

Moeder en Kind Centrum Utrecht, apart en toch samen?

Een onderzoek naar betekenisgeving door verpleegkundigen en kraamverzorgenden aan de vorming van een Moeder en Kind Centrum

Moeder en Kind Centrum Utrecht, apart en toch samen?

Een onderzoek naar betekenisgeving door verpleegkundigen en
kraamverzorgenden aan de vorming van een Moeder en Kind Centrum

Anne van de Vijver | 3188698

Organisaties, Verandering en Management

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organizationalwetenschap

Universiteit Utrecht

Begeleider | dr. ir. Martijn Koster

Tweede lezer | dr. Madeline Winnubst

Organisatie | Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht

Utrecht | 28 juni 2013



Universiteit Utrecht



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Moeder en Kind Centrum Utrecht, apart en toch samen?

Een onderzoek naar betekenisgeving door verpleegkundigen en kraamverzorgenden aan de vorming van een Moeder en Kind Centrum

afbeelding omslag

Gustav Klimt

De drie levensfasen van de vrouw (detail)

1905

inhoudsopgave

woord vooraf	5
samenvatting	6
1 inleiding	7
2 theoretisch kader	12
2.1 Cultuur	12
2.2 Grenzen: het ziekenhuis als ‘loosely coupled system’.....	16
2.3 De verpleegkundige, een professional?	18
3 methodologie	21
3.1 Interpretatieve benadering.....	21
3.2 Dataverzameling.....	22
3.3 Analyse.....	23
3.4 Kwaliteitscriteria	24
3.5 Rol van de onderzoeker.....	25
4 bevindingen	27
4.1 Subgroepen.....	27
4.2 Op de grens.....	39
5 analyse	44
5.1 Subgroepen en grenzen	44
5.2 Op de grens	45
5.3 De verpleegkundige als professional	46
5.4 Vorming van het Moeder en Kind Centrum	47
6 conclusie en discussie	48
7 aanbevelingen	50
literatuur	51
verklarende woordenlijst	54

woord vooraf

“Wij ervaren alleen wat leven is, wanneer we bereid zijn steeds weer op weg te gaan” | Anselm Grün

In 2006 haalde ik mijn gymnasiumdiploma aan het Christelijk Gymnasium in de Diaconessenstraat in Utrecht. Nu, zeven jaar later, rond ik mijn masteropleiding Organisaties, Verandering en Management af aan de USBO, zo'n honderd meter verderop in de Bijlhouwerstraat. Aan het afronden van mijn opleiding met deze scriptie gaat een lange weg vooraf. Mijn weg liep langs verschillende studies, waaronder een bachelor kunstgeschiedenis, via een bestuursjaar bij roeivereniging Orca en een uitstapje naar de VU in Amsterdam, in het najaar van 2012 naar de USBO. Hier mocht ik een jaar lang een van de meest duurzame fenomenen van de menselijke sociale conditie bestuderen: organisatie. Een jaar waarin ik veel heb geleerd, van opdrachten, hoor- en werkcolleges, maar vooral door te *doen*. En zo ben ik na een lange reis weer terug op de kop van de Oude Gracht. Een studieleven en een schat aan ervaring rijker. De weg ligt open.

“Dankbaarheid is het geheugen van het hart” | Hans Christian Andersen

Dankjewel Martijn, voor de begeleidingsgesprekken aan de hand waarvan mijn schrijfsels en ideeën langzaam groeiden tot een echte scriptie. Dankjewel Tanja, voor de toegang die ik heb gekregen in het WKZ en voor het inplannen van alle interviews bij Neonatologie, en Marianne, voor het inplannen van de interviews bij Verloskunde. Dankjewel verpleegkundigen en kraamverzorgenden, voor de mooie verhalen die jullie mij hebben verteld over jullie werk in het WKZ. Dankjewel mama, voor het steuntje in de rug bij het kiezen van het WKZ als onderzoeksorganisatie. Dankjewel papa en Emma, voor het lezen en verbeteren van mijn scriptie. Dankjewel Maarten, voor het meedenken en meeleven. En Oskar, dankjewel dat je lekker voort hebt gemaakt met je studie; ik vind het leuk om tegelijk met jou af te studeren aan de USBO.

Anne

Utrecht, juni 2013

samenvatting

De afdelingen Verloskunde en Neonatologie van het Wilhelmina Kinderziekenhuis willen graag mee in de beweging om zorg rond de bevalling in te richten volgens de principes van gezinsgerichte zorg, waarbij de kraamvrouw en het gezin zoveel als mogelijk bij elkaar verblijven tijdens en na de bevalling in het ziekenhuis. Sinds 2012 is het daarom mogelijk om sommige kinderen met een medium care indicatie zorg te bieden bij de moeder op de afdeling Verloskunde, in plaats van hen over te plaatsen naar de afdeling Neonatologie. In 2013 wordt de samenwerking verder geïntensiveerd: een nieuwe structuur, meer overleg en eventuele nieuw- of verbouw van het ziekenhuis moeten leiden tot de vorming van een Moeder en Kind Centrum.

Om inzicht te krijgen in het proces rond de vorming van het Moeder en Kind Centrum, wordt in dit kwalitatieve onderzoek door middel van interviews en observaties gezocht naar de betekenis die verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie van het WKZ toekennen aan hun werk en aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat er verschillen bestaan in de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan hun werk en aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Deze verschillen bestaan *tussen* de afdelingen Verloskunde en Neonatologie, maar ook *binnen* de afdelingen zijn verschillende groepen te onderscheiden.

Literatuur over subculturen (o.a. Parker 2000; Martin 2002; Morgan en Ogbonna 2008; Alvesson 2013) wordt in dit onderzoek samengebracht met literatuur over *boundaries*, grenzen (o.a. Ferlie et al 2005; Kimble et al. 2010; Heldal 2010). Zo ontstaan twee invalshoeken om de gevonden verschillen tussen de verpleegkundigen en kraamverzorgenden te beschrijven: aan de hand van de theorie over subculturen worden verschillende subgroepen verpleegkundigen en kraamverzorgenden beschreven. De literatuur over grenzen kijkt minder naar de groep, maar juist naar dat, wat zich tussen de groepen bevindt: een grens. In dit onderzoek worden drie 'projecten op de grens' tussen Verloskunde en Neonatologie beschreven: de werkgroep Moeder en Kind Centrum, het PNC project en verpleegkundigen die op beide afdelingen worden opgeleid. Deze projecten vormen momenten waarop beide afdelingen elkaar ontmoeten en tegelijkertijd worden er ook de verschillen tussen de groepen gereproduceerd en benadrukt. Aan de hand van het werk van Swennen (2012) wordt beargumenteerd dat de verpleegkunde professionaliseert en professionele kennis wordt geïntroduceerd als belangrijk onderscheidend kenmerk van de verschillende groepen verpleegkundigen en kraamverzorgenden.

Net als de 'projecten op de grens' speelt het Moeder en Kind Centrum zich af op de grens tussen Verloskunde en Neonatologie. Het vraagt om wat D'Amour en Oandasan (2005) 'interprofessionaliteit' noemen: samenwerking over de grenzen van het vakgebied heen. De manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan de invoering van het Moeder en Kind Centrum, hangt af van de subgroep waarmee zij zich identificeren. Het lijkt erop dat hoe *meer* de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan hun werk overlapt met kenmerken die in de theorie aan (nieuwe) professionals worden toegeschreven (Wilensky 1964; Trappenburg 2011; Swennen 2012), des te problematischer zij de vorming van het Moeder en Kind Centrum ervaren.

De zorg rond de bevalling wordt zowel wereldwijd als in Nederland steeds meer ingericht volgens de principes van ‘family centered care’, een manier van zorg verlenen waarbij de kraamvrouw en haar gezin centraal staan als actieve partners in het zorgproces. In 2013 zijn de afdelingen Neonatologie en Obstetrie (Verloskunde) van het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) begonnen met de implementatie van een Moeder en Kind Centrum. Met dit Moeder en Kind Centrum Utrecht (MKCU) wil het WKZ zoveel mogelijk zorg verlenen volgens de principes van ‘family centered care’, een concept dat in het Nederlands vertaald wordt als ‘gezinsgerichte zorg’. Dit betekent onder andere dat de pasgeborene en het gezin zo veel als mogelijk bij elkaar verblijven tijdens en na de bevalling in het ziekenhuis en dat de ouders actief worden betrokken bij het zorgproces (Phillips, 2003).

Dit document is een verslag van mijn onderzoek naar de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de afdelingen Neonatologie en Verloskunde van het WKZ betekenis geven aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Om het onderzoek te plaatsen in een breder kader, wordt in de inleiding eerst een beeld geschetst van ontwikkelingen in de gezondheidszorg en meer specifiek van ontwikkelingen op het gebied van zorg rond de bevalling. De patiënt staat steeds meer centraal in het zorgproces en dit komt tot uiting in de opkomst van gezinsgerichte zorg. Daarna wordt de aanleiding van het onderzoek gegeven, waarbij wordt ingegaan op de manier waarop het WKZ zorg rond de bevalling vormgeeft en in de toekomst vorm wil geven in het Moeder en Kind Centrum. Vervolgens worden de probleem-, vraag- en doelstelling van het onderzoek besproken. Ten slotte volgt een leeswijzer, die richting geeft bij het lezen van het onderzoeksverslag.

Ontwikkelingen in de zorg

De druk op de gezondheidszorg neemt toe. Net als andere sectoren in het publieke domein moet de zorgsector vandaag de dag voldoen aan hoge verwachtingen. Tegelijkertijd zijn er weinig middelen beschikbaar. Noordegraaf (2008) noemt dit de zogenaamde ‘interventiefuik’: er moet veel, maar er kan weinig. Door demografische en technologische ontwikkelingen neemt de vraag naar zorg toe en de financiële crisis maakt dat ook op de gezondheidszorg flink moet worden bezuinigd. Marktwerking heeft zijn intrede gedaan in de zorg en ‘klantgerichtheid’ wordt steeds belangrijker. Zo schrijft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in een notitie in 2007: “In onze visie staat de cliënt centraal. De cliënt in de zorg bepaalt welke zorg bij hem past. (..) Er is sprake van kwalitatief goede zorg als de zorg zo veel mogelijk is toegesneden op de individuele behoeften van de cliënt: eigentijdse zorg die effectief, veilig en op tijd is” (Visie Koers op Kwaliteit, p. 2). Dit advies wordt herhaald door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2010. In het rapport ‘Gezondheid 2.0: u bent aan zet’ adviseert de Raad om de burger een centrale rol te geven in het zorgproces. Stoopendaal (2005) noemt de beweging die gaande is in de gezondheidszorg ‘de integratiebeweging in de zorg’. Deze beweging heeft het “doel de afstanden tussen de verschillende onderdelen van de zorg te minimaliseren, de zorg tot één geheel te maken” (Stoopendaal, 2005, p. 13). Zorg wordt door steeds meer verschillende, gespecialiseerde professionals verleend en om toch samenhang te bewaken ontstaan er volgens Stoopendaal (2005) zogenaamde zorgketens: “samenhang wordt gevonden in het protocolleren en afstemmen van de logistieke processen rond de gang van de patiënt, in gedeelde wetenschappelijke en empirische kennis rondom de behandelde ziektebeelden en in de coördinatie van afspraken die met de patiënt over de behandeling gemaakt worden” (Stoopendaal, 2005, p. 15). In deze integratiebeweging staat de patiënt centraal.

Zorg rond de bevalling

In de zorg rond de bevalling is de afgelopen jaren het begrip 'family centered care' steeds belangrijker geworden. In het Nederlands wordt family centered care vertaald als 'gezinsgerichte zorg'. Gezinsgerichte zorg is een vorm van zorg waarbij de kraamvrouw samen met haar partner en gezin centraal staat. Daarmee past gezinsgerichte zorg in de algemene ontwikkeling in de gezondheidszorg waarbij meer en meer een centrale rol is weggelegd voor het individu en voor de integratie van zorg.

"Family-centered maternity care is a way of providing care for woman and their families that integrates pregnancy, childbirth, postpartum, and infant care into the continuum of the family life cycle as normal, healthy life event. The care provided is individualized and recognizes the importance of family support, participation and choice" (Phillips, 2003, p. 2).

Belangrijke uitgangspunten van gezinsgerichte zorg zijn het toesnijden van zorg op de behoeften van het gezin, het geven van informatie, het actief betrekken van de ouders bij het zorgproces en het zoveel mogelijk bij elkaar houden van de pasgeborene en het gezin in het proces tijdens en na de bevalling in het ziekenhuis (Phillips, 2003).

De medische literatuur toont de meerwaarde van gezinsgerichte zorg (Phillips, 2003; Beck et al. 2009; White, 2010; Örténstrand et al., 2010). De visie achter gezinsgerichte zorg is dat de geboorte van een baby een ingrijpende verandering is voor alle leden van het gezin (Phillips, 2003). Voor de ontwikkeling van de pasgeborene is direct contact met de ouders belangrijk (White, 2010; Phillips, 2003). Maar ook voor de ouders, die moeten wennen aan hun nieuwe rol, is het goed om bij elkaar en bij hun kind te zijn (Phillips, 2003). Gezinskamers bieden ten opzichte van een zaal meer privacy, zodat ouders en kind rustig samen kunnen zijn. Daarnaast hebben ouders, "who spend most of their time with their newborn, a greater opportunity to interpret and act on signs of distress and other needs of the infant compared with what is possible for the (..) staff, which has more than one infant to care for" (Örténstrand et al., 2010, p. 283). Een pasgeborene is ten slotte gebaat bij zo veel mogelijk rust en zo min mogelijk prikkels, omdat de hersenen nog sterk ontwikkelen vlak na de geboorte (White, 2003). Verschillende studies tonen aan dat gezinsgerichte zorg leidt tot betere medische uitkomsten en een kortere opname van de pasgeborene op de intensive care (Phillips, 2003).

Een belangrijke pijler van de gezinsgerichte kraamzorg is dat de wensen en verwachtingen van de moeder en het gezin centraal staan en dat het gezin mede zeggenschap krijgt over het zorgproces. Waardigheid, respect, het delen van informatie, participatie en samenwerking zijn hierbij van groot belang (Beck et al., 2009).

"Family-centered maternity care requires a fundamental shift from a professionally centered view of health care to a collaborative model. Attitude about care shifts from control to collaborative decision-making, with the woman and her family as active partners in their health care during the childbearing experience. Services revolve around the needs and expectations of woman and their families rather than those of hospital staff" (Phillips, 2003, p. 2).

Op steeds meer plekken in Nederland wordt de zorg rond de bevalling ingericht volgens het concept gezinsgerichte zorg. In veel tweedelijns ziekenhuizen wordt al in meer of mindere mate gewerkt met gezinsgerichte zorg rond de bevalling, door bijvoorbeeld het realiseren van gezinskamers, kraamsuites en Moeder en Kind Centra. Het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven opende in 2012 een geheel nieuw 'Vrouw Moeder Kind Centrum'. Ook de beroepsvereniging voor verpleegkundigen in de voortplanting, obstetrie en gynaecologie onderschrijft het belang van gezinsgerichte zorg. De onderstaande tekst komt uit de visie van de beroepsvereniging voor zorgprofessionals (verpleegkundigen) in de voortplanting, obstetrie en gynaecologie (januari 2012).

“V&VN VOG onderschrijft de visie op gezinsgerichte zorg als een innovatieve aanpak van de planning, uitvoering en evaluatie van de zorg. Die zorg gaat uit van samenwerking tussen patiënten, families en zorgprofessionals. Wij zijn daarin van belangrijke meerwaarde voor het gezin en voeren samen met het gezin de regie over de zorgverlening. (...) Waardigheid en respect, informatie delen, deelname en samenwerking zijn kernbegrippen van gezinsgerichte zorg die daarbij centraal staan.”

Over het op steeds grotere schaal toepassen van gezinsgerichte zorg in Nederland zegt een teamleider Neonatologie van het WKZ: “Je hoort het steeds meer om je heen. Er zijn steeds meer regionale ziekenhuizen die er naar toe gaan en je hebt nu de televisieserie ‘Kleine baby’s, grote zorgen’, waarin het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam wordt gefilmd. Zij zijn bezig met een programma op de afdelingen Verloskunde en Neonatologie waarbij ouders zeer intensief betrokken worden. Het wordt dus steeds meer zichtbaar voor de buitenwereld dat het betrekken van ouders heel normaal is.”

Zorg rond de bevalling in het WKZ

In het Wilhelmina Kinderziekenhuis vindt de zorg rond de bevalling plaats op de afdelingen Neonatologie en Verloskunde. In 1999 werden de afdelingen samen ondergebracht in het ‘Perinatologisch Centrum’ (PNC) in het WKZ. Het PNC heeft als doel het bieden van “optimale opvang, behandeling en verpleging van patiënten met een (ernstig) bedreigde zwangerschap, kraamvrouwen en hun (gezonde) baby en pasgeborenen die (intensieve) zorg en bewaking nodig hebben” (website UMC Utrecht, 2013).

De afdeling Verloskunde bestaat uit verschillende onderdelen. De polikliniek Verloskunde richt zich op de zorg voor de moeder en het nog ongeboren kind. Op de verpleegunit zwangeren liggen vrouwen die zwangerschapscomplicaties hebben. Dit zijn bijvoorbeeld vrouwen die dreigen te vroeg te bevallen of die ziek zijn, al dan niet door de zwangerschap. Het verloscentrum, met de verloskamers, richt zich op de gehele zorg rond de bevalling. Hier bevallen zowel vrouwen die geen medische indicatie hebben als vrouwen die medisch komen bevallen, bijvoorbeeld door een vroeggeboorte of ziekte van de moeder. Op de verpleegunit kraam, de kraamafdeling, liggen vrouwen die bevallen zijn en gemiddeld tot hoog complexe zorg nodig hebben. Hier liggen bijvoorbeeld vrouwen die een keizersnede hebben gehad. Op de afdeling Verloskunde werken artsen (gynaecologen), verpleegkundigen, verloskundigen en kraamverzorgenden. Als er een kind wordt geboren dat medische zorg nodig heeft, wordt het opgenomen op de afdeling Neonatologie. Op Neonatologie worden pasgeborenen opgenomen die zorg nodig hebben op het niveau van intensive care (IC), high care (HC) of medium care (MC). Verpleegkundigen en artsen (kinderartsen/neonatologen) werken hier samen en verlenen verpleegkundige en medische zorg aan de kinderen. Daarnaast is de opvang en begeleiding van ouders een belangrijke taak op de afdeling Neonatologie.

Aanleiding onderzoek

De afdelingen Verloskunde en Neonatologie van het Wilhelmina Kinderziekenhuis willen graag mee in de beweging om de zorg rond de bevalling in te richten volgens de principes van gezinsgerichte zorg. Al jarenlang wordt eraan gewerkt om de afdelingen Neonatologie en Verloskunde nauwer te laten samenwerken. Het oprichten van het eerder genoemde PNC in 1999 was hierin een belangrijke stap. Sinds 2012 is het mogelijk om sommige kinderen met een medium care indicatie zorg te bieden op de afdeling Verloskunde, dus bij de moeder, in plaats van hen over te plaatsen naar de afdeling Neonatologie. Dit heet het ‘PNC project’. In 2013 wordt de samenwerking nog verder geïntensiveerd met het invoeren van een Moeder Kind Centrum. Hiervoor is de afgelopen jaren een business case

geschreven, die op het moment van dit onderzoek ter beoordeling ligt bij de Raad van Bestuur van het WKZ. Met de business case wordt een aanvraag gedaan voor de verbouw van het ziekenhuis, waardoor het Moeder Kind Centrum ook fysiek kan worden ondersteund. Ongeacht de uitkomst van deze aanvraag, wordt in 2013 een intensievere samenwerking tussen de afdelingen Verloskunde en Neonatologie nagestreefd. Daarnaast wordt gewerkt aan een nieuwe organisatiestructuur, waardoor de twee afdelingen op termijn ook qua structuur een eenheid gaan vormen. De verwachting is dat over deze nieuwe structuur nog in 2013 meer duidelijkheid zal komen.

“Waar 2012 vooral in het teken heeft gestaan van het schrijven van de business case MCKU, staat 2013 in het teken van het MCKU in de huidige praktijk. Wat kunnen we nu al doen om binnen de huidige setting gezinsgerichte zorg te geven? Onze klanten worden steeds kritischer en vragen om zorg die past binnen de huidige maatschappij. Wachten met het geven van gezinsgerichte zorg tot we toestemming hebben om een nieuw centrum te bouwen is daarom geen optie!” (Nieuwsbrief MCKU, maart 2013).

Er is al veel gebeurd en er staat nog veel te gebeuren rond het Moeder en Kind Centrum in het WKZ. Juist nu de organisatie op dit ‘kruispunt’ van wegen staat, is het goed om te onderzoeken hoe de verpleegkundigen en kraamverzorgenden – zij die met het Moeder en Kind Centrum moet werken – betekenis geven aan de vorming ervan.

Probleemschets en vraagstelling

Zorg bieden die gebaseerd is op het model van gezinsgerichte zorg betekent “(..) niets minder dan een verandering van de cultuur, zodanig dat de twee-eenheid moeder en kind op de eerste plaats komt te staan en de organisatie zich voegt naar de keuzes die het gezin maakt” (Van Bergen, 2003). Voor de verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie betekent de invoering van het Moeder en Kind Centrum een verandering in hun werkzaamheden. Zij werken nu nog ieder op een eigen afdeling. In het Moeder en Kind Centrum krijgen zij direct met elkaar te maken: wanneer moeder en kind bijvoorbeeld op één kamer worden verpleegd, moeten verschillende verpleegkundigen en kraamverzorgenden op één kamer met elkaar samenwerken. Het WKZ wil weten wat verpleegkundigen en kraamverzorgenden hiervoor nodig hebben. Om dat te bepalen en om de invoering van het Moeder en Kind Centrum goed te laten verlopen, is het belangrijk om inzicht te hebben in de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Dit onderzoek draagt daaraan bij door de volgende vraag te stellen:

“Hoe geven kraamverzorgenden en verpleegkundigen van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie betekenis aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum?”

Omdat het proces rond de vorming van het Moeder en Kind Centrum bij de start van dit onderzoek zich nog in een vroeg stadium bevond en de verandering nog volop bezig is, is relatief veel aandacht besteed aan een belangrijke deelvraag: “hoe geven de kraamverzorgenden en verpleegkundigen van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie betekenis aan het werken op de eigen afdeling en aan de huidige samenwerking tussen Verloskunde en Neonatologie?”

