

2010

CULTUUR IN BEELD

SCHRIFTELIJKE VERANTWOORDING

Catharina-ziekenhuis Eindhoven – Kortverblijf en Dagverpleging (afdeling 8-West)

Afstudeerproject HBO-Verpleegkunde
Fontys Hogeschool Eindhoven



CULTUUR IN BEELD

Schriftelijke verantwoording

Catharina-ziekenhuis Eindhoven
Kortverblijf en Dagverpleging (afdeling 8-West)

Projectbegeleidster:
K. Cox

Meelezer:
G. Munten

Opdrachtgevers:
P. van Gorkom
H. van Rooij
M. Verstappen

Auteurs:
M. van Breugel, 2092826
C. Hoorn, 2092853
H. Jansen, 2099063
T. van de Laar, 2099590
R. van Melis, 2092867

HBO-Verpleegkunde
Fontys Hogeschool Eindhoven

Eindhoven, januari 2010

© 2010 Fontys Hogescholen Eindhoven

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Samenvatting

Het Catharina-ziekenhuis (2009) heeft innovatie hoog in het vaandel staan. Dankzij het leveren van hoogwaardige zorg en het bezitten van enkele expertcentra, behoort het ziekenhuis tot de beste van Nederland. De afstudeergroep richt zich op één afdeling van dit ziekenhuis, namelijk afdeling 8-West; Kortverblijf en Dagverpleging.

De keuze voor een opdracht is tot stand gekomen, door middel van verdieping in de drie beschikbare onderwerpen vanuit cohort 2005. De afstudeergroep heeft er, na een uitgebreide analyse, voor gekozen om verder te gaan met de afstudeeropdracht 'competent verplegen'. Uit een tweede analyse, is naar voren gekomen, dat de vorige afstudeergroep niet duidelijk heeft beschreven, wat zij onder cultuur verstaat en hier weinig literatuurstudie naar heeft gedaan. Tevens is het niet duidelijk of de vorige afstudeergroep het gewenste effect heeft bereikt met de ingevoerde interventies. Op basis van deze bevindingen is, door de opdrachtgevers, een nieuwe afstudeeropdracht geformuleerd: "We willen graag weten welke ervaringen er op de afdeling zijn met de door de vorige afstudeergroep gestarte innovaties op het gebied van afdelingscultuur en kennis. En we willen de aanbevelingen/innovaties graag verder uitwerken en implementeren.

Kies één of enkele van deze aanbevelingen/innovaties uit en werk deze verder uit samen met het team, om zo de deskundigheid ten aanzien van werken op de afdeling verhoogde zorg verder te vergroten. Hierbij kunnen onderdelen uit actieonderzoek (AO) en practice development (PD) gebruikt worden."

Voor de invulling van het afstudeerproject, heeft de afstudeergroep gekozen om gebruik te maken van AO. Dit is volgens Migchelbrink (2007) een onderzoekswijze, waarbij men bezig is met praktische problemen, die individuen en/of groepen tegenkomen bij het dagelijks handelen. Het onderzoek is gericht op het verkrijgen van praktische kennis, om het individueel of gezamenlijk handelen en/of de sociale situatie, waarin dat handelen plaatsvindt, te verbeteren.

Om een verdieping in de onderwerpen die relevant zijn voor de afstudeeropdracht te verkrijgen, heeft er allereerst een literatuurstudie plaatsgevonden. Het begrip dat hierbij het meest centraal staat, kijkend naar de afstudeeropdracht, is het begrip 'cultuur'. Organisatiecultuur is, volgens de afstudeergroep en gebaseerd op de in literatuur aangetroffen definities, het geheel van normen, waarden, verwachtingen en overtuigingen, welke de basis vormen voor het handelen van een groep. Daarnaast worden de visie, missie en het doel door deze groep gedeeld.

De afstudeergroep heeft, in overleg met de opdrachtgevers, besloten dat zij een cultuuranalyse gaat uitvoeren om zich in de cultuur van de afdeling te verdiepen. Deze cultuuranalyse zal inzicht geven in de waarden van de verpleegkundigen. Wanneer deze waarden worden meegenomen bij een implementatie, zal het proces van de invoering van deze verbetering en/of verandering worden vergemakkelijkt. Het instrument dat voor deze cultuuranalyse is gebruikt, is NUCAT. Om NUCAT te verrijken beveelt Oosterink (2006) aan om het te combineren met een ander cultuuranalyse-instrument. De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om een concrete praktijksituatie te observeren, namelijk de overdracht, als onderdeel van het verpleegkundig proces en dit in verband te brengen met de cultuur, die gemeten is met behulp van NUCAT.

De afstudeergroep stelt dat de resultaten van NUCAT en de observaties van de overdracht overeenkomsten, zoals het werken in teamverband, en tegenstrijdigheden, zoals het niet werken volgens een bepaalde structuur, vertonen. De afstudeergroep is zich ervan bewust dat de overdracht één onderdeel is van het verpleegkundig proces, waardoor de eindconclusies, die hieruit voort zijn gekomen, mogelijk niet voor iedere situatie gelden.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Actieonderzoek	6
§ 1.1 Keuze actieonderzoek	6
§ 1.2 Kennisverzameling in actieonderzoek	6
§ 1.3 Doelstellingen en motief van actieonderzoek	6
§ 1.4 Soorten actieonderzoek	7
§ 1.5 Reflectie	7
§ 1.6 De fasen binnen actieonderzoek	8
§ 1.7 Conclusie	8
Hoofdstuk 2 Voorfase	9
§ 2.1 Vorige afstudeeropdrachten	9
§ 2.2 Verantwoording keuze afstudeeropdracht	9
§ 2.3 Analyse vorige afstudeeropdracht	9
§ 2.4 Conclusie	10
Hoofdstuk 3 Oriëntatiefase	11
§ 3.1 Kennismakingsgesprek	11
§ 3.2 Literatuurstudie	12
§ 3.3 Interviews	21
§ 3.4 Conclusie	24
Hoofdstuk 4 Diagnostische fase 1	25
§ 4.1 Doelstelling	25
§ 4.2 Cultuuranalyse-instrumenten	25
§ 4.3 Motivatie keuze cultuuranalyse-instrument	27
§ 4.4 Methode	28
§ 4.5 Resultaten	30
§ 4.6 Conclusie	34
Hoofdstuk 5 Diagnostische fase 2	35
§ 5.1 Doelstelling	35
§ 5.2 Overdracht	35
§ 5.3 Methode	37
§ 5.4 Resultaten	38
§ 5.5 Conclusie	40
Hoofdstuk 6 Conclusie	41
Nawoord	43
Literatuurverwijzing	44
Terminologielijst	49
Bijlage 1 Richtlijn kennisverbreding met behulp van een klinische les op afdeling 8-West	50
§ 1.1 Motivatie	50
§ 1.2 Richtlijn kennisverbreding met behulp van een klinische les op afdeling 8-West	50
§ 1.3 Evaluatie	52

Inleiding

Voor u ligt de schriftelijke verantwoording van de afstudeeropdracht van M. van Breugel, C. Hoorn, H. Jansen, T. van de Laar en R. van Melis, in het vervolg benoemd als de afstudeergroep. De leden van de afstudeergroep studeren allen HBO-Verpleegkunde aan Fontys Hogescholen te Eindhoven. De afstudeergroep heeft in opdracht van afdeling 8-West Kortverblijf en Dagverpleging van het Catharina-ziekenhuis te Eindhoven, zich ingespannen voor het voltooien van een afstudeeropdracht. Een onderdeel van deze afdeling is een zorginnovatiecentrum (ZIC). Volgens Fontys Hogescholen (2007) is dit een leerunit waar alle beroepscompetenties van de HBO-opleiding door studenten uitgevoerd kunnen worden. Binnen de leerunit is er integratie tussen theorie en praktijk, interactie tussen leren en verlenen van zorg.

De afstudeergroep is tot de keuze van een opdracht gekomen door middel van verdieping in de drie beschikbare afstudeeronderwerpen vanuit cohort 2005. De verdieping heeft plaatsgevonden door het bijwonen van de drie afstudeerpresentaties en het doorlezen van de schriftelijke verantwoording. De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om verder te gaan met de afstudeeropdracht 'competent verplegen'. De keuze voor de opdracht 'competent verplegen' is voorgelegd aan de opdrachtgevers; deze hebben, gebaseerd op deze opdracht, een nieuwe opdracht geformuleerd. De nieuwe afstudeeropdracht luidt als volgt: "Welke ervaringen zijn er op de afdeling opgedaan met de door de vorige afstudeergroep gestarte innovaties op het gebied van afdelingscultuur en kennis? We willen de aanbevelingen/innovaties graag verder uitwerken en implementeren.

Kies één of enkele van deze aanbevelingen/innovaties uit en werk deze verder uit samen met het team, om zo de deskundigheid ten aanzien van werken op de afdeling verhoogde zorg verder te vergroten. Hierbij kunnen onderdelen uit AO en PD gebruikt worden."

De afstudeergroep is van mening dat een vervolg op deze afstudeeropdracht een grote bijdrage levert aan de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen. Het Catharina-ziekenhuis (2009) ziet zorginnovatie als een belangrijk kenmerk voor het leveren van kwaliteit van zorg. Om deze kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen, dient het proces van verandering en/of verbetering doorlopend herhaald te worden. Deze afstudeeropdracht zoomt in op het functioneren van een team, waarmee iedere verpleegkundige te maken krijgt. Daarnaast heeft het Catharina-ziekenhuis te maken met een toenemende zorgzwaarte, waar verpleegkundigen op moeten kunnen anticiperen.

Om methodisch te werk te gaan heeft de afstudeergroep ervoor gekozen om gebruik te maken van actieonderzoek (AO) en practice development (PD). De inhoud van beide begrippen vertonen overeenkomsten, waardoor zij, door de afstudeergroep, gezien worden als twee begrippen die elkaar aanvullen. Tijdens de uitvoering van het afstudeerproject krijgen deze begrippen gestalte.

Bij de totstandkoming van het gehele afstudeerproject zijn de stakeholders actief betrokken. De afstudeergroep heeft de gegevens, welke beschikbaar zijn gesteld door de stakeholders, aangevuld met wetenschappelijke evidence.

In het eerste hoofdstuk van de schriftelijke verantwoording wordt aandacht besteed aan het begrip actieonderzoek. Deze methode zal als een rode draad door het product lopen. Het tweede hoofdstuk, de voorfase, omvat de stappen die zijn doorlopen om tot de huidige afstudeeropdracht te komen. In het volgende hoofdstuk, de oriëntatiefase, worden het eerste kennismakingsgesprek, interviews met de opdrachtgevers en de verkenning van literatuur besproken. In de hoofdstukken vier en vijf, diagnostische fase 1 en 2, worden de cultuuranalyse en observaties van de overdracht, welke zijn uitgevoerd door de afstudeergroep, behandeld. Hierna volgt een conclusie uit de, in de verschillende fasen, verzamelde gegevens. Tenslotte is er een terminologielijst ingevoegd, waarin begrippen worden verklaard. De begrippen die in deze lijst zijn opgenomen, worden in de tekst weergegeven met '*'.

1

Actieonderzoek

In hoofdstuk één wordt de keuze voor AO beschreven. Tevens wordt de theorie omtrent dit begrip besproken. Daarnaast heeft de afstudeergroep weergegeven hoe de verschillende fasen van AO in deze schriftelijke verantwoording behandeld worden.

§ 1.1 Keuze actieonderzoek

De afstudeergroep heeft gekozen om gebruik te maken van AO om de kwaliteit van zorg op afdeling 8-West te verbeteren. De keuze voor AO is gemaakt, omdat het volgens Migchelbrink (2007) is toegespitst op zorg en welzijn. De manier van onderzoek sluit aan bij de context van de afdeling, waardoor deze uitermate geschikt is voor toepassing. De hoofdlijnen van AO omvatten volgens Lammerink (1993), in Migchelbrink (2007), onderzoek en reflectie; deze begrippen zijn kenmerkend voor een ZIC en van groot belang bij verandering. Volgens Migchelbrink (2007) is creativiteit een belangrijk aspect binnen AO. De afstudeergroep ziet creativiteit als een methode om de veranderingen succesvol te laten verlopen. Bij AO is het samengaan van onderzoek en handelen, reflectie op handelen en onderzoek en veranderen van handelen en/of de sociale situatie, waarin dat handelen plaatsvindt, belangrijk. Het samen onderzoeken van handelen en/of de situatie is een manier om mensen te helpen veranderingen binnen hun context door te voeren. Door middel van onderzoek en reflectie op dit onderzoek en handelen, worden de leerprocessen en veranderingsprocessen op gang gebracht tot de gewenste situatie of handeling is bereikt, aldus Migchelbrink (2007).

Migchelbrink (2007) baseert de definiëring van het begrip AO op het werk van onder andere Boog (2000) en Reason & Badbury (2001). AO is een onderzoekswijze waarbij men bezig is met praktische problemen, die individuen of groepen tegenkomen in hun dagelijks handelen. Het onderzoek is gericht op het verkrijgen van praktische kennis om daarmee individueel of gezamenlijk handelen en/of de sociale situatie, waarin dat handelen plaatsvindt, te verbeteren. Het belangrijkste beoordelingscriterium is het praktisch nut of voordeel dat betrokkenen hebben bij AO. Hierop scoort AO hoog. AO geeft praktische kennis, die gebruikt kan worden om een bestaande situatie of bestaand handelen te verbeteren. AO moet resultaten opleveren, die te vertrouwen zijn. Het onderzoek dient op een grondige, eerlijke, controleerbare en inzichtelijke wijze uitgevoerd te worden, zodat een betrouwbaar resultaat ontstaat.

§ 1.2 Kennisverzameling in actieonderzoek

Migchelbrink (2007) geeft aan dat AO net als vele andere onderzoeksbenaderingen een zoekproces is, gebaseerd op denken, intuïtie en creativiteit, waarin op een systematische manier gegevens verzameld worden, gebruikt en geanalyseerd, met als doel kennis te verzamelen. Het gaat bij AO voornamelijk om kennis die aanwijzingen voor het handelen geeft, de zogenaamde prescriptieve kennis. Een kenmerk van AO is dat het toepassingsgericht is, waarbij de kennisverzameling gericht is op kennis in specifieke situaties. Bij AO is het niet de bedoeling dat de kennis die is verkregen, wordt verspreid naar andere situaties. Het is de bedoeling dat bruikbare kennis voor specifieke onderzochte situatie wordt aangeleverd. In AO wordt er gebruik gemaakt van meerdere kennisbronnen. Naast de verkregen kennis, met methoden van systematisch wetenschappelijk onderzoek, wordt er gebruik gemaakt van andere kennisbronnen zoals alledaagse kennis, ervaringsleren en ervaringskennis.

§ 1.3 Doelstellingen en motief van actieonderzoek

Migchelbrink (2007) onderscheidt twee doelstellingen bij AO, te weten: (1) kennisvermeerdering en (2) verbetering of verandering van sociale situaties. Het gaat in AO niet alleen om kennis van de werkelijkheid te begrijpen, te beschrijven of te verklaren. Het motief van AO is kennis verkrijgen om zo beter of daadwerkelijk anders te kunnen handelen. Om verbeteringen tot uitvoering te kunnen brengen

is het van belang om dit samen te doen en met de betrokkenen te bespreken. Tijdens AO wordt verbetering ontwikkeld, uitgevoerd en de uitvoering wordt via onderzoek gevolgd.

§ 1.4 Soorten actieonderzoek

Zoals eerder door Migchelbrink (2007) is benoemd, houdt AO zich bezig met praktische problemen en het dagelijks handelen van mensen. Volgens Migchelbrink (2007) verbindt AO, onderzoek en actie (het handelen) met elkaar. Het verzamelen van kennis is hierbij direct gekoppeld aan het toepassen ervan, zodat de onderzochte werkelijkheid wordt veranderd.

AO kent in de uitvoering drie mogelijkheden:

1. AO kan door een onderzoeker van buitenaf worden uitgevoerd, waarmee hij met de betrokkenen aan de slag gaat;
2. AO kan door een professional worden uitgevoerd om te werken aan eigen professionele ontwikkeling;
3. AO kan worden uitgevoerd door een professional om een groep mensen te ondersteunen in het verbeteren van de situatie of handelen.

De afstudeergroep voert AO uit aan de hand van de eerste optie. De afstudeergroep is in dit geval de onderzoeker, die met een probleem van de afdeling aan de slag gaat en hier zoveel mogelijk de stakeholders bij betreft.

§ 1.5 Reflectie

Migchelbrink (2007) stelt dat reflectie, volgens Korthagen (1982), een bewust en weloverwogen proces van denken over, en interpreteren van ervaringen is, met als doel het eigen handelen beter te doorgronden en hiervan te leren. Met andere woorden: men wordt zich door middel van reflecties bewust van het leren van houdingen, vaardigheden en ervaringskennis.

Reflecteren van, zowel het individuele als het gezamenlijke handelen, is een belangrijk proces dat deel uitmaakt van AO.

Het reflecteren in AO vindt plaats op drie vlakken:

1. *het reflecteren op het handelen.* Hierbij gaat het om het leerproces, om men beter om te leren gaan met problemen die zij ervaren;
2. *het leren reflecteren op het materiaal dat het onderzoek over het handelen heeft opgeleverd.* Het gaat hierbij om het vermogen om door te kunnen denken, om zo de in het leerproces verzamelde gegevens een plaats te geven in en voor het handelen;
3. *het reflecteren op het onderzoeksmatig bezig zijn.* Hierbij wordt er gereflecteerd op hetgeen dat in het onderzoekstraject aan de orde is gekomen. Bijvoorbeeld reflecteren op de probleemanalyse en de onderzoeks aanpak.

De onderzoeker moet diverse processen op elkaar kunnen afstemmen. De onderzoeker zal vertrouwd moeten zijn met het reflectieproces. Daarnaast is het een belangrijke rol van de onderzoeker, dat hij meedenkt in de planning en vormgeving van de verandering in het handelen.

Voor veranderingen van handelen onderscheiden Kemnis & McTaggart (1988), in Migchelbrink (2007), drie veranderingsniveaus in AO:

1. het eerste niveau omvat de veranderingen in de manier van praten en denken over de betreffende onderwerpen en thema's;
2. het tweede niveau omvat de veranderingen in activiteiten en manieren van handelen in de praktijk;
3. het derde niveau omvat de veranderingen in sociale relaties en sociale structuren die door AO ontstaan.

Deze verschillende niveaus kunnen aan de hand van reflectie getoetst worden. De afstudeergroep zal zich waarschijnlijk beperken tot het eerste veranderingsniveau. De afdeling dient eerst bewust te

worden gemaakt van het handelen in de praktijk alvorens veranderingen kunnen worden doorgevoerd. In de conclusie van het afstudeerproject zal hierop teruggeblikt worden.

§ 1.6 De fasen binnen actieonderzoek

Migchelbrink (2007) ziet AO als een methodische cyclus die vijf fasen kent: voorfase, oriëntatiefase, diagnostische fase, ontwikkelingsfase en actiefase. De voor- en oriëntatiefase vormen samen het begin van een nieuw AO en de daarbij horende cyclus. De kernfasen van actieonderzoek, te weten: diagnostische fase, ontwikkelingsfase en actiefase, zijn meerdere malen te doorlopen. De omschrijving van deze fasen is terug te vinden in de volgende subparagrafen.

Voorfase

Om AO te kunnen uitvoeren, moet eerst duidelijk worden gemaakt waarom het traject nodig of gewenst is. Bij deze fase zijn diverse groepen mensen betrokken, die worden aangespoord tot participatie.

Oriëntatiefase

De onderzoekers en de stakeholders maken een begin in de opbouw van een samenwerkingsrelatie en goed werkklimaat. Het doel van AO en de huidige situatie worden aan een eerste analyse onderworpen.

Diagnostische fase

In deze fase wordt voortgeborduurd op de eerste analyse, die in de oriëntatiefase is uitgevoerd. Er wordt door de onderzoekers en de stakeholders samen een definitief oordeel geveld over de huidige situatie. Kennis en ervaringen van de stakeholders zijn hierbij het uitgangspunt. Vanuit zoveel mogelijk invalshoeken worden verschillende aspecten van de huidige situatie gezamenlijk geëxploreerd. Dit gebeurt door middel van reflectie, ervaringen en onderzoek.

Ontwikkelingsfase

In deze fase wordt de door de stakeholders verkregen kennis gedeeld. Op deze manier worden ideeën, aandachtspunten en werkpunten verweven tot een gewenste situatie. Daarnaast wordt er een plan gemaakt ter verbetering van de huidige situatie of het handelen, waaruit aanbevelingen voortkomen.

Actiefase

In de actiefase wordt de gewenste situatie gerealiseerd. Dit wil zeggen dat het opgestelde verbeterplan wordt uitgevoerd. De onderzoekers bewaken de voortgang, het plan en de uitvoering. Na de uitvoering van het verbeterplan zal er een evaluatie plaatsvinden, waarna verbeterpunten worden opgesteld voor een eventuele volgende cyclus.

