepubliceerd zijn tussen januari 2000 en oktober 2013 in het Engels of Duits. Er is gebruik gemaakt van een breed scala aan zoektermen en van verschillende combinaties hiervan: ‘patient* preferences, values’, ‘patient* participation’, ‘Evidence-Based (Nursing)’, ‘decision-making’, ‘nurse-patient relationship’, ‘good or excellent nurses’, ‘professional and/or tacit knowledge’), ‘patient centered care’ en ‘acute care’ (zie voor de resultaten Bijlage 1).

2.3.2 Resultaten literatuuronderzoek

De zoektocht leverde 164 publicaties op. Na het verwijderen van 25 dubbel voorkomende artikelen werden 139 artikelen aan de hand van de volgende criteria beoordeeld: (1) systematische review of literatuurreview; (2) onderzoeksartikelen met een kwalitatief, kwantitatief of mixed method design; (3) papers; (4) zorg in ziekenhuizen (acute care); (5) patiënten die waren opgenomen in het ziekenhuis. Publicaties werden geëxcludeerd als zij het volgende betroffen: (1) besluitvorming over de medische behandeling; (2) verpleegkundige zorg in verzorgings- en verpleeghuizen, in hospices of in de thuiszorg; (3) wanneer het alleen informatie betrof over het samenstellen van protocollen. Twee relevante artikelen zijn verworven via referentielijsten van geïnccludeerde artikelen. Alle 139 artikelen zijn bestudeerd (RdH): er bleken 13 artikelen alsnog niet beschikbaar als *full text* document in het Engels of Duits; 21 artikelen behandelden een ander werkveld dan de zorg in ziekenhuizen; 8 artikelen beschreven participatie in de besluitvorming voor een medische behandeling. In 20 artikelen stond de verpleegkundige besluitvorming centraal, maar de component patiëntvoorkeuren werd niet genoemd. Dit was evenmin het geval in de 25 artikelen over ‘empoweren’ van verpleegkundigen in de EBP context en in de 14 artikelen die gericht waren op het ontwikkelen van interventies. Uiteindelijk zijn 38 artikelen geïnccludeerd, zie de schematische weergave van de selectie in figuur 2.1.



Figuur 2.1 Flow diagram van het selectieproces.

In de studies identificeerden we verschillende conceptopvattingen van 'patiëntvoorkeuren' en wisselende uitleg van de deelname van patiënten in de verpleegkundige besluitvorming. Aan de ene kant bleek dat bevordering van de betrokkenheid van de patiënten een belangrijke voorwaarde is om de zorg individueel af te kunnen stemmen; anderzijds kwam naar voren dat verpleegkundige deskundigheid een doorslaggevende factor is in de besluitvorming. Voor een overzicht van de resultaten in deze literatuurstudie en de operationalisering van het concept patiëntvoorkeuren zie Bijlage 2 met de tabellen I-V. In tabel I zijn 13 kwantitatieve studies opgenomen; één studie heeft een experimenteel design, in de andere studies is gebruik gemaakt van een survey. In tabel II zijn 10 kwalitatieve studies opgenomen: 8 studies doen verslag van een discourse analyse, van onderzoek op basis van interviews en aanvullende observaties, en een casestudy-design is beschreven. In tabel III volgt een mixed method design: in een survey werden data verkregen waarop bij de respondenten werd doorgevraagd in een semigestructureerd interview. In tabel IV worden 7 reviews gepresenteerd. Ten slotte volgen in tabel V de 10 papers waarin op verschillende manieren aandacht wordt gegeven aan het onderwerp patiëntvoorkeuren en patiëntparticipatie in de verpleegkundige besluitvorming in de EBP context.

2.4 Opvattingen over evidence in EBP

In alle 38 studies wordt het begrip patiëntvoorkeuren in verband gebracht met participatie in de verpleegkundige besluitvorming, waarbij meestal wordt gerefereerd aan de EBP context. In verschillende artikelen wordt gesuggereerd dat Evidence-Based Practice op twee verschillende manieren kan worden uitgelegd (Avis & Freshwater, 2006; Rycroft-Malone et al., 2004). Enerzijds merken zij een smalle opvatting op waarin alleen evidence uit wetenschappelijk onderzoek gebruikt kan worden. In deze 'harde' wetenschappelijk georiënteerde interpretatie worden resultaten uit Randomized Controlled Trials (RCT) en systematische reviews het hoogst gewaardeerd (Polit & Beck, 2004). Anderzijds bestaat een bredere opvatting waarbij evidence voor de besluitvorming afkomstig is uit onderzoek gecombineerd met professionele expertise en persoonlijke waarden van de patiënt. Geen van de auteurs onderbouwt deze suggestie met een uitvoerige en systematische literatuurstudie of verwijst hier naar.

In tabel 2 op de volgende bladzijde wordt de interpretatie van evidence in EBP geschetst aan de hand van de operationalisering van het concept patiëntvoorkeuren. In de huidige literatuurstudie wordt aan de hand van de operationalisering van het concept patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming bevestigd dat twee opvattingen van EBP gevonden kunnen worden. De eerste opvatting van EBP kan getypeerd worden als een research-based benadering, waarin alleen resultaten uit vakkundig opgezette (kwantitatieve) studies als evidence worden aangemerkt. In deze opvatting worden patiëntvoorkeuren in de besluitvorming geoperationaliseerd als de stijl van deelname of de kwantitatief aangegeven ervaren urgentie van een gezondheidsprobleem. In deze opvatting is slechts één manier van operationaliseren mogelijk en wordt niet overwogen wat precies de inhoud van de

voorkeuren is, waar ze vandaan komen of wat motieven van patiënten zijn. In de tweede opvatting komt evidence voor de verpleegkundige besluitvorming tot stand door de combinatie van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, professionele expertise en communicatie met de patiënt en zijn familie (Rycroft-Malone, 2006).

Tabel 2.1 Opvatting over evidence in EBP en de operationalisering van patiëntvoorkeuren

Opvatting over evidence in EBP Operationalisering Patiëntvoorkeuren	Research-based opvatting		Kwalitatieve opvatting
	'Positivistische' opvatting	Ervaren urgentie van een gezondheidspatroon in modellen van menselijk functioneren, aanpak gedreven vanuit theorie	Afkomstig van wetenschappelijk onderzoek, professionele expertise en patiëntvoorkeuren
Patiëntvoorkeuren	Focus op stijl van participatie in de besluitvorming	Focus op besluitvorming binnen de kaders van de te behandelen aspecten van het menselijk functioneren	Focus op narratief en interactief redeneren met patiënt over te behandelen aspecten in combinatie met evidence uit research en best practice
Meetinstrument	Nominale meetschaal met 3 keuzemogelijkheden Actief / passief / collaboratief of Paternalistisch / gedeeld / geïnformeerd	Voorgestructureerde itemlijsten ten aanzien van de ervaren urgentie van aspecten van het menselijk functioneren, uitgedrukt in bijv. een Likert schaal	Kwantitatief en/of kwalitatief verkregen bewijs, gecombineerd met observatie en interpretatie, communicatie, onderhandeling en reflectie
Weging in de besluitvorming	Alleen evidence uit wetenschappelijk onderzoek	Bevindingen uit kwantitatief onderzoek bepalen het uitgangspunt voor keuze van interventies en het afstemmen van zorg	Evidence uit onderzoek, best practice en patiënt voorkeuren worden gewogen, besluitvorming in onderling overleg door informatie-uitwisseling, onderhandelen en overtuigen
Context	Door sterk afgebakende begripsopvatting weinig contextgevoelig	Context ligt vast door de gebruikte theoretische opvatting van het mensbeeld	Contextgebonden benadering, is breed en multi- interpretabel

2.4.1 De 'positivistische' opvatting

In deze literatuurstudie beantwoorden vijf artikelen aan de eerste opvatting van evidence in EBP, die door enkele auteurs geduid wordt als 'positivistisch' (Avis & Freshwater, 2006; Welsh & Lyons, 2001). In navolging van de strikte regels van de methodologie in kwantitatief onderzoek is het concept patiëntvoorkeuren geoperationaliseerd tot een meetbare eenheid: de voorkeur voor de manier waarop patiënten betrokken zijn bij de besluitvorming. Er worden

geen aanwijzingen gegeven over hoe deze resultaten van invloed zijn op verpleegkundige interventies. In drie van de vijf studies in deze categorie werd de Control Preference Scale (CPS) gebruikt, een meetinstrument dat ontworpen is voor het meten van participatie in de besluitvorming voor medische behandeling (Degner, Sloan & Venkatesh, 1997). De CPS kan ook worden ingezet om patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming in kaart te brengen (Doherty & Doherty, 2005; Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2006; Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2008). Gerelateerd aan patiëntvoorkeuren maakt het meetinstrument onderscheid tussen een meer of minder actieve stijl van participatie in de besluitvorming, een stijl van samenwerking en een meer of minder passieve stijl. De studies laten zien dat ongeveer 80% van de patiënten een samenwerkende of passieve rol kiest (Doherty & Doherty, 2005), en dat verpleegkundigen hen voornamelijk benaderen alsof ze een passieve rol hebben (Florin et al., 2006).

In het Shared treatment Decision-Making model (SDM) worden patiëntvoorkeuren gescoord als een paternalistische, gezamenlijke of geïnformeerde stijl van besluitvorming (Charles, Gafni & Whelan, 1999). Resultaten tonen aan dat patiënten minder vaak een paternalistische stijl scoorden dan ze aanvankelijk zelf verwachtten. Tegelijkertijd namen patiënten, die een voorkeur hadden voor een samenwerkende of actieve stijl, minder vaak actief deel aan het proces van besluitvorming dan dat ze van tevoren gezegd hadden te zullen doen. Patiëntvoorkeuren ten aanzien van participatie in de besluitvorming blijken in de praktijk te verschuiven onder invloed van bepaalde omstandigheden. Zo kozen patiënten bijvoorbeeld voor een meer actieve stijl in de situatie waarin door personeelsgebrek de communicatie tussen patiënten en verpleegkundigen van lage kwaliteit was (Smoliner et al., 2009^a).

De voorkeur voor stijl van participatie in de besluitvorming hangt nauw samen met persoonsgerelateerde kenmerken als leeftijd, geslacht en vorm van de behandeling. Geslacht, opleiding, leefomstandigheden en burgerlijke staat zijn voorspellers van een actieve stijl van deelname in de besluitvorming. De auteurs concluderen dat als verpleegkundigen interveniëren in stijl van voorkeur van de patiënt, de kans toeneemt om individueel afgestemde zorg te verlenen en hoger te scoren op schalen voor patiënttevredenheid in de zorg (Florin et al., 2006; Florin et al., 2008; Smoliner et al., 2009^a; Smoliner et al., 2009^b).

2.4.2 Model van menselijk functioneren

Ook in deze opvatting over EBP moet evidence over patiëntvoorkeuren afkomstig zijn uit kwantitatieve wetenschappelijke studies. Patiëntvoorkeuren in de besluitvorming worden gemeten aan de hand van scorelijsten gebaseerd op theoretische modellen van het menselijk functioneren, zoals het bekende holistische model van Orem (Ruland, 2002; Sainio & Lauri, 2003). Patiënten scoren hun verstoorde gezondheidspatronen en geven op een Likert schaal aan hoe urgent de 'last' ervaren wordt. In het Treatment Acceptability and Preferences (TAP) instrument, een meer psychologisch model van Sidani et al. (2009), doorlopen patiënten een digitaal stroomdiagram en kiezen bij elke vraag hun voorkeuren. Aan het eind van het programma worden scores samengevat en worden uitkomsten berekend.

De individuele scores op dergelijke meetinstrumenten geven de professionals suggesties voor de toepassing van gestandaardiseerde interventies en vormen zo een startpunt voor het beleid in de verpleegkundige praktijk. Uit onderzoek blijkt dat patiënten participatie in de besluitvorming als erg belangrijk beoordelen wanneer het keuzes in de medische behandeling betreft. Zijn er echter problemen bij aspecten van de lichamelijke conditie (hygiëne, rust en slaap), dan beoordelen patiënten hun inbreng in de besluitvorming als minder belangrijk (Sainio & Lauri, 2003). In de artikelen wordt geconcludeerd dat, in tegenstelling tot de besluitvorming bij de medische behandeling, in de verpleegkundige praktijk een meer holistische benadering van de besluitvorming moet worden nagestreefd. De auteurs wijzen op de noodzaak van communicatie met de patiënt over de geselecteerde interventies op basis van meting, omdat blinde toepassing ervan niet kan leiden tot verantwoorde zorg (Egerod & Hansen, 2005; Florin et al., 2005; Ruland, 2004; Tejero, 2010).

Uit de onderzoeken blijkt dat verpleegkundigen er redelijk in slagen om voorkeuren van patiënten in te schatten, maar dat afstemming van zorg op basis van dergelijke scores verder ontwikkeld moet worden (Florin et al., 2006; Suhonen, Valimäki & Katajisto, 2000^{a en b}). Hoewel met deze meetinstrumenten aan de hand van het menselijk functioneren goede informatie lijkt te worden verkregen, blijken patiënten en verpleegkundigen - in tweetallen gekoppeld - onderling significant te verschillen. Dit komt vooral tot uiting in de keuze van de probleemgebieden en de ervaren urgentie daarvan. Vanzelfsprekend hebben deze verschillen in beoordeling van aard en omvang gevolgen voor de acceptatie van de gekozen interventies. Gesuggereerd wordt om deze meetinstrumenten in een vroegtijdig stadium in de behandeling in te zetten, opvattingverschillen op te sporen en hierover in gesprek te gaan met de patiënt. Op deze manier zou de zorg toch gestandaardiseerd, maar sneller individueel afgestemd kunnen worden (Florin et al., 2006; Egerod & Hansen, 2005; Ruland, 2004).

2.4.3 De kwalitatieve opvatting

De tweede, 'kwalitatief' georiënteerde opvatting van evidence in EBP is gebaseerd op de aanname dat evidence niet alleen afkomstig is uit (kwantitatief) wetenschappelijk onderzoek, maar gecombineerd moet worden met narratieven en dialoog (Rycroft-Malone et al., 2004). In deze opvatting wordt 'evidence' uitgelegd als een hybride concept: het beste bewijs uit wetenschappelijk onderzoek moet gecombineerd worden met de informatie uit de reflectie van de professionals op best practices en de informatie over individuele voorkeuren van patiënten. De verpleegkundige overlegt in de besluitvorming, voor zover mogelijk, met de patiënten zelf (Avis & Freshwater, 2006; Elf, Putilova, Ohrn & Von Koch, 2009; Gallagher-Ford, 2011; Hunter, Spence, McKenna & Iedema, 2008; Levin, Lunney & Krainovich-Miller, 2004) en gaat waar nodig over tot het verstrekken van informatie, overtuigen en onderhandelen (Ervin & Pierangeli, 2005; Sander, Harrison & Checkland, 2010). In deze opvatting worden bijvoorbeeld wensen voor tijdstip van zorg, de inhoud van verpleegkundige zorg, inbreng van naasten en ondersteuning in de informatievoorziening opgevat als patiëntvoorkeuren.

Kwalitatieve data over voorkeuren van patiënten worden verkregen door communicatie met en observatie van patiënten en een reflectieve overweging van de

opbrengsten. Dit betekent dat de expertise en het vermogen tot reflectie van de professional van grote invloed zijn op het verkrijgen van informatie en de weging van de onderlinge elementen in de besluitvorming. In navolging hierop wordt duidelijk dat voorstanders van deze opvatting van EBP de mogelijkheid accepteren dat evidence uit wetenschappelijk onderzoek wordt overruled door klinische expertise en/of voorkeuren van patiënten (Egerod, 2006; Hardy, Garbett, Titchen & Manley, 2002; Welsh & Lyons, 2001). Meerdere auteurs verwijzen naar het voortdurende terugkerende thema 'de patiënt kennen' of 'het individu te zien', een proces dat vorm krijgt van opname tot ontslag en dat de onderbouwing levert voor alle processen in het verpleegkundig handelen (Henderson, 1997; Jenny & Logan, 1992; Radwin, 1996; Takemura & Kanda, 2003; Tanner et al., 1993; Titchen, 2000). Verpleegkundigen die hier het best in slagen zijn de expert verpleegkundigen, professionals met veel ervaring, die beschikken over een groot vermogen tot observatie, ook voor de non-verbale elementen in de communicatie (Hardy et al., 2002).

In deze kwalitatieve opvatting van evidence in EBP wordt geen voorkeur voor een onderzoeksdesign uitgesproken. Resultaten uit kwantitatieve en/of kwalitatieve onderzoeksdesigns worden aangevuld met evidence afkomstig van een kritische reflectie van de verpleegkundigen op best practices en de verkregen informatie van patiënten. De basis voor positief gewaardeerde patiëntparticipatie en patiënttevredenheid ligt in de effectieve communicatie tussen de professional en de patiënt (Butler et al., 2011; Doherty & Doherty, 2005; McCabe, 2004; Tejero, 2010). Verpleegkundigen blijken goed aan te sluiten bij patiëntvoorkeuren vanwege de persoonlijke vertrouwensrelatie met de individuele patiënt, hoewel communicatie en afstemming vaak onder druk staan in de huidige taakgerichte uitvoering van het beroep (Hunter et al., 2008; McCabe, 2004; Mok & Pui, 2004). De verpleegkundige inbreng van cognitieve en sociale aspecten van patiënten in de besluitvorming is vaak impliciet en afhankelijk van de context (Gennaro et al., 2007). Het balanceren van de verschillende vormen van evidence is daarom een zorgvuldig proces van afstemming met patiënten, collega's en reflectie van de professional (Avis & Freshwater, 2006; Levin et al., 2004). Deze professionele vaardigheid wordt vooral in de praktijk ontwikkeld en kan slechts gedeeltelijk in een verpleegkundig curriculum worden vastgelegd (Larsson et al., 2007; Sahlsten et al., 2005; Sanders et al., 2010).

2.5 Discussie

Bij aanvang van deze literatuurstudie over de operationalisering van patiëntvoorkeuren in Evidence-Based Practice werd verwacht dat voornamelijk kwantitatieve studies zouden worden gevonden met een Randomised Controlled Trial (RCT) design. Deze aanname is gerechtvaardigd, omdat in het Evidence-Based paradigma RCT's en systematische reviews als de 'gouden standaard' worden aangemerkt (Polit & Beck, 2004). Het is opmerkelijk dat geen artikelen zijn gevonden die aan deze verwachting voldeed. In de grote hoeveelheid literatuur over het implementeren van EBP in de verpleegkundige praktijk is weinig specifieke aandacht voor het concept patiëntvoorkeuren, ondanks een consequente verwijzing naar de *drie*

componenten in EBP (Sackett et al., 1996; Sackett et al., 2000). Bovendien liep de operationalisering van het concept patiëntvoorkeuren sterk uiteen.

De hypothese in de literatuur dat EBP op twee verschillende manieren geconceptualiseerd kan worden, is bevestigd in deze studie naar evidence over patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Het verschil in erkenning van wat als evidence aangemerkt moet worden is dan ook afhankelijk van de voorkeur voor de aangehangen onderzoekstraditie (Risjord, 2010).

In de 'positivistische' benadering is het concept patiëntvoorkeuren smal geoperationaliseerd en meetbaar gemaakt aan de hand van formele kenmerken van betrokkenheid van de patiënt bij de verpleegkundige besluitvorming. Het concept is beperkt tot de typering van een actieve, passieve, of collaboratieve stijl van participatie, weergegeven op een drie-puntenschaal. Critici vragen zich af of deze research-based benadering van evidence over patiëntvoorkeuren voldoende informatie oplevert om in het verpleegkundig proces te kunnen afstemmen op de individuele behoeften van patiënten zodat goede zorg ontstaat. Het voordeel van deze meetinstrumenten is de hoge validiteit, maar het is discutabel wat de afgeslankte benadering van het concept bijdraagt aan de evidence om tot individueel afgestemde verpleegkundige zorg te komen (Florin et al., 2006; Florin et al., 2008).

In de tweede optie voor de research-based benadering worden patiëntvoorkeuren gescoord aan de hand van theoretische modellen van menselijk functioneren. Het instrument is geschikt voor de professionals om passende interventies te selecteren, maar op basis hiervan zijn nauwelijks conclusies te trekken over voorkeuren van patiënten in de verpleegkundige besluitvorming. Het is interessant om nader te onderzoeken waarom patiënten en verpleegkundigen significant verschillend scoren in de beoordeling van de urgentie voor de zorg. Eén van de verklaringen die worden gegeven, is dat hier gewerkt wordt met een theoretisch model van menselijk functioneren vanuit een waarnemingsperspectief. In verschillende studies werd duidelijk dat verpleegkundigen een deelnemersperspectief nodig hebben om goede zorg vorm te geven (Avis & Freshwater, 2006; Mok & Pui, 2004; Van der Elst et al., 2012). We concluderen dat de uitkomsten van deze instrumenten op basis van modellen van menselijk functioneren te zeer verschillen waardoor ze niet bruikbaar zijn voor de zorgvuldige individuele afstemming van zorg.

In de kwalitatieve opvatting van evidence in EBP is evidence niet alleen afkomstig van wetenschappelijk onderzoek, maar ook van professionele inzichten en reflectie op informatie van patiënten en hun familie. Het concept patiëntvoorkeuren krijgt betekenis in de vorm van afstemming op wat patiënten willen en deelname aan het onderhandelingsproces. In deze benadering is de verpleegkundige besluitvorming gebaseerd op een dialoog tussen verpleegkundigen en hun patiënten over de best mogelijke opties. Het resulterende beeld is dat de besluitvorming een proces is van informatie-uitwisseling, overtuigen en onderhandelen. Florin et al. (2008) hebben in hun studie beargumenteerd dat in de verpleegkundige praktijk een oriëntatie op de individuele zorgvrager niet mag ontbreken en dat daarom evidence uit alleen kwantitatieve empirische studies niet toereikend is om EBP vorm te geven.

Ondanks de verschillen in de opvatting over wat precies als evidence gezien mag worden, benadrukken alle auteurs van de artikelen in deze literatuurstudie het belang van het afstemmen van verpleegkundige zorg op de individuele patiënt. Individuele afstemming van zorg is een noodzakelijke voorwaarde om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. In de verpleegkundige besluitvorming in EBP is een spanningsveld ontstaan tussen aan de ene kant een strak aangestuurde werkwijze met richtlijnen en protocollen die gevolgd moeten worden en aan de andere kant de overtuiging dat voor het verwerkelijken van individueel afgestemde zorg rekening moet worden gehouden met de uiteenlopende voorkeuren en waarden van patiënten (Florin et al., 2006; Suhonen et al., 2000^a).

In meer dan de helft van de artikelen wordt aanbevolen om in de verpleegkundige praktijk de kwalitatieve benadering van evidence in EBP te gebruiken, omdat dit de sleutel vormt voor individueel afgestemde zorg. De professionals moeten in de besluitvorming ruimte ervaren om het gewicht te kunnen bepalen van de individuele voorkeuren van patiënten (Lake, Moss & Duke, 2009). Hoewel er weinig reden is om te twijfelen aan deze vaardigheden van gekwalificeerde en ervaren verpleegkundigen, is het verre van duidelijk hoe de professional deze vaardigheden verwerft en wat het balanceren van de ongelijksoortige vormen van evidence eigenlijk inhoudt (Ervin & Pierangeli, 2005; Sanders et al., 2010). De socioloog Sennett (2008) stelt dat de specifieke aard van dergelijke vaardigheden niet gevonden wordt in regel-georiënteerde en kwantitatieve benaderingen van de praktijken van zorg. Het afstemmen op evidence, professionele expertise en patiëntvoorkeuren moet een zorgvuldig proces zijn dat iteratief plaatsvindt (Baart & Grypdonck 2008; DiCenso, Cullum, Ciliska & Guyatt, 2005). Jones & Higgs maken in dit verband het volgende statement: “evidence based practice does not take the reasoning out of practice, rather evidence based practice requires advanced reasoning to make the most of the evidence that is available” (2000, p. 314).

2.6 Conclusie

In deze literatuurstudie wordt bevestigd dat twee opvattingen van het paradigma EBP naast elkaar bestaan. Ten eerste is dit de research-based opvatting, die we terugvinden in de definitie van EBN, waarin men werkt met resultaten uit gerandomiseerde klinische studies. Patiëntvoorkeuren zijn hierin van ondergeschikt belang. Daarnaast is er een kwalitatieve opvatting van EBP: evidence wordt breed opgevat en kan afkomstig zijn uit wetenschappelijk onderzoek, verkregen door reflectie op de professionele inschatting én door de inbreng van voorkeuren van patiënten. Tot op de dag van vandaag is er een lopende discussie over hoe het concept evidence in het kader van EBP opgevat moet worden. Deze onduidelijkheid vormt een groot probleem bij de implementatie van EBP in de verpleegkunde, omdat niet altijd duidelijk is welke wetenschappelijke traditie wordt aangehangen. In de literatuur is geen consensus gevonden over hoe verpleegkundigen in de zorgverlening binnen het EBP paradigma moeten afstemmen op voorkeuren van patiënten. Ook wordt het concept niet eenduidig geoperationaliseerd. Gevolg hiervan is dat verpleegkundigen nauwelijks een

antwoord vinden op wat patiëntvoorkeuren zijn, hoe zij moeten afstemmen op de voorkeuren van individuele patiënten en hoe zij kennis over de voorkeuren zouden moeten integreren in de verpleegkundige besluitvorming.

Geconcludeerd kan worden dat in de geraadpleegde literatuur geen evidence based antwoord gevonden wordt op de vraag van verpleegkundigen hoe zij rekening kunnen houden met patiëntvoorkeuren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming. Ook wordt niet duidelijk hoe verpleegkundigen de drie concepten in EBP – wetenschappelijke evidence, professionele expertise en patiëntvoorkeuren - moeten balanceren om tot een goede besluitvorming te komen. De overweging van het gebruik van evidence uit wetenschappelijk onderzoek, evidence van professionele expertise en evidence over voorkeuren van patiënten is een zorgvuldig en iteratief proces zijn. De erkenning van de betekenis van elk van de componenten elimineert niet het gebruik van wetenschappelijke evidence in EBP, maar impliceert dat EBP in de verpleegkundige praktijk een geavanceerde redenering vergt om de meest beschikbare evidence te verzamelen en te wegen. De onderzoekers in deze literatuurstudie bevelen aan om in de praktijk te onderzoeken hoe patiëntvoorkeuren worden ontdekt door verpleegkundigen, hoe zij er mee omgaan en hoe zij een plaats krijgen in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming ten einde goede verpleegkundige zorg vorm te geven.

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



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

Inleiding

In de laatste twee decennia rond de eeuwwisseling is het paradigma Evidence-Based Practice (EBP) in de gezondheidszorg omarmd als een probleemoplossende aanpak, die empirisch bewijs met klinische expertise en voorkeuren van de patiënt integreert (Melnik & Fineout-Overholt, 2006; Sackett et al., 2000). In het vorige hoofdstuk bleek dat de opvatting over wat als evidence gezien mag worden in EBP afhankelijk is van de wetenschappelijke stroming die wordt aangehangen. In de literatuur wordt duidelijk dat, onafhankelijk van de aangehangen stroming, veel aandacht wordt besteed aan de implementatie van evidence uit wetenschappelijk onderzoek in de verpleegkundige praktijk. Veel minder aandacht gaat uit naar de twee andere componenten voor een evenwichtige besluitvorming in EBP, de professionele kennis en voorkeuren van de patiënt. Door de grote aandacht voor evidence uit wetenschappelijk onderzoek blijft het onduidelijk wat nu precies verstaan moet worden onder de component patiëntvoorkeuren en hoe deze voorkeuren een rol spelen in de verpleegkundige besluitvorming en de individuele afstemming van de zorg.

De volgende logische stap in het onderzoek naar de aard en rol van patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming is een beschrijvend kwalitatief onderzoek uit te voeren in de dagelijkse praktijk. Hierin staat de vraag centraal hoe verpleegkundigen, die bekend staan als verleners van goede verpleegkundige zorg, afstemmen op patiëntvoorkeuren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming en zo goede zorg verlenen. In de context van dit onderzoek definiëren we goede zorg als verpleegkundige zorg waarin het startpunt wordt gevormd door de professionele en persoonlijke aansluiting op de beleving van de patiënt, en waar de verpleegkundige besluitvorming in gezamenlijkheid met de patiënt en zijn naasten wordt vormgegeven. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten uit het eerste deelonderzoek. Verpleegkundigen, opgemerkt door hun individueel afgestemde goede zorg, geven uitleg over hoe zij een goede zorgrelatie karakteriseren en creëren, patiëntvoorkeuren ontdekken en hoe zij vervolgens rekening houden met deze individuele waarden en voorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie, waarin de opmars wordt gegeven voor aanvullend onderzoek.

3.1 Methode empirisch onderzoek met interviews

Voor deze studie naar hoe verpleegkundigen in de dagelijkse zorg omgaan met normen, waarden en voorkeuren van patiënten is gekozen voor de methode van de grounded theory. Dit design is geschikt om de aansluiting van de verpleegkundige op de individuele beleving van de patiënt en de betekenis daarvan in EBP nader te onderzoeken. Grounded theory is een systematische methode in de sociale wetenschappen die zich richt op theorievorming door verzameling en analyse van de data in een iteratief proces van constante vergelijking (Bryant & Charmaz, 2010; Strauss & Corbin, 1998). In dit proces worden zich herhalende ideeën,

concepten of elementen ontdekt, die voorzien worden van codes. Deze codes kunnen door constante vergelijking en reflectie van de onderzoeker gegroepeerd worden in categorieën, die op hun beurt de bouwstenen vormen voor een nieuwe theorie. De onderzoeker vertrekt dus niet vanuit een bestaand theoretisch model, maar ontwikkelt een nieuw model voor het onderwerp in de studie. Aan het eind van dit proces vindt vergelijking of toetsing plaats met wetenschappelijke literatuur.

3.1.1 Werving respondenten

De eerste fase in de grounded theory studie, het afnemen van semigestructureerde interviews, vond plaats in 2010 en 2011. Nadat de onderzoeker toestemming had gekregen van de directeuren van zorg in vier middelgrote algemene ziekenhuizen in Nederland werden respondenten geworven. Omdat we op zoek waren naar de ‘excellente’ verpleegkundigen op de verpleegafdeling die bekend staan om hun goede zorg voor patiënten, vroeg de onderzoeker aan seniorverpleegkundigen en/of afdelingshoofden naar de beste verpleegkundige van de afdeling met de vragen: 1) Welke verpleegkundige van het team zou jij aanwijzen om voor jou te zorgen als jij opgenomen zou zijn in het ziekenhuis? 2) Aan welke verpleegkundige zou jij de zorg voor je dierbaren toevertrouwen? We wilden met deze vragen bereiken dat verpleegkundigen geselecteerd zouden worden die zowel technische als relationeel goede zorg verlenen.

Uiteindelijk werden 29 respondenten aangewezen, waarvan twee verpleegkundigen zich later terugtrokken omdat ze te druk waren op de afdeling en geen tijd konden vrijmaken voor een interview. De groep van 27 respondenten bestond uit 25 vrouwen en 2 mannen. Hun gemiddelde leeftijd was 37 jaar (SD 11,8) en hun gemiddelde werkervaring als verpleegkundige was 15 jaar (SD 12,6), zie Bijlage 3 voor een overzicht van de achtergrondkenmerken. Zij stemden allen toe in deelname in het onderzoek (informed consent).

3.1.2 Datacollectie en data-analyse

De interviews zijn afgenomen door één onderzoeker aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst (Bijlage 4). De topiclijst is samengesteld op basis van literatuurstudie naar de component patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige zorg (zie hoofdstuk 2) en naar professionele kennis in relatie tot het ontstaan en onderhouden van zorgrelaties. De interviews, met een gemiddelde duur van 44 minuten, zijn opgenomen op geluidsband en verbatim uitgewerkt. De uitspraken van de respondenten zijn met elkaar vergeleken en gecategoriseerd. In de dataverzameling en -analyse is constante vergelijking toegepast tot saturatie van de data optrad. Data-analyse werd uitgevoerd met behulp van het data-analyseprogramma ATLAS.ti 6.2. Om de betrouwbaarheid in dit onderzoek te verhogen is aan de respondenten gevraagd om een membercheck. Zeven respondenten gingen in op deze uitnodiging, de anderen wilden alleen de eindresultaten van de studie ontvangen. Om de betrouwbaarheid van de analyse te verhogen werden vier interviews door een onafhankelijke onderzoeker gecodeerd, dit materiaal werd vergeleken met de analyse van de

eerste onderzoeker. De werkwijze en uitkomsten werden besproken met de supervisors in dit onderzoek.

3.2 Bevindingen over patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming

De goede verpleegkundigen in dit empirisch onderzoek zijn van mening dat patiëntvoorkeuren deels bewust en deels onbewust een rol te spelen in het verpleegkundig handelen. Zij zijn het er unaniem over eens dat ze niet altijd vragen naar patiëntvoorkeuren, dat voorkeuren en waarden van patiënten niet altijd duidelijk aan te wijzen zijn en dat ze kunnen fluctueren afhankelijk van hoe een situatie wordt beleefd. Het is niet mogelijk om deze voorkeuren zomaar in te schatten door bijvoorbeeld voldoende ervaring. Het is daarom belangrijk om een goede zorgrelatie aan te gaan en hierover in gesprek te blijven met de patiënt en zijn naasten. Voorkeuren van patiënten die worden genoemd zijn bijvoorbeeld respect voor de eigen inbreng van de patiënt, het tijdstip van de verpleegkundige verzorging, de ondersteuning bij de verzorging, voorkeuren voor open of gesloten deuren, maar ook wensen ten aanzien van een luisterend oor of het verstrekken van extra informatie aan hen of aan hun familieleden. Zo zijn er ook voorkeuren voor een rustige zaal, niet gemengd verplegen en niet door iemand van het ander geslacht verzorgd te willen worden. Meer impliciet blijkt dat patiënten graag willen dat de verpleegkundige oog voor heeft voor gevoelens en ondersteunt, nabij is en troosten kan.

In het vervolg van deze paragraaf wordt duidelijk dat de verpleegkundigen een goede zorgrelatie typeren als een relatie tussen de professional en de patiënt waarin gevoelens van veiligheid en vertrouwen van de patiënt belangrijke pijlers zijn. In tabel 3.1 is kort samengevat hoe de thema's en de categorieën zich verhouden, in Bijlage 5 is een beknopt overzicht te vinden van de uitwerking van thema's naar categorieën naar concepten.

Tabel 3.1 Verpleegkundigen en de goede zorgrelatie

Thema's	Categorieën
Karakterisering van een goede zorgrelatie	- Veiligheid en vertrouwen - Erkenning als uniek individu - Het nemen van tijd
Aangaan en onderhouden van een goede zorgrelatie	- Creëren van een klik - Voelsprietten of antennes - Empathische vragen stellen
Besluitvorming vanuit een goede zorgrelatie	- Participant in de besluitvorming - Variërende voorkeuren - Breed referentiekader

Het realiseren van deze goede zorgrelatie kan alleen vorm krijgen als de verpleegkundigen ‘de persoon achter de patiënt’ leren kennen en er ‘verbondenheid’ in zorg ontstaat. Zij creëren min of meer onbewust een ‘klik’ met de patiënt en nemen tijd voor communicatie. De respondenten spreken over ‘voelsprietten’ om de verbondenheid te monitoren en zijn zich bewust van variërende voorkeuren bij patiënten. Door hun opstelling creëren ze een breed referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming.

3.2.1 Karakterisering van een goede zorgrelatie

Veiligheid en vertrouwen

De goede verpleegkundigen zijn unaniem van mening dat de basis voor het verstrekken van goede verpleegkundige zorg wordt bepaald door de aandacht die er is voor zowel lichamelijke, psychische als sociale aspecten in het leven van deze unieke patiënt. Een goede zorgrelatie wordt volgens hen gekarakteriseerd door een gelijkwaardige verhouding tussen verpleegkundige en patiënt, waarin de patiënt zich veilig voelt en vertrouwen heeft in de situatie.

