

Meer dan een nummer: persoonsgerichtheid in het ziekenhuis

Ellen Pipers^{a,b}, Sara Leroi-Werelds^a, Sandra Streukensa^a en Katrien Verleye^b – ^aUniversiteit Hasselt en ^bUniversiteit Gent
Hervé Avalosse en Sigrid Vancorenland – Studiedienst CM

Samenvatting

Persoonsgerichtheid start vanuit een holistische benadering - de patiënt-e is meer dan diens ziekte - en focust op het tegemoetkomen aan de unieke wensen en noden van de patiënt-e als individu. Persoonsgerichtheid is in lijn met de *Quintuple Aim* in de Belgische gezondheidszorg, waarbij aandacht is voor betere gezondheidsuitkomsten, een betere patiëntervaring, een hogere kosteneffectiviteit, verbeterd welzijn van de zorgverlener en gelijkwaardigheid. Toch is het moeilijk om als zorgorganisatie persoonsgericht te zijn, omdat er verwarring is over de betekenis van 'persoonsgerichtheid' en het moeilijk te meten is.

Het doel van dit onderzoek is om persoonsgerichtheid te conceptualiseren, instrumenten te ontwikkelen die persoonsgerichtheid meten in ziekenhuizen en om deze meetinstrumenten te valideren bij personen die recent in het ziekenhuis werden opgenomen.

Om inzicht te krijgen in persoonsgerichtheid en de onderliggende dimensies, namen onderzoekers van de Universiteit Hasselt (UHasselt) en Universiteit Gent (UGent) interviews af en werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Deze inzichten dienden als basis voor het ontwikkelen van meetinstrumenten. Vervolgens werd een pilootstudie uitgevoerd, voornamelijk om de vragenlijsten te valideren. Om dit te realiseren werden CM-leden die recent opgenomen waren in het ziekenhuis bevroegd (n=1.266 na data cleaning) via een vragenlijst-onderzoek.

Het onderzoek toont aan dat persoonsgerichtheid gedefinieerd kan worden als een holistische benadering van de persoon die gericht is op het verbeteren van het individuele welzijn door in te spelen op de unieke wensen en noden van het individu. Deze wensen en noden kunnen op zes dimensies verschillen tussen mensen: (1) de connectie met de zorgverlener, (2) het betrekken van familie, (3) het ontvangen van informatie, (4) het participeren in de medische dienstverlening, (5) aandacht voor extra's en (6) psycho-socio-emotionele steun.

Op basis van het vragenlijstonderzoek werden drie meetinstrumenten ontwikkeld en gevalideerd: (1) het gedetailleerd meetinstrument met 29 items, (2) het vereenvoudigd meetinstrument met 6 items en (3) het algemeen meetinstrument met 2 items.

De analyse van de pilootstudie bij CM-leden toont aan dat de connectie met de zorgverlener (dimensie 1) en het ontvangen van informatie (dimensie 3) de grootste impact hebben op tevredenheid. Daarnaast tonen de vergelijkende analyses aan dat mannen gemiddeld genomen hoger scoren op de algemene tevredenheid en de dimensies voor connectie, familie, participatie, extra's en steun in vergelijking met vrouwen. In dezelfde lijn scoren personen zonder chronische aandoening ook hoger dan personen met chronische aandoening.

Sleutelwoorden: Persoonsgerichtheid, ziekenhuizen, meetinstrument, kwalitatieve studie, kwantitatieve studie

Inleiding

Enkele jaren geleden beviel Lien van een zoontje Louis. Lien wist op voorhand goed wat ze wou – en niet wou – maar toch verliep de geboorte van Louis niet zoals ze gepland had. Lien wou heel graag zonder epidurale verdoving bevallen, maar de gynaecoloog besloot zonder veel overleg om een epidurale verdoving te laten plaatsen. De arbeid ging niet zo vlot vooruit en met een epidurale verdoving konden de weeën gestimuleerd worden. Hoewel alles vlot verlopen was en alles goed ging met moeder en zoon, bleef Lien met een knagend gevoel achter. Ze had zo graag gehad dat er meer rekening werd gehouden met haar wensen en noden. Enkele jaren later moest Lien opnieuw bevallen en had ze een hele fijne onderwaterbevalling. De gynaecoloog nam de tijd en Lien kon helemaal op haar eigen tempo bevallen. Maanden later liep ze nog op wolkes en was ze zo blij en dankbaar voor de zachte geboorte van haar zoontje Victor. Hoewel er medisch gezien in beide casussen correct gehandeld werd, voelde Lien zich bij de geboorte van haar eerste zoon meer als een nummer behandeld en bij de geboorte van haar tweede zoon als persoon.

Het lijkt misschien vreemd om zo veel aandacht te schenken aan wat – voor sommigen – misschien details lijken, maar persoonsgerichtheid (het feit dat er wordt tegemoetgekomen aan de individuele wensen en noden van patiënten) kan een belangrijke positieve impact hebben op patiënt-e, zorgverlener en ziekenhuis. Zo voelen patiënten zich beter als er een meer persoonsgerichte aanpak is. Ze herstellen vlotter en hun welbevinden en tevredenheid zijn hoger (Coyne, Holmström, & Söderbäck, 2018; Martinez, Postigo, Cuesta, & Muñoz, 2021). Ook zorgverleners ervaren positieve gevolgen van een persoonsgerichte aanpak: ze halen meer voldoening uit hun werk, hebben minder stress en gaan minder snel op zoek naar een andere job (Chang, Gil, Kim, & Bea, 2020; Choi, Kim, & Yoon, 2021; Fridberg, Wallin, & Tistad, 2021). Ook ziekenhuizen plukken de vruchten van een persoonsgerichte aanpak: als patiënten tevreden zijn over hun verblijf, zullen ze het ziekenhuis aanraden bij vrienden en familie en indien nodig terugkeren naar hetzelfde ziekenhuis. Verder is het voor ziekenhuizen natuurlijk een enorme meerwaarde als zorgverleners een hogere jobtevredenheid hebben en minder last hebben van stress.

De bovengenoemde voordelen van persoonsgerichtheid dragen bij aan de 'Quintuple Aim' binnen de gezondheidszorg. De *Quintuple Aim* omvat vijf pijlers of doelstellingen waaraan zorg wil voldoen (VIVEL, 2023):

1. het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten;
2. het verbeteren van de ervaring van de zorgvrager of patiënt-e;
3. het verlagen van de kosten door meer waarde te realiseren met de beschikbare middelen;
4. het verhogen van het welzijn van zorgverleners;
5. het bereiken van gelijkwaardigheid om de gezondheid van iedereen te verhogen.

Er is zowel in theorie als in praktijk al veel gezegd en geschreven over persoonsgerichtheid. Hoewel men het erover eens is dat de essentie van persoonsgerichtheid gaat over het rekening houden met de unieke wensen en noden van de hele persoon (Giusti, et al., 2020; Håkansson Eklund, et al., 2019), blijft het onduidelijk waar persoonsgerichtheid nu precies uit bestaat. Sommige auteurs leggen vooral de nadruk op de gedeelde besluitvorming tussen patiënt-e en zorgverlener, terwijl andere auteurs meer focussen op de holistische aanpak. Daarnaast bestaat er nog geen geschikt meetinstrument om persoonsgerichtheid te meten (Byrne, Baldwin, & Harvey, 2020).

Het hoofddoel van dit onderzoek van de Universiteit Hasselt (UHasselt) en Universiteit Gent (UGent) is om (1) persoonsgerichtheid te conceptualiseren, (2) een meetinstrument te ontwikkelen dat persoonsgerichtheid in ziekenhuizen meet, en (3) het meetinstrument in samenwerking met CM te valideren. Daarnaast wordt er aan de hand van de resultaten van de bevraging bij CM-leden geanalyseerd welke factoren van invloed zijn op de tevredenheid van mensen over de ontvangen zorg. De verschillende delen van dit artikel lichten deze elementen verder toe.

Dit artikel is gebaseerd op het doctoraatsproefschrift van Ellen Pipers (Pipers, 2024).

1. Conceptualisering van persoonsgerichtheid

1.1. Methodologie

Om persoonsgerichtheid te conceptualiseren combineerden onderzoekers van UHasselt en UGent drie invalshoeken: (1) een systematische analyse van de literatuur; (2) interviews met zorgverleners; (3) interviews met patiënten en hun naasten.

Er werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd waarbij via verschillende databanken werd gezocht: Web of Science, PubMed, CINAHL, Embase, MEDLINE (Ovid) en Scopus. De zoekterm '*person cent**' werd gebruikt in combinatie met '*dimensions*', '*defin**', '*model*', '*framework*' en '*concept**'. Dit leidde tot 13.233 resultaten, waaronder 7.794 duplicaten die verwijderd konden worden. Artikels van voor 2016 werden verwijderd (1.546 resultaten). De overige resultaten (3.893 artikels) werden vervolgens gescreend op titel, *abstract* en *full-text*. Artikels waarbij het hoofddoel niet was om persoonsgerichtheid te conceptualiseren, die niet over de ziekenhuiscontext handelden of die een editoriaal of opinie bevatten, werden geëxcludeerd. Deze procedure leidde tot de inclusie van 53 artikels. Na analyse van de referentielijsten werden hier nog 4 artikels aan toegevoegd. In totaal werden dus 57 artikels geanalyseerd.

Er werden 29 semigestructureerde interviews afgenomen bij zorgprofessionals waarbij getracht werd om een brede variatie qua profielen te hebben onder de respondenten: zowel zorgverleners die rechtstreeks contact hadden met patiënten (verpleegkundigen, vroedvrouwen en artsen), als professionals zonder rechtstreeks patiëntencontact zoals stafmedewerkers en directie. Ten slotte werden ook professionals buiten het ziekenhuis geïnterviewd zoals medewerkers of managers uit patiëntenorganisaties, kwaliteitsorganisaties, koepelorganisaties en ziekenfondsen. De interviews duurden gemiddeld 62 minuten, met een variatie van 25 tot 140 minuten. De interviews met de professionals verliepen *online* of *face-to-face*, afhankelijk van de voorkeur van de respondent-e. De interviewleidraad bestond uit vragen die peilen naar de betekenis van persoonsgerichtheid, het belang ervan en factoren die persoonsgerichtheid kunnen beïnvloeden.