§ 1.7 Conclusie

De literatuurstudie naar AO heeft een gedegen ondergrond geleverd voor het afstudeerproject. De methodische cyclus van AO is, gedurende het afstudeerproject, een leidraad voor de afstudeergroep. De fasen, benoemd in de vorige paragraaf, vormen de basis voor de invulling van de hoofdstukken. Deze fasen zullen dan ook in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens worden gepresenteerd.

2

Voorfase

In de voorfase worden de vorige afstudeeropdrachten besproken, de gekozen afstudeeropdracht beargumenteerd, de conclusie omtrent de vorige afstudeeropdracht getrokken en de door de opdrachtgever aangedragen afstudeeropdracht weergegeven.

§ 2.1 Vorige afstudeeropdrachten

Binnen het Catharina-ziekenhuis zijn er afdelingen voor Intensive Care (IC) en Medium Care (MC). Normaliter worden patiënten die complexe zorg behoeven, op deze afdelingen verpleegd. Wanneer de complexiteit van zorg afneemt, kan het voorkomen dat een patiënt wordt overgeplaatst naar afdeling 8-West. Deze overgang wordt door zowel patiënten als verpleegkundigen als groot ervaren. Dit gegeven heeft ertoe geleid dat het ziekenhuis een verhoogde zorg unit* wil realiseren. Deze unit zal gesitueerd worden op afdeling 8-West, omdat hier op basis van de zorg die geleverd wordt, veel specialisaties voorkomen. Op deze unit werken verpleegkundigen, die in staat zijn om complexe zorg te leveren. Om een begin te maken met het realiseren van een verhoogde zorg unit, zijn vorig jaar drie afstudeergroepen met dit onderwerp aan de slag gegaan.

Deze drie afstudeeropdrachten zijn als volgt weergegeven:

1. welke competenties van verpleegkundigen zijn er nodig om te werken op een verhoogde zorg unit?
2. wat voor soort patiënten komen op deze unit en hoe kan de zorgzwaarte inzichtelijk gemaakt worden?
3. welke aanpassingen aan de context moeten worden gedaan om een verhoogde zorg unit te starten?

§ 2.2 Verantwoording keuze afstudeeropdracht

De afstudeergroep is tot de keuze van een opdracht gekomen door middel van verdieping in de drie beschikbare afstudeeronderwerpen vanuit cohort 2005. De verdieping heeft plaatsgevonden door het bijwonen van de drie afstudeerpresentaties en het doorlezen van de schriftelijke verantwoording. De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om verder te gaan met de afstudeeropdracht 'competent verplegen' (reeds geformuleerd als eerste afstudeeropdracht). De afstudeergroep is met de keuze voor deze opdracht naar de opdrachtgever gestapt, waar deze een nieuwe opdracht heeft geformuleerd.

De afstudeergroep is van mening dat een vervolg op deze afstudeeropdracht een grote bijdrage levert aan de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen. Het zoomt in op het functioneren van een team, waarmee iedere verpleegkundige te maken krijgt. Daarnaast heeft het Catharina-ziekenhuis te maken met een toenemende zorgzwaarte, waar verpleegkundigen op moeten kunnen anticiperen.

§ 2.3 Analyse vorige afstudeeropdracht

Binnen het Catharina-ziekenhuis zijn kerncompetenties opgesteld, waar verpleegkundigen aan moeten voldoen. Deze kerncompetenties heeft de vorige afstudeergroep meegenomen als basis voor hun afstudeerproject. Uit de vergelijking tussen de werkelijke en wenselijke situatie zijn verschillende hiaten naar voren gekomen. Deze hiaten zijn op te splitsen in twee stromingen, te weten: cultuur en kennis. De vorige afstudeergroep zegt zich vervolgens te hebben verdiept in de stroming cultuur. Broks e.a. (2009: p.29), zijn van mening dat "dit culturele probleem eerst aangepakt moet worden, voordat er iets aan de richting kennis van de verpleegkundige gedaan kan worden. Een goede cultuur op de afdeling is in de ogen van de afstudeergroep de basis van dit alles. Daarnaast is het beheersen van de kerncompetenties van groot belang in het werken op de afdeling".

De vorige afstudeergroep heeft niet duidelijk beschreven wat zij onder cultuur verstaat. Wel beschrijft de afstudeergroep de wenselijke situatie omtrent de cultuur. Daarbij werden de volgende criteria gesteld:

- verpleegkundigen werkzaam op afdeling 8-West beschikken over de kerncompetenties beschreven in het competentie management van het Catharina-ziekenhuis;
- verpleegkundigen werkzaam op afdeling 8-West kennen hun eigen tekortkomingen en knelpunten en werken hieraan;
- verpleegkundigen op afdeling 8-West signaleren knelpunten bij collega's en helpen hen bij het bevorderen van hun deskundigheid;
- verpleegkundigen op afdeling 8-West zijn zich bewust van hun eigen professioneel handelen en staan open voor verandering en ontwikkeling;
- de manier van werken en denken is bij verpleegkundigen op afdeling 8-West afgestemd op de te leveren zorg: efficiënt en effectief.

Uit de vergelijking van de wenselijke en de door de vorige afstudeergroep beschreven werkelijke situatie blijkt dat deze criteria de hiaten vormen onder de noemer 'cultuur'. Om deze hiaten op te lossen heeft de vorige afstudeergroep verschillende maatregelen opgesteld. Uit deze maatregelen heeft de vorige afstudeergroep samen met de opdrachtgever twee maatregelen gekozen die zij wilde invoeren op de afdeling.

Deze maatregelen luiden als volgt:

- het aanbieden van hulpmiddelen voor (zelf)reflectie, evaluatie en intervisie;
- het ontwerpen van een model om bij POP-gesprekken kritischer en praktischer te kijken naar het niveau van de kerncompetenties.

De vorige afstudeergroep heeft deze maatregelen geïmplementeerd door middel van een gegeven klinische les over deskundigheidsbevordering. Daarbij zijn bovengenoemde maatregelen op de afdeling ingevoerd. Hoe dit precies gelopen is, heeft de vorige afstudeergroep niet duidelijk weergegeven.

§ 2.4 Conclusie

Doordat de vorige afstudeergroep niet duidelijk beschreven heeft wat zij onder 'cultuur' verstaat, hoe zij de 'cultuur' heeft vastgesteld en hier weinig literatuurstudie naar heeft gedaan, blijft het begrip 'cultuur' gedurende het gehele afstudeerproject niet concreet. Bovendien is het onduidelijk of de ingevoerde maatregelen het gewenste effect hebben bereikt.

Op basis van bovenstaande bevindingen is door Van Gorkom (2009: p.1) de volgende opdracht geformuleerd: "We willen graag weten welke ervaringen er op de afdeling zijn met de door de vorige afstudeergroep gestarte innovaties op het gebied van afdelingscultuur en kennis. En we willen de aanbevelingen/innovaties graag verder uitwerken en implementeren.

Kies één of enkele van deze aanbevelingen/innovaties uit en werk deze verder uit samen met het team, om zo de deskundigheid ten aanzien van werken op de afdeling verhoogde zorg verder te vergroten. Hierbij kunnen onderdelen uit AO en PD gebruikt worden."

3

Oriëntatiefase

In deze fase worden de volgende onderwerpen besproken: kennismakingsgesprek, verkenning van de literatuur op PD, implementatie, cultuur, kennis, verhoogde zorg en competenties. Vervolgens wordt een samenvatting van de interviews weergegeven.

§ 3.1 Kennismakingsgesprek

De afstudeergroep heeft een kennismakingsgesprek gepland tussen projectbegeleidster, opdrachtgevers en de afstudeergroep zelf. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 5 oktober 2009. Als voorbereiding op het kennismakingsgesprek, heeft de afstudeergroep een agenda opgesteld. Deze ziet er als volgt uit:

Opdrachtgevers

- Meer concreet maken van de opdracht;
- wijze van terugkoppelen van vordering en verschillende fasen;
- verwachtingen vanuit de opdrachtgevers naar afstudeergroep;
- verwachtingen van opdrachtgevers naar projectbegeleidster.

Projectbegeleidster

- Verwachtingen van projectbegeleidster naar opdrachtgevers.

Afstudeergroep

- Verwachtingen, onduidelijkheden vanuit de afstudeergroep;
- de precieze rol van de opdrachtgevers, wanneer contact leggen met wie;
- welke vormen van onderzoek mag de afstudeergroep toepassen.

Samenwerkingsafspraken en inhoudelijke afspraken

- Opstellen met alle aanwezigen.

§ 3.1.1 Samenvatting kennismakingsgesprek

Uit de analyse van het vorige afstudeerproject is niet duidelijk geworden of de door hen ingevoerde maatregelen het gewenste effect hebben bereikt. Deze onduidelijkheden hebben voornamelijk te maken met het feit dat de vorige afstudeergroep de begrippen 'cultuur' en 'kennis' niet vanuit de theorie benaderd heeft. De afstudeergroep kiest er daarom voor eerst een uitgebreide literatuurstudie te doen omtrent het begrip 'cultuur'. Deze keuze is tot stand gekomen naar aanleiding van de bevindingen uit de analysefase van de vorige afstudeergroep. Broks e.a. (2009) stellen uit het overleg tussen de vorige afstudeergroep en F. Blom, de toenmalige opdrachtgever, dat naar voren is gekomen dat 'cultuur' eerst aangepakt dient te worden, voordat het onderwerp 'kennis' aan bod komt. Vervolgens gaat de afstudeergroep een cultuuranalyse op de afdeling doen om er achter te komen welke cultuur er op de afdeling heerst, wat het implementatieproces bevordert. Voor de cultuuranalyse dient de afstudeergroep zich te oriënteren op verschillende cultuuranalyse-instrumenten.

De analyse van het vorige afstudeerproject, samen met de uit te voeren cultuuranalyse, geven informatie over de aanpak van een concreet probleem op de afdeling. Vanuit dit probleem kan een topic geformuleerd worden voor de verdere invulling van de afstudeeropdracht. De afstudeergroep is, volgens de opdrachtgever, niet genoodzaakt zich aan de geformuleerde afstudeeropdracht te houden.

Het doel van het analyseren van de cultuur is niet zo zeer het veranderen van de cultuur zelf, maar juist de aanpak van de implementatie van interventies of een verandertraject op de huidige heersende cultuur af te stemmen. Bij het uitspreken van eenieders verwachtingen is naar voren gekomen dat de lijnen kort

gehouden dienen te worden. Daarnaast is het wenselijk dat de afstudeergroep regelmatig op afdeling 8-West aanwezig is om aan de afstudeeropdracht te werken.

De afstudeergroep dient met de opdrachtgevers afzonderlijk te bespreken welke veranderingen op afdeling 8-West hebben plaatsgevonden naar aanleiding van het vorige afstudeerproduct. Daarnaast dient de afstudeergroep met hen door te nemen welke veranderingen op korte termijn plaats gaan vinden en hoe de ingevoerde interventies nog gebruikt worden. Tevens dient de afstudeergroep met de andere afstudeergroep van cohort 2006 de voortgang te bespreken, in verband met overlap tussen beide afstudeeropdrachten.

M. Verstappen en H. van Rooij zijn de opdrachtgevers en daarmee direct aanspreekpunt voor de afstudeergroep. Zij worden ondersteund door P. van Gorkom. De opdrachtgevers worden door de afstudeergroep op de hoogte gebracht van 'grote' stappen in het afstudeerproject, zoals bij de cultuuranalyse en andere keuzemomenten. Bij het afnemen van interviews en andere belangrijke communicatie met afdeling 8-West, moet eerst goedkeuring worden gegeven door de project-begeleidster.

§ 3.2 Literatuurstudie

Om een verdieping in de onderwerpen die relevant zijn voor de afstudeeropdracht te bereiken, heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden. Per item wordt beknopt de meest essentiële informatie weergegeven. Afhankelijk van de voortgang van het onderzoek wordt aanvullende literatuur bestudeerd. De uitwerking waarover de afstudeergroep beschikt, is uitgebreider voor het geval er een terugblik in de literatuur gewenst is.

Met deze literatuurstudie verkrijgt de afstudeergroep een eerste onderbouwing met betrekking tot de geformuleerde afstudeeropdracht:

Van Gorkom (2009: p.1): "We willen graag weten welke ervaringen er op de afdeling zijn met de door de vorige afstudeergroep gestarte innovaties op het gebied van afdelingscultuur en kennis. En we willen de aanbevelingen/innovaties graag verder uitwerken en implementeren.

Kies één of enkele van deze aanbevelingen/innovaties uit en werk deze verder uit samen met het team, om zo de deskundigheid ten aanzien van werken op de afdeling verhoogde zorg verder te vergroten. Hierbij kunnen onderdelen uit AO en PD gebruikt worden."

De volgende onderwerpen, uit de geformuleerde afstudeeropdracht, worden in de onderstaande paragrafen besproken:

- practice development;
- implementatie;
- cultuur;
- kennis;
- verhoogde zorg.

De afstudeergroep heeft er tevens voor gekozen om haar kennis te verbreden ten aanzien van het onderwerp 'competenties', omdat dit onderwerp de basis heeft gevormd voor het afstudeerproject 'competent verplegen' van de studenten van cohort 2005.

§ 3.2.1 Practice development

Garbett & McCormack (2002: p.88), definiëren practice development (PD) in McCormack e.a. (2004) als volgt: "PD is een continu proces van ontwikkelingen om de effectiviteit van de zorg, vanuit het perspectief van de patiënt, te verhogen. Dit wordt bereikt door verpleegkundigen te helpen, bij het ontwikkelen van hun kennis en vaardigheden en hen te helpen bij het veranderen van de cultuur en de context van zorg. Dit proces wordt mogelijk gemaakt en ondersteund door facilitators die op een

systematisch en consequente wijze een continu proces van emancipatoire verandering bewerkstelligen waarbij het perspectief van de patiënt centraal staat.”

Door binnen PD op een faciliterende wijze te werk te gaan, worden professionals en organisaties betrokken en gestimuleerd om de eigen werkwijze in de praktijk te veranderen. Beide partijen worden gewezen op het nemen van een leidende rol en verantwoordelijkheid in het toepassen van evidence in de praktijk.

De focus van PD, volgens Cox (2009), is op het microniveau van de zorg, het niveau waar de zorg daadwerkelijk wordt geboden en ervaren, kortom in de directe patiëntenzorg. Hierbij is het echter nodig om ondersteuning van het meso- en het macroniveau van de zorginstelling te krijgen om succesvol te zijn. Het betrekken van direct belanghebbenden (stakeholders) biedt de meeste mogelijkheden voor een duurzame verandering. Dit betekent, volgens de afstudeergroep, dat zowel de verpleegkundigen als het management, die in deze situatie samen de stakeholders zijn, betrokken dienen te worden bij het veranderingstraject.

Relatie practice development en actieonderzoek

Zowel AO als PD richten zich op het microniveau van zorg, waarbij zij kijken naar tekortkomingen in de efficiëntie en effectiviteit van het dagelijks handelen binnen de zorg.

De hoofddoelen van AO en PD komen overeen. Migchelbrink (2007) beschrijft het hoofddoel van AO als kennisvermeerdering en verbetering en/of verandering van de sociale situatie. Het hoofddoel van PD is, volgens Cox (2009: p. 5): “het ontwikkelen van persoonsgerichte zorg gebaseerd op evidence. Dit manifesteert zich in persoonlijke ontwikkeling van de verpleegkundige en een effectieve werplekcultuur.” Manley & McCormack (2004) vullen hier op aan dat een belangrijk kenmerk voor de verhoging van de effectiviteit van zorg, het gebruik maken en verzamelen van evidence in de beroepspraktijk is. De volgende sleutelwoorden zijn hierbij, volgens de afstudeergroep, van toepassing:

AO	PD
Onderzoek	Persoonlijke en praktijk ontwikkeling
Reflectie	Reflectie
Leren	Leren
Veranderen	Stakeholders

Tabel 1. Sleutelwoorden AO en PD

De sleutelwoorden van AO en PD komen nagenoeg overeen. De term ‘onderzoek’ benoemt binnen AO, komt overeen met het systematisch werken uit de definitie van PD. De term ‘ontwikkeling’ binnen PD, kan worden bereikt door middel van reflectie en leren, welke zowel bij AO als bij PD benoemd worden. De afstudeergroep stelt dat voor het doorvoeren van een verandering (AO), het betrekken van de stakeholders in het veranderingsproces, nodig is (PD). Alle termen kunnen betrekking hebben op het individu en/of het team.

Kijkend naar het onderzoekproces is te zien dat zowel bij AO als bij PD sprake is van een cyclisch proces, waarbij veelvuldig stappen worden geanalyseerd, geïmplementeerd en geëvalueerd. Deze cycli staan allemaal in het teken van verbetering van het handelen.

Vormen van practice development

Manley & McCormack (2004), in McCormack e.a. (2004), onderscheiden twee vormen van PD. De overeenkomst tussen deze vormen is dat ze allebei producten ontwikkelen die uiteindelijk tot een verhoging van de effectiviteit van zorg moeten leiden. De twee vormen van PD zijn:

- *technische PD*; volgens Roothans (2008) en Manley & McCormack (2004), in McCormack e.a. (2004), is deze vorm van PD ‘top-down’ georiënteerd. Dit wil zeggen dat de ideeën voor een verbeteropdracht of -actie van het management af komen. Er wordt een smallere kijk op PD

gehanteerd: de facilitator weet al wat het eindpunt van de ontwikkeling zal zijn en kan als een autoritaire figuur gezien worden.

- *emancipatoire PD*; ‘bottom-up’ en praktijk staan centraal in deze benadering van PD. Hiermee wordt bedoeld dat de ideeën voor actie ontstaan vanuit (min of meer georganiseerde) groepsprocessen. Deze kijk op PD is breed: naast de aspecten van technische PD worden ook persoonlijke ontwikkeling en cultuur geëvalueerd. De facilitator kan technische expertise inbrengen, maar staat gelijk met ieder ander groepslid, zo stellen Roothans (2008) en Manley & McCormack (2004), in McCormack e.a. (2004).

De afstudeergroep richt zich op emancipatoire PD. Tijdens de literatuurstudie verdiept zij zich onder andere in de begrippen kennis, cultuur en competenties. De afstudeergroep is van mening dat deze begrippen centraal staan binnen deze stroming van PD. Doordat de afstudeergroep vanuit het adoptiemodel te werk gaat, kan zij beschouwd worden als een volwaardig lid van het team. Op deze manier kan een bottom-up benadering bewerkstelligd worden.

Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)-raamwerk

Rycroft (2004), in McCormack e.a. (2004), en Van Bers & Munten (2008) geven aan dat het PARIHS-raamwerk de wisselwerking laat zien van verschillende factoren die van invloed zijn op het succesvol implementeren van evidence in de praktijk. In het raamwerk worden drie factoren onderscheiden, die als onderling samenhangend gezien kunnen worden. Deze verschillende factoren zijn:

- *kwaliteit van de evidence*; evidence valt onder te verdelen in onderzoek, klinische ervaring en patiëntenervaring. De uitdaging voor professionals en onderzoekers ligt in het begrijpen hoe deze zijn gecombineerd in het maken van keuzen. Daarbij is het noodzakelijk zich af te vragen hoe meer effectieve zorg geleverd kan worden door gebruik te maken van al deze factoren.
- *context waarin de verandering plaatsvindt*; Van Bers & Munten (2008: p.1): “in het PARIHS-raamwerk refereert de term ‘context’ aan het milieu of de setting waarbinnen personen gezondheidszorg ontvangen of aan de context waarin de voorgestelde verandering geïmplementeerd moet worden. In zijn eenvoudigste vorm betekent ‘context’ hier de fysieke omgeving waarbinnen de praktijkvoering plaatsvindt.”
- *facilitering die geboden wordt om de verandering te ondersteunen*; facilitators spelen een grote rol bij het implementeren van evidence in de praktijk. Zij ondersteunen de professionals bij het veranderen van hun praktijk. Het is helder dat de facilitator een sleutelrol vervult, niet alleen bij het beïnvloeden van de context waarbinnen de verandering plaatsvindt, maar ook in het werken met professionals om de evidence die wordt geïmplementeerd, te begrijpen en in te voeren.

Het PARIHS-raamwerk zou binnen het onderzoek van de afstudeergroep kunnen dienen als strategie voor implementatie van een verandering en/of verbetering op de afdeling.

§ 3.2.2 Implementatie

Volgens Hulscher e.a. (2000), in Grol & Wensing (2006), kent de definitie van ZonMw* van implementatie verschillende belangrijke elementen, de elementen. Deze worden door Grol & Wensing (2006) toegelicht:

- *procesmatige en planmatige invoeringen*; effectieve implementatie vereist een procesmatige aanpak, waarin effectieve verspreiding, kennisoverdracht, gedragsverandering en dergelijke zaken vooraf moeten gaan aan het bevorderen van de feitelijke toepassing van de innovatie.
- *vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde)*; hierbij gaat het om het invoeren van werkwijzen, technieken of organisatievormen die nieuw, beter of anders zijn dan voorheen.
- *structurele plaats krijgen*; hierbij moet de implementatie leiden tot blijvende verandering. In de praktijk wordt regelmatig terugval gezien.
- *in het (beroepsmatig) handelen, het functioneren van organisatie(s) of de structuur van de gezondheidszorg*; veranderingen kunnen plaatsvinden in onder andere organisatie, structuur van de zorg, primair proces van de zorg. Meestal gaat het om het vergroten van de effectiviteit, de doelmatigheid of patiëntgerichtheid van de zorg, met directe effecten voor patiënten.

