

# Client-centred care : balancing between perspectives of clients and nurses in home care

## Citation for published version (APA):

Schoot, C. M. (2006). *Client-centred care : balancing between perspectives of clients and nurses in home care*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20061020cs>

## Document status and date:

Published: 01/01/2006

## DOI:

[10.26481/dis.20061020cs](https://doi.org/10.26481/dis.20061020cs)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

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

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

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## SUMMARY/ SAMENVATTING

## SUMMARY

This thesis concerns a research project into client-centred care. Client-centred care is considered in this thesis as an umbrella concept, encompassing several care concepts such as demand-oriented care, emotion-oriented care and demand-led care. The context is the primary process of home care delivered by nurses and auxiliary nurses (subsequently called nurses) to chronically ill clients. Several reports have highlighted the need for development of competencies in professionals with respect to client-centred care. What client-centred care in the context of the primary process of home care for chronically ill clients encompasses, however, is not completely clear. Confusion exists about both the meaning and the application of client-centred care, which is to the detriment of the successful introduction of client-centred care in practice.

This thesis consists of three parts. Part I (chapters 2-4) explores and describes the visions of clients and nurses on client-centred care and on competencies required in nurses for client-centred care. Part II (chapter 5) concerns the development of a learning programme aimed at development of competencies for client-centred care in nurses. In part III (chapters 6-8) the impact of the learning programme is evaluated, on the learning processes of the nurses, on competencies in nurses and on client-centredness perceived by the client. Moreover, enabling and constraining factors with respect to the implementation of client-centred care are discussed. This part also includes the development and testing of the measurement instruments applied in the evaluation study.

**Chapter 1** of this thesis describes the background and relevance of the project. Since the 1980s, in the Netherlands, a wholesale change can be observed in the perspective on care. The provider-oriented approach that dominated until then increasingly came to be judged as patronizing and paternalistic. This is partly connected to individualization in society and increased self-assertiveness among clients. Moreover, a provider-oriented approach is considered too expensive, inefficient, bureaucratic, and maladapted to the aging of the population and the expected increase of the numbers of chronically ill people. Client-centred care covers a variety of care concepts, in which the client perspective and client autonomy are central. Several of these concepts are described in chapter 1 in line with the following dimensions: central perspective, goals, roles and responsibilities, decision making and the context of the situation in which the concept is used. In the Netherlands, the concepts 'vraaggerichte zorg' (literally translated as 'demand-oriented care') and 'vraaggestuurde zorg' (literally translated as 'demand-led care' or 'demand-driven care') are frequently used. In English literature, however, these concepts are mainly used on a social-political level. The

emphasis on the client demand is estimated to have an additional economic advantage by means of efficiency.

It is particularly the chronically ill who set value on client-centred care, because many of them are dependent on professional care for a long time. Many of them are well informed about their illness and want to participate in care decisions, because a chronic illness may affect a person's total existence as well as the existence of his or her family members.

Development of competencies in nurses with respect to client-centred care is discussed as a didactical approach. The theoretical framework is grounded in a trend called social-constructivism. Development of competencies emphasizes the student's learning process in practice. This approach offers possibilities to meet the changing requirements imposed on nurses.

**Chapter 2** concerns the perspective of expert clients and family caregivers on client-centred care and on nurses' competencies. Based upon two focus group interviews each with seven participants, the core category 'recognition' has been identified and developed. Client-centred care entails recognition by the professional of the client's values. Recognition concerns the client's and family caregiver's feeling that his or her demand has been heard and is respected. Client-centred care means an attitude of the professional entailing recognition of the client's values. Client values of interest with respect to the demand are:

- uniqueness (attention for and understanding the client as an individual human being with his/her own life story, beliefs, cultural background and boundaries),
- comprehensiveness (to be seen as an integral human being, part of a family system),
- continuity of life (having the opportunity to continue ones life, including one's habits),
- fairness (having the right to ask for care needed; also less competent and less self-assertive clients should get the care they need),
- autonomy (having the possibility to be who you are, and self-determination).

Values that turn out to be of interest with respect to the care-relationship are:

- equality (experience- based knowledge is just as valuable and necessary as professional knowledge),
- partnership (being accountable, active, committed and collaborating partners in care),
- interdependence (mutual receptiveness, understanding, trust, acceptance and respect for boundaries).

Dialogue is seen as the optimal interaction pattern for recognition of client values. Nurse's competencies identified with respect to recognition of client values in a dialogue are: attentiveness (ongoing attention to know and understand the client,

his/her values, needs and wishes); responsiveness (active, committed and responsible care that meets client values); being a critical partner in care (giving and grounding a professional opinion and discussing personal, professional and organizational boundaries); and being a developer of the client's competencies (facilitating and motivating the client to participate in the care process).

