

Full paper

Ervaring met simulatieleren in het Zorgethisch lab Zwolle

Bart Cusveller¹ en Annemiek Schep-Akkerman²

Trefwoorden: Zorgverlening, simulatieleren, inleefsessies, ethiekonderwijs, communicatie

Samenvatting

In het ZorgEthisch Lab (ZEL) in Zwolle kunnen zorgverleners (in opleiding) zich door nabootsing van een zorgsituatie inleven in de positie van een zorgvrager of een zorgverlener. Op die manier kunnen zij ondervinden wat de behoefte van zorgvragers en de betekenis van verzorgd worden is, en hoe het is de verantwoordelijkheid voor patiënten te dragen. Door middel van evaluatieformulieren is inzicht verkregen in deze leerervaringen. Om het ZEL te verbeteren en bij te dragen aan de nog bescheiden literatuur over simulatieleren zijn deze ervaringen gedocumenteerd.

In totaal hebben in de gerapporteerde periode (2015-2018) 519 simulanten en 686 studenten evaluatieformulieren ingevuld. Deelnemers blijken een inleefsessie als een indringende ervaring weer te geven. Voor studenten (in de rol van zorgverlener) is dit de ervaring onvoldoende grip te hebben op praktische zorgrouines om aandacht te kunnen hebben voor de mens achter de zorgvrager. Voor de simulanten (in de rol van zorgvrager) is dit de ervaring dat zorgroutine en handelingsverlegenheid van studenten aandacht in de weg staat voor eenzaamheid en afhankelijkheid. Uit de gegevens kunnen aanbevelingen worden afgeleid voor betere voorbereiding en begeleiding van bewustwording van relationele aspecten van persoonsgerichte zorg.

Inleiding

Maatschappelijke en demografische ontwikkelingen leiden tot meer zorgverlening thuis, gericht op de eigen kracht en regie van de zorgvrager, in diens eigen sociale netwerk, gericht op preventie, met ondersteuning van zorgtechnologie en een netwerk van zorgdisciplines. Inleven in deze nieuwe situatie vraagt van beroepskrachten in de zorg een andere benadering dan voorheen: meer als gast en ondersteuner, meer gericht op gedrag en gezondheid, meer gericht op samenwerking. Maar hun alertheid en commitment voor deze 'toekomstbestendige' persoonsgerichte zorgbenadering dient nog verder ontwikkeld te worden.

Sinds 2015 organiseert het regionale samenwerkingsproject Zorgtrainingscentrum (ZTC) in haar ZorgEthisch Lab

Abstract

In the so-called 'ZorgEthisch Lab' ('Care Ethics Lab') in Zwolle, The Netherlands, caregivers (in training) are offered an immersive experience of the positions of care receiver and care giver. The aim of simulating the care relationship for a day shift is to provide them with a first-hand experience of the position and needs and meaning of being cared for, and of the position, demands and meaning of being responsible for patients. After offering participants the opportunity for oral reflection and feedback as well as written evaluations, these learning experiences have been documented.

In total, 519 'care receivers' and 686 'care givers' returned completed evaluation forms. Participants reported to look back on the immersive sessions as a powerful learning experience. Students (in the role of care giver) often reported to have experienced insufficient routine in clinical practice to be able to attend to the person behind the care receiver. Those in the role of care receiver often reported how the care givers' focus on clinical routines and practical matters prevented them from addressing situations and feelings of loneliness and dependency. Data suggest these learning experiences can be enhanced by optimising preparation and supervision of the immersive sessions.

(ZEL) in Zwolle 'inleefsessies'. Daarin kunnen zorgverleners (in opleiding) met derden een dagdienst in een woonzorgvorm nabootsen met als doel (Werkgroep Zorgethisch lab, 2016):

1. Het bewustwordingsproces op gang brengen over wat goede zorg is,
2. Gedragsverandering realiseren: dit leidt tot gemotiveerde professionals,
3. Gedragsveranderingen realiseren in de dagelijkse praktijk

Door confrontatie met het perspectief van de zorgvrager hoopt men de gewenste zorgbenadering onder gezondheidszorgpersoneel te bevorderen.