Gedurende het onderzoek is gebleken dat enkele theoretische concepten relevant zijn bij het beantwoorden van de bovenstaande vragen. Twee concepten die voor deze scriptie relevant bleken te zijn, zijn

cultuur – en met name subculturen – en grenzen. Een derde concept dat is gebruikt, is het concept professionals. Deze concepten worden besproken in het theoretisch kader in hoofdstuk twee.

Doelstellingen

De vorming van het Moeder en Kind Centrum in het WKZ is volop bezig. Dit onderzoek geeft inzicht in het proces van de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Wanneer er inzicht is in de *betekenis* die de verpleegkundigen geven aan het Moeder en Kind Centrum en aan de huidige samenwerking, kan dit een aanknopingspunt zijn voor de manier waarop wordt omgegaan met de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Daarnaast heeft dit onderzoek de doelstelling om op wetenschappelijk gebied een bijdrage te leveren aan de debatten rondom de thema's (sub)cultuur en grenzen in organisaties en professionalisering van de verpleegkunde. Ook hoop ik mezelf te ontwikkelen als onderzoeker. Naast dat ik uitgebreid de kans heb om ervaring op te doen met het zelfstandig opzetten en uitvoeren van een wetenschappelijk onderzoek, zie ik het onderzoek ook als een mooie kans om de wereld van het ziekenhuis beter te leren kennen. Dat ik nog onbekend ben met het verpleegkundige veld is een uitdaging, omdat ik veel moet leren. Daarnaast is het ook een kans, omdat ik met een onbevooroordeelde blik en vanuit een voor het ziekenhuis niet-alledaagse invalshoek naar de organisatie en de dynamieken van de organisatie kan kijken.

Leeswijzer

In de inleiding van dit onderzoek is een kader gegeven waarbinnen het onderzoek naar de betekenis die verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie geven aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum kan worden geplaatst. Tevens werden de aanleiding en de probleem-, vraag- en doelstellingen besproken. In hoofdstuk twee komen theoretische concepten uit de literatuur aan bod, die helpen om de gevonden data te begrijpen. Hoofdstuk drie bevat de methodologische verantwoording van het onderzoek en toont aan hoe dit onderzoek is uitgevoerd en welke wetenschapsfilosofische ideeën er aan ten grondslag liggen. In hoofdstuk vier worden de bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd, die vervolgens in hoofdstuk vijf worden verbonden met de theorie en worden geanalyseerd. Hoofdstuk zes bevat de conclusie, kritische kanttekeningen en suggesties voor eventueel vervolgonderzoek. In hoofdstuk zeven worden ten slotte enkele praktische aanbevelingen gedaan, die de door de organisatie kunnen worden gebruikt in het vervolg van het verandertraject. De literatuurlijst toont een overzicht van alle voor dit onderzoek gebruikte literatuur. Ook is achter in dit verslag een verklarende woordenlijst opgenomen.

2 | theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden enkele theoretische concepten uiteen gezet die relevant zijn voor het analyseren van mijn bevindingen, die in hoofdstuk vier worden gepresenteerd. Het theoretisch kader maakt het mogelijk om de betekenis die de verpleegkundigen en kraamverzorgenden geven aan hun werk en aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum te begrijpen en te interpreteren. Het behandelt twee stromingen uit de organisatiewetenschappelijke literatuur die zich bezighouden met verschillen in organisaties: theorie over cultuur en subculturen en theorie over grenzen. Auteurs die schrijven over cultuur en subculturen richten zich op de groep – of groepen – in organisaties, terwijl auteurs die schrijven over grenzen zich voornamelijk richten op wat zich *tussen* de groepen bevindt: de grens. Uit mijn onderzoek blijkt dat er overeenkomsten zijn in de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan hun werk en aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum, maar dat er ook verschillen bestaan. Deze verschillen bestaan *tussen* de twee afdelingen, Verloskunde en Neonatologie, maar ook *binnen* de afdelingen onderscheiden zich verschillende subgroepen: bij Verloskunde zijn dit kraamverzorgenden enerzijds en verpleegkundigen anderzijds en bij Neonatologie zijn dit IC verpleegkundigen enerzijds en MC/HC verpleegkundigen anderzijds. De theorie over cultuur en subculturen, die in paragraaf 2.1 wordt besproken, biedt een kader om de in het WKZ gevonden subgroepen te beschrijven. De theorie over grenzen, die in paragraaf 2.2 aan bod komt, is relevant omdat hiermee kan worden aangetoond wat er zich ‘op de grens’ tussen Verloskunde en Neonatologie afspeelt. Tot slot wordt in paragraaf 2.3 ingegaan op het concept professionals, omdat professionele kennis een belangrijk onderscheidend kenmerk vormt tussen de verschillende groepen verpleegkundigen en kraamverzorgenden in het WKZ.

2.1 Cultuur

“Any improvement in FCC [family centered care] has to be seen as a process rather than an event as it concerns the changing of culture rather than the implementation of rigid structures” (Higman en Shaw, 2008, 198).

In het bovenstaande citaat benadrukken Higman en Shaw (2008) dat het invoeren van gezinsgerichte zorg in ziekenhuizen een kwestie is van het veranderen van de organisatiecultuur. Over (organisatie)cultuur en over de vraag *of* en hoe je die kunt veranderen, is veel geschreven. Sommige auteurs noemen cultuur een sleutelbegrip: veel veranderprocessen in organisaties mislukken door geen aandacht te besteden aan de organisatiecultuur (Heracleous, 2001; Alvesson, 2013). In de jaren '70 deden de eerste organisatiewetenschappers onderzoek naar het fenomeen cultuur en ontstond het begrip ‘organisatiecultuur’. In de jaren '70 en '80 richtten veel onderzoekers zich op het “expliciet vormgeven en managen van organisatiecultuur” (Vermeulen en Koster, 2011, p. 197), om een organisatie zo efficiënt en productief mogelijk te maken. In die traditie is ook het werk van Schein (1992) belangrijk. Cultuur is, volgens Schein (1992), maakbaar en moet erop gericht zijn waarden te creëren die door alle medewerkers van een organisatie worden gedeeld. Zo helpt cultuur om in een organisatie interne cohesie te ontwikkelen en wordt het vermogen van de organisatie om zich aan te passen aan de buitenwereld vergroot (Vermeulen en Koster, 2011).

Smircich (1983) is de eerste auteur die onderscheid maakt tussen twee visies op organisatiecultuur. Vanuit de functionalistische benadering wordt cultuur gezien als iets dat een organisatie *heeft*. Het is een autonome variabele, naast bijvoorbeeld de structuur van een organisatie. Cultuur kan volgens het functionalistische

perspectief door het management worden ingezet, door “de manipulatie van culturele vormen: de verhalen, metaforen, rituelen en architectuur” (Vermeulen en Koster, 2011, p. 198). Een sterke cultuur vormt medewerkers en legt dominante betekenissen, bijvoorbeeld door middel van verhalen, rituelen en architectuur, aan hen op. Cultuur is vanuit het functionalistische perspectief maakbaar en een sterke cultuur staat garant voor een efficiënte en productieve organisatie. De visie van Schein (1992) past binnen de functionalistische interpretatie van cultuur. Deze functionalistische benadering wordt ook wel de instrumentele benadering van cultuur genoemd: cultuur wordt gebruikt als instrument (De Man, 2009). Op het inzetten van cultuur als managementtool is ook kritiek. Kunda (2006) laat in zijn boek ‘Engineering Culture’ zien dat een ‘sterke organisatiecultuur’, ingezet vanuit een streven naar eenheid en stabiliteit, juist ambivalentie en ambiguïteit tot gevolg heeft.

Tegenover de functionalistische benadering staat de interpretatieve benadering van cultuur. Deze benadering ziet cultuur als een metafoor voor organisatie. Cultuur is daarmee iets wat een organisatie *is* (Smircich, 1983). “Wie die [cultuur] metafoor hanteert, kijkt naar organisaties in termen van betekenis, zingeving, constructie en dergelijke” (De Man, 2009, p. 28). Cultuur is volgens de interpretatieve benadering geen variabele, of instrument, maar een proces. De kern van organisatiecultuur moet volgens De Man (2009) worden gezocht in ‘de zingeving aan sociaal handelen’, omdat mensen betekenis creëren door hun handelen en hun taalgebruik. De culturele visie op organisaties heeft “(..) de opvatting dat organisaties sociale systemen zijn waarin mensen in onderlinge interactie betekenissen creëren, spelregels ontwerpen [en] taal maken” (De Man, 2009, p. 32). Een belangrijke implicatie van deze benadering van cultuur is, dat cultuur niet eenduidig is. In een organisatie is er een veelheid aan mensen en dus een veelheid aan betekenissen. Hierdoor “is consensus en gezamenlijkheid niet gegeven, maar [wordt het] juist als managementopgave of uitdaging beschouwd” (Vermeulen en Koster, 2011, p. 199).

Één cultuur of meerdere culturen?

De literatuur is niet eenduidig over het feit of cultuur iets is wat *gedeeld* is of juist niet. Voor dit onderzoek is het relevant om hier bij stil te staan, omdat een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat er verschillen bestaan in de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan hun werk. Volgens Alvesson (2013) is er in de organisatiewetenschappen een toenemende aandacht voor de “multiplicity of cultural orientations in organizations” (Alvesson, 2013, p. 141). Dat betekent dat als reactie op het idee dat cultuur eenduidig is en eenheid en harmonie brengt in een organisatie, juist steeds meer aandacht wordt gevestigd op het ambigue en tegenstrijdige karakter van cultuur. Martin (2002) geeft in haar boek ‘Organizational Culture, mapping the terrain’ een overzicht van verschillende definities van cultuur. Één van de vragen waarover volgens Martin theoretische onenigheid bestaat, is de vraag ‘is culture shared?’. Zelf zegt zij hierover: “I believe that culture includes conflict and ambiguity as well as that which is shared” (Martin, 2002, p. 62).

Een van de auteurs die zich, net als Alvesson (2013) en Martin (2002), niet kan vinden in het idee dat cultuur slechts gebaseerd is op consensus en uniformiteit, is Martin Parker. Volgens Parker (2000) is cultuur “a proces of making multiple claims about membership categories – about ‘us’ and ‘them’” (Parker, 2000, p. 87). Parker vindt het onterecht dat functionalistische auteurs, zoals Schein (1992), cultuur zien als een ‘consensual whole’ (Parker, 2000, p. 187), een set van overtuigingen, regels, normen en waarden waaraan mensen in een organisatie betekenis ontleen. Naast zo’n gedeelde cultuur – die volgens Parker alleen aan de oppervlakte bestaat – bestaan er in een organisatie ‘sub’ culturen, die bovendien dynamisch zijn. Parker zegt hierover: “I suggest that organizational cultures should be seen as ‘fragmented unities’ in which members identify themselves as collective at some times and divided at others” (Parker, 2000, p. 1). Net zoals er dialecten van een taal bestaan, bestaan er in een organisatie ‘many possible cultures of’ (Parker, 2000, p. 82). Een cultuur of subcultuur is volgens Parker niet homogeen: “(..)

cultures, (or subcultures) are not homogeneous things, but contested processes of making claims about classification – about unity and division – suggesting that X is like us but Y is not” (Parker, 2000, p. 86). Zijn onderzoek toont aan dat “(..) divisions were central to the sense that members had of their organizations” (Parker, 2000, p. 204).

Overigens vermijdt Parker waar mogelijk het woord ‘sub’culturen, omdat de term ‘sub’ een hiërarchie impliceert die volgens Parker niet relevant is. “(..) subculture clearly implies that the definitional key is a subordinate relationship to another culture. Whilst this may be the case, it is equally possible that a subculture could also be partially defined by relationships with other subcultures, or even in a superordinate relation to something like sub-subculture. It hence implies privileging one type of relationship over others through a kind of misplaced concreteness” (Parker, 2000, p. 86). Parker vervangt de term subculturen door ‘cultures of’. In dit onderzoek wordt ten behoeve van de helderheid van het verhaal wel gesproken over subculturen of subgroepen, hoewel ik Parker’s bezwaar hiertegen begrijp. Hiermee volg ik Morgan en Ogbonna (2008) die stellen dat zij de term ‘subcultuur’ niet gebruiken om een bepaalde hiërarchie aan te duiden: “we use the term subculture to suggest that an organization’s culture is an amalgam of many *cultures* and that these *cultures* should be studied to develop a fuller understanding of the organization” (Morgan en Ogbonna, 2008, p. 41).

Organisatiecultuur is volgens Parker (2000) dus een “process of making multiple claims about membership categories – about ‘us’ and ‘them’” (Parker, 2000, 187). Van invloed op deze ‘membership categories’ zijn factoren van buiten de organisatie, bijvoorbeeld gender, vakgebied of regio evenals factoren binnen de organisatie, zoals functie of locatie. “Not only are the resources which people could use to classify others almost unlimited, but different members may orient themselves differently at different times, depending on the context,” zegt Parker hier over (Parker, 2000, p. 89). Mensen kunnen volgens Parker deel uitmaken van veel verschillende culturen op hetzelfde moment. Welke van deze culturen iemand relevant vindt, hangt af van hoe iemand de context waarin hij zich bevindt interpreteert. Afhankelijk van de context, kan iemand zich in een organisatie dus met verschillende subgroepen identificeren. Parker noemt drie *types of division*, manieren op grond waarvan mensen *claims about classification* maken (tabel 1). Uit de bevindingen van dit hoofdstuk blijkt dat in het WKZ vooral de ruimtelijke (‘wij van deze afdeling, zij van die afdeling’) en professionele identificaties (‘wij die dit werk doen, zij die dat werk doen’) van belang zijn (Parker, 2000, p. 188).

Tabel 1. Parker’s three types of division	
Spatial/Functional	Geographic and/or departmental divides – ‘them over there, us over here’
Generational	Age and/or historical divides – ‘them from that time, us from this time’
Occupational/Professional	Vocational and/or professional divides – ‘them who do that, us who do this’

(Parker, 2000, p. 188)

Parker (2000) schrijft dat hij zich met zijn onderzoek alleen heeft gericht op de hogere lagen in de organisatie en niet op de werkvloer. Hij zegt hierover:

“(..) I am almost entirely concerned with the ‘elite’ culture of three organizations. My research was conducted with high status groups – managers, doctors, IT specialists – and not with a representative section of the organization as a whole. (..) I would like to cautiously suggest that some of these ideas could be applied to ‘lower status’ groups but I’m not really certain about this. (..) However, as far as I can see, most of the counter-arguments that might be made would not really disrupt the logic of a unity and division theory of organizational culture” (Parker, 2000, p. 219).

In tegenstelling tot het onderzoek van Parker, legt dit onderzoek zich wel toe op de werkvloer, waarbij blijkt dat de ‘unity and division’ theorie ook lijkt te gelden voor verpleegkundigen en kraamverzorgenden in het WKZ. Over de mate waarin verpleegkundigen en kraamverzorgenden kunnen worden gezien als professionals, wordt in paragraaf 2.3 verder ingegaan.

Verschillende auteurs zien cultuur, net als Parker (2000) niet uitsluitend als homogeen gegeven. De eerder genoemde Morgan en Ogbonna (2008) maken onderscheid tussen *cultuur*, dat zij zien als iets dat wordt gedeeld door de hele organisatie en *subculturen*: “the subculture approach emphasizes the multiplicity of cultures that interact in a single organization” (Morgan en Ogbonna, 2008, p. 42). Hoewel er kritiek is op de instrumentele benadering van cultuur en auteurs steeds vaker het heterogene karakter van cultuur benadrukken, doen volgens Morgan en Ogbonna (2008) nog maar weinig auteurs onderzoek in organisaties met behulp van de ‘subcultural approach’. Dit is volgens hen echter wel nodig om een organisatie goed te kunnen doorgronden: “(..) this study contributes to a growing call for embracing subcultures in organizational analysis and supports the contention that this approach frequently reveals greater understanding of the multiplicity in values, beliefs and assumptions which characterize different groups in the same organization” (Morgan en Ogbonna, 2008, p. 60). De visie van Morgan en Ogbonna (2008) op cultuur komt grotendeels overeen met die van Martin (2002), die stelt: “(..)this theoretical approach allows for cultures and subcultures in organizations to be nested, overlapping, and multiple, with blurred edges” (Martin, 2002, p. 340).

Cultuur en verandering

Cultuur wordt vaak verbonden aan veranderprocessen in organisaties. Heracleous (2001) meent dat “in-depth knowledge of organizational culture” (Heracleous, 2001, p. 439) helpt bij het kiezen van de juiste veranderstrategie in organisaties. Wanneer je echter, zoals auteurs als Parker (2000), Martin (2002) en Morgan en Ogbonna (2008) uitgaat van verdeeldheid als kenmerk van organisatiecultuur, verhoudt zich dat op gespannen voet tot processen als verandering en samenwerking. Want “some subcultures might respond to the proposed change with enthusiasm. Other subcultures might be pockets of resistance and still others are pockets of indifference, ignorant of or not caring about whatever change is proposed” (Martin, 2002, p. 347). Toch is inzicht in cultuur belangrijk bij veranderprocessen in organisaties: al is het maar om te beseffen dat het creëren van een homogene cultuur een illusie is en dat ruimte moet worden gegeven aan verschillen in organisaties (Vermeulen en Koster, 2011, p. 207). Omdat het theoretisch concept verandering buiten de focus van dit onderzoek valt, wordt hier verder niet op ingegaan.

Uit de bovenstaande tekst is gebleken dat eenheid en verdeeldheid centrale thema’s zijn wanneer het gaat over organisatiecultuur. De functionalistische traditie ziet in organisatiecultuur een middel om eenheid te creëren in organisaties. Auteurs als Parker (2000), Martin (2002) en Morgan en Ogbonna (2008) staan hier tegenover: volgens hen zijn verscheidenheid en diversiteit in organisaties onvermijdelijk. In de volgende paragraaf komt het concept ‘boundaries’ aan bod. Auteurs die hierover schrijven stellen in feite hetzelfde als auteurs als Parker (2000) en Martin (2002), namelijk dat er verschillen bestaan in organisaties. Zij bekijken dit gegeven echter niet vanuit de groep, maar juist vanuit wat zich *tussen* groepen bevindt: de grens.

2.2 Grenzen: het ziekenhuis als 'loosely coupled system'

In de vorige paragraaf werd gesproken over cultuur. Auteurs als Parker (2000) beschouwen verdeeldheid in organisaties als onvermijdelijk. Hierbij kijken zij vooral naar verschillen tussen groepen in organisaties. Een andere manier om te kijken naar de verhoudingen binnen een organisatie is via theorie over 'boundaries'. Deze benadering legt geen nadruk op de groepen, maar juist op wat zich daartussen bevindt: de grens. Om de verhouding tussen deze twee begrippen aan te geven, wordt eerst kort ingegaan op de organisatie als 'loosely coupled system'.

Wanneer een organisatie een 'loosely coupled system' wordt genoemd, betekent dat dat een organisatie bestaat uit verschillende 'losse' onderdelen, die relatief onafhankelijk van elkaar werken. Er is enige verbondenheid maar er bestaat ook afstand. Weick (1976) definieert loosely coupled als: "a situation in which elements are responsive, but retain evidence of separateness and identity" (Weick, 1976, in: Orton en Weick, 1990, p. 203). Heldal (2010) gebruikt het concept 'loose coupling' om multidisciplinaire samenwerking in de medische wereld te beschrijven. De medische wereld noemt hij "a system where links between various components are relatively "soft" (definitie van Weick, 2001, in: Heldal, 2010, p. 20). De 'levensvatbaarheid' van een 'loosely coupled system' zit volgens Heldal (2010) juist in de zwakke integratie over de grenzen heen. Verschillende disciplines (of 'subgroepen') in de medische wereld werken relatief onafhankelijk en autonoom en tussen de verschillende componenten van de organisatie bestaan *boundaries*. Over samenwerking tussen verschillende groepen in de gezondheidszorg zegt Heldal (2010): "Multidisciplinary collaboration in healthcare, seen as a loosely coupled system, is therefore not the outcome of easily integrated activities. Rather, it is the result of a system where boundaries enable collaboration. Health professionals may even seek to maintain boundaries and loose coupling because of boundaries in professional autonomy" (Heldal, 2010, p. 20). Het artikel van Heldal (2010) maakt duidelijk dat samenwerking tussen verschillende groepen in de gezondheidszorg moeizaam kan zijn en hij verklaart dat door de medische wereld te zien als een 'loosely coupled system', met relatief autonome componenten. Dat de afstand tussen deze componenten wordt bewaard en dat de grenzen in stand blijven, komt volgens Heldal (2010) door 'professionele autonomie' van medici. De manier waarop Heldal (2010) de complexiteit van de samenwerking tussen verschillende medische disciplines uitlegt aan de hand van 'loose coupling' en grenzen, is relevant voor dit onderzoek. Ook uit dit onderzoek blijkt dat er verschillen bestaan tussen Verloskunde en Neonatologie, en dat professionele kennis de samenwerking tussen verschillende groepen verpleegkundigen bemoeilijkt.

Ook d'Amour en Oandasan (2005) schrijven over samenwerking in de gezondheidszorg. Zij noemen deze samenwerking 'interprofessionality': "a cohesive practice between professionals from different disciplines" (d'Amour en Oandasan, 2005, p. 9). Volgens d'Amour en Oandasan zijn artsen bereid om samen te werken en hun verschillende en soms tegengestelde belangen te verenigen "to solve or explore a variety of education and care issues all while seeking to optimize the patient's participation" (d'Amour en Oandasan, 2005, p. 9). Dit vereist wel een continue interactie en kennisuitwisseling. Er zijn veel studies gedaan waaruit blijkt dat het bestaan van grenzen in organisaties samenwerking juist bemoeilijkt. Kimble et al. (2010) doen een studie naar grenzen in het licht van het ontwikkelen van kennis in organisaties. Innovatie in groepen ontstaat volgens Kimble et al. (2010) alleen wanneer de groepen een gedeeld begrip hebben van wat zij willen bereiken en hoe ze dit het beste kunnen bereiken. Kennis en informatie moeten hierbij voorbij de grenzen van de groep reiken. Het creëren van gedeeld begrip is volgens Kimble et al. (2010) met name een lastig proces wanneer de groepen bestaan uit professionals: "(...) problems can be exacerbated when the communities of actors concerned are groups of professionals where their respective professional knowledge is what helps to define their status and is the key to their authority" (Kimble et al., 2010, p. 443). In paragraaf 2.3 wordt verder ingegaan op de vraag in hoeverre de verpleegkundige kan worden gezien als een professional.