**Chapter 3** concerns a second study into the client perspective among 45 clients receiving home care, by means of participatory observations and semi-structured interviews. This study makes clear that clients differ with respect to desired participation in the care process. Client-centred care emerges as congruence between participation desired by the client and participation allowed by the nurse. Based upon this study, six patterns of interaction were distinguished: toeing the line (participation is not as desired by the client; the client avoids confrontation), reluctance (avoidance of care offered by the nurse), consent (adhering to the opinion and advice of the nurse), dialogue (interactive process between equal, interdependent partners), consuming (active, responsible and self assertive client directs care desired), and fighting (no participation as desired by the client; clients seek confrontation). Clients experience congruence with consent, dialogue and consuming. No congruence is experienced with toeing the line, reluctance and fighting. Several factors appear to influence desired participation by the client, such as client competencies, energy available, personality, preferences, beliefs on care, the nature of the demand, coping processes, age, and care experiences in the past. The findings also make clear that differences exist among nurses with respect to client participation allowed. These differences appeared to be closely related to client competencies to participate in care as estimated by the nurse. Furthermore, allowed participation by nurses was found to be related to the competencies of the nurses (as identified in chapter 2), the nurse's beliefs concerning the nurse's role and the role of the client, and impediments in the work environment (e.g. presence of protocols, a heavy workload, central planning of work processes, and a task-oriented organization).

**Chapter 4** concerns the nurse's perspective towards client-centred care. In a study among ten nurses and auxiliary nurses, the core category 'competing responsibilities' has been identified and developed through participatory observations and semi-structured interviews. Offering client-centred care and being a responsive professional appears to be not that simple. Nurses experience several conflicting roles and responsibilities: as a critical professional (e.g. evidence-based practice, and anticipating long-term problems), a developer of client competencies (e.g. promoting independence, stimulating clients who are not motivated for care), as an individual (e.g. protecting own privacy) and an employee of the care organization (e.g. production and efficiency). Strategies identified in balancing

between these competing responsibilities are: pleasing (doing as the client asks; conflicting responsibilities are avoided), dialoguing (actively dealing with competing responsibilities in dialogue with the client), directing (acting in a dominant way, responsibilities as a professional are central), and detaching (the emphasis is on executing the task). Two strategies were also used as second-choice strategies. This means that the strategy chosen in general was not the primary preference of the nurse in question: directing as second choice (soft paternalism due to impaired client competencies) and detaching as second choice (orientation to the task due to organizational barriers). It is concluded that effectively balancing between competing responsibilities is seen in the strategies ‘dialoguing’ and ‘directing as second choice’. These nurses experienced work satisfaction. In these strategies both the conditions ‘awareness of the competing responsibilities’ and ‘active responsibility taking for competing responsibilities’ are present. The study offers more insight into individual learning needs in nurses.

**Chapter 5** reports on the development of a learning programme aimed at development of competencies in nurses with respect to client-centred care. Kessels’s Eight-fields model guided the development of the learning programme. Client-centred care, client outcomes and nurse competencies were defined in collaboration with a steering committee of central stakeholders, and validated by a broad advisory board. The findings of Part I served as input in this process. Client-centred care was called ‘demand-oriented care’ by the stakeholders involved. It was defined as:

- Care that arises from individual preferences and demands of the client, that is accomplished in a dialogue with the nurse, and in which the client has the final say.

Client outcomes were defined as:

- Feelings expressed by the client of being respected and taken seriously by the caregiver, and of autonomy in the way care decisions are made.

Nurse competencies required concern:

- a care process in dialogue with the client,
- enabling client participation, and
- dealing with tensions.

A social constructivist perspective on learning and on the principles of competency-based education was integrated in the learning activities chosen, such as the emphasis on the nurse’s experiences in practice, reflection, self-assessment,

implementation and transfer of knowledge, attitude and skills in practice. The entire programme 'Care in Dialogue' consisted of a basic module and an advanced module. The basic module (two half-days) was meant for all employees in the care organization (25–40 persons per meeting). It focused on awareness of wishes and demands of clients and on barriers in the actual situation. The advanced module (seven half-days) was meant for nurses and auxiliary nurses working in the primary process of care (10–12 per group) who had attended the basic module. In the first sessions the emphasis was on attitude development and communication, using role plays, feedback and discussions. The final two sessions were follow-up sessions in which critical ethical reflection, accounting for priorities set and self-assertiveness were central by means of presentations of best practices. Expert clients and family caregivers played an important role in the programme with respect to awareness of the client perspective, of their attitude towards the client and its underlying moral values. In connection to the learning programme, the nurse competencies identified and the client outcomes were operationalized into two measurement instruments: the 'Care in dialogue Competency Scale' and the 'Client-Centred Care Questionnaire' (CCCQ).

**Chapter 6** describes how the 'Care in dialogue Competency Scale' was developed and tested. The instrument is a self-assessment instrument aimed at measuring competencies for client-centred care. This instrument has been developed for nurses and auxiliary nurses giving home care to chronically ill clients. It consists of three scales, one for each of the three competencies as defined. The scales were tested with 74 nurses and auxiliary nurses of four home care organizations. The internal consistency of the scales was studied by using principal components analysis and by calculating Cronbach's alpha. Seven items of the initial instrument were removed. The total (adapted) instrument consists of 29 items (14 items competency 'care process in dialogue'; 7 items competency 'enabling client participation'; 8 items competency 'dealing with tensions'). The construct validity, internal consistency and feasibility seem acceptable. The instrument contributes to awareness of competencies required for client-centred care and offers possibilities for evaluation and critical reflection.