Tevens werden semigestructureerde interviews afgenomen bij patiënten en familieleden. Deze groep bestond uit 18 respondenten, met en zonder chronische aandoeningen¹, van verschillende leeftijden en zowel mannen als vrouwen. De gemiddelde duur van het interview bedroeg 74 minuten met een variatie van 25 tot 180 minuten. De patiënteninterviews werden allemaal *online* afgenomen. De interviewleidraad bestond uit vragen om te polsen naar de ervaring tijdens de opname, zowel de positieve als de negatieve ervaringen, de betekenis van persoonsgerichtheid en de stappen die de respondent-e zou zetten om persoonsgerichtheid te bestendigen.

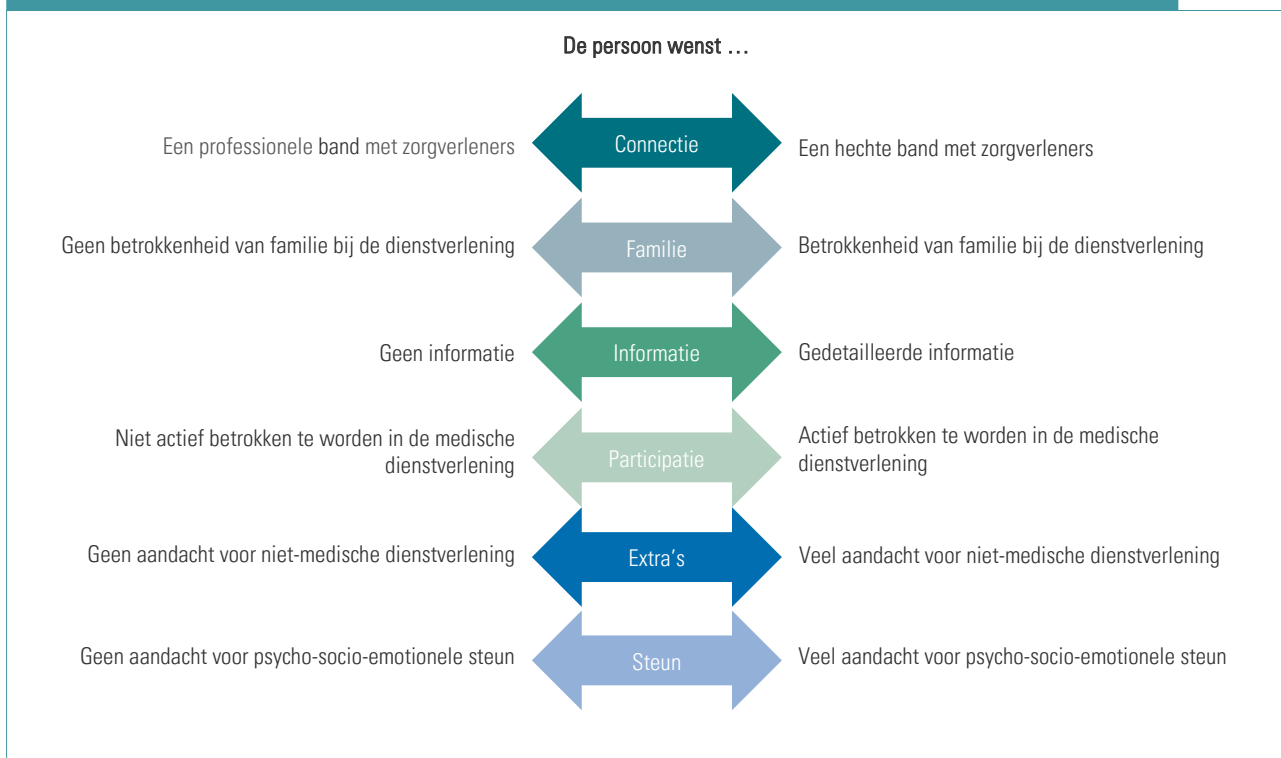
Alle interviews werden opgenomen en getranscribeerd. De data uit de interviews en literatuurstudie werden gecodeerd in NVivo. De analyse van zowel de interviews als de literatuur gebeurde in drie stappen volgens de Gioia-methode (Gioia et al., 2013). In een eerste stap werden er codes toegekend aan stukjes tekst in de woorden van de respondent-e of het artikel. Daarna werden deze codes samengevat in overkoepelende categorieën. In de laatste stap werden deze categorieën samengevoegd tot abstracte dimensies.

1.2. Resultaten

Uit de literatuurstudie en interviews blijkt dat persoonsgerichtheid een holistische benadering van de persoon inhoudt, die gericht is op het verbeteren van het individuele welzijn door in te spelen op de unieke wensen en noden van het individu. Zowel uit de literatuurstudie als de interviews komen zes dimensies naar voren, echter de interviews tonen de heterogeniteit in wensen en noden aan. Waarbij de literatuur er vaak van uitgaat dat mensen bijvoorbeeld altijd een hechte relatie willen of veel informatie, wordt dit beeld genuanceerd door de interviews. De interviews tonen aan dat er grote verschillen kunnen zijn tussen de wensen en noden van mensen. Zo wil de ene persoon veel en een andere persoon weinig informatie. De zes dimensies waarop mensen verschillende wensen en noden hebben zijn: (1) de connectie met de zorgverlener, (2) het betrekken van familie, (3) het ontvangen van informatie, (4) het participeren in de medische dienstverlening, (5) aandacht voor extra's en (6) psycho-socio-emotionele steun (zie Figuur 1). Een algemene beschrijving van deze zes dimensies wordt samengevat in tabel 1 en wordt nadien verder toegelicht.

1 De respondenten rapporteerden zelf of ze een chronische aandoening hadden of niet, er is niet nagegaan of zij het statuut persoon met een chronische aandoening hadden.

Figuur 1: Dimensies waarop mensen verschillende wensen en noden kunnen hebben
(Bron: Pipers, 2024)



Tabel 1: Verschillende dimensies en hun beschrijving
(Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Beschrijving
Connectie met de zorgverlener	De mate waarin een persoon een hechte relatie wenst met de zorgverleners
Betrekken van familie	De mate waarin de persoon diens naasten wenst te betrekken in het proces
Ontvangen van informatie	De mate waarin een persoon informatie wenst
Participeren in de medische dienstverlening	De mate waarin een persoon betrokken wenst te zijn in het medisch proces
Aandacht voor extra's	De mate waarin een persoon aandacht wenst voor niet-medische diensten zoals bijvoorbeeld parking of catering
Psycho-socio-emotionele steun	De mate waarin een persoon aandacht wenst voor diens psycho-socio-emotionele context

1.2.1. Connectie met de zorgverlener

Op vlak van de relatie met zorgverleners willen sommige mensen een hechte relatie, terwijl anderen een louter professionele, eerder afstandelijke relatie met zorgverleners willen.

'Die waren niet echt met mij bezig en dan ben ik, uiteindelijk is er één langs mij komen staan die zwanger was en toen ben ik zelf nog tegen haar beginnen praten tot ik in slaap was (lacht) [...] . Ik had de hele tijd de indruk dat ze tegen mekaar aan het praten waren en geen aandacht hadden voor de persoon' (patiënte opgenomen voor een geplande operatie).

'Je niet zien als een nummer, [...] dat maakt mij niet zoveel uit. Weet je, want je ziet wel, dat is routine, die komen binnen en die geven je eten, dat is voldoende voor mij' (patiënte opgenomen voor een geplande operatie).

"Een goede zorgrelatie is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg, waarin medeleven, respect, persoonlijke en professionele betrokkenheid en nabijheid tot bloei kunnen komen" (van der Cingel et al., 2016, p. 8, eigen vertaling).

1.2.2. Betrekken van familie

Ook wat betreft het betrekken van naasten zijn er verschillende wensen en noden. Zo wil de ene patiënt-e de naasten nauw betrekken bij diens zorg en wil de andere dat juist helemaal niet.

'Je krijgt niet alleen kanker hé, heel uw familie krijgt kanker als je begrijpt wat ik bedoel. Heel je familie staat op zijn kop [...]. Neem die mee in het proces, vertel die hoe je een patiënt kan ondersteunen' (patiënte met kanker).

'Maar ik denk ook en dat vond ik zo mooi op hartbewaking, ons mama zei op een bepaald moment: 'nee, ik laat mij niet opereren', en toen zei ik tegen de cardioloog: 'jawel, jawel'. 'Sorry,' zei hij, 'jij bent niet mijn patiënt'. Daar heb ik enorm veel respect voor, ik vond dat niet leuk, maar ik heb daar wel heel veel respect voor' (dochter van patiënte met chronische aandoening).

"Het belang van contact met familieleden en naasten kwam naar voren uit deze analyse" (Connelly et al., 2020, p. 217, eigen vertaling).

1.2.3. Ontvangen van informatie

Verder bleek uit de interviews dat sommige patiënten helemaal geen informatie willen, terwijl anderen tot in detail alles willen weten over hun aandoening, maar ook over hun ziekenhuisverblijf (welke onderzoeken staan er gepland, hoe laat komt het eten, enz.).

'Ik ben er niet naar op zoek gegaan, zo tips van hoe dat anderen met kankerpatiënten zouden moeten kunnen omgaan. Dat zal waarschijnlijk wel bestaan, maar ik zoek geen lotgenoten op, ik zoek ook niks op kanker.nl of kanker.be of Kom op tegen Kanker. Ik heb daar niet de behoefte aan, het kan voor een ander wel zo zijn, absoluut, maar niet voor mij' (patiënte met kanker).

'Er werd alle dagen bloed afgetapt om te zien hoe ver de ontsteking stond op een bepaald moment en als je dan vraagt welke parameter in het bloed onderzoek je? En wat is de normale waarde en wat is de doelwaarde die je hebt en wat is de waarde nu? Ja, dan kreeg ik geen antwoord, dat was zo van daar heb jij niks mee te maken' (patiënt met chronische aandoening).

"Communicatie was ook van praktisch belang in termen van de uitwisseling van informatie over de toestand van de persoon en de zorg. Deelnemers wilden op de hoogte worden gehouden van wat er gebeurde met hun zorg of de zorg voor hun familielid, dat er naar hen geluisterd werd en hun vragen beantwoord werden" (Ellins and Glasby, 2016, p. 57-58, eigen vertaling).

1.2.4. Participeren in de medische dienstverlening

Ondanks dat participatie vaak als streefdoel gezien wordt in de literatuur, gaven sommige patiënten aan dat ze geen behoefte hadden om mee te beslissen over de zorg, het verblijf in het ziekenhuis, het moment van ontslag, enz. Andere patiënten daarentegen besloten juist wel graag mee.