Ook uit het onderzoek van Ferlie et al. (2005) blijkt dat samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines kan worden bemoeilijkt door het bestaan van interprofessionele grenzen. Dit onderzoek richt zich specifiek op medische disciplines. "The cases suggested the presence of strong social boundaries between health care workers from different professions, boundaries created by well-developed professional roles, identities, and traditional work practices" (Ferlie et al., 2005, p. 128). Het gaat volgens Ferlie et al. niet alleen om fysieke, geografische of formele grenzen, maar ook om "(...) the underpinning social and cognitive boundaries that membership of a profession creates in relation to other professions" (Ferlie et al., 2005, p. 125). Uit het onderzoek van Ferlie et al. blijkt bijvoorbeeld, dat het voor een medische professional in een multidisciplinair team moeilijk is om een rol aan te nemen die gebaseerd is op de 'evidence based practice'; de opvattingen die hij heeft over zijn professionele rol en de jurisdicties die hierbij horen staan hem in de weg. Fysieke grenzen, dus een onderscheid in ruimte of materialiteit, kunnen deze sociale of cognitieve grenzen nog eens versterken. Dale en Burrell (2008) schrijven hierover: "(...) it is this relationship between built form and space that produces significant elements of social space. Architecture forms the production of boundaries and connections, separations and conjunctions, a hierarchy or a levelling of spaces and places" (Dale en Burrell, 2008, p. 31).

Theorie over grenzen helpt niet alleen te begrijpen hoe de verhoudingen tussen (groepen) professionals in de organisatie zijn. In het kader van dit onderzoek is het ook interessant om te kijken naar wat er gebeurt 'op de grens' tussen verschillende groepen. Daarover gaat het vervolg van deze paragraaf.

Projecten op de grens

Uit dit onderzoek blijkt niet alleen dat er verschillende subgroepen bestaan en dat er tussen deze groepen grenzen zijn, maar in de bevindingen worden ook enkele 'projecten op de grens' beschreven: het PNC project, de Moeder en Kind Centrum werkgroep en verpleegkundigen die zowel de opleiding tot Neonatologieverpleegkundige als de opleiding tot Verloskundeverpleegkundige volgen. Deze projecten op de grens vormen een verbinding tussen verschillende groepen in de organisatie en zijn in staat de bestaande grenzen te overbruggen. Tegelijkertijd worden verschillen juist op de grens benadrukt. De projecten op de grens hebben eigenschappen die overeenkomen met wat in de literatuur ook wel 'boundary work' wordt genoemd: "the attempts of actors to create, shape, and disrupt boundaries" (Zietsma en Lawrence, 2010, p. 190). De literatuur maakt onderscheid tussen 'boundary brokers', 'boundary objects' en 'boundary places'. Hierna wordt kort ingegaan op deze drie categorieën.

In organisaties kunnen mensen werken die behoren tot verschillende groepen en in die hoedanigheid in staat zijn om grenzen te doorbreken en dit ook doen. Zulke mensen worden 'boundary brokers' genoemd. Volgens Kimble et al. (2010) zijn boundary brokers: "(...) members of multiple communities and able to make effective connections between them (...)" (Kimble et al., 2010, p. 438). Een boundary broker 'vertaalt' kennis uit één groep naar een 'taal' die ook in andere groepen in de organisatie kan worden verstaan. Iemand moet in de verschillende groepen binnen de organisatie beschikken over voldoende autoriteit om de rol van boundary broker te kunnen vervullen. Kennis en vertrouwen zijn hierbij belangrijke uitgangspunten (Kimble et al., 2010).

Naast boundary brokers zijn er ook 'boundary objects'. Deze boundary objects werken volgens Kimble et al. (2010) op dezelfde manier als boundary brokers, maar dan minder direct: "Boundary objects are artefacts that link different sets of diverse interests; they are the physical or virtual entities that allow groups to coalesce and form stable, if transitory, working relationships. They allow coordination without consensus or shared goals, as boundary objects permit an actor's local understanding to be reframed in the context of a wider collective activity (...). Boundary objects are often technologies, although they can be drawings, sets of rules, research projects or documents" (Kimble et al., 2010, p. 439). Carlile (2002) beschrijft hoe het onderzoek naar boundary objects

teruggaat tot het onderzoek van Star (1989), die boundary objects beschrijft als “objects that work to establish a shared context that ‘sits in the middle’” (Star, 1989, in: Carlile, 2002, p. 451). Volgens Carlile (2002) is een ‘goed’ boundary object in staat een gemeenschappelijke ‘taal’ te creëren, die door verschillende groepen in de organisatie begrepen wordt. Een boundary object kan dus, net als een boundary broker, gezien worden als een ‘vertaler’ (Heldal, 2010).

Koster (2012, onbekend) introduceert het concept ‘boundary place’ als derde ‘vertaler’. Een boundary place is een fysieke plek die op de grens van verschillende groepen ligt. Een boundary place “provide[s] a privileged material and spatial context in which worlds that would be incompatible in other contexts, become temporally – at least partially – harmonious. Simultaneously, in boundary places, the differences between these worlds are being reproduced” (Koster, 2012, onbekend). Een boundary place is een plek die samenwerking mogelijk maakt en tegelijkertijd bestaande verschillen benadrukt en reproduceert.

Waar cultuur en grenzen samenkomen

In dit onderzoek komen cultuur en grenzen samen. Wanneer Parker (2000) schrijft over ‘spatial divisions’, komt dat neer op wat Ferlie et al. (2005) ‘fysieke grenzen’ noemt. En wat Ferlie et al. (2005) ‘social en cognitive boundaries’ noemt, noemt Parker (2000) ‘occupational’ of ‘professional divisions’. Martin (2002) stelt dat cultuur en grenzen direct verbonden zijn, wanneer zij zegt: “cultures create their own boundaries” (Martin, 2002, p. 331). Vanuit twee invalshoeken, vanuit de groep en de grens, wordt hetzelfde duidelijk: naast eenheid bestaat er in organisaties ook verdeeldheid. In dit onderzoek wordt de literatuur over (sub)culturen gebruikt om de verschillende subgroepen die in het WKZ zijn gevonden, te beschrijven. De literatuur over grenzen laat juist zien wat er *tussen* deze groepen gebeurt. Op de grens vind je objecten, personen en plaatsen die een grens kunnen overbruggen en verschillende groepen kunnen samenbrengen. In dit onderzoek worden drie ‘projecten’ op de grens beschreven: de werkgroep Moeder en Kind Centrum, het PNC project en de verpleegkundigen die worden opgeleid tot zowel Neonatologie verpleegkundige als verpleegkundige Verloskunde. Deze projecten creëren momenten, waarop de beide afdelingen elkaar ontmoeten en waarop ook de verschillen tussen de afdelingen duidelijk worden. Uit verschillende onderzoeken (Kimble et al., 2010; Ferlie et al. 2005; Heldal, 2010) blijkt, dat wanneer het gaat om professionals, het overbruggen van grenzen en het samenbrengen van groepen in een organisatie een extra uitdaging met zich meebrengt, omdat professionals grote waarde hechten aan autonomie. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op theorie over professionals en de professionalisering van de verpleegkunde.

2.3 De verpleegkundige, een professional?

Uit de bevindingen van dit onderzoek blijkt dat sommige groepen verpleegkundigen kenmerken vertonen die in de literatuur worden toegeschreven aan professionals. IC verpleegkundigen Neonatologie hechten bijvoorbeeld veel waarde aan autonomie, zij worden in dit onderzoek dan ook vergeleken met klassieke professionals. Omdat de verpleegkunde niet wordt gezien als een professie in de klassieke zin van het woord, wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan het begrip professionals en de professionalisering van de verpleegkunde.

Professionals

Over professies en professionals is veel geschreven. Volgens de klassieke theorie van Wilensky (1964) heeft een professie drie kenmerken. Het eerste kenmerk is de *technical base* die ten grondslag ligt aan een professie. Professionals vergaren door middel van een langdurige opleiding specialistische kennis en expertise, die hen in staat

stelt specifiek werk uit te voeren. Omdat voor het uitoefenen van de professie deze exclusieve kennis en vaardigheden zijn vereist, kan niet iedereen het werk uitvoeren. Dit maakt de professional autonoom, hij en alleen hij heeft de kennis om zijn werk op een goede manier uit te voeren. Een tweede kenmerk is het *service ideal*: professionals stellen het doel van de cliënt boven persoonlijke of commerciële doelen en “they know how to act as professional” (Noordegraaf, 2007, p. 766). Een derde kenmerk van een professie is volgens Wilensky dat zij beschikt over *an exclusive jurisdiction*. Dit heeft te maken met controle: “Professional work becomes professional because it is institutionalized” (Noordegraaf, 2007, p. 767). Professionals verenigen zich en reguleren en controleren de professie, om de exclusiviteit ervan te waarborgen. Ook dit draagt bij aan de autonomie van de professional. Noordegraaf (2007) verwoordt klassieke professionaliteit, in navolging van Wilensky (1964), als volgt: “Professionalism is about content or substance (knowledge, skills, experiences, ethics, and acts) invoked to treat cases, and it is about institutional control and discipline (associations, jurisdictions, knowledge transfer, codes of conduct, and supervision) used to shield occupational practices” (Noordegraaf, 2007, p. 768). De geneeskunde wordt gezien als een schoolvoorbeeld van een professie. De arts is een professional bij uitstek. De verschillende medische specialismen kunnen worden gezien als afzonderlijke professionele domeinen. Professies zijn vaak sterk begremsd. Noordegraaf (2007) zegt hierover: “To be professional is to be part of “professional fields” with boundaries, closed off or sheltered from outside worlds” (Noordegraaf, 2007, p. 767).

Professionalisering van de verpleegkunde

De verpleegkunde is volgens de klassieke theorie van Wilensky (1964) een ‘quasi professie’. Wilensky zegt hierover: “A large number of the quasi-professions which have strived mightily to expand their professional status- pharmacists, nurses, hospital administrators- find themselves in the stultifying shadow of medicine” (Wilensky, 1964, p. 156). Ruim veertig jaar na het verschijnen van het artikel van Wilensky, zegt Stoopendaal (2005):

“Er onderscheiden zich steeds meer beroepen in de gezondheidszorg. Rond deze beroepen zijn professionaliseringsprocessen gaande waardoor professies en professionals zich steeds scherper ten opzichte van andere professies en professionals profileren. De specialisering en professionalisering leidt tot afstand tussen de vele verschillende beroepsgroepen die strijden om hun autonomie en hun domein” (Stoopendaal, 2005, p. 14).

Stoopendaal (2005) geeft aan dat er rond steeds meer beroepen in de gezondheidszorg professionaliseringsprocessen gaande zijn. De arts, de klassieke professional, is niet meer de enige die de term ‘professional’ bezigt. In de wetenschappelijke literatuur wordt in dit verband ook wel gesproken over ‘nieuw professionalisme’ (Swennen, 2012).

Trappenburg (2011) noemt kenmerken waaraan een professie moet voldoen. Zo is voor de uitoefening van een professie volgens Trappenburg (2011) specialistische, vakinhoudelijke kennis vereist. Daarnaast is ideologie belangrijk: het werk van een professional dient een hoger doel. Bovendien is een professie autonoom: ze bepaalt zelf wie zich lid mag noemen, hoe het werk wordt verdeeld en controleert en bestraft zelf professionals die zich niet aan de regels van het vakgebied houden. Tot zover komt de definitie van Trappenburg overeen met de klassieke definitie van Wilensky (1964). Maar naast de klassieke professionals bestaat er volgens Trappenburg (2011) een tweede groep professionals. Zij committeren zich net als de klassieke professional aan een hoger doel én beschikken over specialistische, vakinhoudelijke kennis. Het is een groep die weliswaar niet aan alle kenmerken van een klassieke professional voldoet, maar zich, volgens Trappenburg, wel een professional *voelt*. Trappenburg schaaft verpleegkundigen onder deze categorie.

De tweede groep professionals van Trappenburg valt onder wat door Swennen (2012) 'nieuw professionalisme' wordt genoemd. In haar proefschrift 'Van oppermeester tot docenten hoger onderwijs' (2012), dat zich in eerste instantie richt op het onderwijs maar ook voor de verpleegkunde relevant is, legt Swennen uit dat bepaalde kenmerken, die voorheen alleen van toepassing waren op klassieke professionals, tegenwoordig ook gelden voor beroepsgroepen als leraren, ambtenaren, sociaal werkers en verpleegkundigen. De professionaliseringsslag rond deze beroepsgroepen vindt zijn oorsprong in de jaren '80, wanneer de overheid meer verantwoordelijkheden legt bij maatschappelijke instellingen op het gebied van bijvoorbeeld onderwijs en gezondheidszorg. Swennen (2012) zegt hierover:

"De overheid initieert veranderingen met behulp van wetten en regels, roept een structuur in het leven om die wetten en regels in te voeren en controleert de invoering ervan, bijvoorbeeld door de Inspectie of door accreditatieinstellingen. In de literatuur over onderwijs wordt gesproken over toenemende *accountability*: scholen en leraren moeten rekenschap afleggen over de kwaliteit van hun werk" (Swennen, 2012, p. 27).

Swennen (2012) zet hiermee 'nieuw professionalisme' af tegen 'klassiek professionalisme'. Bij het professionaliseren van een beroep zijn zowel prestige als expertise van belang. Swennen (2012) noemt in haar artikel zogenaamde professionaliseringsgebeurtenissen, activiteiten die door de leden van een professie worden ondernomen en die een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de beroepsgroep. Voorbeelden hiervan zijn opleiding, vereniging en registratie. De afgelopen jaren hebben in de verpleegkunde verschillende van deze gebeurtenissen plaatsgevonden. Zo bestaat er sinds 2006 een landelijke beroepsvereniging verpleegkunde, de V&VN (verpleegkundigen en verzorgenden Nederland). Steeds meer beroepsverenigingen sluiten zich hierbij aan. Ook zijn verpleegkundigen in Nederland sinds 1 januari 2009 verplicht om zich, net als bijvoorbeeld artsen, iedere vijf jaar te laten registreren. Dit heet de zogenaamde BIG registratie. Een BIG registratie geeft duidelijkheid over de bevoegdheden en diploma's van de zorgverlener. Over de professionalisering van de verpleegkunde zegt Wynd (2003): "Today, progress toward full professionalization in nursing is occurring (..)" (Wynd, 2003, p. 251). Uit dit onderzoek blijkt, dat bepaalde groepen verpleegkundigen veel waarde hechten aan kenmerken die terugkomen in de theorie over professionals. Hierbij speelt prestige (Swennen, 2012) een rol, verpleegkundigen *voelen* zich een professional (Trappenburg, 2011), maar vooral specialistische kennis en expertise (Swennen, 2012) vormt een onderscheidend kenmerk tussen de verschillende groepen verpleegkundigen en kraamverzorgenden in het WKZ.

Professionals, autonomie en grenzen

Zoals al in paragraaf 2.2 werd toegelicht, is de grote waarde die professionals hechten aan autonomie een reden dat samenwerking tussen verschillende groepen in organisaties kan worden bemoeilijkt. Onderzoeken als die van Ferlie et al. (2005) en Kimble et al. (2010) tonen aan dat interprofessionele grenzen een goede samenwerking in de weg kunnen staan. Krikpatrick et al. (2011) voegt daaraan toe dat veranderingen in de gezondheidszorg gevolgen hebben voor de autonomie van een medische discipline en voor de grenzen tussen deze vakgebieden. "Either way, health management reforms have the potential not just to challenge the autonomy of the professions, but also to transform the nature of interprofessional boundaries and relationships more generally" (Krikpatrick et al., 2011, p. 491). De invoering van het Moeder en Kind Centrum in het WKZ is een verandering die plaatsvindt 'op de grens' tussen Verloskunde en Neonatologie. Het is interessant om te zien hoe verpleegkundigen en kraamverzorgenden – van wie sommigen kunnen worden gezien als 'nieuwe' professionals (Swennen, 2012) – hieraan betekenis geven.

3 | methodologie

In dit hoofdstuk wordt een verantwoording gegeven voor de aanpak van mijn onderzoek. Het geeft zicht op het onderzoeksproces en op de aannames die ten grondslag liggen aan het onderzoek. In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de wetenschapsfilosofische positionering. In paragraaf 3.2 wordt uitgelegd hoe de data voor het onderzoek zijn verzameld. Paragraaf 3.3 bespreekt hoe de verzamelde data vervolgens zijn geanalyseerd en gaat kort in op de rol van theorie bij etnografisch onderzoek. In paragraaf 3.4 worden vier kwaliteitscriteria besproken. In de vijfde en laatste paragraaf wordt ten slotte aandacht besteed aan het proces van onderzoek en reflectie op de rol van de onderzoeker.

3.1 Interpretatieve benadering

Het achterliggende onderzoeksperspectief in deze studie is de interpretatieve benadering van kwalitatief onderzoek. Volgens de interpretatieve benadering is de werkelijkheid geen vast en objectief gegeven, maar “wordt [er] (...) vanuit gegaan dat mensen betekenis geven aan verschijnselen en dat ze die betekenissen onderling uitwisselen in hun alledaagse interacties, zodanig dat ze gezamenlijk een werkelijkheid construeren” (Boeije, 2005, p. 20). De werkelijkheid is hiermee een sociale constructie; één objectieve werkelijkheid bestaat niet. Kennis verkrijgen over de werkelijkheid kan alleen door het handelen van mensen en de betekenissen die zij toekennen aan de wereld om hen heen, te begrijpen (Boeije, 2005).

Etnografisch onderzoek

Één van de manieren die zich goed leent voor het doen van interpretatief onderzoek in organisaties is etnografisch onderzoek. Agar (2010) legt uit dat organisaties bestaan uit en opgebouwd worden door mensen, “(...) who perceive, interpret, contextualize with thought and affect, choose and then act. Those humans do so in social worlds of influence that they influence in turn” (Agar, 2010, p. 286). Het begrijpen en uitleggen van deze ‘human worlds’ is volgens Agar (2010) niet mogelijk zonder inzicht in het perspectief van de mensen zelf en in de sociale relaties die binnen een organisatie bestaan. Etnografie is volgens hem een middel om deze menselijke ‘werelden’ te onderzoeken. Dit onderzoek probeert een antwoord te vinden op de vraag wat het invoeren van een Moeder en Kind Centrum *betekent* voor de betrokken verpleegkundigen in het WKZ. Bij een interpretatief, etnografisch onderzoek wordt eenzelfde vraag gesteld: welke betekenissen kennen mensen toe aan gebeurtenissen? De nadruk wordt in dit onderzoek gelegd op het zogenaamde *emic perspective*: er wordt een poging gedaan de organisatie te begrijpen vanuit het standpunt van de verpleegkundigen en kraamverzorgenden zelf (Boeije, 2005).

Kwalitatief onderzoek en abductie

Binnen de interpretatieve benadering wordt veel gewerkt met kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is “erop gericht betekenissen en gedragingen te beschrijven, te interpreteren en zo mogelijk te verklaren” (Boeije, 2005, p. 32). Naast deductie en inductie is ‘abductie’ een derde manier om op zoek te gaan naar kennis. Bosch en Boeije (2010): “Bij abductie wordt op creatieve wijze een hypothese gezocht die een verklaring kan bieden voor een bepaald (potentieel uniek) gegeven”. Abductie “calls for taking surprises seriously and creating new concepts to account for them” (Agar, 2010, p. 289). Abductie vormt daarmee volgens Agar (2010) ‘het hart’ van etnografie. Bij abductie laat je je niet leiden door een vooraf gestelde hypothese die je wilt verklaren, maar door iets waarover je je verwondert in

een organisatie, iets bijzonders dat je waarneemt, een ‘puzzel’ (Agar, 2010). Voor deze ‘puzzel’ ga je op zoek naar een verklaringsgrond. Abductie zoekt onverwachte data en creëert nieuwe concepten om deze te verklaren. Theorie is niet leidend bij het doen van onderzoek, het heeft eerder een richtinggevende functie. Ook dit onderzoek is data gestuurd en de data zijn door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden verzameld. Paragraaf 3.2 gaat in op de in dit onderzoek gebruikte methoden van dataverzameling.

3.2 Dataverzameling

Uit het bovenstaande volgt dat de belangrijkste bron van een interpretatief, etnografisch onderzoek de respondenten zijn, omdat er wordt gezocht naar de betekenis die mensen toekennen aan een bepaald verschijnsel, in dit geval de invoering van een Moeder en Kind Centrum in het WKZ. De enige manier om de vragen die het onderzoek opwerpt te beantwoorden, is te achterhalen wat er speelt in de belevingswereld van de verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Om dit te achterhalen wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van *interviews* en *observaties*.

Interviews

Een interview is een gespreksvorm waarin de interviewer aan de participant vragen stelt over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen (Boeije, 2005). Een kwalitatief interview is daarmee bij uitstek geschikt om de betekenis die respondenten toekennen aan bepaalde verschijnselen te achterhalen. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen *formele* en *informele* interviews.

Formele interviews

Een formeel interview is een interview dat bewust wordt ingepland en dat in meer of mindere mate wordt voorbereid door de interviewer (Boeije, 2005). Omdat ik bij de start van dit onderzoek nog onervaren was met het WKZ en het MKCU en me bovendien wilde laten leiden door wat ik zou aantreffen in de organisatie, waren de eerste twee interviews met verpleegkundigen formele, maar open interviews. Open of ongestructureerde interviews laten veel ruimte aan de respondent om te vertellen (Olson, 2011). In deze eerste interviews bracht ik slechts enkele brede topics ter sprake. Op deze manier probeerde ik een eerste inzicht te krijgen in wat er speelt. Op basis van de eerste interviews maakte ik een topiclijst, waarin ik onderwerpen opnam die relevant leken te zijn voor het onderzoek. De interviews die volgden waren formeel en, aan de hand van een topiclijst, semigestructureerd. Tijdens de interviews is regelmatig gebruik gemaakt van het principe van ‘tour’ vragen. Daarbij wordt de respondent gevraagd om de onderzoeker als gids mee ‘op reis’ te nemen in een bepaald gebied (Rubin en Rubin, 2008, p. 159). In het totaal hebben er veertien interviews plaatsgevonden, zeven op de afdeling Verloskunde en zeven op de afdeling Neonatologie. Bij Verloskunde is gesproken met twee kraamverzorgenden en vijf verpleegkundigen, bij Neonatologie is gesproken met een teamleider, twee MC/HC verpleegkundigen en vier IC verpleegkundigen. Er is gesproken met zowel oudere als jongere verpleegkundigen en met zowel verpleegkundigen die deel uitmaken van de werkgroep Moeder en Kind Centrum als met verpleegkundigen die geen deel uitmaken van deze werkgroep. Om rooster technische redenen zijn alle interviews ingepland door de teamleiders Verloskunde en Neonatologie.