**Chapter 7** explains how the 'Client-Centred Care Questionnaire' (CCCQ) was developed and tested. The CCCQ is a short and relatively simple tool that can be used to evaluate how clients perceive the client-centredness of home care. This instrument consists of 15 items, which are an operationalization of the client values as identified in chapter 2 and of the client goals as identified in chapter 5. It can be used to evaluate effects of interventions aimed at improving client-centred care from a client perspective. Evaluation of client-centred care from a client perspective is increasingly important, and this questionnaire allows home care

organizations to evaluate their care. The responses of clients give indications for improving client-centred care.

**Chapter 8** describes how the impact of the learning programme has been evaluated at three levels, guided by Kessels's Eight-fields model: learning processes, performance of competencies and client-centred care as perceived by the client. Three home-care organizations were involved in the evaluation study. In total 175 employees participated in the basic module, 34 nurses and auxiliary nurses participated in the advanced module. In total 107 chronically ill clients were involved in the study. Findings indicate a positive impact on two of the evaluation levels: the learning processes and the performance of competencies in practice. No statistically significant impact was found on clients two months after the end of the programme. The process evaluation reveals that nurses experienced barriers in performing client-centred care that could not be removed exclusively by the nurses' actions. Moreover, the influence of trained nurses on colleagues and managers appeared to be limited. It is expected that the impact of the programme on clients will become visible if more nurses participate in the learning programme, and if the implementation will be supported by policy, structures and processes at all levels of the care organization. The process evaluation provides knowledge concerning preconditions for learning processes and performance of competencies in practice. Constraining factors for the learning process are lack of time and a lower education level. Constraining factors for performance in practice are central planning, a task-oriented nurse system, too heavy a workload, and lack of support from colleagues and managers. Facilitating factors are feedback from expert clients and family caregivers, critical reflection, discussions and moral deliberation, support from an implementation group installed for this purpose within the care organization, time and support from colleagues and from the managers.

**Chapter 9** discusses the results of the study as well as some theoretical, ethical, methodological reflections. The present study offers more insight into perspectives on client-centred care and into learning how to balance in between. Client-centred care emerges from the present study as a complex, contextual and relational process in which the nurse and the client participate in a unique way. Three patterns were distinguished in the present study as client-centred care: consuming, a dialogue and consent. The umbrella-concept of 'client-centred care' has been chosen, because it encompasses all three patterns. The dialogue is close to the concept of demand-oriented care. Consuming is close to the concept of demand-led care. Consent is closely related to soft paternalism. Competencies required in nurses to find an effective balance between competing roles and responsibilities are close to the concept of professionalism. The present study offers



more insight into competencies required in nurses and into factors related to the development and performance of these competencies.

The findings of the present study emphasize the ethical understanding of client-centred care. The findings are discussed with respect to four main streams in ethics: the principles approach, an ethic of care, phenomenological ethics, and nursing ethics. The liberal approach to autonomy (autonomy as negative freedom, characterized by self-determination and freedom from intervention by a third person), and a phenomenological approach (autonomy as positive freedom, characterized by autonomy as identification) are complementary. Both approaches provide insight and guidance in helping the client to realize his or her autonomy. To understand the dynamic character of the individual client's needs in context, however, the phenomenological approach is indispensable. An ethic of care and nursing ethics have a valuable contribution to make towards the thinking about the care relationship with the client that is required in the context of everyday care.

Strengths of the qualitative studies are the involvement of clients, the design chosen, leading to concept development that fit into practice, triangulation of methods, and peer review. Given the systematic and purposeful selection of situations and participants aimed at obtaining a good representation of the population under study, and the accurate description of the characteristics and context, the explanatory power and transferability of the findings seem acceptable to good. Variation was somewhat limited with respect to gender and education level. Additional research is required with respect to the theoretical concepts developed and the relationships between the concepts.

Strengths of the programme developed are the internal and external consistency, partly because of the clients involved. A limitation of the programme was the restriction of the promotion of client-centred care to development of competencies in nurses. A constraining factor was the tension between the time needed for proper analysis of qualitative data on the one hand, and the pressure of time with respect to the development of the learning programme on the other.

Strengths of the quantitative part of the study were the multi-level evaluation, the content validity of the measurement instruments developed, and the formulation of the items in the competency scale in terms of behaviour. The quantitative studies were limited due to the small sample sizes, absence of a control group and the absence of repetitive testing. In general, it can be concluded that, although the studies presented in this part are not robust enough to allow firm generalizations, the first results are promising.

The thesis ends with some recommendations. For clinical practice, a relational and a contextual approach are recommended. In a relational approach, the care process is shaped in the care relationship with the client. In a contextual approach,

the nurse allows participation desired by the client, provided his or her competencies to participate in care and taking into account remaining roles and responsibilities. Feedback, critical reflection and moral deliberation with colleagues are of vital importance.

With respect to the education of nurses, it is recommended to develop the competencies 'care process in dialogue', 'enabling client participation' and 'dealing with tensions' in nurses. Development of competencies should be tailored to the individual nurse's learning demands. Policy-makers are recommended to avoid confusion regarding the concept of client-centred care and related care concepts, by clarifying the core perspective, central level and central aspects of client-centred care. It is recommended to enhance awareness in all employees of the care organization with respect to the central position of the client and of the client demand by communicating experiences, expectations and best practices on a regular basis. Managers should promote client-centred care in the primary process by enhancing professional autonomy in taking care decisions and by supporting nurses with respect to care decisions in a particular context. Client-centred care in the primary process should be embedded in policy, structures and processes of the persons involved in all levels in the care organization. Policy-makers are recommended to recognize that clients differ with respect to desired participation in care.