Goede zorg is tijd voor de patiënt hebben ... Toch het stukje vertrouwen kunnen geven aan die mensen, dat die mensen ook jou vertrouwen. Goede zorg is dat je er ook echt bent voor de patiënt. (R19)

En:

Vriendelijkheid, mensen in hun waarde laten, voornamelijk, eh, laten blijken dat ze belangrijk voor je zijn, dat je naar ze luistert, empathie, dat ze zich veilig bij je voelen. (R6)

Een aantal respondenten vertelde over het eigen ritme dat mensen in hun ziek-zijn hebben, zoals mensen die lijden aan diabetes mellitus, en hoe daar op afgestemd moet worden. De patiënt mag hierbij rekenen op een alerte professional met kennis van zaken die verstandige besluiten kan nemen. Patiënten moeten in een hele korte tijd leren vertrouwen dat het goed is wat de verpleegkundige komt doen. Vanuit dit vertrouwen wordt eerder over gevoelens van angst of pijn gesproken en dat is nodig om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen en genezing te bevorderen. Veiligheid en vertrouwen komen tot uiting in een persoonlijk contact, waarin de verpleegkundige interesse heeft voor en afstemt op de normen, waarden en voorkeuren van de patiënt. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat wanneer een patiënt boos is of geïrriteerd, zij dit zien als een bedreiging voor vertrouwen in de zorgrelatie. Zij proberen een dergelijke situatie zo snel mogelijk te beïnvloeden door spanningen te benoemen en ruimte te geven voor reacties. Dit vraagt een houding van afstemming, waarin de verpleegkundige moeite doet om het vertrouwen te herstellen, wat “in 99% van de gevallen lukt”.

Erkenning als uniek individu

De respondenten vertellen dat ze er bewust bij stil staan om een goede, persoonlijke zorgrelatie te creëren, waarbij ze zich afvragen: wie is deze patiënt, hoe ervaart hij zijn klachten? Hoe kan ik hem het best benaderen en welke mensen zijn belangrijk voor hem? Sommige verpleegkundigen starten hun uitleg met het feit dat ze zich nadrukkelijk voorstellen aan de patiënt, met naam en functie: "Ik ben... en als afdelingsverpleegkundige zorg ik vanavond voor je. Als je belt zal ik er zijn". Ze vertellen dat ze dit moment van voorstellen benutten om te zien welk 'soort persoon' de patiënt is. "In een of twee minuten herken ik het soort persoon waar ik mee te maken heb, dan weet ik hoe ik moet handelen." Als professional verbinden de respondenten zich niet alleen met het zieke deel, maar met de hele persoon. De patiënt moet immers de controle over zijn welbevinden (tijdelijk) uit handen geven aan de ander. De respondenten proberen deze taak, waar nodig, zo automatisch mogelijk over te nemen. Een aantal noemt zichzelf "mensenmens", altijd op zoek naar "de vanzelfsprekende aansluiting bij de ander".

Ik erken die ander als eigen individu; ik hoef niet alles te weten, maar wel die dingen die nodig zijn om met mijn zorg aan te sluiten. (R27)

Een derde van de respondenten benadrukt dat zij zorg willen geven alsof het hun eigen vader of moeder betreft of zoals ze die zelf graag zouden willen ontvangen. Ze zeggen daarvoor kennis nodig te hebben van bepaalde normen en voorkeuren van die patiënt. Daarbij staat niet het dossier, maar de patiënt als persoon staat centraal. Daarom willen ze de patiënten ontmoeten in een persoonlijk contact waarin empathie centraal staat: "Hoe hebt u het ervaren? Wat betekent dit voor u?" Verschillende verpleegkundigen benadrukken dat wanneer het uniek-zijn van de ander erkend wordt, de gesprekken op een ander niveau komen. Interesse in de ander als persoon doet ook een beroep op de persoon van de verpleegkundige. R12 maakt hierbij het voorbehoud om wel haar eigen privacy af te schermen, maar een ander vertelt:

Je moet anderen toelaten, dan sta je blijer in de zorg, kun je beter luisteren en vergeet je minder. (R18)

Deze interesse vraagt volgens de professionals een vakkundige houding en een kwetsbare opstelling, de verpleegkundige moet immers bereid zijn te luisteren en tijd hiervoor te nemen. Van tevoren staat niet vast hoe intens of hoe lang het antwoord is op de vragen naar de betekenisgeving van het ziek-zijn. De verpleegkundigen stellen dit soort vragen als het zo uitkomt, ze kijken niet naar de hectische omgeving: "als dit nodig is" en dat moment wordt "ingegeven door mensenkennis en ervaring in het beroep".

Het nemen van tijd

Een goede zorgrelatie kenmerkt zich door soms bewust even tijd te nemen om met een patiënt te praten ongeacht de drukte op een afdeling of de mening van collega's hierover. "Wanneer patiënten weten dat iemand naar hen luistert als dat nodig is, bellen ze veel minder vaak, zodat het je uiteindelijk tijd oplevert." Deze verpleegkundigen luisteren actief, moedigen patiënten aan om hun vragen te stellen en hun zorgen te bespreken, zodat mogelijke problemen in een vroeg stadium worden herkend en waar mogelijk opgelost. Komt het moment van de vragen even niet uit, dan komen de verpleegkundigen op een later moment terug. Sommige patiënten moeten worden aangemoedigd zich uit te spreken:

Een poosje geleden was dat, dat ik op een tweepersoonkamertje was en een patiënt die veel lichamelijke zorg nodig had en eentje die is schizofreen in de anamnese, wel zelfredzaam, maar goed, zij had wel aansturing nodig. En die mevrouw die eh, ja, daar loop je altijd gemakkelijk langsheen he, ik had het maar druk en allerlei andere dingen die je echt moet doen. Dus ja, op een gegeven moment pak je een krukje en ga je er toch bij zitten. Want ik wil perse dat ik toch die enkele minuten, omdat je ziet dat ze met de ziel onder de arm zit. Dat zie je. - En waar zie je dat dan aan? - Nou, zie ik dus.. en het was vlak voor het bezoeken en haar partner, een mevrouw, die kwam en die .. ik weet niet eens waarover het ging, maar ik luisterde en ik schreef dat op waar ze bij was, om dus voor morgen in die visite een gesprek te plannen. En die partner keek me aan en pakte mijn arm, die partner, en zei: dit heeft nog niemand gedaan in de acht dagen dat ze hier ligt! (R13)

De respondenten vertellen ook dat veel patiënten op zoek zijn naar de betekenis van hun ziekzijn en daarbij soms hele levensverhalen vertellen. Het is belangrijk om tijd te nemen voor deze betekenisgeving en te ondersteunen met luisteren en kritische vragen stellen. Zo was het voor een patiënt met een trauma in het verleden bijvoorbeeld erg moeilijk om pijnmedicatie af te bouwen. Door tijd te nemen om te luisteren naar het probleem, gevolgen voor de langere termijn nog eens uit te leggen en door gezamenlijk alternatieven te zoeken lukte het om door deze fase te komen. "Hij stelde voor dat zijn vrouw langer op bezoek mocht blijven, zodat hij afleiding had en de avond minder lang duurde. De patiënt was verbaasd en dankbaar dat zijn probleem zo werd opgelost."

Enkele respondenten vertellen hoe zij bewust tijd nemen voor observeren, luisteren en vragen stellen en zo patiënten helpen om vragen onder woorden te krijgen. "Je ziet meer van de innerlijke vragen dan een patiënt zich realiseert. Deze man zal in de nabije toekomst sterven aan zijn auto-immuunziekte, we hebben hier geen behandeling voor hem. Hij zou naar een specialistisch centrum moeten, maar de arts verwijst niet. Ik ben er van overtuigd dat hij betere zorg kan krijgen en stel mijn vragen zo dat hij zijn eigen vraag hardop uitspreekt. Hij is slim genoeg." Een goede zorgrelatie betekent dan ook (informatie)behoeften herkennen en meedenken met de patiënt.

3.2.2 Actieve inzet voor een goede zorgrelatie

Het creëren van een 'klik'

De respondenten vertellen dat het in goede zorgverlening een voorwaarde is om actief verbondenheid met de patiënt te creëren: “Het is belangrijk dat hij zich een beetje over kan geven, dan kan hij aangeven hoe hij zich echt voelt en dan kan ik meer voor hem betekenen. Hij krijgt permissie om zichzelf te zijn”. Patiënten maken sneller oogcontact en staan open voor troostend fysiek contact als een arm om de schouder. De verpleegkundigen benoemen deze verbondenheid als het ‘ervaren van een klik’. Geen van de respondenten kan uitleggen wat zij precies doen in het creëren van die klik of op welk moment zij dit geleerd hebben, ondanks hun overtuiging dat een goede verpleegkundige deze verbondenheid moet nastreven. De interviewer nodigde hen uit om aan de hand van verhalen uit hun dienst te vertellen waarin die klik of verbondenheid een rol speelt. Dit leverde ervaringsverhalen op over hoe zij optreden, wat zij belangrijk vinden en hoe zij de patiënt zelf centraal stellen.

De respondenten leggen uit dat zij bij elk nieuw gezicht, bij opname of bij aanvang van een dienst, een klik proberen te creëren met die patiënt. De klik ontstaat volgens hen in bijna alle gevallen in de eerste twee minuten van dat contact en houdt aan tot het einde van de opname.

Ik heb altijd snel een klik met iedereen, ik ben laagdrempelig en empathisch en heb een groot aanvoelend vermogen. (R19)

Kenmerken van een klik in de zorgrelatie zijn dat de communicatie effectiever verloopt doordat men elkaar eerder begrijpt, dat de patiënt gemakkelijker meewerkt en dat er minder tijd nodig is voor onderhandeling over beslissingen in de zorg. De familie is een meepratende partij en heeft zo automatisch aandeel in de planning van toekomstige zorg. Hoewel de respondenten niet meer tijd besteden dan andere verpleegkundigen is er na het eerste gesprek een klik ontstaan en zijn zij op de hoogte van wat de patiënt bezighoudt. Als de klik eenmaal bestaat, wordt in de loop van de opname het gevoel van verbondenheid vaak sterker doordat ook regelmatig de emotionele gevoelens van de patiënt aan de orde komen. Het creëren van de klik gaat sneller als gezamenlijke kenmerken gedeeld worden: "De familie besepte al snel dat we een Friese achtergrond deelden en kwam daarna steeds bij mij met hun vragen, hoewel ik echt een minder ervaren verpleegkundige was".

Bij sommige patiënten duurt het wat langer voor de klik ervaren wordt, “soms moet je iemand echt even leren kennen”. Wanneer de klik niet spontaan ontstaat, volharden de verpleegkundigen er in om deze toch te vinden en praten daar dan ook over met de patiënt. Een enkele keer lukt het niet, zoals wanneer persoonlijkheden elkaar echt niet aanvoelen of als patiënten erg gesloten zijn. Zo vertelde een respondent over een patiënt die zelfs voor zijn vrouw verzwegen dat hij in het eindstadium van kanker verkeerde. Hij wees elke persoonlijke vraag af en ging het gesprek niet aan met de verpleegkundigen. Ook in een dergelijke situatie wordt professionele zorg gegeven, maar de respondenten missen “de kick als mensen zich aan je overgeven, je vertrouwen”.

Het merendeel van de respondenten vertelt over het gebruik van humor om de verbinding tot stand te brengen. Enkelen zeggen dat ze het inzetten om het ijs te breken, zoals R25: "Ik zeg, bijvoorbeeld - een dom voorbeeld – dit is de nieuwste creatie van onze modeontwerper, ons prachtige operatiehes. Dan beginnen ze te lachen om die kleine grapjes. Op zo'n moment, als je door de stress en spanning kan breken met humor, kunnen ze zich openstellen en heb je contact".

Een pastoraal medewerkster kreeg palliatieve zorg vanwege kanker, maar kon niet over haar eigen ziekteproces praten. Ik was op de zaal toen ze tijdens een koffieronde vroeg om lauwe melk, maar de stagiaire vertelde dat ze dat niet had, alleen hete en koude melk. Ik grapte dat ze het moest mengen, zoals alle goed en kwaad in het leven. We lachten hartelijk om de onhandigheid van de stagiaire. Ik merkte op dat ik haar nog niet eerder had zien lachen, waarop we het volgende halfuur spraken over haar wanhoop in de situatie. Ze hoefde natuurlijk niet te praten, maar ik ben gewoon heel belangstellend, zeg maar nieuwsgierig. De humoristische opmerking, niet bewust geënceneerd, was een middel om nader contact te krijgen en in gesprek te gaan over haar zorgen en het naderende einde. (R20)

De verpleegkundigen weten niet wanneer en hoe ze leerden om humor in te zetten. Sommigen zeggen dat ze dit misschien van een collega leerden.

Soms overstijgen verpleegkundigen zichzelf in een poging om een werkzame zorgrelatie te creëren en verbondenheid te vinden. Een jonge patiënte met darmkanker en metastasen was zojuist op de afdeling opgenomen met darmbloedingen.

Enne, die vader komt de afdeling op, ik wilde me voorstellen. Hij gaf me geen hand. Hij gaf mij geen hand, hij keek me niet aan, hij denderde door. Woedend was hij, heel kwaad. En terecht, als je weet dat je dochter dood gaat, dan snap ik alles. Maar een man of veertig, vijftig liep mee de afdeling op. Het was echt, echt heel heftig. Een oma zat schreeuwend bij dat bed, nou die heb ik daar eerst weggehaald. Ik zeg, 'oma kom eens even met me mee, we moeten even praten.' Ik heb haar apart genomen in een hokje en gezegd: 'je mag naar haar toe, maar wees rustig.' En toen ben ik naar die vader gegaan. Die was heel boos op mij, want ik stond bij dat meisje, zijn dochter, die doodging, ik vroeg haar: '[naam] heb je pijn?' 'Jah.' En toen kwam hij naar mij toe en zei: 'je gaat niet met mijn dochter praten, want wie denk je wel dat je bent...' weet ik wat allemaal. Ik zei, 'wilt u even met mij meekomen?' Toen kwam er meteen nog een paar man mee, want hij was ook heel erg agressief. 'We gaan elkaar eerst voorstellen!' En dan steek ik ook echt mijn hand uit. Ik zeg, 'we gaan eerst elkaar een hand geven, voordat we met elkaar praten'. Ik zeg, 'ik vind het verschrikkelijk moeilijk, je mag schelden, alles wat je wil, want het is een ramp. Maar we geven elkaar eerst een hand en dan pas kan ik verder met je.' Ik zeg, ik moet toch

wat! Dus een hand gegeven. Toen werd hij wat rustiger en toen mocht ik ook met die dochter praten. En binnen een paar uur was ze overleden. Dus dat was wel heel heftig allemaal! Ik dacht, ik moet wel even zorgen... laten zien wie de baas is. Want dat voelde ik toen echt dat ik dat was, zelfs de oncoloog was bedreigd, enne, nou, dat was echt een heftige situatie. Maar dan laat ik ook wel heel duidelijk zien wie de baas is. Want ik ben niet zoetsappig, want ik kom op voor mijn mensen. Maar het moet wel eh.... als ik er weer aan denk, ik word weer...Het was afschuwelijk...zo zielig, zo'n mooi meisje. Tuurlijk, het was echt, echt verschrikkelijk!

Voelsprietten of antennes

Zonder uitzondering spreken de verpleegkundigen over het gebruik van signalen om afstemming en verbondenheid in de goede zorgrelatie te monitoren. Het letten op de signalen van de patiënt en het rekening houden met hun voorkeuren lijkt te worden ingegeven door een 'goed getraind instinct'. De respondenten benoemen dit als sonderen of het gebruik van hun "voelsprietten". Alsof ze met de antenne van een radio afstemmen op de juiste golflengte van de patiënt. Voelsprietten helpen om rustig hun werk te doen, om afgestemd te zijn; maar als de voelsprietten hen alarmeren gaan ze op onderzoek uit. De respondenten kunnen niet uitleggen hoe deze voelsprietten er uit zien of hoe die waarschuwingen ontstaan:

Het is iets op mijn huid, ik weet niet wat het is, dat zie je, dat merk je, dat voel je. Ik weet niet hoe ik ... (R12)

En:

Ja, dat is denk ik dat...natte vingerwerk. Of dat extra voelsprietje dat je hebt of eh, dat weet ik niet. Ik let daar wel op, ja. En ook ja, tussen de oren. Als je een katheterzakje leegt of weet ik wat, een nuttige handeling. Nee, je hebt die patiënt scherp, ik weet niet goed, ik heb er wel over nagedacht, hoe kan ik dat nou uitleggen. Want ik heb geen bepaalde woorden, die je zou kunnen gebruiken om dat te omschrijven. Ik weet het niet. Maar het is wel dat sensortje dat je hebt. En ik.. eh, ja, dat weet ik niet hoe. Dat merk je, dat heb je wel gauw genoeg door. (R13)

Respondenten beschrijven de alarmsignalen ook als "een soort innerlijke jeuk, je moet meteen naar die patiënt toe en even checken wat er mis gaat". De verpleegkundigen reageren op signalen die ze zich nauwelijks bewust zijn: even geen oogcontact, een klein verschil met een vorige observatie, een andere houding in bed. De opgemerkte lichaamstaal is een trigger om op onderzoek uit te gaan en de verbondenheid te controleren. Sommige respondenten beschreven de voelsprietten als het gebruik van hun intuïtie, maar R25 is zeker van haar zaak: "Het uiten van verbondenheid is iets wat je doet door je antenne. Dit is niet een kwestie van intuïtie; het is kennis. Absoluut kennis! Ik probeer om stagiaires dit te laten zien, ze moeten me vertellen wat ze zien, wat ze horen... de kenmerken van de observatie van deze persoon".

Geen van de respondenten kon een antwoord geven op de vraag of het werken met voelsprietten iets is wat in de jeugd ontstaat, of het bij bepaalde personen hoort of dat dit

typisch iets is voor de verpleegkundige praktijk. Ze waren het er over eens dat het werken met voelsprietten hoort bij de goede zorgrelatie, maar dat dit niet op school geleerd kan worden. R4: “dat leer je in de praktijk, van collega’s.”

Open communicatie

De verpleegkundigen in dit onderzoek vinden een open communicatie een belangrijke voorwaarde om een goede zorgrelatie te creëren. Wanneer de patiënt, zijn familie en verpleegkundigen een open communicatie hebben, is er ruimte voor het uitspreken van tevredenheid, verwachtingen én teleurstellingen over en weer. Door vanuit een open houding te werken, ervaren ze weinig problemen in de zorgrelaties. Binnen deze open communicatie gaat het naast luisteren naar de patiënt ook om actief informeren, het begrijpen als er sprake is van een kennistekort en dit proberen aan te vullen. Verpleegkundigen sluiten in hun communicatie aan bij verschillen in cognitief niveau van patiënten, maar ze moeten in hun manier van communiceren ook rekening houden met gespannen of angstige mensen bij wie de informatie niet of nauwelijks doordringt. Informeren leidt niet altijd tot gewenst gedrag; soms moet overgegaan worden tot onderhandelen en in enkele gevallen moet een verpleegkundige kunnen overtuigen.

Voor de respondenten is open communicatie ook van grote waarde als patiënten soms niet of nauwelijks meewerken aan het volgen van een protocol. R22 vertelt over een mevrouw die veel pijn heeft na een onderbeenamputatie en dagelijks onder luid protest toch even in de rolstoel gezet wordt door de verpleegkundigen op de afdeling. Het lukt haar om verandering in de situatie te brengen door uit te leggen wat het protocol zegt en dit te koppelen aan de toekomstverwachtingen van mevrouw. Maar ze maakt ook ruimte voor communicatie over de pijn van mevrouw en geeft aandacht aan het gevoel van veiligheid en vertrouwen:

Nou, sowieso beginnen met praten en eerst even rust. En niet meteen van we komen u uit bed halen. Eerst even voor haar gevoel, dat ik dan kom met he, ik wil u toch graag uit bed halen, want dit en dat... En dan ook weer een afstemming van hoe kunnen we er voor zorgen dat u op een goede manier wel uit bed komt. Hoe ziet u het, hoe wilt u het hebben. En dan kijk ik vervolgens natuurlijk naar wat kan wel en wat kan niet, want je kunt niet alles zomaar aan een patiënt overlaten. Maar ik denk dat je gewoon heel nauw moet aansluiten bij wat iemand zelf ook ziet. Echt zorg op maat, maar daar is eigenlijk geen tijd voor.

Verpleegkundigen geven aan dat de beste oplossingen gevonden worden door als gelijkwaardige partners in gesprek te gaan met patiënten en hun familie.

3.2.3 Besluitvorming vanuit een goede zorgrelatie

Participant in de besluitvorming

Eén van de voorwaarden om tot goede, afgestemde zorg te komen is om ook de stem van de patiënt te horen in de besluitvorming. De respondenten zoeken de verbondenheid met de

patiënt als uniek individu, omdat dit de enige manier is om zijn autonomie - zoals ze dit consequent benoemen - optimaal te waarborgen en de zorg te kunnen evalueren. Zij vinden dit belangrijk omdat de patiënten "de controle voor een tijdje moeten opgeven, omdat ze zo ziek zijn of omdat ze een operatie moeten ondergaan". Hoe kan met respect voor de levensfase van de patiënt en zijn ziekte-inzicht gezamenlijk gezocht worden naar de beste opties? Veel verpleegkundige zorg is vastgelegd in richtlijnen en protocollen. Maar niet elke patiënt kan het vaste stappenplan uitvoeren, omdat er sprake kan zijn van beïnvloedende condities, vermoeidheid, pijn of angst. De verpleegkundigen in deze studie vertellen dat verbondenheid in de zorgrelatie hen helpt om begripvol op te treden en gezamenlijk een middenweg te zoeken tussen voorkeuren op korte termijn (ik wil niet) en lange termijn doelen (optimale conditie bij ontslag).

Respondenten geven aan de voorkeuren van patiënten serieus te nemen in de verpleegkundige besluitvorming, zelfs wanneer patiëntvoorkeuren en professionele vakkennis conflicteren. "Het is niet de bedoeling dat wij alles maar doordrukken, de patiënt en zijn familie mogen zeggenschap hebben" en "we willen de mens respecteren die gewoon zelf de beslissing nog kan nemen, de autonomie respecteren". Toch zullen zij niet meegaan in de besluitvorming als dit zich tegen goede zorg gaat keren. Zo weigert R25 op basis van haar professionele kennis om vroeg in de avond slaapmedicatie te verstrekken aan een zeer veeleisende patiënte. De medicatie is niet voorgeschreven en de patiënte heeft de afgelopen nachten goed geslapen. Deze mevrouw blijft roepen dat "de klant koning is", niet bereid om rustig in gesprek te gaan. De verpleegkundige beoordeelt dat het niet nodig is om de arts hiervoor te bellen en laat de verontwaardiging van mevrouw over zich heen gaan.

In de palliatieve fase worden voorkeuren en wensen van patiënten minder kritisch benaderd, zoals het volgende voorbeeld van R2 laat zien: "Een man van begin veertig lag op de intensive care afdeling en had zojuist in een gesprek met het behandelteam gehoord dat er voor hem geen hoop op genezing was en dat hij binnen enkele weken zou overlijden. Deze man wilde, nu hij nog goed bij bewustzijn was, een laatste glas wijn drinken en een sigaret roken. Ik vroeg zijn arts de medicatie aan te passen, zocht die middag warme dekens bij elkaar en nam de patiënt (met toestemming van de arts) mee naar buiten." Meerdere respondenten herkennen de inzet om voorkeuren van patiënten in de palliatieve fase zo goed mogelijk in te willigen. Een enkeling vraagt zich af of dit alleen belangrijk is in de palliatieve fase of dat het luisteren naar patiënten misschien een meer prominente plaats zou moeten hebben in de verpleegkundige besluitvorming.

Variërende voorkeuren

Verpleegkundigen in dit onderzoek geven aan rekening te kunnen houden met de variërende voorkeuren van patiënten in de besluitvorming. De respondenten reageren op wensen van patiënten op de korte termijn (ik wil niet opstaan, ik wil niet eten, ik wil deze behandeling niet meer) en die waar mogelijk om te zetten naar doelen op de langere termijn als het zich goed voelen en ontslag uit het ziekenhuis. Ze balanceren de verschillende belangen en de verwachtingen op de langere termijn en bespreken met de patiënt de best mogelijke

resultaten. Ze gaan onderhandelen om toch door te zetten, de activiteit te verplaatsen naar een ander tijdstip op de dag of ze gaan op zoek naar andere mogelijkheden. Door eenduidige communicatie en concrete afspraken kan vertrouwen gewonnen worden: "Wilt u even bijkomen na het wassen? Dan kom ik over een half uurtje en zal ik u op de stoel helpen. Ik geef u een bel binnen handbereik. Als het niet meer comfortabel voelt, gewoon bellen en ik zal onmiddellijk komen." Volgens de respondenten is het dan ook belangrijk om consequent te doen wat is afgesproken, ook al is het nog zo druk op de afdeling.

De verpleegkundigen zijn bereid mee te denken met de patiënt en hen te helpen om in een ander perspectief te stappen. R26 vertelt:

Een patiënt, via de poli opgenomen met een hartinfarct, was zo boos dat hij bedrust kreeg voorgeschreven en aan de monitor moest liggen, dat hij pertinent weer op de fiets naar huis wilde. Ik gaf hem de tijd om even op verhaal te komen en de onduidelijkheden die er waren te benoemen. Een uurtje later was hij rustig en liet alles over zich heen komen. Hij merkte dat hij mij kon vertrouwen en kon zich daarom overgeven.

Achteraf bleek deze patiënt in een erg slechte conditie en was het goed dat hij niet huiswaarts gegaan was. Deze verpleegkundige gaf aan dat zij opgelucht was dat zij naar haar voelspieten geluisterd had die zeiden dat ze de conditie van deze man niet vertrouwde. Ze was blij dat ze er in geslaagd was om deze man in het ziekenhuis te laten blijven.

Referentiekader

Verschillende respondenten vertellen dat zij in hun overtuiging van het geven van goede zorg via de rapportage aan hun collega's doorgeven hoe de patiënt zich voelt en waar hij zich eventueel zorgen over maakt. Eén respondent geeft aan dat zij dit nauwelijks kwijt kan in het huidige dossier, enkele anderen vertellen dat op hun afdeling het delen van deze informatie juist gewaardeerd wordt. Zo zijn ze snel op de hoogte, kunnen even checken bij de patiënt hoe het nu is en kunnen hier rekening mee houden in de besluitvorming. Bij ernstig zieke patiënten of mensen met cognitieve stoornissen is de familie "mijn brug naar de patiënt, dan krijgen we meestal via hen de informatie die nodig is om tot goede besluiten te komen."

Bijna alle respondenten geven aan dat zij de familie en/of mantelzorgers actief betrekken bij de verpleegkundige zorg. Zij houden waar nodig telefonisch contact en lopen tijdens het bezoeken vaak even de kamers van hun patiënten binnen om partners, kinderen en andere visite kort te ontmoeten. Ze vragen aan de familie of deze man voldoende hersteld is, of hij zich weer net zo gedraagt als voorheen. Hij wil naar huis, maar kan dat ook volgens hen? "Ik wil een compleet beeld hebben. Ik wil weten hoe deze man zich voor de opname gedroeg, of zijn situatie vergelijkbaar is. Met de nieuwe informatie kan ik een dagprogramma vormgeven dat bij hem past, waardoor we hem beter kunnen observeren." Een respondent vat het samen: "Bezoekers vormen benchmarks in de zorg, alleen zij kunnen de vergelijking maken voor hun geliefden." De respondenten kunnen niet goed uitleggen waarom ze de

informatie van de bezoekers zo actief ophalen, maar benadrukken wel dat het heel belangrijk is.

Samenvattend concluderen we dat een goede zorgrelatie gekarakteriseerd wordt door het optimaliseren van een gevoel van veiligheid en vertrouwen bij de patiënt. De erkenning van de patiënt als uniek individu is een voorwaarde om dit gevoel te bereiken. De zorgrelatie kan alleen bestempeld worden als 'goed' als er, ondanks de altijd drukke context, tijd wordt genomen voor dit contact. Verpleegkundigen creëren de goede zorgrelatie door in de eerste minuten van een ontmoeting een 'klik' of verbondenheid tot stand te brengen. Deze verbondenheid wordt gekenmerkt door een open communicatie en wordt gemonitord met 'voelsprietten', een soort antenne die zorgvuldig op de juiste golflengte wordt afgesteld, zodat de verpleegkundigen snel kunnen handelen als de zorg in gevaar komt. De respondenten erkennen dat de patiënt een partij is in de besluitvorming en overwegen patiëntvoorkeuren daarom zorgvuldig. Dat is niet altijd gemakkelijk, omdat de voorkeuren kunnen variëren al naar gelang de heftigheid van de pijn, de vermoeidheid of juist het optimisme. Deze verpleegkundigen gebruiken daarom waar mogelijk de inbreng van de familie, zodat ze een breder referentiekader hebben voor hun besluitvorming.

3.3 Discussie

Alle respondenten in dit onderzoek herkennen de urgentie van de vraag naar hoe verpleegkundigen in de acute zorg rekening houden met patiëntvoorkeuren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming en zo individueel afgestemde, goede zorg vorm kunnen geven. De bevindingen in dit onderzoek naar kennis over het omgaan met voorkeuren van patiënten in de verpleegkundige besluitvorming zijn van belang, omdat de meeste verpleegkundigen wel overtuigd zijn van de waarde van EBP in hun vakgebied, maar het voor hen onduidelijk blijft hoe zij de drie componenten van EBP moeten balanceren. De excellente verpleegkundigen delen met elkaar het standpunt dat goede zorg begint met een goede zorgrelatie, die gebaseerd is op de erkenning van de patiënt als een uniek persoon en het creëren van verbondenheid met hem.

Als we aan de hand van deze resultaten op zoek gaan in bestaande theorieën over professionele kennis in de verpleegkunde en de rol van patiëntvoorkeuren, herkennen we het pleidooi voor de ethische kennis uit het veel gebruikte model van Carper (1978). Ethische kennis in de verpleegkunde bestaat uit zowel formele principes en ethische theorieën over de zorgverlening, alsook uit impliciete kennis die de basis is voor moeilijke ad hoc beslissingen in de praktijk. Anderen, zoals Jacobs-Kramer & Chinn (1988), werkten deze ethische kennis verder uit richting ethische theorieën voor de verpleegkunde, maar bijvoorbeeld Bergum (1994) en White (1995) namen afstand van de regel-georiënteerde benaderingen. Zij benadrukten dat deze vorm van kennis tot uitdrukking komt in de zorgrelatie: de samenwerking met de individuen in de gegeven situatie en de dialoog met hen om tot goede zorg te komen. Zij geven echter geen aanwijzingen hoe de door Carper benoemde 'impliciete kennis' er uit zou kunnen zien.

Volgens Benner begint goede klinische zorg met een accuraat klinisch oordeel van de reacties van patiënten en hun behoeften (Benner et al., 1984; 2008). Benner - die veel onderzoek verrichtte naar de professionele kennis van verpleegkundigen - concludeert dat het afstemmen van individuele zorg voorbehouden is aan expert-verpleegkundigen. De expert-verpleegkundige weet, ook al is ze volledig in beslag genomen door haar zorgactiviteiten, instinctief welke kennis en welk begrip ze op dat moment nodig heeft. In dit onderzoek zijn drie van de 27 respondenten beginnende beroepsbeoefenaars. Dit gegeven roept de vraag op of het creëren van verbondenheid en het onderhouden van een goede zorgrelatie vaardigheden zijn die correleren met de expertise in het verpleegkundig vakgebied zoals Benner dat heeft beschreven.

Respondenten in deze studie zijn vaardig in het ontdekken en meenemen van patiëntvoorkeuren in de besluitvorming, maar uit de gegevens van deze studie is niet duidelijk of dit komt door persoonlijke kenmerken van de respondenten of door professioneel opgedane ervaring. Of gaat het hier mogelijk om de kennis waar Carper op doelde en die in de literatuur is beschreven als impliciete of taciete kennis: 'We weten nu eenmaal meer dan we kunnen uitleggen' (Polanyi, 1966)? Het concept impliciete kennis is in de verpleegkunde wel onderzocht, zoals door Herbig et al. (2001), maar in de literatuur wordt nauwelijks een relatie gelegd tussen impliciete kennis in de verpleegkunde en de invoering van EBP. Komt dit omdat het fenomeen ongrijpbaar lijkt en daarom niet beschouwd wordt als een nuttige bron van evidence?

Het belang van een goede zorgrelatie is uitgewerkt in verschillende studies over het kennen van de patiënt (bijvoorbeeld Takemura & Kanda, 2003; Tanner et al., 1993). Onderwerpen als het bewust bevorderen van een gevoel van veiligheid en vertrouwen bij patiënten en het belang van verbondenheid, die in deze studie sterk naar voren komen, hebben tot nu toe nog weinig aandacht gekregen (Berg & Danielson, 2007; Rodney, 1997). Het concept verbondenheid in de zorgrelatie is uitgewerkt als een kenmerk van aandachtige aanwezigheid (Covington, 2005; Hines, 1992), maar verbondenheid wordt soms ook smaller opgevat als een spirituele ervaring tussen verpleegkundigen en patiënten (Miner, 2007). In het huidige onderzoek omschrijven de respondenten verbondenheid juist als noodzakelijke voorwaarde voor een goede verpleegkundige zorg.

De beschrijving van de respondenten over het tot stand brengen en ervaren van een klik met de patiënten wordt herkend uit andere publicaties over persoonlijke en professionele relaties. Deze klik wordt in de literatuur beschreven als de techniek van de snelle verbinding - *instant connection* - (Barelds & Dijkstra, 2007; Brafman & Brafman, 2010) of verbondenheid - *connectedness* - (Atlas et al., 2009; Miner, 2007; Scheel, Pedersen & Rosenkrands, 2008). Mensen die deze technieken gebruiken, worden gekenmerkt als individuen met een hoge mate van zelfreflectie, die de ander goed aanvoelen en hun gedrag automatisch aanpassen aan de situatie van de ander. Vanuit de verbondenheid zijn zij zich meer bewust van de mindset van de andere persoon, van zijn houding en emoties. De empirische gegevens over het inschatten van de voorkeuren van patiënten en hier het professionele gedrag op af te stemmen, zijn complementair aan de literatuur over aandachtige zorg in de zorgrelaties

(Klaver & Baart, 2011; Tronto, 1993). De data introduceren een bewust streven van de verpleegkundigen naar de actieve betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces vanuit verbondenheid in de zorgrelatie. Door deze 'empowerment' van de patiënt en zijn naasten worden mogelijkheden om zorg af te stemmen optimaal benut. De resultaten suggereren dat aandachtige zorg en het verhogen van responsiviteit van patiënten beide intrinsiek verbonden kenmerken zijn van goede verpleegkundige zorg.

3.4 Conclusie

Verpleegkundigen die door hun collega's worden aangewezen als verleners van excellente zorg bieden ons in deze studie een verdiepend inzicht in wat onder voorkeuren van patiënten wordt verstaan en hoe deze een rol spelen in de verpleegkundige besluitvorming. Ze werken volgens de protocollen zoals in de instelling is afgesproken, maar weten zich te onderscheiden van hun collega's door persoonlijk afgestemde, goede zorg te verlenen. Voor de respondenten is verbondenheid in de zorgrelatie, of het hebben van een 'klik', de belangrijkste voorwaarde om hun werk vorm te geven. Binnen die verbondenheid stemmen ze af op gevoelens van veiligheid en vertrouwen door de patiënt als een uniek persoon te erkennen en tijd te nemen om met hem in gesprek te blijven. Deze verbondenheid wordt gemonitord met 'voelsprietten', als een soort antenne waarmee voortdurend de beste afstemming gezocht wordt. Verstoring van de signalen vraagt om acute interventies.

Volgens de goede verpleegkundigen behouden de patiënten (en hun familie) in dit streven naar verbondenheid zo optimaal mogelijk de regie bij de ziekenhuisopname, waardoor zij automatisch participeren in de besluitvorming. Het is een uitdaging voor de respondenten om te anticiperen op (nog) niet bekende voorkeuren en variërende voorkeuren in de verpleegkundige zorg. Soms krijgen door ziekte, pijn, vermoeidheid of zorgen doelen op de kortere termijn meer aandacht van de patiënt en zijn familie en worden doelen op langere termijn minder belangrijk. De respondenten laten zien dat zij hierin actief optreden door luisteren, informeren, onderhandelen en soms ook overtuigen. Zij laveren handig tussen protocollen, professionele kennis en deze verschillende voorkeuren en vormen, veelal nauwelijks bewust, een referentiekader op basis van deze kennis voor de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming.