In deze sessies krijgen tien tot twaalf studenten in de

¹ Docent-onderzoekers, Lectoraat Zorg en zingeving, Hogeschool Viaa, Zwolle; e-mail: b.cusveller@viaa.nl

² Gezondheidswetenschapper en epidemioloog, Nederlands Huisartsen Genootschap

zorgverlenende beroepen de opdracht om als team van zorgverleners aan acht tot tien simulanten met verschillende ‘aandoeningen’ zorg te verlenen. Dit vindt plaats in een deel van een onderwijsinstelling dat realistisch als een deel van een woon/zorginstelling is ingericht. Tijdens de dag zijn trainers/coaches aanwezig die de activiteiten observeren. Aan het einde van de dag bespreken deze in een reflectiemoment met alle deelnemers de ervaringen met de zorgsituaties. Na enkele weken worden de deelnemers uitgenodigd voor een terugkomsessie waarin nogmaals reflectie en feedback wordt gedeeld over de ervaringen in de inleefsessies.

Deze werkvorm is mede geïnspireerd door het zorgethisch lab sTimul in België (Vanlaere et al., 2010) en verwant aan initiatieven als de ‘Participatiekliniek’ in Amsterdam (Van Scheppingen et al., 2017).

Over de vraag welke leerervaringen deze nieuwe vorm van ‘zorgethisch simulatieleren’ oplevert zijn niet veel empirische gegevens bekend. Uit België en het Verenigd Koninkrijk komen enkele publicaties (Vanlaere et al., 2012; Roberts et al., 2016). In 2017 verscheen in dit tijdschrift een evaluatie van leeropbrengsten in de Participatiekliniek (Van Scheppingen et al., 2017). Om inzicht te krijgen in de leeropbrengsten en verbetermogelijkheden van simulatieleren (en eventuele optimalisering van het ZEL) zijn aan de deelnemers aan de inleefsessies en terugkomsessies schriftelijke evaluatieformulieren voorgelegd en voor dit artikel geanalyseerd. Er zijn in deze evaluatie drie fases te onderscheiden: Fase I - de ‘pilot’ in seizoen 2015-2016, Fase II in seizoen 2016-2017 en Fase III in seizoen 2017-2018. Elders werd over Fase I en II gerapporteerd (Cusveller & Schep-Akkerman, 2017; Cusveller & Nawijn, 2019; Cusveller & Schep-Akkerman, 2019). Dit artikel voegt de evaluatie van Fase III toe. Het doel van dit overkoepelende artikel is om een totaalbeeld te geven van 3 jaar simulatieleren: wat levert deze manier van leren de studenten en simulanten op en wat kan er nog verbeterd worden.

Methode

De populatie bestond enerzijds uit studenten van middelbare en hogere beroepsopleidingen tot verpleegkundige. Zij hadden in de inleefsessies de positie van zorgverlener. Anderzijds werden medewerkers geworven uit deelnemende instellingen om de positie van zorgvrager te simuleren.

Er werden vier zelf ontwikkelde evaluatieformulieren gebruikt, twee voor studenten (na de inleefsessies en na de terugkomsessies), en twee voor simulanten (idem). De evaluatieformulieren zijn in Fase I mede naar het voorbeeld van sTimul België samengesteld op basis van zorgethische literatuur en waren vooral ervaringsgericht en belevingsgericht (Vanlaere et al., 2010). Voor de vragenlijst die direct na de inleefsessie ingevuld moest worden, leek het in de pilotfase ook zinvol naar de inrichting, praktische zaken, verwachtingen en belemmeringen

van en in de inleefsessie te vragen. Zulke praktische en primaire zaken staan de deelnemers vlak na een sessie meestal goed op het netvlies. Na Fase I leek een deel van de inrichtingsgerichte vragen minder relevant en werden de belevingsgerichte evaluatievragen geherformuleerd in termen van competenties (kennis, houding en vaardigheden). Deze herformulering is mede afgeleid van een vergelijkbare vragenlijst over de ontwikkeling van ethische competenties (Den Uil-Westerlaken & Cusveller, 2013). Tijdens de terugkomdag werd ook voornamelijk naar competenties gevraagd die gebruikt, veranderd of nodig waren (studenten), naast zorgbehoeftes en aandachtspunten (simulanten). Dit zijn de meer reflectieve onderdelen van het leren; wanneer de inleefsessie al even geleden is, komen er toch andere leerervaringen naar boven.

