

# Sensegiving als voorwaarde voor sensemaking

*Een onderzoek naar de betekenisgeving van verpleegkundigen  
aan de overgang van een aanbodgerichte naar een  
vraaggerichte werkwijze*

Rikkert Jolink  
Utrecht, Oktober 2009

## Voorwoord

Je vierjarige studie afsluiten met een scriptie waar je vijf maanden de tijd voor hebt. Voor mij was het te kort. Natuurlijk had ik tijdwinst kunnen boeken door die ene avond door te werken, door niet op vakantie te gaan en door de middagpauze over te slaan. Misschien was ik dan wel eind juni klaar geweest. Of deze scriptie dan ook dezelfde vorm had gekregen? Ik denk het niet. Voor mij waren de momenten waarop ik niet direct bezig was met mijn onderzoek waarschijnlijk het meest productief van allemaal. Ze gaven me de mogelijkheid afstand te nemen van lastige dilemma's, onoverzichtelijke situaties en onmogelijke verbanden. Tijdens die momenten vond ik de energie om alles rustig op een rij te zetten en tot nieuwe ideeën te komen. Het gaf me de mogelijkheid om uit het niets pagina's vol te typen of een geschikte onderzoeksmethode te vinden. Ik denk niet dat het nog op twee handen te tellen is hoe vaak ik van gedachte veranderd ben over de richting die het onderzoek uit ging. Nu de scriptie dan eindelijk af is ben ik echter heel tevreden met de richting die ik uiteindelijk na lang wikken en wegen gekozen heb. Eind juni was dat niet bij me opgekomen. Ik heb er daarom eigenlijk geen problemen mee dat ik er 4 maanden langer over gedaan heb.

Ik besef me wel dat ik het geduld van direct betrokkenen op het Universitair Medisch Centrum (UMC) en op de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschappen (USBO) op de proef heb gesteld. Toch heb ik altijd het gevoel gehad dat ik gesteund werd in de manier van werken die ik gekozen heb. Misschien dat ik daar soms wat laks van werd, maar ik denk dat het me uiteindelijk heeft aangezet tot het streven naar het doen van een onderzoek dat echt van meerwaarde zou kunnen zijn. Het is niet lastig om de twee personen te benoemen die me daarin het meest ondersteund hebben. Als scriptiebegeleider op het UMC heeft Maud me altijd de ruimte en het vertrouwen gegeven om het onderzoek naar mijn eigen wensen in te vullen. Officieel schreef ik de scriptie voor het management, maar zo heb ik dat nooit ervaren. Het doel was om de betekenisgeving van verpleegkundigen op de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ) te onderzoeken. Dat perspectief stond centraal, niet dat van het management. Maud gaf me het vertrouwen om op intuïtie door te gaan en twijfels opzij te zetten. Ook mijn begeleider op de USBO heeft mijn eigen perspectief altijd voorop gesteld. Maikel heeft altijd geluisterd en op basis van datgene wat ik vertelde aanvullingen en suggesties gegeven. Eigenlijk hield hij controle over mij eigen ideeën. Soms was dat confronterend, maar uiteindelijk bood me het altijd het overzicht dat ik nodig had.

Daarnaast wil ik de verpleegkundigen van CVZ bedanken voor hun tijd en openheid. Ik had vaak het idee dat ze zich voorafgaan aan een interview afvroegen waar ze aan begonnen. Gelukkig veranderde dat gevoel tijdens de gesprekken. Er kwam een soort enthousiasme los dat me verraste en me tegelijkertijd de motivatie gaf om door te gaan. Door de interviews ben ik ook meer te weten gekomen over het UMC en de zorg in het algemeen. Ik kreeg nog maar eens bevestigd dat ik me thuis voel binnen de non-profit sector waar er diensten worden verleend waar mensen echt op zitten te wachten. Ik begrijp goed dat de noodzaak bestaat van enige bedrijfsmatige aspecten in de zorg, maar ben er wel van overtuigd dat het niet moet doorslaan. Een ziekenhuis is een organisatie, geen bedrijf.

Ik hoop dat de onderzoeksresultaten het wachten waard zijn geweest en ik wat terug kan doen voor iedereen die mij geholpen heeft.