Benaderingen van implementatie

Hulscher e.a. (2000) en Wensing e.a. (2000), beiden in Grol & Wensing (2006), stellen dat er bij implementatie twee verschillende benaderingen te onderscheiden zijn: het rationele model en het participatiemodel, beschreven in tabel 2 door Van Woerkom & Adolfse (1998), in Grol & Wensing (2006).

Rationeel model	Participatiemodel
Implementatie verloopt lineair	Implementatie verloopt stap voor stap
Duidelijk startpunt van implementatie	Onduidelijk startpunt
Aangestuurd van bovenaf	Aangestuurd vanuit praktijk
Gedreven door aanbod van technologie	Gedreven door behoefte aan technologie
Vaak positief ten aanzien van innovatie	Neutraal ten aanzien van innovatie
Geen aandacht voor diversiteit behoeften in praktijk	Geen aandacht voor invloed van macroprocessen Kans op implementatie van suboptimale technologie
Weinig gebruik van kennis en ervaringen van doelgroep	Maakt gebruik van kennis en ervaringen van doelgroep

Tabel 2. Benaderingen van implementatie

De afstudeergroep benadert de implementatie volgens het participatiemodel. Dit hangt samen met het adoptiemodel, waarbij de afstudeergroep een opdracht krijgt van, en aangestuurd wordt door de opdrachtgevers vanuit het Catharina-ziekenhuis. De kenmerken van het participatiemodel zijn tevens basisprincipes van de, door de afstudeergroep, gebruikte methoden van PD en AO. Daarnaast zijn zowel PD als AO, te benoemen als een cyclisch proces waarbij verschillende fasen stap voor stap doorlopen dienen te worden om tot het gewenste eindresultaat te komen.

Uitgangspunten voor implementatie

Grol & Wensing (2006) geven aan dat er een startpunt moet zijn om implementatie te kunnen beginnen. Bij implementatie kunnen er twee uitgangspunten zijn voor dit proces. De eerste is dat er reeds informatie beschikbaar is, die erop wijst dat de zorg voor de patiënten effectiever of efficiënter kan worden verleend. Het andere uitgangspunt kan zijn dat er vanuit de praktijk signalen worden opgedaan over een bepaalde werkwijze die problemen geeft.

Relatie implementatie en practice development

Implementatie omvat verbeteringen en/of veranderingen in het beroepsmatig handelen, functioneren van de organisatie of de structuur van de gezondheidszorg. Deze verbeteringen en/of veranderingen krijgen een structurele plaats in de beroepspraktijk. Implementatie geschiedt volgens procesmatige en planmatige invoeringen. Om de implementatie procesmatig en planmatig te laten verlopen kan de werkwijze van PD gebruikt worden. Bij PD wordt implementatie bereikt door een proces van ontwikkeling van kennis en vaardigheden van de betreffende professionals, het veranderen van de cultuur en het veranderen van de context, waarin de zorg wordt geleverd.

§ 3.2.3 Cultuur

Organisatiecultuur is moeilijk te definiëren. De afstudeergroep heeft gebrainstormd over dit begrip. Hieruit zijn de volgende steekwoorden naar voren gekomen:

- normen en waarden;
- verwachtingen;
- overtuigingen;
- manier van handelen;
- ritueel;
- groepsgedrag;
- individuele en/of gezamenlijke doelen;
- routine;
- niet direct beïnvloedbaar;
- structuur;
- visie;
- missie;
- medezeggenschap;
- milieu;
- geschreven en ongeschreven regels.

Deze steekwoorden worden als zoekterm gebruikt en in de begripsomschrijving verwerkt; zij vormen de basis voor de visie van de afstudeergroep, waaruit de definitie van cultuur is afgeleid. Deze visie is ontwikkeld op basis van eigen ervaringen en literatuur. Eigen ervaringen en literatuur zijn twee bronnen van evidence binnen PD.

Begripsomschrijving

Franssen & Wetzels (2001) duiden cultuur aan als de betekenissen die mensen met elkaar geven aan allerlei zaken die met het reilen en zeilen van de organisatie van doen hebben. Deze zijn sterk bepalend voor de sfeer en het gedrag van diezelfde mensen.

Volgens Allaire & Firsirotu (1984), in Van Wely (2002), is organisatiecultuur het geheel van machts-politiek en handelingsethiek, gebaseerd op het gedrag en geloof in bepaalde normen en waarden, dat gedeeld wordt door de mensen binnen de organisatie, waardoor het kenbaar wordt als een sociaal fenomeen, dat wordt overgedragen aan nieuwe medewerkers en zorgt voor een zekere stabiele basis binnen een turbulente omgeving. Deze begripsomschrijving komt voort uit een literatuuronderzoek waarbij 164 verschillende begripsdefinities gebruikt zijn.

Schein (1985) stelt, in Von Grumbkow e.a. (1991), dat organisatiecultuur een samenspel is van fundamentele veronderstellingen van een bepaalde groep bedacht, ontdekt of ontwikkeld tijdens een leerproces met betrekking tot externe aanpassingen en interne integratie, die als waarheid worden beschouwd en daarom worden overgedragen aan nieuwe leden als juiste manieren van waarnemen, denken en voelen.

Organisatiecultuur is, volgens de afstudeergroep, het geheel van normen, waarden, verwachtingen en overtuigingen welke de basis vormen voor het handelen van een groep. Daarnaast worden de visie, missie en het doel door deze groep gedeeld.

Cultuurtypen

Het competing-values model van Quinn & Rohrbaugh (1981) en Quinn & Kimberley (1984), beiden in Van Linge (2006), maakt een onderscheid tussen cultuurtypen aan de hand van de waarden, die in een organisatie worden geuit. Deze waarden kunnen in twee verschillende stromingen worden onderscheiden, namelijk: controle versus flexibiliteit en extern gericht versus intern gericht. Quinn e.a. (1981; 1984), in Van Linge (2006), zijn van mening dat deze twee stromingen het meest geschikt zijn om organisatieculturen te scheiden. Door deze twee stromingen te combineren ontstaan er vier cultuurtypen, namelijk: de hiërarchische cultuur, de ontwikkelingscultuur, de groepscultuur en de rationele cultuur.

Hiërarchische cultuur

Quinn e.a. (1981; 1984), in Van Linge (2006), stellen dat een hiërarchische cultuur wordt gekenmerkt door waarden als stabiliteit, uniformiteit, zekerheid en gehoorzaamheid. De stromingen, die deze cultuur aanhangt, zijn controle en intern gerichtheid. Cameron & Freeman (1991), in Hunink & Van der Bijl (2002), vullen deze waarden aan met doelmatigheid, controle en voorspelbaarheid. Zij noemen dit cultuurtype de 'bureaucratie'. Cameron & Quinn (2007) omschrijven een hiërarchische cultuur als volgt: een cultuur, die gekenmerkt wordt door een geformaliseerde en gestructureerde werkplek, waarbij procedures bepalen wat mensen doen. In deze cultuur zijn effectieve leiders goede coördinatoren en organisatoren. Regels en procedures houden de organisatie bijeen. Uit onderzoek van Zammuto & Krakower (1991), in Van Linge (2006), blijkt dat in deze cultuur de weerstand tegen verandering over het algemeen groot is.

Ontwikkelingscultuur

De ontwikkelingscultuur heeft waarden als innoveren, risico's nemen, groei en benutten van mogelijkheden, waarbij stromingen van flexibiliteit en extern gerichtheid naar voren komen, aldus Quinn e.a. (1981; 1984), in Van Linge (2006). Cameron & Freeman (1991), in Hunink & Van der Bijl (2002), spreken

van een 'ondernemer' welke, naast bovenstaande waarden, waarden als creativiteit en ondernemingszin bezit. Cameron & Quinn (2007) hebben weer een andere benaming voor de ontwikkelingscultuur, namelijk 'adhocratiecultuur'. Binnen deze cultuur vloeit de macht van het ene individu naar het andere, afhankelijk van het probleem dat op dat moment aan de orde is. In de ontwikkelingscultuur is weerstand tegen verandering het kleinst ten opzichte van de andere culturen, zo blijkt uit onderzoek van Zammuto & Krakower (1991), in Van Linge (2006).

Groepscultuur

Volgens Quinn e.a. (1981; 1984), in Van Linge (2006), kent de groepscultuur waarden als samenhang, binding, steun en ontwikkeling van menselijk vermogen. Hierbij zijn stromingen aanwezig van flexibiliteit en intern gerichtheid. De groepscultuur wordt door Cameron & Freeman (1991), in Hunink & Van der Bijl (2002), 'de clan' genoemd. De clan kent waarden als loyaliteit aan de groep, traditie en teamwork. De groepscultuur wordt door Cameron & Quinn (2007) een familiecultuur genoemd. De familiecultuur kent de volgende omschrijving: semi-zelfstandige werkgroepen waarvan de leden worden beloond voor de resultaten van het team als geheel. Werknemers worden gestimuleerd om aanbevelingen te doen om resultaten van het eigen werk en de organisatie als geheel te verbeteren. In deze cultuur heeft het personeel veel zeggenschap over de eigen werkzaamheden. Uit onderzoek van Yeung e.a. (1991), in Van Linge (2006), blijkt dat binnen een groepscultuur vooral gebruik gemaakt wordt van persoonlijke ontwikkeling en communicatie als basis voor het personeelsbeleid.

Rationele cultuur

Quinn e.a. (1981; 1984), in Van Linge (2006), noemen waarden als doelmatigheid, productiviteit, doelgerichtheid en concurrentievermogen. Hierbij behorende stromingen zijn controle en extern gerichtheid. De rationele cultuur wordt door Cameron & Freeman (1991), in Hunink & Van der Bijl (2002), 'de markt' genoemd. Zij spreken, naast bovenstaande waarden, van waarden als uitwisseling met de omgeving en productie. Ook Cameron & Quinn (2007) spreken van een 'marktcultuur', welke zij omschrijven als een cultuur die zich voornamelijk richt op uitvoering van transacties met andere stakeholders om op die manier een concurrentievoordeel te werven. Yeung e.a. (1991), in Van Linge (2006), stellen dat binnen een rationele cultuur werving, selectie en prestatiebeoordeling de belangrijkste waarden voor het personeelsbeleid zijn.

Cultuurverandering

Franssen & Wetzels (2001) geven aan dat cultuurveranderingen vaak als struikelblok ervaren worden. Allaire & Firsirotu (1984), in Van Wely (2002) vullen dit aan met het gegeven dat organisatiecultuur de medewerkers een identiteitsgevoel, stabiliteit en betrokkenheid biedt binnen de organisatie. Wanneer cultuurverandering plaatsvindt, verdwijnen deze factoren. West & Anderson (1992), in Hunink & Van der Bijl (2002), stellen dat elk cultuurtype openstaat voor innovaties, maar vooral voor innovaties die passen bij het betreffende cultuurtype. Wanneer gekozen wordt voor innovaties die niet direct bij de overheersende cultuur passen, zal de invoering van deze innovaties een moeilijke opgave worden. De afstudeergroep concludeert hieruit dat er binnen een groep rituelen heersen en daarmee de structuur, geschreven en ongeschreven regels moeilijk beïnvloedbaar zijn.

Model van Schein

Het gedrag van mensen kan worden verklaard vanuit het model van Schein. Schein (1992), in Van Linge (2006), onderscheidt drie niveaus van gedrag, welke een organisatiecultuur bepalen, namelijk:

- *artifacts*; zijn alle verschijnselen die een buitenstaander kan zien, horen en voelen, wanneer hij/zij voor het eerst met een bepaalde cultuur in aanraking komt. Artifacts vormen de buitenste laag van een cultuur. Enkele voorbeelden van artifacts zijn de fysieke omgeving waarin een groep leeft of werkt, de manier van kleden en omgangsvormen.
- *espoused values*; zijn waarden waarbij men aangeeft ze belangrijk te vinden, maar die niet altijd het gedrag van mensen leiden. Zo kan een verpleegkundige zeggen dat het werk op een

bepaalde manier is verdeeld, omdat dit het beste is voor de patiënt. Of dit daadwerkelijk zo is, is de vraag.

- *basic assumptions*; oftewel basale opvattingen, omvatten de diepste laag binnen de cultuur. Deze basale opvattingen zijn ooit bewust geweest, maar dat dit geleidelijk vanzelfsprekend is geworden, waardoor ze niet (meer) direct toegankelijk zijn voor een buitenstaander.

Relatie cultuur en practice development

Cultuur vervult een belangrijke rol binnen PD. Het aspect cultuur bepaalt of een implementatie succesvol is in de betreffende context. Daarnaast kan cultuurverandering worden bereikt met behulp van een implementatiestrategie, zoals PD.

§ 3.2.4 Kennis

Volgens Chinn & Kramer (1991), in Wilkinson (2008), zijn er vijf soorten bronnen, die de basis vormen van de verpleegkundige kennis: verplegingswetenschap, vakbekwaamheid, ethiek, zelfkennis en praktische wijsheid.

Verplegingswetenschappelijke kennis

Verplegingswetenschappelijke kennis bestaat, volgens Wilkinson (2008), uit feiten, informatie, principes en theorieën. In verpleegkunde omvat de verplegingswetenschappelijke kennis, onderzoeksresultaten uit andere vakgebieden zoals fysiologie en psychologie. Wetenschappelijke kennis wordt gebruikt om te beschrijven, verklaren en voorspellen.

Vakbekwaamheid

Wilkinson (2008) stelt dat de vakbekwaamheid van de verpleegkundige de manier is waarop verpleegkundigen hun kennis gebruiken. Via deze vakbekwaamheid brengen verpleegkundigen hun betrokkenheid bij de patiënt tot uitdrukking; daarom moet deze vakbekwaamheid attitude, opvattingen en waarden omvatten.

Ethische kennis

Ethische kennis verwijst naar kennis van standaarden voor het beroepsmatig handelen. Het houdt zich bezig met plichten, of wat men behoort te doen, en bestaat uit morele basisprincipes en processen die nodig zijn om goede en slechte activiteiten van elkaar te onderscheiden, zo stelt Wilkinson (2008).

Zelfkennis

Volgens Wilkinson (2008) heeft zelfkennis te maken met inzicht hebben in jezelf en jezelf ontplooien. Het gaat gepaard met zelfkennis in relatie tot andere mensen en hoe op een persoonlijke manier met hen omgegaan kan worden. Hoe meer kennis een verpleegkundige van zichzelf heeft, hoe beter ze activiteiten kan afstemmen op de patiënt.

Praktische wijsheid

Praktische wijsheid wordt, volgens Ziegler e.a. (1986), in Wilkinson (2008), verworven op basis van intuïtie, traditie, autoriteit, klinische ervaring, vallen en opstaan. Het vormt de basis voor het merendeel van de verpleegkundige zorg die wordt verleend. Volgens Heidegger (1962) en Gadamer (1970), in Benner (2006: p. 28), wordt praktijkkennis ontwikkeld naarmate de ervaring van een verpleegkundige toeneemt. Beiden definiëren ervaring als: "het bijstellen van bestaande ideeën die niet door de feitelijke situatie worden bevestigd". Een eerste vereiste om een situatie te kunnen waarnemen is dat men beschikt over voorkennis. In de praktijk wordt deze voorkennis vaak gevormd door theorieën, principes en eerdere ervaringen.

Benner (2006) stelt dat er een overvloed aan nog niet benutte kennis verborgen ligt in de beroepsuitoefening en know-how* van verpleegkundige experts. Deze kennis kan alleen worden uitgebreid of volledig worden wanneer verpleegkundigen systematisch vastleggen wat zij van hun ervaringen leren. Expertise in de beroepsuitoefening wordt in de verpleegkunde niet adequaat beschreven en dat draagt bij aan de achterstand in erkenning en beloning van het beroep.

Relatie kennis en practice development

Om een verandering en/of verbetering door te voeren, dient het team over kennis te beschikken omtrent het handelen in een situatie. De aspecten waarop dit handelen gebaseerd is, kunnen worden verkregen door bovenstaande vormen van kennis. Deze vormen van kennis zijn te vergelijken met de vormen van kennis binnen PD. Kennis is, volgens de afstudeergroep, een noodzakelijk aspect voor implementatie.

§ 3.2.5 Verhoogde zorg

Verhoogde zorg kan volgens de afstudeergroep in verband gebracht worden met de term 'complexiteit'. Volgens Albersnagel e.a. (1993) en Schoemaker & Albersnagel (2003) wordt de complexiteit van de verpleegsituatie binnen de verpleegkunde een steeds belangrijker begrip, omdat het onder andere dient als toewijzingsinstrument van zorgvragers aan verpleegkundigen.

Stevens (1995) stelt dat 'complex' verwijst naar het ingewikkelde karakter van de verpleegsituatie, waardoor het moeilijk te doorgronden, te voorspellen en te beheersen is. Volgens Schoemaker & Albersnagel (2003) werd eerder de opvatting gedeeld dat de complexiteit van een verpleegsituatie wordt bepaald door eigenschappen van de zorgvraag van de zorgvrager. Nu wordt gepleit voor een opvatting dat de verpleegsituatie als meer complex wordt ervaren, naarmate het moeilijker is te werken met bepaalde diagnoses of interventies. Dit omdat deze een groter beroep doen op de cognitieve*, psychomotorische*, interactieve en reactieve* vaardigheden van een verpleegkundige. Met andere woorden: complexe zorgvragers bestaan niet; wel bestaan diagnoses en interventies die moeilijk zijn om mee te werken in een verpleegsituatie, zodat deze situatie als complex wordt ervaren. Dit houdt verder in dat zorgvragers niet op grond van scorelijsten toegewezen zouden moeten worden, maar op grond van de moeilijkheidsgraad van de verpleegkundige diagnoses en interventies waarmee een verpleegkundige moet werken.

Complexiteit

Schoemaker & Albersnagel (2003) geven aan dat complexiteit van een verpleegsituatie geen vast gegeven is, maar hoe deze complexiteit ervaren wordt, is afhankelijk van de kennis en ervaring van de persoon die ermee geconfronteerd wordt. Een verpleegsituatie wordt dan ook als meer of minder complex ervaren door een bepaalde verpleegkundige. Wil er een oordeel over deze verpleegsituatie met betrekking tot de complexiteit gegeven worden, kunnen de volgende vragen als leidraad gebruikt worden:

- is er kennis beschikbaar?
- wordt er gebruik gemaakt van de kennis?
- wat is de kwaliteit van de kennis?
- is de kennis geïnternaliseerd? Kun je de kennis oproepen?
- is het gemakkelijk of moeilijk met deze kennis te werken?

De mate van complexiteit van de verpleegsituatie

Van de verpleegkundige op niveau vijf wordt verwacht dat zij op basis van professionele overwegingen een oordeel kan vellen over de mate van complexiteit. De verpleegkundige van kwalificatieniveau vijf, moet in staat zijn de zorgvraag vast te stellen en na te gaan welke factoren van invloed zijn op de zorgvraag. Zorgvragers moeten worden toegewezen op grond van een inschatting van kennis en ervaring, in relatie tot de moeilijkheidsgraad van de interventie(s) in de betreffende verpleegsituatie, zo stellen Schoemaker & Albersnagel (2003).

Relatie verhoogde zorg en practice development

Het begrip verhoogde zorg heeft geen direct verband met PD. Echter kan het Catharina-ziekenhuis verandering en/of verbetering, met betrekking tot verhoogde zorg doorvoeren, middels deze werkwijze.

§ 3.2.6 Competenties

Volgens De Jong e.a. (2003) is 'competentie' het vermogen van een handelend persoon om een set kennis, houdingen en vaardigheden te benutten om daarmee arbeidshandelingen uit te voeren en arbeidsproblemen op te lossen. Kortom, om competent te zijn, dient men kennis te bezitten.

Schoot & Stevens (2000) hebben voor de verduidelijking een opsomming gemaakt van de bijzondere kenmerken van het competente handelen, die ook voor de methodiek gelden. Dit zijn namelijk:

- bewustheid;
- handelen als fundamentele analyse-eenheid;
- intentionaliteit;
- consistentie.

Bewustheid

Met de competentie 'bewustheid' wordt bedoeld dat er sprake is van bewust handelen. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt met allerlei reflexmatige, instinctieve en aangeleerde gedragingen waarvan mensen zich niet (meer) bewust zijn, zo stellen Schoot & Stevens (2000).

Handelen als fundamentele analyse-eenheid

Schoot & Stevens (2000) beschouwen een competentie als een fundamentele analyse-eenheid. Hiermee wordt bedoeld dat het competente handelen ruimer wordt opgevat dan een vaardigheid. Samengevat betekent dit dat verpleegkundig handelen is georiënteerd op normen, theorieën, vaardigheden en afstemming op de situatie.