'[...] We zullen eerst dit doen en dan dat en dan moeten we daarvoor ook nog dat onderzoek doen. Maar het is ook niet dat ik het anders had beslist, ik had volledig vertrouwen in het proces dat ze hebben voorgeschoteld. Ik heb niet het gevoel dat ze echt aan mij hebben gevraagd van we kunnen dit doen of we kunnen dit doen, maar ik denk ook dat dat niet slecht is, dat ze gewoon hebben gezegd van we gaan het zo doen' (patiënt met chronische aandoening).

'[...] Hij zei: we gaan eerst gas in uw oog doen, dat gas gaat uw netvlies terugduwen, dat vocht daaronder uit duwen en dan ga ik kijken of ik morgen kan laseren en 1 kans op 2 en anders is het een oogoperatie. Dan heb ik tegen hem gezegd: ja maar ja dokter, als ik toch maar 1 kans op 2 heb, waarom zeg je dan niet gewoon opereren nu? [...] Hij zegt: we moeten dat eerst, want als ik ga opereren, toen zei hij dat pas, dat is heel schadelijk voor uw oog, dat heeft veel meer nadelen. Dus dat is belangrijk dat we dat toch nog proberen, maar dat zei hij pas nadat ik in discussie was gegaan. En ik vond dat eigenlijk wel belangrijk van ok ik heb die vraag gesteld, zo van ik heb ook mijn ding of mijn visie daarover kunnen geven en hij heeft uitgelegd het is zo en toen heb ik gezegd: ok, het is goed' (patiënt met acute aandoening).

“Deelnemers vonden dat zorgverleners in het eerste contact bereid en in staat moeten zijn om van hun patiënten te leren, vooral van degenen met langdurige aandoeningen. Ze moeten openstaan voor samenwerking met patiënten om beslissingen te nemen en de patiënten voldoende en toegankelijke informatie geven om hen in dit proces te helpen” (Erwin et al., 2020, p. 5, eigen vertaling).

1.2.5. Aandacht voor extra's

Terwijl de ene patiënt-e niet-medische diensten (zoals het eten, maar ook de parking of een aangename kamer) heel belangrijk vindt, ligt de andere daar helemaal niet wakker van.

‘En zij hadden ook wel en dat vond ik ook heel goed, zij hadden een keuken voor alle ouders. Je kon dan kiezen ofwel kreeg je daar eten en we hadden dan gezegd: ok, we eten hier, maar we hebben dat na 1 dag stopgezet, want dat was eigenlijk heel duur voor echt heel slecht eten. Dat we zoiets hadden van: we gaan beneden in het winkeltje wel of we gaan toch elke dag naar huis [...]. Maar in dat keukentje kon ge dan met de andere ouders babbelen, dat was wel heel fijn, omdat je samen dezelfde miserie had (lacht). Dus dat was wel heel goed’ (mama van baby opgenomen op Neonatale Intensive Care Unit).

“Interventies voor het verbeteren van de inrichting kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het toevoegen van verplaatsbaar meubilair met een meer patiënt-e /familie-georiënteerd ontwerp, zoals een innovatieve stoel waarmee familieleden naast de patiënt-e kunnen slapen en met hem kunnen communiceren (CAMA-bedstoel), net zoals de horecawereld innovatief meubilair heeft gevonden om de klantervaring te verbeteren” (Hunter-Jones et al., 2020, p. 878, eigen vertaling).

1.2.6. Psycho-socio-emotionele steun

Ten slotte kunnen patiënten ook een verschillende aanpak verkiezen: daar waar sommigen enkel willen focussen op hun medische noden, willen anderen focussen op hun psycho-socio-emotionele noden.

‘Ik had daar gewoon mensen nodig die professioneel en vriendelijk die prik zetten, die die pompen goed bedienden, die alles afvinkten wat moest afgevinkt worden, ik had daar niet meer, meer had ik daar niet nodig’ (patiënte met kanker).

‘Zo het menselijke stuk, van hoe is het en hoe voel je je en naar het emotionele toe, ja daar leg je zelf als team je focus op of niet je focus op. En dan vind ik naar het stuk van team van de vroedvrouwen en ook wel een beetje het stuk, ja de gynaecoloog, die vraagt van lukt het? En gaat het? Vind ik dat wel, daar zit wel een verschil. Je kan een goede controle doen en een goede hechting of een goed infuus prikken, maar ja ik zeg als dat persoonlijke stuk er niet is, dat vind ik voor mij wel een heel ander ervaring’ (opgenomen voor geboorte van haar kindje).

“Het uitgangspunt van ons model is om de patiënt-e altijd te zien als een persoon en als zodanig als een denkend, voelend, interpreterend, sociaal en creatief wezen met de mogelijkheid tot levenslange ontwikkeling, zelfs als de tijd die voor ons ligt beperkt is” (Österlind and Henoeh, 2021, p. 2, eigen vertaling).

2. Ontwikkeling en validatie van meetinstrumenten voor persoonsgerichtheid

2.1. Methodologie

Op basis van de inzichten uit de interviews werden drie verschillende meetinstrumenten ontwikkeld om persoonsgerichtheid te meten in ziekenhuizen op basis van de ervaring van patiënten. Niet enkel de wensen en noden van patiënten kunnen immers verschillen, maar ook de wensen en noden van onderzoekers en organisaties die persoonsgerichtheid willen meten. Zo kunnen er verschillende doelen zijn om persoonsgerichtheid te meten en kunnen er praktische overwegingen meespelen, zoals de lengte van de vragenlijst. Voor sommige doelen zal een korte vragenlijst volstaan (bijvoorbeeld voor het vergelijken van de mate van persoonsgerichtheid tussen ziekenhuizen of afdelingen), terwijl voor andere doelen het nodig zal zijn om een meer gedetailleerd beeld te krijgen (bijvoorbeeld indien een organisatie inzicht wil krijgen in de sterktes en verbeterpunten van een afdeling).

Om de meetinstrumenten voor persoonsgerichtheid te ontwikkelen, werden vier stappen gevolgd (zie Figuur 2): 1) de inhoud specificeren, 2) de items specificeren en formuleren, 3) het verzamelen van data en 4) het valideren van de

Figuur 2: Ontwikkeling van de meetinstrumenten in vier stappen



meetinstrumenten (Diamantopoulos and Winklhofer, 2001). De stappen 1 en 2 bouwen verder op de eerder beschreven kwalitatieve studie.

Voor wat betreft **stap 1 'specificatie van de inhoud'** werd vastgesteld dat persoonsgerichtheid uit zes dimensies bestaat (zie Tabel 1). Zowel het gedetailleerde als het vereenvoudigde meetinstrument zijn opgebouwd aan de hand van deze zes dimensies. Het algemene meetinstrument is opgebouwd op basis van de definitie van persoonsgerichtheid (als persoon behandeld worden en rekening houden met de wensen en noden van die persoon).

In **stap 2, specificatie van items**, werd nagegaan welke items of vragen gesteld kunnen worden, per dimensie, op basis van de data uit de interviews en de systematische literatuurstudie (zie punt 1.). In het gedetailleerde meetinstrument worden meerdere vragen per dimensie gesteld, zoals vragen rond informatie over de behandeling of aandoening, maar ook rond informatie over het ontslag of de dagelijkse routine in het ziekenhuis. In het vereenvoudigd meetinstrument werd één vraag per dimensie gesteld (zie Tabel 1). Het algemeen meetinstrument bevat slechts twee vragen ('Er werd voldoende rekening gehouden met mij als persoon' en 'Er werd voldoende rekening gehouden met mijn wensen en noden'). Deze items werden vervolgens voorgelegd aan een groep experts om na te gaan of alle items duidelijk verwoord waren en of er geen aspecten van persoonsgerichtheid ontbraken. In totaal gaven 21 experts feedback op de meetinstrumenten. Deze expertengroep bestond uit zowel patiënten, professionals als onderzoekers.

In **stap 3, verzamelen van data**, werd de hulp van CM ingeschakeld om kwantitatieve data te verzamelen aan de hand van een vragenlijst. Deze kwantitatieve data zijn nodig om de meetinstrumenten te valideren. De vragenlijst omvatte naast de drie meetinstrumenten ook vragen over de leeftijd, het geslacht, de gezinssituatie, het opleidingsniveau, het al dan niet aanwezig zijn van een chronische aandoening, de reden van ziekenhuisopname, de duur van opname en het al dan niet gepland zijn van de opname. Bijkomend werd tevredenheid bevestigd aan de hand van één vraag: 'Hoe tevreden was u over uw ervaring in het ziekenhuis op een schaal van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (heel tevreden)?'. De naam van het ziekenhuis waar de opname plaatsvond werd niet gevraagd. De vragenlijst werd verstuurd naar 21.000 CM-leden die in het afgelopen jaar opgenomen waren in een algemeen of universitair ziekenhuis. Er werd een Franstalige en een Nederlandstalige steekproef genomen (9.000 Franstaligen en 12.000 Nederlandstaligen). Daarnaast werd rekening gehouden met leeftijd, geslacht en provincie om zo tot een betrouwbare steekproef te komen. Patiënten die opgenomen waren op een revalidatie-afdeling, psychiatrische of palliatieve afdeling werden geëxcludeerd. De vragenlijst kon in het Frans, Nederlands of Engels ingevuld worden. De vragenlijsten werden verzonden in februari-maart 2023; de CM-leden die een vragenlijst ontvingen, waren opgenomen tussen februari 2022 en februari 2023. Alle respondenten gaven hun akkoord voor de verwerking van de verzamelde data. Deze verwerking werd uitgevoerd door de onderzoekers van UHasselt.

De data werden verwerkt en geanalyseerd in de statistische programma's SPSS en SmartPLS. SPSS werd gebruikt voor beschrijvende statistiek en om verschillen-

de groepen te vergelijken. In SmartPLS werd het model verder geanalyseerd om na te gaan welke dimensies het zwaarst doorwegen op de uitkomstvariabelen. Daar uit de literatuur blijkt dat persoonsgerichtheid leidt tot een hogere tevredenheid (Jakobsson et al., 2019), werd dit concept als uitkomstvariabele meegenomen in het model.