## Samenvatting

Binnen de zorgsector is er een trend ontstaan om vraaggericht te gaan werken. Waar eerder elke patiënt dezelfde verzorging kreeg willen zorgaanbieders nu toe naar een situatie waarin verpleegkundigen de zorg afstemmen op de specifieke behoeften van een patiënt. Deze omslag is mede tot stand gekomen door de intrede van de marktwerking en maatschappelijke ontwikkelingen zoals individualisering, mondigheid van burgers en de eis van transparantie. Aan zorginstanties de taak zich te onderscheiden van concurrenten. De verantwoordelijkheid komt daardoor laag in de organisatie te liggen, bij de verpleegkundigen zelf die in direct contact staan met de patiënt.

Ook in het Universitair Medisch Centrum (UMC) vindt de overgang van een aanbodgericht naar vraaggericht handelen plaats. De afdelingen Neurologie en Neurochirurgie zijn begin 2005 samengevoegd en onderverdeeld in zes patiëntgerichte zorglijnen, waaronder de Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ). Het doel was dat de verantwoordelijkheid voor de zorg bij de verpleegkundigen zou komen te liggen. In de praktijk hebben laatstgenoemden er echter moeite mee om zelf het initiatief te nemen om de zorg voor een patiënt in te vullen. Reden voor het management van de zorglijn om in de nabije toekomst een scholingstraject te willen starten dat de nadruk legt op professionele autonomie van verpleegkundigen. Betekenisgeving van verpleegkundigen zelf aan de werksituatie speelt daarbinnen een belangrijke rol. Op basis daarvan is de volgende onderzoeksvraag samengesteld:

*Welke betekenissen geven verpleegkundigen van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten binnen het Universitair Medisch Centrum aan de werksituatie op de zorglijn? En op welke wijze kan kennis van deze betekenissen een bijdrage leveren aan de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze ten opzichte van patiënten?*

Aan de hand van een kwalitatief onderzoek bestaande uit individuele interviews en een groepsbijeenkomst heb ik invulling gegeven aan de vraag. Het perspectief van de verpleegkundigen heb ik daarbij altijd zoveel mogelijk centraal proberen te stellen.

Het belangrijkste resultaat dat uit de interviews naar voren komt is dat de veranderprocessen die het management inzet een discrepantie vertonen met de vraaggerichte visie die ze uit willen dragen. Zowel bij de invoering van de zorglijnen als bij het toekomstige scholingstraject heeft het initiatief volledig bij het management zelf gelegen. Zij hebben het beleid voor de verandering gevormd en betrekken de verpleegkundigen pas tijdens de uitvoering. Voor verpleegkundigen is het moeilijk om een vertaling te maken van een visie als ze daar zelf niet bij betrokken worden. Ze missen een kader dat hen de gedachte achter de opgezette structuren verklaard zodat ze zelf invulling kunnen geven aan de cultuur van de zorglijn. Zolang ze geen betekenis kunnen geven aan de nieuwe visie blijven ze zich baseren op de situatie voor de invoering van de zorglijnen. Om een dergelijk kader te vormen staat communicatie en interactie centraal. Communicatie staat aan de basis van een gedeelde betekenisgeving, wat daarop volgend weer bepalend is voor vertrouwen, samenwerking, feedback en een positieve leeromgeving. Interactie brengt een onderhandelingsproces op gang waardoor eigen mentale kaders kunnen worden vergeleken met de visie van een ander. In die situatie vindt er een koppeling plaats tussen sensegiving vanuit het management en sensemaking door verpleegkundigen. Dat biedt laatstgenoemden de gelegenheid om invulling te geven aan professionele autonomie.

# Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD</b> .....	1
<b>SAMENVATTING</b> .....	2
<b>1. INLEIDING</b> .....	4
LEESWIJZER.....	5
<b>2. SITUATIEBESCHRIJVING</b> .....	6
2.1    TRANSPARANTIE: EEN EIS UIT DE SAMENLEVING .....	6
2.2    UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM.....	7
2.3    PROFESSIONELE AUTONOMIE .....	9
2.4    PROBLEEMSTELLING.....	9
2.5    BRUIKBAARHEID.....	11
<b>3. METHODOLOGIE</b> .....	12
3.1    SOCIAALINTERPRETATIEF PARADIGMA.....	12
3.2    ONDERZOEKSMETHODEN.....	14
3.3    ONDERZOEKSPOPULATIE .....	17
3.4    DATA-ANALYSE.....	17
3.5    KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK .....	18
<b>4. THEORETISCH KADER</b> .....	20
4.1    ORGANISATIECULTUUR.....	20
4.2    STRATEGIE ALS LEERPROCES .....	21
4.3    PERSPECTIEVEN OP ORGANISATIES, VERANDEREN EN LEREN.....	24
4.4    INTERNE COMMUNICATIE.....	26
4.5    SAMENVATTING.....	28
<b>5. DE WEG NAAR PROFESSIONELE AUTONOMIE</b> .....	29
5.1    NAAR PATIËNTGERICHTE ZORGLIJNEN.....	29
5.2    HET ONTSTAAN VAN DE SENIOR VERPLEEGKUNDIGEN .....	32
5.3    NORMALISERING EN STRUCTURERING VAN TAKEN .....	34
5.4    VAN PROCESGERICHT NAAR VRAAGGERICHT: BEHOEFTE VAN PATIËNT VOOROP .....	35
5.5    COMMUNICATIE: TRANSPARANTIE ALS DOEL.....	41
<b>6. VISIE EN VERANDERPROCES: EEN DISCREPANTIE</b> .....	45
6.1    VAN FUNCTIONALISTISCH NAAR RADICAAL HUMANISTISCH .....	45
6.2    GEPLANDE VERANDERING OF ORGANISATIEONTWIKKELING?.....	46
6.3    VAN RADICAAL HUMANISTISCH NAAR SOCIAALINTERPRETATIEF .....	51
6.4    FIRST-, SECOND-, OR THIRD-ORDER CHANGE?.....	51
6.5    SAMENVATTING.....	53
<b>7. CONCLUSIE</b> .....	54
7.1    CONCLUSIE.....	54
7.2    DISCUSSIE.....	56
<b>BRONNENLIJST</b> .....	58
<b>BIJLAGE 1. UITNODIGINGSMAIL VOOR INDIVIDUELE INTERVIEWS</b> .....	60
<b>BIJLAGE 2. OPZET EN RESULTAAT GROEPSBIJEENKOMST</b> .....	61

# 1. Inleiding

Nu de samenleving steeds meer wordt gekenmerkt door mondigheid, individualisering, marktdenken en goed ingelichte mensen passen veel organisaties het eigen beleid hier op aan. Een verandering die bij deze ontwikkelingen aansluit is de overgang van een aanbodgerichte aanpak naar een vraaggerichte aanpak. Niet langer gaat de consument zomaar akkoord met producten en diensten die op de markt bestaan. Zij stellen eisen en hebben de keuze uit en het overzicht van verschillende aanbieders. Daardoor ontstaat er een concurrentiestrijd tussen organisaties in dezelfde sector om zo optimaal mogelijk aan de wensen van de klant tegemoet te komen. Aangezien elke klant individuele voorkeuren heeft is er geen sprake meer van standaard producten en diensten. Alles moet in het werk gesteld worden om de consument binnen te halen en te behouden voor de eigen organisatie.

Sinds deze eeuw zijn bovenstaande ontwikkelingen ook steeds meer een belangrijke rol gaan spelen binnen de zorg. De overheid wil de overheidsuitgaven voor deze sector verlagen en verlangt ondertussen dat de kwaliteit omhoog gaat. Voor zorgaanbieders betekent de invoering van de marktwerking een grote organisationele omschakeling. Efficiëntie, transparantie en patiëntgerichtheid zijn centraal komen staan. De visie van het management en de veranderprocessen die daarbij horen staan in het teken van patiëntgerichte zorg.

Zo ook op afdelingen Neurologie en Neurochirurgie van het Universitair Medisch Centrum (UMC). Vanaf 2005 hebben deze afdelingen de omslag naar vraaggericht handelen ingezet. Begin 2008 werd deze visie in de praktijk gebracht door de invoering van patiëntgerichte zorglijnen die zich afzonderen door specifieke ziektebeelden. Een van de zorglijnen die ontstond was de Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ). Nu de zorglijn in de basis op poten staat wil het management een tweede verandering doorvoeren waarin de professionele autonomie van verpleegkundigen centraal komt te staan. Zij moeten de verantwoordelijkheid nemen om in te schatten waar een patiënt behoefte aan heeft en daar het eigen handelen op af te stemmen. Hierdoor verandert de rol van verpleegkundigen op de zorglijn CVZ aanzienlijk. Waar ze voor 2005 nog elke patiënt dezelfde zorg gaven aan de hand van duidelijke richtlijnen gaan ze in de toekomst zelf het initiatief nemen richting de individuele patiënt. De laatste jaren is al gebleken dat het tijd kost om die omslag te maken.