Further research with respect to the theoretical concepts developed and the relationships between the concepts is recommended. It is also recommended to further investigate the impact of client-centred care on clients and nurses, and the relationship with background variables such as education level of nurses. Further investigation is warranted into the reliability, validity and responsiveness of the instruments developed. The perspectives on client-centred care of clients and nurses in the acute care setting deserve attention. Research into development of moral values in nurses and the development of normative guidelines for nurses might sustain professionals in their approach of client-centred care. Further research into additional interventions aimed at the implementation of client-centred care is recommended.

## SAMENVATTING

Dit proefschrift betreft een onderzoek naar cliëntgecentreerde zorg. Cliëntgecentreerde zorg wordt in dit proefschrift beschouwd als een overkoepelend begrip dat diverse zorgconcepten, zoals vraaggerichte zorg, belevingsgerichte zorg en vraaggestuurde zorg omvat. De context is het primaire proces van thuiszorg door verpleegkundigen en verzorgenden (verder genoemd verplegenden) aan chronisch zieken. Diverse rapporten wijzen op de noodzaak van competentieontwikkeling van professionals met betrekking tot cliëntgecentreerde zorg. Echter, wat cliëntgecentreerde zorg concreet inhoudt in het primaire proces van thuiszorg voor chronisch zieke cliënten is niet geheel duidelijk. Er bestaat verwarring over de betekenis en de toepassing van cliëntgecentreerde zorg, hetgeen een succesvolle invoering van cliëntgecentreerde zorg in de praktijk in de weg staat.

Dit proefschrift bestaat uit drie delen. Deel I (hoofdstuk 2-4) onderzoekt en beschrijft de visie van cliënten en van verplegenden op cliëntgecentreerde zorg en op noodzakelijke competenties van verplegenden voor cliëntgecentreerde zorg. Deel II (hoofdstuk 5) betreft de ontwikkeling van een leertraject om competenties voor cliëntgecentreerde zorg bij verplegenden te ontwikkelen. In deel III (hoofdstuk 6-8) wordt de impact van het leertraject op het leerproces van verplegenden, op de competenties van verplegenden en op de door de cliënt ervaren cliëntgecentreerdheid geëvalueerd. Daarnaast worden bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van cliëntgecentreerde zorg aan de orde gesteld. Dit deel omvat eveneens de ontwikkeling en het testen van de meetinstrumenten die bij het evaluatieonderzoek gebruikt werden.

**Hoofdstuk 1** van dit proefschrift beschrijft de achtergrond en relevantie van het project. In Nederland kan sinds 1980 een kanteling worden waargenomen in de visie op zorg. De aanbodgestuurde benadering die tot dan toe overheerst wordt in toenemende mate als betuttelend en paternalistisch beoordeeld. Dit hangt onder andere samen met de individualisering van de maatschappij en de toegenomen mondigheid van de cliënt. Daarnaast wordt een aanbodgestuurde benadering beschouwd als te duur en als inefficiënt, bureaucratisch en onvoldoende aangepast aan de toenemende vergrijzing en de verwachte toename van het aantal chronisch zieken. Cliëntgecentreerde zorg omvat een variatie aan zorgconcepten waarin het cliëntenperspectief en autonomie van de cliënt centraal staan. Diverse van deze zorgconcepten worden beschreven in hoofdstuk 1 aan de hand van de dimensies: centraal perspectief, doel, rollen en verantwoordelijkheden, besluitvorming en context van de situatie waarin het concept wordt gebruikt. In Neder-

land worden de concepten ‘vraaggerichte zorg’ (letterlijk vertaald als ‘demand-oriented care’) en ‘vraaggestuurde zorg’ (letterlijk vertaald als ‘demand-led care’ of ‘demand-driven care’) veelvuldig gebruikt. In de Engelstalige literatuur, echter, worden deze concepten voornamelijk op sociaal-politiek niveau gebruikt. Van de nadruk op de vraag van de cliënt wordt een bijkomend economisch voordeel verwacht in de vorm van efficiency.

Met name chronisch zieken hechten waarde aan cliëntgecentreerde zorg omdat velen van hen voor lange tijd afhankelijk zijn van professionele zorg. Velen van hen zijn goed geïnformeerd over hun ziekte en willen deelnemen aan besluiten over zorg, omdat een chronische ziekte van invloed kan zijn op het totale bestaan van de persoon en ook op het bestaan van familieleden.

Competentieontwikkeling van verplegenden met betrekking tot cliëntgecentreerde zorg wordt besproken als een didactische benadering. Het theoretisch kader is gebaseerd op een stroming genaamd ‘sociaal constructivisme’. Competentieontwikkeling benadrukt het leerproces van de student in de praktijk. Deze benadering biedt mogelijkheden om tegemoet te komen aan de veranderende eisen die worden gesteld aan verplegenden.