In **stap 4, validatie**, werden de meetinstrumenten gevalideerd op basis van de analyses in SmartPLS. Bij de formatieve meetinstrumenten (het gedetailleerd en vereenvoudigd meetinstrument) werd nagegaan of de items geen te sterke gelijkens vertoonden (multicollineariteit). Bij een formatief meetinstrument is het niet wenselijk dat de items te sterk op elkaar lijken. Daarom werd de VIF-score (*Variance Inflation Factor*) berekend om na te gaan of een item verwijderd kon worden. Vervolgens werd de redundantie (redundantieanalyse) getest door het gedetailleerd en het vereenvoudigd meetinstrument te koppelen aan het algemeen meetinstrument om na te gaan of laatstgenoemde verklaard kon worden door het gedetailleerd en het vereenvoudigd meetinstrument. Daarnaast werd onderzocht of deze meetinstrumenten de variatie in tevredenheid in belangrijke mate konden verklaren (criteriumvaliditeit). Op basis van de literatuur wordt verwacht dat persoonsgerichtheid een effect heeft op tevredenheid (Jakobsson et al., 2019). Dit zou ook duidelijk moeten zijn in de resultaten van onze meetinstrumenten.

Deze stappen worden in detail uitgelegd in de annex, waar tevens toegelicht staat wat formatieve en reflectieve meetinstrumenten zijn.

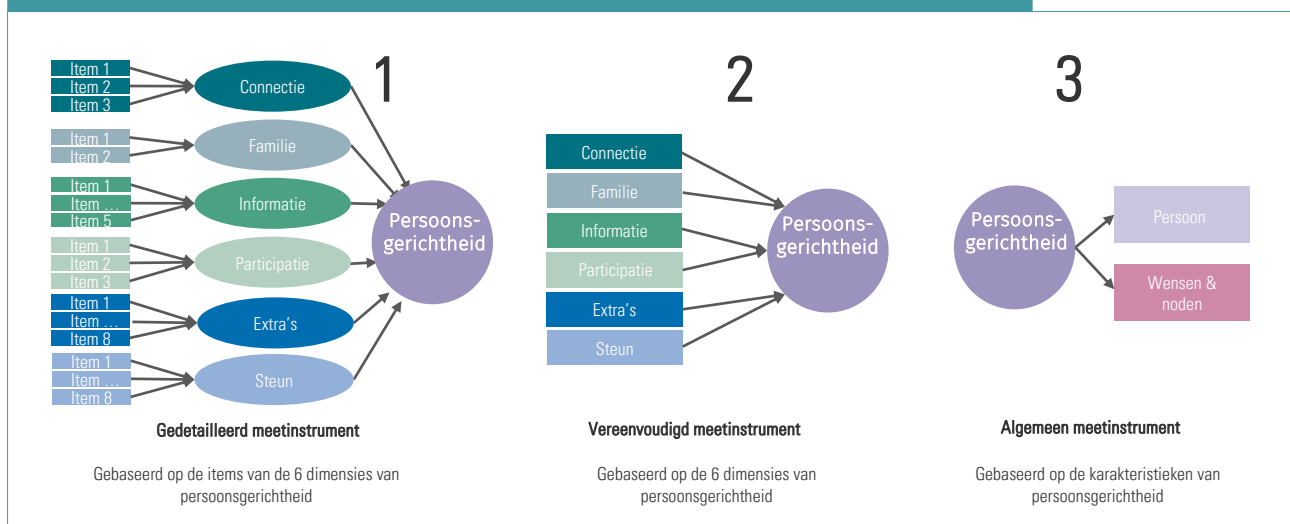
2.2. Resultaten

Op basis van de VIF-scores werden 15 items die te sterk overlaptten uit het oorspronkelijk gedetailleerd meetinstrument met 44 items verwijderd. In het vereenvoudigd meetinstrument werden geen items verwijderd. De redundantieanalyse van het gedetailleerd meetinstrument gaf een score van $\beta = 0,80$ en het vereenvoudigd meetinstrument een score van $\beta = 0,79$. Beide scores zijn hoger dan de aanbevolen waarde van 0,70. Hieruit kan worden besloten dat de meetinstrumenten goed scoren op de redundantieanalyse.

Voor de criteriumvaliditeit bleek dat het gedetailleerde meetinstrument (29 items) 76% van de variatie binnen tevredenheid verklaart. Het vereenvoudigd meetinstrument (6 items) heeft een gelijkaardige score van 77% voor tevredenheid. Tenslotte kon het algemeen meetinstrument (2 items) 63% van de variatie binnen tevredenheid verklaren. Deze resultaten bevestigen dat de meetinstrumenten valide zijn. De meetinstrumenten worden visueel weergegeven in figuur 3.

Het **gedetailleerd meetinstrument** bestaat uit 29 items: drie items voor connectie, twee items voor familie, vijf items voor informatie, drie items voor participatie, acht items voor extra's en acht items voor steun. Een voorbeeld van een item is: 'In welke mate kwam de informatie over mogelijke behandelingen tegemoet aan mijn wensen en noden?'. De respondenten kunnen telkens een score geven tussen nul en tien, waarbij nul betekent dat dit aspect helemaal niet overeenkomt met hun wensen en noden en tien dat dit aspect helemaal overeenkomt met hun wensen en noden.

Figuur 3: Overzicht van de verschillende meetmodellen voor persoonsgerichtheid (Bron: Pipers, 2024)



Het **vereenvoudigd meetinstrument** bestaat uit zes items: één item per dimensie. Een voorbeeld van een item is: 'Over het algemeen kwam de informatie die ik kreeg overeen met mijn wensen en noden'. Respondenten kunnen opnieuw een score geven tussen nul en tien, waarbij nul betekent dat ze helemaal niet akkoord zijn met de stelling en tien dat ze helemaal akkoord zijn met de stelling.

Tot slot bestaat het **algemeen meetinstrument** uit twee items die zijn gebaseerd op de definitie van persoonsgerichtheid: 'Er werd rekening gehouden met mij als persoon' en 'Er werd tegemoet gekomen aan mijn wensen en noden'. Ook op deze items kunnen de respondenten een score geven tussen nul en tien, waarbij nul betekent dat ze helemaal niet akkoord zijn met de stelling en tien dat ze helemaal akkoord zijn met de stelling.

Deze meetinstrumenten verschillen in lengte en in niveau van detail dat ze in kaart brengen. Afhankelijk van het doel van de bevraging, kan een zorginstelling voor één van de drie meetinstrumenten kiezen. Indien een ziekenhuis of afdeling heel gedetailleerde informatie wil over hun mate van persoonsgerichtheid, dan kunnen ze best het gedetailleerde meetinstrument gebruiken. Indien ze echter een globaal beeld willen van de mate van hun persoonsgerichtheid, kunnen ze beter het algemene of vereenvoudigde meetinstrument gebruiken. Ziekenhuizen kunnen ook een combinatie gebruiken van meetinstrumenten, bijvoorbeeld het algemene en het vereenvoudigde instrument.

3. Evaluatie van persoonsgerichtheid bij ziekenhuiszorg bij CM-leden

In dit deel worden de resultaten besproken van een onderzoek bij CM-leden naar persoonsgerichtheid van ziekenhuiszorg in het kader van het validatieproces van de meetinstrumenten. Zoals beschreven in stap 3, werd de vragenlijst naar een steekproef van CM-leden verstuurd die recent opgenomen waren in het ziekenhuis.

3.1. Algemene resultaten

In totaal vulden 1.430 respondenten de vragenlijst in. Na *data cleaning* bleven nog 1.266 respondenten over. Bij deze *data cleaning* werden de data gecontroleerd op minimale invultijd, het geven van random antwoorden en het geven van steeds dezelfde scores. Er werden 164 respondenten verwijderd (11,5%), wat in lijn is met de inschatting dat ongeveer 10% van de vragenlijsten onvoldoende aandachtig wordt ingevuld (Curran, 2016). In tabel 2 worden de kenmerken van de respondenten weergegeven: leeftijd, geslacht, taal, opleidingsniveau, het al dan niet hebben van een chronische aandoening, het al dan niet gepland zijn van de opname, opnameduur en reden van opname.

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de scores op de verschillende meetinstrumenten en hun impact op tevredenheid. In het statistisch programma SmartPLS werden de verschillende meetinstrumenten geanalyseerd. Elk meetinstrument werd weergegeven als een model (zoals in Figuur 3). In het gedetailleerde meetinstrument leverde dit een gewicht op van elke dimensie op persoonsgerichtheid. Daarnaast zien we in het gedetailleerde meetinstrument een gewicht van elk item op de betrokken dimensie. Een hoger gewicht geeft aan dat het item een grotere bijdrage levert aan persoonsgerichtheid, terwijl een lager gewicht suggereert dat het item minder relevant is voor het concept persoonsgerichtheid. Zo hebben de drie items van connectie elk een gewicht op de dimensie connectie en heeft de dimensie connectie een gewicht op persoonsgerichtheid. Om de impact te berekenen van elk item werd het gewicht van het item vermenigvuldigd met het gewicht van de betrokken dimensie. Voor het vereenvoudigd meetinstrument werd het gewicht van elke dimensie op persoonsgerichtheid berekend.