Intentionaliteit

Volgens Schoot & Stevens (2000) wordt er bij intentionaliteit gehandeld met een achterliggende gedachte, waardoor er een eindsituatie wordt nagestreefd. Met andere woorden er gebeurt niet zomaar iets, maar het is steeds ergens op gericht.

Consistentie

Schoot & Stevens (2000) stellen dat er bij consistentie sprake is van een logische samenhang tussen de verschillende elementen van en volgorde in het handelen. Het procesmatige karakter wordt hiermee aangeduid, maar eigenlijk is het beter om te spreken van een cyclisch karakter van het handelen. Hierin kunnen fasen worden onderkend waar op dat moment het zwaartepunt ligt.

Kerncompetenties van het Catharina-ziekenhuis

Volgens Competentiemap Catharina-ziekenhuis (2008) wil het ziekenhuis een topklinisch en topreferent opleidingsziekenhuis zijn dat hoogwaardige zorg levert en enkele gerenommeerde expertcentra heeft; dat is tevens het organisatiedoel. Om dit organisatiedoel te bereiken worden doelstellingen geformuleerd, die weer worden verwoord in plannen. Om deze doelstellingen en uiteindelijk het organisatiedoel te bereiken, hebben medewerkers bepaalde competenties nodig. Competentiemanagement ondersteunt in het ontwikkelen van deze competenties. Het Catharina-ziekenhuis onderscheidt de volgende drie kerncompetenties: professioneel handelen, samenwerken en persoonlijke ontwikkeling.

Relatie competenties en practice development

De begrippen kennis en reflectie, die nodig zijn om een competentie te verwerven, zijn in verband te brengen met de begrippen evidence en evaluatie binnen PD. Voor het verwerven van een competentie, binnen het ZIC, vervullen de werkbegeleiders de rol van facilitator. PD is een voorwaarde om

competenties te verwerven. Daarnaast zijn competenties nodig om volgens een evidence based wijze binnen PD te kunnen handelen.

§ 3.3 Interviews

De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om aan de hand van interviews met de stakeholders, na te gaan welke ingevoerde interventies van de vorige afstudeergroep daadwerkelijk in gebruik zijn. Bovendien wil de afstudeergroep achterhalen of met deze interventies het gewenste effect is bereikt en op welke wijze dit is gebeurd. Door gegevens met behulp van interviews te verzamelen en de uitgevoerde literatuurstudie, heeft de afstudeergroep een concrete weergave van de huidige situatie, die de basis vormt voor de invulling van het afstudeerproject.

§ 3.3.1 Vormen van interviews

Hulshof (2007: p. 12): "Interviewen is het mondeling verzamelen van informatie door middel van een serie vragen naar feiten of naar ervaringen, de mening of motieven van de ondervraagde(n)".

Er zijn drie basisvormen voor het interview te onderscheiden, aldus Verhoeven (2007):

1. *het ongestructureerde interview* ; (ook wel diepte-interview genoemd) hier werkt de interviewer met (meestal) één hoofdvraag en/of alleen onderwerpen (topics genaamd). Zo verloopt ieder interview weer anders, afhankelijk van de respondent. De rode draad blijft echter dezelfde.
2. *het halfgestructureerde interview*; bij dit type interview is er wel een vragenlijst of een lijst met onderwerpen. Er is zeker alle ruimte voor de eigen inbreng van de respondent. De onderzoeker stelt zich flexibel op en speelt in op de situatie.
3. *het gestructureerde interview*; deze vorm komt in de richting van het mondeling afnemen van een vragenlijst met gesloten en open vragen.

§ 3.3.2 Fasen in een interview

Volgens Hulshof (2007) dient de interviewer zich, voorafgaand aan een interview, te verdiepen in het onderwerp. Aan de hand van de verkregen informatie bereidt de interviewer zich schriftelijk voor. Vervolgens gaat de interviewer na, bij wie hij de benodigde informatie kan vinden. Als de te interviewen persoon vastgesteld is, wordt hiermee contact gelegd en een afspraak voor het afnemen van het interview gemaakt. Voor de vastlegging van het interview kan de interviewer gebruik maken van hulpmiddelen, zoals een schrijfblok en/of voicerecorder. Deze hulpmiddelen maken het mogelijk om een membercheck* te doen.

Een interview begint niet met de eerste vraag, zo stelt Hulshof (2007), maar met een samenvatting van het voorafgaande: waar het gesprek over zou gaan, hoeveel tijd ervoor is uitgetrokken, met welk doel het gehouden wordt, waarom deze persoon voor dit interview is uitgenodigd, waarvoor de informatie gebruikt zal worden en de te verwachten gespreksthema's. Bij het overgaan van het ene gespreksthema op het andere, is het goed om een kleine inleiding op de hoofdvraag te geven.

Aan het einde van het interview dient de interviewer na te gaan of het gestelde doel bereikt is. Als dat het geval is, kan afgerond worden met behulp van een samenvatting te geven van of een conclusie te trekken uit het voorafgaande.

§ 3.3.3 Interview M. Verstappen

Het interview met M. Verstappen, verpleegkundige niveau 5 op afdeling 8-West (nader benoemd als: geïnterviewde) is afgenomen op 21 oktober 2009 door twee leden van de afstudeergroep, namelijk M. van Breugel en C. Hoorn (nader benoemd als: interviewers). De geïnterviewde is sinds drie jaar werkzaam op afdeling 8-West. De interviewers hebben aangegeven dat er een membercheck plaats zal vinden met de geïnterviewde alvorens de gegevens verwerkt worden in het afstudeerproject.

Doel interview

Allereerst hebben de interviewers het doel van het interview verhelderd aan de geïnterviewde. Dit doel werd als volgt uitgesproken: het doel van het interview is om na te gaan welke ingevoerde interventies van de vorige afstudeergroep daadwerkelijk in gebruik zijn. Tevens willen de interviewers achterhalen of met deze interventies het gewenste effect is bereikt, en op welke wijze dit is gebeurd.

Vorige afstudeeropdracht

De geïnterviewde geeft aan dat ze op de hoogte is van het vorige afstudeerproject. Ze geeft aan dat de afstudeergroep producten aan de praktijkopleider heeft aangereikt om het reflecteren/evalueren te ondersteunen. Het product waar de geïnterviewde met name van op de hoogte is, is het kaartspel (kwaliteitsspel). Het kaartspel wordt gebruikt bij het seniorenoverleg en bij het werkbegeleidersoverleg. Ook gebruiken de verpleegkundigen op de afdeling de kaartjes om te reflecteren. Dit kaartspel wordt nog steeds gebruikt. De geïnterviewde is erg te spreken over het kaartspel. Zij vindt het echt een meerwaarde hebben. De geïnterviewde zegt: “Je geeft op een andere manier feedback, mensen zijn hierdoor meer ontspannen. Het zijn leuke kaarten; je geeft een goede eigenschap of een verbeterpunt aan iemand. De speelse manier helpt wel denk ik”. Toen de geïnterviewde nog HBO-Verpleegkunde studeerde, heeft zij verschillende soorten van teamoverleg bijgewoond zonder deze kaartjes. Daarover gaf ze het volgende aan: “Ik wist niet dat het er was, dus ik miste het niet, maar ik vind het nu wel een prettige manier van reflecteren/evalueren. Zeker als je elkaar nog niet zo goed kent (in het begin), is het wel leuk om een goede eigenschap van iemand te krijgen”.

Als verbeterpunt vindt de geïnterviewde dat het kaartspel nog vaker gebruikt kan worden. Zo lijkt het haar ook gemakkelijk om op die manier de dag te evalueren. Ze geeft hierbij aan dat het gebruiken van een gedeelte van het spel voldoende is om de dag te evalueren. Ze vindt dat er met behulp van het kaartspel makkelijker gepraat wordt.

Van de andere producten, die de werkgroep heeft geïmplementeerd, is de geïnterviewde niet op de hoogte. Dit komt mede doordat ze haar POP-gesprek nog niet gehad heeft dit jaar.

Invloed op cultuur

Op de vraag of de geïmplementeerde interventies invloed hebben op de cultuur, antwoordde de geïnterviewde: “Ja ik denk dat het gemakkelijker is om mensen aan te spreken. Het is leuk om van iemand een kaartje te krijgen. Het is ook gemakkelijker om iemand een kaartje te geven en te zeggen van: ‘dit moeten we de volgende keer anders doen’”. De afdeling heeft, voordat dit kaartspel geïmplementeerd werd, gebruik gemaakt van pluimen. Dit vond de geïnterviewde ook een goede manier om te bespreken hoe de dag verlopen is.

Vervolgens zijn de interviewers verschillende aspecten van de cultuur op de afdeling gaan bevragen. De volgende aspecten zijn aan bod gekomen:

- *management*; de geïnterviewde geeft aan dat het leiderschap op de afdeling goed geregeld is. Het afdelingshoofd is makkelijk aanspreekbaar. Doordat er twee teamleiders zijn, is het afdelingshoofd niet vaak nodig. De teamleiders zijn aanwezig op afdeling, bij hen kan voor alles binnen gelopen worden. Dit hoort de geïnterviewde ook terug van collega's. Het afdelingshoofd koppelt ook belangrijke informatie terug aan het personeel.
- *omgang met collega's*; het personeel bepaalt onderling wie welke taken uitvoert op een dag. De geïnterviewde geeft aan dat dit goed gaat, ze zegt: “Qua teambuilding is het team wel heel sterk, vind ik. Als er problemen zijn, probeer ik dit altijd onderling op te lossen. Ik heb nooit het gevoel van nu moet ik even ‘klikken’ bij de teamleiders. Problemen kun je altijd wel bespreekbaar maken. Ik denk wel dat iedereen daar voor openstaat. Er heerst altijd een gezellige sfeer op de afdeling”.
- *het gebruik van EBP*; op de vraag of er gebruik wordt gemaakt van evidence based practice, antwoordde de geïnterviewde: “Heel weinig. Ik weet wel dat het verpleegkundig nieuws hier binnenkomt, maar of dat één keer in de maand is of per kwartaal dat weet ik niet. Daar horen wij hier weinig van, dat mag wel meer”.

- *evalueren*; het evalueren wordt gedaan door de unitverantwoordelijke (UV). Er zijn twee senior-verpleegkundigen op een dag die UV zijn. De UV beslist waar, wanneer en waarover er die dag al dan niet geëvalueerd wordt.
- *scholing*; over scholing en werkgroepen vertelde de geïnterviewde het volgende: “Er worden klinische lessen gegeven, dat is fijn. Iedereen krijgt uitleg over de stand van zaken. Dat wordt op zich ook wel gemakkelijk geaccepteerd door iedereen, heb ik het idee. Voor elk specialisme hebben we een werkgroep. Ik zit in de werkgroep urologie. Als er dingen op het gebied van urologie moeten worden aangepast dan ga ik daarmee aan de slag, leg ik dingen uit aan mensen, verander ik een folder of een protocol. We hebben ook werkgroepen gericht op andere dingen. Hierin zitten vooral senioren”.

§ 3.3.4 Interview H. van Rooij

Het interview met H. van Rooij, verpleegkundige niveau 5 op afdeling 8-West binnen het Catharina-ziekenhuis (nader benoemd als: geïnterviewde), is afgenomen op 21 oktober 2009 door twee leden van de afstudeergroep, namelijk H. Jansen en R. van Melis (nader benoemd als: interviewers). De geïnterviewde is sinds enkele maanden werkzaam op afdeling 8-West. De interviewers hebben aangegeven dat er een membercheck plaats zal vinden met de geïnterviewde alvorens de gegevens verwerkt worden in het afstudeerproject.

Allereerst hebben de interviewers het doel van het interview verhelderd aan de geïnterviewde. Dit doel werd als volgt uitgesproken: het doel van het interview is om na te gaan welke ingevoerde interventies van de vorige afstudeergroep daadwerkelijk in gebruik zijn. Tevens willen de interviewers achterhalen of met deze interventies het gewenste effect is bereikt, en op welke wijze dit is gebeurd.

Voorgaande afstudeeropdracht

De geïnterviewde vertelt hierover het volgende: “Allereerst hebben we (de afstudeergroep) een opdracht ontvangen met als doel om een verhoogde zorgunit te realiseren binnen de setting Kortverblijf en Dagverpleging. Eén van de hoofdvragen hierbij was ‘wat zijn de competenties van verpleegkundigen, die op een verhoogde zorgunit werken of komen te werken’. Om deze vraag te beantwoorden zijn we begonnen met het uitzoeken van deelvragen zoals; wat is verhoogde zorg, wat zijn competenties en welke worden in het Catharina-ziekenhuis toegepast, verwacht etcetra”.

De geïnterviewde vertelt dat het uiteindelijke doel van het afstudeerproject was om samen met twee andere afstudeergroepen een overkoepelende opdracht te maken: namelijk het realiseren van een verhoogde zorgunit, met oogpunten vanuit context, competenties, inrichting, hulpmiddelen en faciliteiten. Vanwege problemen in de samenwerking met andere groepen is gekozen om niet verder te gaan met de overkoepelende opdracht, maar de eigen opdracht aan te houden. Vanwege deze problemen in de samenwerking, heeft de projectgroep de opdracht gedurende de afstudeerfase moeten aanpassen en herformuleren in vrijwel de laatste fase van het afstudeerproject.

Interventies

De geïnterviewde geeft aan drie hulpmiddelen voor reflectie te hebben geïmplementeerd. Er heeft geen meting plaatsgevonden waarmee aangetoond kan worden of onderstaande interventies het beoogde doel nastreven.

- *kwaliteitsspel*; het kwaliteitsspel, de enige interventie, die nog met regelmaat gebruikt wordt, wordt door Vera Berger (praktijkopleidster) gebruikt tijdens het seniorenoverleg, werk-begeleidersoverleg en (af en toe) tijdens het teamoverleg.
- *flyers*; deze zijn gemaakt om stagiaires te helpen tijdens communicatie met verpleegkundigen, dit wordt echter zelden gebruikt. De reden hiervoor, volgens de geïnterviewde, is dat de drempel voor gebruik, vanwege tijdgebrek en het niet inzien van het nut ervan, te hoog is.
- *een model voor reflectie*; de derde, nauwelijks gebruikte, geïmplementeerde interventie is een checklist welke in de verpleegpost hangt. Dit is een bestaand model, welke is weergegeven in

een lijst met daarin een aantal hulpvragen, waarmee gereflecteerd kan worden op de werkdag. De reden dat dit hulpmiddel nauwelijks gebruikt wordt, is niet helemaal duidelijk, aangezien dit niet is geëvalueerd.

De geïnterviewde gaf aan dat er volgens haar meer weerstand is bij de verpleegkundigen, die al lange tijd in het ziekenhuis werkzaam zijn. Deze verpleegkundigen staan in mindere mate open voor reflectie. Volgens de geïnterviewde komt dit mede doordat ze, in tegenstelling tot 'jongere' werknemers, minder ervaren zijn met reflectie. De geïnterviewde geeft aan dat er nauwelijks tot geen sprake is van spanningsvelden tussen collega's onderling. De geïnterviewde geeft wel aan dat het ZIC door sommigen als een aparte unit wordt beschouwd en in mindere mate wordt betrokken bij de rest van de afdeling. Het ZIC wordt volgens de geïnterviewde steeds meer betrokken bij de rest van de afdeling, dit komt met name omdat de studenten nu ook late diensten draaien en in de avonddiensten ook begeleid worden door verpleegkundigen van de afdeling.

Invloed op cultuur

De geïnterviewde kan niet aangeven of de geïmplementeerde interventies hebben bijgedragen aan de verbetering van de cultuur. Dit komt voornamelijk doordat er geen evaluatie heeft plaatsgevonden. Wel geeft ze aan dat het nut van het kwaliteitsspel terug te zien is op de afdeling. Tijdens het werk-begeleidersoverleg wordt er op een meer duidelijke en heldere manier gereflecteerd. Dit is volgens de geïnterviewde (mede) te danken aan de invoering van het kwaliteitsspel.

Verbeterpunten

De geïnterviewde geeft als tip mee om contact op te nemen met A. Leijstra. Zij is als verpleegkundige werkzaam op afdeling 8-West, waar zij zich bezig gaat houden met reflectie. De geïnterviewde geeft aan dat er in haar ogen veel verbetermogelijkheden liggen op het gebied van reflectie, evaluatie en selfassessment. Verder geeft de geïnterviewde aan dat er erg veel verschillende specialismen op de afdeling voorkomen. De kennis van de verpleegkundigen over deze specialismen is oppervlakkig. Verpleegkundigen weten van veel opname-indicaties iets af, maar hebben zich niet gespecialiseerd in één specifiek onderwerp. Een manier waarmee meer diepgang bereikt zou worden, zou een mogelijk punt van verbetering kunnen zijn.

§ 3.4 Conclusie

De verdieping, die aan de hand van een literatuurstudie en interviews heeft plaatsgevonden, heeft de afstudeergroep voldoende ondergrond geleverd om een goede start te maken met de afstudeeropdracht. De afstudeergroep neemt hierbij aan dat deze verdieping niet voldoende zal zijn voor het succesvol doorlopen van de gehele afstudeerfase; zij houdt er rekening mee dat extra verdieping op aanvullende onderwerpen gewenst is. Bovendien stelt de afstudeergroep dat er een duidelijke koppeling tussen AO en PD weergegeven is. Daarbij is de relatie verhelderd tussen PD, de onderwerpen en de visie van de afstudeergroep.

Met betrekking tot de interviews stelt de afstudeergroep dat het doel van het interview behaald is. Er is gebleken dat de ingevoerde interventies het gewenste effect niet bereikt hebben. De afstudeergroep concludeert uit dit gegeven dat er een mogelijkheid is tot verandering en/of verbetering.

De afstudeergroep concludeert dat met betrekking tot het onderwerp 'cultuur' meer diepgang vereist is. Om die reden wordt ervoor gekozen een uitgebreide cultuuranalyse uit te voeren op afdeling 8-West. Deze cultuuranalyse zal inzicht geven in de waarden die verpleegkundigen belangrijk vinden. Wanneer deze waarden worden meegenomen bij het implementeren, wordt de kans van slagen van het invoeren van een verandering en/of verbetering vergroot.

4

Diagnostische fase 1

In deze fase staat de cultuuranalyse centraal, waarbij de systematiek van de empirische cyclus als leidraad dient. Daartoe worden theorie, motivatie voor de keuze, gegevensverzameling en de resultaten besproken.

§ 4.1 Doelstelling

Middels het doorlopen van diagnostische fase 1, waarin de cultuuranalyse gestalte krijgt, wil de afstudeergroep inzicht bereiken in de waarden, die verpleegkundigen belangrijk vinden in hun beroepsuitoefening.

§ 4.2 Cultuuranalyse-instrumenten

Bos & Harting (2006) stellen dat cultuuranalyse een instrument is om een proces in kaart te brengen. Met behulp van een cultuuranalyse kunnen een aantal relevante aspecten van de organisatiecultuur onderzocht worden, zoals communicatie, waardering en confrontatie, planning en delegeren.

Voor de uit te voeren cultuuranalyse gaat de afstudeergroep zich verdiepen in de volgende cultuuranalyse-instrumenten: OCAI, CAI, NUCAT en ACT. Aan de hand van deze literatuurstudie wordt, in paragraaf 4.2, een motivatie geformuleerd voor de keuze van het cultuuranalyse-instrument.

§ 4.2.1 Organizational Culture Assessment Index - OCAI

Cameron & Quinn (2007) stellen dat OCAI gebruikt wordt om een diagnose van de cultuur van een organisatie te stellen. Dit instrument is valide en bruikbaar voor een diagnose van belangrijke aspecten van de onderliggende organisatiecultuur. Volgens Kerkhof (2006) hebben er meerdere onderzoeken plaatsgevonden naar de betrouwbaarheid van OCAI en hieruit kwamen soortgelijke conclusies naar voren. Cameron & Quinn (2007) vullen hierop aan dat het doel van OCAI is: het vaststellen van hoe de organisatie ervoor staat op zes centrale items van een organisatiecultuur. OCAI onderscheidt twee fasen: fase 1: bij fase 1 gaat men de werkelijke situatie in beeld brengen; fase 2: bij fase 2 geeft men aan hoe de wenselijke situatie zou moeten zijn.

Voor- en nadelen

Voordeel	Nadeel
Duidelijke uitwerking – Nederlands. Handleiding bij instrument aanwezig.	Gericht op de organisatie. Kerkhof (2006) geeft aan dat het moeilijk te bepalen is in hoeverre OCAI inderdaad de juiste manier is om de organisatiecultuur te meten.
Cultuurtypen worden overzichtelijk weergegeven in een diagram.	Schein (1992), in Cameron & Quinn (2007), zet zijn vraagtekens bij OCAI. Er wordt aangegeven dat het verschil in mening over de waarde van OCAI niet zozeer ligt in de validiteit of betrouwbaarheid van het meetinstrument, maar dat het instrument de cultuur slechts tot een bepaalde hoogte kan meten.
Duidelijk omschreven hoe het diagram geïnterpreteerd dient te worden.	Kerkhof (2006) heeft gewerkt met OCAI en hierbij geeft zij aan dat Cameron & Quinn op een redelijke eenvoudige manier de cultuur benaderen en met hun meetinstrument niet tegemoet komen aan het derde niveau van cultuur volgens Schein (1992), namelijk de basic assumptions.
Hoekstra 2006 geeft aan dat Cameron & Quinn diverse studies hebben gedaan om de betrouwbaarheid van dit meetinstrument te toetsen. Dit resulteerde in een betrouwbaar en valide instrument.	