In dit kwalitatieve onderzoek zal er gekeken worden naar de veranderingen vanuit het perspectief van de verpleegkundigen. Aan de hand van interviews zullen betekenissen ten aanzien van de omstandigheden op de zorglijn en de weg naar vraaggericht handelen centraal staan. Vanuit die gedachte is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

*Welke betekenissen geven verpleegkundigen van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten binnen het Universitair Medisch Centrum aan de werksituatie op de zorglijn? En op welke wijze kan kennis van deze betekenissen een bijdrage leveren aan de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze ten opzichte van patiënten?*

Een beeld van de betekenissen van verpleegkundigen kan het management helpen om invulling te geven aan het strategieproces richting professionele autonomie.

## Leeswijzer

Het onderzoek start in het volgende hoofdstuk met een situatieomschrijving van de het Universitair Medisch Centrum (UMC). Het bespreekt eerst de maatschappelijke ontwikkelingen die de trend van vraaggericht werken hebben doen ontstaan. Dan volgt een overzicht van de situatie voor en na de invoering van de patiëntgerichte zorglijnen binnen het UMC. Vervolgens besteedt de probleemstelling aandacht aan de relatie die er bestaat tussen de situatieomschrijving en de vraag- en doelstellingen die dit onderzoek tot stand hebben doen komen. Dit biedt de inhoudelijke basis voor de hoofdstukken die daar op volgen.

Dat geldt ook voor hoofdstuk 3, alleen draait het hier niet om de inhoudelijke basis, maar om de methodologie waar voor gekozen is. Het biedt een overzicht van het perspectief waarmee ik het onderzoek in ga en welke methoden ik daarvoor uitgekozen heb.

In hoofdstuk 4 komen de theoretische aspecten die bij de onderzoeksvraag passen aan de orde. Bijdragen van verschillende auteurs zijn samengevoegd en helpen om data van respondenten te onderbouwen en in een breder kader te plaatsen. Tevens geef ik mijn eigen visie ten opzichte van de theorieën.

Hoofdstuk 5 vormt het datahoofdstuk. Het bespreekt en verbindt de onderwerpen die tijdens de interviews met verpleegkundigen naar voren zijn gekomen.

De theorie en de data vallen samen in hoofdstuk 6 en leiden tot de onderzoeksresultaten. Door de literatuur met de betekenissen van de verpleegkundigen te verbinden komen er vernieuwende inzichten over de zorglijn en veranderprocessen naar voren.

De belangrijkste resultaten staan samengevat in de conclusie. Aan de hand van de deelvragen uit hoofdstuk 2 geeft de conclusie antwoord op de onderzoeksvraag. Tot slot geef ik in de discussie een reflectie op het onderzoek.

Tijdens mijn onderzoek is gebleken dat mensen die ik gesproken heb verschillende termen gebruikten voor de eigen werkplek van het ziekenhuis. Ik heb er voor gekozen om te spreken over een afdeling wanneer Neurologie of Neurochirurgie besproken worden. Daarnaast wordt er binnen de zorglijn CVZ onderscheid gemaakt tussen de Medium Care en de Unit.

## 2. Situatiebeschrijving

Met de komst van de marktwerking in de zorg heeft het marktdenken haar intrede gedaan in de zorgsector. De overheid heeft zich de laatste jaren grotendeels teruggetrokken. Zij houdt slechts een toetsende, controlerende en regulerende rol in de zorgsector. Van een aanbodgerichte zorgsector, waarbij de overheid en het bestuur van zorgaanbieders bepaalden wat goede zorg is, ontwikkelt zich nu een vraaggerichte zorgmarkt, waarbij de zorgorganisaties de vraag van de klanten / patiënten centraal stellen.

### 2.1 Transparantie: een eis uit de samenleving

Externe individuen laten zich in hun keuzes voor producten of diensten steeds vaker leiden door het beeld dat zij van een organisatie hebben. Rationele overwegingen worden vervangen door emotionele factoren. Waar producten en diensten eerder nog sterk verschilden in vormgeving, prijs, kwaliteit en service wordt dit onderscheid nu steeds geringer. Daarmee wordt de aandacht verlegd naar het imago dat een organisatie heeft. (Blauw, 1989: 24, 32). Die ontwikkeling is versterkt door de invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). Deze wet trad op 1 oktober 2006 in werking en heeft als doel meer concurrentie te krijgen in de zorg. Zorgaanbieders zijn verplicht om consumenten goed in te lichten over de prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van de aangeboden zorg. Op die manier kan de patiënt een afgewogen keuze maken tussen verschillende zorgaanbieders en behandelingen. (Ministerie van VWS, 2-10-2009).