In het onderzoek wordt duidelijk dat individueel afgestemde, goede zorg, 'de zorg die op dit moment het allerbeste voor u is', afhangt van de professionele expertise van verpleegkundigen om patiëntvoorkeuren te ontdekken, hier op af te stemmen en er mee om te gaan. De respondenten geven unaniem de indruk dat zij zich hier onbewust en bijna moeiteloos in bewegen. Toch kunnen zij in de interviews niet precies uitleggen wat zij doen en waar zij dit geleerd hebben. Is de professionele kennis om in de verpleegkundige besluitvorming de drie componenten van EBP te balanceren en te komen tot goede zorg aan te wijzen? Het zou hier ook kunnen gaan om de genoemde impliciete of taciete kennis zoals in de literatuur benoemd. Een belangrijke volgende stap voor de betrouwbaarheid in dit onderzoek is triangulatie van de onderzoeksmethode door participerende observatie. In hoeverre komt de observatie van het handelen van de verpleegkundigen overeen met wat ze

zeggen dat ze doen als het gaat om het rekening houden met de voorkeuren van patiënten?
Wat is zichtbaar van de metaforen 'klikken', 'voelsprietten' en wat kunnen we leren over de communicatie met de patiënt over zijn voorkeuren?

4. Participerende observatie; ‘Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie’



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

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

Inleiding

Eerder hebben we gezien dat de literatuur over EBP in de verpleegkundige zorgverlening en klinische besluitvorming weinig aanknopingspunten biedt om te ontdekken welke normen, waarden en voorkeuren patiënten hebben en hoe deze component een rol krijgt in de verpleegkundige besluitvorming. De literatuur onderschrijft de waarde van de component patiëntvoorkeuren weliswaar in conceptuele zin, maar schenkt hieraan vervolgens weinig aandacht in het empirisch onderzoek naar de implementatie en uitvoering van EBP. Daarom is dit onderzoek over de kennis van verpleegkundigen en naar het omgaan met patiëntvoorkeuren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming gestart. In het interviewonderzoek wordt duidelijk dat verpleegkundigen in de praktijk wel degelijk rekening houden met patiëntvoorkeuren in hun zorgverlening en besluitvorming. Zij komen de voorkeuren op het spoor met *tools* die met metaforen worden beschreven: klikken, voelsprietten en empathische vragen stellen. Ze hebben een 'klik' met de patiënt en ervaren hierdoor verbondenheid in de situatie. Deze klik wordt in de literatuur beschreven als *instant connection*, een verbinding die direct tot stand komt (Barelds & Dijkstra, 2007; Brafman & Brafman, 2010), of ook als *connectedness* of verbondenheid met de patiënt (Atlas, 2009; Miner, 2007; Scheel et al., 2008). Verpleegkundigen zien het creëren en onderhouden van verbondenheid als een dynamisch en intensief proces waarin ze voortdurend afstemmen op de patiënt en diens situatie. De verpleegkundigen monitoren deze verbondenheid met 'voelsprietten', of een 'antenne', om afgestemd te blijven op het welbevinden van de patiënt. Ze kiezen daarbij vaak voor communicatie op een emotionele laag, waar snel gevoelens kunnen worden uitgewisseld. Argyle & Trower (1979) benadrukken dat de voelsprietten alleen effectief kunnen worden ingezet als er een goede kwaliteit van communicatie is. Door het stellen van vragen creëren de verpleegkundigen een referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming, waarin voorkeuren van patiënten een duidelijke plaats krijgen. Rodney (1997) benadrukte in haar studie de kracht van een goed opgebouwd referentiekader in de klinische besluitvorming.

Uit de interviews blijkt dat de respondenten niet of nauwelijks kunnen verwoorden hoe ze verbondenheid in de zorgrelatie tot stand brengen en monitoren, en hoe zij patiëntvoorkeuren laten meewegen in de verpleegkundige besluitvorming. Door het vertellen van voorbeelden uit de praktijk wordt een beeld verkregen van de inzet van in ieder geval drie impliciete en intuïtieve *tools*. Om de resultaten uit het interviewonderzoek te controleren op geldigheid is een andere methode van onderzoek toegepast, namelijk participerende observatie. Vragen hierbij zijn: Wat is in de dagelijkse verpleegkundige praktijk zichtbaar van het rekening houden met de patiëntvoorkeuren en het gebruik van *tools*? Wat kan worden waargenomen over verbondenheid in zorg, over het werken met voelsprietten en over het stellen van vragen?

4.1 Methode participerende observatie

De methode participerende observatie is ingezet om via datatriangulatie de validiteit in het empirische onderzoek te verhogen (Denzin, 1989). Observatie van het gedrag van de goede verpleegkundigen is een aangewezen manier om meer te weten te komen over het omgaan met patiëntvoorkeuren in de praktijk. Onze specifieke aandacht gaat uit naar de zichtbaarheid en het gebruik van de gevonden impliciete en intuïtieve *tools* om patiëntvoorkeuren te achterhalen en hier rekening mee te houden in de verpleegkundige besluitvorming. De resultaten zijn vergeleken met de resultaten uit het interviewonderzoek en daarna zijn conclusies getrokken.

Om de zorgsituatie zo weinig mogelijk te beïnvloeden tijdens de observatie is gekozen voor participerende observatie (Spradley, 1980). De onderzoeker was zoveel mogelijk onopvallend aanwezig in de situatie. Zij droeg de werkkleding van verpleegkundigen en bood hand- en spandiensten in het zorgproces, steeds de geobserveerde volgend. Om de observaties in te kaderen en doelgericht uit te voeren is in de voorbereidende fase een beschrijving gemaakt van de plaats van observatie aan de hand van de negen dimensies van sociale situaties (Spradley, 1980). Voor het maken van veldaantekeningen is een observatieschema ontwikkeld dat als geheugensteun dienst doet tijdens de observaties, zie tabel 4.1. Op de horizontale as staan de drie kernconcepten die uit het interviewonderzoek naar voren komen: klikken, voelsprietten en vragen stellen. Op de verticale as zijn de zes basiskensmerken van communicatie van Argyle & Trower (1979) uitgezet.

Tabel 4.1 Geheugensteun voor het maken van aantekeningen

<i>Observatie gedrag en communicatie ten aanzien van het ontdekken van en omgaan met patiënt voorkeuren</i>	Klikken	Voelsprietten	Vragen stellen
Stemgebruik			
Expressie			
Houding			
Fysiek voorkomen			
Gebaren			
Gebruik van de ruimte			

Naast het gebruik van dit schema zijn aantekeningen gemaakt aan de hand van de volgende vragen: Hoe creëren en onderhouden verpleegkundigen verbondenheid in de zorgrelatie en hoe ontdekken ze patiëntvoorkeuren? Wat is daarvan waar te nemen? Hoe zit het met de door de respondenten genoemde voelsprietten: is het zichtbaar, kan het aangewezen worden en wat zijn de resultaten van de inzet hiervan? Welke vragen stellen de verpleegkundigen in het kader van het omgaan met patiëntvoorkeuren en is af te leiden welk effect dit heeft op de

verpleegkundige besluitvorming? De aantekeningen zijn gemaakt buiten het gezichtsveld van de patiënt, zodra de geobserveerde verpleegkundige *hands-off* taken uitvoerde. Waar mogelijk zijn kort na een kritische situatie reflectieve vragen gesteld aan de verpleegkundige om meer informatie te krijgen over het hoe en waarom van geobserveerd gedrag. Aan het einde van de dienst vond een membercheck plaats met de geobserveerde verpleegkundige over de gemaakte aantekeningen en de interpretatie daarvan. Deze aantekeningen werden zo spoedig mogelijk na de dienst uitgewerkt tot observatieverslagen, waarbij rijke voorbeelden zo getrouw mogelijk zijn beschreven vanuit het perspectief van de observator.

Voor het onderzoek is toestemming verleend door de zorgdirecteuren van de verschillende ziekenhuizen. De onderzoeker koos voor een open benadering ten aanzien van het doel van observatieonderzoek, zodat informed consent werd verkregen van de geobserveerde verpleegkundigen. Aan de betrokken patiënten is toestemming gevraagd om in de situatie aanwezig te zijn om de verpleegkundige te observeren, dit werd in alle gevallen toegestaan. De onderzoeksgegevens zijn geanonimiseerd en er is gebruik gemaakt van gefingeerde namen.

4.2 Resultaten participerende observatie

Het observatieonderzoek heeft plaatsgevonden in de periode 2011-2012. Van de 27 respondenten uit het eerdere interviewonderzoek waren vier verpleegkundigen bereid om mee te werken aan het observatieonderzoek. Drie andere verpleegkundigen, in een later stadium aangemeld voor het interviewonderzoek, stemden in om deel te nemen aan dit observatieonderzoek. Zie tabel 4.2.

Tabel 4.2 Kenmerken van geobserveerde verpleegkundigen
(* deze respondenten namen ook deel aan het interviewonderzoek)

Nummer	Afdeling	Leeftijdscategorie	Werkervaring
1.	Oncologie	20 - 30 jaar	Minder dan 1 jaar
2.	Oncologie	40 - 50 jaar	± 20 jaar
3.	Oncologie	40 - 50 jaar	± 30 jaar
4.	Oncologie*	30 - 40 jaar	± 20 jaar
5.	Oncologie*	30 - 40 jaar	± 10 jaar
6.	Chirurgie *	20 - 30 jaar	0 - 5 jaar
7.	Chirurgie*	20 - 30 jaar	0 - 5 jaar

De verpleegkundige kreeg aan het begin van de dienst informatie over het doel van de observatie: hoe maak je in je werk contact met de patiënt en hoe kom je achter zijn of haar waarden en voorkeuren die je helpen om tot een individueel afgestemde zorg te komen? In

de loop van de dienst is niet meer teruggekomen op het doel van de observatie om het zorgproces zo min mogelijk te verstoren en sociaal wenselijk gedrag te voorkomen. In totaal is 57 uur geobserveerd waarin zeven verpleegkundigen werden gevolgd tijdens hun dienst op de interne of chirurgische verpleegafdeling. De geobserveerde verpleegkundigen zijn vrouwen tussen de 22 en 54 jaar met een wisselend aantal jaren werkervaring in de ziekenhuiszorg. Zij zijn lid van het verpleegkundig team, geen van hen bekleedt een staffunctie.

In onderstaande paragrafen komt eerst aan bod op welke wijze de verpleegkundigen verbondenheid in de zorgrelatie vorm geven. Daarna wordt toegelicht hoe zij de verbondenheid monitoren door de inzet van voelsprietten en een doelgerichte communicatie. Tot slot wordt beschreven hoe de verpleegkundigen vragen stellen aan de patiënt en zijn bezoek, als ook aan collega's in het team en van andere disciplines om een referentiekader te vormen voor de beste besluitvorming met het oog op welbevinden en kwaliteit van leven van de patiënt.

4.2.1 Creëren van verbondenheid

Het werken met een 'klik' of verbondenheid in de zorgrelatie wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende fragment uit de participerende observatie, waarin de verpleegkundige er in slaagt om in een heel kort tijdsbestek aan te sluiten bij de beleving van de patiënt, die ze overigens niet kent, en deze verbondenheid of klik te creëren:

Er klinkt geroep over de afdeling: *Alice, Alice!* Een patiënte van de kamer aan de overkant van de gang, waar een andere collega werkzaam is, komt ons in paniek en op blote voeten halen. Ze is een oud-verpleegkundige van de afdeling en gericht op zoek naar de collega die ik observeer. Op haar zaal ligt een oudere man die zijn infuus er uit heeft getrokken. Wij komen vlug met deze mevrouw mee. Onderweg slaat Alice een arm om haar schouder, aait haar rug en kalmeert haar. *Je hebt het er maar druk mee, ben je zelf al zo ziek en moet je nu ook nog je buurman in de gaten houden! Kom maar, we gaan mee, ga jij gauw je bed weer in.* De buurman is een oudere patiënt, bekend met schizofrenie, en die op dat moment verward is. We horen hem roepen in paniek en boosheid. Hij zit in zijn pyjamajas en inco op de stoel naast zijn bed en scheldt, vloekt, bidt en klaagt onophoudelijk. Hij is de hele ochtend al onrustig en te horen op de afdeling, hij vraagt steeds om zijn 'antibioticapillen'. Hij blijkt inderdaad het infuus verwijderd te hebben en de wond bloedt behoorlijk. Hij probeert het bloed van zijn pols te likken, maar dat stroomt te snel door. Zijn gezicht zit onder het bloed. Alice grijpt in het voorbijgaan een paar handdoekjes uit de automaat en zakt door haar knieën tot vlak bij zijn neerhangende hoofd, zodat ze oogcontact kan maken. Ze zegt: *Ach, moest dat infuus er uit? Ja*, zegt hij, *dat moet weg, dat hoef ik niet. Zat het je in de weg dan? Ja, dat moet ik niet.* Hij duwt haar weg en vraagt om een pleister. Alice blijft zijn pols vasthouden met de handdoekjes en vraagt of een collega pleisters kan halen. Ze pakt met de andere hand zijn blote knie: *Je trilt helemaal joh, is het zo spannend voor je?* Meneer begint een heel verhaal over een maaltijd met rotte vis die hij moest

opeten. Hij is daar zo ziek van geworden. Alice herhaalt in het kort wat hij zegt en bevestigt dat je ziek wordt van rotte vis. Ze vraagt: *Is dat waarom je nu ziek bent?* Hij antwoordt: *Nee, nu moet ik antibiotica. Ja, het komt door de rotte vis, ik ben er misselijk van, ja. Ik moet pillen slikken, waar blijven ze (vloeken) met die pillen?* Hij trekt boos zijn hand weg en het bloeden begint weer. Alice zegt: *Ik zal het nog even dichthouden, anders krijg je zo'n rare blauwe bult. Dat moet niet. Nee, dat moet niet,* beaamt hij en staat haar toe zijn pols te blijven vasthouden. Hij roept: *Amen halleluja. Ik heb altijd goed geleefd, ben zwaar in verzoeking geweest, maar onze lieve Heer weet dat.* Alice beaamt: *Onze lieve Heer weet alles, he.* De wond stopt met bloeden en er wordt een pleister op geplakt. Meneer is hierna vrij rustig. Yvette, de aangesnelde collega, neemt de zorg weer over. Yvette praat met zachte stem en kijkt hem niet aan. Ze zegt: *Ik ga even uw mond wassen, er zit allemaal bloed aan uw gezicht.* Ze vervolgt bestraffend: *Hoe moet u nu de antibiotica, u had het infuus moeten laten zitten!* Meneer laat het wassen toe, maar wordt weer onrustig bij het verwijt en weert haar af met zijn armen omhoog. Ze vermaant hem om stil te zitten. Zijn ogen schieten wild heen en weer en het schelden begint opnieuw. Meneer zoekt, heel even, hulpeloos oogcontact met Alice, die hem bemoedigend toeknikt.

Alice vertelt in de reflectie op bovenstaande situatie: "Ik wist dat de vrouw die ons kwam halen te ziek was om zo ver te lopen en ging daarom mee terug naar haar kamer." Alice was zich niet bewust van haar geruststellende woorden onderweg en haar stevig ingehaakte arm, noch van het feit dat ze in deze luttele seconden deze vrouw eerst tot haar eigen bed bracht en toen pas bij meneer ingreep. Ze zegt niet nagedacht te hebben over hoe zij meneer zou benaderen; "Dat doe je gewoon. Door snel te begrijpen wat hij in zijn verwardheid dacht, kun je anticiperen en je doel bereiken."

Dit snel proberen te begrijpen hoe ze bij een individuele patiënt kunnen aansluiten is herkenbaar bij de andere verpleegkundigen. Ze stellen zich voor in elke nieuwe situatie (bij aanvang van een dienst of bij opname van de patiënt) en leggen uit wat ze komen doen. Ze benaderen de patiënt tot iets minder dan een meter afstand en maken oogcontact, bij voorkeur op ooghoogte. Het valt op dat ze niet vanuit de deuropening of vanaf het voeteneinde van een bed iets vragen aan de patiënten. Ze vragen toestemming om een handeling, zoals bed opmaken of een infuuszak aanhangen, te mogen uitvoeren. Ook de erkenning van het bed als 'eigen plekje' in deze omgeving vinden ze allen belangrijk. De bel wordt consequent binnen handbereik gehangen na een zorgmoment en patiënten worden uitgenodigd te bellen als er iets is. Ook het nachtkastje wordt na de zorg weer bijgeschoven: "Ach, kleine moeite, daar zitten hun persoonlijke spullen toch in?" Tijdens de handelingen hebben de verpleegkundigen een rustige houding en stellen ze informatieve vragen.

Het is opvallend dat de verpleegkundigen hun dienst zo organiseren dat ze niet taakgericht hun werk doen, maar van kamer tot kamer gaan en op dat moment de zorg verlenen die nodig is, ongeacht het specialisme van de afdeling. De verpleegkundige is hierdoor een moment langer op de kamer aanwezig, stelt vragen en heeft aandacht voor de

beleving van het ziek-zijn. Bij alle zeven observaties vroeg de verpleegkundige terloops naar het gevoel van veiligheid en vertrouwen in de situatie, meestal als reactie op wat een patiënt op dat moment aan het vertellen is. Bij zorgvragers die in bed zitten of liggen pakken ze een kruk als gebaar dat ze tijd hebben voor een gesprek, hoewel dit soms nog geen twee minuten duurt. Als de patiënt in bed ligt, buigt de verpleegkundige naar voren voor oogcontact en maakt vaak ook fysiek contact door een hand op een arm of een been te leggen. Bij het stellen van vragen geven ze duidelijk gelegenheid om te antwoorden, ook als de patiënt niet snel en mondig reageert. Ze blijven even staan en kijken verwachtingsvol. De klik of verbondenheid zit volgens deze verpleegkundigen in het echt contact maken met de persoon en jezelf inzetten. Op een aantal momenten in de observatie reageert een patiënt oppervlakkig, boos of geëmotioneerd. Het valt op dat de verpleegkundigen op zulke momenten humor inzetten om het gesprek gaande te houden. Eén van de verpleegkundigen licht toe: "Humor is het vervoermiddel van verdrietige en boze emoties. Doordat ze in de lach schieten, komt de rest er vanzelf uit. Humor gebruiken heeft alleen zin als je ook wacht op het antwoord."

In het volgende voorbeeld komt tot uitdrukking hoe verpleegkundige Ann geduld heeft en tijd neemt om te wachten op een antwoord vanuit het gevoel van verbondenheid met de ander:

In een erg drukke dienst maakt ze in de kamer van een terminale patiënte een waarderende opmerking over een aantal foto's aan de muur van een pasgeboren kleinkind. De patiënte met hersenmetastasen, met als gevolg daarvan met woordvindproblematiek, lacht en huilt tegelijk. Ann pakt een stoel, gaat zitten en legt haar hand op de knie van mevrouw. Ze luistert belangstellend en geeft mevrouw de tijd om te zoeken naar woorden. Ze vult hier en daar aan, maar corrigeert niet bij 'verkeerde' woorden. Mevrouw is verheugd met de komst van het kleinkind, maar weet ook dat ze het niet zal zien opgroeien. Mevrouw heeft dit nog niet met de familie besproken en is blij dat het even van haar hart is.

Buiten de deur vraag ik Ann hoe ze zo rustig kan gaan zitten en de tijd neemt om mevrouw te laten praten, terwijl het zo druk is op de afdeling. Ann zegt: "Vanuit een gevoel van verbondenheid met deze vrouw maak ik tijd om het laatste stukje leven een andere kleur te geven, dit laatste stukje hoort er ook bij. Ik voel de klik en weet dat ik het haar kan geven. Het is niet erg als het buiten de kamer dan zo druk is."

Tijdens de observaties wordt duidelijk dat het niet alleen de persoonlijke zorgmomenten zijn waarin verbondenheid wordt ervaren: een teken van verstandhouding bij een wandeling op de gang, een glimlach naar de patiënt, een arm om de schouder of een duim omhoog, vaak zonder extra woorden. De verpleegkundigen herkennen deze observatie en vertellen dat het belangrijk is voor de patiënt om gezien te worden. Het creëren van verbondenheid of de klik in de zorgrelatie vraagt van beide partijen een kwetsbare opstelling, vooral ook als de verpleegkundigen op basis van de signalen van hun voelsprietten in gesprek gaan met een patiënt en/of met de familie.

4.2.2 Inzet van voelsprietten

Het monitoren van de verbondenheid met voelsprietten is niet meteen zichtbaar voor observatie, het gaat hier om een metafoor. De inzet van de voelsprietten is wel af te leiden uit het gedrag van de verpleegkundige dat wordt waargenomen. De verpleegkundigen spreken over het aanvoelen van de situatie, fysiek stil staan en signalen opvangen en de inzet van kennis over dit soort situaties. In de volgende observatie is te lezen hoe Carolien probeert af te stemmen met haar voelsprietten op wat mevrouw nu eigenlijk zou willen. In de overdracht is doorgegeven dat mevrouw streng moet worden toegesproken en in de avonddienst een uur op de stoel moet zitten:

Aan het begin van de dienst komen we bij een oude dame met gemetastaseerde kanker. Ze heeft nog niet veel gedronken vandaag en moet daartoe gestimuleerd worden volgens onze collega. Ze zou ook veel meer tijd op de stoel moeten doorbrengen in verband met het gevaar op doorliggen. Mevrouw wil eigenlijk niet meer behandeld worden voor haar ziekte, ze heeft een euthanasieverklaring, maar haar zoon heeft met de arts besproken dat de behandeling door moet gaan omdat mevrouw af en toe verward zou zijn. Carolien bespreekt met mevrouw hoe zij over de behandeling denkt en krijgt een duidelijk antwoord: *Ik wil niet meer, maar mijn zoon bespreekt het met de arts, aan mij wordt niets gevraagd.* Mevrouw haalt haar schouders op. Carolien vraagt vriendelijk waarom mevrouw niet dronk: het smaakt haar niet. Ze heeft slijm in haar keel en liggend drinken is niet prettig. Carolien luistert naar hoe mevrouw zich voelt en vraagt: *Het hoeft niet, maar zou je nog wat willen eten? En op welke manier zou dan prettig zijn voor je, wat wil je?* Mevrouw wil wel wat van de warme maaltijd proeven, maar vanwege de pijn in haar bekken wil ze in bed blijven liggen. Ze krijgt een extra kussen voor steun bij het zitten en vraagt de vork te mogen ruilen voor een lepel. Ze weert opnieuw het drinken af. Carolien vraagt door: *We weten dat je heel ziek bent, je hoeft het echt niet te proberen, maar is bouillon een optie voor je? Misschien kom je van die nare smaak af?* Mevrouw wordt enthousiast en drinkt het glas gretig leeg. Het helpt inderdaad voor een ander gevoel in haar mond. Ze wil daarna echt niets meer drinken. Carolien accepteert dat en houdt niet verder aan.

In de reflectie vraag ik aan Carolien waarom ze de opdracht van haar collega tot stimulering van mevrouw niet precies opvolgt en mevrouw laat kiezen wat ze wil. Carolien legt uit dat ze meteen klikte met mevrouw, er was een 'begrijpend oogcontact'. "Mevrouw voelt zich kennelijk veilig genoeg om te vertellen dat ze echt geen behandeling meer wil." Carolien legt uit dat ze voelt dat mevrouw verbondenheid zoekt en nog niet klaar is voor een afscheid. Ze concludeert dat ze bijna onbewust afstemt op de behoefte van mevrouw van dit moment: een andere smaak in de mond. Ik vraag Carolien of ze kan achterhalen waarom ze handelde zoals ze deed. Ze denkt dat ze inging op de kleine wijziging in de lichaamshouding van mevrouw en

het oplichten van de ogen toen ze mevrouw vriendelijk aansprak. Ze heeft moeite het uit te leggen: "Mijn antenne zegt mij wat ik moet doen, ik weet niet hoe dat werkt."

Ook bij Joan denk ik het werken met voelsprietten te herkennen. Ik zie dat ze even stopt bij het wassen van een ernstig zieke oncologische patiënt en ik vraag haar er naderhand naar. Ze heeft het zelf niet gemerkt, maar kan het wel toelichten: als je verbonden bent met de patiënt, dan voel je dat iemands einde gaat naderen. Je voelsprietten zeggen het. Je hoeft niet eens je observatiegegevens te hebben, dat gevoel is er eerder. Ik vraag of dit signaal betrouwbaar is. "Ja, eigenlijk altijd!" Joan voegt toe: "Ik denk dat het door intuïtie komt, maar dat kan niet zonder kennis". Voelsprietten kun je niet zien of niet uitleggen volgens Joan. Ik vraag haar of je dat kunt leren; hoe zorg jij dat die nieuwe collega hierop ingewerkt wordt? "Dat weet ik niet, ik zeg gewoon: je voelt dit als je de kamer op komt. Je moet stil staan en je openstellen voor dat gevoel. Niet meteen tot actie overgaan, maar eerst even stilstaan en voelen."

4.2.3 Vragen stellen

Bij het aangaan en onderhouden van verbondenheid, een 'klik' hebben met de patiënt, zijn de verpleegkundigen intensief bezig met het inwinnen van gegevens door een goede observatie en het stellen van vragen. Hoewel ze aangeven zich hiervan niet bewust te zijn, hoor ik hen in de participerende observatie veel vragen stellen die bijdragen aan het beeld van de situatie van de patiënt: hoe voelt u zich, wat is voor u belangrijk op dit moment, hoe bent u dit gewend, hoe doet u dit thuis altijd, denkt u zich thuis te kunnen redden, wat zou u nog graag willen in de toekomst? Ze vertellen met klem dat ze willen weten hoe iemand zich voelt, wat hij denkt en waar hij over piekert. Zij wachten hierbij op reactie en stimuleren patiënten om die te geven. Ze zeggen de informatie nodig te hebben om de zorg te kunnen afstemmen en die beter over te kunnen dragen aan collega's. Het valt mij in de observaties op dat de verpleegkundigen regelmatig de mimiek in hun gezicht aanpassen aan de mimiek van de patiënt terwijl ze dit soort vragen stellen. Als ik vraag waarom ze dit doen, blijkt dat ze zich dit niet bewust zijn. Eén van de verpleegkundigen zegt dat ze dit misschien doet om te voelen wat de patiënt ook voelt. Ze heeft het idee dat ze de emotie onbewust van het gezicht 'leest' en daarom tot actie overgaat.

Het stellen van de vragen gaat automatisch en onopvallend en is steeds aanleiding voor een kort of wat langer gesprek over hoe het gaat. Het is niet alleen een stroom van vragen, er is tijd voor antwoorden en er vallen ook stiltes. In de observatie valt het op dat de verpleegkundigen bij afwijzend non-verbaal gedrag extra alert zijn en vaak fysiek even in de buurt blijven en opnieuw hun vraag stellen. Blijft de reactie afwijzend, dan volgt een open vraag: ik zie dat u... waar kan ik u mee helpen?

De volgende observatie is een goede illustratie hiervan:

Meneer Huisman heeft sinds twee weken een hernia en heeft hierdoor uitvalsverschijnselen aan zijn rechterbeen. Hij werd in deze periode steeds zieker en is nu uiteindelijk in het ziekenhuis opgenomen met een myocarditis. Hij ligt alleen op een

kamer om hem voldoende rust te gunnen. We komen binnen voor de controles, die elk uur vastgelegd moeten worden. Evelien vraagt hoe het met hem gaat. Hij reageert nors: *Ik heb rugpijn van de bedrust, ben het tv kijken helemaal zat en heb mijn vrouw weggestuurd.* Evelien stopt met het meten van de bloeddruk en kijkt hem vorsend aan. *Waar kan ik je mee helpen?* Meneer reageert nauwelijks en kijkt boos uit het raam. Evelien doet nog een poging: *Is er wat gebeurt dat je het nu al zat bent? In je dossier las ik dat je minstens vier weken moet blijven...* Hij reageert met wat gebrom en geeft geen antwoord meer. Evelien besluit om na de zorg aan de volgende patiënt even terug te gaan naar hem. Ze voelt zich onrustig en wil niet wachten tot de volgende controle. Ze leunt tegen de vensterbank, op een meter afstand van zijn gezicht. *Ik maak me zorgen om je, ben je boos omdat je je niet lekker voelt? Heb je pijn op de borst?* Meneer ontspant wat en vertelt dat hij tien jaar geleden dezelfde hartproblemen had. Hij vertelt oppervlakkig het verhaal en vraagt dan quasi luchtig naar het weer buiten. Evelien gaat niet in op de afleiding en vraagt waar zijn huidige boosheid vandaan komt en wat zij kan doen om hem te helpen uit de boosheid te komen. Dan vertelt meneer hoe hij de vorige keer 'op het randje van de dood heeft gezweefd' en hoe de behandeling nauwelijks aansloeg. Hij is heel angstig dat het nu niet goed zal gaan. Terwijl de tranen over zijn wangen stromen, vertelt hij het verhaal over de behandeling van toen. Evelien corrigeert niet in zijn niet helemaal logische verhaal, maar luistert en knikt. Zijn vrouw was de vorige keer zijn grote steun en toeverlaat, hij wil haar dit niet nog een keer aandoen. Daarom heeft hij haar weggestuurd. Hij bedankt dat we terugkwamen om dit verhaal te horen. Evelien laat het hier niet bij, maar stelt voor dat hij zijn vrouw belt, hij heeft haar nodig, maar zij hem waarschijnlijk ook. Hij beaamt beschaamd dat hij hier niet aan gedacht had. Evelien biedt hem aan om zijn cardioloog te bellen, dan kan er misschien vanavond nog een gesprek plaatsvinden zodat het wat duidelijker wordt hoe de gezondheidstoestand is en wat er mogelijk is aan behandeling. Als we terugkomen om het tijdstip van het extra bezoek van de arts door te geven, heeft hij een hele andere uitstraling. Zijn vrouw komt nog een uurtje terug; *Dat mag toch wel?* Evelien zoekt het echtpaar later op de avond nog even op en vraagt mevrouw om haar mening over de situatie van haar man. *Hoe ziek vind je hem, hoe schat je de pijn in, hoe was je reactie toen hij zo boos was?*

Ik vraag haar buiten de kamer waarom ze dit aan mevrouw vraagt. "Zij kent hem goed en kan mij informatie geven over hoe ernstig ik de situatie moet opnemen." Achteraf kan ze niet vertellen wat ze nu precies observeerde bij meneer wat haar deed besluiten om terug te gaan of waarom ze op deze manier doorvroeg. "Dat weet ik toch niet, dat voel je, ik kan het niet uitleggen, het is zó logisch dat je dat doet."

Patiënten worden, waar mogelijk, op een automatische manier steeds actief betrokken bij de zorg: Wilt u zelf proberen te gaan wassen en roept u als het niet mocht lukken? Hoe reageert u altijd op deze pleisters? Hebt u informatie genoeg over de mogelijke behandelingen? Ook

de familie wordt tijdens het bezoekuur bewust opgezocht en geraadpleegd: Hoe is hij thuis altijd? Is hij goed genoeg om met ontslag te gaan, ik vind dat hij nog niet zo goed loopt, hoe denkt u er over? Kunt u de zorg thuis straks weer aan? Ze zegt dat ze altijd op deze manier hoest, maar ik vind het best zorgelijk, hoe is uw mening hierover? De focus in de vraagstelling ligt steeds op het afstemmen hoe de patiënt zich voelt en zijn ziek-zijn ervaart. Deze bevindingen van zowel patiënt als familie worden in het rapport genoteerd. In de mondelinge overdracht lichten ze steeds toe 'hoe de patiënt zich voelt'. Op een afdeling waar de mondelinge overdracht niet meer gebruikelijk is – de dossiers worden alleen gelezen - wordt aan mij uitgelegd dat ze deze informatie toch even mondeling doorgeven omdat ze behoefte hebben hun zorgen te benadrukken. Juist op deze afdeling ben ik bij een evaluatie van zorg in de teampost, nadat een patiënte snel verslechterde en plotseling is overleden. De verpleegkundigen bespreken met elkaar hoe prettig de nauwe verslaglegging in het dossier was, juist de details over hoe de patiënte zich voelde en vanuit welk perspectief zij haar toekomst zag. Het hielp hen om snel bij haar en haar man aan te sluiten en de begeleiding vorm te geven.

De geobserveerde verpleegkundigen zijn verbaasd als ik hen aan het einde van de dienst voorleg welke vragen zij stellen en hoeveel, ze waren zich dat niet bewust. Eén van de geobserveerde verpleegkundigen haalt haar schouders op, denkt even na en zegt: "Ik moet van de patiënt leren hoe ik het best voor hem kan zorgen, dat is iedere keer weer nieuw. Ja, leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie."

4.3 Referentiekader voor de besluitvorming

In de participerende observatie zijn data verkregen die bevestigen dat goede verpleegkundigen in hun zorgverlening gebruik maken van *tools* om snel verbondenheid te verkrijgen in de zorgrelatie of zoals de verpleegkundigen zeggen 'te klikken met de patiënt'. Dit komt naar voren in de open manier waarop ze zich opstellen en de meegaande reacties van de patiënt. Het lijkt soms of verpleegkundige en patiënt elkaar al jaren kennen, terwijl dit toch niet zo is. Het werken met voelsprietten is in de observatie waargenomen door de aandachtige aanwezigheid, de oplettendheid en soms even letterlijk stilstaan om te voelen. De verpleegkundigen zijn verrast over zichzelf als zij in de reflectie met de observator uitspraken doen over het gebruik van voelsprietten, maar zeggen vervolgens ook vol overtuiging dat ze hier altijd mee werken. Zij stellen opvallend veel vragen over gewoontes, gevoelens en verwachtingen van patiënten, waarbij het opmerkelijk is hoeveel rust ze hierin nemen en de patiënt de gelegenheid geven om te antwoorden. Ze zeggen hierbij op zoek te zijn naar het beste voor de patiënt, mede naar het oordeel van die patiënt, en hoe zij kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn leven. Bijna alle goede verpleegkundigen koppelen dit aan hun eigen plezier in het werk, aan het iets kunnen betekenen voor anderen. In de literatuur wordt bevestigd dat goede klinische besluitvorming steunt op een breed perspectief van de professionele kennis en wat de patiënt zelf inbrengt, rekening houdend met de invloed van de externe context op de besluitvorming (Smith, Higgs & Ellis, 2008).

4.4 Conclusie

We concluderen dat de drie impliciete en intuïtieve *tools*, de 'klik', de 'voelsprietten' en het 'stellen van empathische vragen', ingezet worden om 'afstemmingskennis' te verzamelen. Afstemmingskennis is unieke kennis van de verpleegkundige over de waardeoriëntatie van de individuele patiënt en zijn familie. De verpleegkundige verwerft deze kennis in een actief en dynamisch proces van communicatie in de zorgrelatie. De afstemmingskennis helpt de verpleegkundige om optimaal aan te sluiten bij de ervaringswereld van de individuele patiënt en zo de best mogelijke zorg te verlenen. We concluderen dat de goede verpleegkundigen in ons empirische onderzoek een breed referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming creëren, inclusief het perspectief van de patiënt en zijn familie. Afstemmingskennis onderscheidt zich nadrukkelijk van theoretische kennis uit wetenschappelijk onderzoek en toepassingskennis in de *best practice*. De verpleegkundigen combineren informatie over wat professioneel gezien gedaan moet worden met de voorkeuren van de betreffende patiënt en zijn toekomstperspectief en nemen in overleg met hem en/of zijn familie besluiten in de zorg. De patiënt zelf en/of zijn familie krijgt een grote rol, waardoor de responsiviteit in de zorg positief gestimuleerd wordt.