Tabel 3. Voor- en nadelen OCAI

§ 4.2.2 Context Assessment Index - CAI

Volgens McCormack e.a. (2009) biedt CAI professionals een methode om de context, waarin zij werken, te beoordelen en te begrijpen. Zo kunnen professionals nagaan hoe de context het gebruik van evidence in de praktijk beïnvloedt. McCormack e.a. (2009) stellen dat CAI is ontwikkeld voor ouderenzorg en hierbij specifiek voor de revalidatie van ouderen. Volgens Cox (2009) is de context van het PARIHS-raamwerk als theoretisch uitgangspunt genomen bij de ontwikkeling van CAI.

Uit onderzoek van McCormack e.a. (2009) blijkt dat CAI in zijn huidige stadium valide en betrouwbaar is. Echter zijn verdere onderzoeken nodig, om de beperkingen van het gedane onderzoek vast te stellen.

Voor- en nadelen

Voordeel	Nadeel
Volgens McCormack e.a. (2009) biedt CAI professionals een methode om de context, waarin zij werken, te beoordelen en te begrijpen.	Dient vertaald te worden vanuit het Engels.
Volgens Cox (2009) is het PARIHS-raamwerk als theoretisch uitgangspunt genomen bij de ontwikkeling van CAI.	Beschikbare literatuur gaat over ontwikkeling van het instrument.
Het ontwerp van CAI leent zich, zo stellen McCormack e.a. (2009), voor gebruik in verschillende instellingen met een diversiteit aan klinische onderwerpen.	Uit onderzoek van McCormack e.a. (2009) blijkt dat CAI in zijn huidige stadium valide en betrouwbaar is. Echter is dit instrument ontwikkeld voor ouderenzorg en hierbij specifiek voor de revalidatie van ouderen.
Cox (2009) stelt dat de verschillende items van het instrument een goede onderlinge samenhang vertonen.	McCormack e.a. (2009) stellen dat er nog geen proces voor professionals is, om de uitkomst van CAI en integratie van resultaten in de praktijk te analyseren. (Dit nadeel is niet van toepassing op de afstudeergroep, omdat zij zich beperkt tot het uitvoeren van de cultuuranalyse en de interventies op de resultaten van de cultuuranalyse aanpast).
Dit instrument beschikt over 4-puntsschaal. Hiermee wordt de onderzoeksgroep gedwongen om een mening te geven (neutraal is geen optie).	
Volgens McCormack & McCarthy (2008) is CAI relevant voor de klinische praktijk (dit is in onderzoek aangetoond). Daarnaast zijn verschillende geïnterviewde partijen bereid om het instrument in de praktijk te gaan gebruiken.	
Het instrument is afdelingsgericht.	

Tabel 4. Voor- en nadelen CAI

§ 4.2.3 Nursing Unit Cultural Assessment Tool – NUCAT

NUCAT beschrijft een groep normen voor elk gedrag en de mate van variatie binnen de groep. Het doel van NUCAT is om de afdelingsmanager en het personeel inzicht te geven in hun huidige cultuur en de omvang van het gewenste gedrag. Coeling & Simms (1993) ontwikkelden NUCAT en lieten de bruikbaarheid en betrouwbaarheid zien door een reeks van kwalitatieve en kwantitatieve studies. De Nederlandse versie van NUCAT is nuttig als een eerste globale anamnese om de cultuur op een verpleegafdeling te analyseren. Om NUCAT te verrijken beveelt Oosterink (2006) aan om het te combineren met een ander type cultuuranalyse-instrument.

Voor- en nadelen

Voordeel	Nadeel
Nederlandse vragenlijst.	Uit literatuur meer nadelen dan voordelen geformuleerd.
Volgens Coeling & Simms (1993) is het instrument afdelingsgericht.	De cultuur wordt individueel geanalyseerd. Het is minder nuttig om de cultuur op een individuele manier te analyseren, want cultuur is een beschrijving van een groep, zo stellen Seago (1997).
NUCAT is, zo stelt Oosterink (2006), getest op bruikbaarheid en duidelijkheid.	Volgens Seago (1997) ontbreekt een aanbeveling door de minimale steekproefomvang.
	Dit instrument beschikt over een 5-punts-Likertschaal, waardoor de onderzoeksgroep neutraal kan antwoorden.

Tabel 5. Voor- en nadelen NUCAT

§ 4.2.4 Alberta Context Tool - ACT

ACT is ontwikkeld door Estabrooks e.a. (2007) voor het gebruik in een studie. Het instrument is ontworpen om de invloed van organisatorische factoren op gebruik van onderzoek in verschillende disciplines (professionals) werkzaam in de gezondheidszorg te bepalen. Volgens Kitson e.a. (1998) leverde het PARIHS-raamwerk zowel de theoretische basis voor de instrumentontwikkeling als de relevante literatuur voor het definiëren en operationaliseren van elementen binnen het onderzoek.

Voor- en nadelen

Voordeel	Nadeel
Specifiek gericht op acute zorg; daarmee afdelingsgericht.	Weinig literatuur beschikbaar, auteursrechten zijn beschermd.
Het PARIHS-raamwerk leverde, volgens Kitson e.a. (1998), zowel de theoretische basis voor de instrumentontwikkeling als de relevante literatuur voor het definiëren en operationaliseren van elementen binnen het onderzoek.	Dient vertaald te worden vanuit het Engels.

Tabel 6. Voor- en nadelen ACT

§ 4.3 Motivatie keuze cultuuranalyse-instrument

De afstudeergroep heeft haar keuze voor het cultuuranalyse-instrument gemaakt, gebaseerd op de bovenstaande voor- en nadelen. Daarbij heeft NUCAT de voorkeur. Dit heeft meerdere redenen:

- OCAI is organisatiegericht en daarmee niet goed toepasbaar op afdeling 8-West;
- CAI is het cultuuranalyse-instrument dat gebruikt gaat worden door P. van Gorkom; deze uitvoering vindt omstreeks januari plaats. Dit zou betekenen dat dit instrument drie keer in korte tijd wordt afgenomen. Eén keer door de afstudeergroep en twee keer door P. van Gorkom. De motivatie van de verpleegkundigen kan van invloed zijn op de uiteindelijke onderzoeksgegevens;
- ACT is een 'beschermd' instrument, dat auteursrechtelijk nog niet vrijgegeven wordt. De afstudeergroep beschikt over onvoldoende informatie omtrent dit instrument en de daarbij horende vragenlijst.

NUCAT biedt goede handvatten voor de afstudeergroep, gezien de afdelingsgerichtheid van het instrument. Van dit instrument is reeds een gevalideerde Nederlandse vertaling, dit maakt dat de drempel voor het gebruik in de praktijk minder groot is. De andere instrumenten zijn Engelstalig en moeten nog in het Nederlands gevalideerd worden. Echter ligt de focus van het afstudeerproject niet op het valideren van een instrument.

§ 4.4 Methode

Volgens invloeden van de empirische cyclus, beschrijft de afstudeergroep in deze paragraaf de methodiek, die zij toegepast heeft bij het afnemen van NUCAT. Daartoe worden onderzoektype, gegevensverzameling, betrouwbaarheid en validiteit, gegevensverwerking en onderzoekspopulatie besproken.

§ 4.4.1 Onderzoekstype

Er zijn verschillende onderzoekstypen te onderscheiden, volgens Grit & Julsing (2009):

- *beschrijvend onderzoek*; dit type onderzoek stelt de stand van zaken vast en gaat meestal vooraf aan een ander type onderzoek;
- *exploratief onderzoek*; hierin wordt naar meetbare verbanden en verklaringen gezocht. Een kenmerk van dit type onderzoek is dat er onderzoek gedaan wordt naar de samenhang tussen verschillende zaken;
- *toetsend onderzoek*; in dit type onderzoek wordt een theorie, verwachting of hypothese getoetst. Aan het eind wordt vaak een oordeel gegeven.

Het in kaart brengen van de cultuur middels NUCAT, ziet de afstudeergroep als het doen van een beschrijvend onderzoek. Daarbij maakt de afstudeergroep een onderscheid in het doen van kwalitatief* en kwantitatief* onderzoek. Met betrekking tot deze diagnostische fase spreekt zij over kwantitatief onderzoek, omdat binnen kwantitatief onderzoek, volgens Grit & Julsing (2009), algemene uitspraken gedaan kunnen worden over de gehele onderzoekspopulatie en dat de gegevensverzameling op een gestructureerde wijze plaatsvindt.

§ 4.4.2 Gegevensverzameling

De afstudeergroep heeft met de opdrachtgevers afgesproken een aantal dagen op afdeling 8-West aanwezig te zijn om NUCAT af te nemen. De doelgroep, die NUCAT dient in te vullen, omvat volgens de handleiding al het verplegend personeel dat langer dan zes weken werkzaam is op de huidige afdeling. De tijden waarop de afstudeergroep NUCAT uitdeelt aan de doelgroep, is in overleg met de opdrachtgevers kortgesloten.

De methodiek die de afstudeergroep heeft gebruikt, is het aanspreken van de doelgroep en daarbij de deelnemer te verzoeken om de vragenlijst direct in te vullen. De afstudeergroep was hierbij op de afdeling aanwezig, zodat eventuele vragen omtrent de vragenlijst konden worden beantwoord. Bij het inleveren van een ingevulde vragenlijst, kreeg de deelnemer een lekkernij aangeboden. De afstudeergroep verwachtte hiermee de doelgroep te motiveren en daarmee het aantal ingevulde vragenlijsten te vergroten.

§ 4.4.3 Validiteit

De afstudeergroep verwachtte weerstand te ondervinden, omdat het invullen van de vragenlijst tijd in beslag neemt. Tijdens het afnemen van NUCAT, bleek deze weerstand gering te zijn. Het verplegend personeel nam zelf ook initiatief om anderen te stimuleren om de vragenlijst in te vullen. De beloning door middel van een lekkernij bleek een goed stimulans voor het invullen van de vragenlijst.

De afstudeergroep heeft 37 ingevulde vragenlijsten teruggekregen. Dit is 74% van het verplegend personeel. Volgens Coeling (1998) dient voor een valide meting, minimaal 66% van het verplegend personeel NUCAT in te vullen. De afstudeergroep stelt dat de meting als valide beschouwd kan worden. De resultaten van de meting worden opgenomen in een Excel-bestand.

§ 4.4.4 Gegevensverwerking

NUCAT is niet bedoeld om weer te geven of een afdeling 'goed of slecht' is in een bepaald gedrag. Volgens Coeling & Simms (1993) is het doel van NUCAT om het team inzicht te geven in hun huidige cultuur en de omvang van het gewenste gedrag.

Met betrekking tot het verwerken van de gegevens heeft de afstudeergroep de volgende stappen gevolgd, volgens Coeling (1998):

1. registreer voor elk item, zowel gewenste- als huidige gedragingen, de ruwe scores. Hierdoor worden het aantal personen, die '1' geselecteerd hebben, die '2' geselecteerd, etc. gescheiden;
2. bereken en registreer voor elk item, zowel de gewenste- als huidige gedragingen, de mean-waarde* van de groepsscore;
3. bereken en registreer de mean verschillenscore* voor elk item.

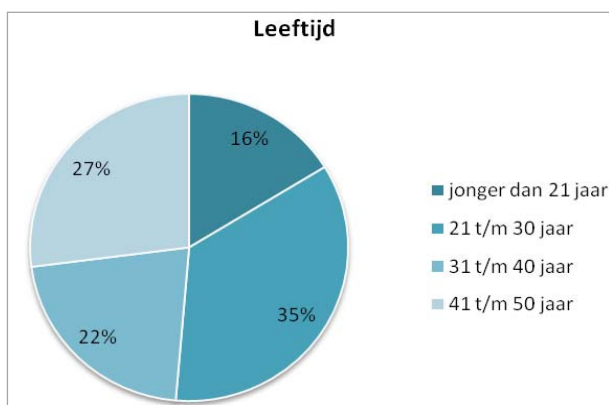
Verder stelt Coeling (1998) dat de verzamelde gegevens op de volgende manier geïnterpreteerd dienen te worden:

- lijst van gedragingen (items) welke de volgende gedragingen weerspiegelen:
 1. gedragingen van belang voor het team, zoals blijkt uit de 8 tot 10 items met de hoogste meanscore van de huidige gedragingen;
 2. registreer de meanscore van de huidige gedragingen onder de 2.3; deze items weerspiegelen gedragingen, die in het team voorkomen dienen te worden;
 3. gedragingen die het team wil veranderen, zoals blijkt uit de 8 tot 10 items met de grootste mean verschillenscore;
 4. conflict gedrag of meningsverschillen, zoals blijkt uit een bimodale* verdeling van ruwe scores van typisch gedrag.
- zoek naar patronen van gedragingen en formuleer daar uit conclusies.

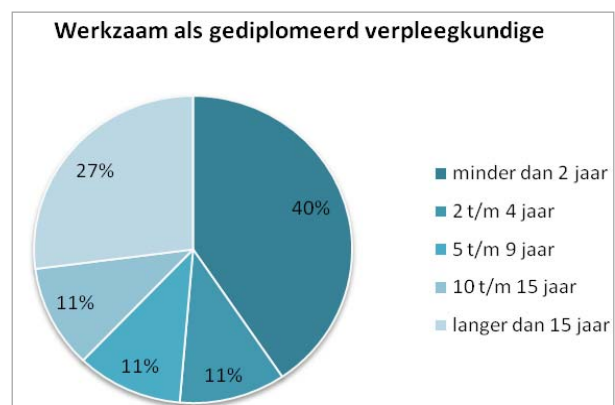
De afstudeergroep doorloopt de verschillende stappen om tot een interpretatie te komen. De gegevens die hiervoor nodig zijn, worden in de onderstaande subparagrafen besproken.

§ 4.4.5 Onderzoekspopulatie

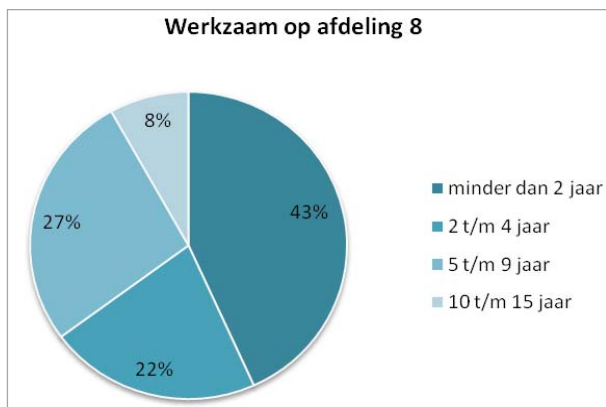
In onderstaande cirkeldiagrammen wordt een weergave gedaan van de algemene gegevens, die van de deelnemers verzameld zijn. Hiermee verkrijgt de afstudeergroep inzicht in de samenstelling van het team. Zoals uit de diagrammen is af te lezen, is ruim een derde van de verpleegkundigen tussen de 31 en 40 jaar oud. Bijna de helft van de verpleegkundigen is, tijdens het afnemen van NUCAT, minder dan 2 jaar werkzaam als gediplomeerd verpleegkundige en minder dan 2 jaar werkzaam op de afdeling.



Figuur 1. Cirkeldiagram: leeftijd



Figuur 2. Cirkeldiagram: werkzaam als gediplomeerd verpleegkundige



Figuur 3. Cirkeldiagram: werkzaam op afdeling 8-West

§ 4.5 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten, verkregen uit NUCAT, weergegeven. Hierbij wordt gekeken naar de hoogste meanscore, de laagste meanscore, de grootste mean verschillenscore en de mogelijke culturele spanningenvelden. Van deze begrippen wordt tevens een verklaring gegeven.

§ 4.5.1 Belangrijkste aspecten van huidige gedragingen

Tabel 7 geeft de acht items weer met de hoogste meanscore, welke het gedrag van het team ofwel de huidige gedragingen weergeven. Deze items geven de gedragingen weer die van belang zijn voor het team.

Hoogste meanscore huidige gedragingen		Items
Vraag 3	4,38	Hoe belangrijk is het om op een efficiënte manier te werken?
Vraag 5	4,41	Hoe belangrijk is het om zorgbeleid en procedures te volgen?
Vraag 19	4,57	hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je lichamelijk ziek bent?
Vraag 29	4,62	Hoe belangrijk is het om plezier te hebben terwijl je werkt?
Vraag 39	4,43	Hoe aanvaardbaar is het om een collega rechtstreeks om hulp te vragen, in plaats van zijdelings, wanneer je dreigt achter te gaan lopen in je werkzaamheden?
Vraag 41	4,51	Hoe belangrijk is het om je vertrouwt te voelen in het observeren van levensbedreigende complicaties?
Vraag 43	4,35	Hoe aanvaardbaar is het om voor jezelf op te komen in de omgang met je collega's?
Vraag 44	4,57	Hoe belangrijk is het om voorlichting en instructie te geven aan patiënten?

Tabel 7. Acht items met de hoogste meanscore van de huidige gedragingen

Uit de hoogste meanscore van de huidige situatie komen culturele aspecten naar voren, die belangrijk zijn voor het team. Dit zijn gedragingen die weerstand kunnen oproepen, wanneer iemand deze probeert te veranderen. Deze gedragingen dienen als krachtige drijfveer voor verandering indien de innovatie intact wordt gehouden en/of gebaseerd wordt op deze gedragingen.

Nadat de afstudeergroep bovenstaande vragen heeft geanalyseerd, zijn enkele culturele aspecten naar voren gekomen. Deze aspecten worden door het team als belangrijk beschouwd:

- efficiënt werken;
- zorgbeleid en procedures;
- vakbekwaamheid;
- voorlichting;
- werkplezier;
- samenwerking;
- assertiviteit;
- plichtsbesef.

De afstudeergroep ziet de aspecten efficiënt werken, zorgbeleid en procedures, vakbekwaamheid en voorlichting als onderling samenhangend. Zij omvatten, volgens de afstudeergroep, het begrip 'structuur van werken'. Efficiënt werken betekent gestructureerd en doelgericht te werk gaan. Dit geschiedt volgens het aanwezige zorgbeleid en de opgestelde procedures, welke de randvoorwaarden vormen voor 'structuur van werken'. Om 'structuur van werken' te waarborgen, is het van belang dat het team vakbekwaam handelt. Voorlichting is een belangrijk onderdeel van informatieoverdracht aan patiënten, wat bijdraagt aan 'structuur van werken'.

De aspecten werkplezier, samenwerking, assertiviteit en plichtsbesef kunnen samen onder het begrip 'omgang binnen het team' gezien worden. Alle vier deze aspecten kunnen als basis gezien worden voor een goede 'omgang binnen het team'. Wanneer de verpleegkundigen plezier in het werk hebben zal dit ten goede komen aan de omgang binnen het team. Door een goede samenwerking wordt het plezier in het werk bevorderd en dus de omgang binnen het team. Assertiviteit is een belangrijk aspect met betrekking tot de samenwerking. Het plichtsbesef dat de verpleegkundigen hebben, geeft blijk van de verantwoordelijkheid die zij voor het team dragen. Al deze aspecten zijn in het belang van het team.

§ 4.5.2 Meanscores < 2.3

In onderstaande tabel (tabel 8) wordt de meanscore van de huidige gedragingen onder de 2.3 weergegeven; deze items weerspiegelen gedragingen die in het team voorkomen dienen te worden.

Meanscore huidige gedragingen < 2.3		Items
Vraag 25	2,11	Hoe aanvaardbaar is het om te concurreren met je collega's?
Vraag 34	1,72	Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?
Vraag 49	1,73	Hoe aanvaardbaar is het om langer dan een dag boos te blijven op collega's en/of patiënten?

Tabel 8. Meanscore < 2.3

Met bovenstaande items dient rekening gehouden te worden bij eventuele toekomstige innovaties. Kijkend naar de vragen is het, in de optiek van de afstudeergroep, niet verassend dat deze laag scoren. Het team hecht waarde aan een goede 'omgang binnen het team', begrippen als concurrentie en negatieve emoties worden hier, door het team, niet mee geassocieerd. Daarnaast vindt het team ziekmelding acceptabel, mits er daadwerkelijk sprake is van ziekte en niet om uit te rusten.

§ 4.5.3 Mogelijke veranderingen

In de volgende tabel (tabel 9) staan de tien items weergegeven met de grootste positieve (gewenst gedrag minus huidig gedrag) mean verschillenscores. Deze scores zijn gebaseerd op het verschil tussen de meanscores afkomstig van de kolommen 'mijn persoonlijke mening' en 'het gedrag van mijn team'. Enkel de positieve mean verschillenscores zijn vermeld; deze geven de mogelijke veranderingen van gedrag van het team weer. De items geven gedragingen weer, die het team graag veranderd zou willen zien. In tegenstelling tot de negatieve (huidig gedrag minus gewenst gedrag) mean verschillenscores, deze geven enkel de mogelijke veranderingen van persoonlijk gedrag weer.