De evaluatieformulieren bevatten open en gesloten vragen. De gesloten vragen hadden met name betrekking op de inrichting van de inleefsessies, zoals voorbereiding, begeleiding en ontvangst. De deelnemers konden hierop antwoorden op een vijfpuntschaal lopend van 1= zeer onvoldoende tot 5 = zeer goed. De open vragen hadden betrekking op verwachtingen en belemmeringen. De bedoeling hiervan was inzicht te krijgen in verbetermogelijkheden voor de opzet van de sessies. Daarnaast werden er bij de studenten vragen over competentieontwikkeling gesteld: welke kennis, houding en vaardigheden zijn nodig voor goede zorg? De simulanten kregen ook vragen over het ingaan op hun zorgbehoeftes en welke aandachtspunten ze het onderwijs mee willen geven. De bedoeling hiervan was inzicht te krijgen in de leeropbrengsten en verbetermogelijkheden van de zorgbenadering.

De coördinatoren van het ZEL stelden de deelnemers ter plekke met een tablet digitale evaluatieformulieren beschikbaar (onder toezegging van vrijwillige deelname en anonieme verwerking). De antwoorden op de gesloten vragen zijn door de onderzoekers in SPSS verwerkt en geanalyseerd met behulp van percentages van de totale groep en gemiddelde scores. De antwoorden op de open vragen werden door de onderzoekers in Fase II kwalitatief verwerkt en geanalyseerd door middel van ‘open coding’ (Baarda et al., 2010). In Fase III werden de antwoordcategorieën uit Fase II gebruikt als ‘sensitizing concepts’ (Baarda et al., 2010). Steekproefsgewijs is de codering van de ene onderzoeker door de andere onderzoeker gecheckt: overeenkomst van de analyse was 90%.

Resultaten

Respondentkenmerken zijn te zien in Tabel 1. Tabel 2 toont de uitkomsten van de gesloten vragen aan de deelnemers over de inrichting en opzet van de inleefsessies. Tabel 3 tot en met 5 tonen de uitkomsten van de open vragen aan de deelnemers over leerervaringen in de inleefsessies en de terugkomsessies. Deelnemers in de positie van zorgvrager noemen we kortheidshalve ‘simulanten’ en deelnemers in de positie van zorgverlener ‘studenten’.

Respondentkenmerken

In totaal hebben in de gerapporteerde periode (2015-2018) 759 simulanten en 1988 studenten deelgenomen aan de sessies van het ZEL. 519 simulanten en 686 studenten bruikbare evaluatieformulieren ingevuld (respons respectievelijk 68% en 35%). De simulanten waren voor het grootste deel medewerkers uit de ouderenzorg. Studenten kwamen iets vaker uit het HBO (in verhouding tot MBO is deze groep iets toegenomen). Gemiddeld waren de simulanten 20 jaar ouder dan de studenten. MBO-studenten kwamen vaker naar de terugkomsessies.

Gesloten vragen inrichting inleefsessies

De hoogste score met betrekking tot organisatieaspecten van de inleefsessies geven studenten en simulanten beide aan de locatie (die ten opzichte van Fase I nieuw is). De laagste score in Fase II en III (maar voldoende) geven de studenten aan de begeleiding vanuit school. De simulanten geven de laagste score in Fase II en III aan de bekendheid van het ZEL binnen de eigen organisatie; in Fase III wordt dit zelfs onvoldoende. De voorbereiding en het werkboek krijgen ook geen hoge scores, maar wel een voldoende. Een meerderheid van de studenten en simulanten vindt de inleefsessie 'te lang'. De aanwezige hulpmiddelen

van het ZEL en de opvang na de sessie zijn volgens de respondenten goed. Simulanten zijn over het algemeen positiever over de inleefsessies dan de studenten, getuige het rapportcijfer dat zij geven voor hun waardering voor de hele dag.