Bij deze conclusie moeten we aantekenen dat de observaties zijn uitgevoerd door de auteur van deze studie, waarbij er kans is op een observer bias. Hoewel de onderzoeker niet meer werkzaam is in de dagelijkse praktijk van de verpleegkundige zorg, is het mogelijk dat, door de bekendheid met het werk, details over het hoofd zijn gezien. Aan de andere kant was de bekendheid met de context een voordeel, omdat deze begrepen werd en de mogelijkheid tot verstoring in de situatie door de onderzoeker tot een minimum beperkt bleef. Dit risico op een bias is zo veel mogelijk ondervangen door een membercheck af te nemen na elke observatie. Hierbij zijn geen verschillende opvattingen over situaties waargenomen. Het bleek dat de verpleegkundigen snel accepteerden dat de onderzoeker in de situatie aanwezig was en de aanwezigheid beschouwden als 'inwerken' op de afdeling. Het is aannemelijk dat op deze manier bedreigingen door het Hawthorne effect tot een minimum beperkt zijn. Om mogelijke vertekening van de resultaten in het onderzoek te corrigeren en betrouwbaarheid van de data te verhogen, wordt aanbevolen dit onderzoek door andere observanten te laten herhalen en de uitkomsten te vergelijken.

5. Een theorie over afstemmingskennis; Vergelijking met bestaande theorieën



5. Een theorie over afstemmingskennis; Vergelijking met bestaande theorieën

Inleiding

Deze studie stelt de vraag welke kennis goede verpleegkundigen gebruiken om in de verpleegkundige besluitvorming af te stemmen op normen, waarden en voorkeuren van individuele patiënten in het paradigma van EBP. We hebben deze vraag geplaatst in een epistemologisch perspectief. Uit de resultaten van ons empirische onderzoek blijkt dat goede verpleegkundigen in het ziekenhuis beschikken over afstemmingskennis, een specifieke soort praktijkkennis. Afstemmingskennis hebben we gedefinieerd als unieke kennis van de verpleegkundige over de waardeoriëntatie van de individuele patiënt en zijn familie. De verpleegkundige verwerft deze kennis in een actief en dynamisch proces van communicatie in de zorgrelatie. De afstemmingskennis helpt de verpleegkundige om optimaal aan te sluiten bij de ervaringswereld van de individuele patiënt en zo de best mogelijke zorg te verlenen. We concluderen dat de goede verpleegkundigen in ons empirische onderzoek een breed referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming creëren, inclusief het perspectief van de patiënt en zijn familie. De verpleegkundigen werken vanuit de nieuwsgierige en uitnodigende houding 'Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie'.

Het doel van dit hoofdstuk is om in de cyclus van de grounded theory tot een *substantive theory* te komen en deze te vergelijken met bestaande theorieën. De nieuwe theorie is gegrond in de data zelf en beoogt inzicht te geven in de onderzochte praktijk en het begrip te vergroten van de processen die plaatsvinden (Strauss & Corbin, 2008). In de eerste paragraaf worden op basis van de data uit het empirisch onderzoek drie dimensies van de afstemmingskennis bij elkaar gebracht tot een theorie over afstemmingskennis in de verpleegkundige praktijk in het ziekenhuis. In paragraaf 2 wordt verslag gedaan van de vergelijking van de theorie over afstemmingskennis met de theorie van Benner over de praktijkkennis van verpleegkundigen. In hoeverre komt afstemmingskennis als praktijkkennis overeen met de beschreven praktijkkennis van verpleegkundigen door Benner? Om hier antwoord op te kunnen geven zoomen we in op de beschrijving die Benner geeft van het leren in de praktijk. Zoals we zullen zien is de theorie van Benner over praktijkkennis niet afdoende om afstemmingskennis te kunnen plaatsen. In het vervolg van dit hoofdstuk zal daarom andere literatuur worden geraadpleegd. We sluiten het hoofdstuk af met een conclusie over de houdbaarheid van de theorie over afstemmingskennis binnen het kader van het verlenen van goede verpleegkundige zorg.

5.1 Theorie over afstemmingskennis in de acute zorg

Uit de resultaten van onze empirische studie blijkt dat de goede verpleegkundigen in het ziekenhuis beschikken over een bijzondere vorm van professionele kennis: afstemmingskennis. Zij achterhalen deze kennis in een persoonlijke zorgrelatie met de patiënt en zetten die in om de verpleegkundige besluitvorming toe te spitsen op de individuele

situatie. Deze afstemmingskennis is een belangrijk element in het referentiekader voor de besluitvorming, waarin ‘de ervaren kwaliteit van leven’ of ‘het welbevinden’ van de patiënt uitgangspunt is voor de zorgverlening. Verpleegkundigen weten met deze kennis hun zorg af te stemmen op de beleving van de patiënt, gezamenlijke doelen in de verpleegkundige zorg vast te stellen en het vertrouwen te krijgen om hierin samen te werken.

Op basis van de data kunnen drie hypothesen over de afstemmingskennis geformuleerd worden:

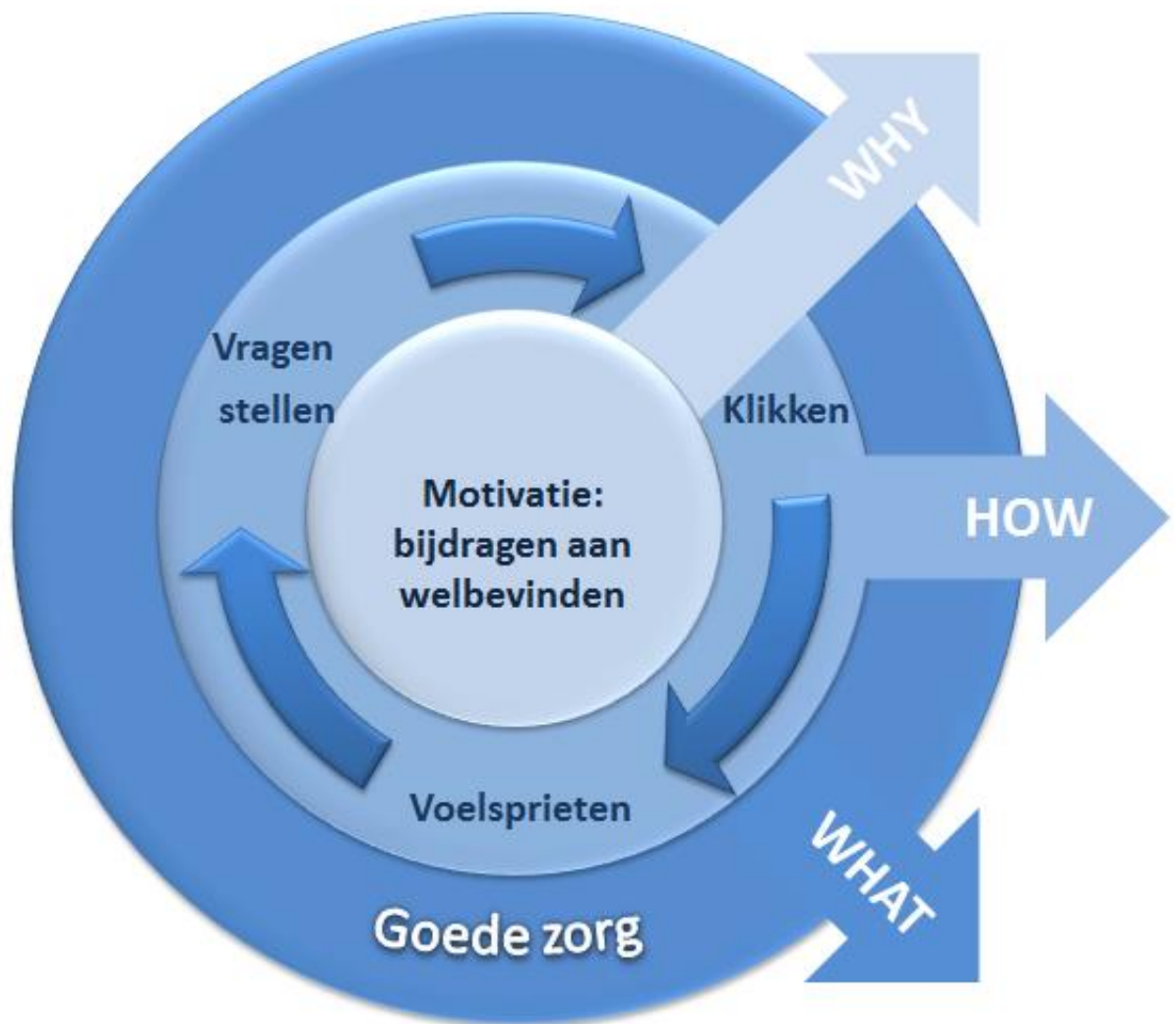
- 1) Afstemmingskennis heeft een specifieke dimensie die verwijst naar de intrinsieke motivatie van het handelen van de goede verpleegkundigen;
- 2) Afstemmingskennis wordt achterhaald met impliciete en intuïtieve *tools* waar de verpleegkundigen zich nauwelijks van bewust zijn;
- 3) Het nemen van tijd voor verwerving van afstemmingskennis en hiermee erkenning van de individuele persoon en zijn behoeften leidt tot goede zorg.

We kunnen hier een ‘theorie over afstemmingskennis’ voor de acute zorg uit afleiden. De goede verpleegkundigen beschikken over verschillende dimensies van weten - *why*, *how* en *what* - die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Om het inzicht in de rol van de afstemmingskennis in de verpleegkundige beroepspraktijk te vergroten en de processen beter te kunnen begrijpen hebben we de drie dimensies samengebracht in figuur 5.1. In ons onderzoek komt prominent naar voren dat de goede verpleegkundigen intrinsiek gemotiveerd zijn om hun handelen af te stemmen op de behoeften van de individuele patiënt en zo zorg te dragen voor een door de patiënt ervaren ‘kwaliteit van leven’. Dit handelen wordt gestuurd door een *knowing-why*. De verpleegkundigen stemmen af op de doelen die de patiënt voor zich ziet en wegen dit met de professionele standaarden. Zij zetten zich in om het goede voor de ander te zoeken en bij te dragen aan het welbevinden of de subjectief ervaren kwaliteit van leven van de patiënt. De verpleegkundigen beleven plezier aan het handelen vanuit verbondenheid met de patiënt en het van betekenis kunnen zijn voor die ander. Zij benoemen in de interviews dat het ‘kicken’ is als het lukt om de patiënt emotioneel te bereiken en zelf zo betrokken te zijn bij de ander. We vinden deze *knowing-why* terug bij diverse auteurs (Kinsella, 2012; Sellman, 2011, 2012) die verwijzen naar de *internal goods* in een goede praktijk zoals MacIntyre (1981) die beschrijft.

Hoewel vaak onbewust, weten de goede verpleegkundigen welke persoonlijke informatie zij moeten achterhalen en hoe zij dit het best kunnen doen, een *knowing-how*. Zoals in voorgaande hoofdstukken beschreven, blijken ze te beschikken over impliciete en intuïtieve *tools*: het ‘klikken’ met de patiënt, het werken met ‘voelsprietten’ en het stellen van ‘empathische vragen’. Zij vormen zich een beeld van de waardeoriëntatie van de patiënt en/of zijn familie en gebruiken deze kennis in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming. De diepgang van deze kennis is afhankelijk van de context en van de kwaliteit van de zorgrelatie tussen deze verpleegkundige en de individuele patiënt.

Met de afstemmingskennis weten goede verpleegkundigen verbinding te leggen tussen het algemene in hun vakgebied en het bijzondere dat deze ene mens nodig heeft. De inzet van de *tools*, het weten hoe een taak te doen, wordt in de literatuur vaak uitgedrukt als praktijkkennis, zie bijvoorbeeld Benner (1984).

De verpleegkundigen zijn zich er van bewust dat zij streven naar goede zorgverlening: een *knowing-what*. Goede zorg kan alleen bereikt worden als de ander zich als persoon gezien en erkend voelt. Daarom stemmen zij af op gevoelens van veiligheid en vertrouwen en nemen bewust tijd voor communicatie ondanks de hectische context. Afstemmingskennis draagt bij aan het ontdekken van de gezamenlijke doelen in de zorgverlening en op welke wijze een ieder kan bijdragen om elkaar te vertrouwen, te kunnen samenwerken en veranderingen in te kunnen zetten. Afstemmingskennis vormt een belangrijk onderdeel van het brede referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming, waarin de kennis gewogen wordt met de generieke professionele standaarden om tot individueel afgestemde, goede zorg te komen.



Figuur 5.1 Een theorie over afstemmingskennis.

De drie dimensies van afstemmingskennis, *why*, *how* en *what*, zijn in figuur 5.1 bij elkaar gebracht en gepresenteerd als een theorie over afstemmingskennis. Het model geeft inzicht in een handelingsproces - het afstemmen op de normen, waarden en voorkeuren van de individuele patiënt - waarvan de verpleegkundigen in de acute zorg zich vaak nauwelijks bewust zijn. Om goede zorg te waarborgen kan afstemmingskennis nadrukkelijk niet losgekoppeld worden van andere vormen van praktijkkennis en de inzet van theoretische kennis. De volgende stap in onze studie is de 'theorie over afstemmingskennis' in de verpleegkundige praktijk te vergelijken met bestaande theorieën over praktijkkennis van verpleegkundigen en te onderzoeken of de theorie houdbaar is.

5.2 Professionele kennis volgens Benner

Eén van de meest invloedrijke theoretici op het gebied van professionele kennis in de verpleegkundige beroepsuitoefening is Patricia Benner. Het werk van Benner wordt bestempeld als een onderzoek naar de grondslagen van het vak en is geclassificeerd als een filosofie van de verpleegkunde (Bryckczynski, 2002). Zij deed met haar onderzoeksteam ruim 20 jaar onderzoek naar praktijkkennis van verpleegkundigen waarvoor ze een fenomenologische onderzoeksdesign gebruikte. Het resultaat van haar werk is een model voor vaardigheidsontwikkeling dat wereldwijd in verpleegkunde-opleidingen wordt gebruikt. Benner heeft met haar onderzoek een grote bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van verpleegkundige theorieën die meer congruent waren met de doelen en praktijken van de verpleegkunde dan de eerdere dominante vormen van (kwantitatief) onderzoek. Haar inzichten maakten ruimte voor het subjectieve karakter van leren door ervaring en het begrijpen van de omgang met patiënten (Risjord, 2010).

Benner maakt in de professionele kennis van verpleegkundigen onderscheid tussen kennis uit de theorie, de *know-what* of propositionele kennis, en praktijkkennis die geleerd wordt in een deskundige beroepsuitoefening, de *know-how*. Zij typeert praktijkkennis als het vaardig inzetten van eerder in de praktijk opgedane kennis over beroepsmatig handelen (Benner, 1984). Een goede verpleegkundige die over praktijkkennis beschikt, weet volgens Benner wat gedaan moet worden in de beroepssituatie en heeft ook de vaardigheid en de bijbehorende attitude om de taak succesvol te volbrengen. Voorbeelden hiervan zijn het effectief handelen in een crisissituatie, het zorgdragen voor patiëntveiligheid en het proactief denken met het oog op mogelijke complicaties (Benner et al., 2008; Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011). De kennis van hoe te handelen wordt door ervaring in de praktijk steeds meer geïnternaliseerd en is daarom volgens haar moeilijk onder woorden te brengen. Deze geïnternaliseerde kennis komen we in de literatuur tegen als taciete of verborgen kennis. Benner verwijst naar voorbeelden over zwemmen en fietsen, waarvan het moeilijk is precies uit te leggen hoe men dat doet (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Kuhn, 1970; Polanyi, 1966).

We stellen vast dat praktijkkennis in de theorie van Benner gaat over het beroepsmatige handelen van de verpleegkundige en over het toepassen van een repertoire van in de praktijk opgedane kennis en ervaring. Het gaat bij haar met andere woorden over de toepassingskennis, die in de inleiding van deze studie praktijkkennis I is genoemd.

Uit ons empirische onderzoek komt naar voren dat naast de toepassingskennis van Benner (praktijkkennis I) een andere vorm van praktijkkennis onderscheiden moet worden, namelijk afstemmingskennis. Afstemmingskennis (praktijkkennis II) heeft in de wetenschappelijke literatuur over patiëntvoorkeuren in het paradigma EBP tot nu toe nauwelijks aandacht gekregen. Afstemmingskennis behelst de zoektocht naar aansluiting bij de beleving van de patiënt en zijn familie en wordt gevonden in de interactie in de zorgrelatie tussen deze patiënt en deze verpleegkundige. Met inzet van de impliciete en intuïtieve *tools* 'klikken', 'voelsprietten' en 'empathische communicatie' worden voorkeuren van de patiënt in beeld gebracht *vanuit diens eigen perspectief*. De kennis over deze voorkeuren zijn onderdeel van het referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming, waardoor de zorg waar mogelijk afgestemd kan worden op de individuele patiënt in zijn eigen context. De inzet van de drie *tools* om patiëntvoorkeuren te ontdekken en hiermee individuele afstemming te bereiken zijn niet eerder expliciet beschreven als onderdeel van praktijkkennis van verpleegkundigen.

De geïnterviewde verpleegkundigen zeggen door deze afstemming de 'autonomie te respecteren', 'participatie in de zorg te bevorderen' en 'de patiënt of zijn familie zoveel mogelijk de regie te laten behouden'. Hierdoor wordt de responsiviteit van de patiënt in het zorgproces verhoogd. We vinden in de literatuur dat het stimuleren van responsiviteit van de patiënt en het rekening houden met normen, waarden en voorkeuren van patiënten wordt getypeerd als een morele kwaliteit in de zorg (Benner & Wrubel, 1989; Tronto, 1993).

Het verschil tussen toepassings- en afstemmingskennis (praktijkkennis I en praktijkkennis II) kan geïllustreerd worden aan de hand van de casus van meneer Jansen, een man van bijna 80 jaar met ernstige benauwdheidsklachten bij COPD. In de basislessen verpleegkundige zorg wordt geleerd dat het voor een benauwde patiënt verlichtend is om wat rechterop in bed verpleegd te worden. Het ondersteunen van de patiënt om die houding aan te nemen, kan getypeerd worden als toepassingskennis. In de volgende casus wordt de betekenis van afstemmingskennis naast toepassingskennis geïllustreerd:

Bij de laatste avondronde op de verpleegafdeling treft verpleegkundige Els meneer Jansen aan in een halfzittende houding in bed. Ze vraagt of hij nog iets nodig heeft voor de nacht. Hij reageert kortaf: hij wil zijn hoofddeun naar beneden en gooit twee kussens alvast op het voeteneinde van zijn bed. Naar aanleiding van zijn reactie blijft Els even staan en vraagt vriendelijk hoe hij zich voelt. Hij geeft aan dat hij teleurgesteld is dat zijn klachten nog niet afnemen ondanks de nieuwe medicatie en dat hij erg moe is door de slapeloze nachten in het ziekenhuis. Hij denkt dat een nacht 'gewoon' slapen goed zal helpen om niet meer zo moe te zijn. Thuis slaapt hij ook altijd platliggend, al is hij benauwd. Hij zegt morgen met de arts te bespreken om te stoppen met de nieuwe medicijnen en naar huis te willen. Els bespreekt met meneer dat zijn reactie misschien voortkomt uit moeheid en teleurstelling over het uitblijven van een oplossing. Ze gaat niet in op zijn idee voor ontslag uit het ziekenhuis, maar geeft aan dat ze zijn behoefte

om lekker te slapen begrijpt. Ze vraagt hem naar zijn avondritueel thuis en hoe hij in deze situatie, met infuus en monitorlijnen, het meest comfortabel ligt om goed te kunnen slapen. Hij wil zijn bed gewoon 'plat' en maar één kussen. Els helpt hem in een comfortabele horizontale houding, waarna meneer zichtbaar ontspant en tevreden glimlacht. Hij mag bellen als het niet bevalt, dan zullen ze een andere oplossing zoeken.

Els heeft afgestemd op zijn beleving van moeheid en frustratie over slecht slapen door die samen met meneer te verkennen. Ze gaat mee in zijn gebruikelijke manier van coping bij benauwdheid en geeft hem de kans om zijn idee van horizontaal slapen uit te proberen. Meneer Jansen voelt zich gehoord en er verschijnt een glimlach op zijn gezicht. Een dergelijke afstemming is alleen mogelijk als de verpleegkundige begrijpt dat ze deze interactie met de patiënt nodig heeft om goede zorg te verlenen en hier dus tijd en aandacht aan besteedt.

In de casus van meneer Jansen blijkt dat het verschil tussen toepassingskennis en afstemmingskennis gevonden wordt in de aard van de kennis. Toepassingskennis (praktijkkennis I) is georiënteerd in de uitvoering van de beroepstaak van de verpleegkundige en wordt ontleend aan het verplegen van voorgaande patiënten. Afstemmingskennis (praktijkkennis II) wordt in het zorgproces in interactie met meneer Jansen gevonden. Dat wil zeggen: in de beleving van de situatie door de individuele patiënt en in de interactie in de zorgrelatie tussen deze patiënt en deze verpleegkundige. We stellen vast dat afstemmingskennis onderdeel is van de praktijkkennis van verpleegkundigen, maar onderscheiden moet worden van toepassingskennis.

De vraag die nu ontstaat, is in hoeverre het proces van het verwerven van praktijkkennis, zoals Benner dat beschrijft, ook passend is voor het gebruik van afstemmingskennis. Hiervoor belichten we enkele kernbegrippen uit de theorie van Benner voor het leren in de praktijk.

5.3 Leren in de praktijk

Om de veronderstelde praktijkkennis van verpleegkundigen in beeld te brengen, ontwikkelde Benner in samenwerking met Dreyfus & Dreyfus een model voor vaardigheidsontwikkeling. Ze stelt bij de aanvang van haar studies dat bestaande modellen, theorieën en leerboeken niet toereikend zijn om de complexiteit van de praktijkkennis in de verpleegkundige beroepsuitoefening in beeld te brengen (Benner, 1984). Ze kiest voor een fenomenologische benadering en analyseert de resultaten aan de hand van het Dreyfusmodel van vaardigheidsontwikkeling. Dit model kent vijf opeenvolgende stadia in de ontwikkeling naar een vakkundige beroepsuitoefening: beginner, gevorderd beginner, bekwaam, volleerd en expert (Benner, 1984; Dreyfus & Dreyfus, 1980). Aan de hand van dit model zijn situaties in de verpleegkundige beroepsuitoefening geanalyseerd en kenmerken van praktijkkennis op elk ontwikkelingsniveau beschreven. Het duurt volgens Benner minimaal vijf jaar om het hoogste niveau te bereiken. Niet iedere verpleegkundige doorloopt de verschillende stadia vlekkeloos en bereikt gegarandeerd het expertniveau (Benner, 1984; Benner, 2004; Benner, Sutphen, Leonard & Day, 2010; Day, 2002; Dreyfus, 2004).

Professionals leren stapsgewijs en door ervaring welke elementen in een patiëntsituatie moeten worden meegenomen en welke weggelaten kunnen worden. Dit leren beweegt zich van analytisch naar intuïtief denken en van het interpreteren van situaties als losse onderdelen naar het begrijpen van de context als een samenhangend geheel (Allen & Cloyes, 2005). Doordat opvattingen en verwachtingen over de patiëntenzorg worden betwist, verfijnd of weerlegd door de uitkomsten in de zorg groeien professionals als vanzelf door naar een volgend niveau van ontwikkeling. Dit leren kan niet los gezien worden van de inzet van wetenschappelijke kennis, klinische perceptie en de ontwikkeling van een *skilled know-how* (Benner, 1984; Benner et al., 2011). Het expertniveau is bereikt als de verpleegkundige de praktijkkennis automatisch en impliciet gebruikt. Het is hierdoor nagenoeg onmogelijk om de denkstappen die leiden tot besluitvorming in het beroepsmatige handelen nauwgezet te beschrijven. Professionals zijn ‘connaisseurs’ geworden: ze hebben de nodige theoretische achtergrond en beschikken over kennis-door-ervaring zonder hier over na te hoeven denken (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Polanyi, 1958).

Het Dreyfusmodel van vaardigheidsontwikkeling dat Benner gebruikt, lijkt op het eerste gezicht goed bruikbaar voor de vergelijking tussen toepassingskennis en afstemmingskennis (praktijkkennis I en praktijkkennis II). Het is aannemelijk dat de kennis over hoe men afstemt op individuele patiënten en de inzet van de impliciete en intuïtieve *tools* hierbij wordt geleerd door overdracht en imitatie van collega's.

In tweede instantie blijkt deze theoretische vergelijking echter moeilijk uitvoerbaar vanwege een specifiek probleem in Benner's werk dat voorkomt uit haar fenomenologische methode. In de secundaire literatuur over dat werk is opgemerkt dat operationele beschrijvingen van centrale concepten niet worden gemist (English, 1993). Hij stelt dat door het uitblijven van objectieve criteria voor het expertniveau simpelweg geen expert verpleegkundigen kunnen worden aangewezen. Deze vaststelling beperkt de praktische waarde van het Dreyfusmodel.

Ook andere auteurs wijzen op het gemis van operationalisering van concepten bij Benner, juist vanwege de complexiteit in het domein en de mate waarin de verpleegkundige praktijkkennis is ingebed in specifieke situaties (Cash, 1995; Effken, 2001; English, 1993; Peña, 2010; Vosman & Baart, 2008). Om in weerwil van dit probleem de beoogde vergelijking toch uit te kunnen voeren, beperken we ons tot concepten die centraal staan in Benner's theorie over praktijkkennis en in het door haar gebruikte Dreyfusmodel van vaardigheidsontwikkeling. Deze zullen interessant blijken te zijn voor de interpretatie van de uitkomsten in ons onderzoek. Zoals gezegd zijn deze concepten - ervaringskennis, expertise, intuïtie en *phronesis* - niet door Benner (1984; 2004; Benner et al., 2008; 1996) of Dreyfus & Dreyfus (1980) geoperationaliseerd, maar alleen fenomenologisch beschreven.

Ervaringskennis

Het leren door ervaring in de praktijk is een krachtige vorm van leren en noodzakelijk voor het opdoen van praktijkkennis. In het Dreyfusmodel wordt met de stapsgewijze indeling

gesuggereerd dat het leren van praktijkkennis via een hiërarchisch, lineair model plaatsvindt. Het is echter meer aannemelijk dat dit proces van ontwikkeling van praktijkkennis niet langs een rechte lijn verloopt, maar eerder via een iteratief proces vorm krijgt, zoals bij vele vaardigheden in de verpleegkundige beroepsuitoefening (Altmann, 2007; Cash, 1995; English, 1993; Hargreaves & Lane, 2001).

In ons onderzoek naar het meenemen van patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming, benoemen respondenten de afstemmingskennis als 'ervaringskennis'. Zij beschrijven het iteratieve proces waarin de professional steeds beter leert te onderkennen 'welk vlees je in de kuip hebt' en hoe zo iemand het best is te benaderen om 'je zorg te kunnen geven'. Dit suggereert dat het niet om een lineair proces gaat met 'blauwdrukken' van gedrag zoals bij Benners theorie over vaardigheidsontwikkeling begrepen kan worden (Luntley, 2011), maar om een bepaalde wijze van benaderen van de individuele patiënt. We vermoeden dat deze individuele afstemming niet lineair ontwikkeld wordt, maar dat het eerder een proces is van het steeds beter leren inzetten van de *tools* om deze kennis te achterhalen (en het leren accepteren dat afstemmen soms niet lukt).

Expertise

Vanuit de aanname dat professionals hun handelen optimaal proberen af te stemmen op de patiënt kunnen we aansluiten bij sommige auteurs die stellen dat expertise een speciale manier van denken is, waarin een goede praktijkvoering het resultaat is van de integratie van kennis, vaardigheden en ervaring (Effken, 2001; Ericsson et al., 2007; Nelson & McGillian, 2004). Expertise wordt in het Dreyfusmodel opgevat als impliciet geworden beroepskennis. Peña (2010) benadrukt in zijn studie - in tegenstelling tot Benner - juist de waarde van het samenspel van expliciete en impliciete kennis bij het verwerven van klinische vaardigheden. De impliciet geworden kennis op het expert niveau bij Benner levert volgens Gobet & Chassy (2008) een paradox op: als de kennis intuïtief, perceptueel en niet onder woorden te brengen is, is de onderzoeksmethode van Benner met de narratieven, zeker die in kleine focusgroepen, discutabel omdat het vervoermiddel in deze communicatie juist *woorden* zijn (p 132).

Vanwege het ontbreken van de operationalisering van 'expertise' is het onduidelijk wat hier nu precies onder verstaan moet worden. Uit ons empirisch onderzoek bleek dat vier van de in totaal dertig respondenten (13 %) volgens de ordening in het Dreyfusmodel nog geen expert konden zijn: twee van hen hadden hun opleiding net afgerond en de andere twee hadden nog geen drie jaar ervaring. Toch zijn zij aangewezen als goede verpleegkundigen, zij die technisch-rationele en emotionele goede zorg verlenen en verbondenheid in zorg weten te creëren. Hebben zij het model niet lineair doorlopen of misschien erg snel? Of moeten we de verklaring van hun 'expert-optreden' elders zoeken?

Intuïtie

De rol van intuïtie op het expertniveau krijgt bij Benner veel aandacht. Ze geeft in één van haar werken een opsomming van 18 verschillende definities van intuïtie (Benner et al., 2008). Het lijkt er op dat zij voorkeur heeft voor een beschrijving van het begrip intuïtie als een

verinnerlijkte vorm van kennis, *tacit knowledge*, waarbij zij Polanyi (1966) citeert. Effken (2001) doet in zijn reactie op Benner een voorstel om intuïtie in de verpleegkundige context op te vatten als ‘directe waarneming’, waardoor het observeerbaar en meetbaar is. Maar Altmann (2007) concludeert dat in de verpleegkunde geen operationele definitie voor expertise op basis van intuïtie kán bestaan, omdat de huidige verpleegkundige praktijk te complex is om het binnen dit concept te kunnen vatten. In ons onderzoek beschrijven de respondenten intuïtie als het aanvoelen van weten wat belangrijk is en weten hoe te handelen. Deze interpretatie kan duiden op een andere oriëntatie van intuïtie: niet gericht op het beroepsmatig weten wat gedaan moet worden, maar op basis van afstemming weten waarom iets gedaan moet worden.

Phronesis

Benner beschrijft dat in veel rapporten naar voren komt hoe verpleegkundigen omgaan met kwetsbare mensen, hoe zij veiligheid en comfort bieden en hoe aandacht en bemoediging een bron van steun zijn (Benner et al., 2008; Benner et al., 2011). Daarom benadrukt ze dat de verpleegkundigen in opleiding de ‘vaardigheid van *phronesis*’ moeten leren om gevoelig te zijn voor de morele kant van de zorgverlening. Ze refereert hierbij aan het werk van Aristoteles, waarin *phronesis*, te vertalen als praktische wijsheid, onderdeel is van de morele inprenting van mensen in een goede praktijk. Professionals nemen deze ‘vaardigheid’ mee in de intuïtieve reactie op de klinische vraagstukken (Benner et al., 1996, 2008; Benner et al., 2009). De verpleegkundigen zijn door deze vaardigheid ontvankelijk voor signalen en staan open voor een goede zorgrelatie. Benner stelt dat de kennis over het creëren van een goede zorgrelatie expliciet gemaakt zou moeten worden door etnografisch onderzoek (Benner, 1984; Benner, 2004).

We concluderen dat praktijkkennis in de verpleegkundige beroepsuitoefening verworven wordt door het leren in die praktijk en het opdoen van werkervaring. Praktijkkennis wordt bij Benner gezien als het verwerven van kennis in voorgaande beroepssituaties en deze kunnen toepassen in nieuwe patiëntcontacten. We noemen dit toepassingskennis. In ons empirisch onderzoek komt naar voren dat het verwerven van kennis over deze individuele patiënt en zijn context, de afstemmingskennis, in de zorgrelatie zelf ligt. Vanuit de verbondenheid in de zorgrelatie leren verpleegkundigen in de acute zorg om de *tools* in te zetten en zorg te verlenen die het best aansluit bij de persoonlijke situatie.

Op basis van de resultaten in ons onderzoek menen we dat deze vaardigheid geleerd wordt via een doorlopend iteratief proces. Dit in tegenstelling tot Benner, die stelt dat de ontwikkeling tot het expert-niveau in de beroepspraktijk verloopt via een lineaire lijn van ontwikkeling. De rol van intuïtie ligt in de afstemmingskennis niet in het geïnternaliseerde handelen van de professional, zoals Benner dat stelt met betrekking tot praktijkkennis. De inzet van intuïtie wordt zichtbaar in de vaardigheid om de *tools* te gebruiken en de verkregen kennis te integreren in een verpleegkundige besluitvorming die aansluit bij de waardeoriëntatie van de patiënt en/of zijn familie.

De vraag die resteert, is de nauwkeurige markering van het verschil tussen de toepassingskennis in Benner's theorie en de theorie over afstemmingskennis in ons onderzoek. Het antwoord komen we op het spoor door aan Benner's theorie de vraag te stellen die in onze studie centraal staat. Wat zegt Benner eigenlijk over het afstemmen van de verpleegkundige zorg op de individuele patiënt en hoe verhoudt zich dat met de theorie over afstemmingskennis uit ons empirische onderzoek?

5.4 Individuele afstemming van zorg

Benner beschrijft de emotionele betrokkenheid op een persoon, probleem en/of een situatie van de verpleegkundige als het hebben van een 'verbinding' die nodig is voor een veilige, effectieve en gepassioneerde zorgverlening. Verpleegkundigen maken verbinding door kennis te verzamelen over de manieren van omgaan met ziekte, aanpassingsvraagstukken, angsten en dilemma's (Benner et al., 2010; Benner et al., 2011, p 556). Het ontmoeten van de patiënt, ze gebruikt het concept *knowing the patient*, krijgt vooral vorm door de krachtige leeromgeving van de praktijk en kan in de theorie-overdracht nauwelijks geleerd worden (Benner et al., 2008; Benner al., 2009; Benner et al., 2011; Tanner et al., 1993). Doordat verpleegkundigen de patiënt leren kennen, merken zij globale, subtiele veranderingen op voordat deze te onderbouwen zijn met technische waarnemingen. Benner haalt in deze context opnieuw Polanyi (1958) aan: deze verpleegkundigen zijn vaardig in het lezen van gezichtsuitdrukkingen zonder precies te kunnen uitleggen wat zij opmerken. Zij herkennen, eerder dan anderen, de veranderende klinische relevantie en ontwikkelen populatie-specifieke klinische kennis. Door hun intellectuele passie en een verborgen kennis lossen zij voorkomende problemen deskundig op (Benner, 1984; Benner et al., 2008; Benner et al., 2011).

De verpleegkundigen ontwikkelen deze expert kennis over patiëntcategorieën met een bepaald ziektebeeld optimaal als zij voor langere tijd op een afdeling werkzaam zijn. Ze moeten inzicht verkrijgen in wat het betekent voor de patiënt om deze ziekte te hebben, zodat ze de kennis kunnen inzetten in het verplegen van patiënten met eenzelfde of met een vergelijkbaar ziektebeeld (zie bijvoorbeeld Benner 1984; Benner et al., 2010; Benner et al., 2011). Uit haar werk is af te leiden dat Benner zich richt op de beschrijving van de professionele vaardigheden in het beroepsmatig handelen. De leidende vraag is hoe de verpleegkundige afstemt op het ziektebeeld van patiënten of op categorieën patiënten met dezelfde kenmerken (ze geeft als voorbeeld diabetespatiënten, hartpatiënten). Dit betekent dat in Benners theorie 'patiënt' gezien kan worden als een medisch gekarakteriseerd begrip.

Meerdere auteurs merken op dat in de theorie van Benner geen aandacht wordt besteed aan de sociale context van de patiënt - de patiënt in diens eigen wereld. Dat is volgens hen opmerkelijk, omdat de verpleegkundige praktijk steunt op sociale kennis en sociale verhoudingen (Purkis, 1994; Rudge, 1992; Thompson, 1990). Hoe Benner deze sociale context in haar theorie waardeert is niet of nauwelijks te bepalen. Haar voorbeelden worden niet vanuit een sociale context beschreven (Altmann, 2007; Padgett, 2000). Benner (2008) reageert hierop met de tegenwerping dat klinische kennis altijd sociaal ingebed is, omdat

ethische afstemming de eerste stap is in het zorgproces en de focus in het werk op 'het goede voor de patiënt' ligt. Ze verzuimt echter uit te leggen wat het betekent dat de patiënt 'verpleegd moet worden vanuit zijn eigen perspectief, in de eigen sociale context en inbedding'. Ze poneert een ethisch uitgangspunt zonder uit te leggen hoe dit uitgangspunt wordt geoperationaliseerd. We missen in haar theorie dan ook de mogelijkheid om de centrale vraag in onze empirische studie te beantwoorden, namelijk de vraag naar het incorporeren van voorkeuren van patiënten in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming. Dat wil zeggen, we missen een antwoord op de vraag naar de afstemming van verpleegkundige zorg op de normen, waarden en voorkeuren van de individuele patiënt en/of zijn familie vanuit het eigen perspectief van de patiënt.