Grootste mean verschillenscore		Items
Vraag 1	0,35	Hoe belangrijk is het om de gevoelens van de patiënt te begrijpen?
Vraag 3	0,32	Hoe belangrijk is het om op een efficiënte manier te werken?
Vraag 5	0,35	Hoe belangrijk is het om zorgbeleid en procedures te volgen?
Vraag 11	0,30	Hoe belangrijk is het om creatief te zijn bij het verlenen van zorg?
Vraag 13	0,29	Hoe belangrijk is het om je vertrouwd te voelen in het omgaan met noodgevallen?
Vraag 21	0,35	Hoe aanvaardbaar is het om rechtstreeks, in plaats van zijdelings, iemand te vertellen dat je zijn/haar gedrag onprettig vindt?
Vraag 28	0,32	Hoe belangrijk is professionele groei en ontwikkeling?
Vraag 32	0,43	Hoe aanvaardbaar is het om (bij)scholing te volgen en promotie te bereiken?
Vraag 36	0,30	Hoe belangrijk is het om een studie te volgen?
Vraag 47	0,31	Hoe belangrijk is het om nieuwe technieken en vaardigheden te leren?

Tabel 9. Tien items met de grootste mean verschillenscores

Bovenstaande tabel geeft items weer, die gedragingen weerspiegelt voor de mogelijkheid tot professionele groei. Dit wil zeggen dat deze items gebruikt kunnen worden om een verandering en/of verbetering succesvol te innoveren. Uit de data afkomstig van NUCAT blijkt dat het team open zal staan voor verandering en/of verbetering, mits er rekening gehouden wordt met deze items.

Uit de tabel blijkt dat vraag 32: 'hoe aanvaardbaar is het om (bij)scholing te volgen en promotie te bereiken?' de grootste mean verschillenscore heeft. Hieruit is af te leiden dat het succes van de innovatie wordt vergroot, wanneer dit gebeurt met behulp van scholing en/of promotie.

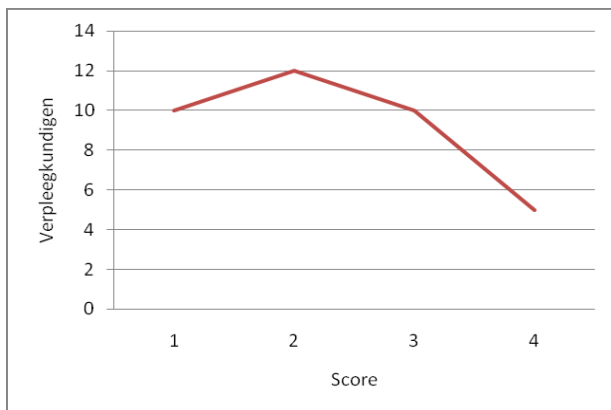
De afstudeergroep heeft de items met de grootste mean verschillenscores vergeleken met de belangrijkste aspecten van de huidige gedragingen. Uit deze vergelijking komt naar voren dat de items met behulp van dezelfde termen geclusterd kunnen worden. De afstudeergroep concludeert hieruit dat het team openstaat voor verandering (tabel 9) van de items die het team belangrijk vindt (tabel 7). Als toevoeging geeft het team aan dat het item met betrekking tot creativiteit (vraag 11), belangrijk wordt gevonden bij innovatie.

§ 4.5.4 Mogelijke culturele spanningsvelden

Onderstaand worden drie lijndiagrammen afgebeeld, waarin culturele normen staan weergegeven waar verpleegkundigen van mening of gedrag verschillen. De scores in deze tabellen, zijn gebaseerd op gegevens, afkomstig van de vragen uit de kolom 'mijn persoonlijke mening' van NUCAT.

Alleen de persoonlijke mening staat weergegeven, omdat verschil in deze mening kan leiden tot een groepsconflict. De afstudeergroep kiest ervoor om de diagrammen af te beelden, om de culturele normen die tot spanning binnen het team kunnen leiden, inzichtelijk te maken. Om die reden dient er rekening te worden gehouden met deze culturele gedragingen bij een eventuele innovatie.

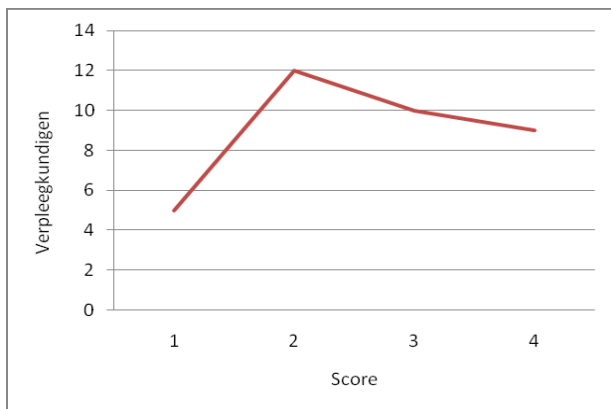
NUCAT vraag 12: 'hoe aanvaardbaar is het om je werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen?'



Figuur 4. Lijndiagram vraag 12

Uit de diversiteit van antwoorden, die in het diagram staan weergegeven, wordt duidelijk dat de meningen verdeeld zijn omtrent het begrip 'samenwerking'. Tien verpleegkundigen geven aan dat ze het 'helemaal niet' acceptabel vinden om alleen te werken. Hetzelfde aantal geeft aan dat ze het 'enigszins' acceptabel vinden om alleen te werken.

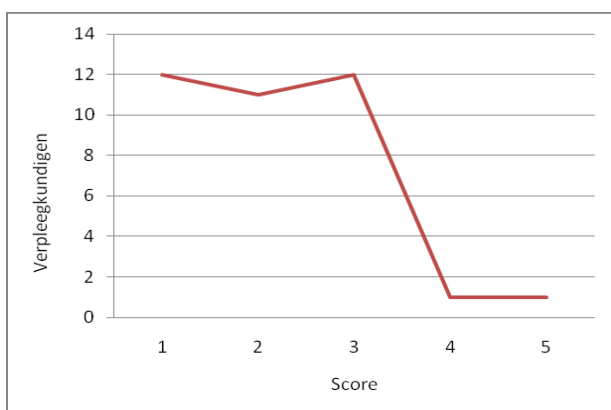
NUCAT vraag 17: 'hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?'



Figuur 5. Lijndiagram vraag 17

Dit diagram geeft weer dat de meningen verdeeld zijn omtrent de wijze waarop gedragsverandering bij collega's bereikt kan worden. Het bereiken van een gedragsverandering door hier grapjes over te maken, wordt door twaalf verpleegkundigen als 'een beetje' acceptabel gezien. Negen verpleegkundigen vinden dat het 'behoorlijk' aanvaardbaar is om op deze wijze een gedragsverandering te bereiken.

NUCAT vraag 25: 'hoe aanvaardbaar is het om te concurreren met je collega's?'



Figuur 6. Lijndiagram vraag 25

Concurreren met collega's wordt door twaalf verpleegkundigen als 'niet' aanvaardbaar gezien. Daarentegen geeft hetzelfde aantal verpleegkundigen aan, dit 'enigszins' aanvaardbaar te vinden.

De afstudeergroep kan uit bovenstaande lijndiagrammen afleiden dat er verschillende culturele normen zijn, waarover verpleegkundigen van mening of gedrag verschillen. Deze culturele normen zijn samen te vatten in de drie steekwoorden: niet samenwerken, gedragsverandering bereiken door grapjes en concurrentie. Deze drie begrippen, zouden bij een eventuele innovatie, tot spanningen binnen het team kunnen leiden.

§ 4.6 Conclusie

Belangrijke aspecten van huidige gedragingen zijn onder te verdelen in de begrippen 'structuur van werken' en 'omgang binnen het team'. Het begrip 'structuur van werken' betekent, volgens de afstudeergroep, voor de huidige cultuur, dat handelen gebeurt op basis van regels, richtlijnen en/of procedures. Uit het begrip 'omgang binnen het team', concludeert de afstudeergroep, dat binnen de heersende cultuur, groepsbelangen boven eigen belangen worden gesteld. Innovaties die deze aspecten onder druk zetten, zullen mogelijk weerstand ondervinden. De afstudeergroep heeft tevens naar de gedragingen gekeken, die in het team voorkomen dienen te worden. Aspecten als concurrentie en negatieve emoties kwamen hierbij naar voren. Deze aspecten staan haaks op de belangrijkste aspecten van de huidige gedragingen. Bij een innovatie zal met deze aspecten rekening gehouden dienen te worden.

De aspecten niet samenwerken, gedragsverandering bereiken door grapjes en concurrentie, die naar voren zijn gekomen bij de mogelijke culturele spanningsvelden, zouden bij een innovatie tot spanning binnen het team kunnen leiden. Bij het uitvoeren van een innovatie, zal het succes vergroot worden, wanneer deze innovatie bijdraagt aan persoonlijke groei en ontwikkeling bij de verpleegkundigen. Uit NUCAT blijken persoonlijke groei en ontwikkeling namelijk belangrijke waarden te zijn voor verpleegkundigen.

Nadat de afstudeergroep de cultuuranalyse heeft uitgevoerd, stelt zij dat de gegevens ontoereikend zijn voor een volledige cultuuranalyse. Tevens beveelt Oosterink (2006) aan om NUCAT te verrijken door het te combineren met een ander cultuuranalyse-instrument. De afstudeergroep heeft er voor gekozen om een onderdeel van het verpleegkundig proces te analyseren en dit in verband te brengen met de cultuur. In overleg met de opdrachtgevers, heeft de afstudeergroep besloten om de overdracht bij te wonen. Zodoende gaat de afstudeergroep een aanvullende analyse uitvoeren, deze wordt verder benoemd als diagnostische fase twee.

5

Diagnostische fase 2

In deze fase wordt theorie omtrent overdracht besproken. De systematiek van de empirische cyclus dient als leidraad voor gegevensverzameling en membercheck. Vervolgens worden de resultaten van de observaties van de overdracht weergegeven.

§ 5.1 Doelstelling

Middels het doorlopen van diagnostische fase 2, waarin de observaties van de overdracht uitgevoerd en geïnterpreteerd worden, verkrijgt de afstudeergroep een verrijking op de eerder uitgevoerde cultuuranalyse.

§ 5.2 Overdracht

Volgens Wilkinson (2008) zijn veranderingen in de gezondheidstoestand en zorgbehoeften van de patiënt kenmerkend voor de gezondheidszorg. Vanwege het gezondheidsprobleem van de patiënt, treedt de verpleegkundige op en onderneemt actie(s). Deze verpleegkundige acties en de resultaten van die acties voor de patiënt, worden in het verpleegkundig dossier genoteerd. Deze voortgangsrapportage dient als informatieoverdracht tussen verpleegkundigen onderling en tussen verpleegkundigen en andere betrokken disciplines.

Naast de schriftelijke verslaglegging van gegevens wordt de mondelinge overdracht gebruikt om de verpleegkundige zorg en de toestand van de patiënt te bespreken. Iedere mondelinge uitwisseling van gegevens met betrekking tot de patiënt is een vorm van mondelinge overdracht. Tijdens de mondelinge overdracht wordt er verslag gedaan van de specifieke informatie over een patiënt: wat is er waargenomen, gedaan of overwogen. De mondelinge overdracht dient beknopt te zijn en tegelijkertijd alle relevante informatie te bevatten, aldus Wilkinson (2008).

Regouin & Schamp (2004) stellen dat er situaties zijn waarin het de voorkeur geniet en vaak ook het effectiefst is om mondeling over te dragen, zoals bij het overdragen van de dienst of als snelle besluitvorming nodig is in een crisis- of andere urgente situatie. Schriftelijke verslaglegging kan in bepaalde situaties meer gepast zijn, bijvoorbeeld wanneer meerdere disciplines betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt. Dit kan zelfs noodzakelijk zijn of geëist worden. Ten opzichte van persoonlijk mondeling overdragen, is schriftelijk rapporteren afstandelijker.

Helman (1990) stelt in Fenton (2006) dat de mondelinge verpleegkundige overdracht als een belangrijk ritueel wordt gezien: een overgangperiode die het overbrengen van de verantwoordelijkheid symboliseert. Het biedt de verpleegkundige de gelegenheid om een gevoel van voltooiing te vormen alvorens de dienst te beëindigen.

§ 5.2.1 Doelstelling overdracht

Thurgood (1995) geeft aan dat met de toenemende hoeveelheid wetten en regels in de gezondheidszorg, verpleegkundigen de veiligheid van de patiënt moeten kunnen waarborgen en de rechten van de patiënt handhaven en beschermen. De verpleegkundige overdracht heeft hier een belangrijk aandeel in.

Het doel van overdragen, zo stelt Wilson (2007), reikt verder dan alleen communiceren over patiëntenzorg. Overdragen omvat ondervragen, verduidelijken van informatie, bijwerken van kennis en versterken van de verhoudingen binnen het team.

Informatieoverdracht is, volgens Boog (2002), een essentieel onderdeel van de zorgverlening. Daar hangen de begrippen coördinatie- en continuïteit van zorg mee samen. Coördinatie van zorg is het bewust en doordacht zorg dragen voor de continuïteit (voortgang) en de afstemming van de (geplande) zorg. Wanneer verpleegkundigen op de hoogte zijn door wie handelingen uitgevoerd worden, welke

handelingen dit zijn, wanneer de handelingen uitgevoerd worden en welke handelingen blijven liggen, worden overlappingen, tegenstrijdigheden en/of hiaten voorkomen. Continuïteit van zorg is een sleutelbegrip bij het geven van inhoud aan een kwalitatief verantwoorde hulpverlening. De schriftelijke voortgangsrapportage en de mondelinge overdracht dragen hier aan bij.

§ 5.2.2 Probleemgebieden

Fenton (2006) baseert de omschrijving van probleemgebieden op studies van onder andere Sherlock (1995) en Payne (2000). Deze tonen aan dat de inhoud van de informatie in een verpleegkundige overdracht tegenstrijdig is, met onvoldoende en niet specifieke details. De informatie heeft vaak een subjectieve toon: omschrijvingen als 'goed', 'ok' en zelfs 'vies' worden gebruikt om een wond te beschrijven. Vaak ligt het accent van de verpleegkundige overdracht en de enige samenhang in de naam van de patiënt, leeftijd, het al dan niet reanimeren, diagnose en behandeling, met weinig verband met de verpleegkundige zorg. Sherlock (1995) geeft, in Fenton (2006), aan dat alleen wanneer de toestand van de patiënt kritiek is, de informatie gedetailleerder gegeven wordt.

Currie (2002) geeft aan dat het niet overdragen van alle relevante informatie een probleem vormt. Dit is inclusief het vergeten van patiënten, het gebrek aan communicatie tussen verpleegkundigen en het overdragen van gegevens door een verpleegkundige die niet verantwoordelijk is voor die patiënt(en). Bovendien spelen storende factoren een rol die de aandacht van de overdracht afleiden. Voorbeelden zijn lawaai, onderbrekingen en de onoplettendheid van de verpleegkundigen.

De houding van personeelsleden tegenover elkaar kan, volgens Thurgood (1995), de effectiviteit van de verpleegkundige overdracht beïnvloeden. 'Macht' kan een negatieve houding creëren en de verpleegkundige overdracht moet geen weergave zijn van de hiërarchie tussen verschillende teamleden.

§ 5.2.3 Mondelinge overdracht

Tijdens de mondelinge overdracht wordt patiëntgevoelige informatie door de verpleegkundige die hier verantwoordelijk voor was, overgedragen aan de verpleegkundige die de verantwoordelijkheid overneemt. Daarbij dienen de volgende aspecten aan de orde te komen, volgens Wilkinson (2008):

1. *basisgegevens van elke patiënt*; naam, kamernummer, leeftijd, medische diagnose of reden van opname, opnamedatum en de behandelend arts;
2. *een beschrijving van de huidige toestand van de patiënt*; noem hierbij alleen zaken die essentieel zijn. Wanneer vitale functies normaal zijn, hoeft dit niet benoemd te worden, tenzij dit nieuwe informatie is;
3. *belangrijke veranderingen in de toestand van de patiënt*; verslechtering en verbetering in de toestand van de patiënt staan hier in centraal. Manier om veranderingen te melden: zeg wat er waargenomen is, wat deze waarnemingen betekenen, welke interventies verricht zijn, wat de reacties van de patiënt waren en wat het verdere plan voor de volgende dienst is;
4. *de voortgang ten aanzien van de bereikte doel voor de vastgestelde verpleegkundige diagnosen*;
5. *de uitslagen van de uitgevoerde onderzoeken en andere behandelingen van de afgelopen 24 uur*;
6. *belangrijke emotionele uitingen*;
7. *opsomming van infusen, pompen en andere apparaten*;
8. *opsomming van belangrijke gebeurtenissen tijdens de dienst*;
9. *opsomming van de zorgactiviteiten die in de volgende dienst moeten gebeuren*; vermeld alleen routinematige zorg als daar niet aan toegekomen is; vertel ook welke onderzoeken nog lopen, welke voorbereidingen nog getroffen dienen te worden of welke observaties nog verricht moeten worden;
10. *patiëntgerichte informatie*; dit is geen weergave van de verrichte interventies van de verpleegkundige tijdens de dienst. Het gebruik van een overdrachtformulier helpt bij het patiëntgericht houden van de overdracht.

§ 5.2.4 Locatie van de mondelinge verpleegkundige overdracht

In het onderzoek van Currie (2002) is de verpleegpost de meest populaire plaats voor de mondelinge overdracht, mits hier vertrouwelijk met patiëntgegevens omgegaan kan worden en de informatie in één keer overgedragen kan worden. Hierdoor duurt de overdracht ook minder lang.

Bovendien prefereert 29% van de ondervraagden de overdracht aan het bed. Het draagt bij aan patiëntgerichte zorg. Deze vorm van overdracht kan intimiderend overkomen op de patiënt. Verpleegkundigen moeten hun communicatieve vaardigheden gebruiken om te zorgen dat de patiënt ook daadwerkelijk participeert in de overdracht, zodat deze angst afneemt. Daarbij kan de verpleegkundige, volgens Fenton (2006), geen stereotype vormen van de patiënt en geen subjectieve mening(en) uiten. Deze methode wordt als het meest tijdefficiënte model gezien.

Verder vindt 25% van de ondervraagden uit het onderzoek van Currie (2002) dat de overdracht zowel in de verpleegpost als aan bed dient plaats te vinden. Hoewel deze methode veel voordelen kent, is het tijdrovend. Dit is kostbare tijd voor verpleegkundigen.

§ 5.2.5 Aanbeveling

Wilson (2007) geeft aan dat de elementen die in een overdracht opgenomen moeten worden, verschillen per afdeling en patiëntencategorie. Echter is het belangrijk om overeenstemming binnen het team te hebben met betrekking tot de wijze van overdragen als een tijdsbesparende methodiek. Uniforme informatieoverdracht kan bereikt worden door een richtlijn te volgen. Deze manier van handelen vereenvoudigt de communicatie voor zowel de gever als de ontvanger. Daarbij, vult Currie (2002) aan, kan het gebruik van een richtlijn de samenhang, correctheid en focus van iedere verpleegkundige overdracht vergroten. Een gestandaardiseerde benadering voor de mondelinge overdracht kan de handeling optimaliseren, het tekort aan informatie in de overdracht minimaliseren en de risico's voor de patiënt verminderen.

Volgens Fenton (2006) zijn er verschillende richtlijnen voor de mondelinge overdracht. Welke richtlijn ook toegepast wordt, het is een vereiste dat de overgedragen informatie samenhangend en specifiek van aard is, die direct gerelateerd is aan de behoeften van de patiënt.

§ 5.3 Methode

Volgens invloeden van de empirische cyclus, beschrijft de afstudeergroep in deze paragraaf de methodiek, die zij toegepast heeft bij het observeren en interpreteren van de overdracht. Daartoe worden onderzoektype, gegevensverzameling, betrouwbaarheid en gegevensverwerking besproken.

§ 5.3.1 Onderzoekstype

De afstudeergroep stelt dat het observeren en interpreteren van de overdracht, beschouwd kan worden als exploratief onderzoek (zie § 4.4.1). Zij is namelijk op zoek naar verbanden en verklaringen. Daarbij is de afstudeergroep op zoek naar overeenkomsten en tegenstrijdigheden met betrekking tot de overdracht en cultuuranalyse.

Het observeren en interpreteren van de overdracht is, volgens de afstudeergroep, een kwalitatieve manier van onderzoek doen, omdat binnen dit type onderzoek, volgens Verhoeven (2007), de onderzoeker geïnteresseerd is in de betekenis die onderzochte personen aan situaties geven. Het combineren van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden (triangulatie) verhoogt de geldigheid van de onderzoeksresultaten. De triangulatie zit, volgens de afstudeergroep, in het gebruik van twee verschillende typen onderzoeksmethoden om de cultuur te meten.