Open vragen leerervaringen inleefsessies

De scores voor verwachtingen van de inleefsessies liggen voor de studenten voornamelijk op het praktische vlak. Daarnaast worden door een substantieel deel van de studenten blanco en laag gestemd (negatief, moeilijk, spanning) gescoord, wat in Fase III flink is toegenomen. Een groot deel van de studenten geeft aan zich in hun deelname belemmerd te voelen door een gebrek aan duidelijkheid en voorzieningen. Bewustwording van hun eigen functioneren en zelfhantering worden het vaakst genoemd naar aanleiding van de reflectie en feedback direct na afloop van de inleefsessies.

De scores van de simulanten tonen weinig tot lage verwachtingen vooraf; dit neemt toe tussen Fase II en III. De hoogste score voor factoren die de simulanten belemmerden bij hun deelname aan de inleefsessie was in Fase II en III de eenzaamheid en afhankelijkheid in hun rol. Net

Tabel 1 Respondentkenmerken Fase I en II en III

	Instelling / School	Fase I (najaar 2015 t/m voorjaar 2016)		Fase II (najaar 2016 t/m voorjaar 2017)		Fase III (voorjaar 2017 t/m najaar 2018)	
		Simulanten (n=32)	Studenten (n=30)	Simulanten (n=174)	Studenten (n=252)	Simulanten (n=313)	Studenten (n=404)
Inleefsessie	MBO	0	0	79	76	66	194
	HBO	0	0	19	119	45	206
	Ouderenzorg	0	0	18	0	84	0
	Thuiszorg	0	0	8	0	52	0
	Ziekenhuis	0	0	17	0	3	0
	Revalidatie	0	0	7	0	5	0
	Anders / Onbekend	32	30	26	57	58	4
	<i>Gemiddelde leeftijd</i>	-	-	36 jaar	19 jaar	36 jaar	21 jaar
Terugkomsessie	Instelling / School	Simulanten (n=32)	Studenten (n=30)	Simulanten (n=38)	Studenten (n=45)	Simulanten (n=14)	Studenten (n=15)
	MBO	12	0	17	41	1	12
	HBO	6	0	3	4	5	3
	Ouderenzorg	8	0	9	0	1	0
	Thuiszorg	0	0	3	0	4	0
	Revalidatie	0	0	6	0	1	0
	Anders / Onbekend	6	30	0	0	2	0
	<i>Gemiddelde leeftijd</i>	-	-	45 jaar	20 jaar	38 jaar	19 jaar

Tabel 2 Inleefsessie studenten en simulanten met gemiddelde op antwoordschaal in cijfer en categorie van gesloten vragen

Vraag	Fase I		Fase II		Fase III	
	Studenten (n=30)	Simulanten (n=32)	Studenten (n=252)	Simulanten (n=174)	Studenten (n=404)	Simulanten (n=313)
Informatie over ZEL	3,6 (goed)	3,9 (goed)	3,2 (vold.)	3,5 (goed)	3,2 (vold.)	3,3 (vold.)
Vorbereiding op inleefsessie	3,3 (vold.)	3,7 (goed)	2,9 (vold.)	3,3 (vold.)	2,9 (vold.)	3,1 (vold.)
Begeleiding vanuit school	3,4 (vold.)	-	2,8 (vold.)	-	2,8 (vold.)	-
Bekendheid ZEL in eigen organisatie	-	3,0 (vold.)	-	2,9 (vold.)	-	2,4 (onvol)
Inhoud werkboek	3,9 (goed)	3,7 (goed)	3,4 (vold.)	3,6 (goed)	3,1 (vold.)	3,3 (vold.)
Ontvangst binnen ZEL	3,9 (goed)	4,1 (goed)	3,9 (goed)	3,8 (goed)	3,9 (goed)	3,8 (goed)
Locatie sessie	3,4 (vold.)	4,0 (goed)	4,2 (goed)	4,2 (goed)	4,1 (goed)	4,1 (goed)
Aanwezige hulpmiddelen ZEL	2,7 (vold.)	3,3 (vold.)	3,6 (goed)	3,6 (goed)	3,8 (goed)	3,7 (goed)
Opvang na sessie	2,6 (vold.)	3,1 (vold.)	3,9 (goed)	3,9 (goed)	3,9 (goed)	4,0 (goed)
Verwerking ervaringen	3,6 (goed)	3,9 (goed)	4,0 (goed)	3,8 (goed)	3,8 (goed)	3,9 (goed)
Duur inleefsessie	-	-	Te lang (75%)	Te lang (60%)	Te lang (74%)	Te lang (53%)
Cijfer voor hele dag (1-10)	-	-	-	-	6,5	7,2