Er zijn een aantal mogelijkheden om te verklaren waarom de afstemmingskennis en de bijbehorende *tools* die in de huidige studie zijn gevonden niet door Benner beschreven worden. Ten eerste kan het zijn dat de in ons empirisch onderzoek gevonden type handelingen - een klik maken, voelsprietten uitsteken en empathische vragen stellen - door Benner wellicht als metaforen worden geduid en niet als *tools* die ingezet worden om af te stemmen. Dit zou er op kunnen wijzen dat deze impliciete kennis in de fenomenologische onderzoekstraditie niet of misschien anders naar voren komt. Bovendien geeft haar herhaalde oproep tot etnografisch onderzoek naar 'het hebben van een goede zorgrelatie' aan dat zij een dergelijk onderzoek kennelijk beoordeeld als iets dat buiten het bereik van haar fenomenologische onderzoek naar praktijkkennis van verpleegkundigen valt (Benner, 1984; 2004).

Ten tweede is het mogelijk dat het onderzoeksteam van Benner alleen geïnteresseerd is in de toepassingskennis die beroepsmatig gevonden kan worden bij verpleegkundigen, al is die kennis moeizaam te achterhalen omdat die bij expert-verpleegkundigen vaak impliciet is. Omdat zij op zoek is naar kennis die aanwezig is in het handelen, verklaart dit wellicht waarom haar focus ligt op klinische kennis gerelateerd aan ziektebeelden en patiënt-categorieën. Anderzijds is het ook mogelijk dat Benner de afstemming op de individuele patiënt, die ze met het begrip *phronesis* typeert, niet beschouwt als praktijkkennis van verpleegkundigen, maar als morele kennis die relatief onafhankelijk van de verpleegkunde kan worden gedefinieerd.

Ten derde stellen we vast dat Benner het verpleegkundig beroep vooral lijkt te benaderen vanuit het medische model, waarbij de verpleegkundige optreedt als 'ondersteunend' in de behandeling door de arts. Dit effect wordt versterkt door haar voorbeelden uit de acute en intensieve zorg, waarin de medische behandeling centraal staat. De voorbeelden die Benner gebruikt, zoals het anticiperen op en voorkomen van potentiële problemen of het managen van een crisis, getuigen van een vakmatige zekerheid in het optreden van de professionele experts, waarin nauwelijks ruimte lijkt voor de inbreng van de patiënt. Altmann (2007) vraagt zich af of goede zorg alleen gedefinieerd wordt als de best mogelijke zorg in de ogen van de professional en stelt dat we daarom het perspectief van de patiënt zelf missen.

Ten slotte blijkt dat Benner, als ze spreekt over 'verbinding', vooral doelt op het taakgerichte en klinische aspect van de relatie tussen verpleegkundige en patiënt. De term

wordt gebruikt om een status quo aan te duiden, een stand van zaken die intreedt zodra iemand als patiënt op een afdeling wordt opgenomen. Uit ons empirisch onderzoek blijkt dat de term ‘verbondenheid’ gezien wordt als de emotionele betrokkenheid van beide partijen in een dynamische zorgrelatie. In deze verbondenheid zijn beide partners kwetsbaar, omdat zij op een emotionele en gevoelige laag met elkaar communiceren. De verbondenheid is gericht op het gezamenlijke doel: de zoektocht naar welke zorg voor deze individuele patiënt in zijn eigen context het best aansluit.

De respondenten in ons onderzoek oriënteren in hun zorg niet alleen op de medische behandeling gericht op goede resultaten, maar juist ook op de individuele zorg waarin zij met een nieuwsgierige houding proberen om de voorkeuren van déze mens te achterhalen en te betrekken in de verpleegkundige besluitvorming. Zij nemen een lerende houding aan in de uitoefening van hun vak: ‘Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie’. Deze dimensie in de verpleegkundige zorg wijst op de relevantie van een derde kennisvraag naast de *know-what* en de *know-how* vraag, namelijk de *know-why* vraag. Benner beschrijft de *know-what* als theoretische kennis en de *know-how* als praktijkkennis of, zoals wij constateerden, als toepassingskennis. Hier wordt echter de *know-why* vraag gemist, zoals ook Jansen, Kuiper, Ettema en Van der Sande (2007) eerder opmerkten. Waarom deze specifieke verpleegkundige handeling passend is bij deze individuele patiënt, is een vraag waar Benners theorie geen emplot voor heeft.

Uit de vergelijking van de theorie over afstemmingskennis met de theorie van praktijkkennis van Benner wordt duidelijk dat we bij Benner niet verder komen met het begrip over het hoe en waarom af te stemmen op de voorkeuren van de individuele patiënt *vanuit diens perspectief*. We gaan daarom op zoek naar andere literatuur, die iets meer kan vrijgeven over het intuïtieve karakter van het zich weten te verbinden in zorgrelaties.

5.5 Epistemologie van een reflectieve praktijk

In de zoektocht naar de aard van afstemmingskennis (als praktijkkennis II) zijn we aangekomen bij de literatuur over de theorie van de reflectieve praktijk, onder andere uitgewerkt door Donald Schön (1983; 1987). De reflectieve praktijk is een van de meest populaire theorieën over professionele kennis in de laatste 25 jaar en is breed geadopteerd in de verpleegkunde, de gezondheidszorg en in sociaal werk (Kinsella, 2009). In de reflectieve praktijk staan professionals voortdurend voor de uitdaging om algemeen geaccepteerde en vanzelfsprekende aannames in hun beroepspraktijk opnieuw te bezien. Argyris en Schön (1978) stellen dat het propositionele model van kennis incompleet is. Het oplossen van problemen in de organisatie wordt niet gestuurd door het toepassen van theorieën, maar door hoofdzakelijk intuïtieve processen. Schön (1983) legt uit dat professionele excellentie in de praktijk uit meer bestaat dan uit louter propositionele kennis. Schön beschouwt praktijkkennis van professionals als persoonsgebonden kennis, die deels taciet blijft. Hij verwijst naar Polanyi (1966), die het concept *tacit knowing* uitwerkte. Schön wijst er op dat professionals over een *knowing-in-action* beschikken waarin ze het eigene van de specifieke

situatie laten spreken en dit weten te integreren in eerder opgedane kennis en ervaring om tot adequate oplossingen te komen voor de gegeven situatie.

Schön benoemt het denkproces van de professionals over hun handelen, onderzoeken en het uitproberen van nieuwe oplossingen als *reflection-in-action*. Hij stelt dat wie reflecteert-in-actie een onderzoeker is van de praktijk zelf, en daarmee bezig is een nieuwe theorie te construeren in de eigen context. De professional handelt al denkende en denkt al handelend, waardoor zijn experimentele handelen in de praktijk verankerd is in zijn eigen onderzoek naar de beste werkwijze. Schön onderscheidt *reflection-in-action* van *reflection-on-action*, dat vooral gaat over de evaluatie van het handelen ten aanzien van vooraf opgestelde doelen en het zoeken naar manieren om de praktijkvoering te verbeteren. Door propositionele kennis te verbinden met de kennis over de specifieke situatie die wordt verkregen uit *reflection-in-action* is een breder en dieper inzicht in de actuele praktijk mogelijk geworden. Deze *know-how* is in de praktijk aanwezig en kan ingezet worden voor kwaliteitsverbetering en innovatie. Als intuïtief handelen omgezet kan worden in bewust handelen, worden we betere beroepsuitoefenaars, zo stelt hij (Schön, 1983; 1987). Schön pleit dan ook voor het ontwikkelen van een epistemologie van de praktijk met behulp van *reflection-in-action*.

In het werk van Schön over de *reflective practitioner* herkennen we de ruimte die deze theorie ons biedt om het specifieke karakter van de afstemmingskennis van de verpleegkundigen nader te onderzoeken. Afstemmingskennis en reflectie-in-actie lijken zich goed te verhouden, maar het verwerven van praktijkkennis door reflectie-op-actie en hierdoor bijdragen aan innovatie passen niet bij situatie-specifieke aard van afstemmingskennis. De vergelijking met de theorie van Schön gaat niet meer op als hij stelt dat *reflection-in-action* en *reflection-on-action* bijdragen aan het exploreren van de intuïtieve kennis en deze kennis bewust gemaakt moet worden voor innovaties in de praktijk. Innoveren op basis van eerder verworven informatie verwijst naar toepassingskennis, zoals we die eerder bij Benner tegenkwamen. Afstemmingskennis is sociale kennis, praktijkkennis die in de situatie zelf aanwezig is (Luntley, 2011). Het onderscheid tussen beide vormen van reflectie (*in* en *on*) is overigens niet uitgekristalliseerd en wordt in de literatuur als subjectief beoordeeld (Eraut, 1994; Usher, Bryant & Johnston, 1997).

De resultaten in ons empirisch onderzoek wijzen er op dat de ‘afstemmingskennis’ en ‘de theorie over afstemmingskennis’ in verband gebracht kunnen worden met het begrip *phronesis*, dat we eerder in dit hoofdstuk tegenkwamen bij Benner. *Phronesis* is het Aristotelische begrip voor ‘praktische wijsheid’ (Kinsella & Pitman, 2012). In de volgende paragraaf onderzoeken we hoe het concept *phronesis* geduid zou moeten worden in de context van het verpleegkundige beroep en hoe het zou kunnen bijdragen aan het begrijpen van de afstemmingskennis.

5.6 Phronesis

Het begrip *phronesis* is afkomstig uit de filosofische traditie van Aristoteles en verwijst in de context van de theorie over verpleegkunde naar het individuele handelen van professionals

waarin praktische wijsheid verborgen ligt. Flyvbjerg (2001) geeft een eigentijdse, sociaal wetenschappelijke uitleg van de drie intellectuele deugden van Aristoteles. *Episteme* is wetenschappelijke, universele, onveranderlijke context-onafhankelijke kennis; *techne* is de context-afhankelijke pragmatische vakkennis en verwijst naar een vastgesteld doel (de timmerman timmert een tafel); *phronesis* is de ethische kennis die het mogelijk maakt om vanuit reflectie te oordelen over wat het goede is in de gegeven situatie. Deze wijze besluitvorming reikt verder dan het redeneren alleen: ze is pragmatisch, variabel, context-gebonden en aan het handelen in de praktijk verbonden (Clark, 2011; Sellman, 2011).

Phronesis is georiënteerd op taciete kennis en ervaring van de professionals in hun werkcontext. Zij ontwikkelen deze kwaliteiten door training in de praktijk. Daarbij leren ze niet alleen de technische en instrumentele kennis en vaardigheden die kenmerkend zijn voor hun vak te onderscheiden, maar ook hun eigen kwaliteiten te ontwikkelen en in te zetten. Ervaringsgewijs leren ze dat ze niet altijd succesvol zijn, dat menselijk handelen begrensd is en dat lijden niet altijd voorkomen kan worden. *Phronesis* kenmerkt zich door het kunnen afstemmen op de bijzonderheden van de situatie – dat wat hier en nu met betrekking tot deze mens nodig is – in situaties die worden gekenmerkt door de niet te vermijden onzekerheden die deze praktijk kenmerken. Door de reflectieve houding van de professionals is er aandacht voor wat gebeurt met henzelf, met anderen en met de omgeving als een consequentie van dat handelen (Kinsella, 2012; Kinsella & Pitman, 2012; McCarthy & Rose, 2010; Sellman, 2012).

Kinsella en Pitman (2012) stellen dat in de professionele praktijk een hoge waardering bestaat voor wetenschappelijke kennis, maar dat er nauwelijks ruimte is voor de ‘verstandige’ inbreng van de professional zelf. Zij wijzen op de grote nadruk die ligt op de propositionele kennis van professionals in zorg en welzijn en de overwegend instrumentalistische aanpak van vraagstukken in de praktijk: “*Episteme* en *techne* zijn in de literatuur bevoorrecht boven *phronesis*” (p 10). Zij zoeken naar een goede verhouding tussen deze drie belangrijke concepten. In deze studie over *phronesis* als professionele kennis merkt een andere auteur op dat onderzoek zich veelal richt op theoretische kennis en op de ontwikkeling van technieken in de uitoefening van het vak. Hij wijst op het al langer lopende debat over hoe onderzoek kan bijdragen aan *praxis*, het morele handelen dat betrekking heeft op het goede en het algemeen welzijn. Kemmis beschrijft *phronesis* als de dispositie die de *praxis* leidt en informeert en alleen indirect geleerd kan worden door ervaring in die praktijk. Deze individuele *phronesis* kent een collectieve parallel, die te vinden is in de professionele gemeenschap die zichzelf verbindt aan een blijvend zoeken naar ‘excellentie’ in die praktijk (Kemmis, 2012).

Phronesis ligt ingebed in de beroepspraktijk en berust op de betrokken waarneming van wat op dat moment nodig is met het oog op ‘het goede’ dat voor ons ligt. *Phronesis* gaat niet over het tot gelding brengen van wat wordt geweten, maar initieert tot leren (Luntley, 2011). Vanuit een houding van aandachtige ontvankelijkheid kan de professional ‘niet alleen weten om te handelen, maar ook handelen om te weten - of tenminste hopen te leren’ (Dewey, 1997/1938; Dunne, 2011). Deze praktische wijsheid valt terug op het vermogen tot redeneren vanuit het perspectief van deze ene patiënt en het afwegen in een context waar gestandaardiseerde protocollen geen bijdrage meer hebben (Sellman, 2012). Sellman stelt in

dit verband een moderne paradox vast: we leiden professionals op die technische-rationaliteit leren in een situatie waarin we kwaliteit van zorg steeds verder individualiseren. De aandacht voor praktische wijsheid is daarin verdwenen, terwijl juist het zoeken naar *excellence* in de *praxis*, die in staat stelt om de specifieke voorkeuren van de patiënt vanuit diens eigen perspectief te leren kennen, daarom vraagt.

Zo bezien vertoont de afstemmingskennis, gevonden in onze empirische studie, duidelijk kenmerken die overeen komen met bovenstaande beschrijvingen van *phronesis*. Het zou voor deze studie te ver voeren om het begrip *phronesis* te doorgronden en op basis hiervan uitspraken te doen over de duiding van de gevonden afstemmingskennis. We bevelen aan om vervolgonderzoek te doen naar hoe afstemmingskennis en *phronesis* zich onderling verhouden en wat deze begrippen zeggen over de praktijkkennis en het handelen van verpleegkundigen.

5.7 Conclusie

Het doel van dit hoofdstuk was om de theorie over afstemmingskennis, gegrond in de data, te presenteren en deze te vergelijken met bestaande theorieën. De vraag die we nog moeten beantwoorden in deze studie, of de theorie over afstemmingskennis houdbaar is, kunnen we bevestigend beantwoorden. We concluderen dat ‘afstemmingskennis’ misschien een nieuwe term is, maar dat dit zeker geen onbekend fenomeen is in de verpleegkundige praktijk. In de literatuur over professionele kennis in de verpleegkunde wordt wel eerder verwezen naar kennis die aanwezig is in de situatie, maar die wordt vaak aangeduid als taciet en niet nader omschreven. Het concept afstemmingskennis, dat in deze studie onder woorden is gebracht, is een belangrijke toevoeging aan de oriëntatie op de professionele kennis van verpleegkundigen. Afstemmingskennis (praktijkkennis II) in het beroepsmatige handelen staat in nauwe relatie tot andere kennissoorten (praktijkkennis I en kennis uit wetenschappelijke onderzoek), die tezamen het gebied van verpleegkundige kennis definiëren.

Via de theorie van praktijkkennis van Benner, die we toepassingskennis hebben genoemd, en de theorie over de reflectieve praktijk van Schön, die uiteindelijk ook over toepassingskennis gaat, leggen we de link met het concept *phronesis* dat wél aansluit bij de aard van de afstemmingskennis. We zagen dat *phronesis* door diverse auteurs in verband wordt gebracht met *praxis*, het professionele handelen dat als doel het handelen zelf heeft. Wellicht moet de verpleegkundige praktijk veel meer gezien worden als een *praxis* en minder als een *techne*, het werken naar een (zorg)product? Het doel van het verpleegkundig handelen ligt in zichzelf, namelijk goed zorgen. Zo bezien ligt het doel van afstemmen in de afstemming zelf. Door *phronesis* is in deze praktijk ruimte voor het eigen perspectief van de patiënt, de verstandige omgang daarmee van de verpleegkundige en het proces van gezamenlijk afstemmen om tot goede zorg te komen.

We hebben een model van de theorie gepresenteerd dat is opgebouwd uit drie over elkaar geplaatste cirkels. In het hart van figuur 5.1 staat *know-why*, het weten waarom zo te handelen. De drive in de afstemmingskennis ligt in de motivatie van de verpleegkundige om bij te dragen aan kwaliteit van leven van deze patiënt. In de tweede cirkel staat *know-how*,

het weten hoe de voorkeuren te achterhalen en ze mee te wegen in de besluitvorming. Met de impliciete en intuïtieve *tools* wordt de afstemmingskennis opgehaald. In de buitenste cirkel staat *know-what*, weten wat te doen in het afstemmen op gevoelens van veiligheid en vertrouwen, het erkennen van de unieke patiënt en het nemen van tijd om de goede zorg te verlenen. Daarom moet afstemmingskennis nader onderzocht worden en wellicht toegevoegd aan de verpleegkundige theorieën over praktijkkennis. De theorie over afstemmingskennis geeft ons zicht op processen in de verpleegkundige praktijk en de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming. Ze verklaart de basis en de richting van het professionele handelen hoe de zorg individueel af te stemmen. We concluderen dat de theorie over afstemmingskennis houdbaar is.

6. Slotbeschouwing



6. Slotbeschouwing

Inleiding

Het doel van deze studie was de ontwikkeling van een theorie van het verpleegkundig handelen die in staat stelt om te begrijpen hoe goede verpleegkundigen in het ziekenhuis erin slagen voorkeuren van individuele patiënten te ontdekken en die te incorporeren in hun zorgverlening (§1.4). Onze interesse was van epistemologische aard. In deze studie stond de volgende vraag centraal (§1.2):

Welke professionele kennis gebruiken verpleegkundigen in het ziekenhuis om in hun zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren van patiënten en hun familie en hoe zetten ze die kennis in om goede verpleegkundige zorg te verlenen?

In de literatuur over praktijkkennis van verpleegkundigen in ziekenhuizen wordt niet duidelijk hoe voorkeuren van patiënten een plaats zouden moeten krijgen in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming in EBP (§2.6). De verpleegkundigen in ons onderzoek, bij collega's bekend om hun goede zorgverlening (§3.1.1), blijken te beschikken over een specifieke vorm van praktijkkennis die hen in staat stelt om snel en vakkundig aan te sluiten bij de beleving van de patiënt. Vanuit een functionele verbondenheid met de patiënt creëren en onderhouden de verpleegkundigen een zorgrelatie en monitoren deze met de inzet van impliciete en intuïtieve *tools*: 'klikken', 'voelsprietten' en 'empathische vragen stellen' (§3.2). De verpleegkundigen zijn gericht op het verlenen van zorg die positief bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven vanuit het perspectief van de patiënt. Ze beoefenen hun vak vanuit een lerende houding: 'Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie' (§4.2). We noemen de kennis over de individuele waardeoriëntatie, die de verpleegkundigen zo achterhalen en inzetten in de besluitvorming, 'afstemmingskennis' (§4.4).

In de theorie over afstemmingskennis wordt de kern gevormd door de motivatie voor het professionele handelen van de verpleegkundigen (§5.1). Praktijkkennis van verpleegkundigen blijkt enerzijds te identificeren als toepassingskennis (praktijkkennis I), die door de uitvoering van beroepstaken in de praktijk wordt opgedaan (§5.2). Anderzijds blijken verpleegkundigen te beschikken over afstemmingskennis (praktijkkennis II), kennis over de patiëntvoorkeuren die wordt opgedaan in de interactie tussen de verpleegkundige en de patiënt. De kwaliteit van de zorgrelatie is afhankelijk van de mate van verbondenheid die wordt ervaren. De afstemmingskennis vormt voor de verpleegkundigen een essentieel deel van het referentiekader voor de besluitvorming en is daarmee onderdeel van de professionele kennis in de reflectieve praktijk (§5.5). In de literatuur over een wijze besluitvorming in het verpleegkundig beroep wordt verwezen naar bestaande (taciete) sociale kennis in een zorgsituatie. Sommige auteurs werken in deze context van de verpleegkundige besluitvorming het Aristotelische begrip *phronesis* uit (§5.6). We constateren dat dit concept in een eerste

oriëntatie nauwe verwantschap vertoont met de door ons gevonden afstemmingskennis en bevelen aan om hier nader studie naar te doen.

Het antwoord op de vraag in onze empirische studie naar welke professionele kennis goede verpleegkundigen in het ziekenhuis inzetten om hun zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren van patiënten is afstemmingskennis. Afstemmingskennis is specifieke kennis van de professional over de waardeoriëntatie van de zorgvrager en zijn familie. Afstemmingskennis geeft input aan een breed referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming: naast de professionele kennis van de verpleegkundigen is plaats voor het perspectief van de individuele patiënt, zodat passende, goede zorg verleend kan worden. In deze studie is duidelijk geworden dat deze kennis wordt verkregen met de inzet van impliciete en intuïtieve *tools*.

6.1 Afstemmingskennis en *phronesis*

We sluiten aan bij de typering van *phronesis* als een kwaliteit die het vermogen geeft om te redeneren en op te treden daar waar complexe afwegingen gemaakt moeten worden in de besluitvorming (Kinsella & Pitman, 2012; Sellman, 2012). *Phronesis* leidt en informeert de *praxis*, waarin het doel van de handeling ligt in de handeling zelf. Verpleegkundige zorg heeft geen ander doel dan te zorgen voor de ander en het goede te bereiken. We stellen vast dat de verpleegkundigen in het onderzoek zich voor een goede zorgverlening laten leiden door de vraag hoe zij kunnen bijdragen aan de ervaren kwaliteit van leven van deze individuele patiënt en hun besluiten nemen met praktische wijsheid door zorgvuldig af te stemmen op voorkeuren van patiënten. Zij doen dat vanuit de lerende houding ‘Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie’. Onze studie is daarom een bijdrage aan een epistemologie van de reflectieve praktijk.

De opgestelde theorie over afstemmingskennis kent drie dimensies: *knowing-why*, *knowing-how* en *knowing-what*, weergegeven in een model van op elkaar gestapelde cirkels (figuur 5.1). De kern wordt gevormd door *knowing-why*, de intrinsieke motivatie van verpleegkundigen om de afstemmingskennis te achterhalen en via deze kennis aan te sluiten bij de door de patiënt ervaren kwaliteit van leven. De verpleegkundigen zoeken het goede voor de ander en vergroten daarmee hun eigen arbeidsvreugd (Van Heijst, 2005). We stellen vast dat Patricia Benner in haar studies wel de *knowing-what* en de *knowing-how* identificeerde, maar de *knowing-why* niet noemt. Benner et al. (2008) werken het concept *phronesis* uit als een weten-hoe, maar benoemen de persoonlijke afstemming in de verpleegkundige zorg als ‘morele kennis’ zonder dit verder toe te lichten. Moet het ontbreken van een uitwerking over het persoonlijk afstemmen in de verpleegkundige zorgrelatie gezien worden als een omissie of is dit toe te schrijven aan de aangehangen wetenschappelijke (fenomenologische) traditie?

Zoals we al eerder in deze studie zagen is zorgverlening getypeerd als een gezamenlijke onderneming van het zoeken naar de beste wegen om de situatie leefbaar te maken en te houden in het besef dat die wegen tijdelijk zijn en dat het definitieve antwoord niet bestaat. Afstemmingskennis of *phronesis* sluiten aan bij de zoektocht naar goede zorg. De inhoud van

zorg moet bepaald worden in relatie met de mens waarop de zorg zich richt. Goede zorg is daarom niet primair een kwestie van praktisch inzicht van de zorgverlener of het louter toepassen van evidence uit onderzoek, maar van een betekenisvol handelen in een praktijk waarin mede ruimte is voor aandacht en responsiviteit (Tronto, 1993; Vorstenbosch, 2005; Widdershoven, 2000).

Het verkregen inzicht in de rol van afstemmingskennis in de verpleegkundige besluitvorming in de acute zorg is van grote betekenis bij het streven naar goede, individueel afgestemde zorg voor de patiënt. Afstemmingskennis en *phronesis* richten zich beide op de goede zorg die behaald moet worden in het handelen. De focus van het meten van kwaliteit van verpleegkundige zorg zou meer verlegd moeten worden naar de bijdrage van de zorg aan de subjectief ervaren kwaliteit van leven van de patiënt. We bevelen aan om het onderzoek naar het achterhalen en incorporeren van patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige zorg met de gerichtheid op zoek te zijn naar het goede voor de ander, te herhalen. Ook kan het onderzoek mogelijk uitgebreid worden naar andere werkvelden van de verpleegkundige zorg. Nieuwe onderzoeksgegevens hierover zouden kunnen bijdragen aan het begrijpen van de rol van *knowing-why* in de verpleegkundige zorg.

6.2 Afstemmingskennis en de zorgrelatie

Deze studie naar het omgaan met voorkeuren van patiënten in de verpleegkundige besluitvorming in de acute zorg is opgezet vanuit de vraag hoe verpleegkundigen in de EBP context tot individueel afgestemde, goede zorg komen. In hoofdstuk 2 zagen we dat in EBP de componenten evidence uit wetenschappelijk onderzoek, de professionele expertise van verpleegkundigen en de normen, waarden en voorkeuren van patiënten centraal staan voor een evenwichtige, goed geïnformeerde besluitvorming (Sackett et al., 1996). In de literatuur blijkt dat mede onder invloed van dominante stromingen in de wetenschap het bewijs uit wetenschappelijk onderzoek vaak hoger gewaardeerd wordt dan bewijzen uit de *best practice* of bewijs afkomstig van de patiënt. De component patiëntvoorkeuren lijkt van ondergeschikt belang. Nu wordt de naamgeving EBP vanaf 2009 steeds vaker vervangen door Evidence-Based Nursing (EBN), waarin expliciet wordt gesteld dat wetenschappelijk bewijs voor de praktijkvoering doorslaggevend is. We constateren dat opmerkelijk genoeg de component 'patiëntvoorkeuren' in de huidige definitie van EBN is komen te vervallen. Wat betekent deze wijziging voor de kans op een goede verpleegkundige zorgverlening?

In de inleiding van deze studie benoemden we dat naast de positieve ontvangst van het EBP paradigma tegelijk een spanningsveld is ontstaan in de gezondheidszorg. Vanzelfsprekend zijn professionals gemotiveerd om te werken met richtlijnen en protocollen op basis van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek. Maar verpleegkundigen zeggen ook dat ze door de nadruk op hun taak om kwantitatieve gegevens te verzamelen nauwelijks meer toekomen aan het creëren en onderhouden van een goede zorgrelatie met de patiënt. De taak van de verpleegkundige wordt door de interventiezorg, zo genoemd vanwege het scoren op afzonderlijke interventies, teruggebracht tot het transparant en efficiënt uitvoeren van onderzochte en effectief gebleken handelingen (Baart, 2001; Van Heijst, 2005). De uitvoering

van het verpleegkundig beroep wordt op deze manier verschaald tot het plegen van losse verrichtingen waar nauwelijks nog tijd en aandacht over is voor het opbouwen van een goede zorgrelatie. Dit laatste komt waarschijnlijk meer voort uit de door economisch motieven aangestuurde marktwerking in de zorg dan door het EBP paradigma zelf.

We stellen de kritische vraag of het voldoende is om de kwaliteit van verpleegkundige zorg te beoordelen aan de hand van kwantitatief verzamelde resultaten, zoals dat nu in de praktijk gebeurt. Deze vraag wordt versterkt door de opvatting dat de kern van het verpleegkundig handelen bestaat in een goede relatie met de individuele patiënt, die voorwaarde is om te kunnen bijdragen aan de door hem ervaren kwaliteit van leven. Wat zou het betekenen voor de beoordeling van kwaliteit van verpleegkundige zorg als ook georiënteerd zou worden op de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen? Welke verschillen zouden optreden als er meer nadruk zou komen te liggen op *patient outcomes* die op basis van wetenschappelijk onderzoek, de inschatting van de professional én in nauw overleg met de patiënt zelf zijn vastgesteld? Deze vraag zouden we graag willen beantwoorden, maar valt buiten de scope van het huidige onderzoek.

In het denken over goede kwaliteit van verpleegkundige zorg herkennen we een telkens terugkerend thema: de rol van de zorgrelatie. Baart & Grypdonck (2008) stellen in hun zoektocht naar de betekenis van presentie in de verpleegkundige zorg dat de verpleegkundige ‘over inzicht beschikt om zorgvuldig af te stemmen op de zorgontvanger’ (p 122). Dit inzicht wordt volgens hen getraind in de beoefening van presente zorg, waarin de zorgverlener aandachtig en toegewijd, op een latende wijze, in de situatie aanwezig is. Zij werken inzicht uit als toepassingskennis en verstandig redeneren, maar in de tekst wordt niet duidelijk hoe hierbij de ‘latende modus’ geïnterpreteerd moet worden in de vaak hectische verpleegkundige praktijk. De resultaten in onze studie wijzen er op dat verpleegkundigen niet alleen ‘aandachtig aanwezig zijn en doen wat gedaan moet worden’, maar op een snelle en proactieve wijze ook responsiviteit (Tronto, 1993) creëren. Het verdient aanbeveling nader te bestuderen hoe afstemmingskennis zich verhoudt met de concepten presentie en inzicht uit genoemde studie.

Zowel het concept afstemmingskennis als de ontwikkelde theorie over afstemmingskennis bieden perspectieven in de hedendaagse verschuivende benadering van ziekte en gezond gedrag. Huber et al. constateren dat de definitie voor gezondheid die door de WHO sinds 1948 gehanteerd wordt, is ingegeven door een medisch georiënteerd beeld en verouderd is. Zij presenteren voor beleidsmakers en politici een nieuwe definitie van gezond gedrag:

Health as the ability to adapt and to self-manage, in the face of social, physical and emotional challenges (Huber, 2014; Huber et al., 2011).

De definitie nodigt uit om kritisch te kijken naar de huidige beoordeling van kwaliteit van verpleegkundige zorg en de waarde van de zorgrelatie te (her)waarderen. Verpleegkundige zorg zou, aan de hand van deze definitie, niet beoordeeld moeten worden op uitkomsten die

gerelateerd zijn aan de medische behandeling, maar op het daadwerkelijk ondersteunen van de patiënt in zijn eigen context en de benutting van diens mogelijkheden. Dit vraagt van de verpleegkundigen een bewust hanteren van de reflectieve praktijk, waarin zij streven naar een goede zorgrelatie met de patiënt en het gezamenlijk zoeken naar kwaliteit van leven voor degene die ze bijstaan.

6.3 Afstemmingskennis in onderwijs en praktijk

In onze studie hebben we de praktijkkennis van verpleegkundigen, kennis die door ervaring en reflectie in de praktijk wordt verworven, onderzocht. We hebben een onderscheid aangebracht tussen de toepassingskennis die beschreven is door Patricia Benner en de door ons geïdentificeerde afstemmingskennis. We constateren dat afstemmingskennis een specifieke soort kennis is die opgedaan wordt in de zorgrelatie tussen de verpleegkundige en de individuele patiënt. Deze kennis gaat over normen, waarden en voorkeuren in de waardeoriëntatie van die patiënt in zijn eigen context. Verpleegkundigen blijken te beschikken over impliciete en intuïtieve *tools* om verbondenheid in de zorgrelatie te creëren en te onderhouden en op deze manier op een actieve, snelle manier afstemmingskennis te verwerven. De afstemmingskennis wordt ingebracht als onderdeel van het brede referentiekader voor de verpleegkundige besluitvorming in de individuele situatie van de patiënt.

We hebben zoals gezegd via bestaande theorieën een link gelegd tussen afstemmingskennis en het Aristotelische begrip *phronesis*, de praktische wijsheid, als onderdeel van de beroepsuitoefening die in een reflectieve praktijk leidt tot goede zorg. De vraag ontstaat hoe we in het onderwijs en in de praktijk afstemmingskennis, kunnen overbrengen aan nieuwe studenten en hoe professionals zich hierin kunnen blijven scholen. Kinsella & Pitman (2012) benadrukken dat er in de professionele praktijken meer waardering zou moeten komen voor het leren in de reflectieve omgeving en voor de ontwikkeling van de professionals zelf, zodat ze *phronesis* zullen omarmen als een waardevolle aanvulling op hun professionele kennis om in de praktijk besluiten te nemen die bijdragen aan goede zorg. We benadrukken dat alle drie vormen van kennis, propositioneel, toepassingskennis én afstemmingskennis samen nodig zijn voor een goede praktijkvoering.

De vraag kan worden gesteld wat onze bevindingen betekenen voor de opleiding van verpleegkundigen. Kemmis (2012) beschrijft dat het een misvatting is te denken dat we *phronesis* direct kunnen onderwijzen. *Phronesis* kan alleen indirect geleerd worden als het resultaat van verbinding van onszelf aan anderen, aan ons handelen en handelend in de professionele praktijk zelf die gericht is op het goede. Het zou interessant zijn om te onderzoeken hoe de epistemologie van de reflectieve verpleegkunde van Kinsella en Sellman in de praktijk duidelijker vorm zou kunnen krijgen. Theoretisch gezien rijst hier de vraag naar de ontwikkeling van een *virtue epistemology* (Sosa, 1980; Zagzebski, 2003) die in de praktijk onderwezen en geoefend kan worden. Het voert in het kader van deze studie te ver om hier over uit te weiden.

We stellen dat het aanleren van reflexief gedrag in de verpleegkundige praktijk moeilijk kan gedijen in een klimaat dat vooral door regel-geleid handelen wordt bepaald. In de huidige curricula van verpleegkunde opleidingen in Nederland ligt de nadruk op het aanleren van theoretische kennis, het toepassen van richtlijnen en de trouwe uitvoering van protocollen. Nog steeds worden studenten in het competentiegericht onderwijs voornamelijk getoetst op aanwijsbare, expliciet en van te voren opgestelde doelen, veelal gericht op het ontwikkelen van toepassingskennis. Werkbegeleiders en opleiders van instellingen volgen studenten in deze doelen, omdat ze nu eenmaal afgetekend moeten worden om de stage te behalen. We nodigen docenten van onderwijsinstellingen en opleiders in de praktijk uit om mee te denken over de vraag hoe (opnieuw) aandacht gevonden kan worden voor het impliciete leren in de praktijk, specifiek over de vraag hoe studenten leren om in hun verpleegkundige zorg af te stemmen op de individuele patiënt.