De wet is een reactie op een sociaal-maatschappelijke ontwikkeling van de laatste jaren waarin er steeds meer transparantie wordt geëist van organisaties. De werkelijkheid moet overeenkomen met de beloften en waarden waarmee een organisatie zich profileert. Klanten beschikken over veel informatie en willen zich kunnen identificeren met de organisatie. De burger vindt het *"steeds belangrijker dat normen en waarden worden geïncorporeerd in het handelen van een organisatie, juist omdat die taken voorheen bij de overheid lagen en deze ze deels heeft afgestoten."* (Brandt, H.P., Brian, B., Duijvestijn, J., Verburgt, P., 2005: 65) Iedere medewerker moet aangesproken kunnen worden op zijn rol in de organisatie (ethische bedrijfsvoering) en de verantwoordelijkheden daarvan. De verantwoording komt daarmee laag in de organisatie komen te zitten. Daardoor is er een trend ontstaan dat de leiding het vertrouwen geeft aan haar medewerkers om in de praktijk invulling te geven aan de kernwaarden van de organisatie. (Brandt e.a., 2005: 25, 65).

De roep om transparantie wordt vergroot door de ontwikkeling dat burgers zich steeds meer laten horen. Het opleidings- en welzijnsniveau in Nederland is relatief hoog en mensen zijn steeds beter geïnformeerd door ontwikkelingen in de (communicatie)media. Op 1 mei 1980 ontstond de eerste Wet op de openbaarheid van Bestuur, wat inhoudt dat de burger het recht heeft door de overheid te worden geïnformeerd. Deze ontwikkelingen hebben de mondigheid in zowel de leef- als werksituatie vergroot. Het is aan de organisatie om daar op in te springen door zowel interne als externe doelgroepen op een transparante manier te benaderen. (Bos & Mastenbroek: 26-28).

Het is echter steeds moeilijker om specifieke doelgroepen te definiëren. De individualisering van de samenleving heeft er voor gezorgd dat sociale verbanden, zoals kerken, partijen en verenigingen uiteen zijn gevallen. Collectieve normen die werden gevormd binnen gezin, kerk of school zijn los gelaten en daarvoor in de plaats kiezen

mensen voor hun eigen normen en leefstijl. Vrijheid en zelfstandigheid worden steeds belangrijker. Ook organisaties moeten zich daarom richten op het individu. (Bos & Mastenbroek: 29-30).

Waar vroeger het aanbod van de zorg bepalend was voor de zorgaanbieder, moet deze nu gaan concurreren met andere aanbieders, prijsafspraken maken met verzekeraars en zich gaan onderscheiden en profileren ten opzichte van klanten / patiënten. Dit heeft geleid tot grote veranderingen in de zorgmarkt. Zo ook binnen het Universitair Medisch Centrum (UMC).

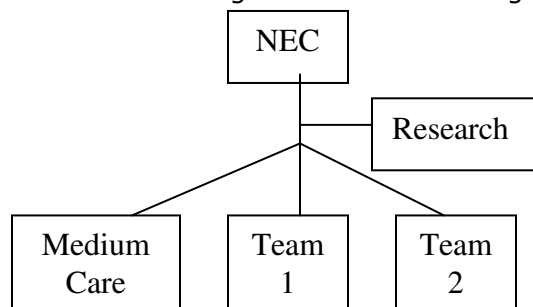
## 2.2 Universitair Medisch Centrum

Het Universitair Medisch Centrum (UMC) is in 1999 ontstaan uit de samenvoeging van de onderdelen Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU), het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) en de Medische faculteit van de Universiteit Utrecht (MFU). Het UMC heeft ruim 1000 bedden en 10.000 medewerkers. Mede vanwege de verbondenheid met de Universiteit baseert het UMC haar activiteiten op drie centrale peilers: patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. De patiëntenzorg wordt onderverdeeld in verschillende divisies, die zich weer opsplitsen in afdelingen.

Ook het UMC heeft te maken met concurrentie in de omgeving. Utrecht en omstreken kent veel ziekenhuizen, waarvan het Mesos Medisch Centrum en het St. Antonius ziekenhuis het meest bekend zijn. Om onderscheidend te zijn ten opzichte van deze concurrenten probeert het UMC zich klantgericht en transparant op te stellen. Eén van de praktijkvoorbeelden daarvan is de invoering van patiëntgerichte zorglijnen op de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie van de divisie Hersenen. Vanaf januari 2008 gingen Neurologie en Neurochirurgie intensiever samenwerken. Het onderscheid tussen de zorglijnen werd specifiek gebaseerd op de klachten van een patiënt. Hieronder worden de verschillen tussen de situatie vóór en na de invoering van de zorglijnen besproken.