Informele interviews

Naast formele interviews bestaan er ook informele interviews. Deze interviews zijn niet vooropgezet, maar spontaan. Informele interviews zijn korte gesprekjes in de wandelgangen van de organisatie en zijn een middel om

'gevoel' te krijgen voor wat er speelt (Olson, 2011). Wanneer de onderzoeker zich laat leiden door verbazing en onbegrip, zijn informele interviews belangrijk. Vanwege het informele karakter laten deze interviews zich niet plannen, maar er wordt spontaan vaak belangrijke informatie in gedeeld (Olson, 2011). Op diverse momenten hebben informele interviews tijdens dit onderzoek plaatsgevonden. Zo heb ik gesprekjes gehad met verpleegkundigen in de koffiekamer en in de flex-kamer en heb ik informatie verzameld uit gesprekjes voor en na formele, geplande interviews en observaties.

Observaties

Naast interviews zijn ook observaties een belangrijke methode van dataverzameling. De observaties die zijn uitgevoerd in het kader van dit onderzoek zijn *participerende observaties*. Participerende observatie is volgens Boeije "(...) een paraplu-begrip voor diverse methoden van informatievergaring, dat wil zeggen dat de onderzoeker observaties verricht, toekijkt terwijl anderen dingen doen, meeloopt met personen, deelneemt aan hun bezigheden, stukken leest, hulp verleent of klusjes doet, gesprekjes voert en interviews houdt" (Boeije, 2005, p. 55). Gedurende dit onderzoek heb ik, naast het onderzoek, geen werkzaamheden verricht voor de organisatie. Daarom ben ik geen echte 'insider' geworden. Wel heb ik geprobeerd om zoveel mogelijk in de organisatie aanwezig te zijn, om 'feeling' te krijgen met wat er speelt. Zo kon ik gebruik maken van een werkplek op de flex-kamer. Ook heb ik geobserveerd tijdens teamvergaderingen, tijdens klinische lessen in de Moeder en Kind Centrum week, en in de koffie- en flex-kamer. Ook heb ik op de afdeling Neonatologie een dag meegelopen. In het totaal hebben zes geplande observaties plaatsgevonden: een meeloopdag bij Neonatologie, een rondleiding bij Verloskunde en vier observaties tijdens de genoemde vergaderingen en klinische lessen.

Documenten

Voor dit onderzoek zijn enkele documenten en notities geraadpleegd over (de vorming van) het Moeder en Kind Centrum. Ook is er informatie ontleend aan de MKCU nieuwsbrief. De rol die de bestudering van documenten bij dit onderzoek heeft gespeeld, is echter klein.

3.3 Analyse

Analyseren van gegevens gaat volgens Boeije (2005) over het uiteenrafelen en structureren van data. Het analyseren van gegevens in een kwalitatief onderzoek is een cyclisch proces (Saldaña, 2009).

Interviews en observaties

Zowel de interviews als de observaties zijn in dit onderzoek op papier uitgewerkt. Alle interviews zijn opgenomen met een voicerecorder en vervolgens geheel getranscribeerd. Vervolgens ben ik begonnen met de eerste cyclus van coderen. Daarbij heb ik voornamelijk gebruik gemaakt van de methode die Saldaña (2009) 'descriptive coding' noemt: de data worden doorgenomen en relevante passages worden samengevat in een woord of een korte frase. Na een ordening en hercodering van de data, hebben de verschillende codes geleid tot enkele thema's, rond welke het onderzoek is opgebouwd.

Memo's en mindmaps

Gedurende het onderzoeksproces is geregeld gebruik gemaakt van memo's en mindmaps. Memo's bevatten volgens Boeije (2005) losse ideeën, beschouwingen en uitwerkingen en dienen als bron voor de verslaglegging van het

onderzoek. Van verschillende observaties en de meeloopdag heb ik observatiememo's gemaakt: een nauwkeurige beschrijving van de gebeurtenissen. Deze observatiememo's komen volgens Boeije (2005) overeen met veldnotities. Daarnaast hebben mindmaps – tekeningen en schema's op papier – geholpen bij het ordenen en structureren van data en van theoretische concepten. Zo hielpen ze uiteindelijk bij het vormen van het verhaal van dit onderzoek.

Rol van theorie

Zoals eerder in dit methodologische hoofdstuk al werd aangegeven, is de theorie niet leidend geweest bij het doen van dit onderzoek. Ondanks het feit dat theorie slechts een richtinggevende functie heeft binnen dit onderzoek, heb ik naar aanleiding van de eerste observaties en open interviews *sensitizing concepts* geformuleerd. Bosch en Boeije (2010) zeggen over *sensitizing concepts*:

“Om een theorie te kunnen ontwikkelen via abductie is het essentieel dat de onderzoeker in staat is theoretisch over gegevens na te denken. Binnen de gefundeerde theorie wordt dit aangeduid met de term ‘theoretische sensitiviteit’. (...) Naast creativiteit is hierbij kennis van bestaande concepten van groot belang. Zulke concepten fungeren tijdens de theorieontwikkeling als zogenoemde *sensitizing concepts*, begrippen die attenderend en richtinggevend zijn voor de onderzoeker.” (Bosch en Boeije, 2010, p. 13).

Uiteindelijk zijn enkele theoretische concepten – organisatiecultuur, subculturen, grenzen en de verpleegkundige als professional – uitgewerkt in het theoretisch kader, met als doel de resultaten van dit onderzoek te kunnen interpreteren en begrijpen.

3.4 Kwaliteitscriteria

Wetenschappelijk onderzoek is alleen waardevol wanneer de kwaliteit van het onderzoek is gewaarborgd. Betrouwbaarheid en validiteit zijn twee veelvoorkomende kwaliteitscriteria (Boeije, 2005). Deze kwaliteitscriteria komen voort uit de kwantitatieve onderzoekstraditie. Binnen de kwalitatieve methodologie wordt verschillend gedacht over het gebruik van betrouwbaarheid en validiteit als kwaliteitscriteria. Volgens sommige auteurs zijn ze, in aangepaste vorm, bruikbaar bij kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005). Krefting (1991) beargumenteert echter dat betrouwbaarheid en validiteit niet passen binnen de kwalitatieve onderzoekstraditie. Kwalitatief onderzoek is volgens Krefting per definitie subjectief, niet te generaliseren en niet herhaalbaar. Zij geeft daarom het model van Guba (1981) als alternatief. Dit model bestaat uit vier kwaliteitscriteria, die ook als kwaliteitscriteria bij dit onderzoek zijn gehanteerd. Hieronder worden de vier criteria besproken.

Credibility

Het onderzoek is geloofwaardig wanneer de onderzoeker er in slaagt een accuraat beeld te geven van de sociale werkelijkheid of werkelijkheden zoals die beleefd worden door de respondenten. Om het onderzoek zoveel mogelijk te laten voldoen aan het criterium van *credibility* is de voortgang van het onderzoek regelmatig teruggekoppeld aan de organisatie. Ook zijn waar mogelijk de resultaten aan de organisatie voorgelegd en besproken met Tanja Jellesma-Kip, begeleider vanuit het WKZ. Er is een poging gedaan om alle visies op de werkelijkheid, zoals ik die heb gehoord en geproefd in de organisatie, weer te geven in het onderzoeksverslag.

Transferability

Transferability betekent dat bepaalde principes uit het onderzoek bruikbaar zijn in een andere context. Dit kan worden bereikt door een rijke beschrijving te geven van de data. Binnen dit onderzoek is getracht om binnen de

beschikbare tijd een zo rijk mogelijke beschrijving van de data te geven. Belangrijk hierbij is het afkaderen van het onderzoek: er is bewust voor gekozen om het onderzoek alleen te richten op verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Andere groepen in de organisatie, zoals verloskundigen en artsen, zijn buiten het onderzoek gelaten. Zo was het mogelijk om een redelijke groep respondenten te spreken en te observeren en een rijke beschrijving te geven van de bevindingen.

Dependability

Wanneer een onderzoek voldoet aan het criterium van *dependability*, is het proces van onderzoek nauwkeurig navolgbaar. Om te voldoen aan het criterium van *dependability* is dit onderzoeksproces nauwkeurig gedocumenteerd, alsmede de gevonden data. De interviews zijn getranscribeerd en de observaties uitgewerkt in observatieverslagen. Daarnaast is een logboek bijgehouden waarin alle bezoeken aan de organisatie en afspraken zijn genoteerd. Ook is in de methodologische verantwoording ingegaan op het onderzoeksproces en de rol van de onderzoeker.

Confirmability

Om aan het criterium van *confirmability* te voldoen, vermijdt de onderzoeker zoveel als mogelijk dat persoonlijke waarden en theoretische vooronderstellingen het onderzoek domineren. In dit onderzoek is bewust met *sensetising concepts* gewerkt en niet met een vooraf geschreven theoretisch kader, om zoveel mogelijk een open blik op de organisatie te houden. Daarnaast is bewust gereflecteerd op de rol van de onderzoeker. In de volgende paragraaf, paragraaf 3.5, wordt hieraan expliciet aandacht besteed.

3.5 Rol van de onderzoeker

Een reflectie op de rol van de onderzoeker is bij het doen van interpretatief, etnografisch onderzoek relevant. De onderzoeker is een belangrijk instrument in het uitvoeren van het onderzoek. Boeije (2005) geeft aan dat reflectie op de rol van de onderzoeker dient om aan te geven dat de onderzoeker zich ervan bewust is dat zijn persoon en achtergrond ertoe leiden dat hij met een bepaalde blik naar het onderzoeksobject kijkt.

Bij aanvang van dit onderzoek had ik geen enkele ervaring als onderzoeker in de medische en verpleegkundige wereld. Enerzijds maakte dit het proces 'feeling' krijgen met de organisatie intensief, anderzijds zorgde dit voor een open en 'frisse' blik op de organisatie. Ook voor de afdelingen was het de eerste kennismaking met organisatiewetenschappelijk onderzoek. Snel werd duidelijk dat men veel ervaring had met verpleeg- en geneeskundig onderzoek, maar een organisatiewetenschapper op de afdeling was nieuw. Het heeft me positief verrast dat ik zo snel en gemakkelijk toegang kreeg tot de wereld van de Verloskunde en de Neonatologie. Op de beide afdelingen heb ik veel openheid ervaren. Het inplannen van de interviews – dat de teamleiders voor mij hebben gedaan – vormde geen enkel probleem en de verpleegkundigen waren bereid om uitgebreid met mij te praten. Dat de interviews voor mij werden ingepland betekende dat ik geen 'invloed' had op de keuze van de respondenten. Het had echter ook een voordeel: de teamleiders hebben geprobeerd een zo evenwichtig mogelijke afspiegeling van de verpleegkundigen en kraamverzorgenden in te plannen voor een interview: jong, oud, ervaren, minder ervaren, wel en geen lid van de werkgroep Moeder en Kind Centrum. Zelf had ik dat binnen de beschikbare tijd waarschijnlijk minder gemakkelijk voor elkaar gekregen. Ik merkte dat de onervarenheid met mijn manier van onderzoek ook nadelen met zich meebracht: ik kreeg weinig inhoudelijke feedback vanuit de organisatie. Daarbij kwam de hoop die op mij als onderzoeker werd gevestigd: vooral de *praktische* handvatten en aanbevelingen konden voor de afdelingen niet vroeg genoeg komen. Dat maakte me als onderzoeker soms onzeker. Ik besloot er

op te vertrouwen dat ik, door me open op te stellen en op zoek te gaan naar de betekenis die verpleegkundigen en kraamverzorgenden zelf toekennen aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum, alleen maar kan optekenen *wat er al is*.

Ik ben me ervan bewust dat het uitvoeren van dit etnografische onderzoek, waarbij ik op zoek ben gegaan naar verhalen van verpleegkundigen en kraamverzorgenden om inzicht te krijgen in de manier waarop zij betekenis geven aan hun werk en de vorming van het Moeder en Kind Centrum, slechts één van de ongetwijfeld vele manieren is waarop een vraagstelling als deze kan worden benaderd. Om te kunnen begrijpen wat er aan de hand is en hoe de verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan de vorming van het MKCU, mijn voornaamste doelstelling, is een zoektocht naar verhalen van de betrokkenen zelf volgens mij het meest geschikt, omdat deze verhalen kunnen helpen “in reducing ‘the equivocality (complexity, ambiguity, unpredictability) of organizational life’” (Brown en Humphreys, 2003, p. 124). Uiteraard zijn bij ieder onderzoek kritische kanttekeningen te plaatsen. Deze worden behandeld in hoofdstuk zes.

4 | bevindingen

Dit hoofdstuk bestaat uit een beschrijving van de bevindingen van het onderzoek. De vorming van het Moeder en Kind Centrum vraagt van de verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de afdelingen Neonatologie en Verloskunde een verandering in de manier van werken. In afwachting van toestemming om te mogen verbouwen, streeft het managementteam naar een intensivering van de huidige samenwerking. Ook willen zij zich meer richten op de wensen en verwachtingen van de ouders. De vorming van het Moeder en Kind Centrum bevindt zich echter nog in een vroeg stadium. Veel verpleegkundigen en kraamverzorgenden hebben aangegeven nog niet precies te weten wat de intensievere samenwerking of de vorming van het Moeder en Kind Centrum inhoudt. Mijn zoektocht naar de betekenis die verpleegkundigen en kraamverzorgenden verlenen aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum, ging om die reden gepaard met veel aandacht voor het werk op de eigen afdeling en de huidige samenwerking. Daarom wordt ook in de beschrijving van de bevindingen en analyse relatief veel aandacht besteed aan de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan het werk op hun eigen afdeling en de samenwerking met de andere afdeling in de huidige situatie.

In dit bevindingenhoofdstuk is het empirisch materiaal geordend rondom thema's, die zich in de loop van het onderzoek hebben ontvouwd. In paragraaf 4.1 worden verschillende subgroepen beschreven. Uit deze paragraaf blijkt dat verpleegkundigen en kraamverzorgenden gemeenschappelijke waarden kennen, maar dat ook verschillen centraal staan in de betekenis die zij geven aan hun werk. Niet alleen *tussen* de twee afdelingen, Verloskunde en Neonatologie, worden verschillen beleefd. Ook *binnen* de afdelingen lijken verpleegkundigen zich te onderscheiden in verschillende groepen. Paragraaf 4.2 gaat over grenzen. In het theoretisch kader werd verteld, dat naast auteurs die schrijven over subculturen, ook auteurs die schrijven over grenzen aandacht hebben voor verschillen in organisaties. In paragraaf 4.2 worden drie projecten beschreven die in het WKZ plaatsvinden 'op de grens' tussen Verloskunde en Neonatologie: het PNC project, de werkgroep Moeder en Kind Centrum en het opleiden van verpleegkundigen op de beide afdelingen.

4.1 Subgroepen

Op de afdelingen Verloskunde en Neonatologie onderscheiden zich verschillende subgroepen. In deze eerste paragraaf beschrijf ik hoe die verschillende groepen eruit zien en welke kenmerken typerend zijn voor de cultuur van de verschillende groepen. De paragraaf start met enkele gedeelde waarden, die gelden voor alle verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Vervolgens beschrijf ik de verschillen *tussen de afdelingen* Verloskunde en Neonatologie. Daarna ga ik in op verschillende groepen die zich onderscheiden *binnen de afdelingen*. Bij Verloskunde zijn dit kraamverzorgenden en verpleegkundigen en bij Neonatologie gaat het om IC verpleegkundigen en MC/HC verpleegkundigen. In figuur 4.1 op de volgende bladzijde, staan de verschillende groepen schematisch weergegeven.



Figuur 4.1

Schematische weergave van de verschillende subgroepen die in dit hoofdstuk worden beschreven

Eerst worden kort drie waarden beschreven, die gelden voor alle verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Alle verpleegkundigen en kraamverzorgenden hebben een grote passie voor hun werk en vertellen er met enthousiasme over (1). Ook willen zij altijd het beste voor de patiënt (2) en snappen zij als hulpverlener het belang van een Moeder en Kind Centrum (3).

Wat opvalt wanneer ik rondloop in het WKZ, is de gedrevenheid en het enthousiasme waarmee de verpleegkundigen en kraamverzorgenden hun werk uitvoeren. Zij vertellen enthousiast en met passie over hun werk. Een kraamverzorgende zegt:

“En dat ik zieke mensen ook kan helpen en kan ondersteunen, nou, dat vind ik echt, dat vind ik echt geweldig. Ik denk ook niet dat ik dat ooit echt zat wordt [lacht, glundert], ik vind het gewoon heel mooi werk, ja!” (kraamverzorgende)

Ook verpleegkundigen praten met veel enthousiasme over hun werk:

“Ja, het is natuurlijk heel bijzonder als je mensen mag helpen in deze fase van hun leven. Want het is natuurlijk, ze krijgen een kindje, en dat heeft al een hele impact, maar het is niet alleen maar dat ze een kindje krijgen, maar het kindje ligt ook nog opgenomen. Dus dat is, ja voor ouders heel heftig en ja, dat maakt het gewoon ook heel gaaf om te doen” (verpleegkundige MC/HC Neonatologie)

Een IC verpleegkundige Neonatologie voegt toe:

“Kinderen die heel ziek zijn en die beter worden, of kinderen die wel vrij goed zijn en ineens helemaal instorten. En gewoon, ja, het spannende eraan, het onverwachtse (..)” (verpleegkundige IC Neonatologie)

Het helpen, ondersteunen en verzorgen van mensen die een bijzondere gebeurtenis meemaken in hun leven maakt het werk voor verpleegkundigen en kraamverzorgenden aantrekkelijk. Ook de afwisselende en dynamische werkzaamheden worden vaak genoemd als positief: ‘geen dag is hetzelfde’.

Een tweede belangrijke overeenkomst tussen de afdelingen en binnen de afdelingen, is dat alle verpleegkundigen het beste willen voor de patiënt. Een verpleegkundige zegt hierover:

“Want je, je doet natuurlijk alles wel ten beste van de zorg voor de patiënt, dat, he, niemand zal die patiënt, doet dingen omdat het niet goed voor die patiënt eventueel zou zijn” (verpleegkundige Verloskunde)

Ten derde erkennen alle verpleegkundigen en kraamverzorgenden dat gezinsgerichte zorg in opkomst is en de toekomst heeft. Geen enkele kraamverzorgende of verpleegkundige heeft aangegeven het totaal oneens te zijn met de vorming van een Moeder en Kind Centrum of het belang ervan niet te snappen. Zo onderscheiden zij zich als geheel, als groep zorgverleners.

Toch bestaan er, zoals ook in de inleiding van dit hoofdstuk werd genoemd, ook verschillen in de betekenis die verpleegkundigen en kraamverzorgenden toekennen aan hun werk en aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Er bestaan verschillen *tussen* de twee afdelingen, Verloskunde en Neonatologie, hierover zegt een verpleegkundige Verloskunde:

“Ja, het is wel heel verschillend, het is wel een wereld van verschil. Op de een of andere manier, voelt het altijd als een groot verschil, dat is ook altijd wel zo geweest. Het lijken wel twee, nou, ik wil niet zeggen twee kampen, maar daar dreigt het af en toe naar toe te gaan (..)”

Niet alleen *tussen* de twee afdelingen, Verloskunde en Neonatologie, wordt deze ‘wereld van verschil’ beleefd. Ook *binnen* de afdelingen lijken verpleegkundigen en kraamverzorgenden zich te onderscheiden in verschillende groepen. Binnen de afdeling Verloskunde gaat het om de verpleegkundigen enerzijds en de kraamverzorgenden anderzijds. Binnen de afdeling Neonatologie gaat het om IC verpleegkundigen enerzijds, en MC/HC verpleegkundigen anderzijds. In het vervolg van deze paragraaf, worden eerst de verschillen *tussen de afdelingen* Verloskunde en Neonatologie beschreven.

Verloskunde versus Neonatologie

In dit deel van de paragraaf beschrijf ik de verschillen die bestaan tussen de twee afdelingen, Verloskunde en Neonatologie. In de volgende passage, die afkomstig is uit mijn observatienotities, beschrijf ik hoe de verschillen letterlijk tot uiting komen in het taalgebruik van verpleegkundigen.

In de Moeder en Kind Centrum themaweek vindt er in een van de vergaderzalen op de afdeling Neonatologie klinische les plaats, een bijeenkomst van een half uur waarin wordt verteld over een bepaald onderwerp en waarin ruimte is voor discussie. Omdat het onderwerp voor zowel verpleegkundigen en kraamverzorgenden van Verloskunde als van Neonatologie relevant is en omdat de themaweek bedoeld is om de afdelingen kennis met elkaar te laten maken, zijn verpleegkundigen en kraamverzorgenden van beide afdelingen aanwezig. De verpleegkundige die de les verzorgt, vertelt enthousiast over haar onderwerp. In een groepsdiscussie blijkt dat de communicatie tussen de afdelingen soms als een knelpunt wordt ervaren. “Ja,” zegt een verpleegkundige Neonatologie, “*jullie* hebben soms bijvoorbeeld een ouderpaar dat een rondleiding wil bij Neonatologie, en *wij* hebben dat dan niet goed begrepen.” Deze verpleegkundige is niet de enige; het valt me op dat termen als ‘wij’ en ‘jullie’ veelvuldig gebruikt worden.

Op de afdelingen Neonatologie en Verloskunde worden termen als ‘wij’ en ‘zij’, ‘hier’ en ‘daar’ en ‘boven’ en ‘beneden’ veelvuldig gebruikt. Er zijn verschillende gronden waarop de respondenten onderscheid lijken te maken tussen de afdelingen Verloskunde en Neonatologie. Dit zijn de patiëntenpopulatie (1), de handelingen en inhoud van het werk (2) en de manier van werken (3).

De eerste manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden onderscheid maken tussen de afdelingen, is de patiëntenpopulatie. Een verpleegkundige Verloskunde zegt hierover:

“Zij [verpleegkundigen Neonatologie] denken veel meer vanuit het kind en wij [verpleegkundigen Verloskunde] denken veel meer vanuit moeder” (verpleegkundige Verloskunde).

Een collega van Neonatologie beaamt dit:

“Het zijn twee hele verschillende, eh, zij hebben met volwassenen te maken en wij hebben met de neonaten te maken. Dat zijn al hele verschillende dingen” (verpleegkundige MC/HC Neonatologie).

De verpleegkundigen en kraamverzorgenden Verloskunde werken met de ouders en de verpleegkundigen Neonatologie met de kinderen. Het verschil in patiëntenpopulatie levert soms spanningen op. Wanneer een verpleegkundige Verloskunde vertelt dat ze 's nachts altijd even belt naar Neonatologie om te vragen hoe het kindje de nacht heeft doorgebracht, voegt ze daaraan toe:

“En dan zou het ook wel leuk zijn als sommigen terug communiceren hoe het met moeder gaat. Sommige [verpleegkundigen Neonatologie] zijn echt alleen maar voor het kind en dan lijkt het net of ze geen interesse hebben in de moeder.”