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

Referenties



- Abma, T., Dauwerse, L., Borg, W. van der & Verdonk, P. (2012). De herontdekking van de zorg. Het belang van vertrouwen, ruimte en verbinding in de ouderenzorg. www.vanharnasnaarzomerjurk.nl/downloads/De_Herontdekking_van_de_Zorg_2012.pdf. Geraadpleegd op 2 februari 2015.
- Abma, T.A., Oeseburg, B., Widdershoven, G.A.M. & Verkerk, M. (2009). The quality of caring relationships. *Psychology Research and Behavior Management* 2, 39-45.
DOI:<http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S4617>
- Allen, D. & Cloyes K. (2005). The language of 'experience' in nursing research. *Nursing Inquiry* 12, 98 - 105.
- Altmann, T.K. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy? *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession* 25(1-2), 114-123.
- American Nurses Association. Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements (2001; revised 2015). www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics-For-Nurses.html
Geraadpleegd op 23 februari 2015.
- Argyle, M. & Trower, P. (1979). *Person to Person: Ways of Communicating*. New York; Harper & Row.
- Argyris, C. & Schön, D.A. (1978). *Organizational Learning*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Ashworth, P.D., Longmate, M.A. & Morrison, P. (1992). Patient participation: its meaning and significance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing* 17, 430-439.
- Atlas, S.J., Grant, R.W., Ferris, T.G., Chang, Y. & Barry, M.J. (2009). Patient-physician connectedness and quality of primary care. *Annals of Internal Medicine* 150(5), 325-335.
- Auerbach, S.M. (2001). Do patients want control over their own health care? A review of measures, findings, and research issues. *Journal of Health Psychology* 6(2), 191-203.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relation to stress. *Psychological Bulletin* 80(4), 286-303.
- Avis, M. & Freshwater, D. (2006). Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. *Nursing Philosophy* 7(4), 216-224.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma.
- Barelds, D.P.H. & Dijkstra, P. (2007). Love at first sight or friends first? Ties among partner personality trait similarity, relationship onset, relationship quality, and love. *Journal of Social and Personal Relationships* 24, 479-496.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, Addison-Wesley.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill

- acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science Technology Society* 24,188 – 199. DOI: 10.1177/0270467604265061
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis P. & Stannard D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York, Springer Publishing Company.
- Benner, P., Hughes R.G. & Sutphen M. (1996; 2008). Clinical reasoning, decisionmaking, and action: thinking critically and clinically. In Hughes R.G. (Ed.). *Patient safety and quality: an Evidence-Based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for healthcare research and quality.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Educating nurses. A call for radical transformation*. Stanford: The Carnegie Foundation.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring clinical judgment and Ethics* (2nd ed.). New York: Springer.
- Benner, P. & Wrubel J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Berg, L. & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21, 500-506.
- Bergum, V. (1994). Knowledge for ethical care. *Nursing Ethics* 1, 71-79.
- Bishop, A.H. & Scudder, J.R. (1997). Nursing as a practice rather than an art or a science. *Nursing Outlook* 45(2), 82-85.
- Brafman, O. & Brafman, R. (2010). *Click: The magic of instant connections*. New York: Random House.
- Bryant, A. & Charmaz, K. (eds.) (2010). *The SAGE handbook of grounded theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- Brykczynski, K.A. (2002). Patricia Benner: From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. In: Marriner-Tomey A. & Alligood M.R. (eds.). *Nursing Theorists and their work* (5th ed.). Philadelphia, USA: Mosby.
- Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathúna, D. P., Schultz et al. (2011). *Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes*. The Cochrane Collaboration; J.W. Wiley & Sons, Ltd.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science* 1, 13-23.
- Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: A critique. *International Journal of Nursing Studies* 32, 527-534.
- Casper, G.R. & Brennan, P.F. (1993). Improving the quality of patient care: the role of patient preferences in the clinical record. *Proceedings of the Annual Symposium on Computer Application in Medical Care* 3, 8-11.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 49, 651-661.

- Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (1995, 4th ed.). *Theory and Nursing. A systematic approach*. St. Louis: Mosby.
- Clark, C. (2011). Evidence Based Practice and professional wisdom. In: Bondi, L, Carr, D., Clark, C. & Clegg, C. (eds.). *Towards professional wisdom. Practical deliberation in the people professions*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Covington, H. (2005). Caring presence: providing a safe space for patients. *Holistic Nursing Practice* 19, 169-172.
- Day, J. (2002). What is an expert? *Radiography*, 8, 63-70. doi: 10.1016/radi.2002.0369
- Degner, L.F., Sloan, J.A., & Venkatesh, P. (1997). The Control Preferences Scale. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 29(3): 21–43.
- Denzin, N.K. (1989). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. Eaglewood Cliffs, NY: Prentice-Hall.
- De Veer, A.J.E. & Francke, A.L. *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Dewey, J. (1997 [1938]). *Experience and education*. New York: Touchstone.
- DiCenso, A., Cullum, N., Ciliska, D. & Guyatt, G. (Eds.) (2005). *Evidence-based nursing. A guide to clinical practice*. Philadelphia: Elsevier.
- Doherty, C. & Doherty, W. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 119-127.
- Dreyfus, S.E. & Dreyfus, H.L. (1980). *A five stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. California University Berkeley Operations Research Center. www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA084551 Geraadpleegd op 20 oktober 2014.
- Dreyfus, S.E. (2004). The five stage model of adult skill acquisition. *Bulletin of Science Technology & Society* 24, 177-181.
- Dunne, J. (2011). 'Professional wisdom' in 'practice'. In: Bondi, L., Carr, D., Clark, C. & Clegg, C. (eds.). *Towards professional wisdom. Practical deliberation in the people professions*. Surrey, UK: Ashgate publishing limited.
- Effken, J.A. (2001). Informational basis for expert intuition. *Journal of Advanced Nursing* 34, 246-255. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01751.x
- Egerod, I. & Hansen, G.M. (2005). Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing* 51(5), 465-473.
- Egerod, I. (2006). Evidence-based practice and critical care nursing. *Nursing in Critical Care* 11(3), 107-108.
- Elf, M., Putilova, M., Ohren K. & von Koch, L. (2009). Development of a model of a stroke care process. *Online Journal of Nursing Informatics* 13(3), 1-34.
- English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: A critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing* 18, 387-393.
- Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: The Falmer Press.
- Ericsson, K. A. (2006). An introduction to Cambridge Handbook of Expertise and Expert

- Performance: Its development, organization, and content. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance* (pp. 3-19). New York, NY: Cambridge University Press.
- Ervin, N.E. & Pierangeli, L.T. (2005). The concept of decisional control: building the base for evidence-based nursing practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2(1), 16-24.
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B.M., Stillwell, S.B. & Williamson, K.M. (2010). Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: part I. *The American Journal of Nursing* 110(7), 47-52.
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B.M., Stillwell, S.B. & Williamson, K.M. (2010). Evidence-based practice, step by step: Critical appraisal of the evidence: part III. *The American Journal of Nursing* 110(11), 43-51.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2005). Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 51(2), 140-149.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 15(12), 1498-1508.
- Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 17(21), 2935-2944.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity.
- French, P. (2001). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing* 37, 250-257.
- Gallagher-Ford, L. (2011). Evidentialism: A borrowed approach to EBP. *Nursing Management* 42(7), 10-13.
- Gambrill, E. (2007). Views of evidence-based practice: Social workers' code of ethics and accreditation standards as guides for choice. *Journal of Social Work Education* 43(3), 447-462.
- Gastmans, C. & Dierckx de Casterlé, B. (2000). *Verpleegkundige excellentie. Verpleegkunde Tussen praktijk en ethiek. (Nursing Excellence. Nursing between practice and ethics.)* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Gennaro, S., Mayberry, L.J. & Kafulafula, U. (2007). The evidence supporting nursing management of labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 36(6), 598-604.
- Gobet, F. & Chassy, P. (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 45, 129-139.
- Gorman, M.E. (2002). Levels of expertise and trading zones; a framework for multidisciplinary collaboration. *Social Studies of Science* 32(5,6), 933-938.
- Haggerty, L.A. & Grace, P. (2008). Clinical Wisdom: the essential foundation of 'good' nursing care. *Journal of Professional Nursing* 24(4), 235-240.

- Hardy S., Garbett, R., Titchen, A. & Manley, K. (2002). Exploring nursing expertise: nurses talk nursing. *Nursing Inquiry* 9(3), 196-202.
- Hargreaves, J. & Lane, D. (2001). Delya's story: from expert to novice, a critique of Benner's concept of context in the development of expert nursing practice. *International Journal of Nursing Studies* 38, 389-394.
- Haynes, R.B., Devereaux, P.J. & Guyatt, G.H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *British Medical Journal* 324, 1350.
- Henderson, S. (1997). Knowing the patient and the impact on patient participation: a Grounded theory study. *International Journal of Nursing Practice* 3, 111-118.
- Herbig, B., Büssing, A. & Ewert, T. (2001). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 34(5), 687-695.
- Higgs, J. & Titchen, A. (1995). The nature, generation and verification of knowledge. *Physiotherapy* 81(9), 521-530.
- Higgs, J. & Titchen, A. (2001). Rethinking the practice-knowledge interface in an uncertain world; a model for practice development. *British Journal of Occupational Therapy* 64(11), 526-533.
- Hines, D.R. (1992). Presence: discovering the artistry in relating. *Journal of Holisting Nursing* 10(4), 294-305.
- Huber, M.A.S. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health, and in evaluating health effects of food*. Doctoral thesis. Maastricht: University of Maastricht.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout D., et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal* 343, d4163.
- Hunter, C. L., Spence, K., McKenna, K. & Iedema, R. (2008). Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 62(6), 657-664.
- International Council of Nurses. (2005, revised 2012). Geraadpleegd op 23 februari 2015. www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Jacobs-Kramer, M. & Chinn, P. (1988). Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: an International Journal* 2, 129-139.
- Jansen, M.G.M.J., Kuiper, M. de, Ettema, R.G.A. & Sande, R. van de. (2007). *De expertverpleegkundige: basisprincipes voor advanced nursing practice*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jenny, J. & Logan, J. (1992). Knowing the patient: one aspect of clinical knowledge. *Journal of Nursing Scholarship* 24, 254-258.
- Jones, J. & Higgs, J. (2000). *Clinical reasoning in the health professions*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Kemmis, S. (2012). Phronesis, experience, and the primacy of praxis. In: Kinsella, E.A. & Pitman, A. (eds.) (2012). *Phronesis as professional knowledge. Practical wisdom in the professions*. Rotterdam: Sense Publishers.

- Kiesler, D.J. & Auerbach, S.M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education and counseling* 61, 319-341.
- Kinsella, E.A. (2009). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy* 11, 3/14.
- Kinsella, E.A. (2012). Practitioner reflection and judgement as phronesis: A continuum of reflection and considerations for phronetic judgement. In: Kinsella, E.A. & Pitman, A. (eds.) (2012). *Phronesis as professional knowledge. Practical wisdom in the professions*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Kinsella, E.A. & Pitman, A. (eds.) (2012). *Phronesis as professional knowledge. Practical wisdom in the professions*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Kitson, A. (2002). Recognising relationships: reflections on evidence-based practice. *Nursing Inquiry* 9, 179-186.
- Klaver, K. & Baart, A. (2011). Attentiveness in care: Towards a theoretical framework. *Nursing Ethics* 18(5), 686-693.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lake, S., Moss, C. & Duke, J. (2009). Nursing prioritization of the patient need for care: a tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. *International Journal of Nursing Practice* 15(5), 376-388.
- Larsson, I.E., Sahlsten, M.J., Sjöström, B., Lindencrona, C.S. & Plos, K.A. (2007). Patient Participation in nursing care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(3), 313-320.
- LaSala, C.A. (2009) Moral accountability and integrity in nursing practice. *Nursing Clinics of North America* 44(4), 423-434.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levin, R.F., Lunney, M. & Krainovich-Miller, B. (2004). Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications* 15(4), 114-122.
- Luntley, M. (2011). Expertise – Initiation into learning, not knowing. In: Bondi, L., Clark, D., Carr, C. & Clegg, C. (eds.). *Towards professional wisdom. Practical deliberation in the people professions*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- MacIntyre, A. (1981; 2007 third edition). *After virtue*. Indiana: University of Notre Dame Press.
- McCabe, C. (2004). Issues In Clinical Nursing Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13(1), 41-49.
- Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2006). Consumer preferences and values as an integral key to Evidence-Based Practice. *Nursing Administration Quarterly* 30(2), 123–127.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B. & Williamson, K.M. (2010). Evidence-Based

- Practice: step by step. The seven steps of evidence-based practice: following this progressive, sequential approach will lead to improved health care and patient outcomes. *American Journal of Nursing* 110(1), 51-53.
- Miner - Williams, D. (2007). Connectedness in the nurse-patient relationship: a grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing* 28, 1215-1234.
- Mitchell, G.J. (1999). Practice applications: evidence-based practice: critique and alternative view. *Nursing Science Quarterly* 12(1), 30-35.
- Mok, E. & Pui, C.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 475-483.
- Nelson, S. & McGillion, M. (2004). Expertise or performance? Questioning the rhetoric of contemporary narrative use in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 47, 631-638.
- Padgett, S.M. (2000). Benner and the critics: promoting scholarly dialogue. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 14(3), 249-266.
- Peña, A. (2010). The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective. Medical Education Online. 2010; 15: 10.3402/meo.v15i0.4846. Published online 2010 June 14. doi: 10.3402/meo.v15i0.4846
- Pierce, P.F. & Hicks, F.D. (2001). Patient decision-making behavior. *Nursing Research* 50(5), 267-274.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: Towards a post critical philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004, 7th edition). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Purkis, M.E. (1994). Entering the field: Intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *International Journal of Nursing Studies* 31, 315-336.
- Radwin, L.E. (1996). 'Knowing the patient': a review of research on an emerging concept. *Journal of Advanced Nursing* 23(6), 1142-1146.
- Reinders, H. (2010). The importance of tacit knowledge in practices of care. *Journal of Intellectual Disability Research* 54, 28-37.
- Risjord, M. (2010). *Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy*. West-Sussex, Wiley-Blackwell.
- Rodney, P.A. (1997). *Towards connectedness and trust: nurses' enactment of their moral agency within an organizational context*. Doctoral thesis. Geraadpleegd op 17 september 2013. <https://circle.ubc.ca/handle/2429/6797?show=full>
- Routasalo, P., Arve, S. & Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10(5), 207-215.
- Rudge, T. (1992). Reflections on Benner: A critical perspective. *Contemporary Nurse* 1, 84-88.
- Ruland, C.M. (2002). Handheld technology to improve patient care: evaluating a support system for preference-based care planning at the bedside. *Journal of the American Medical Informatics Association* 9(2), 192-201.
- Ruland, C.M. (2004). A survey about the usefulness of computerized systems to support

- illness management in clinical practice. *International Journal of Medical Informatics* 73(11-12), 797-805.
- Rycroft-Malone, J. (2006). The politics of evidence-based practice movements: legacies and current challenges. *Journal of Research in Nursing* 11(2), 95-108.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47(1), 81-90.
- Rycroft-Malone, J. & Stetler, C.B. (2004). Commentary on evidence, research, knowledge: a call for conceptual clarity: Shannon Scott-Findlay & Carolee Pollock. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 1(2), 98-101.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312, 71-72.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*. (2nd edition). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sainio, C. & Lauri, S. (2003). Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 41(3), 250-260.
- Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Lindencrona, C.S.C. & Plos, K.A.E. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 14(1), 35-42.
- Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjöström, B., & Plos, K.A.E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 490-497.
- Sanders, T., Harrison, S. & Checkland, K. (2010). Personalizing protocol-driven care: the case of specialist heart failure nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(9), 1937-1945.
- Scheel, M.E., Pedersen, B.D. & Rosenkrands, V. (2008). Interactional nursing - a practice-theory in the dynamic field between the natural, human and social sciences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22, 629-636.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. New York: Jossey-Bass.
- Sellman, D. (2011). *What makes a good nurse: Why the virtues are important for nurses*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sellman, D. (2011). *What makes a good nurse. Why the virtues are important for nurses*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sellman, D. (2012). Reclaiming competence for professional phronesis. In: Kinsella E.A. & Pitman, A. (eds.). *Phronesis as professional knowledge. Practical wisdom in the professions*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Sennett, R. (2008). *The Craftsman*. New Haven & London: Yale University Press.
- Sidani, S., Epstein, D.R., Bootzin, R.R., Moritz, P. & Miranda, J. (2009). Assessment of

- preferences for treatment: Validation of a measure. *Research in Nursing & Health* 32(4), 419–431.
- Smith, K.V. & Godfrey, N.S. (2002). Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. *Nursing Ethics* 9(3), 301–312.
- Smith, M., Higgs, J. & Ellis, E. (2008). Factors influencing clinical decision making. In: Higgs, J., Jones, M., Loftus, S. & Christensen, N. (eds.) (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Smoliner, A., Hantikainen, V., Mayer, H., Ponocny-Seliger, E. & Them, C. (2009). Development and test-theoretical analysis of an instrument for data collection on patients' preferences and experiences concerning participation in nursing care decisions in acute hospitals [German]. *Pflege* 22(6), 401–409.
- Smoliner, A., Hantikainen, V., Mayer, H., Ponocny-Seliger, E. & Them, C. (2009). Patients' preferences and experience regarding participation in nursing care decisions in acute hospitals - an analysis of conformity of preferences and experience, and factors influencing different types of decision making [German]. *Pflege* 22(6), 411–419.
- Sosa, E. (1980). The raft and the pyramid: Coherence versus foundations in the theory of knowledge. *Midwest Studies in Philosophy* 5, 3–25.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Standing, M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing*, 62: 124–134. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04583.x
- Straus, S.E. & McAlister, F.A. (2000). Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *Canadian Medical Association Journal* 163 (7), 837–841.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. (Second edition). Thousand Oaks: Sage.
- Struijs, A. & Vathorst, S. van de. (2009). *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*. Signalering Ethiek en Gezondheid. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Suhonen, R., Valimäki, M. & Katajisto, J. (2000). Individualized care in a Finnish healthcare organization. *Journal of Clinical Nursing* 9(2), 218–227.
- Suhonen, R., Valimäki, M. & Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1253–1263.
- Takemura, Y. & Kanda, K. (2003). How Japanese nurses provide care: a practice based on continuously knowing the patient. *Journal of Advanced Nursing* 42(3), 252–259.
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C. & Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 25: 273–280. doi: 10.1111/j.1547-5069.1993.tb00259.x
- Tejero, L.M.S. (2010). Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. *International Journal of Nursing Studies* 47(5), 608–615.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological bulletin* 90(1) 89.
- Thompson, J.L. (1990). Hermeneutic inquiry. In: Moody L.E. (Ed). *Advancing nursing science*

- through Research*. (pp. 223-280). Newbury Park, CA: Sage.
- Titchen, A. (2000). Professional craft knowledge in patient-centred nursing and the facilitation of its development. University of Oxford DPhil thesis. Ashdale Press, Kidlington.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Usher, R., Bryant, I. & Johnston, R. (1997). *Adult Education and the Postmodern Challenge: Learning Beyond the Limits*. London: Routledge.
- Van der Elst, E., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Elderly patients' and residents' perceptions of "the good nurse": a literature review. *Journal of Medical Ethics*, 38: 93-97. doi: 10.1136/medethics-2011-100046
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Vorstenbosch, J. (2005). *Zorg. Een filosofische analyse*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Vosman, F. & Baart, A. (2008). *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- V&VN, Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (2015). Geraadpleegd op 23 februari 2015.
www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=wdC6vB0v5mQ%3d&tabid=679
- V&VN, Beroepsprofiel Verpleegkundige (2012). Geraadpleegd op 23 februari 2015.
www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=FZhPgDg_3n8=
- Weggeman, M. (2008). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. (3^e druk). Schiedam: Scriptum.
- Welsh, I. & Lyons, C.M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 8(4), 299-305.
- Wharton, S. (1999). Evidence-based medicine series. Part 1: defining evidence-based medicine. *University of Toronto Medical Journal* 76(3), 142-143.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science* 17, 73-86.
- Zagzebski, L. (2003). Intellectual motivation and the good of truth. In: DePaul, M. & Zagzebski, L. (eds.). *Intellectual virtue: Perspectives from ethics and epistemology*. Oxford: Clarendon Press.

Samenvatting

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

1. Algemene inleiding; Goede verpleegkundige zorg en patiëntvoorkeuren

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

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

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

2. Patiëntvoorkeuren in de verpleegkundige besluitvorming; Literatuurreview

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

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

In dit hoofdstuk worden de bevindingen weergegeven van de empirische studie waarin verpleegkundigen, door hun collega's aangewezen als verleners van persoonlijk afgestemde, goede zorg, beschrijven hoe zij in de dagelijkse besluitvorming omgaan met normen, waarden en voorkeuren van patiënten en hun familie. De centrale vraag was hoe verpleegkundigen, die bekend staan als verleners van goede verpleegkundige zorg, afstemmen op patiëntvoorkeuren in de dagelijkse verpleegkundige besluitvorming en zo goede zorg

verlenen. In de interviews (n=27) komt naar voren dat het creëren en onderhouden van verbondenheid in de zorgrelatie de belangrijkste voorwaarde is om de patiëntvoorkeuren op te sporen en er rekening mee te houden. Binnen die verbondenheid stemmen zij af op gevoelens van veiligheid en vertrouwen van de patiënt door hem als een uniek persoon te erkennen en tijd te nemen voor een gesprek. De verpleegkundigen benoemen de *tools* waar ze over beschikken in metaforen: het creëren van een 'klik', het gebruik van 'voelsprietten' en een open communicatie waarin ze 'empathische vragen' stellen. Volgens de verpleegkundigen behouden patiënten en hun familie op deze wijze waar mogelijk de regie bij een ziekenhuisopname, waardoor zij optimaal participeren in de besluitvorming. De verpleegkundigen laveren handig tussen protocollen, professionele kennis en de soms snel wisselende voorkeuren van patiënten. De respondenten vertellen hoe zij door luisteren, informeren, onderhandelen en soms ook overtuigen gezamenlijk met de patiënt afstemmen. Zij vormen, veelal nauwelijks bewust, een breed referentiekader op basis van deze verworven kennis en gebruiken dit voor de besluiten in de zorgverlening. Het intensieve proces van voortdurende afstemming op de voorkeuren van patiënten wordt gezien als een deel van de impliciete kennis van verpleegkundigen. Het bereiken van individueel afgestemde goede zorg hangt af van de professionele expertise van verpleegkundigen om patiëntvoorkeuren te ontdekken, hier op af te stemmen en deze af te wegen in de besluitvorming. De respondenten geven de indruk dat zij zich in dit proces van afstemmen onbewust en moeiteloos bewegen, maar zij kunnen niet precies uitleggen wat zij doen en waarom. Een belangrijke volgende stap voor de betrouwbaarheid in het onderzoek is triangulatie van de onderzoeksmethode door participerende observatie.

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

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

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

5. Een theorie over afstemmingskennis; Vergelijking met bestaande theorieën

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

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

verkrijgen wordt geleerd via een doorlopend iteratief proces van ervaringsleren. Benner heeft in haar studies naar praktijkkennis de afstemmingskennis niet beschreven. Het lijkt er op dat zij de ethische component in de zorgrelatie ziet als morele kennis die buiten de praktijkkennis valt. De *knowing-why* wordt dan ook in haar uiteenzettingen gemist.

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

6. Slotbeschouwing

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

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

In het paradigma EBP zijn drie componenten van belang voor de besluitvorming: evidence uit wetenschappelijk onderzoek, de inschatting van de professional en de voorkeuren van de patiënt. In de literatuur blijft de laatste onderbelicht, evenals in de nieuwe definitie van EBN.

Goede zorg verlenen is alleen mogelijk in een zorgzame zorgrelatie, de inhoud van zorg moet bepaald worden in relatie met de mens waarop de zorg zich richt. De nieuwe definitie van gezondheid die Huber et al. (2011) presenteren, laat veel ruimte voor voorkeuren van de patiënt zelf en ondersteuning door de verpleegkundige. Goede zorg is niet primair een kwestie van praktisch inzicht van de zorgverlener of het louter toepassen van evidence uit onderzoek, maar van een betekenisvol handelen in een praktijk waarin mede ruimte is voor aandacht en responsiviteit. We stellen dat het aanleren van reflexief gedrag in de verpleegkundige praktijk moeilijk kan gedijen in een klimaat dat vooral wordt bepaald door regel-geleid handelen.

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

Summary

Patient preferences in nursing decision-making. A theory about fine-tuning knowledge in acute care.

1. General introduction; Good nursing care and patient preferences

The topic in this thesis concerns the question of which professional knowledge is employed by nurses in hospitals in attuning care to individual patients' preferences - and those of their family - and how nurses deploy this knowledge in providing individual tailored nursing care. When nurses succeed in attuning care to the subjective conditions of patients, both nurses and patients rate the nursing care provided as being appropriate, good care. The Evidence-Based Practice (EBP) paradigm in health care has been widely embraced to enable transparency and optimal care provision. According to the literature, EBP consists of three key components in decision-making: the best research evidence, professional expertise and patient preferences. The latter component is the subject under study in this research. Attunement to patients' preferences in healthcare is prerequisite to a holistic and individual approach in care. Considerable emphasis has been placed on the first component, partly as a consequence of centralised control on quality of care policy. Nurses are expected to cooperate in data collection regarding care provision. Consequently, nurses claim that this leads to a lack of dedication of time to their core profession, which is to provide care and stimulate the recovery process through a personal relationship with patients. This study attempts to transcend the current discussion regarding various quality of care management models by conducting research on how good nurses take into account the individual patient and patients' family needs within the EBP paradigm. The motivation behind the EBP paradigm is a qualitatively adequate care practice driven by knowledge. This knowledge can be divided into three components. The first component entails knowledge derived from conducting systematic research. The second component is concerned with translating that knowledge to practical knowledge within the clinical domain, in this study described as application knowledge or 'practical knowledge I'. Characterization of practical knowledge as application of knowledge does, however, not apply to knowledge that is required to obtain insight into individual patient preferences and to attune decision-making accordingly. This knowledge will be described as 'practical knowledge II' in this study.

The general objective of this thesis is to develop a theory of nursing care that enables good nurses to tune in into patients' preferences in their care provision, and what knowledge they deploy in doing so. The first goal in this study is to determine how patient preferences are operationalized in current literature concerning nursing care. The second goal is to explore the views that good nurses hold regarding patient preferences, and how they take into account patient preferences in their care provision. The third goal is to compare this study's findings with current theories regarding practical knowledge, in order to propose a theory on attuning knowledge of nurses. It is expected that this study will provide a positive contribution

to the discussion of bridging the gap between current quantitative evaluations of quality of care and nurses' claims relating to the importance of provision of nursing care based on a nurse-patient relationship.

2. Patient preferences in nursing decision-making; Literature review

This chapter provides an account of the literature study that was carried out regarding the operationalization of the 'patient preferences' concept within the domain of nursing decision-making in Evidence Based Practice. The goal was to explore how this concept is operationalized in contemporary literature, and how nursing professionals gain insight into their patients' preferences and values, adapting care provision accordingly. It appears that the third EBP component, patient preferences, is operationalized in three distinct ways in the literature depending on scientific preference. The 'positivist' view on EBP interprets patient preferences as the formal aspects within a caring relationship, such as preferred decision-making style. The second, also quantitative, approach operationalizes patient preferences through a patient's choice regarding care urgency using a standardised model of human functioning. The third view on EBP follows a qualitative approach, where patient preferences are regarded as the outcome of nurse-patient-family dialogue and the professional's reflection on these dialogues. The varying views on EBP strongly influence the way in which nurses take patient preferences into account where nursing decision-making is concerned. A strong preference for quantitative research methods was expected regarding the EBP paradigm, but the research designs were - in fact - quite diverse. In the application of EBP, nurses ought to be aware of the differing interpretations of the EBP paradigm and the consequences this has on the signification of the role of patient preferences in a caring relationship. Detailed accounts relating to the way in which nurses ought to take patient preferences, norms and values into account have not been found. Therefore, it is recommended that research has to be carried out in nursing practice to explore how nurses succeed in obtaining information regarding their patients' preferences and how this affects decision-making and the provision of good care.

3. Connectedness in care; The role of patient preferences in nursing decision-making

This chapter provides an overview of the results derived from the empirical study in which good nurses - selected by their professional peers as being experts in providing care - describe how they address norms, values and patients' and their families preferences in the daily nursing decision-making. The main question was how nurses, those nurses that are known for providing adequate nursing care, take patient preferences into account in their daily decision-making to provide good care. The respondents (n=27) show the importance of creating and maintaining connectedness in the caring relationship to be a key prerequisite in obtaining and using information on patient preferences. Through connectedness nurses attune to patients' feelings of security and trust by regarding a patient as a unique individual and taking time for a conversation. Nurses refer to the tools that they deploy in metaphorical terms: creating a 'click', using one's 'antennae' or probes, communicating openly by asking 'empathic

questions'. According to the nurses, patients and their families are kept - whenever possible - in control in cases of hospitalisation, allowing them to optimally participate in decision-making. Nurses aptly navigate between protocols, professional knowledge and the occasional rapid changes in patient preferences. Respondents report of their active role in listening, informing, negotiating and - occasionally - convincing. Based on this acquired knowledge they form, often unconsciously, a broad frame of reference and use it in care provision decision-making. The intensive process of continual attunement to patient preferences is regarded as being part of the implicit knowledge held by nurses. Attainment of individually attuned adequate care depends on the professional expertise of nurses in being able to uncover patients' preferences, tuning in to these needs and take them into account in decision-making. Respondents create the impression that they shift effortlessly through this process of attunement without being consciously aware of it, hence their inability to explain exactly what they do and why. The next step in maintaining reliability in this study is triangulation of the research method through participatory observation.

4. Participant observation; 'Teach me the best way to take care for you in this situation'

Using the method of participant observation, seven 'good' nurses have been observed during their shifts in a nursing ward. The research question was 'what can be seen regarding attuning to patient preferences and the use of *tools* in daily nursing practice?'. The goal was to collect additional information concerning the implicit and intuitive *tools* that nurses employ in their daily care provision to gain insight into patient preferences and take these into account in nursing decision-making. Creation of connectedness and working with a 'click' has been observed in the way in which nurses approach patients. The little moment the nurses take to come into contact with patients can be identified as special. When they talk to patients they approach them, seek eye contact and often put a hand on a patients arm or leg. They are consciously present in a situation and discuss when necessary difficulties in communication or misunderstandings that are a consequence of emotional barriers. The use of 'antennae' is not visible, but can be deduced from their perceptive observation focused on details, their contemplations on how to act and occasionally from the way in which nurses literally stand still to 'sense' the situation. Observation of the most concretely described *tool* - asking empathic questions - showed nurses' frequent questioning relating to who a patient is as an individual, what his/her preferences are and how they view the future. Their *modus operandi* is based on the question: 'Teach me the best way to take care for you in this situation'. Questions that follow from this are not only directed at patients and their family, but also involve direct team members and interdisciplinary colleagues. The process of obtaining information using these *tools* contributes to a broad frame of reference for nursing decision-making in which there is sufficient space to accommodate patients' preferences and to tune in to their perspectives. We have termed this knowledge as 'fine-tuning knowledge' as distinguished from adaptive knowledge, the practical knowledge I. Fine-tuning knowledge is the unique knowledge of nurses about the value orientation of the individual patient and his family. Fine-tuning knowledge is gained through a dynamic and interactive process and is part

of a broad frame of reference for nursing decision-making aimed at providing adequate, individualised care. Furthermore responsiveness of the patient in the health care process is positively stimulated.

5. A theory of fine-tuning knowledge; Comparison to existing theories

The goal of this chapter is to compose a substantive theory within the grounded theory cycle, and to compare it to existing theories. Three dimensions of fine-tuning knowledge in nursing practice (*knowing-why*, *knowing-how* and *knowing-what*) have been compiled to a 'theory on fine-tuning knowledge'. The theory is explained further using a model. The reason for knowing why to tune-in i.e. the motivation to do good to others and to contribute to a patient's quality of life, forms the core of the proposed theory. The circle outside this core contains the tools required for 'knowing how to tune-in and take into account'. Finally, knowing what to do to achieve good care provision forms the outer circle: attunement to feelings of security and trust, recognising others as unique individuals and taking time to ensure adequate communication. We found that practical knowledge in nursing practice is acquired by learning during practice and gaining work experience.

The comparison between the fine-tuning knowledge theory and Benner's theory of adaptive knowledge shows similarities but also a number of key differences. According to Benner, *expert knowledge* is acquired by undergoing a linear five-step model where nurses will have gained internalised skills proceeding from intuition in the final step. This practical knowledge I, or adaptive knowledge as it is referred to in the current study, is experiential knowledge that is acquired through repetition and recognition in nursing practice. Fine-tuning knowledge is knowledge that is acquired in every novel context, and it is only acquired through a care relationship. Intuitive usage of the tools to gain adaptive knowledge is acquired through an on-going iterative process of experiential learning. In her studies regarding practical knowledge, Benner has failed to describe fine-tuning knowledge. It would appear that she regards the ethical component of a care relationship to be moral knowledge, which falls outside practical knowledge. This is why her descriptions lack a knowing-why component. Benner's theory and literature on tacit knowledge leads us to Schön's reflective practice. We note the similarity between fine-tuning knowledge and reflection-in-action. Despite this, Schön ultimately centres on the exploration of intuitive knowledge and making this knowledge available for innovations in professional practice via reflection-in-action and reflection-on-action. However, the 'fine-tuning knowledge theory' and fine-tuning knowledge in itself also fail to cover this aspect. This leads to the *phronesis* concept i.e. practical wisdom. *Phronesis* refers to an individual's professional actions that reveal practical wisdom. The literature shows a renewed interest in this concept to fill the void left by the sole interest in propositional knowledge in training and practice. It is recommended that this concept will be studied further and its connection with fine-tuning knowledge. The theory about attunement knowledge provides us an insight in processes in nursing practice and daily nursing decision-making. This type of knowledge declares the base and the direction of how to tune in to professional

decision-making to provide individual tailored care. We conclude that the theory of fine-tuning knowledge is tenable.

6. Final comment

The aim of this study was to develop a theory of nursing practice that enables an understanding of how good nurses succeed in regarding their patients' preferences and how they incorporate this in their care provision. Our interest was epistemological in nature. The answer to the main question in this study is that good nurses in the hospital use fine-tuning knowledge to tailor their care on the individual preferences of patients and their families. These nurses use fine-tuning knowledge as a part of the frame of reference for nursing decision-making in order to provide good nursing care, adapted to individual needs. We state that the aforementioned concept of fine-tuning knowledge in this study may refer to a similar type of knowledge as is described in the Aristotelian concept of *phronesis*, as they are both directed at doing good to other individuals in uncertain and changing contexts. Additional research could ascertain the extent to which these concepts refer to a similar meaning.

The literature regarding fine-tuning knowledge emphasises that the core of professional practice is shaped by nurses' motivation to provide good and individually attuned care. Benner's theory regarding practical knowledge does not capture this *knowing-why*. Further research could reveal whether or not fine-tuning knowledge is sufficiently robust to be added to nursing theories regarding practical knowledge.

The EBP paradigm consists of three key components in decision-making: evidence from scientific research, professional nurse evaluation and patient preference. The latter component is somewhat overshadowed by the former two in both the literature and the renewed EBN definition. Adequate care provision is only possible through a caring professional care relationship, and care provision should be based on a relationship with an individual patient. The renewed definition of health as presented by Huber et al. (2011) creates ample space for patient preferences and support by nurses. Adequate care is not primarily a matter of practical insight of the professional or the mere deployment of research-based evidence, but - instead - a matter of meaningful action in a practice where there is space and time to attend and respond to patients. We state that the acquisition of reflexive behaviour is in conflict with the primary focus on rule-based practice.

It may be concluded that practical wisdom in nursing care is implicit, collective know-how that cannot be acquired through a training programme but only through cooperation with colleagues in a reflective practice. We therefore invite lecturers of educational institutions and trainers in the nursing practice to collaborate and address the question of how to renew attention to implicit learning in nursing practice.

Fine-tuning knowledge takes a special place in the nursing care provision process. The learning question that nurses presented in this study - 'Teach me how I can provide the best care for you in this situation' – invites to a reversal of perspective. Standards and guidelines are no longer at the core of determining goals in nursing care, but - instead - care needs of this person and how to contribute to the experienced quality of life. This requires a shift in

perspective in both nursing practice and nurse training: students and professionals need to learn to collect information regarding patients' perspective and to use this information to establish, execute and evaluate care plans. Obtaining information on an individual's value-orientation plays a crucial role in this respect.