### *2.2.1 Situatie voor de invoering van de zorglijnen*

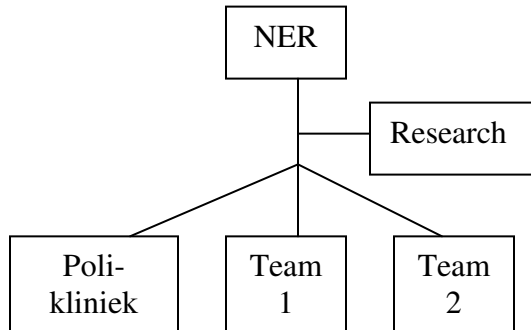
Neurologie en Neurochirurgie waren voor de introductie van de zorglijnen in januari 2008 twee afdelingen binnen het UMC die van elkaar gescheiden waren. Schematisch zag de structuur van laatstgenoemde er kortweg als volgt uit:



De Neurochirurgie werd aangestuurd door een medisch hoofd en een hoofd zorg. De afdeling was onder te verdelen in 3 teams: de Medium Care (MC), team 1 en team 2, elk met een aantal bedden voor patiënten. Ieder van deze teams had zijn eigen zorgcoördinator. Daarnaast had de afdeling een eigen research afdeling.



Voor de afdeling Neurologie in de situatie voor de invoering van de zorglijnen is eenzelfde soort structuurschets weer te geven:

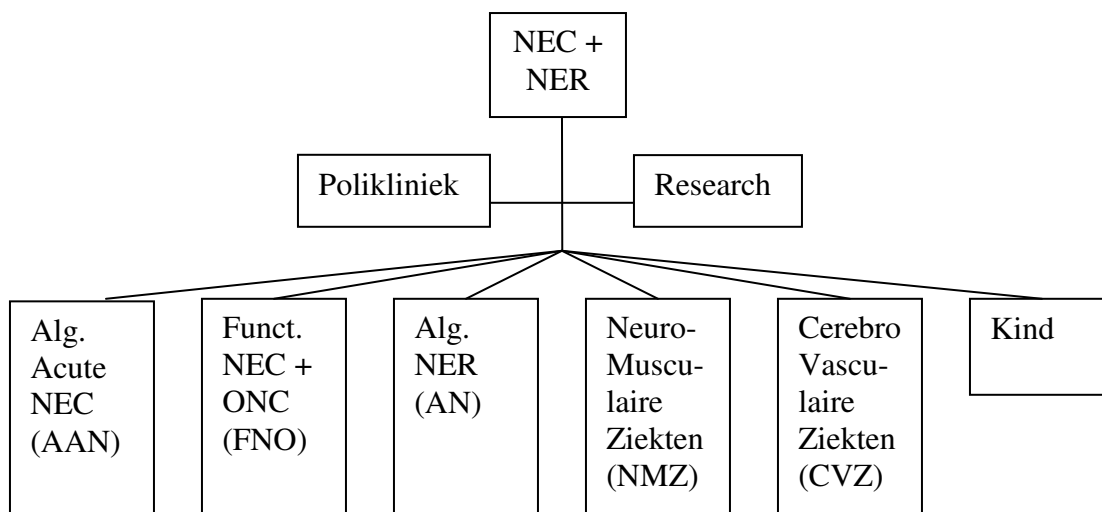


Ook de Neurologie werd geleid door een medisch hoofd en een hoofd zorg. In plaats van een Medium Care team had de Neurologie een eigen polikliniek. Wel had team 2 van de afdeling 7 bedden voor MC-patiënten. Net als bij de Neurochirurgie had elk team een eigen zorgcoördinator. Bovendien was er een eigen research afdeling.

De zorg die binnen deze structuur door verpleegkundigen werd gegeven was aanbodgericht te noemen. Patiënten met verschillende klachten werden grofweg op dezelfde manier behandeld aan de hand van voorgeschreven richtlijnen.