Antwoordschaal: 1= zeer onvoldoende, 2= onvoldoende, 3= voldoende, 4= goed, 5 = zeer goed

Tabel 3 Inleefsessie studenten en simulanten met antwoorden op open vragen; per betreffend antwoord het percentage personen met dat antwoord en (het aantal personen)

Vraag	Antwoord (meerdere mogelijk)	Fase II		Fase III	
		Studenten (n=252)	Simulanten (n=174)	Studenten (n=404)	Simulanten (n=313)
Verwachtingen?	Geen	12% (29)	15% (26)	35% (143)	39% (121)
	Negatieve	13% (32)	7% (13)	16% (66)	8% (26)
	Positieve	6% (14)	8% (14)	21% (85)	12% (39)
	Empathisch bezig zijn	8% (20)	32% (55)	9% (38)	24% (75)
	Praktisch leren	31% (79)	18% (32)	4% (18)	3% (9)
	Moeilijk	13% (34)	7% (13)	4% (15)	4% (11)
	Spanning	11% (28)	7% (12)	7% (29)	7% (23)
	Overig	6% (16)	5% (9)	2% (10)	3% (9)
Belemmeringen?	Eenzaamheid, afhankelijkheid	10% (26)	36% (63)	10% (40)	36% (113)
	Gebrek aan voorzieningen	32% (80)	18% (31)	8% (31)	7% (21)
	Gebrek aan duidelijkheid	28% (70)	9% (16)	41% (167)	10% (32)
	Simulatiekarakter	15% (39)	13% (22)	14% (58)	16% (50)
	Lengte van de sessie	12% (29)	9% (15)	11% (46)	8% (25)
	Geen	3% (8)	10% (17)	15% (62)	23% (72)
Opbrengst reflectie en feedback?	Belang coördinatie, continuïteit	8% (20)	4% (7)	9% (37)	4% (13)
	Kijken hoe praktisch anders kan	20% (51)	16% (27)	13% (51)	8% (25)
	Belang communicatie en informatie	9% (22)	7% (12)	7% (27)	6% (20)
	Inleven (afhankelijkheid, eigenwaarde)	20% (50)	29% (50)	24% (96)	29% (92)
	Bewustwording, zelfhantering	38% (96)	36% (63)	40% (160)	40% (124)
	Weet niet	5% (13)	9% (15)	8% (33)	12% (39)

als de studenten hebben veel simulanten bij de reflectie en feedback direct na afloop van de inleefsessie aangegeven zich bewust te zijn geworden van hun positie en opstelling in de zorgrelatie en het omgaan met hun zorgsituatie.

Open vragen leerervaringen studenten terugkomsessies

Bij zowel kennis, houding en vaardigheden gaan in Fase II en III de hoogste scores naar 'geen antwoord'. Leerervaringen betreffen veelal de praktische kant van de zorgverlening (werkplanning, overleg, voorbereiding en communicatieve vaardigheden). Voor wat betreft de leeropbrengst lijken veranderde kennis bij de studenten gesprekstechnieken, de betekenis van verzorgd worden, en de betekenis van ziekzijn te betreffen. Van veranderde houding kan bij de studenten gesproken worden op het gebied van empathie, inleven, openheid en professionele communicatie met patiënten. Veranderde vaardigheden van studenten betreffen scores voor samenwerken, plannen en overleggen, communicatievaardigheden en

ondersteunen en stimuleren (Fase II en III). Kennis en vaardigheden die studenten zeggen nog nodig te hebben ligt op het vlak van gesprekken voeren en verplegen, naast theorie van ziekte en zorg. Qua houding zouden studenten graag meer open zijn en makkelijker contact maken.