Bijlagen

Bijlage 1. Literature search

Databases: Cinahl, Academic Search Elite, PsycINFO, PubMed, Cochrane (limits: Jan. 2000 - Oct. 2013, English and German, full text)

Nr	Keywords	Articles	Study design		Included(*) or excluded
	Patient* preferences	4717			
	Patient* preferences AND decision-making	1059			
	Patient* preferences AND decision-making AND nursing	159			Nurses play a role in decision-making for the best medical treatment.
	Patient* preferences AND decision-making AND nursing care	34			Nurses play a role in decision-making for the best medical treatment.
	Patient* preferences AND clinical decision-making AND nursing care	[9]			
1.		1. Helton MR, Cohen LW, Zimmerman S, van der Steen JT. The importance of physician presence in nursing homes for residents with dementia and pneumonia. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 2011 Jan; 12 (1): 68-73.			Excluded: residential care, not acute care.
2.		2. Florin J; Ehrenberg A; Ehnfors M; Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2008 Nov; 17 (21): 2935-44.	Cross sectional survey n=428 new inpatients	*	Patient preferences for participation differed considerably and are best elicited by assessment of the individual patient.
3.		3. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2006 Dec; 15 (12): 1498-508.	A comparative design with a convenient sample of 80 nurse-patient dyads. A modified version of the Control Preference Scale was used in conjunction with a questionnaire developed to elicit the experienced participation of the patient.	*	Registered Nurses are not always aware of their patients' perspective and tend to overestimate patients' willingness to assume an active role. Registered Nurses do not successfully involve patients in clinical decision-making in nursing care according to their own perceptions and not even to the patients' more moderate preferences of participation.
4.		4. Doherty C & Doherty W. Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their	Mixed-method design: to identify what involvement patients want in clinical decision-making and explore the	*	The findings suggest that the NHS maintains a paternalistic approach. Lack of staff, lack of information and poor continuity of care with

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		preferences. <i>Journal of Nursing Management</i> , Mar2005, Vol. 13 Issue 2, p119-127.	underlying factors influencing that choice, thus identifying aids and barriers to increasing patients' involvement in decision-making.	nursing staff made patients feel disempowered.
5.	Snowball Google Scholar via Ruland 1999.	5. Ruland CM. Handheld technology to improve patient care: evaluating a support system for preference-based care planning at the bedside. <i>Journal of the American Medical Informatics Association</i> , 2002 Mar-Apr; 9 (2): 192-201.	Evaluation-research of the usage of handheld computers at the bedside.	* In this study, the use of a handheld-computer-based support system for preference based care planning improved patient-centered care and patient outcomes.
6.		6. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Jul2005, Vol. 51 Issue 2, p140-149.	Convenience sample of patients (n = 80) and Registered Nurses (n = 30) in an acute care setting responded to a 43-item questionnaire.	* This paper reports a study to determine the degree of agreement or disagreement between nurses and patients in their perceptions of the presence, severity, and importance of nursing problems.
7.		7. Sung H, Chang S, Tzu Chi. Clinical decision-making: the steps of evidence-based practice [Chinese]. <i>Nursing Journal</i> , 2006 Jun; 5 (3): 73-80.		Excluded: Chinese.
8.		8. Koka S, Eckert SE, Choi YG, Montori VM. Clinical decision-making practices among a subset of North American prosthodontists. <i>International Journal of Prosthodontics</i> , 2007 Nov-Dec; 20 (6): 606-8.		Excluded: prosthodontists, not nursing.
9.		9. Tariman JD, Berry DL, Cochrane B, Doorenbos A, Schepp KG. Physician, Patient, and Contextual Factors Affecting Treatment Decisions in Older Adults With Cancer and Models of Decision Making: A Literature Review. <i>Oncology Nursing Forum</i> . Jan2012.		Excluded: medical treatment decision making.
	Patient* preferences AND nursing decision-making AND Evidence Based Practice	[0]		
	Patient* preferences AND decision-making AND Evidence Based Nursing	[15]		
10.		1. Smoliner A, Hantikainen V, Mayer H, Ponocny-Seliger E, Them C. Patients' preferences and experience regarding participation in nursing care	n = 967 patients in five hospitals in Vienna participated in this study by completing questionnaires. The aim of	* The results of this study underline the importance of collecting data on patients' preferences in decision-making processes in

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		decisions in acute hospitals - an analysis of conformity of preferences and experience, and factors influencing different types of decision making [German]. <i>Pflege</i> , 2009 Dec; 22 (6): 411-9.	the present study was to describe the patients' preferences and experience concerning their participation in nursing care decision-making processes in acute hospitals.	order to meet the social, legal, and professional demands of patient-oriented nursing care based on the most recent scientific knowledge.
11.		2. Smoliner A, Hantikainen V, Mayer H, Ponocny-Seliger E, Them C. Development and test-theoretical analysis of an instrument for data collection on patients' preferences and experiences concerning participation in nursing care decisions in acute hospitals. [German]. <i>Pflege</i> , 2009 Dec; 22 (6): 401-9.	N = 967 adult patients testing the instrument German language.	* The developed instrument represents an adequately reliable and valid test-theoretic, and also model-theoretic instrument for research in the field of evidence-based nursing. Therefore it is capable of gathering new knowledge on patients' preferences on participation in nursing care decision making.
12.		3. Smoliner A, Hantikainen V, Mayer H, Them C. Patient preferences within the concept of evidence-based nursing. [German]; <i>Pflegewissenschaft</i> , 2008 May; 10 (5): 288-94.	Literature published between the years of 2000-2006 was researched. The categories formulated within the context of the examination represent the structure for the presentation of the results.	* Publications on EBN primarily discuss the research aspect and the significance of scientific evidence. However, patient preferences play a central role in terms of patient-oriented care.
13.		4. Sung H, Chang S, Tzu Chi. Clinical decision-making: the steps of evidence-based practice. [Chinese]. <i>Nursing Journal</i> , 2006 Jun; 5 (3): 73-80.		Double, 7.
14.		5. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice: step by step. The seven steps of evidence-based practice: following this progressive, sequential approach will lead to improved health care and patient outcomes. <i>American Journal of Nursing</i> , 2010 Jan; 110 (1): 51-3.	Instruction article: Articles will appear every two months to allow you time to incorporate information as you work toward implementing EBP at your institution.	* Evidence-based practice (EBP) is a problem-solving approach to the delivery of health care that integrates the best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values. When delivered in a context of caring and in a supportive organizational culture, the highest quality of care and best patient outcomes can be achieved.
15.		6. Stacey D, Murray MA, Légaré F, Dunn S, Menard P, O'Connor A. Decision coaching to support shared decision making: A framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , Vol 5(1), Mar, 2008. pp. 25-35.	A review of the evidence and our experience supporting the development of a framework for decision coach-mediated shared decision making that outlines the roles of the primary practitioner, the patient, and decision coach for achieving high-quality health decisions	Excluded: instruction for the intervention, no information about taking account to patient preferences.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
16.		7. Ervin NE, Pierangeli LT. The concept of decisional control: building the base for evidence-based nursing practice. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 2005 1st Quarter; 2 (1): 16-24.	Review of Research: Studies on decisional control have tended to center on inpatient, physician office, or clinic settings with a focus on the diagnosis of cancer in which multiple medical treatment decisions arise. At this point, it is not entirely clear how patient preferences for decisional control relate to health outcomes.	* The relationship of patient characteristics (e.g., age, gender, education, and income) to decisional control preferences is not clearly identified. A large gap in the research relates to how nurses can facilitate preferred decisional control to improve patient outcomes through evidence-based nursing practice.
17.		8. Henry SB, Goossen WTF, Jimison HB, Moisl I, Salanter S, Wing-Fun HS, Wohlin A. Considering ethical aspects of patient preferences and clinical practice guidelines for evidence-based nursing care: summary from group 3. Proceedings of the Sixth International Nursing Informatics Symposium Post-Conference, Lidingo, Sweden, October 1-4, 1997.		Excluded: not available digital.
18.		9. Finucane TE, Christmas C, Leff BA. Tube feeding in dementia: how incentives undermine health care quality and patient safety. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 2007 May; 8 (4): 205-8.		Excluded: residential care.
19.		10. Levin RF, Lunney M, Krainovich-Miller B. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. <i>International Journal of Nursing Terminologies & Classifications</i> , 2004 Oct; 15 (4): 114-22.	To propose an evidence-based model (EBM) to improve diagnostic accuracy in nursing.	* Use of an EBM to teach nurses how to ask relevant diagnostic questions and provide a framework for nurse educators to teach evidenced-based practice improving diagnostic accuracy in nursing.
20.		11. Gallagher-Ford L. Evidentialism: A borrowed approach to EBP. <i>Nursing Management</i> , Jul2011, Vol. 42 Issue 7, p10-13.	Paper: One of the often-stated reasons that evidence based practice (EBP) is resisted by some nurses is the perception that it devalues clinical experience/expertise and individualized patient care.	* Practice based in evidence that's combined with clinical expertise along with the voice of the patient is a best practice and as such needs to be cultivated by leadership.
21.		12. McInnes E, Harvey G, Duff L, Seers K, Fennessy G, Clark E. Implementing evidence-based practice in clinical situations. <i>Nursing Standard</i> , 2001 Jun 27-Jul 3; 15 (41): 40-4.		Excluded: not available digital. Figures available, they show physician decision making.
22.		13. Ciliska DK, Pinelli J, DiCenso A, Cullum N, AACN. Resources to enhance evidence-based nursing		Excluded: about empowering nurses to implement EBN. This article provides further details about these resources and offers

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		practice. <i>Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care</i> , 2001 Nov; 12 (4): 520-8.		suggestions for individual and organizational strategies to support evidence-based nursing.
23.		14. Hamilton J. The Answerable Question and a Hierarchy of Evidence. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , Jun2005, Vol. 44 Issue 6, p596-600.		Excluded: child and adolescent psychiatry; about medical treatment.
24.		15. Fineout-Overholt E, Johnston L. Teaching EBP: Implementation of evidence: Moving from evidence to action. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , Vol 3(4), Dec, 2006. pp. 194-200.		Excluded: instruction how to implement evidence, not about patient preferences.
25.	Patient* preferences AND decision-making AND Evidence Based Nursing [1]	Rolfe G, Segrott J, Jordan S. Tensions and contradictions in nurses' perspectives of evidence-based practice. <i>Journal of Nursing Management</i> . May2008, Vol. 16 Issue 4, p440-451. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2008.00864.x		Excluded: about implementing evidence from scientific research.
26.	Evidence based nursing AND patient* values AND nursing decision-making [3]	1. Sanders, Tom; Harrison, Stephen; Checkland, Katherine. Personalizing protocol-driven care: the case of specialist heart failure nurses. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Sep2010, Vol. 66 Issue 9, p1937-1945.	Semi-structured interviews (n = 10) non-participant observations were carried out on nurse-patient consultations (n = 16) in one regional nurse-led heart failure clinic.	* There is a need both to re-examine the appropriateness of traditional caring concepts, and to reflect on the need to incorporate patients' own values into the consultation proces.
27.		2. Wurmser T. Turn theory into reality. <i>Nursing Management</i> , Aug2007, Vol. 38 Issue 8, p12-14.		Excluded: advice to help nursing staff implement stepwise.
28.		3. Routasalo P, Arve S, Lauri S. Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 2004 Oct; 10 (5): 207-15.	In this paper, we describe a geriatric rehabilitation nursing model developed on the basis of the nursing and rehabilitation literature. That literature comprised some 120 articles.	* The aims of rehabilitation depend upon the patient's commitment to the objective and upon the nurse's commitment to help the patient achieve that objective.
	Evidence based nursing AND nurse-patient relationship	[6]		
29.		1. Latter, S. Evidence base for effective medicines management. <i>Nursing Standard</i> , 6/30/2010, Vol. 24 Issue 43, p62-66.		Excluded: only advise to be open for the patients' view; not described how or what about.
30.		2. Franks V. Evidence-based uncertainty in mental health nursing. <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing</i> , 2004 Feb; 11 (1): 99-105.		Excluded: mental health.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
31.		3. Wilson J, Hamilton J. Moving beyond policy rhetoric: building a moral community for early psychosis intervention. <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing</i> , Sep2009, Vol. 16 Issue 7, p621-628.		Excluded: mental health.
32.		4. Hewitt J; Coffey M; Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2005 Dec; 52 (5): 561-70.		Excluded: mental health.
33.		5. Peerson A; Yong V; Reflexivity in nursing: where is the patient? Where is the nurse? <i>Australian Journal of Holistic Nursing</i> , 2003 Apr; 10 (1): 30-45.		Excluded: not digital available.
34.		6. Gleeson M, Timmins F. A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. <i>Clinical Effectiveness in Nursing</i> , 2005 Mar-Jun; 9 (1-2): 69-77.		Excluded: not about decision-making or patient preferences.
	Evidence based nursing AND nurse-patient relationship AND decision-making	[7]		
35.		1. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Jun2012, Vol. 68 Issue 6, p1198-1210. 13p. 1 Diagram, 2 Charts. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x		Excluded: not about involving patient preferences.
36.		2. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Rounkle A. Nursing Priorities, Actions, and Regrets for Ethical Situations in Clinical Practice. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> . 2011 4th Quarter, Vol. 43 Issue 4, p385-395. 11p. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01422.x		Excluded: about advices, not patient preferences.
37.		3. Standing M. Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Apr2008, Vol. 62 Issue 1, p124-134. 11p. 2 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04583.x	A report of an evaluation of cognitive continuum theory and identification of revisions required for application to clinical judgment and decision-making in nursing.	* Patient preferences in EBP: use a broader evidence base in the implementation of patient-centered care, including patient experience.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
38.		4. Hunt J. Intentional rounding belies evidence-based practice. <i>Nursing Standard</i> . 2/8/2012, Vol. 26 Issue 23, p26-26.		Excluded: not about including patient preferences.
39.		5. Forsman H. Caring by the book. <i>Nursing Standard</i> . 3/23/2011, Vol. 25 Issue 29, p69-69.		Excluded: not about patient preferences.
40.		6. Upton J. Research evidence: finding it and using it. <i>Practice Nurse</i> . 9/7/2007, Vol. 34 Issue 4, p8-8.		Excluded: not about patient preferences.
41.		7. O'Brien-Pallas L, Hayes L. Challenges in getting workforce research in nursing used for decision-making in policy and practice: a Canadian perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , Dec2008, Vol. 17 Issue 24, p3338-3346.		Excluded: not about involving patient preferences in nursing decision-making.
	Evidence based AND nurse-patient relationship	[14]		
42.		1. Latter, 2010.		Double, 29.
43.		2. Franks, 2004.		Double, 30.
44.		3. Wilson et al., 2009.		Double, 31.
45.		4. Rubio V, Voss K. Patients Unsatisfied With Palliative Care. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i> , Mar/Apr2011, Vol. 30 Issue 2, p97-99.		Excluded: not about involving patient preferences in nursing decision-making.
46.		5. Hewitt et al., 2005.		Double, 32.
47.		6. Coleman C, Lohan M. Sexually acquired infections: do lay experiences of partner notification challenge practice? <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Apr2007, Vol. 58 Issue 1, p35-4.		Excluded: relationship between the men, not in hospital. Not about patient preferences in the caring relationship.
48.		7. Bourbonniere M, Kagan SH. Nursing intervention and older adults who have cancer: specific science and evidence based practice. <i>Nursing Clinics of North America</i> , 2004 Sep; 39 (3): 529-43.		Excluded: not available digital.
49.		8. Lynch M, Dahlin C, Hultman T, Coakley EE. Palliative care nursing: defining the discipline? <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i> , 2011 Mar-Apr; 13 (2): 106-11.		Excluded: hospice context.
50.		9. Hulskers H. The quality of the nurse-patient relationship: the requirements [German]. <i>Pflege</i> , 2001 Feb; 14 (1): 39-45.		Excluded, not available digital.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
51.		10. LaSala CA. Moral accountability and integrity in nursing practice. <i>Nursing Clinics of North America</i> , 2009 Dec; 44 (4): 423-34.	A review of the literature related to caring theory, the concepts of moral accountability and integrity, and the documents that speak of these values and concepts in professional practice.	* Nurses who practice with moral integrity possess a strong sense of themselves and act in ways consistent with what they understand is the right thing to do.
52.		11. Haber J, Peplau HE. The psychiatric nursing legacy of a legend. <i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i> , 2000 Apr; 6 (2): 56-62.		Excluded: mental health care.
53.		12. Peerson et al., 2003.		Double, 33.
54.		13. Hardy S, Garbett R, Titchen A, Manley K. Exploring nursing expertise: nurses talk nursing. <i>Nursing Inquiry</i> , Sep2002, Vol. 9 Issue 3, p196-202.	Four extracts of 35 participant observation of nurses.	* Exploring a discourse of nursing expertise exposes the tacit situated nature of professional practice that is heterogeneous and most difficult to articulate and explain.
55.		14. Gleeson, 2005.		Double, 34.
56.	Evidence based nursing AND nurse patient bonding [1]	Tejero LMS. Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 2010 May; 47 (5): 608-15.	A total of 420 nurses and patients (i.e., 210 dyads) participated in this research conducted in 2008.	* The NPBI was shown to be a reliable and valid tool for assessing nurse-patient bonding, and can possibly predict patient satisfaction. The openness and engagement of nurse and patient were demonstrated to result in a structure, a nurse-patient dyad.
	Evidence based nursing AND patient preferences AND nursing care	[10]		
57.		1. Smoliner et al., 2009.		Double, 12.
58.		2. Sidani S, Epstein D, Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: a strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 2006 3rd Quarter; 3 (3): 116-23.		Excluded: full text article is not available.
59.		3. Sung et al., 2006.		Double, 7.
60.		4. Gennaro S, Mayberry LJ, Kafulafula U. The evidence supporting nursing management of labor. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> , 2007 Nov-Dec; 36 (6): 598-604.	Paper.	* Patient preferences in labor: Less medication and more satisfaction.
61.		5. Adams S, McCarthy AM. Evidence-based practice and school nursing. <i>Journal of School Nursing</i> , 2005 Oct; 21 (5): 258-65.		Excluded: school nurses context.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
62.		6. Egerod I, Hansen GM. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Sep2005, Vol. 51 Issue 5, p465-473.	A survey: evidence-based practice among cardiac nurses exploring nurses' attitudes towards evidence-based practice and the types of knowledge they employ in clinical practice.	* Respondents had a positive attitude towards evidence-based practice, although they relied upon personal clinical experience. Head nurses were statistically significantly more familiar with the concept of evidence-based practice than bedside nurses, and read scientific journals more frequently.
63.		7. Egerod I. Evidence-based practice and critical care nursing. <i>Nursing in Critical Care</i> , Vol 11(3), May, 2006. pp. 107-108.	Paper.	* This article examines the issue of evidence-based practice in critical care nursing. The author discusses the challenge of following standardized evidence-based guidelines as well as individual patient preferences.
64.		8. Mee CL. Searching for excellence in practice. <i>Nursing</i> , Apr2005, Vol. 35 Issue 4, p6-6.		Excluded: install mentor for nurses providing bedside care intervention.
65.		9. Murray MA, Fiset V, Young S, Kryworuchko J. Where the dying live: A systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. <i>Oncology Nursing Forum</i> , Vol 36(1), Jan, 2009. pp. 69-77.		Excluded: about end of life quality; discussion about dying at home or in institutions. Not about patient preferences in daily decision-making.
66.		10. Walsh BH. The spatialisation of disease: Foucault and evidence-based medicine (EBM). <i>Journal of Bioethical Inquiry</i> , Vol 7(1), Mar, 2010. pp. 31-42.		Excluded: about medical care.
67.		11. Harrington JM, Schwenke DC, Epstein DR. Exercise Preferences Among Men With Prostate Cancer Receiving Androgen-Deprivation Therapy. <i>Oncology Nursing Forum</i> . Sep2013, Vol. 40 Issue 5, pE358-E367. 10p. 3 Charts. DOI: 10.1188/13.ONF.E358-E367		Excluded: medical treatment decisions.
68.		12. Farrington N, Fader M, Richardson A. Managing urinary incontinence at the end of life: an examination of the evidence that informs practice. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> . Sep2013, Vol. 19 Issue 9, p449-456.		Excluded: seeking for evidence for an intervention.
69.		13. Crowe L, Chang A, Fraser JA, Gaskill D, Nash R, Wallace K. Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. <i>International Journal of Evidence-Based Healthcare</i> . Dec2008, Vol. 6 Issue 4, p396-430.		Excluded: about nursing interventions, not about patient preferences.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		35p. 1 Diagram, 31 Charts. DOI: 10.1111/j.1744-1609.2008.00113.x		
	Evidence based nursing AND patient preferences AND nurse-patient relationship [0]			
	Evidence based nursing AND patient preferences AND person centered care [0]			
70.	Evidence based nursing AND patient preferences AND patient <u>centered</u> care [1]	Sidani S, Epstein D, Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: a strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 2006 3rd Quarter; 3 (3): 116-23.		Double, 58.
	Evidence based nursing AND patient preferences AND patient <u>centred</u> care	[5]		
71.		1. Harrington JM, Schwenke DC, Epstein DR. Exercise Preferences Among Men With Prostate Cancer Receiving Androgen-Deprivation Therapy. <i>Oncology Nursing Forum</i> . Sep2013, Vol. 40 Issue 5, pE358-E367. 10p. 3 Charts. DOI: 10.1188/13.ONF.E358-E367		Double, 67.
72.		2. Watkins N, Kennedy M, Lee N, O'Neill M, Peavey E, DuCharme M, Padilla C. Destination Bedside: Using Research Findings to Visualize Optimal Unit Layouts and Health Information Technology in Support of Bedside Care. <i>Journal of Nursing Administration</i> . May2012, Vol. 42 Issue 5, p256-265. 10p. 5 Charts, 3 Graphs. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3182480918		Excluded: about empowering nurses to implement evidence, not about patient preferences.
73.		3. Egerod et al., 2005		Double, 62.
74.		4. Hopp, Lisa. International Journal of Evidence-Based Healthcare. Dec2011, Vol. 9 Issue 4, p335-336. 2p. DOI: 10.1111/j.1744-1609.2011.00183.x		Excluded: not about patient preferences.
75.	Snowball	5. Sidani 2006, but not available digital. Via Google Scholar found the research report: Sidani, S., Epstein, D.R., Bootzin, R.B., Moritz, P., Miranda, J.	Evaluation study: The purpose of this study was to evaluate the psychometric properties of the	* The TAP measure has the potential for the assessment of acceptability and preferences for various behavioral interventions. Special

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		Assessment of preferences for treatment: Validation of a measure. <i>Research in Nursing & Health</i> , 2009Aug;32(4):419-31. doi: 10.1002/nur.20329	treatment acceptability and preferences (TAP) measure.	about treatment preferences: task of the nurse is to inform the patient, to assess patients' preferences and to provide care.
76.	Evidence based nursing AND patient preferences AND patient <u>centred</u> care [1]	Egerod I, Hansen GM. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Sep2005, Vol. 51 Issue 5, p465-473.		Double, 62.
	Evidence based nursing AND patient participation	[3]		
77.		1. Smoliner et al., 2009.		Double, 11.
78.		2. Haigh, Carol A. Exploring the evidence base of patient involvement in the management of health care services. <i>Journal of Nursing Management</i> , May2008, Vol. 16 Issue 4, p452-462.		Excluded: public health context.
79.		3. Mitty, Ethel L.; Post, Linda Farber; Health care decision making. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (3rd ed.). Capezuti, Elizabeth (Ed.); Zwicker, DeAnne (Ed.); Mezey, Mathy (Ed.); Fulmer, Terry T. (Ed.); Gray-Miceli, Deanna (Ed.); Kluger, Malvina (Ed.); New York, NY, US: Springer Publishing Co, 2008. pp. 521-538.		Excluded: about protocols, no focus on patient preferences.
	Nursing care AND patient participation AND clinical decision-making	[7]		
80.		1. Florin et al., 2006.		Double, 3.
81.		2. Florin et al., 2008.		Double, 2.
82.		3. Kohara I, Inoue T. Searching for a way to live to the end: decision-making process in patients considering participation in cancer phase I clinical trials. <i>Oncol Nurs Forum</i> . 2010 Mar;37(2):E124-32. doi: 10.1188/10.ONF.E124-E132		Excluded: nursing advice to support in treatment decisions.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
83.		4. Millard L, Hallett C, Luker K. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Jul2006, Vol. 55 Issue 2, p142-150. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03904.x		Excluded: community nursing. Nurse–patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing.
84.		5. Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Feb2003, Vol. 41 Issue 3, p250-260.	A structured questionnaire based on earlier research and qualitative interviews was designed. n=273	* This study provided evidence that some cancer patients participated in decision-making and felt participation to be important. Staff played a crucial role in patient participation in decision-making. Nursing Staff played a crucial role
85.		6. Takase M, Maude P, Manias E. Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2006 feb; 53(3):333-43.		Excluded: not about nursing decision making; about nursing tasks and their intention to care.
86.		7. Doherty & Doherty, 2005.		Double, 4.
	Nursing care AND patient participation AND decision-making NOT medical	[16]		
87.		1. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2006 Dec; 15 (12): 1498-508.		Double, 3.
88.		2. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2008 Nov; 17 (21): 2935-44.		Double, 2.
89.		3. Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2005 Jan; 14 (1): 35-42.	The concept of patient participation can be interpreted differently and is thus difficult to implement and evaluate. Current nursing literature provides little clarity of the elements and processes of patient participation and conceptual definitions differ.	* The results clarify the concept of patient participation from a nursing perspective. A comprehensive description of important factors for patient participation could be made on the basis of nursing experience. This comprehensive description can be used in nursing care practice and its evaluation. The developed categories can be used in nursing

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
				care documentation of how patient participation is realized.
90.		4. Larsson IE, Sahlsten MJ, Sjöström B, Lindencrona CS, Plos KA. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 2007 Sep; 21 (3): 313-20.	Grounded Theory method used. Thirty-one Registered Swedish Nurses described the meaning of patient participation and its implementation in nursing care. Seven focus group interviews with nurses providing inpatient somatic care were carried out in five hospitals in west Sweden	* Results: Four properties, describing nurses' approaches and procedures, constitute patient participation: interpersonal procedure, therapeutic approach, focus on resources, opportunities for influence
91.		5. Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Feb2003, Vol. 41 Issue 3, p250-260.		Double, 84.
92.		6. Légaré F, Labrecque M, LeBlanc A, Njoya M, Laurier C, Côté L, Godin G, Thivierge RL, O'Connor A, St-Jacques S. Training family physicians in shared decision making for the use of antibiotics for acute respiratory infections: a pilot clustered randomized controlled trial. <i>Health Expectations</i> , Mar2011 Supplement, Vol. 14, p96-110.		Excluded: physician decision-making.
93.		7. Burke H. The impact of Shared Decision Making on Registered Nurse teaching strategies for patient self-management of chronic disease. <i>University of Massachusetts Lowell</i> , 2008.		Excluded: teaching strategies, not about patient preferences.
94.		8. Doherty & Doherty, 2005.		Double, 4.
95.		9. Hostick T. Commentary on Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC & Plos KAE (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 2005 Oct; 14 (9): 1151-2.		Excluded: commentary on a included article, but a new publication was made (Larssen et al., 2007).
96.		10. Haddad A, Vernarec M. Acute care decisions. Ethics in action. <i>Registered Nursing Journal</i> , 2001 Jul; 64 (7): 21-2.		Excluded: context of child care.
97.		11. Suhonen R, Valimäki M, Katajisto J. Individualized care in a Finnish healthcare organization. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2000 Mar; 9 (2): 218-27.	n=203 Individualized care was defined in terms of how patient individuality was taken into account and how patient participation in decision-making was	* Patients' age and the type of ward were associated with the provision of individualized care: patients aged 65 or over were more satisfied than younger age groups with the way in which their personal life situation had

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
			Most shortcomings concerning the provision of individualized care related to consideration of the patient's cultural background and the involvement of the patient's family in the planning of care. facilitated.	been taken into account. Patients from the gynecological ward thought, more than patients from the surgical ward, that their situation had been taken into account during hospitalization.
98.		12. Takemura Y, Kanda K. How Japanese nurses provide care: a practice based on continuously knowing the patient. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , May2003, Vol. 42 Issue 3, p252-259.	semi-structured interviews and observations n=24.	* Knowing the patient was found to be especially important in determining nursing care. The model described in this study does not contradict the nursing process as a systematic approach to problem-solving. Rather, it has some alternatives that might be useful in providing individual care in Japan.
99.		13. Elf M, Putilova M, Ohrn K, von Koch L. Development of a model of a stroke care process. <i>Online Journal of Nursing Informatics</i> , 2009 Oct; 13 (3): 1-34.	System dynamics, a modeling method was used to develop the model. The iterative and group-modeling process included development of a quantified model (with a multi-professional design team, based on evidence from the literature, and a survey from stroke care experts), and validation of the model.	* The presented generic model provides a framework for exploring, comprehending, and communicating complex ideas about stroke care.
100.		14. Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J. Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2000 Nov; 32 (5): 1253-63.	individual care instrument (IC) tested n =203 Individual care was defined in terms of how patient individuality was taken into account and how patient participation in decision-making was facilitated.	* The psychometric evaluations suggested that the instrument is worthy of further development.
101.		15. Smith-Stoner M, Markley J. Home healthcare nurse recruitment and retention: tips for retaining nurses: one state's experience. <i>Home Healthcare Nurse</i> , 2007 Mar; 25 (3): 198-205.		Excluded: home nursing context.
102.		16. Kettunen T, Liimatainen L, Villberg J, Perko U. Developing empowering health counseling measurement: preliminary results. <i>Patient Education & Counseling</i> , 2006 Dec; 64 (1-3): 159-66.		Excluded: about empowering interventions, not patient preferences.
	Professional knowledge AND decision-making in	[3]		

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
	Nursing AND evidence based nursing			
103.		1. Avis M, Freshwater D. Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. <i>Nursing Philosophy</i> , Oct2006, Vol. 7 Issue 4, p216-224.	Evidence-based practice (EBP) has become a critical concept for ethical, accountable professional nursing practice. However, critical analysis of the concept suggests that EBP overemphasizes the value of scientific evidence while underplaying the role of clinical judgement and individual nursing expertise.	* We suggest that critical reflection on evidence derived from science, arts and humanities and, in particular, nursing practice experience can provide a sound basis for knowledge claims. While we do not attempt to define what counts as evidence, it is argued that there is much to be gained by making the processes of critical reflection explicit, and that it can make a valid contribution to expert nursing practice, without recourse to irreducible concepts such as intuition.
104.		2. Korhonen A. Expertise supports evidence-based decision-making [Finnish]. <i>Sairaanhoitaja</i> , 2010 Oct; 83 (10): 50-3.		Excluded: only in Finnish.
105.		3. Tolson D, McAloon M, Hotchkiss R, Schofield I. Progressing evidence-based practice: an effective nursing model? <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Apr2005, Vol. 50 Issue 2, p124-133.		Excluded: the evaluation indicates the potential merits of e-practice development, particularly for nurses who feel geographically and professionally isolated or disenchanted with available continuing professional development opportunities. Participation in the virtual college appeared to enrich practice and foster a culture of change.
	Evidence Based Nursing AND participation AND decision-making	[2]		
106.		1. Tolson D, McAloon M, Hotchkiss R, Schofield I. Progressing evidence-based practice: an effective nursing model? <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Apr2005, Vol. 50 Issue 2, p124-133.		Double, 105.
107.		Davidson PM, Elliott D, Daly D. Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. <i>Journal of Nursing Management</i> , Apr2006, Vol. 14 Issue 3, p180-187.		Excluded: article focuses on the need for advancing the nursing profession in clinical decision-making.
	Nursing excellence AND decision making	[7]		

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
108.		1. Ela SE, Lang NM, Lundgren SP. Time for a nursing legacy: ensuring excellence through actionable knowledge. <i>Nurse Leader</i> , 2006 Dec; 4 (6): 42-4, 55.		Excluded: not about patient preferences. Magnet concept. Information technology was offering new tools and systems for creating and managing the burgeoning amount of data necessary to care for patients. Surely nursing, with its patient care mission, should play a major role in these developments.
109.		2. Knox S, Gharrity J. Creating a center for nursing excellence. <i>JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation</i> , 2004 Apr-Jun; 6 (2): 44-53.		Excluded: not about nurse-patient relationship. Organizations have an ethical imperative to create a therapeutic environment for patients and nurses.
110.		3. Force MV. Creating a culture of service excellence: empowering nurses within the shared governance councilor model. <i>Health Care Manager</i> , 2004 Jul-Sep; 23 (3): 262-6.		Excluded: Magnet concept, not about patient preferences.
111.		4. Arnold L, Drenkard K, Ela S, Goedken J, Hamilton C, Harris C, Holecek N, White M. Strategic positioning for nursing excellence in health systems: insights from chief nursing executives. <i>Nursing Administration Quarterly</i> , 2006 Jan-Mar; 30 (1): 11-20.		Excluded: about empowering nurses.
112.		5. Ponte PR, Gross AH, Galante , Glazer G. Using an executive coach to increase leadership effectiveness. <i>Journal of Nursing Administration</i> , 2006 Jun; 36 (6): 319-24.		Excluded: about empowering nurses.
113.		6. Wykpisz E, Matukaitis J. Evidence-based practice for nursing excellence. <i>Dermatology Nurses' Association Reporter</i> , 2004 Feb-Apr; 29 (1): 9.		Excluded: not available digital.
114.		7. Komatsu H, Nagae H, Ohta K, Yokoyama Y, Arimori N, Kawagoe H. Essence of people-centered care that binds: St. Luke's College of Nursing COE International Relay Symposia [Japanese]. <i>Journal of St. Luke's Society for Nursing Research</i> , 2005 Jun; 9 (1): 76-83.		Excluded: Japanese article.
	good nurs*	1561		
	good nurs* AND clinical	271		
	Good nurs* AND hospital	296		
	Good nurs* AND hospital AND decision-making	[13]		

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
115.		1. Price O, Wibberley C. An exploratory study investigating the impact of the procedures used to manage patient substance misuse on nurse-patient relationships in a medium secure forensic unit. <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing</i> . Oct2012, Vol. 19 Issue 8, p672-680.		Excluded: not about patient preferences.
116.		2. Manias E, Aitken R, Dunning T. Decision-making models used by 'graduate nurses' managing patients' medications. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Aug2004, Vol. 47 Issue 3, p270-278.		Excluded: developing an intervention, not focused on patient preferences.
117.		3. Bryon E, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. 'Because we see them naked' – Nurses' experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH). <i>Bioethics</i> . Jul2012, Vol. 26 Issue 6, p285-295.		Excluded: nurses experiences central.
118.		4. Jones TL, Yoder L. Economic Theory and Nursing Administration Research – Is this a good combination? <i>Nursing Forum</i> , Jan-Mar2010, Vol. 45 Issue 1, p40-53.		Excluded: not focused on patient preferences.
119.		5. Cleary M, Horsfall J, Muthulakshmi P, Jackson D. A good day in nursing: Views of recent Singaporean graduates. <i>Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession</i> . Aug2013, Vol. 45 Issue 1, p126-133.		Excluded: nurses' perspective.
120.		6. Sousa P, Antunes A, Carvalho J, Casey A. Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. <i>Nursing Children & Young People</i> , Mar2013, Vol. 25 Issue 2, p24-28.		Excluded: child care context.
121.		7. Pattison N. A critical discourse analysis of provision of end-of life care in key UK critical care documents. <i>Nursing in Critical Care</i> , Jul/Aug2006, Vol. 11 Issue 4, p198-208.		Excluded: not focused on patient preferences.
122.		8. Sund-Levander M, Tingström P. Clinical decision-making process for early nonspecific signs of infection in institutionalised elderly persons: experience of nursing assistants. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , Mar2013, Vol. 27 Issue 1, p27-35.		Excluded: focus on nursing assistants and signs of infection.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
123.		9. Sainio C, Lauri S, Eriksson E. Cancer Patients' Views and Experiences of Participation in Care and Decision Making. <i>Nursing Ethics</i> , Mar2001, Vol. 8 Issue 2, p97-113.		Excluded: interesting, but not focused on patient preferences.
124.		10. Bird A, Wallis M. Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Dec2002, Vol. 40 Issue 5, p522-531. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02409.x		Excluded: focus on nursing knowledge and assessment skills.
125.		11. Manias E. Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Mar2003, Vol. 41 Issue 6, p585-594.		Excluded: focus on an intervention, not on patient preferences.
126.		12. Nordgren L, Olsson H. CARDIAC NURSING Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , Feb2004, Vol. 13 Issue 2, p185-193.		Excluded: no focus on patient preferences.
127.		13. Whitmer M, Hughes B, Hurst SM. Innovative solutions. <i>Dimensions of Critical Care Nursing</i> , Mar/Apr2005, Vol. 24 Issue 2, p83-88.		Excluded: physicians and families centered.
	Good nurs* AND hospital AND shared decision-making	0		
	Good nurse and nurse-patient relationship	[5]		
128.		1. Jenkins K, Bennett L, Lancaster L, O'Donoghue D, Carillo F. Improving the nurse-patient relationship, a multi-faceted approach. <i>EDTNA ERCA J</i> , 2002 Jul-Sep;28(3):145-50.		Excluded: patient education to enhance compliance.
129.		2. Pohlmann M. The nurse-patient relationship: results of an examination about relationships between patients and nurses in hospitals [German]. <i>Pflege</i> , 2006 Jun; 19 (3): 156-62.		Excluded, not available digital.
130.		3. Mok E, Pui CC. Nurse-patient relationships in palliative care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Dec2004, Vol. 48 Issue 5, p475-483.	10 nurses and 10 patients interviews.	* Trust, the achievement of the goals of patients and nurses, caring and reciprocity are important elements of nurse-patient