**Hoofdstuk 2** betreft het perspectief van ervaringsdeskundige cliënten en mantelzorgers op cliëntgecentreerde zorg en op competenties van verplegenden. Op basis van twee focusgroep interviews met ieder zeven participanten werd het kernbegrip ‘erkenning’ geïdentificeerd en ontwikkeld. Bij cliëntgecentreerde zorg gaat het om erkenning van de waarden van de cliënt door de professional. Erkenning betreft het gevoel bij de cliënt en zijn naaste dat zijn/ haar waarden door de professional gehoord en gerespecteerd wordt. Waarden die ten aanzien van de vraag van belang blijken zijn:

- uniciteit (aandacht en begrip voor de cliënt als individu met zijn/haar eigen levensverhaal, opvattingen, culturele achtergrond en grenzen),
- totaliteit (gezien worden als een integraal individu, deel uitmakend van een gezinssysteem),
- continuïteit van leven (de mogelijkheid hebben om zijn/haar eigen leven voort te zetten, inclusief iemands gewoonten),
- rechtvaardigheid (het recht hebben om noodzakelijke zorg te vragen; ook minder competente en minder assertieve cliënten dienen de zorg die zij nodig hebben te krijgen),
- autonomie (de mogelijkheid hebben om jezelf te zijn, en zelfbeschikking).

Waarden van de cliënt ten aanzien van de zorgrelatie die van belang blijken zijn:

- gelijkwaardigheid (ervaringskennis is even waardevol en noodzakelijk als professionele kennis),
- partnerschap (verantwoordelijke, actieve, betrokken en samenwerkende partners in de zorg zijn)

- onderlinge afhankelijkheid (wederzijdse ontvankelijkheid, begrip, vertrouwen, acceptatie en respect voor grenzen).

De dialoog wordt gezien als het optimale interactiepatroon voor erkenning van waarden van de cliënt. Geïdentificeerde competenties voor verplegenden met betrekking tot erkenning van de waarden van de cliënt in dialoog zijn: attentiviteit (voortdurende oplettendheid gericht op het kennen en begrijpen van de cliënt, zijn/ haar waarden, behoeften en wensen); responsiviteit (actieve, betrokken en verantwoordelijke zorg die tegemoet komt aan de waarden van de cliënt); een kritische zorgverlener zijn (geven en onderbouwen van een professionele mening en bespreken van professionele, persoonlijke en organisationele grenzen) en ontwikkelaar zijn van de competenties van de cliënt (faciliteren en motiveren van de cliënt om te participeren in het zorgproces).

**Hoofdstuk 3** beschrijft een tweede onderzoek naar het clientenperspectief bij 45 cliënten die thuiszorg ontvingen, met behulp van participerende observaties en semi-gestructureerde interviews. Dit onderzoek maakt duidelijk dat cliënten verschillen wat betreft de gewenste participatie in het zorgproces. Cliëntgecentreerde zorg komt naar voren als congruentie tussen door de cliënt gewenste participatie en de door de verpleegkundige mogelijk gemaakte participatie. Op basis van dit onderzoek werden zes patronen van interactie onderscheiden: aanpassen (participatie is niet zoals gewenst door de cliënt; de cliënt vermijdt confrontatie), afhouden (ontwijken van verplegende zorg), instemmen (volgen van de mening en adviezen van de verplegende), dialoog (interactief proces tussen gelijkwaardige, onderling afhankelijke partners), consumeren (een actieve, verantwoordelijke en assertieve cliënt stuurt de zorg die hij/zij wil), en strijden (participatie is niet zoals gewenst door de cliënt; the cliënt zoekt de confrontatie). Cliënten ervaren congruentie bij de patronen instemmen, dialoog en consumeren. Er is geen congruentie bij aanpassen, afhouden en strijden. Diverse factoren blijken de door de cliënt gewenste participatie te beïnvloeden, zoals de competenties van de cliënt, beschikbare energie, persoonlijkheid, voorkeur, opvattingen over zorg, de aard van de vraag, copingprocessen, leeftijd en ervaringen in het verleden met zorg. De bevindingen maken ook duidelijk dat verplegenden verschillen wat betreft het mogelijk maken van participatie door de cliënt. Deze verschillen bleken nauw samen te hangen met de door de verplegende ingeschatte competenties van de betrokken cliënt om te participeren in de zorg. Het mogelijk maken van participatie werd tevens beïnvloed door de eerder genoemde competenties van de verpleegkundige (zie hoofdstuk 2), opvattingen over de eigen rol en over de rol van de cliënt en barrières in de werkomgeving (protocollen, hoge werkdruk, centrale planning van werkprocessen en een taakgerichte organisatie).