Discussie

Evaluatieformulieren

Hoewel de hoeveelheid evaluatieformulieren van de terugkomsessies karig is, is de totale respons in dit onderzoek substantieel. De formulieren zijn weliswaar niet gevalideerd, maar de inhoud van de evaluaties varieert nauwelijks over de drie fasen (Cusveller & Schep-Akkerman, 2017; Cusveller & Nawijn, 2019; Cusveller & Schep-Akkerman, 2019). Een duidelijk beeld in de leerervaringen tekent zich af en dat beeld komt overeen met de bescheiden literatuur over simulatielernen in de zorg (Van Scheppingen et al., 2017; Vanlaere et al., 2012; Roberts et al., 2016). Dat neemt niet weg dat de evaluatieformulieren verbeterd kunnen worden. Het is bijvoorbeeld niet duide-

Tabel 4 Terugkomsessie studenten met antwoorden op open vragen; per betreffend antwoord het percentage personen met dat antwoord en (het aantal personen)

Vraag: Wat heb je ...	Gebruikt?		Veranderd?		Nodig?		
	Fase	II (n=45)	III (n=15)	II (n=45)	III (n=15)	II (n=45)	III (n=15)
Kennis							
- van ADL		20% (9)	13% (2)	-	-	4% (2)	7% (1)
Gesprekstechnisch		13% (6)	27% (4)	4% (2)	33% (5)	9% (4)	13% (2)
- van ziekzijn		16% (7)	-	20% (9)	13% (2)	-	-
- van verzorgd worden		20% (9)	-	22% (10)	27% (4)	-	-
Theorie van ziekte en zorg		4% (2)	20% (3)	-	-	9% (4)	13% (2)
Principes van de praktijk		13% (6)	33% (5)	-	-	-	-
Verpleegtechnisch		-	-	-	-	9% (4)	7% (1)
Zelfbeeld		-	-	4% (2)	-	-	-
Methodisch werken		-	-	9% (4)	20% (3)	7% (3)	-
Geen antwoord		13% (6)	7% (1)	40% (18)	7% (1)	62% (28)	60% (9)
Houding							
Empathie / inleven		18% (8)	13% (2)	16% (7)	27% (4)	-	-
Openheid / contact		24% (11)	33% (5)	16% (7)	7% (1)	18% (8)	7% (1)
Respect/gelijkwaardigheid		11% (5)	13% (2)	4% (2)	13% (2)	-	-
Geduld / rust / begrip		13% (6)	7% (1)	9% (4)	30% (3)	7% (3)	13% (2)
Zelfvertrouwen		-	-	-	-	7% (3)	13% (2)
Geen antwoord		33% (15)	33% (5)	60% (27)	33% (5)	69% (31)	67% (10)
Vaardigheden							
Luistervaardigheden		11% (5)	20% (3)	11% (5)	7% (1)	-	-
Ondersteunen, stimuleren		24% (11)	20% (3)	16% (7)	27% (4)	-	-
Communicatievaardigheden		16% (7)	7% (1)	16% (7)	-	16% (7)	20% (3)
Samenwerken, overleggen		7% (3)	7% (1)	4% (2)	13% (2)	7% (3)	7% (1)
Verpleegtechnisch		7% (3)	13% (2)	-	-	11% (5)	7% (1)
Besluitvaardigheid		-	-	-	-	7% (3)	-
Geen antwoord		36% (16)	33% (5)	53% (24)	53% (8)	60% (27)	67% (10)

lijk waarom de meeste respondenten bij de open vragen met betrekking tot kennis, houding en vaardigheden vaak 'weet niet/geen' invullen. Interviews zijn nodig om deze nonrespons te duiden.

De meeste antwoordcategorieën bij de open vragen lijken stabiel (er worden in vergelijking met Fase II niet veel nieuwe dingen genoemd in Fase III). Te overwegen valt deze categorieën in het vervolg ook aan te bieden als gesloten vragen met een Likert-schaal. Gegeven de hoeveelheid antwoorden bij 'positieve verwachtingen' en 'negatieve verwachtingen' is hier nader onderscheid mogelijk (zoals: 'blanco' en 'geen zin'), of bij 'duidelijkheid' (zoals: 'vooraf' en 'tijdens'). 'Moeilijk' en 'spannend' kunnen worden samengevoegd.