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
				relationships in palliative care. Such relationships not only improve patients' physical and emotional state, but also facilitate their adjustment to their illness, ease pain and can ultimately lead to a good death experience. It is nurses' personal qualities and skills, which are embedded in these relationships, that constitute excellence in nursing care. Nurses also derive satisfaction and are enriched through the relationships.
131.		4. McCabe C. Issues In Clinical Nursing Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , Jan2004, Vol. 13 Issue 1, p41-49.	Using purposeful sampling, eight patients in a general teaching hospital in the Republic of Ireland were interviewed .	* The implication of these findings for clinical practice is that the task-centred approach to patient care that is associated with nursing in the past, appears to be alive and well. If health care management want to ensure that patients receive quality nursing care, they will need to consider patient-centred communication to be essential to encourage and support nurses to communicate in this manner.
132.		5. Uebel K, Guise A, Georgeu D, Colvin C, Lewin S. Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies. <i>BMC Health Services Research</i> , 2013, Vol. 13 Issue 1, p1-11.		Excluded: primary health care.
	Professional nursing knowledge AND nursing decision-making AND patient* preferences	[7]		
133.		1. Smoliner 2009		Double, 11..
134.		2. Whitlatch C. Informal caregivers: communication and decision making. <i>American Journal of Nursing</i> , 2008 Sep;108(9 Suppl):73-7.		Excluded: focus on informal care givers.
135.		3. Haskins AR, Kirk-Sanchez N, Tsai TY. The impact of race, ethnicity, and country of professional preparation on physical therapists' assessment and		Excluded: physical therapists.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		treatment preferences. <i>Journal of Cultural Diversity</i> , 2007 Fall;14(3):113-20.		
136.		4. Carmel S, Werner P, Ziedenberg H. Physicians' and nurses' preferences in using life-sustaining treatments. <i>Nursing Ethics</i> , 2007 Sep;14(5):665-74.		Excluded: Physicians' and nurses' preferences.
137.		5. Calvin AO. Haemodialysis patients and end-of-life decisions: a theory of personal preservation. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2004 Jun;46(5):558-66.		Excluded but interesting: patients decision-making and personal preservation.
138.		6. McDonald DD, Deloge JA, Joslin N, Petow WA, Severson JS, Votino R, Shea MD, Drenga JM, Brennan MT, Moran AB, Del Signore E. Communicating end-of-life preferences. <i>West J Nurs Res</i> , 2003 Oct;25(6):652-66; discussion 667-75.		Excluded: Routine dialogue with health care providers and significant others about end-of-life preferences might provide greater clarity and comfort. Not about nursing decisions.
139.		7. Brokalaki H, Matziou V, Thanou J, Ziogiannis P, Dafni U, Papadatou D. Job-related stress among nursing personnel in Greek dialysis units. <i>EDTNA ERCA J</i> , 2001 Oct-Dec;27(4):181-6.		Excluded: about nursing stress (and low impact in decision-making).
	Tacit knowledge in nursing AND decision-making	[12]		
140.		1. Lake S, Moss C, Duke J. Nursing prioritization of the patient need for care: a tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 2009 Oct; 15 (5): 376-88.	Literature review The research synthesizes a tacit knowledge on nursing prioritization of the patient need for care from key international literature (from 1966 to 2003).	* Nursing prioritization of the patient need for care was revealed both as a non-sequential decision-making process throughout unfolding patient situations and as an advanced skill of nursing practice. Increasing confidence with this skill is the hallmark of developing expertise.
141.		2. Welsh I, Lyons CM. Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing</i> , Aug2001, Vol. 8 Issue 4, p299-305.		Excluded: mental health care. Whilst the National Health Service (NHS) Executive currently takes a hard positivist line on what constitutes evidence-based practice, data reveal that it is not always appropriate to disregard the tacit knowledge and intuition of experienced practitioners when making assessment decisions in mental health nursing practice.
142.		3. MacNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A .In the know: cognitive and social factors in mental health		Excluded, context of mental health.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		nursing assessment. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , May2010, Vol. 19 Issue 9/10, p1298-1306.		
143.		4. Cader R, Campbell S, Watson D. Judging nursing information on the WWW: a theoretical understanding. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Sep2009, Vol. 65 Issue 9, p1916-1925.		Excluded: not nurse-patient relationship.
144.		5. Ruth-Sahd LA. "See everything, hear what is not being said": a phenomenological investigation of intuition in novice registered nursing practice. Pennsylvania State University, 2004; D.Ed. (358 p) (doctoral dissertation – research).		Excluded: Interesting, but about novices.
145.		6. Ferguson L, Day RA. Evidence-based nursing education: myth or reality? <i>Journal of Nursing Education</i> , 2005 Mar; 44 (3): 107-15.		Excluded: not about patient preferences / participation. Paper: Nurse educators need to develop the science of nursing education through qualitative and quantitative research, to add to the tacit knowledge underpinning nursing education strategies.
146.		7. Hunter CL, Spence K, McKenna K, Iedema R. Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , Jun2008, Vol. 62 Issue 6, p657-664.	An ethnographic approach was used, including a 12-month period of fieldwork observations involving participation and in-depth interviews with nurse, doctor and allied health clinicians in their workplace.	* Research into how nurses learn is crucial for illuminating learning that is non-formal and less recognized than more formal kinds. To provide a safe practice environment built on a foundation of knowledge and best practice, there needs to be an allocation of time in the busy workday for learning and reflection.
147.		8. Paton BI. Knowing within: practice wisdom of clinical nurse educators. <i>Journal of Nursing Education</i> , 2007 Nov; 46 (11): 488-95.		Excluded: about educators, no patient preferences.
148.		9. Morales Asencio JM, Gonzalo Jimenez E, Martin Santos F, Morilla Herrera JC, Terol Fernandez J, Ruiz Barbosa C. Clinical practice guidelines: do they increase the effectiveness of care? [Spanish]. <i>Enfermeria Clinica</i> , 2003 Jan-Feb; 13 (1): 41-7.		Excluded: Spanish.
149.		10. Cole M. Compliance and infection control guidelines: a complex phenomenon. <i>British Journal of Nursing</i> , 6/12/2008, Vol. 17 Issue 11, p700-704.		Excluded: focused on interventions, not about patient preferences.
150.		11. Schreiner B. Facing the diabetes epidemic: expertise among diabetes educators. Capella University, 2008; Ph.D. (210 p) (doctoral dissertation – research).		Excluded: not about patient preferences. Tacit knowledge of current educators knowledge will be lost in 2050.

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
151.		12. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. <i>British Medical Journal</i> (International Edition), 10/30/2004, Vol. 329 Issue 7473, p1013-1016.		Excluded: primary care. Results Clinicians (physicians and primary care nurses) rarely accessed and used explicit evidence from research or other sources directly, but relied on "mind lines" -- collectively reinforced, internalized, tacit guidelines. these findings highlight the potential advantage of exploiting existing formal and informal networking as a key to conveying evidence to clinicians.
	Patient* preferences AND decision-making AND evidence based nursing in hospital	[7]		
152.		1. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: Critical appraisal of the evidence: part III.. <i>American Journal of Nursing</i> , 2010 Nov;110(11):43-51.	This is the seventh article in a series from the Arizona State University College of Nursing and Health Innovation's Center for the Advancement of Evidence-Based Practice.	* The purpose of this series is to give nurses the knowledge and skills they need to implement EBP consistently, one step at a time. Evidence-based practice (EBP) is a problem-solving approach to the delivery of health care that integrates the best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values. When delivered in a context of caring and in a supportive organizational culture, the highest quality of care and best patient outcomes can be achieved.
153.		2. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: part I. <i>American Journal of Nursing</i> , 2010 Jul;110(7):47-52.	Paper.	* The purpose of this series is to give nurses the knowledge and skills they need to implement EBP consistently, one step at a time.
154.		3. Smoliner et al., 2009.		Double, 10.
155.		4. Smoliner et al., 2009.		Double, 11.
156.		5. Finucane TE, Christmas C, Leff BA. Tube feeding in dementia: how incentives undermine health care quality and patient safety. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 2007 May; 8 (4): 205-8.		Double, 18.
157.		6. Ruland CM. A survey about the usefulness of computerized systems to support illness	This survey among an interdisciplinary group of clinicians was conducted to	* This survey provided crucial information to successfully develop DSS for evidence- and

Bijlage 1. Literature search

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		management in clinical practice. <i>International Journal of Medical Informatics</i> , 2004 Nov;73(11-12):797-805.	obtain their opinions about the usefulness of decision support systems (DSS) for evidence- and patient preference-based illness management, factors important to their implementation, and criteria for evaluating their effectiveness.	patient preference-based illness management that are perceived helpful by their potential users.
158.		7. Dowding D, Thompson C. Using decision analysis to integrate evidence into decision making. <i>Evidence Based Nursing</i> , Oct2009, Vol. 12 Issue 4, p1-1.		Excluded: not about patient preferences.
159.	Patient preferences AND clinical decision-making AND nursing care [1]	Baker R, Wu AW, Teno JM, Kreling B, Damiano AM, Rubin HR, Roach MJ, Wenger NS, Phillips RS, Desbiens NA, Connors AF, Knaus W, Lynn J. Family satisfaction with end-of-life care in seriously ill hospitalized adults. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> . 2000 May;48(5 Suppl):S61-9.		Excluded: about family satisfaction, not about patient preferences.
160.	Patient * preferences AND clinical decision-making AND evidence based nursing AND nurse-patient relationship [1]	Butler M, Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathúna DP, Schultz TJ, Sheridan A, Vilis E. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. <i>Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group</i> , Published Online: 6 JUL 2011 Assessed as up-to-date: 30 MAY 2010 DOI: 10.1002/14651858.CD007019.pub2	Strategic literature search to May 2009 Aim: to explore the effect of hospital nurse staffing models on patient and staff-related outcomes.	* The evidence in relation to the impact of replacing Registered Nurses with unqualified nursing assistants on patient outcomes is very limited. However, it is suggested that specialist support staff, such as dietary assistants, may have an important impact on patient outcomes. Self-scheduling and primary nursing may reduce staff turnover.
	Patient * preferences AND nursing decision-making AND evidence based nursing AND person centred	[4]		
161.		1. Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2011 Sep 7;(9):CD001025. doi: 10.1002/14651858.CD001025.pub3		Excluded: mental health, primary care.
162.		2. Lewin S, Skea Z, Entwistle VA, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations		Excluded: physician oriented.

Nr	Keywords	Articles	Study design	Included(*) or excluded
		<i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2012 Dec 12;12:CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2		
163.		3. Hamilton J. The Answerable Question and a Hierarchy of Evidence. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i> , Jun2005, Vol. 44 Issue 6, p596-600.		Excluded: youth care context.
164.		4. Rolfe G, Segrott, Jordan S. Tensions and contradictions in nurses' perspectives of evidence-based practice. <i>Journal of Nursing Management</i> . May2008, Vol. 16 Issue 4, p440-451.		Excluded: focused on nursing experiences in implementing EBP.

Bijlage 2. Typering artikelen literatuurstudie Tabel I-V

Table I Quantitative studies in the literature review (13 van de 38)

Author, year	Care setting, country	Aim(s) of the study	Design and Sample	Patient preferences operationalized
Suhonen et al. (2000 ^a)	Regional hospital, Finland	To describe patients' views on individualized care during their hospital stay. Another reason why it is important to know what patients think about the treatment they receive is that individualized care is assumed to be linked with quality of life.	Survey, questionnaire Individual Care (IC) instrument 43 items, Patient individuality (22 items) and Patients' participation in decision-making (21 items) <i>Sample size:</i> n = 203 patients (N = 300, 235 questionnaires were sent) RR 89%	Individualized care is linked with quality of treatment (p 219). Patient participation in decision-making is to express their opinions, wishes and desires (p 221).
Suhonen et al. (2000 ^b)	General hospital, Finland	To shed light on the content of individual care and to see how it is achieved from the patient's point of view. As individual care is assumed to be linked to quality, this instrument can be used to evaluate the quality of care.	Survey, questionnaire Individual Care (IC) instrument 43 items, Patient individuality (22 items) and Patients' participation in decision-making (21 items) <i>Sample size:</i> n = 203 patients (N = 300, 235 questionnaires were sent) RR 89%	Achievement of individual care: taking account into patients' individuality and which facilitates patients' participation in decision-making in nursing (p 1256).
Ruland (2002)	University hospital, Norway	To evaluate nurses' use of CHOICE, a handheld computer-based support system for preference-based care planning, which assists nurses in eliciting patients' preferences for functional performance at the bedside. Specifically,	Experiment Three-group sequential design with one intervention and two control groups <i>Sample size:</i> n = 155 patients In each group: 51,52 patients	Preference achievement: the patients were asked to rate the degree of their perceived achievement in the dimensions physical, psychological, social and occupational activities in the normal course of their lives to meet

		it evaluates the effects of system use on nurses' care priorities, preference achievement, and patients' satisfaction.		basic needs, fulfil usual roles, and maintain their health and well-being (p 195).
Sainio & Lauri (2003)	Two university hospitals, Finland	To identify to what extent cancer patients participate in decision-making and to what extent background characteristics, information obtained and relationships with staff explain cancer patients' participation in decision-making in treatment and nursing care.	Survey, Structured questionnaire 112 items Demographic data, Mood (depression scale 10 items), Information obtained (42), relationships with staff (16) and decision-making (44). <i>Sample size:</i> n = 293, n=335; in- and outpatients under treatment for cancer RR 90%	In patient-centred care a patient wants and receives information. The more they will participate or want to participate in decision-making (p 251).
Ruland (2004)	Medical Center, USA	To obtain feedback on DSS (Decision Support Systems) for preference-based illness management that have been or are being developed, to allow researchers to tailor them to the need of their users, detect potential weaknesses and make necessary improvements.	Survey, Cross sectional A questionnaire sent by mail or paper copy <i>Sample size:</i> n = 184; 68 nurses, 101 physicians and 13 from other health care professionals	Patients' perspectives, values, and preferences of their health problems and preferences for treatment and care (p 798).
Florin et al. (2005)	An acute ward for infectious diseases, Sweden	To determine the degree of consistency between RNs and patients' perceptions of presence, severity and importance of nursing problems in acute care settings.	Survey, descriptive, comparative design 43-item questionnaire (9 subscales of human functioning) <i>Sample size:</i> Patients (n = 80) and Registered Nurses (n = 30) patient-nurse dyads	Patient experiences, values and preferences are increasingly acknowledged as important factors underpinning healthcare decision-making and are necessary for planning and implementing individualized high quality care (p 140).

Egerod & Hansen (2005)	13 University hospitals and 15 rural or non-university hospitals, Denmark	To describe the extent of EBP among cardiac nurses in Danish hospitals, to compare head nurses' and bedside nurses' self-reported attitudes towards and knowledge of EBP, and to determine the sources of knowledge nurses rely on when making clinical decisions.	Survey, Cross-sectional Descriptive and comparative design using self-administered postal questionnaires. <i>Sample size:</i> n = 84 (head nurses 33 and bedside nurses 51) RR 81%	Patient values are unique preferences, concerns and expectations, which are integrated into clinical decisions in order to serve patients (p 466).
Florin et al. (2006)	Regional hospital, Sweden	To compare the degree of concordance between patients and RNs' perceptions of patients' preferences for participation in clinical decision-making in nursing care.	The Control Preference Scale transformed into descriptions in a questionnaire for RNs and a follow-up self-reporting questionnaire for patients. Convenient sample <i>Sample size:</i> n = 80 nurse-patient dyads RR = 74%	The role patients want to have in the clinical decision-making of their own care (p 1499).
Florin et al. (2008)	University and regional hospital, Sweden	To investigate predictors of patients' preferences for participation in clinical decision-making.	Survey Modified version of Control Preference Scale (CPS) Preferred decision making: Passive, collaborative and active role Cross sectional comparative design <i>Sample size:</i> n = 428 new inpatients	Patient preferences: more or less passive, collaborative and more or less active role in clinical decision-making in nursing care (p 2938).
Sidani et al. (2009)	Community health centers and clinics, Canada	To evaluate the psycho-metric properties of the treatment acceptability and preferences (TAP) measure.	Validation of TAP measure Part of a multi-site methodological study involving a partially RCT; preferences RCT (PRCT) Descriptive statistics <i>Sample size:</i> n = 431 insomnia patients	Treatment preferences represent patients' choices of treatment options patients want to receive to manage their presenting clinical problem. Preferences reflect individuals' understanding of the treatment options and perception of treatment acceptability (p 420).

Smoliner et al. (2009 ^a)	Five hospitals in Vienna, Austria	The aim of the study was the development and testing of an instrument in German language for collecting data on patients' preferences and the experience of patients regarding their participation in nursing care decision-making in acute hospitals.	Survey. Development and test of a German instrument for patient preferences in shared decision-making <i>Sample size:</i> n = 967 adult patients from surgery and medical ward	Patient preferences indicate the extent to which patients are involved in the information seeking and decision-making process and the possibility to make choices in nursing interventions (p 402).
Smoliner et al. (2009 ^b)	Five hospitals in Vienna, Austria	The aim of the present study was to describe the patients' preferences and experience concerning their participation in nursing care decision-making processes in acute hospitals.	Survey, questionnaire Descriptive, explorative cross-sectional design <i>Sample size:</i> n = 967 adult patients from surgery and medical ward RR: 85,5%	Patient preferences in participation in nursing decision-making in acute care (p 411).
Tejero (2010)	1 public, 3 private hospitals, Philippines	To develop and validate an instrument that determines the degree of bonding between nurse and patient based on their openness to each other and their engagement in patient care.	Survey, questionnaire NPBI, 51 items, three point scale <i>Sample size:</i> n = 420 nurses and patients (210 dyads)	Nurse and patient interact through interpretation and purposeful behaviour. Each perceives and interprets the verbal and non-verbal behaviour of the other, then acts with a meaning to convey to the other (p 609).

Table II Qualitative studies in the literature review (8 van de 38)

Author, year	Care setting, country	Aim(s) of the study	Design and Sample	Patient preferences operationalized
Hardy et al. (2002)	Royal College of Nursing Institute, UK	To shape and influence understandings of expertise in nursing practice.	Discourse analysis <i>Sample size:</i> 4 extracts of 35 participant nurses: stories of how to act as an expert nurse	Gathering evidence in nursing practice with a critical companion through observation of practice, 360-degree feedback and reflection in and on practice, underpinned with fourth

				generation evaluation the dyad gathers evidence of expertise (p 197).
Takemura & Kanda (2003)	Japanese hospital, Japan	To identify and describe a way of nursing based on the clinical practice of selected nurses in Japan.	Semi-structured interviews and observations <i>Sample size:</i> n = 24 female nurses	Nurses must have intellectual, interpersonal and technical skills in order to carry out the nursing process, included human caring, nurse-patient interaction and problem-solving skills (p 253).
McCabe (2004)	General hospital, Ireland	To explore and produce statements relating to patients' experiences of how nurses communicate with them.	Unstructured interviews <i>Sample size:</i> n = 8 Male 3, female 5	Commitment to providing patient-centered care allows nurses to develop patient-centered communication skills that are fundamental to the delivery of quality nursing care (p 42).
Mok & Pui (2004)	Hospice, China, Hong Kong	To explore the nurse–patient relationship in the context of palliative care. The paper specifically focuses on several dimensions of this relationship, including its context, relational qualities and patients' and nurses' interpretations and meanings of the relationship.	Open ended unstructured interviews <i>Sample size:</i> n = 10+10 dyads of nurses and patients with incurable cancer Observational notes were written immediately after each interview and added to the transcript data	The relationship capacities found in this study are consistent with those described in the nursing literature, which show that relating with other human beings is a caring process that involves values, intent, knowledge, commitment, and actions (p 481).
Sahlsten et al. (2005)	Five hospitals western Sweden, Sweden	To clarify Registered Nurses' understanding of patient participation in nursing care. Objectives were to investigate ward nurses' interpretation of the elements of patient participation and its implementation.	Seven focus group Interviews Grounded theory method <i>Sample size:</i> n = 31 RN	Patient participation in nursing care includes the sub core categories: interpersonal procedure, therapeutic approach, focus on resources, opportunities for influence (p 37).
Larsson et al. (2007)	Five hospitals western Sweden, Sweden	To explore the meaning of patient participation in nursing care from a patient point of view.	Six focus group interviews Grounded Theory method <i>Sample size:</i> n = 26 somatic inpatient care	The patients emphasized the importance of collaboration to improve participation. The core category, insight through consideration, was generated

				from four inter-related categories: obliging atmosphere; emotional response; concordance; and rights (p 313).
Hunter et al. (2008)	Paediatric teaching hospital, Australia	To identify how nurse clinicians learn with and from each other in the workplace.	Case study design An ethnographic approach was used, including a 12-month period of fieldwork observations involving participation and in-depth interviews with nurse, doctor and allied health clinicians in their workplace. <i>Sample size:</i> n = 32 nurse clinicians, 14 medical registrars, 5 allied health workers	The infant's best interest takes priority over the prescribed treatment. This example demonstrates a hierarchy of command from the clinical nurses to the registrar, and beyond to the staff specialist. The power differentials are stacked according to best quality of care and those who know the infant best – the clinical nurses (p 662).
Sanders et al. (2010)	NHS heart failure clinics, hospital setting, UK	To explore how specialist heart failure nurses negotiate treatment advice with patients, in the context of an increasing expectation that clinical staff in the National Health Services will follow guidelines in their daily work.	Semi-structured interviews with specialist heart failure nurses (n = 10, N = 15) Non-participant observations were carried out on nurse-patient consultations (n = 16) in two clinics	In patient-centered care, the need to treat people as individuals is placed much earlier than the need to use the best available evidence (p 1938).

Table III Mixed Methods studies included in the literature review (1 van de 38)

Author, year	Care setting, country	Aim(s) of the study	Design and Sample	Patient preferences operationalized
Doherty & Doherty (2005)	Acute hospital trust, England	To identify what involvement patients want in clinical decision-making and explore the underlying factors influencing that choice, thus identifying aids and barriers to increasing patients' involvement in decision-making.	Autonomy Preference Index (API) <i>Sample size:</i> Two questionnaires: doctor/nurse (5 items each) n = 9 women, 11 men	Preference for type of decision-making was divided into more or less active, more or less passive or collaborative (p 122).

			Semi structured interviews based on the questionnaires 10 medical, 10 surgical patients (2 cohorts) audio taped	
--	--	--	---	--

Table IV Reviews included in the literature review (7 van de 38)

Author, year	Country	Aim(s) of the study	Reviews	Patient preferences operationalized
Routasalo et al. (2004)	Finland	To present a geriatric rehabilitation nursing model developed on the basis of the nursing and rehabilitation literature.	The literature comprised some 120 articles.	Nurses have the skills and the competence to help patients deal with their emotions, to find the right balance and, in this way, to strengthen the patient's commitment to the rehabilitation process. As far as the nurse is concerned, this requires knowledge of the patient's life history and values (p 209).
Ervin & Pierangeli (2005)	USA	To add clarification to the meaning of decisional control and provide a review of research related to the concept.	An overview of the tools available to measure decisional control follows the review of the research.	Patients are known to have better outcomes if they have more control over the decisions about their health care (p 16).
Gennaro et al. (2007)	USA; New York	Directions for achieving progress toward practice change are highlighted.	How can evidence be translated in the nursing process: there has to be evidence, information about patient preferences and the amount of autonomy nurses possess?	Consideration of changing societal trends that contributes to our understanding of women's priorities and needs during the birthing process (p 598).
Smoliner et al. (2008)	Austria	An overview of the literature about the theme 'patients' preferences in the concept of EBN.	Literature review 2000-2006 with three questions: what means the concept patient preferences; what is known about patient preferences and clinical decision-making; what instruments do	Patients' perception, experiences and preferences have to be taken account into healthcare decision-making and individualized care (p 288-289).

			exist to enhance patient preferences in the decision process?	
Lake et al. (2009)	New Zealand	To discern the profession's embedded understanding from within the clinical decision-making literature.	The research synthesizes a tacit knowledge on nursing prioritization of the patient need for care from key international literature (from 1966-2003).	Effective nursing prioritization of the patient need for care is the key to nurses 'getting it right' in such situations (p 377). How nurses work with the nurse-patient relationship incorporating patients' preferences, abilities and individual responses to the situation were not explored (p 383).
LaSala (2009)	USA; Boston	To renew our commitment to remaining steadfast in the journey of being personally and professionally transformed by the experience of nursing.	A review of the literature related to caring theory, the concepts of moral accountability and integrity, and the documents that speak of these values and concepts in professional practice.	Nurses positively affect a patient's quality of life by implementing an individualized plan of care based on their assessment of what quality of life means for the patient and by assisting the patient in achieving an optimal level of health and wellness (p 429).
Butler et al. (2011)	Ireland	To explore the effect of hospital nurse staffing models on patient and staff-related outcomes.	A selection of 15 studies of randomized control trials, controlled clinical trials, controlled before and after studies and interrupted time series analyses of interventions relating to hospital nurse staffing models. Participants were patients and nursing staff working in hospital settings. We included any objective measure of patient or staff-related outcome.	The findings suggest interventions relating to hospital nurse staffing models may improve some patient outcomes, particularly the addition of specialist nursing and specialist support roles to the nursing workforce (p 2).

Table V Papers included in the literature review (10 van de 38)

Author(s), year	Country	Aim(s) of the study	Paper	Patient preferences operationalized
Levin et al. (2004)	USA	To propose an evidence-based model (EBM) to improve diagnostic accuracy in nursing.	Use of the five steps of evidence-based practice and the PCD model will help nurse educators to teach evidence-based practice and nurses in clinical practice to become more accurate diagnosticians.	Nurses who are working with people need to gather the relevant information (cues to interpretations or diagnoses) through use of technical and interpersonal skills, and then figure out the meaning of this information using knowledge and critical thinking in specific contexts with specific patients (p 117).
Avis & Freshwater (2006)	UK	To isolate and preserve what is valuable in the concept of EBP and separate out these beneficial features from versions of scientific empiricism that undervalue personal experience. Second, we want to outline an epistemology for critical reflection that does not leave us attributing the knowledge of expert practitioners to an irreducible or mysterious concept of 'intuition'.	Expert practice supports individualized nursing care, and it should be based on a rigorous process of critical reflection on all evidence we have obtained.	Individualized nursing care requires insight into the beliefs, motivations and values of individuals in order to decide how to apply what research evidence there is in any particular context. Expert practice requires the application of the contextual and idiosyncratic evidence gained through individual healthcare encounters (p 223).
Egerod (2006)	Denmark	To be aware of how differently evidence-based guidelines are handled by nurses at various levels of competency.	The difference between starting professionals handling as prescribed in the protocols and experienced professionals who do that more or less.	Patient preferences are difficult to integrate with evidence-based guidelines because patient care must be individualized and this requires clinical expertise (p 107).
Standing (2008)	UK	A report of an evaluation of cognitive continuum theory and identification of revisions required for application to	About the awareness of the nature and the variety of patient-centered judgment tasks and decisions in nursing.	Patient preference in EBP: use of a broader evidence base in the implementation of patient-centered care, including patient experience (p 132).

		clinical judgment and decision-making in nursing.		
Elf et al. (2009)	Sweden	The paper presents the development and structure of a generic stroke care simulation model, used in designing of a stroke unit in Sweden.	About designing new health care spaces. Description of using the modeling method of system dynamics.	Communication is important in achieving consensus between the patient's and the professional's expectations, but also for patient participation in the decision-making process (p 12).
Fineout-Overholt et al. (2010 ^a)	USA	To give nurses the knowledge and skills they need to implement EBP consistently, one step at a time.	An introduction to gathering, evaluating, and recording the evidence; part I.	Evidence-based practice (EBP) is a problem-solving approach to the delivery of health care that integrates the best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values (p 47). No specification mentioned.
Fineout-Overholt et al. (2010 ^b)	USA	To give nurses the knowledge and skills they need to implement EBP consistently, one step at a time.	The process of synthesis: seeing similarities and differences across the body of evidence; part III.	Evidence-based practice (EBP) is a problem-solving approach to the delivery of health care that integrates the best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values (p 43). No specification mentioned.
Melnik et al. (2010)	USA	To give nurses the knowledge and skills they need to implement EBP consistently, one step at a time.	A series of articles about implementing EBP consistently; part II.	Evidence-based practice (EBP) is a problem-solving approach to the delivery of health care that integrates the best evidence from studies and patient care data with clinician expertise and patient preferences and values (p 51). No specification mentioned.
Gallagher-Ford (2011)	USA	To help nurses move beyond the impasse: to highlight the connection	Evidentialism is a theory that explains what's required for an individual to have	In certain circumstances and after epistemic consideration, the non-

		between EBP and nurses' core values, leading to meaningful dialogue that may resonate with nurses and move the profession forward on the EBP paradigm shift continuum.	a justified belief about something related to a particular proposition, situation, or decision.	evidence-based action (clinical experience/expertise and patient preferences/values) can and should be taken if it's the better choice. As available evidence changes, the person's responses should also change (p 12).
--	--	--	---	--

Bijlage 3. Achtergrondkenmerken respondenten

Interview		Leeftijd	M/V	Jaren ervaring	Opleiding	Huidige werkplek
20100217-001R		53	V	36	A, B, kader, Verplegingswetenschap	GGZ management
20100326-002R		24	M	3	HBOV, IC	AGZ ic
20100326-003R		34	V	7	MBOV	AGZ neurologie
20100326-004R		26	V	5	HBOV, IC	AGZ ic
20100406-005R		50	V	33	Inservice, management, zorgcoördinatie	AGZ chirurgie
20100406-006R		50	V	32	Inservice, zorgcoördinatie	AGZ chirurgie
20100406-007R		39	V	17	HBOV, kinderverpleegkunde, neonatologie, zorgcoördinatie	AGZ kind
20100408-008R		33	V	13	Inservice, Obstetrie en Gynaecologie, management	AGZ verloskunde
20100507-009R		52	V	16	Inservice, oncologie, astma/copd, zorgcoördinatie	AGZ oncologie
20100507-010R		26	V	5	MBOV, werkbegeleiding	AGZ kortverblijf
20100518-011R		22	V	1	HBOV	AGZ intern
20100518-012R		24	V	4	MBOV	AGZ intern
20100519-013R		32	V	12	Inservice	AGZ oncologie
20100519-014R		20	V	0	MBOV	AGZ oncologie
20100520-015R		48	V	33	Inservice	AGZ orthopedie
20100520-016R		26	V	6	MBOV	AGZ orthopedie
20100531-017R		56	V	39	Inservice, kader, bijscholingen	AGZ chirurgie
20100531-018R		51	V	34	Inservice, management, zorgcoördinatie, mammacare	AGZ chirurgie
20100615-019R		48	V	30	Inservice, kraamverpleegkunde	AGZ verloskunde

20100615-020R		42	V	24	Inservice, oncologie, palliatieve zorg	AGZ oncologie
20100908-021R		34	V	13	MBOV, verpleegkundige geriatrie	AGZ geriatrie
20100917-022R		30	V	7	HBOV	AGZ chirurgie
20101005-023R		53	V	13	MBOV, herintredercursus	AGZ chirurgie, kort verblijf
20101011-024R		21	M	0	HBOV	AGZ geriatrie
20101020-025R		41	V	10	HBOV, daarvoor 4 jr. geneeskunde	AGZ chirurgie kort verblijf
20101102-026R		36	V	17	MDGO-Vz, HBOV, CCU	AGZ CCU
20101116-027R		27	V	4	HBOV, verplegingswetenschap	AGZ chirurgie

Bijlage 4. Topiclist interview-onderzoek

Leeftijd

Man / Vrouw

Opleiding

Achtergrond

religieus/humanistisch/antroposofisch

Hoeveel jaar werkzaam in de zorg

Op dit moment werkzaam in AGZ / VGZ / MGZ

Anders, nl:

Lijst van Topics

1. Probeer eens te beschrijven over welke professionele kennis de verpleegkundige moet beschikken om contact met de zorgvrager te maken? Wanneer krijg je contact, wat doe je daarvoor? Is dit iets dat je altijd al had, of heb je dat moeten leren?
Wat (informatie), Hoe (skills), Wanneer (regels), Waarom (codes, morele kant), Wie (door wie, grenzen eigen domein)? (Gorman, 2002).
Speelt impliciete kennis een rol?
2. Op welk tijdstip begint de ontmoeting met de zorgvrager voor jou? Beschrijf eens een voorbeeld? Wat betekent 'verbondenheid' voor jou?
Wat deed je
Wat dacht je
Welke intentie had je
Welk gevoel had je
Knowing the patient
3. Wat is jouw mening over wat verbinding / presentie voor de zorgvrager kan betekenen?
Individuele zorg
Knowing the patient
Meeting the patient
Andere termen: mindfulness, verbondenheid, er-zijn, barmhartigheid.
4. De zorgvrager is –bewust of onbewust – doel van het verpleegkundig handelen. Heb je ooit overwogen dat de zorgvrager wel eens problemen zou kunnen hebben met deze rol? Vertel eens iets over jouw manier van beslissingen nemen in de dagelijkse zorg?
Klinische besluitvorming
5. We begonnen het gesprek met professionele kennis: aan welke kennis zou het contact maken met de zorgvrager gebonden zijn?
Kennis uit de opleiding
Ervaringskennis
Persoonlijke kennis (opvoeding/jeugd)
Professionele kennis
Verborgene kennis

Bijlage 5. Van codes naar concepten

In de 27 interviews werden in totaal 2809 codes vastgelegd, waarvan de meest frequente scores zijn gebruikt in onderstaand schema, verdeeld over 36 subcategorieën. De negen concepten konden worden geplaatst onder drie thema's.

Thema's	Concepten	Subcategorieën	aantal codes
Karakterisering van een goede zorgrelatie	Veiligheid en vertrouwen	Aansluiten bij de beleving	87
		Vertrouwen, informatie geven	54
		Verbondenheid, ontmoeten	74
		Veilig voelen	20
	Erkenning als uniek individu	Echte belangstelling, echt willen leren kennen	56
		Persoonlijk contact, persoonlijke grenzen	39
		De ander willen zien en kennen	37
		Respect, oog voor waardigheid	35
		De ander kennen/begrijpen	12
	Het nemen van tijd	Tijd nemen voor gesprek	66
		Kritische beroepshouding, anders doen/zijn	46
		Werkdruk en tijd nemen	36
		Automatisch handelen in kader van werkdruk	9
Actieve inzet voor een goede zorgrelatie	Creëren van een klik	Aandacht, luisteren, openstellen, fysiek contact	51
		Klik maken	42
		Geeft kick	30
		Ben een mensenmens, holistisch beeld	12
		Gebruik van humor om ijs te breken	4
	Voelsprietten of antennes	Voelsprietten, aanvoelen	90
		Gedrag bespreekbaar maken	10
		Empathie	9
	Open communicatie	Werkervaring maakt uit	29
		Lerende houding verpleegkundigen	15
		Openstaan voor de ander, willen zien	12

Besluitvorming in een goede zorgrelatie	Participant in de besluitvorming	Autonomie vanuit kritische beroepshouding	76
		Plaats voor autonome keuzes van patiënten	76
		Soms verantwoording nemen als vp	14
		Patiëntmogelijkheden optimaal benutten	7
	Variërende voorkeuren	Onderhandelen	17
		De ander iets te bieden hebben	12
		Professionele kennis en vaardigheden zijn van invloed	11
	Referentiekader	Toekomstperspectief meenemen in de besluitvorming	25
		Familie betrekken in het systeem	23
		Overdracht van zorg	21
		Reflectiekader op eigen handelen	12