Andersom zegt een verpleegkundige Neonatologie:

“Ja, weet je, je merkt soms gewoon dat het heel druk is, dat als wij hier een opname [van een pasgeborene] krijgen, dat je de hele dag op je overdracht¹ kan wachten, soms. En weet je, daar zijn wel nieuwe afspraken over gemaakt, maar nog werkt het niet. Niet altijd zeg maar. En als je dan belt, van goh, he, ik heb drie uur terug het kindje opgenomen en ik heb nog steeds geen overdracht, ik kreeg pas een snauw door de telefoon heen ‘wij zijn druk’. Ik zeg, ja dat kan ik toch niet door de telefoon heen zien dat het druk is en ik heb hier een kind waar ik dingen mee moet, dus ik wil weten wat er aan de hand is en of er bijzonderheden zijn. (...) Uiteindelijk een aantal uren daarna nog, kreeg ik de overdracht.”

Het verschil in patiëntenpopulatie brengt een druk werkschema met zich mee, dat niet parallel loopt voor de beide afdelingen. Dit werkschema wordt door de verpleegkundigen vaak genoemd als reden van de stoeve communicatie die soms plaatsvindt. Naast het drukke werkschema noemt een verpleegkundige Verloskunde het unieke karakter van de afdelingen.

“Normaal heb je een afdeling en daar verzorg je een bepaalde patiëntencategorie, en dat is de patiëntencategorie. Alleen dit is een afdeling dat, wij doen een deel van de patiëntencategorie. En het andere deel ligt op een andere afdeling. En dat is, dat maakt het best wel belangrijk dat je allebei ziet dat er een gemeenschappelijk, dat er een gemeenschappelijk doel is. En dat is af en toe ingewikkeld, dan zie je dat iedere afdeling voor zich zijn eigen doel nastreeft. En dat is door de jaren heen is dat altijd de frictie die er blijft, en waardoor echt die communicatie heel goed moet zijn. (...) Dus als jij dat kind verpleegt, dan hoort die andere afdeling waar die moeder ligt, er absoluut bij. En andersom bij ons ook, de Neonatologie is altijd een onderdeel van onze patiëntengroep. Ik denk niet dat er heel veel specialismen zijn binnen het ziekenhuis, afdelingen, die op deze manier met twee afdelingen eigenlijk, het samen moeten doen. Ik denk het eigenlijk niet, want je hebt altijd één patiënt. En dan kan je wel een medium care erbij hebben, he dat is bij de neuro ook, dus de

¹ ‘Overdracht’ betekent in dit geval dat de verpleegkundige van Verloskunde de afdeling Neonatologie op de hoogte brengt van het verloop van de bevalling en aangeeft of er zich bijzonderheden hebben voorgedaan.

patiënt ligt misschien eerst op de medium care maar gaat dan naar de verpleegafdeling. Dan heb je een overdracht en dan is het weer klaar. Maar hier liggen echt twee patiënten, worden verpleegd, op twee verschillende afdelingen, maar ze horen eigenlijk bij elkaar. En dat is natuurlijk vrij uniek. En dat, dat, ik kan niet anders bedenken dan dat dat alleen maar bij moeder en kind is.”

Verloskunde en Neonatologie zijn de enige medische specialismen die, door de patiëntenpopulatie, met elkaar zijn verbonden. Voor de verpleegkundigen en kraamverzorgenden lijkt het soms moeilijk om het gemeenschappelijke doel – de zorg voor moeder *en* kind – na te streven in plaats van het doel van de eigen afdeling – de zorg voor moeder *of* kind.

Een tweede verschil lijkt te bestaan in de inhoud van de werkzaamheden en de handelingen die verpleegkundigen verrichten. De verpleegkundigen en kraamverzorgenden van Verloskunde noemen vaak de psychosociale en de emotionele kant van de verpleegkundige als een belangrijke taak.

“Maar daarnaast heb je natuurlijk heel veel psychosociale problematiek, kindjes die overlijden of kindjes die heel ziek zijn, waar je veel begeleiding aan de ouders geeft (..)” (verpleegkundige Verloskunde)

Het zorgen voor volwassenen, het praten met patiënten en de psychosociale problematiek zijn belangrijke taken voor de verpleegkundigen en kraamverzorgenden Verloskunde. De verpleegkundigen Neonatologie lijken daarentegen over het algemeen meer de medische handelingen op de voorgrond te plaatsen. Ook lijkt voor hen het dynamische en ‘ad hoc’ karakter van het werk belangrijker te zijn dan voor de verpleegkundigen en kraamverzorgenden bij Verloskunde. Een IC verpleegkundige Neonatologie vertelt over haar werk:

“Ieder uur heb je je controlerondes. Dus ieder uur kijk je naar het kind en valideer je alle gegevens in de computer zeg maar. Eh, tussendoor heb je nog je medicijnrondes, eh, de tijden dat de kinderen eten moeten hebben (..)” (verpleegkundige IC Neonatologie)

Een collega vult aan:

“En het mooie is, nou, vind ik de combinatie van de technische kant, de technische aspecten van het verplegen, maar vooral ook de emotionele ondersteuning die je aan ouders biedt” (verpleegkundige IC Neonatologie)

Ook een verpleegkundige van de MC/HC Neonatologie noemt medische aspecten van de verpleegkunde als belangrijk onderdeel van haar werk, hoewel zij ook de ouderbegeleiding belangrijk vindt:

“Het is echt het verzorgen, het voeding geven, het observeren aan de monitor. Net zoals, kindjes met infecties liggen er wel eens, die je antibiotica moet geven, sondevoeding, omdat ze te jong zijn en nog niet alles zelf kunnen drinken, eh, heel veel ouderbegeleiding, dat maakt het ook echt wel heel erg leuk” (verpleegkundige MC/HC Neonatologie)

Het controleren van gegevens, het observeren en ook de ouderbegeleiding zijn voor de verpleegkundigen Neonatologie belangrijk. Ook geven zij vrijwel allemaal aan bewust te hebben gekozen voor kinderen.

“Nou, ik ben gek op baby’s. Als ze groter worden dan gaat bij mij de charme er wel vanaf” [lacht] (verpleegkundige IC Neonatologie)

Een verpleegkundige Verloskunde verwoordt het verschil dat er in haar ogen tussen de twee afdelingen bestaat als volgt:

“Ja, zij [verpleegkundigen Neonatologie] hebben natuurlijk veel meer met lijnen² en, maar wat ik wel merk, en soms ook terug krijg van patiënten, is dat ze wel heel erg gericht zijn op het kind en de zorg ook heel goed geven, alleen dat ouders soms ook denken van ja, soms wat meer willen weten, of er wat sneller bij willen zijn. Ja, het is echt een medische afdeling, dat merk je wel, met veel toeters en bellen” (verpleegkundige Verloskunde)

De verpleegkundigen en kraamverzorgenden Verloskunde beschouwen Neonatologie meer dan hun eigen afdeling als een ‘medische’ afdeling. Bij Neonatologie gaat het meer het verrichten van medische handelingen, terwijl bij Verloskunde ook de psychosociale en emotionele kant van de verpleegkunde belangrijk is.

Een derde verschil, dat volgt uit het verschil in de patiëntenpopulatie en de inhoud van het werk, is de manier waarop er gewerkt wordt op de afdeling, de gewoontes en routines. Het onderstaande fragment komt uit een interview met een verpleegkundige. Zij heeft stages gelopen op de beide afdelingen en vervolgens de opleiding Neonatologie MC/HC gevolgd. Op dit moment start zij met een opleiding Verloskunde. Zij kent dus beide afdelingen van binnenuit.

“Weet je, hier [Neonatologie] als je het team in komt is het allemaal heel welkom, en dat hoor je ook terug van alle stagiaires die hier een weekje komen meelopen, dat het inderdaad heel erg open is, en welkom, en je wordt vrij vlot opgenomen in het team. Alleen je merkt gewoon dat dit een afdeling is waar je 24 uur per dag op de afdeling zelf bent. Je gaat niet met z’n allen aan de pauze, aan de koffie, het gaat allemaal gescheiden, apart, en weet je, je gaat hier geen geintjes onderling uithalen met elkaar zeg maar. Weet je, je hebt soms van die gezelligheid die je in het team hebt, dat je eventjes voor de grap weet ik veel, iets met elkaar uithaalt, dat heb je hier gewoon niet. En dat vond ik daar [Verloskunde] wel weer. Daar is het veel meer van, je gaat met z’n allen koffiedrinken, natuurlijk, je loopt wel een keer weg voor je bel, je gaat met z’n allen eten, je zit toch gezellig met het hele team, en ehh, er is veel meer ruimte voor wat meer lachen onderling, zeg maar. (..) Hier kan je gewoon niet continu met z’n allen van de afdeling af, want als, op het moment dat er een kindje instort, heeft niemand het door. Dus heb je een probleem. Want als er een alarm³ gaat, er is sowieso altijd een iemand achter, en als het alarm gaat, kan diegene daar op handelen. En zit jij ergens anders, dan hoor je die alarmen niet. En weet je, daar heb je de volwassen mensen die zelf op een bel drukken als er wat is, en dan loop je erheen.”

De ervaring van deze verpleegkundige is dat de teams bij Verloskunde ook tijdens het werk ruimte kunnen nemen om met collega’s onderling te ‘ontspannen’, lachen en grapjes maken. Bij Neonatologie is dit, door de aard van de werkzaamheden, in mindere mate mogelijk.

De patiëntenpopulatie, het specialisme en de manier van werken zijn gronden waarop de verpleegkundigen en kraamverzorgenden van Verloskunde en Neonatologie zichzelf onderscheiden van de andere afdeling. Uit mijn bevindingen blijkt echter dat niet alleen *tussen* de afdelingen verschillen worden ervaren. Ook *binnen* de afdelingen zijn subgroepen te onderscheiden. Het vervolg van deze paragraaf behandelt verschillende subgroepen die binnen de afdelingen Verloskunde en Neonatologie zijn te onderscheiden.

² De verpleegkundigen gebruiken de term ‘lijnen’ wanneer een patiënt aangesloten is op apparatuur, zoals beademing of een infuus.

³ Als er een ‘alarm gaat’ betekent het dat het niet goed gaat met één van de pasgeborenen op de afdeling Neonatologie.

Verloskunde: kraamverzorgenden versus verpleegkundigen

In deze deelparagraaf wordt gekeken naar de subgroepen die bestaan op de afdeling Verloskunde. Verloskunde bestaat uit drie units: de verpleegunit zwangeren, het verloscentrum en de verpleegunit kraam. Op de verpleegunit zwangeren liggen vrouwen die zwangerschapscomplicaties hebben. Dit zijn bijvoorbeeld vrouwen die dreigen te vroeg te bevallen of die ziek zijn, al dan niet door de zwangerschap. Het verloscentrum, met de verloskamers, richt zich op de gehele zorg rond de bevalling. Hier bevallen zowel vrouwen die geen medische indicatie hebben als vrouwen die medisch⁴ komen bevallen, bijvoorbeeld door een vroeggeboorte of ziekte van de moeder. Op de verpleegunit kraam, de kraamafdeling, liggen vrouwen die bevallen zijn en gemiddeld tot hoog complexe zorg nodig hebben. Op de afdelingen Verloskunde onderscheiden zich twee groepen, de kraamverzorgenden en de verpleegkundigen. Hierna wordt eerst de groep kraamverzorgenden en vervolgens de groep verpleegkundigen besproken.

Kraamverzorgenden

Op twee van de drie units, namelijk het verloscentrum en de kraamafdeling, werken naast verpleegkundigen kraamverzorgenden. De samenwerking tussen de kraamverzorgenden en de verpleegkundigen bestaat pas sinds een aantal jaar. Voor die tijd werkten de kraamverzorgenden en de verpleegkundigen gescheiden, de kraamverzorgenden werkten met de vrouwen die niet ziek waren, terwijl de verpleegkundigen vrouwen verzorgden met een medische indicatie. Een kraamverzorgende zegt over de huidige samenwerking:

“Ja, toen ik hier begon, werkten we eigenlijk alleen maar met kraamverzorgenden, hier op de [kraam]afdeling, en eh, toen was het hier zeg maar, echt puur het observeren en niet de high risk mensen zeg maar, dus veel medisch⁵ lag hier niet. Op een gegeven moment werd dat met kraamverzorgenden en verpleegkundigen samen, en kregen we veel meer medisch hier [op de kraamafdeling]. In het begin dacht ik, help, hoe gaat dat, want het was toch wel altijd een beetje van, *wij hier boven en zij daar*, weet je wel, het was altijd een beetje een verschil. Maar het is echt een hele goede stap dat ze dat veranderd hebben, want nu is de samenwerking, tenminste hoe ik het zie, heel prettig. Het is niet meer *zij en wij*, het is nu gewoon, gewoon allemaal één. En je hebt gewoon drie afdelingen, en je rouleert ook van afdeling, maar het is niet dat een afdeling minder is dan een andere afdeling of zo, en dat vind ik wel heel fijn. Dat was toen wel een beetje, en dat is nu wel veranderd.”

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat er, in ieder geval in het verleden, door de kraamverzorgenden een duidelijk verschil werd beleefd in hiërarchie tussen hen en de verpleegkundigen. Inmiddels is dat volgens haar minder het geval. Wel geven de kraamverzorgenden aan dat er een duidelijke taakverdeling bestaat tussen de verpleegkundigen en de kraamverzorgenden. Kraamverzorgenden zijn vooral bezig met het bieden van basisverzorging en ondersteuning en het creëren van een prettige sfeer rond het kraambed.

“Ik probeer wel echt het gezinssfeertje te, te creëren zeg maar, he, dat je echt ziet van, het is feest, het is leuk, er is een kleintje geboren, tenminste, meestal is het feest. En we proberen het beste ervan te maken. En ik laat moeder ook gewoon vooral, en vader het zelfstandig het kindje verzorgen, en waar nodig, daar help ik” (kraamverzorgende Verloskunde)

⁴ De term ‘medisch’ gebruiken kraamverzorgenden en verpleegkundigen voor vrouwen die in het ziekenhuis bevallen vanwege een medische indicatie, bijvoorbeeld een dreigende vroeggeboorte of ziekte van de moeder. In het ziekenhuis is ook een ‘eerstelijns verloscentrum’ gevestigd, waar niet medische bevallingen plaatsvinden; dit zijn gewone bevallingen waarbij geen complicaties optreden.

⁵ Zie nooit 4.

Ook op het gebied van het geven van borstvoeding onderscheiden de kraamverzorgenden zich. Hierover zeggen kraamverzorgenden:

“Voornamelijk ben je bezig met zorg. Zorg voor moeder, ondersteuning bieden waar nodig, eventueel bij eh, de lichaamsverzorging, dus douchen, helpen douchen, hebben ze het kindje bij zich, dan eh, ben je bij de voedingen van het kindje natuurlijk aanwezig, en biedt je een helpende hand waar nodig.”

“Bij ons wordt nog wel eens gevraagd voor hulp voor borstvoeding, want daar hebben wij weer net wat meer ervaring in en dan worden wij er weer bij geroepen.”

De medische verantwoordelijkheid, zoals het aanleggen van een infuus, ligt volgens de kraamverzorgenden bij de verpleegkundigen.

“(.) een aantal dingen mag je dan niet, maar dat weet, dat weten we onderling ook, dus als ik iets voor een infuus nodig heb, dan kan ik gewoon bij een collega aankloppen zonder dat er raar op mijn vingers gekeken wordt.”

De kraamverzorgenden lijken zich voornamelijk te onderscheiden van de verpleegkundigen op basis van functie, werkzaamheden en verantwoordelijkheden. Wat opvalt, is dat de kraamverzorgenden die ik heb gesproken, enthousiast zijn over het Moeder en Kind Centrum. De ambitie om het gezin in de pasgeborene op één kamer te verzorgen, ligt misschien wel het meest in lijn met het werk van de kraamverzorgenden. Een kraamverzorgende over het Moeder en Kind Centrum:

“Hier zie je toch echt wel dat we wel proberen om ouders, en vaders en familie erbij te betrekken en andere kindjes, en misschien de ene collega meer dan de andere hoor, maar ik praat voor mezelf. Ik probeer wel echt het gezinssfeertje te, te creëren zeg maar.”

Een andere kraamverzorgende zegt over het MKCU:

“Nou, sowieso is het goed dat je het gezin samenhoudt, dat je ouders meer kan betrekken in de verzorging van hun kind. En (..) ik denk dat doordat je moeder en kind bij elkaar houdt, dat de opnameduur ook korter zal zijn, van de baby.”

Verpleegkundigen Verloskunde

Naast de kraamverzorgenden werken er op de afdeling Verloskunde verpleegkundigen. Sommige verpleegkundigen geven aan dat het samenwerken met de kraamverzorgenden een verandering betekende waaraan zij moesten wennen. Over de nieuwe samenwerking tussen de kraamverzorgenden en verpleegkundigen, zegt een verpleegkundige: “ja, dat was ook weer even heftig. Iedereen moet dan weer even z'n positie bepalen en denken van hoe, wat wil ik wel, wat wil ik niet en hoe doe ik dat?” Een andere verpleegkundige zegt:

“Het heeft ook best wel een tijdje gekost, dat mensen wendden aan de combinatie dat de kraamverzorgenden in het ziekenhuis kwamen werken bijvoorbeeld, dat is dan ook. Mensen moeten even aftasten wat is dan jouw functie, wat is mijn functie en hoe gaan we het doen.”

Zoals al eerder werd aangegeven in dit hoofdstuk, rekenen de verpleegkundigen van Verloskunde, naast het verzorgen van de kraamvrouwen, de emotionele en psychosociale begeleiding tot belangrijke taken.

“Het vak verloskunde, het is dynamisch, het is.. alle facetten van het verpleegkundige beroep zitten er in, er zit actie, er zit sociaal, er zit voorlichting, er is verdriet, er is blijdschap (..)” (verpleegkundige Verloskunde)

Over het Moeder en Kind Centrum lijken de meeste verpleegkundigen positief. De belangrijkste reden die zij hiervoor noemen, is dat men er bij Verloskunde aan gewend is om voor moeder en kind te zorgen. Op de vraag of ze verwacht dat het Moeder en Kind Centrum op haar afdeling tot veel weerstand zal leiden, antwoordt een verpleegkundige:

“Nou, ik denk, hier denk ik dat het wel meevalt, omdat wij zijn gewend natuurlijk om voor moeder en kind te zorgen. Maar je merkt met name dat de kinderverpleegkundigen [Neonatologie] niet op kraamvrouwen zitten te wachten” (verpleegkundige Verloskunde)

Bij Verloskunde lijken de verpleegkundigen van hun collega's bij Neonatologie meer weerstand te verwachten tegen het Moeder Kind Centrum.

“Nou ja, als je kijkt vanuit de Neonatologie verpleegkundige, de MC verpleegkundige, die hebben niet voor niets natuurlijk ooit, toen het nog in de oude ideeën was, voor kinderen gekozen. Alleen je ziet nu dat je meer natuurlijk familiegericht moet gaan werken, en dat moet, dat is ook wennen. Dat is wennen. En eh, heel lang hebben verpleegkundigen gedacht dat het een stukje was. Een apart stukje, apart kind, apart moeder. Alleen er wordt nu iets anders van ze verwacht, ja.. ik denk dat het zou kunnen betekenen dat een aantal mensen denken, ik ga dit niet trekken, ik ga dit niet doen. Alleen.. kijk naar heel Nederland, dit is een ontwikkeling die in heel Nederland plaats gaat vinden. Dus ja, het kan ook betekenen dat je dus niet meer past in de zorg die we, die er tegenwoordig verlangd wordt van je, die je moet geven. Dat kan.” (verpleegkundige Verloskunde)

In het vervolg van deze paragraaf wordt ingegaan op de afdeling Neonatologie en de subgroepen IC- en MC/HC verpleegkundigen die op de afdeling Neonatologie te onderscheiden zijn.

Neonatologie: IC verpleegkundigen versus MC/HC verpleegkundigen

In deze deelparagraaf wordt gekeken naar de subgroepen die bestaan op de afdeling Neonatologie. De afdeling Neonatologie bestaat uit de Intensive Care (IC) en de High- en Medium Care (HC en MC). Op de Intensive Care liggen pasgeborenen die actieve ondersteuning nodig hebben van vitale functies. Op de High- en Medium Care worden de kinderen geobserveerd. Uit de interviews blijkt dat door de verpleegkundigen een afstand wordt ervaren tussen de IC en de MC.

“En de MC heb je eigenlijk over een dag niet echt door wat daar speelt en wat er aan de hand is” (verpleegkundige IC Neonatologie)

Verpleegkundigen maken deel uit van verschillende teams: er zijn drie IC teams en er is een MC/HC-team. De afstand tussen de IC en de MC is fysiek aanwezig: de IC en de HC bevinden zich op de tweede verdieping van het WKZ, terwijl de MC zich op de derde verdieping van het gebouw bevindt. In het taalgebruik van de verpleegkundigen is dit onderscheid terug te vinden: ‘oh, zij is van boven, niet van de IC’. Naast afstand maken verpleegkundigen ook onderscheid op basis van kennis en op basis van de aard van hun werk. IC verpleegkundigen lijken de meeste waarde te hechten aan autonomie en lijken daarom meer moeite te hebben met de vorming van een Moeder en Kind Centrum.

IC verpleegkundigen

De IC verpleegkundigen Neonatologie kiezen bewust voor een IC opleiding na de MC/HC opleiding. Zij hebben dus een extra – specialistische – opleiding gevolgd. De dynamiek, hectiek en spanning van de intensive care is wat zij waarderen aan hun werk. Een IC verpleegkundigen over haar werk:

“Ik vind het leuke aan de intensive care het onverwachte. Kinderen die heel ziek zijn en die beter worden, of kinderen die wel vrij goed zijn en ineens helemaal instorten. En gewoon, ja, het spannende eraan, het onverwachte (..)”

Zelfstandig reageren en ad hoc beslissingen nemen is voor de IC verpleegkundigen belangrijk. Wat opvalt aan de IC verpleegkundigen Neonatologie is dat zij relatief veel waarde lijken te hechten aan hun autonomie. Zij moeten in de hectiek van de situatie zelfstandig belangrijke beslissingen nemen. Ze hebben veel ervaring en zijn daardoor handig en zelfstandig in het werk met (hele) zieke pasgeborenen. Een verpleegkundige vertelt hierover:

“Je bent toch meer dat je zelf eigenlijk dingen initieert op de NICU in mijn ogen. Ik denk dat je op de MC/HC veel volgender bent in beleidszaken, dat als je van een dokter hoort dit en dat moet, dan doe je dat, en wij denken ook echt wel meer mee in mijn ogen. Dus je bent ook zelf veel meer betrokken daarbij, en he, ik bedoel, als er daarin dan ook iets mis gaat zie je dat ook wel gelijk gebeuren.”