§ 5.3.2 Gegevensverzameling

De afstudeergroep wil door middel van observaties van overdrachten diepgang in de cultuuranalyse bereiken. Hiervoor heeft zij zes overdrachten bijgewoond op diverse tijden en locaties. Afdeling 8-West is ingedeeld in drie secties: ZIC, West en Oost. Gedurende de dag vindt op diverse momenten een overdracht plaats. De afstudeergroep heeft er voor gekozen om op twee momenten de overdracht bij te wonen. De dagdienst van iedere sectie draagt rond 14.00 uur over naar de avonddienst van desbetreffende sectie. Daarbij draagt het ZIC rond 17.00 uur over naar West. De afstudeergroep heeft

voor deze twee overdrachtsmomenten gekozen, omdat deze de voorkeur van de opdrachtgevers hebben. Daarnaast zijn deze tijden het meest toegankelijk voor de afstudeergroep.

Voor de observatie heeft de afstudeergroep een lijst van aspecten opgesteld, waarop zij dient te observeren. Deze aspecten omvatten algemene gedragingen tijdens de overdracht. De observatiepunten zijn gebaseerd op de brainstorm van de afstudeergroep en aanvulling van de projectbegeleidster. Deze luiden als volgt:

- | | | |
|-------------------------|------------------|------------------------------|
| ▪ informatieverwerking; | ▪ ruimte; | ▪ feedback vragen/geven; |
| ▪ informatieoverdracht; | ▪ tijd; | ▪ structuur in gesprek; |
| ▪ communicatieregels; | ▪ storingen; | ▪ planning en taakverdeling; |
| ▪ sfeer; | ▪ voorbereiding; | ▪ inbreng patiënten. |

De theorie omtrent overdracht geeft tevens weer welke aspecten inhoudelijk tijdens de overdracht aan bod dienen te komen. Gezien het feit dat de observaties van de afstudeergroep gericht waren op algemene gedragingen, heeft zij geen observaties gedaan naar de inhoudelijke aspecten van de overdracht.

§ 5.3.3 Betrouwbaarheid

In het kader van de betrouwbaarheid van het observeren en interpreteren van de overdracht, heeft de afstudeergroep rekening gehouden met verschillende aspecten. Zo heeft zij de overdracht op verschillende momenten bijgewoond, op verschillende secties van de afdeling en de membercheck bij zowel verpleegkundigen als stagiaires uitgevoerd. De afstudeergroep kan zo een beeld vormen van hoe de overdracht normaliter wordt uitgevoerd. Aspecten die al dan niet bijzonder zijn, kunnen hierin mee worden genomen, waardoor de betrouwbaarheid van de observaties van de overdracht inzichtelijk wordt voor de afstudeergroep. Daarnaast heeft de afstudeergroep met behulp van de opdrachtgevers inzicht verkregen in de richtlijn met betrekking tot de overdracht, die op de afdeling toegepast wordt. Deze richtlijn wordt meegenomen bij het interpreteren van de gegevens van de overdracht. De afstudeergroep kan hieruit afleiden of de verpleegkundigen tijdens de overdracht al dan niet handelen volgens de richtlijn.

§ 5.3.4 Membercheck

Na de uitvoering van de observaties, dient de afstudeergroep een membercheck te verrichten naar de gegevens. Het doel was de membercheck uit te voeren bij zes verpleegkundigen, van iedere overdracht één. Van vijf verpleegkundigen heeft de afstudeergroep gegevens ontvangen. De afstudeergroep heeft getracht alle zes de verpleegkundigen te benaderen. Echter is de werkdruk op afdeling 8-West zo hoog, dat maar één verpleegkundige persoonlijk de membercheck heeft kunnen doen. De andere verpleegkundigen hebben schriftelijk de gegevens van de observaties ontvangen. De afstudeergroep heeft van vier verpleegkundigen een reactie gekregen.

§ 5.4 Resultaten

De gegevens van de observaties en de membercheck zijn met elkaar vergeleken. De conclusie die de afstudeergroep hieruit kan trekken is dat haar observaties veelal overeenkomen met de ervaringen van de verpleegkundigen. In het onderstaande worden deze gegevens per aspect geïnterpreteerd. Daarbij wordt gekeken naar de betekenis van dit aspect voor de cultuur.

Informatieverwerking

Bij de overdracht wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen, zoals een werkbriefje en/of planningsbord. Het is afhankelijk van de verpleegkundige of zij al dan niet gebruik wil maken van een werkbriefje. Met betrekking tot de cultuur stelt de afstudeergroep dat dit aangeeft dat verpleegkundigen vrijheid in het gebruik van hulpmiddelen hebben. Hierbij is het toepassen van structuur afwezig.

Informatieoverdracht

Volgens het beleid van het ziekenhuis, dienen patiëntendossiers gebruikt te worden bij de overdracht. Uit de verschillende observaties blijkt echter dat dit vaak niet gebeurt. Voor de cultuur houdt dit, volgens de afstudeergroep, in dat regels en/of richtlijnen voor handen zijn, maar dat deze niet altijd nageleefd worden.

Communicatieregels

Uit de observaties met betrekking tot de communicatie, blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen volgens de communicatieregels communiceert. Het initiatief om te vragen naar verduidelijking dient vanuit de verpleegkundige te komen die de overdracht ontvangt. Kijkend naar de cultuur stelt de afstudeergroep dat een verpleegkundige van zichzelf moet laten horen, wanneer zij bijvoorbeeld verduidelijking nodig heeft. Een dergelijke houding wordt door het team ondersteund. Echter kan de afstudeergroep geen inschatting maken van het kennisniveau van de verpleegkundige en daarmee bepalen in hoeverre zij verduidelijking behoeft.

Sfeer

De onderlinge sfeer is ontspannen. Voor de cultuur getuigt dit, volgens de afstudeergroep, van collegialiteit en een goede samenwerking binnen het team.

Ruimte

Volgens de afstudeergroep is de ruimte, waarin overgedragen wordt, geschikt door de aanwezigheid van het planningsbord. Doordat in de ruimte onder andere verschillende formulieren en dossiers opgeborgen liggen, is de kans om onderbroken te worden tijdens de overdracht aanwezig. De afstudeergroep is van mening, dat niet de ruimte maar alleen het gedrag van het team relevant is voor de cultuur. Echter is het wel de verpleegkundige, die bepaalt welke ruimte zij geschikt acht voor het overdragen van patiëntgevoelige informatie. De afstudeergroep concludeert uit de observaties dat de verpleegkundigen uit gewoonte de overdracht in dezelfde ruimte laten plaatsvinden.

Tijd

De leden van het team zijn het met elkaar eens dat de tijd, die aan de overdracht van een patiënt besteed wordt, afhankelijk is van de complexiteit van de zorg. Voor de cultuur betekent dit, volgens de afstudeergroep, dat de verpleegkundige in deze cultuur moet kunnen werken. Het omgaan met het aspect tijd is een onderdeel van het beroep dat een grote rol speelt.

Storingen

De overdracht wordt veelvuldig verstoord door storingen van telefoons, seinen en/of collega's. Het is afhankelijk van de verpleegkundige in welke mate zij deze storingen voorkomt. Met betrekking tot de cultuur stelt de afstudeergroep dat niet alle verpleegkundigen even veel hinder ondervinden van storingen. Sommige verpleegkundigen kunnen hier wel mee omgaan, andere niet. De afstudeergroep is van mening dat de storingen als chaotisch beschouwd kunnen worden. Hierdoor kunnen de verpleegkundigen niet vasthouden aan structuur, die zij op prijs stellen.

Voorbereiding

De wijze waarop een verpleegkundige de overdracht voorbereidt, is verschillend. Doorgaans dient het planningsbord als leidraad. Binnen de heersende cultuur is het, volgens de afstudeergroep, een ongeschreven regel dat de overdracht met behulp van het planningsbord gedaan wordt. Indien voorbereiding gewenst is, gebeurt dit op eigen initiatief.

Feedback vragen/geven

Het vragen en/of geven van feedback is situatieafhankelijk. Dit wordt door de verpleegkundigen op prijs gesteld. Voor de cultuur betekent dit, volgens de afstudeergroep, dat de verpleegkundigen openstaan

voor het geven en/of ontvangen van feedback en hiermee in staat worden gesteld om zich persoonlijk te ontwikkelen.

Planning en taakverdeling

Er wordt een poging gedaan tot het afstemmen van de planning en taakverdeling. Dit verloopt, volgens de membercheck, echter niet altijd eenduidig. Volgens de afstudeergroep komt de werkwijze als 'chaotisch' over. Dit zou kunnen duiden op een cultuur, waarin weinig structuur aanwezig is.

Structuur in gesprek

In de membercheck wordt door verschillende verpleegkundigen aangegeven dat er wel degelijk een structuur wordt gehanteerd met betrekking tot de overdracht. Dit is door de afstudeergroep niet als zodanig ervaren. Zij kan dan ook niet nagaan of deze structuur consequent toegepast wordt. Voor de cultuur betekent dit, dat dit onderdeel voor buitenstaanders onzichtbaar is.

Inbreng patiënten

Een persoonlijke inbreng van patiënten is tijdens de overdracht niet aanwezig. Wel wordt de voorkeur of mening van de patiënten meegenomen en indien relevant besproken tijdens de overdracht.

§ 5.5 Conclusie

De cultuur op de afdeling, die afgeleid is uit de observaties van de overdracht, kan omschreven worden als open. Dit blijkt onder andere uit het feit dat verpleegkundigen elkaar met respect benaderen, communiceren over planning en taakverdeling en waar nodig verduidelijking geven als hier om gevraagd wordt. De verpleegkundige moet zelf initiatief nemen in het kader van de persoonlijke ontwikkeling.

Met betrekking tot bepaalde aspecten is er veel vrijheid binnen de cultuur van het team. Voorbeelden hiervan zijn de conclusies geformuleerd bij informatieverwerking en voorbereiding.

De afstudeergroep is van mening dat de cultuur, met betrekking tot de storingen, als 'chaotisch' kan worden ervaren. Sommige verpleegkundigen kunnen hier wel mee omgaan, andere niet. Dit is in andere aspecten van de overdracht ook terug te zien, zoals de structuur.

Bovendien wordt er aangegeven dat de sfeer tijdens de overdracht ontspannen en rustig is. Dit in tegenstelling tot de verpleegkundige zorg, die tijdens de overdracht op de achtergrond plaatsvindt en door de afstudeergroep als 'chaotisch' wordt ervaren.

Verder stelt de afstudeergroep dat de inhoudelijke aspecten van de overdracht, die in de theorie en de richtlijn van afdeling 8-West weergegeven zijn, daadwerkelijk zijn teruggekomen in de geobserveerde overdrachten. Bij vrijwel iedere overdracht kwamen de inhoudelijke aspecten aan de orde, al dan niet uitgebreid met subjectieve informatie.

6

Conclusie

In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies van de afstudeergroep, betreffende NUCAT in vergelijking met de observaties van de overdracht, besproken. Daarnaast wordt een eindconclusie geformuleerd omtrent het volledige afstudeerproject.

De afstudeergroep stelt dat de resultaten van NUCAT (diagnostische fase 1) en de observaties van de overdracht (diagnostische fase 2) overeenkomsten en tegenstrijdigheden vertonen. De afstudeergroep is zich er van bewust dat de overdracht één onderdeel is van het verpleegkundig proces, waardoor de conclusies mogelijk niet voor iedere situatie gelden. De overeenkomsten en tegenstrijdigheden worden in de volgende alinea's beschreven.

Uit zowel NUCAT als de observaties van de overdracht komt naar voren dat de leden van het team veel waarde hechten aan een goede omgang met elkaar en werken in teamverband. De afstudeergroep stelt dat deze waarden naar een groepscultuur neigen. Het belang van het team is duidelijk zichtbaar, volgens de afstudeergroep. Dit zijn de 'artifecten van een cultuur'. Een artifact wordt door Schein (1992), in Van Linge (2006), beschreven als iets wat voor een buitenstaander te zien, horen en voelen is, ofwel hoe het team onderling met elkaar omgaat.

De gegevens, die zijn voortgekomen uit NUCAT, tonen aan dat verpleegkundigen het belangrijk vinden om te handelen volgens het aanwezige zorgbeleid en procedures. Op deze manier trachten zij om op een gestructureerde wijze te werk te gaan. Efficiënt werken geniet de voorkeur boven inefficiënt werken. De afstudeergroep stelt dat deze gegevens overeenkomsten vertonen met een hiërarchische cultuur. Echter blijkt uit de overdracht dat er geen structurele aanpak toegepast wordt. In dit verband zijn de gegevens uit NUCAT, volgens de afstudeergroep, 'espoused values'. Dit zijn, volgens Schein (1992), in Van Linge (2006), waarden waarvan het team aangeeft ze belangrijk te vinden, maar die niet het gedrag leiden. De observaties uit de overdracht, zoals het niet gebruikmaken van patiëntendossiers tijdens de overdracht, zijn, volgens de afstudeergroep, te benoemen als 'basic assumptions'. Deze worden door Schein (1992), in Van Linge (2006), omschreven als basisopvattingen, die onbewust vanzelfsprekend zijn geworden. De afstudeergroep stelt hiermee dat de espoused values niet in overeenstemming zijn met de basic assumptions.

Het team ziet persoonlijke groei en ontwikkeling als een belangrijke waarde binnen het werk op de afdeling, zo blijkt uit NUCAT. Kijkend naar de overdracht, kwam naar voren dat verpleegkundigen verduidelijking vragen en/of geven, wanneer zij hier behoefte aan hebben. De afstudeergroep ziet deze kenmerken terug binnen de ontwikkelingscultuur. De afstudeergroep kan deze waarden omschrijven als basic assumptions; ze vormen de basis voor de heersende cultuur.

Om de cultuuranalyse volledig te maken, heeft de afstudeergroep teruggekeken naar de informatie afkomstig uit de interviews (§ 3.3.3 en § 3.3.4). Hier zijn namelijk ook elementen uit de cultuuranalyse in te herkennen. Zo blijkt uit het interview met M. Verstappen dat de vorige afstudeergroep handvatten voor reflecteren en evalueren aan de afdeling heeft aangeboden. Dit bevordert het werken volgens structuur op de afdeling. Ook H. van Rooij geeft aan dat deze handvatten het effect van reflecteren vergroten. M. Verstappen geeft tevens aan dat de verpleegkundigen openstaan voor feedback en scholing. Daarnaast hechten zij waarde aan een goede omgang met collega's. H. van Rooij stelt dat er nauwelijks spanningsvelden binnen het team zijn. Ook dit duidt, volgens de afstudeergroep, op een goede omgang binnen het team. Kijkend naar deze gegevens is af te leiden dat zij bevestigd worden in NUCAT.

Bovendien heeft de afstudeergroep veel weerstand ondervonden bij het verkrijgen van de afstudeeropdracht. Dit duidt, volgens de afstudeergroep, op het feit dat de verpleegkundigen van afdeling 8-West zich niet bewust zijn van punten voor verandering en/of verbetering. Uit NUCAT komt naar voren dat de verpleegkundigen professionele groei en ontwikkeling belangrijk vinden. Echter kunnen ze, wanneer erom gevraagd wordt, niet aangeven op welke punten dit gewenst is.

Verder heeft zij de klinische les 'Preoperatief vasten: de nuchtere waarheid' verzorgd. Ondanks dat de afstudeergroep het team van afdeling 8-West twee weken de gelegenheid heeft gegeven voor aanmelding, door middel van gekleurde affiches, was hiervoor geen animo bij de verpleegkundigen. Uit dit gegeven blijkt wederom dat de espoused values niet in overeenstemming zijn met de basic assumptions: de verpleegkundigen willen, volgens NUCAT, een bijdrage leveren aan hun professionele groei en ontwikkeling, maar handelen hier niet naar.

De factoren die bij een implementatie vermeden dienen te worden, zijn tegenstellingen van de waarden die het team van afdeling 8-West belangrijk vindt. Zo blijkt dat het teambelang vooropgesteld wordt. Gedragingen die het teambelang bedreigen, zoals het concurreren met collega's, dienen vermeden te worden.

Binnen AO volgt na de diagnostische fase, de ontwikkelingsfase. In deze fase wordt de door de afstudeergroep verkregen kennis gedeeld met de stakeholders. Op deze manier worden ideeën, aandachtspunten en werkpunten verweven tot een gewenste situatie. Daarnaast wordt er een plan gemaakt ter verbetering van de huidige situatie en/of het handelen, waaruit aanbevelingen voortkomen. Vanwege het tijdsbestek en het langdurig uitblijven van een concrete afstudeeropdracht, is het voor de afstudeergroep niet mogelijk om verdere vorderingen met dit afstudeerproduct te maken.

De gegevens, die zijn voortgevloeid uit NUCAT en de observaties van de overdracht, kunnen voor een volgend afstudeerproject als leidraad dienen bij een verandering en/of verbetering. Hiermee wil de afstudeergroep benadrukken dat de verkregen informatie omtrent de cultuur meegenomen kan worden bij het realiseren van een product in het kader van kwaliteitszorg.

Als aanvulling op bovenstaande gegevens heeft de afstudeergroep een richtlijn opgesteld voor het geven van een klinische les, toegespitst op het team van afdeling 8-West (zie bijlage 6). Voor het opstellen van deze richtlijn is gebruik gemaakt van de resultaten van NUCAT, om op deze manier zo optimaal mogelijk aan te sluiten bij het bestaande beleid. De richtlijn is gestructureerd opgesteld en beoogt de verpleegkundigen bewust te maken van het efficiënt werken. Met behulp van de richtlijn tracht de afstudeergroep tegemoet te komen aan onder andere de behoeften van het team om volgens structuur te werken.

De afstudeergroep heeft zich in eerste instantie gericht op emancipatoire PD om een bottom-up benadering te bewerkstelligen. Vanwege de eerder genoemde weerstand met betrekking tot het verkrijgen van de afstudeeropdracht, is de afstudeergroep overgestapt naar de technische PD. Ondanks dat het afstudeerproject niet tot implementatie heeft geleid, heeft de afstudeergroep het PARIHS-raamwerk als leidraad gebruikt. Zowel evidence als context zijn in dit afstudeerproject uitgewerkt. Met betrekking tot evidence zijn de literatuurstudie en interviews gedaan. Voor het onderdeel context heeft de afstudeergroep de cultuuranalyse en de observaties van de overdracht uitgevoerd. De afstudeergroep concludeert dat zij een op evidence gebaseerd product heeft afgeleverd, dat een gedegen ondergrond levert voor vervolgonderzoek en/of een volgend product.

Nawoord

In september 2009 is de afstudeergroep gestart met het realiseren van dit afstudeerproduct. Het formuleren van een afstudeeropdracht heeft heel wat voeten in de aarde gehad. Desondanks heeft het doorzettingsvermogen van de afstudeergroep tot een afstudeeropdracht geleid.

De afstudeergroep heeft verschillende onderzoeken verricht om de cultuur van afdeling 8-West in kaart te kunnen brengen. Deze onderzoeken hebben, naast een gegevensverzameling, tot diverse leermomenten geleid, in de doorlopen fasen van AO. Dit heeft geresulteerd in een op evidence gebaseerd afstudeerproject.

Na vijf maanden veel werk verzet te hebben, kijkt de afstudeergroep met grote tevredenheid terug op dit proces. Dat dit afstudeerproject niet tot innovatie heeft geleid, betreurt de afstudeergroep. Zij is er van overtuigd dat dit afstudeerproject een leidraad is voor toekomstige implementaties.

Om tot dit afstudeerproject te kunnen komen heeft de afstudeergroep ondersteuning gekregen van meerdere personen. De afstudeergroep wil graag de opdrachtgevers M. Verstappen en H. van Rooij bedanken voor hun medewerking. Verder heeft P. van Gorkom een grote bijdrage geleverd aan de diverse contacten en analyse op afdeling 8-West. De afstudeergroep bedankt alle verpleegkundigen van afdeling 8-West voor hun medewerking, die zij hebben verleend om dit product tot stand te kunnen laten komen.

Tot slot wil de afstudeergroep K. Cox en G. Munten bedanken. K. Cox heeft de afstudeergroep begeleid in het nemen van verschillende stappen gedurende het afstudeerproject. Daarnaast heeft ook zij de afstudeergroep van gerichte feedback voorzien. G. Munten heeft de afstudeergroep van gerichte feedback voorzien. Mede dankzij K. Cox en G. Munten heeft de afstudeergroep een uitstekend eindresultaat behaald.

Literatuurverwijzing

Albersnagel E., Hooijer C., Kaaijk M., et al. Methodiekontwikkeling voor verpleegkundigen. 1^e druk. Groningen: Wolters-Noordhoff; 1993. p.122

Allaire Y. Firsirotu M.E. theories of organisational culture. In: organisational study, 5:193-226. 1984.

Benner P. Van beginner naar expert: *excellentie en invloed in de verpleegkundige praktijk*. Herziene versie. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg; 2006. p. 248

Bers M. van., Munten G. Het PARIHS-raamwerk *Evidence, Context en Facilitering: de bouwstenen voor succesvolle implementatie*. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice 2008, 4: 4-9.

Boog B. Handelingsonderzoek: een update, *Sociale interventies*, 11,4,27-40; 2002

Boog W. Inleiding in de verpleegkunde en de aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening. 2^e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002. p. 269.