**Hoofdstuk 4** betreft het perspectief van verplegenden op cliëntgecentreerde zorg. In een studie onder tien verpleegkundigen en verzorgenden, met behulp van participerende observaties en semi-gestructureerde interviews, werd het kernbegrip ‘conflicterende verantwoordelijkheden’ geïdentificeerd en ontwikkeld. Het blijkt niet zo eenvoudig om cliëntgecentreerde zorg te bieden en een responsieve professional te zijn. Verplegenden ervaren diverse hiermee conflicterende rollen en verantwoordelijkheden: als kritische professional (bijv. evidence-based practice en anticiperen op lange termijn problemen), ontwikkelaar van competenties van de cliënt (bijv. bevorderen van onafhankelijkheid, stimuleren van cliënten die niet gemotiveerd zijn voor zorg), individu (bijv. bescherming eigen privacy) en als werknemer van de zorgorganisatie (bijv. productie en efficiency). Geïdentificeerde strategieën bij het balanceren tussen deze conflicterende verantwoordelijkheden zijn: behagen (doen wat de cliënt vraagt; hiermee conflicterende verantwoordelijkheden vermeden), dialoog (actief oppakken van conflicterende verantwoordelijkheden in overleg met de cliënt), sturen (dominant handelen; de professionele verantwoordelijkheid staat centraal) en zich distantieren (nadruk op de uitvoering van de taak). Twee strategieën werden ook als tweede keus strategieën gehanteerd. Dit wil zeggen dat de gehanteerde strategie over het algemeen niet de voorkeur had van de betreffende verpleegkundige: sturen als tweede keus (gematigd paternalisme ten gevolge van verminderde competenties van de cliënt) en zich distantieren als tweede keus (zich richten op de taak ten gevolge van organisatorische barrières). Geconcludeerd wordt dat er bij de strategieën ‘dialoog’ en ‘sturen als tweede keus’ sprake is van effectief balanceren tussen conflicterende verantwoordelijkheden. Deze verplegenden ervoeren tevredenheid in hun werk. Bij deze strategieën zijn de condities ‘zich bewust zijn van de conflicterende verantwoordelijkheden’ en ‘actief verantwoording nemen hiervoor’ aanwezig. De bevindingen geven meer inzicht in individuele leerbehoeften van verplegenden.

**Hoofdstuk 5** betreft de ontwikkeling van een leertraject gericht op competentie ontwikkeling van verplegenden voor cliëntgecentreerde zorg. Het ‘Acht-velden model’ van Kessels stroomlijnde de ontwikkeling van het leertraject. Cliëntgecentreerde zorg, cliëntdoelen en competenties van verplegenden werden vastgesteld in samenwerking met een stuurgroep van centrale belanghebbenden en gevalideerd door een brede klankbordgroep. De bevindingen van deel I dienden als input in dit proces.

Cliëntgecentreerde zorg werd door de betrokken belanghebbenden ‘vraaggerichte zorg’ genoemd. Dit werd gedefinieerd als:

- Zorg die uitgaat van de wensen en ervaren behoeften van de zorgvrager, die in dialoog tot stand komt en waarbij de zorgvrager uiteindelijk beslist.

- onderlinge afhankelijkheid (wederzijdse ontvankelijkheid, begrip, vertrouwen, acceptatie en respect voor grenzen).

De dialoog wordt gezien als het optimale interactiepatroon voor erkenning van waarden van de cliënt. Geïdentificeerde competenties voor verplegenden met betrekking tot erkenning van de waarden van de cliënt in dialoog zijn: attentiviteit (voortdurende oplettendheid gericht op het kennen en begrijpen van de cliënt, zijn/ haar waarden, behoeften en wensen); responsiviteit (actieve, betrokken en verantwoordelijke zorg die tegemoet komt aan de waarden van de cliënt); een kritische zorgverlener zijn (geven en onderbouwen van een professionele mening en bespreken van professionele, persoonlijke en organisationele grenzen) en ontwikkelaar zijn van de competenties van de cliënt (faciliteren en motiveren van de cliënt om te participeren in het zorgproces).

**Hoofdstuk 3** beschrijft een tweede onderzoek naar het cliëntenperspectief bij 45 cliënten die thuiszorg ontvingen, met behulp van participerende observaties en semi-gestructureerde interviews. Dit onderzoek maakt duidelijk dat cliënten verschillen wat betreft de gewenste participatie in het zorgproces. Cliëntgecentreerde zorg komt naar voren als congruentie tussen door de cliënt gewenste participatie en de door de verpleegkundige mogelijk gemaakte participatie. Op basis van dit onderzoek werden zes patronen van interactie onderscheiden: aanpassen (participatie is niet zoals gewenst door de cliënt; de cliënt vermijdt confrontatie), afhouden (ontwijken van verplegende zorg), instemmen (volgen van de mening en adviezen van de verplegende), dialoog (interactief proces tussen gelijkwaardige, onderling afhankelijke partners), consumeren (een actieve, verantwoordelijke en assertieve cliënt stuurt de zorg die hij/zij wil), en strijden (participatie is niet zoals gewenst door de cliënt; the cliënt zoekt de confrontatie). Cliënten ervaren congruentie bij de patronen instemmen, dialoog en consumeren. Er is geen congruentie bij aanpassen, afhouden en strijden. Diverse factoren blijken de door de cliënt gewenste participatie te beïnvloeden, zoals de competenties van de cliënt, beschikbare energie, persoonlijkheid, voorkeur, opvattingen over zorg, de aard van de vraag, copingprocessen, leeftijd en ervaringen in het verleden met zorg. De bevindingen maken ook duidelijk dat verplegenden verschillen wat betreft het mogelijk maken van participatie door de cliënt. Deze verschillen bleken nauw samen te hangen met de door de verplegende ingeschatte competenties van de betrokken cliënt om te participeren in de zorg. Het mogelijk maken van participatie werd tevens beïnvloed door de eerder genoemde competenties van de verpleegkundige (zie hoofdstuk 2), opvattingen over de eigen rol en over de rol van de cliënt en barrières in de werkomgeving (protocollen, hoge werkdruk, centrale planning van werkprocessen en een taakgerichte organisatie).

digen en verzorgenden van vier thuiszorgorganisaties. De interne consistentie van de schalen werd onderzocht door principale componenten analyse en door berekening van Cronbach's alfa. Zeven items van het oorspronkelijke instrument werden verwijderd. Het totale (aangepaste) instrument bestaat uit 29 items (14 items competentie 'zorgproces in dialoog'; 7 items competentie 'ondersteunen cliëntparticipatie'; en 8 items competentie 'omgaan met spanningsvelden'). De construct validiteit, interne consistentie en haalbaarheid lijken acceptabel. Het instrument draagt bij aan bewustwording van vereiste competenties voor cliëntgecentreerde zorg en biedt mogelijkheden tot evaluatie en kritische reflectie.