Een andere verpleegkundige zegt:

“Ik ben iemand die het liefst gewoon een kindje zelf verzorgt en het voelt en he, dat ik zelf eh, veel beter kan observeren als ik het kind zelf verzorg en veel beter een gevoel van heb, van ah dit kind dat reageert anders dan, dan gister of ik heb het idee dat het kind ziek aan het worden is of zo, dat soort dingen, vind ik prettig als ik het kind zelf kan verzorgen, en ik denk ook dat ik het veel sneller en efficiënter kan dan ouders kunnen” (verpleegkundige IC Neonatologie).

In de bovenstaande citaten komt de autonomie naar voren in begrippen als: zelfstandig, zelf dingen initiëren, meedenken en snel en efficiënt zelf werken. Naast deze autonomie, lijken IC verpleegkundigen Neonatologie ook waarde te hechten aan de technische aspecten van de verpleegkunde.

“En het mooie is, nou, vind ik de combinatie van de technische kant, de technische aspecten van het verplegen, maar ook de emotionele ondersteuning” (verpleegkundige IC Neonatologie)

Wanneer ik zelf een kijkje neem op de IC Neonatologie, wordt duidelijk wat met de ‘technische’ kant van de verpleegkunde wordt bedoeld. Alle kinderen liggen in couveuses, omringd door veel apparaten en slangen, bijvoorbeeld beademingsapparatuur. Omdat de kinderen afhankelijk zijn van deze apparatuur, moet de verpleegkundige precies weten hoe alles moet worden afgestemd en bediend. In de hectiek van het moment, moet de verpleegkundige de juiste beslissingen nemen. Hierover zegt een verpleegkundige:

“Bij de MC/HC zijn de kinderen natuurlijk relatief al weer stabiel, maar ze zijn nog wat klein en ze moeten nog net wat ondersteuning hebben, maar op de IC kunnen ze onderuit gaan, en daar ben je veel meer op gefocust.”

Ook een verpleegkundige MC/HC Neonatologie herkent dit verschil:

“Ik denk dat de mensen op de, eh, dat de IC mensen, gewoon wat, misschien wat technischer zijn ingesteld, of, ik weet het niet, ja, misschien wat meer behoefte hebben aan uitdaging en actie, en daarom werk je ook op een IC, denk ik dan. Gewoon wat, wat hectischer, ja, ja” (verpleegkundige MC/HC Neonatologie)

Van de subgroepen die ik voor dit onderzoek heb gesproken, plaatsen de verpleegkundigen van de IC Neonatologie de meeste vraagtekens bij de vorming van het Moeder en Kind Centrum. In de mogelijkheid voor ouders om de hele

dag bij hun kind te zijn (1), de (zieke) kraamvrouw die bij het kind kan worden verzorgd (2) en de beperkte ruimte voor het kind (3) zien IC verpleegkundigen bedreigingen voor het goed uitvoeren van hun werk.

Ten eerste vinden de IC verpleegkundigen de mogelijkheid die het MKCU biedt aan ouders om dag en nacht bij hun kind te zijn, niet allemaal een prettig vooruitzicht. De IC verpleegkundigen vragen zich af of dit niet ten koste gaat van hun werkzaamheden. Een verpleegkundige vertelt hierover:

“Nou, ja het klinkt een beetje bot, maar soms, en dat snap, ik heb dat natuurlijk ook wel eens dat je denkt, pfff, de hele dag die ouders erbij. Je komt niet aan jezelf toe, zeggen we dan altijd he, en alles wat je dan doet, moet je dus uitleggen, vertellen, terwijl, als die ouders er niet zijn dan doe je het gewoon.”

Een andere verpleegkundige zegt:

“En soms is het ook wel een last, ja, het kost echt heel veel tijd. En sommige ouders, dan hoor je jezelf al voor de vierde keer dingen uitleggen en dat is ook niet zo erg, maar het kost echt, het kost echt heel veel tijd. Of ze vragen aan mij iets en dan leg ik het uit, en dan ben ik even weg en dan vragen ze het aan jou, kijken of jij hetzelfde zegt, en dan is de dokter er, dan gaan ze het aan de dokter vragen, en dan moet je alles weer recht praten op het eind. Dus sommige mensen kosten echt heel veel tijd.”

Ten tweede zijn niet alle IC verpleegkundigen blij met het idee dat er wellicht in de toekomst een (zieke) kraamvrouw bij het kind komt te liggen. Een IC verpleegkundige vertelt:

“Maar er zijn ook wel verpleegkundigen die het gewoon niet zien zitten, ook omdat je dan, he, de moeders erbij hebt, de kraamvrouw zeg maar en ja, dat willen ze dan niet. Ze willen niet de zorg voor die moeder ook erbij nemen of op de ene of de andere manier daar iets mee doen.”

Haar collega zegt:

“Nou, stel dat ervoor gekozen wordt om moeders en kind echt bij elkaar te verplegen, dan kan het heel concreet tot gevolg hebben dat jij ook zorgtaken voor moeder erbij zou kunnen krijgen, dat zou een keuze kunnen zijn. (..) En de mensen die hier werken die hebben specifiek voor baby's gekozen en de mensen die op de kraam werken die hebben specifiek voor moeders gekozen. Dus, ja, als je, als je daar een soort van mengvorm gaat creëren, dan is het nog maar de vraag of dat mensen daarop zitten te wachten, op zo'n soort werk. Of dat je affiniteit hebt met dat soort zorg.”

Ten derde vragen de verpleegkundigen zich af of een MKC wel voldoende (fysieke) ruimte biedt om intensieve zorg te leveren aan een zieke neonat. Een verpleegkundige zegt hierover:

“We hebben een keer een kindje opgehaald in [plaats], daar hebben ze ook een Moeder Kind Centrum, maar daar is uiteraard geen IC. En daar gingen wij dat kindje ophalen en we kwamen op een kraamkamer, die helemaal los was, en we dachten, nou, dit is leuk, maar we komen niet voor de moeder maar we komen voor het kind. En dat kindje lag helemaal in een hoekje op diezelfde kamer waar die moeder was, en het kindje was eigenlijk een beetje weggefrommeld. En die lag inderdaad heel ziek te zijn, en daar ik dacht wel van, heeft iemand dat eigenlijk wel gezien, weet je wel? Ik bedoel, en natuurlijk hadden ze iets gezien want daardoor kwamen wij, wij kwamen dat kind halen, dus ik dacht, nou, die vorm zou ik dan niet willen, je moet wel echt duidelijk kunnen zien dat als er iets speelt met het kind, want het kind is daarin eigenlijk belangrijker, nu, dan de moeder, want het kind is ziek en de moeder niet.”

Het lijkt erop dat de IC verpleegkundigen zich om de drie bovenstaande redenen beperkt voelen in hun autonomie.

MC/HC verpleegkundigen

De MC/HC verpleegkundigen hechten meer dan de IC verpleegkundigen waarde aan de begeleiding van ouders en het gezin. Belangrijke taken van de MC/HC verpleegkundige zijn het verzorgen van de kinderen, rust bieden en het begeleiden van de ouders. MC/HC verpleegkundigen zeggen over hun werk:

“Ja het is natuurlijk heel bijzonder als je mensen mag helpen in deze fase van hun leven. (...) Om ze dan toch vertrouwd te maken met hun kind, en dat ze met een gerust hart uiteindelijk weer naar huis gaan.”

“Het is echt het verzorgen, het voeding geven, het observeren aan de monitor [en] heel veel ouderbegeleiding, dat maakt het ook echt wel heel erg leuk.”

Een andere MC/HC verpleegkundige zegt:

“Omdat ouders denk ik op medium care meer, nog meer zelf de regie in handen kunnen nemen, maar daar moet je ze dan ook wel mee helpen, he, het is hun kind. En dat is hier meer dan beneden [op de IC], beneden is het ook hun kind, alleen daar, ja hebben ze gewoon eigenlijk niks te zeggen, in die zin ehh, en hier natuurlijk wel.”

Het observeren, verzorgen en voeden van de kinderen en het begeleiden van de ouders bij de verzorging van hun eigen kind zijn dingen die MC verpleegkundigen Neonatologie waarderen aan hun werk. Ten opzichte van de IC verpleegkundigen lijken zij positiever te staan tegenover het Moeder en Kind Centrum. Zij lijken zich er minder zorgen om te maken dat het Moeder en Kind Centrum hun eigen werkzaamheden belemmert, maar zijn vooral ‘benieuwd’ naar de praktische invulling ervan. Een verpleegkundige MC/HC Neonatologie verwoordt dit als volgt:

“Ja, weet je, ik heb, ik denk dat zeg maar wij van de MC zouden moeten kunnen zorgen voor laagdrempelige kraamvrouwen en dat zij [van Verloskunde] meer zouden moeten kunnen zorgen voor de laagdrempelige MC kinderen, zodat je gewoon in ieder geval één verpleegkundige op een kamer hebt. Maar, op een gegeven moment zal je toch ook moeten gaan samenwerken want dan, gaat het verder dan de lage zorg zeg maar die ze nodig hebben, en dan moet je misschien inderdaad wel met een neonatologie verpleegkundige en een kraamzorg verpleegkundige op één kamer staan. Ja, ja dan zul je het met elkaar moeten afstemmen van goh, wat is wijsheid. Wanneer gaat een kind wel uit de couveuse, en wanneer niet, en ja, dan moet je zorgen dat je goed je grenzen ook vaststelt, maar ik denk dat dat in overleg best kan. Ik denk wel dat het nodig is om dan een bepaalde basiskennis ook te hebben. Wij weten natuurlijk geen bal van, of geen bal van.. een HELLP syndroom⁶ of, daar weet je natuurlijk wel wat van, maar niet heel erg veel en om wel goed te kunnen begrijpen wat dat inhoudt, en waarom bepaalde zorg wordt geleverd, zal je daar toch misschien wel in bijgeschoold moeten worden. Dus eh.. en andersom ook, ja, ja, ja.”

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat (professionele) kennis voor deze verpleegkundige een barrière lijkt te vormen bij een intensievere samenwerking en de vorming van een Moeder en Kind Centrum.

In paragraaf 4.1 werden de verschillende subgroepen van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie besproken. Paragraaf 4.2 gaat over grenzen: tussen Verloskunde en Neonatologie bestaat een fysieke afstand. Ook worden in de volgende paragraaf drie ‘projecten op de grens’ tussen Verloskunde en Neonatologie beschreven.

⁶ Een HELLP is een ernstige vorm van zwangerschapsvergiftiging

4.2 Op de grens

In paragraaf 4.1 is aan de orde gekomen dat tussen en binnen de afdelingen Verloskunde en Neonatologie verschillende subgroepen bestaan. Een verpleegkundige Neonatologie zegt:

“We hebben soms dus een overdracht, maar dat is meer qua planning, van goh, wat dreigt er nog te komen, we hebben mogelijk een kindje wat bij jullie komt, of eh, die vrouw is niet, die ligt op de IC of wat dan ook. Maar verder niet, die zorg rond moeder en kind dat is echt nog gescheiden.”

In het bovenstaande citaat komt de ‘grens’ bijna letterlijk terug in het taalgebruik van een verpleegkundige: de zorg rond moeder en kind is echt nog gescheiden. In paragraaf 4.1 is gebleken dat de verschillende subgroepen op hun eigen manier betekenis geven aan hun werk. Het bestaan van subgroepen impliceert het bestaan van grenzen. In deze paragraaf wordt gekeken naar zaken die zich ‘op de grens’ tussen de twee afdelingen afspelen. Dat is interessant, omdat ook het Moeder en Kind Centrum zich afspeelt ‘op de grens’ tussen Verloskunde en Neonatologie. Eerst wordt ingegaan op de fysieke grens tussen de twee afdelingen. Vervolgens worden drie projecten beschreven die plaatsvinden ‘op de grens’ tussen Verloskunde en Neonatologie: de Moeder en Kind Centrum werkgroep, het PNC project en het opleiden van verpleegkundigen tot zowel Neonatologie-verpleegkundige als verpleegkundige Verloskunde.

Fysieke grenzen

Er bestaan fysieke grenzen tussen Verloskunde en Neonatologie: de twee afdelingen hebben hun eigen gangen in het WKZ. Bij Neonatologie bestaat er een fysieke grens tussen de tweede verdieping, waar de IC en de HC zich bevinden, en de derde verdieping, waar de MC zich bevindt. Ook de afdeling Verloskunde beslaat verschillende verdiepingen. Fysieke grenzen vormen een belemmering in de samenwerking. Een verpleegkundige Verloskunde zegt:

“Want, je ziet nu al bij ons, alleen al op Verloskunde het probleem dat je op verschillende units werkt. Dus het is al heel moeilijk, je ziet al in ons eigen team, dat het lastig is, als je elkaar niet ziet, of nauwelijks ziet, om van elkaar te weten wat voor werk je doet. Eh, hoe druk je het hebt, wat dat betekent dat er allemaal ouders komen, of andersom, ik wil die mevrouw zien en ik zie haar de hele dag niet. Dus, het invoelend vermogen naar elkaar, is veel kleiner denk ik, dan dat je elkaar, dat je letterlijk met elkaar te maken hebt. Dus, het, het gevaar is, dat je toch allemaal je eigen stukje aan het bewaken bent, en ook letterlijk elkaar niet ziet werken.”

Wanneer je elkaar niet *ziet* werken, is het moeilijk om elkaar te begrijpen. Een verpleegkundige Neonatologie zegt hierover:

“Je kent de mensen [van Verloskunde] niet bij naam, je weet niet of ze nou van het verloscentrum of van de kraam zijn.. Het is niet echt, ja je weet gewoon niet wie je collega's zijn” (verpleegkundige IC Neonatologie)

Bij Neonatologie komen de fysieke grenzen vaak terug in het taalgebruik van de verpleegkundigen: ‘oh, zij is van boven, niet van de IC’, ‘boven staat dan nog een bed waar de ouders kunnen slapen, dat is hier beneden ook niet’. Er is nog een reden waarom fysieke grenzen een belemmering vormen bij de samenwerking. Uit de onderstaande citaten, blijkt dat het ‘heen en weer’ lopen tussen de beide afdelingen tijd en energie kost.

“Dus, en, en het vergt ook wel, je bent heel wat heen en weer aan het sjouwen met patiënten. Dus gewoon lichamelijk is het ook beter voor iedereen als we op één unit zouden zitten” (verpleegkundige Verloskunde)

“Maar ja goed je moet er ook moeite voor doen he. Want je moet dus van de NICU af, even naar Verloskunde lopen, dat is niet heel ver, maar toch, je moet weg, en je moet ergens naar toe om je verhaal kwijt te kunnen en het andere verhaal te horen” (verpleegkundige Neonatologie)

Naast dat het lichamelijk zwaar is om ‘heen en weer te sjouwen’ met patiënten, dus om bijvoorbeeld samen met de moeder het kind op de Neonatologie te bezoeken, zegt een verpleegkundige ook dat de fysieke afstand de samenwerking belemmert omdat je er tijd voor moet nemen om contact te maken met de andere afdeling. Tijdens één van mijn observaties van een klinische les kwam dit ook naar voren.

Tijdens de klinische les over hechting ontstaat een discussie tussen de in de vergaderzaal aanwezige verpleegkundigen van Verloskunde en Neonatologie over de huidige en gewenste samenwerking. Een verpleegkundige Verloskunde geeft aan dat het soms lang kan duren tot er informatie komt, wanneer een kindje [na een bevalling bij Verloskunde] naar de Neonatologie IC gaat. Een verpleegkundige Verloskunde geeft aan dat er niet heel vaak iemand langskomt van de Neonatologie als een kindje op de IC ligt. Een verpleegkundige van Neonatologie vindt juist dat er wel best vaak iemand van Neonatologie langsgaat bij Verloskunde als er een kindje op de IC ligt. Vervolgens wordt er veel gesproken over ‘tijd’. Een verpleegkundige Neonatologie benadrukt dat de Neonatologie verpleegkundigen vaak geen tijd hebben om vlak na de bevalling bij de moeder op Verloskunde langs te gaan.

Naast fysieke grenzen bestaan er in organisaties ook andere soorten grenzen. In het theoretisch kader is het onderzoek van Ferlie et al. (2005) aangehaald, die in dit verband ‘sociale en cognitieve’ grenzen noemt. Deze sociale en cognitieve grenzen komen voort uit de verschillende subgroepen, zoals die in paragraaf 4.1 zijn beschreven. In de beschrijving van de subgroepen kwam al aan bod dat de verschillende subgroepen onderscheid maken op basis van bijvoorbeeld kennis. Vooral IC verpleegkundigen Neonatologie beschikken over gespecialiseerde kennis. Verpleegkundigen lijken een gebrek aan kennis als een belangrijk obstakel te zien bij een intensievere samenwerking. Een verpleegkundige Verloskunde zegt hierover:

“(..) ik denk dat een bijscholing op zich ook nog wel handig kan zijn. We hebben ooit wel eens een bijscholing gehad ook over kinderen, maar daar hebben we eigenlijk zo weinig mee gedaan dat ik zoiets heb van nou, wat mij betreft zou er wel weer wat eh.. wat bij kunnen” (verpleegkundige Verloskunde)

Een verpleegkundige MC/HC Neonatologie zegt:

“Ik heb het, toen ik hier zeg maar net was, toen had ik dat zelf ook dat een moeder helemaal wegraakte en dat ik echt zoiets had van, shit, wat moet ik nu? Wat moet ik nu? Van ja, ik weet heel leuk hoe ik dit kind moet doen maar moeder, ehm, help!” (verpleegkundige MC/HC Neonatologie)

Haar collega vult aan:

“Nee, nee, het enige wat je dan.. als je te weinig kennis hebt van he, de verschillende ziektebeelden van de kraamvrouwen, en je wordt geacht daarvoor te zorgen, ja dat is lastig” (verpleegkundige MC/HC Neonatologie)

Aan mogelijke overige sociale en cognitieve grenzen wordt hier verder gaan aandacht besteed, omdat sociale en cognitieve grenzen al aan bod kwamen in de beschrijving van de verschillende subgroepen in paragraaf 4.1.

Projecten op de grens

Ondanks de grenzen die lijken te worden ervaren tussen Verloskunde en Neonatologie zijn er ook momenten waarop de beide afdelingen samenkomen. Hier worden drie 'projecten op de grens' beschreven: de Moeder en Kind Centrum werkgroep, het PNC project en verpleegkundigen die zowel worden opgeleid als Neonatologieverpleegkundige, als als verpleegkundige Verloskunde. In het vervolg van deze paragraaf wordt ingegaan op deze drie projecten.

De Moeder en Kind Centrum werkgroep

Een van de projecten op de grens is de werkgroep Moeder en Kind Centrum. Deze werkgroep is een 'fusie' tussen de werkgroepen IC, MC en Verloskunde en is opgericht omdat de verschillende werkgroepen voorheen langs elkaar heen werkten. De werkgroep fungeert als overlegorgaan en denkt onder andere na over de samenwerking tussen de afdelingen. In de werkgroep zitten verpleegkundigen van de beide afdelingen, verloskundigen, een teamleider van Verloskunde en een teamleider van Neonatologie. Over het ontstaan van de werkgroep zegt een teamleider:

"Ja, ja, weet je, op een gegeven moment was er een MC werkgroep en een IC werkgroep en een Verloskunde werkgroep en dat is nu allemaal op één hoop gegooid en we gaan nu gezamenlijk aan de slag. Dat is al een hele mooie stap omdat je merkt dat die drie werkgroepen langs elkaar heen gingen werken, dubbele dingen doen of dingen gingen vergeten, terwijl we dat nu bij elkaar hebben kunnen gooien en je met elkaar aan de slag kunt. En dat helpt gewoon al, dan maak je je toch samen al sterker."

De werkgroep is uniek in die zin, dat het één van de weinige momenten is waarop de beide afdelingen elkaar 'ontmoeten'. De werkgroep is voor het management een middel om de verpleegkundigen te betrekken bij de ontwikkelingen rondom het Moeder en Kind Centrum en om input te horen van de werkvloer. Voor de werkgroepleden zelf, die vrijwillig deelnemen aan de werkgroep, is het een manier om inspraak te leveren aan het proces rondom de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Een verpleegkundige zegt hierover:

"En de reden dat ik in die werkgroep ben gegaan, is omdat ik het in eerste instantie zelf niet zo zag zitten. En ik dacht, het gaat er toch komen, dus dan kan ik maar beter vanaf het begin erbij betrokken zijn, dan word ik zelf daar ook in meegenomen" (verpleegkundige IC Neonatologie)

Andere verpleegkundigen geven aan dat zij in de werkgroep zijn gegaan uit interesse in het onderwerp.

"Nou ik zat in een andere werkgroep en die lag een beetje stil.. (...) en toen kwam mijn leidinggevende hiermee, en toen zei ik van oh, nou dat vind ik wel leuk om erover mee te denken. Ook omdat het toen in [plaats] ook gebeurde zeg maar. En ik was daar ook nog oproepkracht dus daar heb ik ook nog wel het een en ander van meegekregen. Toen dacht ik, dat vind ik wel leuk, ja!" (verpleegkundige IC Neonatologie)

Het volgende fragment over de Moeder en Kind Centrum werkgroep komt uit mijn observatienotities.

Het is drie uur als de leden van de Moeder en Kind Centrum werkgroep binnendruppelen in een vergaderzaal op de afdeling Neonatologie. Vanwege mijn onderzoek ben ik uitgenodigd om aanwezig te zijn bij de vergadering van de werkgroep, waarin verpleegkundigen van de beide afdelingen, kraamverzorgenden, verloskundigen en twee teamleiders zitting nemen. Op het programma staat een evaluatie van de themaweek Moeder en Kind Centrum die onlangs is gehouden en een vooruitblik op de toekomst. Het gesprek wordt al snel een discussie met als onderwerp hoe in de huidige situatie zo goed mogelijk samen te werken met de beide afdelingen, zodat het belang van de ouders en het kind voorop staat. Dit voorafgaand aan de eventuele vorming van een fysiek Moeder en Kind Centrum. Wat hebben de verpleegkundigen van Verloskunde hiervoor nodig? En de verpleegkundigen van Neonatologie? Een verpleegkundige

Neonatologie herhaalt een aantal keer dát en waarom bepaalde afspraken over samenwerking op haar afdeling zo lastig zijn door te voeren. Verpleegkundigen van de beide afdelingen geven toe dat door drukte en tijdsgebrek sommige afspraken moeilijk zijn na te gaan. De teamleiders vragen wat zij als management kunnen doen om de samenwerking te bevorderen. Men praat erover hoe zij, als leden van de werkgroep, het belang van het Moeder en Kind Centrum bij hun collega's onder de aandacht kunnen brengen.