Leerervaringen inleefsessies

De voornaamste leeropbrengst van de inleefsessies was gezien de evaluaties voor alle deelnemers bewustwording van en zelfhantering in de zorgrelatie. Dit komt overeen met de ervaringen in Amsterdam (Van Scheppingen et al., 2017), in België (Vanlaere et al., 2012) en het Verenigd Koninkrijk (Roberts et al., 2016). Of dit ook tot gedragsveranderingen ten opzichte van de zorgvrager leidt

(persoonsgerichtheid, empathisch contact maken) kan op basis van deze evaluaties niet gezegd worden. Deelname aan de inleefsessies is in de huidige opzet eenmalig. Uit de terugkomsessies blijken bij een substantieel deel goede voornemens en, zoals ook uit het onderzoek van sTImul blijkt, hernieuwde motivatie (Vanlaere et al., 2010). Maar of en voor hoelang deze worden waargemaakt is niet onderzocht. Hiervoor zou bijvoorbeeld een tweede terugkoment nodig zijn, zo niet deelname aan een tweede inleefsessie, met name om te leren hoe het beter kan. Het onderzoek van de Participatiekliniek suggereert dat er op dit punt goede hoop is: deelname bevordert verpleegkundig leiderschap in persoonsgerichte zorg (Van Scheppingen et al., 2017).

Verbeterpunten opzet inleefsessies

Drie punten met betrekking tot de inrichting van de inleefsessies vragen om verbetering: duur, duidelijkheid en bekendheid. De duur van de inleefsessie was volgens de meeste deelnemers te lang. Door de lengte wordt het leerrendement later op de dag belemmerd. Een oplossing kan zijn om de inleefsessies te verkorten of veelzijdiger te maken, maar ook door in de sessie de rollen om te draaien en de studenten simulant te laten zijn. Daar is tot nu toe

Tabel 5 Terugkomsessie simulanten met antwoorden op open vragen; per betreffend antwoord het percentage personen met dat antwoord en (het aantal personen)

Vraag	Antwoord (meerdere antwoorden mogelijk)	Fase II (n=38)	Fase III (n=14)
Op welke zorgbehoefte werd ingegaan?	ADL, dagbesteding	42% (16)	71% (10)
	Contact, aandacht	5% (2)	14% (2)
	Ondersteuning, psychisch en lichamelijk	29% (11)	7% (1)
	Aandoeningen op zich	5% (2)	7% (1)
	Bevorderen zelfredzaamheid	8% (3)	-
	Geen antwoord	11% (4)	-
Op welke zorgbehoefte werd niet ingegaan?	Psychosociale, emotionele behoeften	16% (6)	29% (4)
	Behoeft aan betrokkenheid en aandacht	26% (10)	29% (4)
	Symptomen van aandoeningen	8% (3)	14% (2)
	Behoeft aan sociale en fysieke veiligheid	13% (5)	7% (1)
	Behoeft aan autonomie, zelfredzaamheid	11% (4)	7% (1)
	Geen antwoord	26% (10)	14% (2)
Welk aandachtspunt wil je zorgverleners in opleiding meegeven?	Geef persoonlijke aandacht, maakt echt contact, stel open vragen	34% (13)	43% (6)
	Als zorgverleners goed voorbereiden, plannen en overleggen	13% (5)	7% (1)
	Heb respect voor de eigen regie en keuze van de zorgvrager	16% (6)	21% (3)
	Heb zelfvertrouwen, wees niet bang voor kwetsbaarheid of onverwachte	13% (5)	21% (3)
	Geen antwoord	24% (9)	7% (1)
Welk aandachtspunt wil je opleiders in de zorg meegeven?	Belangrijkste is contact maken, met zorgvrager	18% (7)	29% (4)
	Ervaringsleren inbedden in goede begeleiding, wees open	37% (14)	21% (3)
	Zorgethisch lab kan krachtige, realistische leeromgeving zijn	5% (2)	-
	Belang professionele uitvoering van praktische zorg	5% (2)	29% (4)
	Geen antwoord	34% (13)	21% (3)

niet voor gekozen omdat ook een lange werkdag tot de realiteit van de zorgverlening behoort.