Bos J., Harting E. Projectmatig creëren 2.0. 2^e druk. Schiedam: Scriptum; 2006.

Broks C., Helle S., et al. Afstudeerproject competent verplegen. Eindhoven 2009.

Cameron K., Freeman S. Cultural congruence: Strength and types: Relations to effectiveness. In: Research in Organizational change and Development, 5, blz. 23-58: 1991.

Cameron K.S., Quinn R.E. Onderzoeken en veranderen van organisatiecultuur. 1^e druk, 8^e oplage. Den Haag: Sdu Uitgevers: 2007.

Catharina-ziekenhuis. Profielschets Catharina-ziekenhuis. [Online]. 2009 [Bezocht 2009 december]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: <http://www.cze.nl/default.aspx?themaset=&TreeCode=000.002.003&MenuStartDepth=3&ContentURL=loader%2floader.aspx%3fDOCUMENTID%3dab5a5a87-d98e-4162-88e5-5680cfc1a73f>

Catharina-ziekenhuis. Richtlijn overdracht afdeling 8-West. Ontwikkelt door werkgroep Methodiek, september 2008.

Chinn P., Kramer M. Theory and nursing. St. Louis: Mosby year book; 1991.

Coeling H. The Nursing Assessment Tool – (NUCAT-3). KENT State University – School of Nursing. 1998

Coeling H.V.E., Simms L. Facilitating innovation at the nursing unit level through cultural assessment, part 1: how to keep management ideas from falling on deaf ears. *Journal of Nursing Administration* 1993; 2: p. 46-53.

Competentiemap Catharina-ziekenhuis Eindhoven; 2008

Cox K. Evidence-based implementeren. Twee instrumenten om de context in kaart te brengen. 2009

Cox K. Evidence-based praktijkvoering door Practice Development. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice 2009, 1: 4-6.

Currie J. Improving the efficiency of patient handover. *Emergency nurse* 2002; 10 (3): p. 24-27.

Dokterdokter. [Online]. 2008. [Bezocht 2009 december]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: <http://www.dokterdokter.nl/medisch/begrippen/view/id/8884/psychomotorisch>

Egmond D.L, Schuitemaker R. Extremiteten: *manuele therapie in enge en ruime zin*. 1^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006

Estabrooks C., Norton P., et al. Utilization of Health Research in Acute Care Settings in Alberta. Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR); 2007

Fenton W. Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nursing older people* 2006; 18(11): p. 32-36.

Fontys hogescholen. Catharina ziekenhuis, Kort verblijf – Cardiologie. [Online]. 2007 [bezocht 2009 september]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: <http://www.fontys.nl/verpleegkunde/zic/default.asp?idsitestructurenode=212780>

Franssen S. Wetzels M. Cultuur in beweging: duurzaam beïnvloeden van culturele processen in organisaties. 1e druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV; 2001.

Gadamer G. Truth and method. London: Sheer & WARD; 1970

Garbett R., McCormack B. A Concept Analysis of Practice Development. *Nursing time research*, 7(2), p.87-100

Gorkom P.J.L.M. van. Aanvraagformulier afstudeeropdrachten. Eindhoven: Fontys Hogescholen; 2009.

Grit R., Julsing M. Zo doe je een onderzoek. 1^e druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv; 2009.

Grol R., Wensing M. Implementatie effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 3e druk, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.

Grumbkow J. von., Bouwen R. et al. Cultuur in organisatie. 1^e druk. Assen: Van Gorcum; 1991. p.157

Heidegger M. Being and time. New York: Harper & ROW; 1962

Helman C. Culture, Health and Illness. Oxford; Butterworth: 1990. In: Fenton W. Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nursing older people* 2006; 18(11): p. 32-36.

Hoekstra T. De lerende organisatie [Online]. 2006.[Bezocht 2009 oktober]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=51714>

Hulscher M., Wensing M., Grol R. Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. 1e druk. Den Haag: ZON; 2000.

Hulshof M. Leren interviewen: een HBO-methode voor het mondeling verzamelen van informatie. 5^e druk. Houten/Groningen: Wolters-Noordhoff; 2007.

Hunink G.H., Bijl J.J. van der. Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening. 1^e druk. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff; 2002.

Jong J.H.J. de, Kerstens J.A.M., et al. Handboek verpleegkunde. 1e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003. p.478

Kemnis S., MacTaggart R. The action research Planner. 3e druk. Victoria; 1988

Kerkhof S. Meerwaarde of Meer Werk? *Een onderzoek naar de acceptatie van een competentiegericht registratiemiddel binnen de multidisciplinaire rampenbestrijding*. [Online]. 2006. [Bezocht 2009 oktober]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: http://essay.utwente.nl/57329/1/scriptie_Kerkhof.pdf

Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B. Enabling the implementation of evidence based practice: A *conceptual framework*. Quality in Health Care. 1998; 7: p.149-158.

Korthagen F.A.J. Leren reflecteren als basis van de lerarenopleiding, een model voor de opleiding van leraren, in het bijzonder wiskundeleraren. 's- Gravenhage; 1982

Lammerink M. P. Participatief actieonderzoek met rijstboeren, steenbakkers en visservolk. *Ervaringen uit Latijns-Amerika en Nederland*. Den Haag; 1993

Linge R. van. Innoveren in de gezondheidszorg: *theorie, praktijk en onderzoek*. 1^e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2006.

Manley K., McCormack B. Practice Development *Purpose, Methodology, Facilitation and Evaluation*. In: McCormack B., Manley K. et al. Practice Development in Nursing. 1^e druk. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2004. p. 33-50.

McCormack B., Manley K. et al. Practice Development in Nursing. 1^e druk. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2004. p.336

McCormack B., McCarthy G. Development of the Context Assessment Index (CAI). University of Ulster 2008.

McCormack B., McCarthy G., et al. Development and testing of the Context Assessment Index (CAI). Worldviews on Evidence-Based Nursing 2009;6(1): p. 27-35.

Migchelbrink F. Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn. 1^e druk. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2007 p.348

Online encyclopedie. [Online]. 2007. [Bezocht 2009 december]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: <http://www.encyclo.nl/begrip/know%20how>

Oosterink I. The dutch version of the nursing unit cultural assessment tool for work group culture assessment: a preliminary study. Master of science in Public Health, Maastricht University 2006

Payne S. Interactions between nurses during handovers In elderly care. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(2): p. 277-285.

Plooi F. Onderzoek doen. *Een praktische inleiding in onderzoeksvaardigheden*. 1^e druk. Amsterdam: Pearson Education Benelux; 2008.

Quinn R.E., Kimberly J.R. The transformation of organizational cultures. In: P.J. Frost (ed.) Organizational culture. Beverly Hills, CA: Sage; 1984.

Quinn R.E., Rohrbaugh J. A competing values approach to organizational effectiveness. Public Productivity Review 5, 122-40: 1981.

Reason P., Badbury H., et al. Handbook of Action Research. London; 2001

Regouin W., Schamp P. Rapportage: *gids voor zorg, hulp- en dienstverlening*. 3^e druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2004. p. 146.

Roothans I. Evidence Based Practice en Practice Development *De kunst van het kiezen en van het veranderen...* [Online]. 2008. [bezocht 2009 maart]; [22 screens]. Beschikbaar op: URL: www.fontys.nl/Generiek/bronnenbank/sendfile.aspx?id=169222

Rycroft J. Research Implementation *Evidence, Context and Facilitation – the PARIHS Framework*. In: McCormack B., Manley K. et al. Practice Development in Nursing. 1^e druk. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2004. p. 118-147.

Schein E.H. Organizational culture and leadership: *A dynamic view*. San Fransisco: Jossey-Bass; 1985

Schein E.H. Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.

Schoemaker E., Albersnagel E. Regie van het primaire proces. 1^e druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff; 2003. p.192

Schoot T., Stevens P. Ontwerpen van zorg. 1e druk. Utrecht: ThiemeMeulenhoff; 2000. p.360

Springer E.T. Action research. 2e druk. London; 1999

Seago J.A. Organizational culture in hospitals: issues in measurement. *Journal of Nursing Measurement* 1997; 5: p. 165-178.

Sherlock C. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. *Nursing Standard* 1995; 9(52): p. 33-36.

Stevens P.J.M. Methodiek van het verpleegkundig handelen. 1e druk. Leiden: Spruyt, Van Mantgem & De Does bv; 1995. p.328

Thurgood G. Verbal handover reports: what skills are needed? *British Journal of Nursing* 1995; 4(12): p. 720-722.

Verkooijen H.E.C., Elderhuis R.M. De directe member check. *Tijdschrift voor Verpleegkunde*. Jaargang 19 nummer 1; februari 2004.

Verhoeven N. Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. 2e druk. Den Haag: Boom uitgevers; 2007.

Vrije Universiteit Amsterdam. [Online]. 2009. [Bezocht 2009 december]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: <http://www.coachjezelf.nl/content/pop-up/demo/content/01-leerinhoud/01-inleiding/03-cognitieve-vaardigheid/01-begrip.htm>

Wely P. van. Organisatiecultuur: een handleiding voor het succesvol veranderen van een organisatie. 1e druk. Utrecht: Lemma; 2002. p.279

Wensing M., Bij A. van der, Laurant M. Implementatie van bewegingsprogramma's voor ouderen: verslag van een literatuurstudie. 1^e druk. Den Haag: ZON; 2000.

West M.A., Anderson N.R. Innovation, cultural values and the management of change in British hospitals. In: *Work and Stress*, 6, blz. 293-310, 1992.

Wilkinson J.M. Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces. 4^e druk. Amsterdam: Pearson Education; 2008. p.557

Wilson M.J. A template for fast and concise handovers. *Medsurg Nursing* 2007; 16(3): p. 201-206.

Woerkom C. van, Adolfse L. Interactieve kennisontwikkeling en –benutting. SI: 1998; 1: 10-9.

Yeung A.K.O., Brockbank J.W., Ulrich D.O. Organizational culture and human resource practices. In: R.W. Woodman & W.A. Pasmore (eds.), *Research in Organizational change and development*. Vol. 5. London: Jai Press: 1991.

Zammuto R.F., Krakower J.Y. Quantitative and qualitative studies of organizational culture. In: R.W. Woodman & W.A. Pasmore (eds.), *Research in Organizational change and development*. Vol. 5. London: Jai Press: 1991.

Ziegler S., Vaughan-Wrobel B., et al. *Nursing process, nursing diagnosis, nursing knowledge: avenues to autonomy*. Norwalk: CT; Appelton-CenturyCrofts; 1986.

ZonMw. *Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie*. [Online]. 2009. [Bezocht 2009 december]; [1 screen]. Beschikbaar op: URL: <http://www.zonmw.nl/nl/organisatie/over-zonmw/>

Terminologielijst

Bimodale verdeling

Een verdeling met niet één maar twee modi. Dit is te herkennen aan twee toppen. (Verhoeven, 2007)

Cognitieve vaardigheden

Volgens de Vrije Universiteit van Amsterdam (2009) zijn cognitieve vaardigheden, vaardigheden in bepaalde manieren van denken, die men moet beheersen om gedurende leerprocessen nieuwe informatie te kunnen opnemen, te begrijpen, te integreren in het bestaande kennisnetwerk en te kunnen toepassen. Deze vaardigheden hebben vaak de vorm van een stappenplan.

Know-how

Ervaring en kennis van zaken. (www.encylo.nl)

Kwantitatief onderzoek

Bij kwantitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van cijfermatige informatie, gegevens in cijfers over objecten, organisaties en personen. (Verhoeven, 2007)

Kwalitatief onderzoek

Bij kwalitatief onderzoek wordt niet of nauwelijks gebruik gemaakt van cijfermatige informatie. Er wordt juist meer naar het geheel gekeken en naar de achtergrond van gedrag. (Plooi, 2008)

Membercheck

Tijdens onderzoekmomenten worden reacties van de persoon, waar onderzoek naar is verricht, zo letterlijk overgenomen. Vervolgens wordt aan deze persoon gevraagd of hij/zij wil reageren op hetgeen dat is opgeschreven, zodat de uiteindelijk te analyseren tekst zo adequaat mogelijk is en de kennis, ervaring en/of bedoeling van deze persoon weerspiegelt. Dit is een membercheck. (Verkooijen, 2004)

Mean verschillenscore

Gewenste meanscore van de groep, min de huidige meanscore van de groep. (Oosterink, 2006)

Meanwaarde

De gemiddelde waarde van twee of meer meetresultaten. (Verhoeven, 2007)

Psychomotorische vaardigheden

Zijn vaardigheden die behoren tot de bewegingen die door de werking van de geest worden veroorzaakt. (www.dokterdokter.nl)

Reactieve vaardigheden

Reactieve vaardigheden zijn gericht op het reageren op mensen, dingen of situaties. Deze 'attitude vaardigheden' worden uitgedrukt in waarde en emoties. (Egmond & Schuitemaker, 2006)

Verhoogde zorg unit

Met het begrip 'verhoogde zorg' wordt bedoeld: het leveren van zorg waarbij complexere handelingen, vaardigheden en inzicht vereist zijn in de zorg rondom een patiënt. (Broks e.a., 2009)

ZonMw

Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. (ZonMw, 2009)

Bijlage 1 Richtlijn kennisverbreding met behulp van een klinische les op afdeling 8-West

In deze bijlage wordt de door de afstudeergroep opgestelde richtlijn weergegeven met betrekking tot het geven van een klinische les op afdeling 8-West.

§ 1.1 Motivatie

Bij het aanleveren van de conceptversie van het afstudeerproject, hebben de opdrachtgevers te kennen gegeven iets tastbaars te missen. Hiermee doelen zij op een concrete richtlijn, die toegepast kan worden bij veranderingen, die in de toekomst op afdeling 8-West ingevoerd worden. Om deze reden heeft de afstudeergroep de richtlijn 'kennisverbreding met behulp van een klinische les op afdeling 8-West' opgesteld. Deze richtlijn is gebaseerd op de gegevens afkomstig uit het cultuuranalyse-instrument NUCAT, met als doel de kennis te verbreden middels een klinische les, waarbij rekening gehouden wordt met de culturele kenmerken van het team afdeling 8-West.

§ 1.2 Richtlijn kennisverbreding met behulp van een klinische les op afdeling 8-West

Onderwerp

Kennisverbreding met behulp van een klinische les.

Doel

Het doel is om de kennis te verbreden middels een klinische les. Bij het geven van deze klinische les wordt rekening gehouden met de culturele kenmerken van het team van afdeling 8-West, die verkregen zijn met behulp van het cultuuranalyse-instrument NUCAT.

Uitvoering

Deze richtlijn is bruikbaar voor elke professional die kennisverbreding bij het team van afdeling 8-West wil bereiken.

Datum

Invoeringsdatum: 1 februari 2010.

Geldigheidsdatum: totdat de samenstelling van het team van afdeling 8-West ingrijpend verandert.

Deze richtlijn is gebaseerd op het afstudeerproject 'Cultuur in beeld' ontwikkeld in 2009-2010.

Benodigdheden

- Ruimte;
- Kaartjes;
- Pen en papier;
- Beamer;
- Powerpoint-presentatie.

Werkwijze

De werkwijze voor het geven van een klinische les is ingedeeld in twee fasen, te weten voorbereiding en klinische les.

Voorbereiding

- Kies het onderwerp;
- Bepaal de doelgroep;
- Bepaal de doelstelling van de klinische les;
- Stel datum, plaats en tijdstip vast en maak deze bekend;
- Verdeel de inhoud in inleiding, kern en afsluiting en creëer een duidelijke structuur;
- Kies voor de diverse onderdelen de juiste activerende vormen;
Maak keuze uit:
 - aanbieden van informatie;
 - zelfstudie;

- vragen (laten) stellen;
- demonstreren of laten demonstreren;
- samen oefenen;
- discussie.
- Bepaal de benodigde attributen;
- Verwerk al deze gegevens tot een schematische weergave van de klinische les;

Klinische les

- Verdeel de deelnemers in groepen, door middel van een vooraf opgestelde indeling (kaartjes);
- Voer de gemaakte schematische weergave uit. Houdt de structuur van de voorbereiding aan;
- Geef alleen relevante informatie om efficiënt te werken;
- Blijf niet te lang achtereen aan het woord;
- Betrek de deelnemers actief bij de klinische les;
 - laat de deelnemers de opgestelde groepen vormen, kies één voorzitter per subgroep;
 - reik pen en papier uit voor het noteren van de antwoorden;
 - start met het stellen van alle quizvragen, voor iedere vraag zijn 5 minuten beschikbaar;
 - laat de deelnemers discussiëren over de antwoorden, de voorzitter zorgt ervoor dat iedereen zijn mening in kan brengen;
 - vraag de subgroepen naar het antwoord van quizvraag 1;
 - bespreek het antwoord van quizvraag 1 met alle deelnemers;
 - herhaal dit voor alle quizvragen.
- Richt de aandacht niet steeds op dezelfde mensen, laat iedereen aan het woord;
- Houdt de aandacht vast door het gebruik van (audio)visuele middelen.
- Houdt rekening met valkuilen;
 - zorg dat bij het geven van de theoretische uitleg de aandacht vastgehouden wordt;
 - voor een discussie dient de voorzitter de rode draad voor de deelnemers te bewaken;
 - voor een discussie is een groeps grootte van 12 deelnemers het maximum.
- Afronding;
 - Controleer of het doel behaald is;
 - Evalueer de klinische les.

Onderbouwing richtlijn

Bij het opstellen van de richtlijn voor het geven van een klinische les voor het team van afdeling 8-West, heeft de afstudeergroep gebruik gemaakt van de culturele kenmerken, die naar voren zijn gekomen uit het cultuuranalyse-instrument NUCAT.

Zo is er naar voren gekomen dat het team het belangrijk vindt dat er op een efficiënte manier gewerkt wordt en daarbij procedures gevolgd worden. De afstudeergroep stelt hiermee dat het team van afdeling 8-West volgens een structuur wenst te werken. Door de opgestelde structuur van de klinische les te volgen en middels het bespreken van de inhoud van de klinische les kenbaar te maken, wordt aan dit aspect voldaan.

De afstudeergroep maakt gebruik van verschillende activerende vormen van kennisverbreding. Hiermee tracht zij de aandacht van de deelnemers vast te houden en het plezier in het deelnemen aan de klinische les te behouden. De methode, die voor het geven van de klinische les gebruikt wordt, is als creatief te omschrijven. Deze manier van werken spreekt het team van afdeling 8-West aan. Daarbij komt uit NUCAT naar voren dat het team van afdeling 8-West waarde hecht aan het volgen van bijscholing, het aanleren van nieuwe technieken en vaardigheden en het bereiken van professionele groei en ontwikkeling. De mogelijkheid tot het volgen van een klinische les sluit bij deze behoefte aan.

Tenslotte heeft de afstudeergroep bij het opstellen van deze richtlijn rekening gehouden met 'omgang binnen het team'. Hiermee doelt de afstudeergroep op het feit dat het team van afdeling 8-West het aanvaardbaar vindt om voor zichzelf op te komen in de omgang met collega's. Op dit aspect wordt in de

klinische les ingespeeld, door voorzitters te benoemen. Hij/zij bewaakt de rode draad tijdens discussies en zorgt er tevens voor dat iedere deelnemer zijn mening kan laten horen. Bovendien wordt hiermee concurrentie tussen verschillende deelnemers voorkomen. Uit NUCAT blijkt dat dit aspect door het team van afdeling 8-West niet geaccepteerd wordt.

§ 1.3 Evaluatie

De afstudeergroep heeft aan de hand van evaluatieformulieren in kaart gebracht in hoeverre in de behoeften van de deelnemers is voorzien. Tevens tracht de afstudeergroep aan de hand van deze formulieren na te gaan of het beoogde doel van kennisverbreding is bereikt.

Hetgeen de afstudeergroep voorafgaand aan de klinische les is opgevallen, is de geringe aanmelding voor deelname. De afstudeergroep heeft het team van afdeling 8-West twee weken de gelegenheid voor aanmelding gegeven, door middel van gekleurde affiches. Deze affiches zijn over de verpleegposten en koffiekamer van afdeling 8-West verspreidt. Daarbij maken de deelnemers kans op een leuke prijs, wat de afstudeergroep als een extra motivatie voor deelname ziet. Volgens NUCAT vindt het team van afdeling 8-West activiteiten belangrijk, waarmee zij professionele groei en ontwikkeling bereiken. Gezien dit gegeven had de afstudeergroep een grotere opkomst verwacht.

De deelnemers van de klinische les bestempelen het interactieve deel als sterke kant. Verder komt naar voren dat het discussiëren in groepen als prettig wordt ervaren. Men geeft aan dat er van elkaar geleerd kan worden en deze manier draagt bij aan het verbreden van de professionele kennis. Als verbeterpunt wordt aangedragen om meer diepgang te creëren, door tussendoor vragen te beantwoorden.

De afstudeergroep concludeert uit deze gegevens dat de opgestelde richtlijn in de behoefte van kennisverbreding van het team van afdeling 8-West voorziet. Meer onderzoek naar de wijze om de verpleegkundigen te motiveren om bijscholing te volgen, is noodzakelijk om kennisverbreding te kunnen bereiken.