### 2.2.2 Situatie na de invoering van de zorglijnen

Vanaf januari 2008 werd het systeem van de zorglijnen ingevoerd binnen de afdelingen Neurologie (NER) en Neurochirurgie (NEC). In het nieuwe systeem werden beide afdelingen samengevoegd en geleid door 2 medische hoofden en 1 hoofd zorg. De teams verdwenen en daarvoor in de plaats kwam een zestal zorglijnen, elk geleid door een medisch hoofd en een zorglijn coördinator. In de praktijk ging de nieuwe opzet op 18 februari 2008 van start. Schematisch gezien ziet de nieuwe situatie er als volgt uit.



De zorglijnen AAN en CVZ hebben naast kliniekbedden ook MC-bedden. In vergelijking met de oude situatie heeft er een verschuiving van bedden binnen de afdelingen plaatsgevonden en zijn er daarnaast bedden bijgekomen. De nieuwe opzet is patiëntgericht. Elke zorglijn heeft patiënten met klachten die specifiek bij de eigen zorglijn passen. De verantwoordelijkheid ligt, meer dan in de oude situatie, in de lijn. De

gedachte daarachter is geweest dat dit een hogere betrokkenheid met zich meebrengt onder verpleegkundigen.

### *2.2.3 Zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten*

Dit onderzoek splitst zich toe op een van de zes zorglijnen: de Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ). Op deze zorglijn komen voornamelijk patiënten met hersenbloedingen en – infarcten. CVZ is onder te verdelen in de Medium Care (MC) en de Unit. Er zijn 7 MC-bedden en 24 kliniek bedden. Verpleegkundigen, studenten en artsen zijn specifiek aan deze zorglijn verbonden. De zorgcoördinator van Cerebrovasculaire ziekten (CVZ) was in de situatie voor 1 januari 2008 hoofd zorg van team 2 van Neurologie. Haar taken waren toen volledig gericht op de zorg voor patiënten binnen het team. Haar huidige functie is nu veel meer gericht op leidinggeven en aansturen van verpleegkundigen. Zij houdt de afdeling van bovenaf draaiende. De coördinatie van de zorg op de Unit is in de nieuwe opzet overgenomen door een zevental senioren die in de oude situatie verpleegkundigen op de afdeling waren. Het onderzoek richt zich specifiek op deze zorglijn aangezien er een beleidsplan is ontwikkeld dat het doel heeft de zorg van CVZ nog meer patiëntgericht te laten zijn. Het is gericht op professionele autonomie van verpleegkundigen.

## 2.3 Professionele autonomie

Anderhalf jaar na de invoering van de zorglijnen heeft de organisatie van CVZ voor een belangrijk deel invulling gekregen. Verpleegkundigen hebben een beter beeld van wat er gedaan moet worden en aan welke verwachtingen ze moeten voldoen. De attitude verandering richting eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt heeft echter nog onvoldoende plaatsgevonden. Vanuit het management is dat een reden om hier meer nadruk op te gaan leggen. Op 30 januari 2009 heeft het Universitair Medisch Centrum (UMC) de eerste verpleegkundige revalidatierichtlijn voor patiënten met een beroerte ontwikkeld in samenwerking met verpleegkundigen en andere zorgprofessionals uit Nederlandse zorg- en onderwijsinstellingen. (Tijdschrift voor verpleegkundigen, 14-10-2009). Hierin wordt wetenschappelijke kennis vertaald naar praktische aanbevelingen voor de dagelijkse zorg. Dat biedt een inhoudelijke en wetenschappelijke basis voor de rol van de verpleegkundigen. Doel is om het procesgericht handelen nog meer los te laten en het vraaggericht handelen op de voorgrond te plaatsen zodat er gedacht gaat worden vanuit de gedachten van de patiënt en niet vanuit richtlijnen. Doel- en taakgericht oefenen heeft volgens de richtlijn een positieve invloed op het herstel van patiënten met een beroerte. Om dit te bewerkstelligen wil het management van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ) een scholingstraject op gaan zetten. Het einddoel van professionele autonomie staat al vast, het proces om dat te bereiken zal nog ingevuld moeten worden en is mede afhankelijk van de betekenissen die verpleegkundigen aan de werksituatie en de veranderingen geven. Dit onderzoek kijkt zowel naar de manier waarop het beleid voor de verandering is ontstaan als naar de betekenissen die verpleegkundigen geven aan de huidige werksituatie en het toekomstbeeld. Op die wijze kan er vastgesteld worden of er balans bestaat of gevonden kan worden tussen betekenissen van het management en verpleegkundigen.