Wellicht wordt ook de opbrengst op langere termijn belemmerd door factoren in de inleefsessies zelf. Dat begint bij de verwachtingen die studenten en simulanten hebben van de sessies. Veelal waren die neutraal, negatief of afwezig, soms ook positief maar vooral gericht op praktisch bezig zijn. Gebrek aan duidelijkheid over de doelstelling en over de gang van zaken voor en tijdens de sessies komt als belemmering en verbeterpunt naar voren, net als de begeleiding vanuit school. Dat wordt in de andere onderzoeken niet genoemd. Voor het wegnemen van onduidelijkheid is het nodig om de informatie vooraf en tijdens de sessie (denk aan het Werkboek ZEL en begeleiding vanuit school) te verbeteren. Als de doelstelling duidelijker gemaakt wordt kan ook het leerrendement op langere termijn toenemen.

De bekendheid van het ZEL binnen zorgopleidingen en zorginstellingen kan verbeterd worden door sterker verbinding te maken met de bestaande educatievormen binnen opleidingen en instellingen.

Conclusie

Levert deelname aan het ZEL een bijdrage aan het doel van het ZorgEthisch Lab, met name alertheid en commitment voor 'toekomstbestendige', persoonsgerichte zorg (Werkgroep ZorgEthisch Lab, 2016)? Het is op z'n minst een veelbelovend initiatief. Een inleefsessie blijkt voor werkers in de zorg een krachtige leeromgeving, met name voor wat betreft de bewustwording van de verhoudingen en betekenissen in de zorgrelatie. Studenten ervaren dat persoonlijke aandacht en communicatie belangrijk is, belangrijker dan 'de zaak goed runnen', en simulanten voelen hoe het is om afhankelijk en eenzaam te zijn. Door bewustwording van deze relationele aspecten van zorg voelen beroepskrachten zich dichterbij de kern van het vak komen.

Voor optimalisering van de leerervaring is nodig dat de bekendheid van het ZEL (met name haar doelstelling en werkwijze) binnen zorgopleidingen en zorginstellingen verbetert. Het kan bijvoorbeeld sterker verbonden worden met de bestaande morele vorming en ethische educatie binnen opleidingen en instellingen. Concreet kan uit de evaluatie afgeleid worden dat de informatie vooraf en tijdens de sessie verbeterd moet worden met duidelijke instructies en structuur. De gegevens suggereren tot slot ook de wenselijkheid om alternatieve werkwijzen te overwegen, zoals de rollen in de sessie eens om te draaien en de studenten simulant te laten zijn. De ervaring van persoonsgerichtheid kan daardoor bevorderd worden.

Literatuur

- Baarda D, De Goede M, Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek 2010. Groningen: Noordhoff.
- Cusveller B, Nawijn Y. Simulatieleren in het Zorgethisch lab Zwolle: ervaringen met inleefsessies, Onderwijs en Gezondheidszorg 2019; 43: 22-24.
- Cusveller B, Schep-Akkerman A. Inleefsessies vergroten bewustzijn student, TVZ - Verpleegkunde in praktijk en wetenschap 2019; 129 (2): 40-43.
- Cusveller B, Schep-Akkerman A. Simulatieleren in het verpleegkundig ethiekonderwijs. Evaluatie van inleefsessies in het Zorgethisch lab Zwolle. Onderzoek van Onderwijs 2017; 46: 10-17.
- Den Uil-Westerlaken J, Cusveller B. Competencies in nursing students for organized forms of clinical moral deliberation and decision-making. Journal of Nursing Education and Practice 2013; 3 (11): 1-8.
- Roberts D, Mason J, Williams E, Roberts N, MacPherson R. Promoting empathy through immer-sive learning. Journal of Nursing Education and Practice 2016; 6: 1-9.
- Vanlaere L, Coucke T, Gastmans C. Experiential learning of empathy in a care-ethics lab. Nursing Ethics 2010; 17: 325-336.
- Vanlaere L, Timmerman M, Stevens M, Gastmans C. An explorative study of experiences of healthcare providers posing as simulated care receivers in a 'care-ethical' lab. Nursing Ethics 2012; 19: 68-79.
- Van Scheppingen A, Bus J, Verhoeven S. De Participatiekliniek kantelt en beweegt. Tijdschrift voor Toegepaste Arbowetenschap 2017; 30 (4):139-147.
- Werkgroep Zorgethisch lab. Zorgethiek leren door ervaring. Werkboek voor studenten. 2016. Zwolle: ZTC.