Uit dit fragment blijkt wat in de interviews ook naar voren is gekomen: er worden verschillen beleefd. In de analyse in het volgende hoofdstuk wordt dit fragment verder besproken. De leden van de werkgroep hebben het idee dat het Moeder en Kind Centrum bij hen meer leeft dan bij de collega's die niet in de werkgroep zitten:

“Nou, dat, dat [het Moeder en Kind Centrum] loopt nog lang niet. Kijk je merkt dat mensen die in die werkgroep zitten, ik zit daar onder andere ook in, die hebben al drie stappen gemaakt. Maar we zijn natuurlijk al anderhalf jaar aan het denken over hoe we bepaalde dingen willen” (verpleegkundige Verloskunde)

Verpleegkundigen die niet in de werkgroep zitten, lijken over de werkgroep te praten in termen van ‘wij’ en ‘zij’. Verpleegkundigen nemen in dit verband vooral aan dat ‘ze’ van de werkgroep wel zullen nadenken over de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Zo vertelt een verpleegkundige Verloskunde:

“Ik denk dat het Moeder en Kind Centrum voor iedereen wennen zal zijn. Ondanks dat iedereen daar op zich wel achter staat hoor, maar ik denk dat je daar sowieso je eigen plekje weer in moet vinden, dan dat je goed moet kijken van, welke taakverdeling heeft wie, wanneer stem je welke zorg op elkaar af, dat je niet met je zorg door elkaar heen loopt, waardoor je niet bepaalde momenten ja, mist, aan verzorging voor beiden, *maar ja, daar zullen ze ongetwijfeld over aan het nadenken zijn, verwacht ik (..)*”

Het PNC project

Sinds ongeveer twee jaar bestaat er een project dat door de verpleegkundigen wordt aangeduid als het ‘PNC project’. Een verpleegkundige MC/HC Neonatologie legt uit wat dit project inhoudt:

“PNC-kindjes zijn kindjes die bijvoorbeeld, bij 36 weken en 2 dagen geboren zijn, officieel zou dat een opnamereden zijn om bij ons [Neonatologie] op de afdeling te komen. Zolang moeder opgenomen ligt op de die afdeling [Verloskunde], mag het kindje tegenwoordig bij moeder blijven, totdat het echt niet gaat en het bijvoorbeeld sondevoeding moet krijgen (...). Net zoals sommige kindjes met, waarvan moeder, zwangerschapsdiabetes heeft, die zouden voorheen ook standaard bij ons opgenomen worden, mogen nu ook eerst proberen of ze bij moeder kunnen blijven. Gewoon, kindjes worden langer daar bij moeder gehouden in plaats van dat het hier een opname zou zijn van een of twee dagen zeg maar.”

Kinderen die voorheen op de afdeling Neonatologie zouden worden opgenomen, bijvoorbeeld door een vroeggeboorte of diabetes van de moeder, mogen nu op de kraamafdeling bij de moeder blijven. Verpleegkundigen van Verloskunde zijn extra bijgeschoold om deze kinderen te kunnen verzorgen. Wanneer zij hulp nodig hebben bij de verzorging van een kind, kunnen zij aankloppen bij de collega's van Neonatologie. Het project wordt op beide afdelingen goed ontvangen en vormt dus een schakel tussen Verloskunde en Neonatologie. Een kraamverzorgende Verloskunde vertelt hierover:

“[’s Ochtends] heb je overleg met de verpleegkundigen van de kraam- en verlosafdeling en de MC en IC [Neonatologie] en dan neem je dus mee, eh, naar het overleg, welke kindjes er in het PNC project liggen en dan bespreek je dat met de verpleegkundige van de MC, van nou, we hebben hier een kindje, eh, die zit in het PNC project en dan heb je ook wel kort overleg van hoe gaat dat, het gaat goed he, dat zij ook wel weten dat die kindjes bij ons op de afdeling liggen, en dat

je ze ook altijd kan je eh, natuurlijk, heel makkelijk bellen, van joh, ik wil even overleggen over dit kindje”
(kraamverzorgende Verloskunde)

Tijdens het standaard overleg dat plaatsvindt aan het begin van de dag om de bezetting van beide afdelingen door te nemen, worden ook de kinderen uit het PNC project besproken. Het zijn echter vooral de verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de Verloskunde en de MC verpleegkundigen van de Neonatologie die bij het project zijn betrokken. De IC Neonatologie blijft buiten beeld, omdat het PNC project alleen is voor kinderen die voorheen op de medium care zouden zijn opgenomen.

Opleiden van verpleegkundigen

Naast de leden van de werkgroep Moeder en Kind Centrum, is er nog een categorie verpleegkundigen die zich ‘op de grens’ bevindt tussen de twee afdelingen. Dit is een groep verpleegkundigen die zowel op de afdeling Neonatologie als op de afdeling Verloskunde wordt opgeleid en tijdelijk werkzaam is. Het volgende fragment komt uit de nieuwsbrief Moeder en Kind Centrum.

“Om onze samenwerking nog verder te intensiveren hebben we als teams neonatologie en verloskunde nog een optie: uitwisseling van verpleegkundigen. In het verleden zijn er wel uitwisselingen geweest waarbij een verpleegkundige neonatologie met obstetrie opleiding⁷ een aantal maanden werkzaam was op verloskunde. Dit najaar willen we starten met het opleiden van een verpleegkundige van de neonatologie [naam verpleegkundige] tot obstetrie verpleegkundige. Daarom komt [naam] in mei werken op verloskunde en gaat na een inwerkperiode in het najaar de O[bstetrie]-opleiding volgen samen met zes collega’s van verloskunde. Na deze opleiding zal zij nog een paar maanden nawerken op verloskunde en dan weer een periode naar de MC/HC neonatologie gaan. Op deze manier hopen we op een nog betere samenwerking. Ook zouden we graag zien dat in het voorjaar 2014 een verpleegkundige van de verloskunde de HCN opleiding⁸ en dus een periode op de MC/HC gaat werken zodat we kunnen gaan uitwisselen” (nieuwsbrief Moeder en Kind Centrum, maart 2013).

Het bovenstaande fragment geeft aan dat de teamleiders Verloskunde en Neonatologie waarde hechten aan verpleegkundigen die op beide afdelingen een opleiding volgen. Omdat de uitwisseling van verpleegkundigen pas net van start is gegaan, is weinig data verkregen over de manier waarop verpleegkundigen hieraan betekenis geven. Toch is uitwisselingsproject in dit bevindingenhoofdstuk opgenomen, omdat het – in ieder geval door het management – wordt beschouwd als belangrijke ‘brug’ tussen de afdelingen, die men in de toekomst graag wil uitbreiden.

In dit hoofdstuk is duidelijk geworden dat er vanuit twee invalshoeken verschillen kunnen worden beschreven: er zijn subgroepen die overeenkomstige, maar ook verschillende waarden toekennen aan hun werk en de vorming van een Moeder en Kind Centrum. Daarnaast worden er grenzen ervaren: fysieke, sociale en cognitieve grenzen. Enkele activiteiten vinden plaats ‘op de grens’ tussen Verloskunde en Neonatologie. Deze activiteiten kunnen dienen als overbrugging van de afstand tussen de afdelingen, maar zijn tegelijkertijd een plek waar de verschillen duidelijk worden. In het volgende hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van de bevindingen, die in dit hoofdstuk werden gepresenteerd.

⁷ De obstetrie opleiding is de opleiding tot obstetrieverpleegkundige, ofwel verpleegkundige Verloskunde.

⁸ De HCN opleiding is de opleiding ‘high care neonatologie’. Een verpleegkundige met de HCN opleiding werkt op de MC/HC Neonatologie.

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van de bevindingen die zijn beschreven in het vorige hoofdstuk. Uit de bevindingen blijkt verpleegkundigen en kraamverzorgenden verschillen ervaren tussen Verloskunde en Neonatologie. De verpleegkundigen en kraamverzorgenden bij Verloskunde werken met de moeder, terwijl de verpleegkundigen bij Neonatologie met de pasgeborene werken. Ook *binnen* de afdelingen zijn verschillende groepen te onderscheiden. Bij Verloskunde gaat het om verschillen tussen kraamverzorgenden en verpleegkundigen en bij Neonatologie om verschillen tussen IC verpleegkundigen en MC/HC verpleegkundigen. In de analyse worden deze bevindingen in verband gebracht met twee theoretische kaders uit de organisatiewetenschappen: (sub)cultuur en grenzen. Auteurs die schrijven over subculturen, kijken naar verhoudingen in organisaties vanuit de groep. Auteurs die schrijven over grenzen, kijken ook naar verhoudingen in organisaties, maar benaderen dat juist vanuit wat zich *tussen* de groepen bevindt: de grens. Zoals uit het theoretisch kader blijkt, zit er overlap in de manier waarop auteurs die zich bezighouden met (sub)cultuur en auteurs die zich bezighouden met grenzen schrijven over organisaties. Paragraaf 5.1 gaat over de verschillende groepen die te onderscheiden zijn *tussen* en *binnen* de afdelingen Verloskunde en Neonatologie vanuit het perspectief van subculturen en grenzen. Paragraaf 5.2 gaat over projecten die plaatsvinden 'op de grens' tussen de twee afdelingen. Deze projecten zijn in staat verschillen te overbruggen, maar zijn ook een moment waarop verschillen juist aan het licht komen en worden gereproduceerd. Uit de bevindingen blijkt ook, dat verpleegkundigen en kraamverzorgenden het soms lastig vinden om over de grenzen van hun eigen 'groep' heen te stappen. In paragraaf 5.3 komt professionele kennis aanbod als belangrijke onderscheidende factor van de verschillende subgroepen. Tot slot gaat paragraaf 5.4 over de vorming van het Moeder en Kind Centrum.

5.1 Subgroepen en grenzen

In het vorige hoofdstuk is aan bod gekomen dat verpleegkundigen en kraamverzorgenden *gemeenschappelijke* waarden kennen. Zij vertellen met passie en enthousiasme over hun werk, stellen het belang van de patiënt voorop en zien, als hulpverlener, dat zorg verlenen in de vorm van een Moeder en Kind Centrum 'de toekomst' heeft. Uit mijn bevindingen blijkt echter ook, dat verpleegkundigen en kraamverzorgenden op *verschillende* manieren betekenis lijken te geven aan hun werk. Zowel *tussen* de twee afdelingen, Verloskunde en Neonatologie, als *binnen* de afdelingen zijn subgroepen te onderscheiden met hun eigen cultuur.

De verschillende subgroepen zijn te onderscheiden wanneer gebruik wordt gemaakt van de 'subcultural approach' (Morgan en Ogbonna, 2008). In het theoretisch kader kwam aan bod dat verschillende auteurs cultuur beschouwen als iets dat verschillen kan aanduiden in organisaties (Alvesson 2013; Morgan en Ogbonna 2008; Martin 2002; Parker 2000). Zij gaan daarmee in tegen het idee dat een organisatiecultuur moet bestaan uit één set van gedeelde waarden en normen. Parker (2000) maakt dit expliciet wanneer hij stelt dat cultuur iets is waarop 'us and them' claims kunnen worden gebaseerd: cultuur is daarmee "een systeem van betekenisgeving waarmee individuen onderscheid maken tussen 'wij' en 'zij'" (in: Vermeulen en Koster, 2011, p. 200). Parker (2000) geeft aan dat hij met zijn onderzoek alleen heeft gekeken naar de 'high status groups' in organisaties (Parker, 2000, p. 219). Dit onderzoek toont aan dat ook in het WKZ onder verpleegkundigen en kraamverzorgenden de dynamiek van subgroepen of subculturen lijkt te bestaan. De verpleegkundigen en kraamverzorgenden in het WKZ praten vaak in termen van 'wij' en 'zij'. Het onderscheid dat door de verpleegkundigen en kraamverzorgenden wordt gemaakt lijkt vooral

gebaseerd te zijn op ruimtelijke en professionele gronden. Door verpleegkundigen wordt vaak gesproken in zinnen als: 'Wij van Verloskunde, en zij van Neonatologie' (professie), 'wij van hier, en zij van de overkant' (ruimtelijk) en 'wij zijn gespecialiseerd in kinderen en zij hebben vooral te maken met volwassenen' (professie). Op basis hiervan ontstaan zes subgroepen: Verloskunde enerzijds en Neonatologie anderzijds. Belangrijke verschillen tussen Verloskunde en Neonatologie die zijn beschreven zijn de patiëntenpopulatie, de handelingen en inhoud van het werk en de manier van werken. Binnen Verloskunde onderscheiden de verpleegkundigen zich van de kraamverzorgenden. Dit onderscheid wordt vooral gemaakt op basis van kennis, de inhoud van het werk en de verantwoordelijkheden. Binnen Neonatologie wordt een onderscheid gemaakt tussen IC verpleegkundigen enerzijds en MC/HC verpleegkundigen anderzijds. Ook hier spelen kennis en verantwoordelijkheden een rol.

In het theoretisch kader wordt een verband gelegd tussen theorie over subculturen en theorie over grenzen: waar de eerste vooral kijkt naar onderscheid op basis van groepen, gaat het tweede uit van wat zich *tussen* de groepen bevindt, een grens. In de bevindingen komen grenzen tussen de verschillende groepen verpleegkundigen aan bod. Zo is er een fysieke afstand tussen Verloskunde en Neonatologie, die zich beide in een andere vleugel van het WKZ bevinden. Daarnaast lijkt 'kennis' voor de verpleegkundigen een obstakel te vormen bij een intensievere samenwerking. Deze grenzen die tussen en binnen de afdelingen bestaan kun je typeren met wat Ferlie et al. (2005) 'fysieke' en 'sociale en cognitieve' grenzen noemt. De theorie over grenzen leent zich ook om te kijken naar zaken die spelen 'op de grens' tussen de twee afdelingen. Hierover gaat paragraaf 5.2.

5.2 Op de grens

Op de grens tussen Verloskunde en Neonatologie vinden verschillende activiteiten plaats. In het bevindingenhoofdstuk werden drie 'projecten' beschreven: de werkgroep Moeder en Kind Centrum, het PNC project en verpleegkundigen die worden opgeleid als Neonatologieverpleegkundige en als verpleegkundige Verloskunde. Het zijn projecten waarin de beide afdelingen samenkomen en die eigenschappen vertonen van het in het theoretisch kader genoemde 'boundary work' (Zietsma en Lawrence, 2010), in de literatuur vaak gespecificeerd als boundary brokers, boundary objects en boundary places (Kimble et al. 2010; Carlile 2002; Koster 2012).

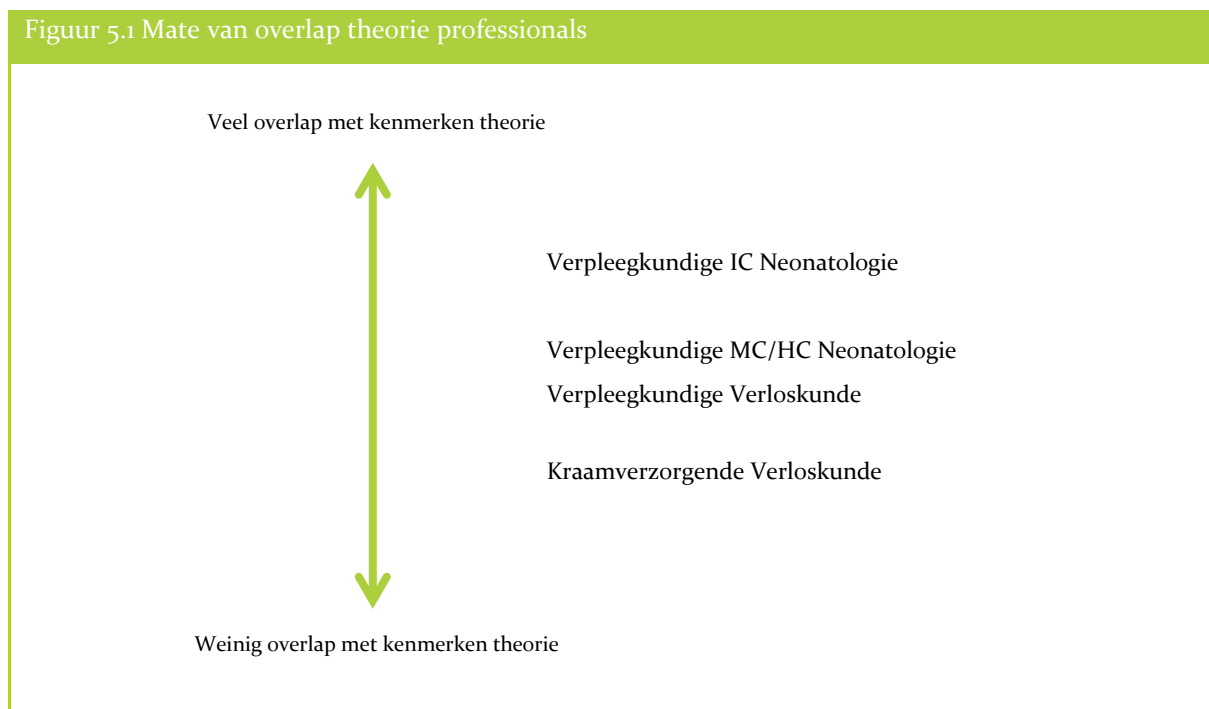
Deze activiteiten op de grens zijn momenten waarop de afdelingen samenkomen, maar waar tegelijkertijd ook verschillen worden beleefd en gereproduceerd (vgl. o.a. Koster, 2012). Een voorbeeld hiervan is in dit onderzoek terug te vinden in een observatie van een vergadering van de werkgroep Moeder en Kind Centrum. Deze vergadering wordt beschreven in paragraaf 4.2 op pagina 41 en 42. In de vergadering wordt een brug geslagen tussen de afdelingen, maar worden de verschillen tussen de groepen ook benadrukt. Duidelijk wordt, dat de leden van de werkgroep niet alleen deel uitmaken van hun eigen – 'professionele' – subgroep, bijvoorbeeld IC verpleegkundige Neonatologie, maar ook *lid van de werkgroep* zijn. Iemand is bijvoorbeeld IC verpleegkundige Neonatologie en lid van de werkgroep Moeder en Kind Centrum. De werkgroep is op die manier ook een eigen 'subcultuur' geworden. Als *lid van de werkgroep* overziet de verpleegkundige de ontwikkelingen op het gebied van het Moeder en Kind Centrum. Ze probeert het MKCU onder de aandacht te brengen bij collega's die geen zitting nemen in de werkgroep. Hierdoor staat zij in verbinding met de andere leden van de werkgroep, die allemaal ditzelfde doel nastreven. Tegelijkertijd verwoordt ze als *IC verpleegkundige* tijdens de vergaderingen van de werkgroep waarom juist *IC verpleegkundigen* moeite hebben met het nakomen van bepaalde afspraken ter bevordering van de samenwerking en het MKCU. In de discussie is iemand soms vooral *lid van de werkgroep* en soms vooral *IC verpleegkundige Neonatologie*. Vanuit de theorie over 'boundary work' kun je de werkgroep zien als een project op de grens, waar de afdelingen samenkomen én waar de verschillen worden benadrukt en gereproduceerd. Parker

(2000) zal het daarentegen als uiting zien van het feit dat individuen zich kunnen identificeren met verschillende subgroepen, afhankelijk van de manier waarop zij de context interpreteren.

5.3 De verpleegkundige als professional

In het theoretisch kader wordt gesteld dat de verpleegkunde professionaliseert (o.a. Swennen 2012; Wynd 2003). Uit de bevindingen van dit onderzoek blijkt, dat de manier waarop verpleegkundigen in het WKZ betekenis geven aan hun werk op sommige punten overlapt te met kenmerken die de theorie toekent aan professionals. Het gaat hierbij vooral om prestige en expertise (Swennen, 2012), of, anders gezegd, je een professional *voelen* (Trappenburg, 2011) en beschikken over specialistische, professionele kennis (Carlile, 2002). Vooral in de manier waarop IC verpleegkundigen Neonatologie betekenis geven aan hun werk, zie ik overlap met deze kenmerken uit de theorie over professionals. IC verpleegkundigen Neonatologie verrichten specialistisch werk, hebben veel verantwoordelijkheden en moeten ad hoc beslissingen nemen. In de hectiek van het moment moeten zij in staat zijn juiste beslissingen te nemen. Bovendien heeft hun handelen direct (ingrijpend) gevolg voor de patiënten. Daarnaast is het belangrijk dat zij zich in grote mate een professional *voelen*.

Bij de kraamverzorgenden zie ik de minste overlap met de theorie over professionals. Zij vertellen weinig over verantwoordelijkheden die specifiek bij hen liggen, maar zeggen bijvoorbeeld dat ze voor vragen altijd terecht kunnen bij de verpleegkundige. Ook vinden hun werkzaamheden, in tegenstelling tot die van de IC verpleegkundigen, niet plaats op het 'scherpst van de snede'. In figuur 5.1 staat schematisch weergegeven in hoeverre de verhalen van de verschillende groepen verpleegkundigen en kraamverzorgenden overlap lijken te vertonen met kenmerken uit de theorie over professionals.



De mate waarin een verpleegkundige of kraamverzorgende kenmerken vertoont die overeenkomen met kenmerken van een professional, kan belangrijke gevolgen hebben voor de manier waarop zij samenwerken met (verpleegkundigen van) de andere afdeling. In het theoretisch kader werd verteld dat professionals, die een grote waarde hechten aan autonomie, moeilijk 'over de grenzen' van hun vakgebied kunnen samenwerken (Kimble et al. 2010; Heldal 2010). Uit de bevindingen blijkt, dat IC verpleegkundigen Neonatologie de meeste moeite hebben met de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Zij zien de mogelijkheid voor ouders om de hele dag bij hun kind te zijn, de (zieke) kraamvrouw die in de toekomst mogelijk bij het kind wordt verzorgd en de beperkte ruimte voor het kind als mogelijke bedreigingen voor het goed kunnen uitvoeren van hun werk. Bovendien lijken ze het idee te hebben dat zij, en alleen zij, beschikken over voldoende kennis en vaardigheden om het werk snel, efficiënt en goed te kunnen doen. Het lijkt erop dat hoe meer de manier waarop verpleegkundigen betekenis geven aan hun werk overeenkomt met wat de literatuur (Wilensky 1964; Noordegraaf 2007; Swennen 2012; Trappenburg 2011) beschrijft als kenmerken van een professional, des te problematischer de verpleegkundigen de vorming van het Moeder en Kind Centrum ervaren.