Tabel 2: Kenmerken van de respondenten (Bron: Pipers, 2024)

Kenmerken	Resultaten
<i>Leeftijd</i>	
• Gemiddelde	63,55 jaar
• Variantie	18-90 jaar
• Standaarddeviatie ²	14,34 jaar
	Percentage (aantal) respondenten
<i>Geslacht</i>	
• Vrouw	48,3% (612)
• Man	51,3% (649)
• Niet meegedeeld	0,4% (5)
<i>Taal</i>	
• Nederlands	52,0% (658)
• Frans	47,7% (604)
• Engels	0,3% (4)
<i>Opleidingsniveau</i>	
• Lager onderwijs	5,6% (71)
• Middelbaar onderwijs	22,0% (279)
• Hoger onderwijs (korte type)	31,4% (397)
• Hoger onderwijs (lange type)	35,8% (453)
• Niet gespecificeerd	5,2% (66)
<i>Chronische aandoening</i>	
• Ja	44,5% (564)
• Nee	50,9% (645)
• Niet meegedeeld	4,5% (57)
<i>Geplande opname</i>	
• Ja	65,4% (828)
• Nee	34,6% (438)
<i>Opnameduur</i>	
• 1 nacht	28,3% (358)
• Tussen 2 en 7 nachten	55,0% (696)
• Meer dan 7 nachten	16,7% (212)
<i>Reden van opname</i>	
• Infectie	9,0% (114)
• Ingreep of operatie	60,3% (763)
• Observatie	6,0% (76)
• Ongeval	5,3% (67)
• Zwangerschap en/of geboorte	4,7% (60)
• Niet gespecificeerd	14,7% (186)

De gemiddelde score voor tevredenheid is 8,18. Daarnaast zijn ook de scores voor de items uit de meetinstrumenten relatief hoog. Voor het gedetailleerd en vereenvoudigd meetinstrument kan aan de hand van de impact op tevredenheid ingeschat worden hoe belangrijk een item is. Voor het algemeen meetinstrument kan dit niet, omdat het om een reflectief meetinstrument gaat. De items uit het gedetailleerd meetinstrument waar lager op gescoord wordt, zoals 'aandacht voor welzijn van naasten' en 'aandacht voor informeren van naasten', hebben geen significante impact op tevredenheid. Bijgevolg worden deze als minder belangrijk beschouwd. De items uit het gedetailleerd meetinstrument met de hoogste impact op tevredenheid zijn 'iets extra doen als zorgverlener', 'respectvol omgaan' en 'een band opbouwen'. Op deze items worden respectievelijk de volgende scores behaald: 7,56, 8,54 en 7,32. Sommige items van het gedetailleerd meetinstrument hebben geen significante impact op tevredenheid en zijn aangeduid met 'n.s.'. Dezelfde bevindingen worden waargenomen in het vereenvoudigd meetinstrument: **connectie en informatie hebben de grootste impact op tevredenheid.**

3.2. Resultaten op tevredenheid en op zes dimensies van persoonsgerichtheid: vergelijking tussen gebruikersgroepen

In de volgende fase van dit onderzoek werden de resultaten van de vragenlijst meer in detail geanalyseerd. Tijdens de interviews kwamen er verschillende kenmerken van personen naar voor als verklaring voor de heterogeniteit tussen wensen en noden. Op basis hiervan werden verschillende gebruikersgroepen met elkaar vergeleken:

- mannen versus vrouwen;
- kort versus langgeschoolde personen;
- mensen met een chronische aandoening versus mensen zonder chronische aandoening.

Voor deze analyses werd het vereenvoudigd meetinstrument (zes items) gebruikt. Er werd nagegaan of er significante verschillen waren in de gemiddelde scores per dimensie en de uitkomstvariabele (tevredenheid) tussen de verschillende groepen. Hiervoor werden T-testen uitgevoerd in het statistische programma SPSS.

2 De standaarddeviatie geeft de mate van spreiding van getallen rondom het gemiddelde van deze getallen.

Tabel 3: Impact items meetinstrumenten op tevredenheid
(Bron: Pipers, 2024)

Items		Beschrijvende statistiek		Impact op tevredenheid ³
		Gemiddelde score op 10	Standaard-deviatie	
Uitkomst-variabelen				
Tevredenheid		8,18	1,81	
Gedetailleerd meetinstrument				
Connectie item 1	Iets extra doen	7,56	2,54	0,357
Connectie item 2	Respectvol	8,54	1,75	0,409
Connectie item 3	Band opbouwen	7,32	2,46	0,362
Familie item 1	Aandacht voor welzijn van naasten	6,98	2,70	n.s.
Familie item 2	Aandacht voor informeren van naasten	6,78	2,90	n.s.
Informatie item 1	Informatie over mogelijke behandelingen	8,15	2,05	0,087
Informatie item 2	Informatie over ziekenhuisverblijf	7,59	2,22	0,085
Informatie item 3	Informatie over ontslag uit ziekenhuis	7,23	2,71	0,076
Informatie item 4	Informatie over nazorg na opname	7,53	2,60	0,076
Informatie item 5	Informatie over impact op dagelijks leven	7,43	2,47	0,082
Participatie item 1	Beslissingen over behandeling	7,61	2,30	n.s.
Participatie item 2	Beslissingen over ziekenhuisverblijf	6,96	2,63	n.s.
Participatie item 3	Beslissingen over ontslag	7,03	2,76	n.s.
Extra's item 1	Parkeermogelijkheden	7,40	2,68	0,027
Extra's item 2	Maaltijden	7,20	2,36	0,039
Extra's item 3	Mogelijkheden tot bezoek	7,73	2,36	0,030
Extra's item 4	Meubilair	7,93	1,90	0,043
Extra's item 5	Inrichting van de ruimtes	7,86	1,94	0,042
Extra's item 6	Ontspanningsmogelijkheden	6,06	2,88	0,032
Extra's item 7	Sfeer in het ziekenhuis	7,73	2,01	0,059
Extra's item 8	Omgeving van het ziekenhuis	5,80	3,01	0,029
Steun item 1	Aandacht voor pijn	8,31	1,87	0,025
Steun item 2	Aandacht voor privacy	7,87	2,29	0,022
Steun item 3	Aandacht voor dagelijkse routine	7,76	2,21	0,024
Steun item 4	Aandacht voor levensverhaal	6,97	2,71	0,021
Steun item 5	Aandacht voor emoties	7,31	2,55	0,023
Steun item 6	Aandacht voor spirituele noden	5,95	3,33	0,014
Steun item 7	Aandacht voor samenwerking	7,37	2,52	0,023
Steun item 8	Aandacht voor de impact op dagelijkse leven	7,17	2,67	0,023
Vereenvoudigd meetinstrument				
Connectie	Connectie met de zorgverleners	8,17	1,91	0,487
Familie	Betrokkenheid van familie	7,14	2,70	0,035
Informatie	Aangepaste informatie	7,84	2,04	0,217
Participatie	Aangepaste betrokkenheid	7,61	2,17	0,061
Extra's	Niet-medische dienstverlening	7,54	2,03	0,075
Steun	Aandacht voor persoon als mens	7,86	2,12	0,088
Algemeen meetinstrument				
Item 1	Rekening houden met patiënt-e als persoon	8,23	1,78	
Item 2	Rekening houden met wensen en noden van persoon	8,04	1,97	

3 Een hoger getal betekent dat dit item relevanter is voor persoonsgerichtheid.

3.2.1. Mannen versus vrouwen

Uit de resultaten blijken enkele verschillen tussen mannen en vrouwen. Gemiddeld **geven mannen aan dat de relatie met zorgverleners, het betrekken van hun naasten, het mogen deelnemen aan beslissingen, de extra's in het ziekenhuis en de psycho-socio-emotionele steun beter aangepast zijn aan hun wensen en noden dan vrouwen.** Verder zijn mannen gemiddeld meer tevreden over hun ziekenhuisopname dan vrouwen. De gedetailleerde resultaten zijn weergegeven in tabel 4.

3.2.2. Opleidingsniveau

Bij de vergelijking **volgens opleidingsniveau is er enkel een verschil voor het betrekken van familie of naasten.** De kortgeschoolde mensen scoren deze dimensie als be-

ter aangepast aan hun wensen en noden in vergelijking met langgeschoolde mensen (zie Tabel 5).

3.2.3. Chronische aandoening

Ten slotte worden mensen met een chronische aandoening vergeleken met deze zonder chronische aandoening (zie Tabel 6). Uit de resultaten blijkt dat diegenen met een chronische aandoening lager scoren op de dimensies relatie met de zorgverlener, betrekken van naasten, participatie, extra's en psycho-socio-emotionele steun. Men kan dus stellen dat **mensen zonder chronische aandoening deze dimensies ervaren als beter aangepast aan hun wensen en noden in vergelijking met mensen met een chronische aandoening.** Verder scoren de mensen zonder chronische aandoening hoger op tevredenheid in vergelijking met mensen met een chronische aandoening.

Tabel 4: Resultaten T-test voor tevredenheid en voor de zes dimensies van persoonsgerichtheid volgens geslacht (Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Mannen (n=649)		Vrouwen (n=612)		P-waarde (significant indien < 0,05)
	Gemiddelde	Standaard-deviatie	Gemiddelde	Standaard-deviatie	
Connectie	8,37	1,64	7,96	2,14	<0,001
Familie	7,42	2,57	6,87	2,79	<0,001
Informatie	7,95	1,87	7,72	2,22	0,050
Participatie	7,80	1,96	7,41	2,36	0,001
Extra's	7,71	1,88	7,35	2,17	0,001
Steun	8,07	1,85	7,63	2,36	<0,001
Tevredenheid	8,38	1,50	7,98	2,06	<0,001

Tabel 5: Resultaten T-test kortgeschoolde versus langgeschoolde personen voor tevredenheid en voor de zes dimensies van persoonsgerichtheid (Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Kort geschoold (n=350)		Lang geschoold (n=710)		P-waarde (significant indien < 0,05)
	Gemiddelde	Standaard-deviatie	Gemiddelde	Standaard-deviatie	
Connectie	8,17	1,97	8,21	1,86	0,757
Familie	7,42	2,49	7,07	2,71	0,039
Informatie	7,83	2,12	7,89	1,97	0,664
Participatie	7,72	2,19	7,61	2,12	0,432
Extra's	7,44	2,19	7,57	1,98	0,357
Steun	7,98	2,09	7,87	2,13	0,757
Tevredenheid	8,27	1,91	8,19	1,76	0,499

Tabel 6: Resultaten T-test personen met een chronische aandoening versus geen chronische aandoening voor tevredenheid en voor de zes dimensies van persoonsgerichtheid (Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Chronische aandoening (n=564)		Geen chronische aandoening (n=645)		P-waarde (significant indien < 0,05)
	Gemiddelde	Standaard-deviatie	Gemiddelde	Standaard-deviatie	
Connectie	8,02	1,96	8,32	1,84	0,005
Familie	6,96	2,80	7,31	2,63	0,027
Informatie	7,75	2,08	7,96	2,00	0,072
Participatie	7,45	2,22	7,78	2,11	0,010
Extra's	7,36	2,13	7,75	1,90	0,001
Steun	7,73	2,16	7,98	2,07	0,040
Tevredenheid	8,08	1,90	8,31	1,69	0,026

3.3. Resultaten uit de open tekst vragen

Aan het einde van de vragenlijst konden deelnemers een opmerking noteren in vrije tekst. Ook deze data werden geanalyseerd en onderverdeeld in categorieën. Eerst gebeurde een indeling op basis van positieve of negatieve feedback, daarna kwamen volgende categorieën naar voren.