In **hoofdstuk 7** wordt uitgelegd hoe de CCCQ werd ontwikkeld en getest. De CCCQ is een kort en relatief eenvoudig instrument dat gebruikt kan worden om de 'cliëntgecentreerdheid' van de thuiszorg, zoals ervaren door de cliënt, te evalueren. Het instrument bevat 15 items. Deze zijn een operationalisatie van de waarden van de cliënt zoals geïdentificeerd in hoofdstuk 2 en van de cliëntdoelen zoals vastgesteld in hoofdstuk 5. Het kan gebruikt worden voor evaluatie van effecten van interventies gericht op het verbeteren van cliëntgecentreerde zorg volgens het cliëntenperspectief. Evaluatie van cliëntgecentreerde zorg vanuit het cliëntenperspectief is in toenemende mate van belang, en deze vragenlijst biedt thuiszorgorganisaties de mogelijkheid om de geboden zorg te evalueren. De antwoorden van cliënten geven aanwijzingen voor verbetering van cliëntgecentreerde zorg.

**Hoofdstuk 8** beschrijft hoe de impact van het leertraject werd geëvalueerd op drie niveaus: leerprocessen, toepassing van competenties en door de cliënt ervaren cliëntgerichtheid, aan de hand van het Acht-velden model van Kessels. Drie thuiszorgorganisaties waren betrokken in het evaluatieonderzoek. In totaal 175 medewerkers volgden de basismodule, 34 verpleegkundigen en verzorgenden volgden de vervolgmodule. In totaal waren 107 cliënten betrokken bij het onderzoek. De bevindingen wijzen op een positieve impact op twee niveaus: het leerproces en de uitvoering van competenties in de praktijk. Er werd geen statistisch significante impact gevonden bij cliënten twee maanden na beëindiging van het leertraject. De procesevaluatie maakte duidelijk dat de verplegenden knelpunten ervoeren in de toepassing van cliëntgecentreerde zorg, die niet konden worden opgelost met uitsluitend acties van de verplegenden. Bovendien bleek de invloed van de getrainde verplegenden op collega's en managers beperkt. De verwachting is dat de impact van het leertraject bij cliënten zichtbaar zal worden indien meer verplegenden deelnemen aan het leertraject, en indien de implementatie ondersteund wordt door beleid, structuur en processen op alle niveaus van de zorgorganisatie. De procesevaluatie voorziet in kennis over



voorwaarden voor leerprocessen en voor toepassing van de competenties in de praktijk. Belemmerende factoren bij het leerproces zijn gebrek aan tijd en een lager opleidingsniveau. Belemmerende factoren voor toepassing in de praktijk zijn een centrale planning, taakgericht verpleegstelsel, te hoge werkdruk en gebrek aan steun van collega's en managers. Bevorderende factoren zijn feedback van ervaringsdeskundige cliënten en mantelzorgers, kritische reflectie, discussies en moreel beraad, steun van een voor dit doel opgerichte implementatiegroep binnen de zorgorganisatie, voldoende tijd, en steun van collega's en managers.

**In hoofdstuk 9** worden de resultaten van de studie besproken alsmede enkele theoretische, ethische en methodologische reflecties. Deze studie biedt meer inzicht in perspectieven op cliëntgecentreerde zorg en het leren balanceren hier-tussen. Cliëntgecentreerde zorg komt in dit onderzoek naar voren als een complex, contextueel en relationeel proces waarin de verplegende en de cliënt participeren op unieke wijze. Drie patronen werden onderscheiden als cliëntgecentreerde zorg: 'consumeren', 'dialoog' en 'instemming'. Het paraplu-concept 'cliëntgecentreerde zorg' werd gekozen omdat het alle drie de patronen omvat. De dialoog is nauw verwant met het concept vraaggerichte zorg. Consumeren is nauw verwant met het concept vraaggestuurde zorg. Instemming is nauw verwant met gematigd paternalisme. Competenties van verplegenden bij het vinden van een effectieve balans zijn nauw verwant met het concept professionaliteit. Deze studie biedt meer inzicht in competenties van verplegenden en in beïnvloedende factoren bij de ontwikkeling en toepassing van deze competenties.