5.4 Vorming van het Moeder en Kind Centrum

Net als de projecten op de grens, die in paragraaf 5.2 werden besproken, speelt het Moeder en Kind Centrum zich af op de grens tussen Verloskunde en Neonatologie. Dat moeder, gezin en pasgeborene zoveel mogelijk samen blijven tijdens en na de bevalling en dat het gezin een actieve rol krijgt in het zorgproces, vraagt om een intensievere samenwerking. Het vraagt om wat D'Amour en Oandasan (2005) 'interprofessionality' noemen. Hierbij lijkt het onvermijdelijk dat er grenzen worden overschreden. Dat is lastig in een organisatie die haar 'levensvatbaarheid' ontleent aan de losse koppeling en zwakke integratie over de grenzen heen (Heldal, 2010), waar professionals werken die beschikken over specialistische kennis en zich professional voelen. Zoals in paragraaf 5.3 wordt aangetoond, lijkt het erop dat hoe *meer* overlap er is tussen de manier waarop verpleegkundigen betekenis verlenen aan hun werk en kenmerken die in de theorie aan professionals worden toegedicht, des te problematischer de verpleegkundigen de vorming van het Moeder en Kind Centrum ervaren. In de bevindingen is dit terug te zien bij de IC verpleegkundigen Neonatologie. De IC verpleegkundigen zijn, meer dan de andere verpleegkundigen en de kraamverzorgenden, bij het overschrijden van deze grenzen bang voor het verlies van autonomie. Zij zijn bijvoorbeeld bang dat ze, wanneer er continu ouders aanwezig zijn, minder goed en minder snel zorg kunnen leveren aan het kind. Of ze zijn bang dat ze, wanneer het bed van de moeder zich in dezelfde ruimte bevindt als het bed van het kind, te weinig ruimte hebben om voor het kind te zorgen. Aan de andere kant staan de kraamverzorgenden. Zij vertonen relatief de minste overlap met kenmerken van de professional en lijken ook de minste moeite te hebben met de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Overigens is het goed om op te merken dat ook binnen de subgroepen individuele voorkeuren en ideeën een rol spelen. Zoals uit de verbinding met de theorie van Parker (2000) blijkt, kan een persoon zich identificeren met verschillende subgroepen. De ene IC verpleegkundige is de andere niet. Over al algemeen lijkt het er echter op dat hoe meer de groep waarmee een verpleegkundige zich identificeert, professionele kenmerken vertoont, des te moeilijker zij het vindt om zich achter de vorming van het Moeder en Kind Centrum te scharen.

6 | conclusie en discussie

De afdelingen Verloskunde en Neonatologie van het Wilhelmina Kinderziekenhuis willen graag mee in de beweging om zorg rond de bevalling in te richten volgens de principes van gezinsgerichte zorg. Een nieuwe structuur, meer overleg, eventuele nieuw- of verbouw van het ziekenhuis en een intensievere samenwerking tussen de twee afdelingen, moeten leiden tot de vorming van een Moeder en Kind Centrum. Om dit proces goed te laten verlopen, is het belangrijk om inzicht te hebben in de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de twee afdelingen betekenis geven aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum. Daarom is in dit onderzoek de volgende vraag gesteld:

“Hoe geven kraamverzorgenden en verpleegkundigen van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie betekenis aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum?”

Een belangrijke deelvraag daarbij is, hoe kraamverzorgenden en verpleegkundigen betekenis geven aan het werken op hun eigen afdeling en de huidige samenwerking tussen Verloskunde en Neonatologie. In dit laatste hoofdstuk wordt, met behulp van de theoretische concepten uit hoofdstuk twee, een antwoord gegeven op deze vragen. Vervolgens worden kritische kanttekeningen geplaatst bij het onderzoeksproces en worden enkele suggesties gedaan voor eventueel vervolgonderzoek. Voor aanbevelingen die voortvloeien uit de conclusies van dit onderzoek wordt verwezen naar hoofdstuk zeven.

Tijdens het onderzoeksproces bleek dat twee concepten uit de literatuur relevant waren als hulpmiddel in de zoektocht naar een verklaringsgrond voor de gevonden data: subcultuur en grenzen. Verschillende auteurs (Alvesson 2013; Morgan en Ogbonna 2008; Martin 2002; Parker 2000) pleiten voor een ‘subcultural approach’ (Morgen en Ogbonna, 2008) bij het bestuderen van organisaties. Parker (2000) maakt dit expliciet wanneer hij stelt dat cultuur iets is waar ‘us and them claims’ op worden gebaseerd. Deze visie op cultuur biedt een aanknopingspunt om verschillende subgroepen in het WKZ te beschrijven. Auteurs die schrijven over subculturen, richten zich echter voornamelijk op een beschrijving van verschillende groepen. Zij bieden weinig aanknopingspunten om te kijken naar wat er gebeurt *tussen* de verschillende groepen. Daarom is in dit onderzoek theorie over subculturen aangevuld met theorie over ‘boundaries’, grenzen. Door deze twee begrippen met elkaar te verbinden, kan zowel gekeken worden naar de cultuur van de verschillende subgroepen als naar wat er zich *tussen* de groepen afspeelt: op de grens. Aan de hand van theorie over ‘boundary work’ (Zietsma en Lawrence 2010; Kimble et al. 2010; Koster 2012; Carlile 2002) werden drie projecten die in het WKZ ‘op de grens’ tussen Verloskunde en Neonatologie plaatsvinden, beschreven. Vooral uit het voorbeeld van de werkgroep Moeder en Kind Centrum werd duidelijk, dat het een plek is waar de afdelingen samenkomen, maar waar ook de verschillen duidelijk worden (vgl. o.a. Koster, 2012).

Uit dit onderzoek blijkt dat er verschillende subgroepen te onderscheiden zijn *tussen* en *binnen* de afdelingen Verloskunde en Neonatologie. Verpleegkundigen en kraamverzorgenden maken vooral onderscheid op basis van ruimtelijke en professionele gronden. Auteurs als Swennen (2012) en Wynd (2003) stellen dat de verpleegkunde professionaliseert. In dit onderzoek lijken vooral de verpleegkundigen IC Neonatologie overeenkomsten te vertonen met kenmerken die de literatuur typeert als kenmerken van een professional: zij beschikken over gespecialiseerde kennis en *voelen* zich een professional (Wilensky 1964; Trappenburg 2011). De kraamverzorgenden lijken de minste overeenkomsten te vertonen met wat de literatuur typeert als een professional. Auteurs als Heldal (2010), Kimble et al. (2010) en Ferlie et al. (2005) stellen dat juist professionals moeite hebben met wat D’Amour en Oansadan (2005) ‘interprofessionality’ noemen, het samenwerken met andere professies en

het overbruggen van de eigen grenzen. Voor het Moeder en Kind Centrum is dat precies datgene wat er moet gebeuren: de verpleegkundigen en kraamverzorgenden moeten in het Moeder en Kind Centrum intensiever en op een andere manier met elkaar samenwerken, apart en toch samen. Uit de bevindingen van dit onderzoek blijkt, dat de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan het Moeder en Kind Centrum per subgroep verschillend is. De kraamverzorgenden lijken de invoering van het MKCU het minst als problematisch te ervaren, terwijl de invoering van het MKCU voor de verpleegkundigen IC Neonatologie het meest problematisch lijkt te zijn. Het lijkt er echter op dat hoe *meer* de groep waarmee een verpleegkundige zich identificeert, professionele kenmerken vertoont, des te moeilijker zij het vindt om zich achter de vorming van het Moeder en Kind Centrum te scharen.

Kanttekeningen en suggesties vervolgonderzoek

Onderzoek doen betekent keuzes maken en bij ieder onderzoek kunnen kritische kanttekeningen worden geplaatst. Eén van de keuzes die in het kader van dit onderzoek kritisch kan worden bekeken is de keuze van de respondenten. Om dit onderzoek behapbaar en overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen om alleen te praten met verpleegkundigen en kraamverzorgenden. Een derde groep, de dokters, is bewust buiten beschouwing gelaten. Op het proces rond de vorming van een Moeder en Kind Centrum hebben de artsen echter wel een grote invloed. Het verdient dan ook een aanbeveling om een eventueel vervolgonderzoek (ook) te richten op de betekenis die *artsen* toekennen aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum.

Een tweede kanttekening betreft moment in de tijd waarop dit onderzoek is uitgevoerd. Hoewel idee van een Moeder en Kind Centrum niet nieuw is, hebben veel respondenten opgemerkt dat zij nog niet heel bekend zijn met het MKCU. Het proces van de verandering is in gang gezet, maar gaat ook nog wel even door. Hoewel het, zoals al in de inleiding van dit onderzoek werd aangegeven, belangrijk is om nu inzicht te hebben in de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis geven aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum, is de mate waarin zij bekend zijn met het MKCU mogelijk van invloed op de manier waarop zij hieraan betekenis verlenen. Bovendien wachten de afdelingen op het moment van dit onderzoek op toestemming van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht om te mogen verbouwen. Of er wel of niet verbouwd gaat worden, zal in grote mate bepalend zijn voor de toekomst van het MKCU en ook voor de manier waarop verpleegkundigen eraan betekenis verlenen. Het verdient een aanbeveling om later in de tijd opnieuw te zoeken naar de betekenis die verpleegkundigen en kraamverzorgenden verlenen aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum.

Naast enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek, levert de zoektocht naar de manier waarop verpleegkundigen en kraamverzorgenden betekenis verlenen aan de vorming van het Moeder en Kind Centrum ook enkele praktische aanbevelingen op, die in hoofdstuk zeven zijn toegevoegd aan dit onderzoek.

7 | aanbevelingen

Verschillende auteurs besteden aandacht aan de vraag waarop een organisatie het beste kan omgaan met vraagstukken van cultuur en verandering (Vermeulen en Koster, 2011; De Man, 2009; Sandberg en Targama, 2007). Voor de afdelingen Verloskunde en Neonatologie is het bij de vorming van het Moeder en Kind Centrum een uitdaging om ondanks de in dit onderzoek beschreven verschillen op een goede manier samen te werken in het Moeder en Kind Centrum. Onder andere op basis van de bovenstaande auteurs, kom ik hier tot enkele praktische aanbevelingen.

1. Probeer niet koste wat het kost alle neuzen altijd dezelfde kant op te willen bewegen

Tijdens het doen van dit onderzoek heb ik vaak gehoord: “alle neuzen moeten dezelfde kant op!” Uit dit onderzoek blijkt juist, dat verschillen een wezenlijk onderdeel uitmaken van Verloskunde en Neonatologie. Verpleegkundigen en kraamverzorgenden hebben de ruimte nodig om deze verschillen te uiten. Als manager kun je geen homogene cultuur creëren: het top-down opleggen van cultuur draagt “het risico in zich dat interventies lokaal worden ervaren als miskennis van de eigenheid en autonomie” (Vermeulen en Koster, 2011, p. 207). Erken dat verpleegkundigen en kraamverzorgende Verloskunde en verpleegkundigen Neonatologie mogelijk andere dingen nodig hebben en heb hier aandacht voor. Sandberg en Targama (2007) hebben het over *managing understanding* en daarmee bedoelen zij dat het belangrijk is om te begrijpen hoe medewerkers hun werk *begrijpen*, welke betekenissen zij hieraan verlenen. Het verdient een aanbeveling om bij de vorming van het Moeder en Kind Centrum aandacht te hebben voor de (verschillende) manier(en) waarop verpleegkundigen betekenis verlenen aan hun werk, wat zij belangrijk vinden, voor de verschillende stemmen in de organisatie. Een eerste aanzet daartoe is gedaan in de vorm van deze scriptie. Uit dit onderzoek blijkt dat in het bijzonder voor de IC verpleegkundigen Neonatologie de vorming van het Moeder en Kind Centrum op sommige punten als problematisch wordt ervaren. Heb hier voldoende aandacht voor, inventariseer vooral bij deze groep goed waar de (mogelijke) pijnpunten zitten.

2. Maak gebruik van de kennis van mensen ‘op de grens’

Maak gebruik van projecten of personen ‘op de grens’. Bijvoorbeeld het PNC project: wat zijn de succesfactoren van dit project? Welke gemeenschappelijkheden ontleen verpleegkundigen en kraamverzorgenden van de beide afdelingen hieraan? Maak ook gebruik van de kennis van personen ‘op de grens’. Een verpleegkundige die op beide afdelingen stage heeft gelopen of op beide afdelingen de opleiding heeft gevolgd, kent de cultuur van beide afdelingen van binnenuit. Zij kan een verbinding vormen tussen verschillende groepen verpleegkundigen en kraamverzorgenden.

Agar, M. (2010). On the Ethnographic Part of the Mix: A Multi-Genre Tale of the Field. *Organizational Research Methods*, 13 (2), 286-303.

Alvesson, M (2013). *Understanding Organizational Culture 2nd edition*. Londen: Sage Publications.

Beck, S.A., Weis, J., Greisen, G., Andersen, M. en Zoffmann, V. (2009). Room for family-centered care – a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project. *Journal of Neonatal Nursing*, 15 (3), 88-99.

Bergen, M. van (2003). Gezinsgerichte zorg en kraamsuites. *Kind en ziekenhuis*, 26 (3), 76-82.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Bosch, R. en Boeije, H. (2010). Wetenschapsfilosofische grondslagen bij analyseren in kwalitatief onderzoek. Bijlage bij: Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Brown, A.D., Humphreys, M. (2003). Epic and Tragic Tales: Making Sense of Change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39 (2), 121-144.

Carlile, P.R. (2002). A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. *Organization Science*, 13 (4), 442-455.

D'Amour, D. en Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (s1), 8-20.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. en Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48 (1), 117-134.

Heldal, F. (2010). Multidisciplinary collaboration as a loosely coupled system: Integrating and blocking professional boundaries with objects. *Journal of Interprofessional Care*, 24 (1), 19-30.

Heracleous, L. (2001). An Ethnographic Study of Culture in the Context of Organizational Science. *Journal of Applied Behavioral Science*, 37 (4), 426-446.

Higman, W. en Shaw, K. (2008). Nurses' understanding about the delivery of family centered care in the neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 14, 193-198.

Kimble, C., Grenier, C. en Goglio-Primard, K. (2010). Innovation and knowledge sharing across professional boundaries: Political interplay between boundary objects and brokers. *International Journal of Information Management*, 30 (5), 437-444.

- Koster, M. (2012). Brokers, boundaries and buildings: community leaders and their offices in a Recife slum, Brazil. *Unpublished Manuscript*.
- Krefting, L. (1991). Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45 (3), 214-222.
- Krikpatrick, I., Dent, M. en Kragh Jespersen, P. K. (2011). The contested terrain of hospital management: professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociology*, 59 (4), 489-506.
- Kunda, G. (2006). *Engineering Culture: Control and Commitment in a High-Tech Corporation 2nd edition*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Man, H. de (2009). Cultuur en verandering: beperkingen van het instrumentele model. *Management en Organisatie*, 3, 21-35.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture. Mapping the terrain*. Londen: Sage Publications.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). Koers op kwaliteit. Geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2007/07/06/koers-op-kwaliteit.html> op 27 februari 2013.
- Morgen, P.I. en Ogbonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: a multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations*, 61 (1), 39-65.
- Noordegraaf, M. (2007). From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39 (6), 761-785.
- Noordegraaf, M. (2008). *Management in het publieke domein*. Bussum: Coutinho.
- Olson, K. (2011). *Essentials of Qualitative Interviewing*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Orden, J.D. en Weick, K. E. (1990). Loosely Coupled Systems: a Reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15 (2), 203-223.
- Örtenstrand, A., Westrup, B., Broström, E., Sarman, I., Åkerström, S., Brune, T., Lindberg, L. en Waldenström, U. (2010). The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. *Pediatrics*, 125, 278-285.
- Parker, M. (2000). *Organizational Culture and Identity: unity and division at work*. Londen: Sage Publications.
- Phillips, C.R. (2003). *Family-Centered Maternity Care*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). *Gezondheid 2.0*. Breda: Broese en Peereboom.

- Rubin, H.J. en Rubin, I.S. (2008). *Qualitative Interviewing: the Art of Hearing Data*. Thousand Oaks: Sage.
- Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Londen: Sage Publications.
- Sandberg, J. en Targama, A. (2007). *Managing Understanding in Organizations*. Londen: Sage Publications.
- Schein (1992). *Organizational Culture and Leadership 2nd edition*. San Francisco: Jossey Bass.
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28 (3), 339-358.
- Stoopendaal, A. (2005). Integratie. Effecten van integratiebewegingen in de zorg. *Bestuurskunde*, 14 (4), 13-21.
- Swennen, J. M. H. (2012). Van oppermeester tot docenten hoger onderwijs, de ontwikkeling van het beroep en de identiteit van lerarenopleiders. *Academisch Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam*.
- Trappenburg, M. (2011). Managers en professionals. In: M. Noordegraaf, *Handboek Publiek Management*. Utrecht: Lemma.
- V&VN VOG (januari 2012). Visie beroepsvereniging van zorgprofessionals voortplanting, obstetrie en gynaecologie. Geraadpleegd via <http://vog.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=axvnLmvtTqI%3D&tabid=733>, op 21 februari 2013.
- UMC Utrecht (2013). Wat is het perinatologisch centrum? Geraadpleegd via <http://www.umcutrecht.nl/zorg/patienten/specialismen/V/verloskunde/samenwerking.htm>, op 7 februari 2013.
- Vermeulen, J. en Koster, M. (2011). Managen van cultuur in publieke organisaties. In: M. Noordegraaf, *Handboek Publiek Management*. Utrecht: Lemma.
- Werkgroep Moeder en Kind Centrum (2013). Nieuwsbrief Moeder en Kind Centrum Utrecht.
- White, R.D. (2010). Single-Family Room Design in the Neonatal Intensive Care Unit. Challenges and Opportunities. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10 (2), 83-86.
- Wilensky, H. (1964). *The Professionalization of Everyone?* Chicago: Chicago University Press.
- Wynd, C.A. (2003). Current Factors Contributing to Professionalism in Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 19 (5), 251-261.
- Zietsma, C. en Lawrence, T.B. (2010). Institutional Work in the Transformation of an Organizational Field: The Interplay of Boundary Work and Practice Work. *Administrative Science Quarterly*, 55 (2), 189-221.

verklarende woordenlijst

Academisch ziekenhuis

Een academisch ziekenhuis is een ziekenhuis dat zorg verleent waarbij specialistische medische kennis is vereist. Daarnaast wordt in een academisch ziekenhuis wetenschappelijk onderzoek verricht en is het verbonden aan de opleiding geneeskunde van de universiteit. Het is daarmee een opleidingsinstituut voor artsen.

Alarm, bel

Een term die wordt gebruikt voor een alarm dat afgaat wanneer de waarden van een pasgeborene afwijken of wanneer een volwassene aangeeft hulp nodig te hebben.

Derdelijns ziekenhuis

Zie academisch ziekenhuis

Gezinsgerichte zorg

Nederlandse vertaling van 'family centered care', zorg rond de bevalling waarbij de kraamvrouw en haar gezin centraal staan. Moeder en kind blijven zoveel mogelijk bij elkaar tijdens en na de bevalling en het gezin krijgt een actieve rol in het zorgproces. Wordt vaak verleend in de vorm van een Moeder en Kind Centrum.

Gynaecologie

Specialisatie van de geneeskunde die zich bezighoudt met alle ziekten die specifiek zijn voor de vrouw.

Gynaecoloog

Arts die zich heeft gespecialiseerd in de vrouwengeneeskunde. Ook wel vrouwenarts genoemd.

IC

Intensive Care. Op de Intensive Care liggen kinderen die bijvoorbeeld te vroeg geboren zijn of (ernstig)

ziek zijn na de geboorte. Zij hebben actieve ondersteuning nodig, zoals beademing. Ook wel NICU.

Hechting

Term die wordt gebruikt voor de duurzame relatie die wordt opgebouwd tussen het kind en de ouders of opvoeders. Start vanaf het eerste moment na de geboorte.

HELLP

Het HELLP syndroom is een ernstige vorm van zwangerschapsvergiftiging.

HC

High Care. Op de HC liggen pasgeborenen die speciale, maar geen intensieve zorg nodig hebben.

Klinische les

Een klinische les is een korte les voor verpleegkundigen die meestal een half uur duurt. Een groep verpleegkundigen komt tijdens zo'n les bij elkaar om met elkaar te spreken over een bepaald thema.

Medische indicatie

De term 'medisch' gebruiken kraamverzorgenden en verpleegkundigen voor vrouwen die in het ziekenhuis bevallen vanwege een medische indicatie, bijvoorbeeld een dreigende vroeggeboorte of ziekte van de moeder. In het ziekenhuis is ook een 'eerstelijns verloscentrum' gevestigd, waar niet medische bevallingen plaatsvinden; dit zijn gewone bevallingen waarbij geen complicaties optreden.

MC

Medium Care. Op de MC liggen kinderen die geen actieve ondersteuning nodig hebben, maar nog wel

worden geobserveerd, bijvoorbeeld om aan te sterken.

Moeder en Kind Centrum

Het WKZ wil gezinsgerichte zorg toepassen in de vorm van een Moeder en Kind Centrum. Dit betekent mogelijk een verbouwing van het ziekenhuis.

MKCU

Moeder en Kind Centrum Utrecht

Neonaat

Pasgeborene

Neonatologie

Sub-specialisme van de kindergeneeskunde dat zich richt op zieke of vroeggeboren zuigelingen.

NICU

Neonatologie Intensive Care Unit. Ook wel IC (Neonatlogie). Alleen aanwezig in Academische Ziekenhuizen.

Lijnen

Een term die wordt gebruikt wanneer een patiënt aangesloten is op apparatuur, zoals beademing of een infuus.

Obstetrie

Onderdeel van de specialisatie gynaecologie.

Obstetrie is de verzamelnaam voor alle kennis op het gebied van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed.

Overdracht

Overdracht betekent dat verpleegkundigen elkaar op de hoogte houden, bijvoorbeeld over het verloop van een bevalling of de toestand van een kind.

Tweedelijns ziekenhuis

Een algemeen ziekenhuis waar een patiënt terecht kan met een verwijzing vanuit de eerste lijn (huisarts).

Unit

(Deel van een) afdeling

UMCU

Universitair Medisch Centrum Utrecht, academisch ziekenhuis in Utrecht.

Verloskunde

Zie obstetrie.

WKZ

Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht, onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.