- **Persoonsgericht:** het tegemoetkomen aan de unieke wensen en noden van mensen. Deze categorie omvat connectie met de zorgverlener, extra's zoals catering en parking, informatie geven, psycho-socio-emotionele steun, luisteren naar de persoon en zich (g)een nummer voelen.
- **Patiëntgericht:** het tegemoetkomen aan de medische wensen en noden. Deze categorie omvat alles rond medische zorg, medicatie, kennis van het dossier en medische kennis.
- **Algemeen:** dit zijn de uitkomsten zoals de ervaring in het ziekenhuis, tevredenheid, dankbaarheid en vertrouwen.
- **Coördinatie:** het coördineren van de opname in het ziekenhuis zoals de wachttijden bij beloproepen en het algemene verloop tijdens het verblijf.
- **Druk:** de drukte die ervaren wordt in het ziekenhuis. Patiënten schuiven een tekort aan bedden en/of personeel naar voor als mogelijke oorzaak. De volgende subcategorieën vallen hieronder: het ontslag was te vroeg, beddendruk was voelbaar, personeelstekort, stress bij het personeel, het personeel had tijdsgebrek en er was voornamelijk contact met stagiair-es.
- **Varia:** deze categorie omvat aspecten die niet onderverdeeld kunnen worden in bovenstaande categorieën zo-

als de kamergenoot, het al dan niet beschikbaar zijn van een éénpersoonskamer, technologie (zoals de inschrijvingskiosk), lawaaihinder (door ventilatie of zorgpersoneel), hygiëne en de keuze van het ziekenhuis (vaak op basis van de arts die aangeraden wordt door de huisarts). Tenslotte halen sommige patiënten aan dat ze grote verschillen ervaren tussen ziekenhuizen, afdelingen en zorgverleners.

De respondenten met positieve feedback halen onder andere de goede medische zorgen, het luisterend oor en de goede informatie aan waardoor ze tevreden en dankbaar terugkijken op hun ervaring in het ziekenhuis. Hieronder enkele quotes uit de open vraag met positieve feedback:

'Een zeer tevreden patiënt over de ganse lijn ook de aandacht die men kreeg en zeer belangrijk een goede uitleg op menselijk vlak die verstaanbaar is als patiënt en ook een luisterend oor. Hartelijk dank aan de dokters en verpleging'.

'Dit is het eerste ziekenhuis in mijn levensloop waar ik zoveel vertrouwen in heb. De dokters maken tijd om te luisteren en kennen uw dossier voor je binnen komt. Ik ben op geen enkele plaats in het ziekenhuis geweest (onderzoeken en consultaties) waar de zorgverleners geen 10 op 10 van mij krijgen op alle vlakken'.

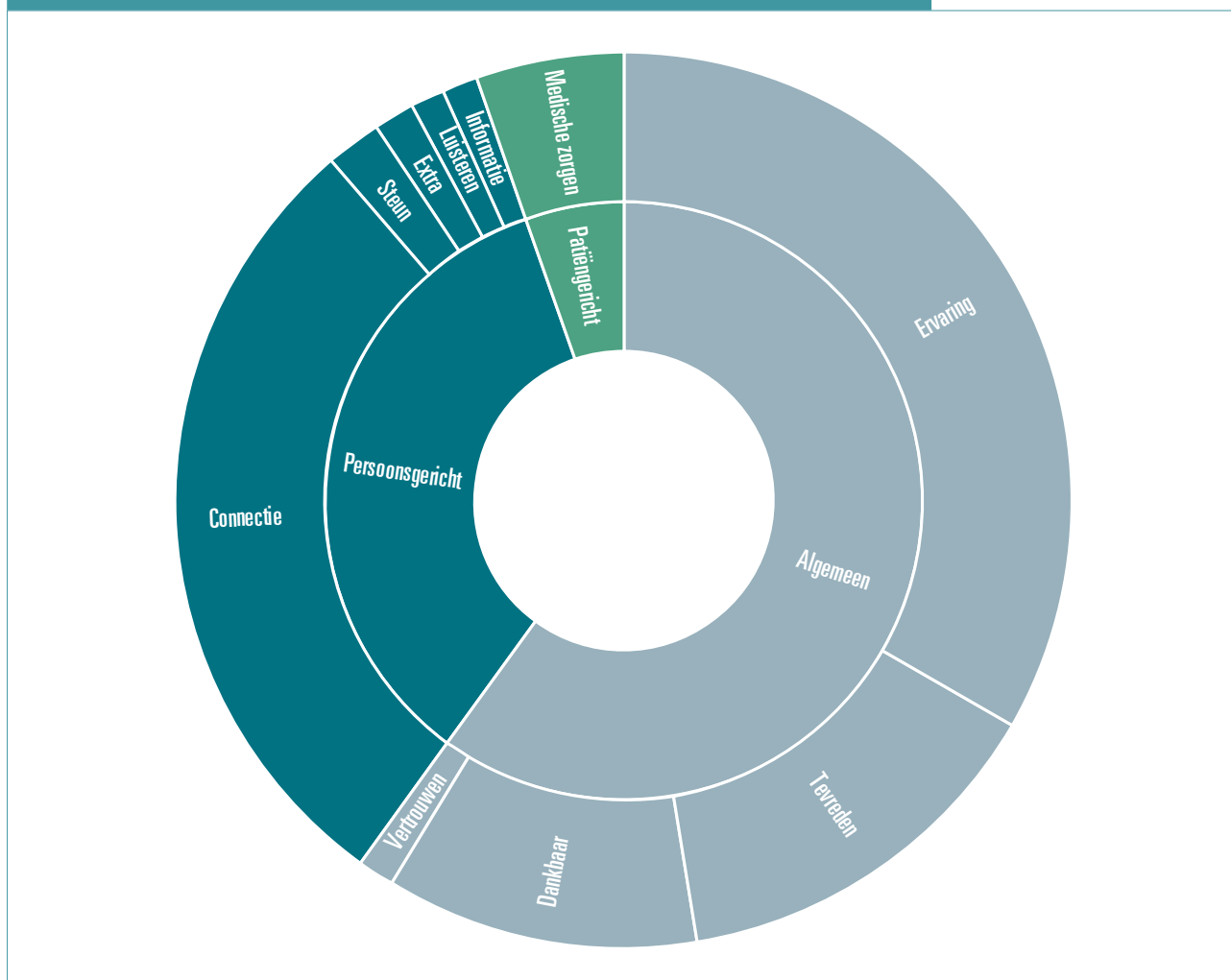
'Zeer tevreden. Ik kon 's nachts niet goed slapen maar de verpleging kwam dan een babbeltje doen of brachten een goede Senseo, lekkerder dan de gewone koffie. Het maakte het verblijf aangenamer'.

In figuur 4 worden de categorieën en subcategorieën weergegeven die naar voor komen bij de analyse van de positieve feedback. Hoe groter de oppervlakte in de figuur, hoe vaker feedback rond dit onderwerp wordt gegeven.

De onderwerpen bij de negatieve feedback zijn meer gevarieerd dan bij de positieve feedback. Hieruit blijkt dat respondenten vooral een persoonsgerichte aanpak missen, waarbij er onder andere naar hen geluisterd wordt, waar ze een connectie kunnen opbouwen met de zorgverleners, voldoende steun ervaren en informatie krijgen, waar ze zich geen nummer voelen en waar lekker eten is. Daarnaast wordt door sommige respondenten aangehaald dat de medische zorgen niet goed zijn, dat er medicatiefouten voorvallen, dat het dossier niet goed gekend is of dat er een gebrek aan kennis is bij de zorgverleners.

Ook wachttijden bij beloproepen en het verloop van het verblijf worden door sommige respondenten vermeld als werkpunten. Verschillende respondenten halen daarnaast de tekorten aan personeel en bedden aan, zij ervaren onder andere het ontslag als te vroeg door een hoge beddendruk. Het personeelstekort is voor hen voelbaar doordat er stress is bij het personeel, het personeel tijdgebrek heeft en ze soms voornamelijk stagiair-es zien. Tot slot wordt aangegeven dat de patiëntervaring sterk kan verschillen tussen ziekenhuizen, afdelingen en zorgverleners, dat de kamergenoot soms kan tegenvallen, dat de technologie niet altijd naar behoren werkt, dat er soms veel lawaaihinder is door het ventilatiesysteem of door zorgverleners onderling en dat de hygiëne soms gebrekig is. Sommige respondenten merken op dat ze het ziekenhuis niet kunnen kiezen aangezien ze kiezen voor een bepaalde arts op advies van hun huisarts.

Figuur 4: Analyse van positieve feedback uit het open vragen gedeelte (Bron: Pipers, 2024)



'Op de diensten kijkt men alleen naar de aandoeningen in hun vakgebied, andere aandoeningen worden genegeerd'.

'Verschillende ervaringen op verschillende afdelingen. Op de materniteit was de zorg heel wat persoonlijker dan op de andere afdelingen. Wegens drukte op verscheidene afdelingen gelegen. Systeem om medicatieplan op te stellen niet correct, minstens 6x te lage dosis medicatie gekregen, vanwege onaangepast systeem, waardoor bijkomende complicaties optraden'.