De bevindingen van het onderzoek benadrukken de ethische betekenis van cliëntgecentreerde zorg. De bevindingen ten aanzien van cliëntgerichte zorg worden besproken in het licht van vier centrale stromingen in de ethiek: de principe-ethiek, zorgethiek, fenomenologische benadering en verpleegkundige ethiek. De liberale benadering van autonomie (autonomie als negatieve vrijheid, gekenmerkt door zelfbeschikking en vrijheid van interventie door derden) en de fenomenologische benadering (autonomie als positieve vrijheid, gekenmerkt door autonomie als identificatie) vullen elkaar aan. Beide benaderingen bieden inzicht en ondersteuning bij het helpen van de cliënt om zijn/ haar autonomie te realiseren. De fenomenologische benadering is onmisbaar waar het gaat om begrip voor het dynamisch karakter van de behoeften van de individuele cliënt in zijn/ haar context. De zorgethiek en verpleegkundige ethiek zijn met name waardevol bij het nadenken over de gewenste zorgrelatie met de cliënt in de context van de dagelijkse zorg.

Sterke kanten van het kwalitatieve onderzoek zijn de betrokkenheid van cliënten, het gekozen design dat leidt tot de ontwikkeling van concepten die passen in de praktijk, triangulatie van methoden en het bespreken van resultaten

met collega-deskundigen. De verklarende waarde en de overdraagbaarheid van de bevindingen lijkt acceptabel tot goed, mede door de selectie van situaties en respondenten gericht op het verkrijgen van een goede afspiegeling van de onderzoeksgroep en context, en door de nauwkeurige beschrijving hiervan. De variatie was enigszins beperkt wat betreft geslacht en opleidingsniveau. De ontwikkelde theoretische concepten en de gevonden relaties tussen de concepten vereisen nader onderzoek.

Sterke kanten van het ontwikkelde leertraject zijn de interne en externe consistentie, onder meer door de betrokkenheid van cliënten. Een beperking van het leertraject is de afbakening van de bevordering van cliëntgecentreerde zorg tot competentieontwikkeling van verplegenden. Een belemmerende factor was het spanningsveld tussen enerzijds benodigde tijd voor zorgvuldige analyse van kwalitatieve data en anderzijds tijdsdruk met betrekking tot de ontwikkeling van het leertraject.

Sterke kanten van het kwantitatieve deel van het onderzoek zijn de evaluatie op meerdere niveaus, de inhoudsvaliditeit van de ontwikkelde meetinstrumenten, en de formulering van de items van de competentieschaal in termen van gedrag. De onderzoeken waren beperkt vanwege de omvang van de steekproeven, het ontbreken van een controlegroep en het ontbreken van herhaalde metingen. Alhoewel de kwantitatieve onderzoeken over het algemeen genomen niet stevig genoeg zijn voor krachtige generalisaties, zijn de eerste resultaten veelbelovend.

Het proefschrift besluit met een aantal aanbevelingen. Voor de beroepsuitoefening in de praktijk wordt zowel een relationele als een contextuele benadering aanbevolen. Bij een relationele benadering geeft verplegende het zorgproces gestalte in relatie met de cliënt. In een contextuele benadering komt de verplegende tegemoet aan de door de individuele cliënt gewenste participatie, rekening houdend met de competenties van de cliënt om te participeren en rekening houdend met overige rollen en verantwoordelijkheden van de verplegende. Feedback, kritische reflectie en moreel beraad met collega's zijn van groot belang. Met betrekking tot de opleiding van verplegenden wordt de ontwikkeling van de competenties 'zorgproces in dialoog', 'faciliteren van cliëntparticipatie' en 'omgaan met spanningsvelden' aanbevolen. De competentieontwikkeling dient aan te sluiten bij de leerbehoeften van de individuele zorgverlener.

Beleidsmakers wordt aanbevolen om spraakverwarring rond het concept cliëntgecentreerde zorg en aanverwante zorgconcepten te voorkomen door het centrale perspectief, niveau en aspecten van cliëntgecentreerde zorg te verduidelijken. Het bevorderen van het bewustzijn van de attitude van alle werknemers van de zorgorganisatie ten aanzien van de centrale positie van de cliënt en zijn/haar vraag wordt aanbevolen door middel van communicatie op reguliere basis over ervaringen, verwachtingen en best practices. Managers dienen

cliëntgecentreerde zorg in het primaire proces te bevorderen door de professionele autonomie van de zorgverlener te bevorderen en door verplegenden te steunen met betrekking tot besluiten over zorg in de specifieke context. Cliëntgecentreerde zorg in het primaire proces dient ingebed te zijn in beleid, structuren en processen van betrokken personen op alle niveaus van de zorgorganisatie. Beleidsmakers wordt aanbevolen om te erkennen dat cliënten verschillen wat betreft de wijze waarop zij wensen te participeren in de zorg.

Nader onderzoek naar de ontwikkelde theoretische concepten en relaties tussen de concepten wordt aanbevolen. Nader onderzoek wordt eveneens aanbevolen naar de impact van cliëntgecentreerde zorg op cliënten en op verpleegkundigen en naar de relatie met achtergrondvariabelen zoals opleidingsniveau van verplegenden. Het verder testen van de validiteit, betrouwbaarheid en responsiviteit van de ontwikkelde meetinstrumenten is noodzakelijk. Het perspectief op cliëntgecentreerde zorg van cliënten en verplegenden in de context van acute zorg verdient aandacht. Onderzoek naar de morele ontwikkeling van verplegenden en de ontwikkeling van normatieve richtlijnen voor verplegenden kan zorgverleners mogelijk ondersteunen in het verlenen van cliëntgecentreerde zorg. Verder onderzoek naar aanvullende interventies gericht op implementatie van cliëntgecentreerde zorg wordt aanbevolen.