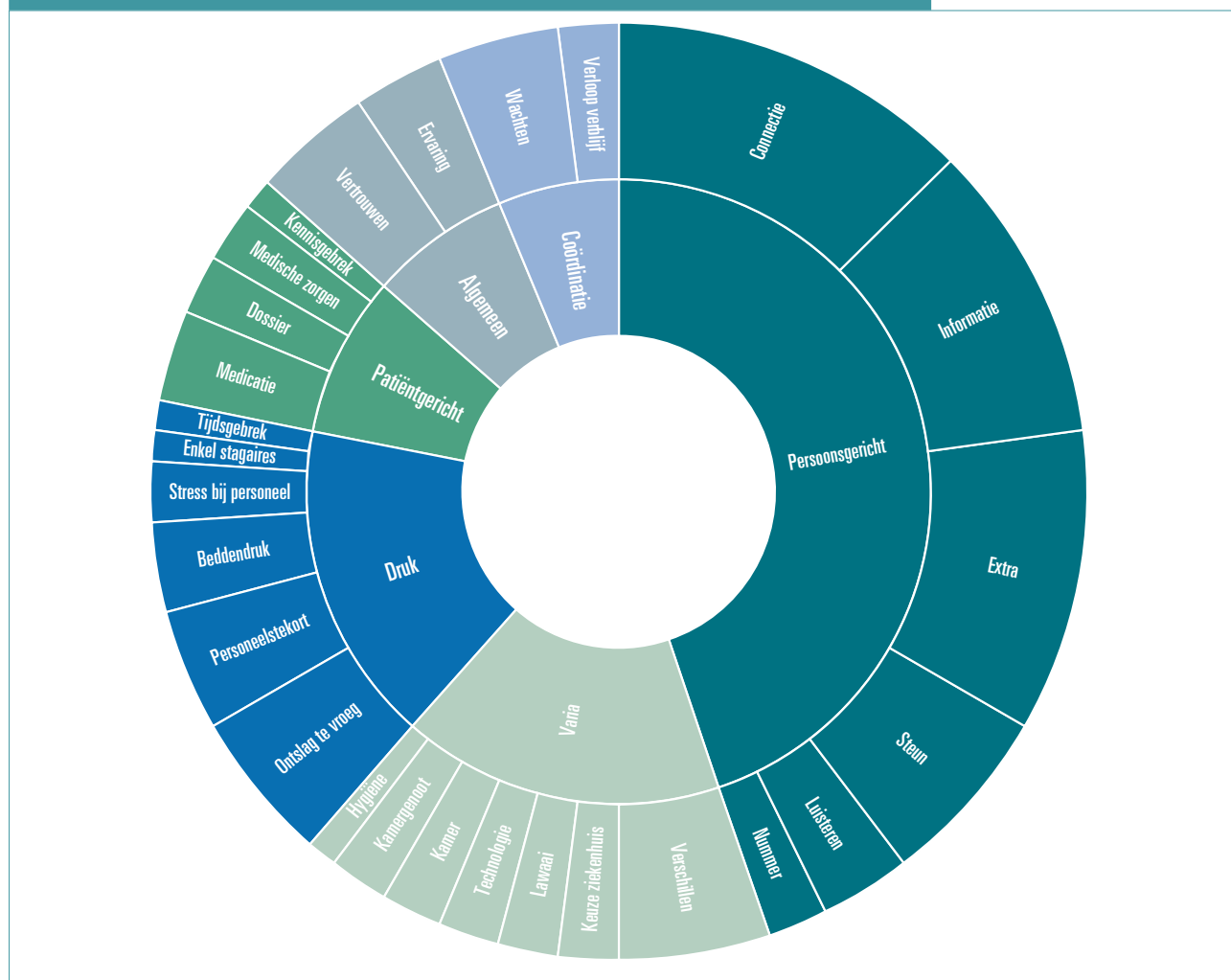
'Ik vroeg om stilte, had kamer alleen, naast kamer personeel, het was 12u 's nachts maar ze bleven praten'.

Figuur 5 biedt een overzicht van alle (sub)categorieën die ontrafeld worden uit de negatieve feedback.

3.4. Bespreking van de resultaten

Het doel van dit onderzoek is om persoonsgerichtheid te conceptualiseren, instrumenten te ontwikkelen die persoonsgerichtheid meten in ziekenhuizen en om deze meetinstrumenten te valideren bij personen die recent in het ziekenhuis werden opgenomen. In dit deel worden kort de belangrijkste resultaten gekaderd. In de literatuur is er nog geen eenduidigheid over de verschillende dimensies van persoonsgerichtheid (Byrne et al., 2020). Picker (2023) neemt bijvoorbeeld de fysieke omgeving en betrokkenheid van familieleden op als dimensies van persoonsgerichtheid, terwijl Håkansson Eklund et al. (2019) deze dimensies niet opnemen als onderdeel van persoonsgerichtheid. Dit onderzoek toont de concrete dimensies waarop mensen verschillende wensen en behoeften kunnen hebben.

Figuur 5: Analyse van negatieve feedback uit het open vragen gedeelte (Bron: Pipers, 2024)



Daarnaast toont dit onderzoek de grote variatie aan tussen verschillende wensen en noden. Eerdere studies verwaarlozen grotendeels de verschillen tussen individuen bij het beschrijven van de dimensies van persoonsgerichtheid en gaan er bijvoorbeeld van uit dat alle patiënten een hechte band met hun zorgverlener willen (Coyne et al., 2018; van der Cingel et al., 2016) of de voorkeur geven aan gedeelde besluitvorming (Edvardsson et al., 2017; El-Alti et al., 2019).

Tot op heden bestaan er reeds enkele meetinstrumenten om persoonsgerichtheid te meten zoals de *Patient-Centred Inpatient Scale* (P-CIS; Davis et al., 2008), maar deze houden onvoldoende rekening met het verschil in wensen en noden tussen personen. Bijvoorbeeld, één van de items op deze P-CIS is: 'Tegen de tijd dat ik wegging, had ik het gevoel dat het personeel mijn vrienden waren en niet alleen maar medewerkers'. Uit dit onderzoek blijkt echter dat niet iedereen een hechte band wil met de zorgverleners.

De analyse van de afgenomen vragenlijsten bij een steekproef van CM-leden toont een relatief hoge score op tevredenheid (8,18). Deze hoge score komt overeen met de ziekenhuisbarometer verricht door Hospitals.be waarbij 93% van de respondenten aangeeft tevreden tot zeer tevreden te zijn (Stoefs, 2023).

Een belangrijke kanttekening bij de ontwikkelde meetinstrumenten is dat zij enkel weergeven in welke mate tegemoetgekomen werd aan de wensen en noden van mensen, maar – in voorkomend geval – geen verdere inzichten opleveren over de richting waarin niet tegemoetgekomen werd aan wensen en noden. Anders gesteld geven de meetinstrumenten niet aan of patiënten bijvoorbeeld meer of net minder informatie zouden wensen. Het is echter belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de mate van persoonsgerichtheid gemeten is en er dus geen kant-en-klaar antwoord is voor elke persoon die opgenomen wordt. Het is belangrijk om in dialoog te gaan met de persoon in kwestie en na te gaan wat de unieke wensen en noden zijn van deze persoon. Het is dus niet de bedoeling om bij een lage score op informatie aan iedereen meer informatie te geven, maar wel om na te gaan op welke manier de informatie beter aangepast kan worden aan de unieke wensen en noden van mensen. Dit kan bijgevolg ook betekenen dat er soms minder informatie moet gegeven worden.

3.5. Beperkingen van de methodologie

Zoals elk onderzoek heeft ook dit onderzoek beperkingen. Ten eerste werden tijdens de kwalitatieve studie enkel Nederlandstalige participanten geïnterviewd. Het is mogelijk dat er hierdoor culturele verschillen tussen Nederlandstaligen en Franstaligen over het hoofd gezien werden. Er werd getracht dit zoveel mogelijk op te vangen door de literatuurstudie waarbij er wetenschappelijke literatuur werd meegenomen in het onderzoek om zo een breder beeld te krijgen van de wensen en noden van mensen die in het ziekenhuis worden opgenomen.

Daarnaast werden er in de kwalitatieve studie meer vrouwen geïnterviewd dan mannen, wat een impact kan gehad hebben op de resultaten. Vervolgonderzoek naar eventuele verschillen in wensen en noden tussen mannen en vrouwen kan helpen om inzichten hierin te vergroten.

In de vragenlijst was er geen mogelijkheid om 'niet van toepassing' aan te duiden, dit omwille van het doel, het valideren van de vragenlijst. In de open vraag gaven sommige respondenten aan dat ze deze antwoordmogelijkheid misten. Bij toekomstig gebruik van de vragenlijst is het aangeraden om deze antwoordoptie wel aan te bieden.

Uit de open vraag kwamen interessante elementen naar voren die ziekenhuizen kunnen helpen om de ervaring van patiënten persoonsgerichter te maken. Deze vraag gaf meer inzicht in de sterke punten en verbeterpunten van het ziekenhuis of de afdeling. In de toekomst zou het interessant zijn om twee open vragen toe te voegen: één waarin respondenten kunnen aangeven wat heel goed was in het ziekenhuis (een top) en één waarin respondenten kunnen aangeven wat voor verbetering vatbaar is (een tip). Deze analyse zou automatisch kunnen gebeuren aan de hand van een sentiment analyse en tekstanalyse op basis van *machine learning*.

3.6. Toekomstig onderzoek

In de toekomst is het interessant om de meetinstrumenten te vertalen naar verschillende contexten. Zo start er binnenkort een project binnen UHasselt om deze meetinstrumenten te ontwikkelen voor revalidatiecentra. Daarnaast kunnen ook andere contexten onderzocht worden, zoals ouderenzorg of geestelijke gezondheidszorg. Verder zou het goed zijn om de vragenlijsten uit te testen in andere landen, zodat de resultaten vergeleken kunnen worden met elkaar.

Conclusie

Op basis van dit onderzoek kan persoonsgerichtheid gedefinieerd worden als 'een holistische benadering van de persoon, die gericht is op het verbeteren van het individuele welzijn, door in te spelen op de unieke wensen en noden van het individu'. Deze wensen en noden kunnen verschillend zijn tussen mensen op vlak van zes dimensies: (1) de connectie met de zorgverlener, (2) het betrekken van familie, (3) ontvangen van informatie, (4) participeren in de medische dienstverlening, (5) aandacht voor extra's en (6) psycho-socio-emotionele steun.

Vertrekkende van bovenstaande definitie werden drie meetinstrumenten ontwikkeld om persoonsgerichtheid te meten in ziekenhuizen: een gedetailleerd meetinstrument met 29 items, een vereenvoudigd meetinstrument met 6 items en een algemeen meetinstrument met 2 items. Afhankelijk van het doel van de meting, kan een zorginstelling een meetinstrument selecteren. Daarnaast is het mogelijk om verschillende meetinstrumenten met elkaar te combineren.

Uit een bevraging bij CM-leden blijkt dat de connectie met de zorgverlener een hoge score krijgt van de deelnemers. Dit wil zeggen dat de connectie met de zorgverlener reeds goed aangepast is aan de noden en wensen van mensen. De items van deze dimensie blijken een grote impact op tevredenheid te hebben. Daarnaast heeft ook informatie een duidelijke impact op tevredenheid. Een gelijkaardige conclusie kan ook getrokken worden uit de resultaten van het vereenvoudigd meetinstrument.

Als ziekenhuis is het belangrijk om de vinger aan de pols te houden en om, bijvoorbeeld aan de hand van een meetinstrument of focusgroepen, de wensen en noden van patiënten in kaart te brengen om hierop in te kunnen spelen. De volgende aandachtspunten kunnen ziekenhuizen helpen om persoonsgerichter te zijn.

- **Verschillende mensen hebben verschillende wensen:** waar voor de ene persoon veel informatie belangrijk is, wil de andere persoon misschien enkel de strikt noodzakelijke informatie.
- **Metten is weten:** door persoonsgerichtheid te meten in ziekenhuizen, kan beter in kaart gebracht worden wat de sterktes en verbeterpunten zijn.
- Zowel **kwantitatieve als kwalitatieve data kunnen helpen** om deze sterktes en verbeterpunten te analyseren.
- **Meerdere perspectieven includeren:** het perspectief van de patiënt-e, familie of naasten, zorgverleners, externe stakeholders (zoals zorgverleners uit de eerste lijn), enz.

Hopelijk kan het belang van persoonsgerichtheid verder aangetoond worden in de toekomst, zodat de beweging van ziektegerichte zorg naar persoonsgerichte zorg zich verder kan zetten.

Bibliografie

- Byrne, A.-L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLOS ONE*, *15*(3), e0229923.
- Chang, H., Gil, C., Kim, H., & Bea, H. (2020). Person-Centered Care, Job Stress, and Quality of Life Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Nursing Research*, *28*(5), e114.
- Choi, I., Kim, D. E., & Yoon, J. Y. (2021). Person-Centered Care Environment Associated With Care Staff Outcomes in Long-Term Care Facilities. *Journal of Nursing Research*, *29*(1), e133.
- Connelly, C., Jarvie, L., Daniel, M., Monachello, E., Quasim, T., Dunn, L., & McPeake, J. (2020). Understanding what matters to patients in critical care: An exploratory evaluation. *Nursing in Critical Care*, *25*(4), 214–220.
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, 45–56.
- Curran, P. (2016). Methods for the detection of carelessly invalid responses in survey data. *Journal of Experimental Social Psychology*, *66*, 4–19.
- Davis, S., Byers, S., & Walsh, F. (2008). Measuring person-centred care in a sub-acute health care setting. *Australian Health Review*, *32*(3), 496–504.
- Diamantopoulos, A., & Winklhofer, H. (2001). Index construction with formative indicators: An alternative to scale development. *Journal of Marketing Research*, *38*(2), 269–277.
- Edvardsson, D., Watt, E., & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centeredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(1), 217–227.
- El-Alti, L., Sandman, L., & Munthe, C. (2019). Person Centered Care and Personalized Medicine: Irreconcilable Opposites or Potential Companions? *Health Care Analysis*, *27*(1), 45–59.
- Ellins, J., & Glasby, J. (2016). “You don’t know what you are saying ‘Yes’ and what you are saying ‘No’ to”: Hospital experiences of older people from minority ethnic communities. *Ageing and Society*, *36*(1), 42–63.
- Erwin, J., Chance-Larsen, K., Backhouse, M., & Woolf, A. D. (2020). Exploring what patients with musculoskeletal conditions want from first point-of-contact health practitioners. *Rheumatology Advances in Practice*, *4*(1), rkz048.
- Fridberg, H., Wallin, L., & Tistad, M. (2021). The innovation characteristics of person-centred care as perceived by healthcare professionals: An interview study employing a deductive-inductive content analysis guided by the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 904.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, *16*(1), 15–31.
- Giusti, A., Nkhoma, K., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., Farrant, L., . . . Harding, R. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: A systematic review. *BMJ Global Health*, *5*(12), e003330.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., . . . Summer Merianus, M. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, *102*(1), 3–11.
- Hunter-Jones, P., Line, N., Zhang, J. J., Malthouse, E. C., Witell, L., & Hollis, B. (2020). Visioning a hospitality-oriented patient experience (HOPE) framework in health care. *Journal of Service Management*, *31*(5), 869–888.
- Jakobsson, S., Eliasson, B., Andersson, E., Johannsson, G., Ringström, G., Simrén, M., & Jakobsson Ung, E. (2019). Person-centred inpatient care-A quasi-experimental study in an internal medicine context. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(8), 1678–1689.
- Martinez, T., Postigo, A., Cuesta, M., & Muñoz, J. (2021). Person-Centred Care for older people: Convergence and assessment of users’ relatives’ and staff’s perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2916–2927.
- Österlind, J., & Henoch, I. (2021). The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nursing Philosophy*, *22*(2).
- Picker (2023). *The Picker Principles of Person Centred Care*. Opgehaald van <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>
- Pipers, E. (2024). *Beyond patient charts : navigating the path to person centricity from a healthcare and service management perspective*. Hasselt University ; Ghent University. Faculty of Economics and Business Administration, Hasselt: Faculty of Business Economics.
- Stoefs, J. (2023). *Ziekenhuisbarometer: Is de belg tevreden over zijn ziekenhuizen?* Opgehaald van <https://hospitals.be/nl/belgian-satisfaction-hospitals/>
- Van Der Cingel, M., Brandsma, L., Van Dam, M., Van Dorst, M., Verkaart, C., & Van Der Velde, C. (2016). Concepts of person-centred care: A framework analysis of five studies in daily care practices. *International Practice Development Journal*, *6*(2), 1–17.
- VIVEL. (2023, 11 14). *Quintuple Aim – het kompas van VIVEL*. Opgehaald van <https://www.vivel.be/nl/nieuws/quintuple-aim/>

Zowel het gedetailleerde als vereenvoudigde meetinstrument zijn **formatieve** schalen, terwijl het algemeen meetinstrument een **reflectieve** schaal is.

Bij een **formatief** meetinstrument wordt een concept gemeten aan de hand van verschillende bouwstenen. In onze studie bleek dat persoonsgerichtheid is opgebouwd uit zes dimensies (zie Tabel 1). Deze dimensies staan niet noodzakelijk in onderling verband met elkaar. Zo kan er een hoge score zijn voor informatie en een lage score voor betrokkenheid van naasten. De verschillende dimensies vormen samen persoonsgerichtheid en daarom spreekt men over een formatief meetinstrument. Als bijvoorbeeld de kwaliteit van dienstverlening op een formatieve manier gemeten wordt, kunnen de items vriendelijkheid, kennis, betrouwbaarheid, enz. gemeten worden. Deze items kunnen los van elkaar staan, een medewerker kan heel vriendelijk zijn, maar zijn kennis kan heel slecht zijn. Alle items samen vormen het concept kwaliteit van dienstverlening, daarom spreekt men over een formatieve schaal.

Bij een **reflectief** meetinstrument gaat het niet om items die afzonderlijk van elkaar gezien kunnen worden, maar om items die in relatie met elkaar staan. Hoe hoger de score op persoonsgerichtheid, hoe hoger de score zal zijn op de afzonderlijke items. Het verschil tussen formatieve en reflectieve schalen zorgt voor een andere wijze van valideren. Zo zullen bij een reflectieve schaal de items sterk met elkaar gelinkt zijn: als de score op het ene item hoger is, zal de score op het andere item ook hoger zijn. Dit is niet wenselijk bij een formatieve schaal. Daar dienen de items op zichzelf te staan en een hoge score op het ene item, leidt niet noodzakelijk tot een hoge score op het andere item. Als bijvoorbeeld de kwaliteit van de dienstverlening op een reflectieve manier gemeten wordt, kan dit door aan patiënten te vragen in welke mate ze de dienstverlening ervaren als kwaliteitsvol, van hoge kwaliteit, enz. Elk item betekent ongeveer hetzelfde en reflecteert het onderliggende concept. Daarom spreekt men van een reflectieve schaal.

Om vragenlijsten te valideren, worden er verschillende testen gedaan:

- VIF-scores berekenen;
- redundantieanalyse;
- criteriumvaliditeit.

Ten eerste wordt er naar multicollineariteit gekeken, dit verwijst naar het fenomeen waarbij de items die een schaal vormen sterk onderling gecorreleerd zijn. Wanneer deze items sterk gecorreleerd zijn, kan dit problemen veroorzaken bij de analyse. Het kan moeilijk worden om de bijdrage van individuele items aan het concept te onderscheiden, omdat de items elkaar overlappen in hun invloed op de latente variabele⁴. Hierdoor kan het model (zoals weergegeven in Figuur 3) onnauwkeurig geschat worden en tot onbetrouwbare conclusies leiden. Multicollineariteit wordt berekend aan de hand van VIF-scores.

Daarnaast wordt een redundantieanalyse uitgevoerd om de relatie tussen twee modellen te beoordelen. In deze analyse wordt de relatie tussen het gedetailleerd en algemeen meetinstrument en de relatie tussen het vereenvoudigd en het algemeen meetinstrument gemeten. Deze analyse is nodig om na te gaan of de inhoud van het gedetailleerde en vereenvoudigde meetinstrument valide is, omdat het helpt begrijpen in welke mate de ene schaal de variatie in een andere schaal verklaart.

Ten slotte wordt de criteriumvaliditeit getest om na te gaan in hoeverre de meetinstrumenten de variatie in tevredenheid kunnen verklaren. Uit de literatuur blijkt immers dat er een relatie is tussen persoonsgerichtheid en tevredenheid.

In de vergelijkende analyses tussen groepen (op basis van geslacht, opleidingsniveau en het al dan niet hebben van een chronische aandoening) werd de p-waarde geïnterpreteerd. Dit is een statistische maat die wordt gebruikt om de waarschijnlijkheid te beoordelen dat de waargenomen resultaten van een onderzoek puur door toeval zijn verkregen. Een kleine p-waarde ($< 0,05$) wijst op significantie en suggereert dat de waargenomen resultaten waarschijnlijk niet puur toevallig zijn, terwijl een grote p-waarde ($\geq 0,05$) duidt op niet-significantie en suggereert dat de resultaten consistent zijn met toeval of dat er onvoldoende bewijs is om een effect aan te tonen.

4 De latente variabele is de variabele die niet rechtstreeks wordt gemeten. In het gedetailleerde meetinstrument zijn zowel persoonsgerichtheid als de zes dimensies de latente variabelen. Deze worden niet rechtstreeks gemeten, de zes dimensies worden gemeten aan de hand van een aantal items en persoonsgerichtheid wordt gemeten aan de hand van de zes dimensies. In het vereenvoudigde meetinstrument is enkel persoonsgerichtheid de latente variabele, deze wordt gemeten aan de hand van zes items.