## 2.4 Probleemstelling

Op basis van de constatering dat het van belang is om de betekenissen van verpleegkundigen op de CVZ te achterhalen kunnen er doelen en onderzoeksvragen

geformuleerd worden. Hoofd- en deelvragen komen voort uit de centrale doelstelling van het onderzoek.

#### 2.4.1 Doelstelling

Nu de situatie van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten duidelijk is kan er beter verklaard worden waarom er behoefte is aan een onderzoek naar de betekenissen die verpleegkundigen aan de ontwikkelingen geven. Voor hen veranderd er immers veel aangezien het werkproces vanuit een geheel ander perspectief bekeken wordt na de invoering van de zorglijnen. Nu de verandering richting professionele autonomie er aan zit te komen worden ze meer dan ooit de centrale actor op de zorglijn. Het is interessant om te weten hoe ze daar tegenaan kijken en op welke wijze ze daar invulling aan denken te geven. Op die wijze kan er ook vastgesteld worden of het management en de verpleegkundigen denken en werken vanuit hetzelfde uitgangspunt. Vanuit die gedachte is de centrale doelstelling van dit onderzoek inzicht te verkrijgen in de betekenissen die verpleegkundigen van de Cerebrovasculaire Ziekten geven aan de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte werksituatie.

#### 2.4.2 Hoofd- en deelvragen

Op basis van deze doelstelling zijn er hoofd- en deelvragen samengesteld. De deelvragen hebben als doel om de hoofdvraag vollediger en eenvoudiger te kunnen beantwoorden. De hoofdvraag is als volgt geformuleerd:

*Welke betekenissen geven verpleegkundigen van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten binnen het Universitair Medisch Centrum aan de werksituatie op de zorglijn? En op welke wijze kan kennis van deze betekenissen een bijdrage leveren aan de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze ten opzichte van patiënten?*

Betekenisgeving speelt in dit onderzoek een essentiële rol. Het gaat uit van de aanname dat betekenissen die mensen aan 'iets' toekennen bepalend zijn voor het gedrag dat ze vertonen. Het online woordenboek (Van Dale, 17-10-2009) geeft de volgende beschrijving aan het woord 'betekenis': inhoud, zin; belang, waarde. Wanneer je het werkwoord 'geven' hier aan toevoegt komt betekenis geven er op neer dat een persoon ergens inhoud, zin of waarde aan geeft. Zodra dat gebeurd kan er richting gegeven worden aan handelend gedrag. De betekenisgeving biedt de desbetreffende persoon een werkelijkheidsbeeld dat bepalend is voor zijn gedrag. Kennis over de betekenisgeving van verpleegkundigen aan de werksituatie op de CVZ kan helpen om de handelswijze ten opzichte van patiënten te verklaren. Er kan een vergelijking getrokken worden met een aanbodgerichte, respectievelijk vraaggerichte handelswijze. Onder een aanbod-, of procesgerichte handelswijze verstaat dit onderzoek een manier van werken waarin iedere patiënt in de basis dezelfde verzorging van verpleegkundigen krijgt, onafhankelijk van eigen wensen, eisen en klachten. Deze handelswijze gaat uit van richtlijnen vanuit de aanbieder, in dit geval het management van de CVZ. Een vraaggerichte handelswijze daarentegen gaat uit van zorgvrager: de verzorging wordt afgestemd op de behoeften van een patiënt.

De hoofdvraag is opgesplitst in drie verschillende deelvragen:

- Welke verschillende, respectievelijk overeenkomstige betekenissen brengen afzonderlijke respondenten naar voren ten aanzien van de werksituatie en de overgang?

In eerste instantie wil ik als onderzoeker achterhalen wat er in de huidige leeft onder de verpleegkundigen, zonder dat ik ze in een bepaalde richting stuur. Op die manier kan ik

bekijken of, en zo ja op welke wijze de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze een rol speelt in de werkzaamheden van verpleegkundigen van de zorglijn CVZ.

- Welke toekomstige verbeteringen hebben verpleegkundigen voor ogen voor de werksituatie binnen het team en richting de patiënt?

De betekenisgeving van de hedendaagse omstandigheden kan afgezet worden tegen een beeld van de toekomst door verbeteringen te benoemen. Dat kunnen zowel verbeteringen zijn op het gebied van de werkomstandigheden van verpleegkundigen als verbeteringen op het gebied van zorg voor de patiënt.

- Met welke aspecten moet er rekening gehouden worden in de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze, gezien vanuit de betekenisgeving van de verpleegkundigen?

Tot slot is het belangrijk om een koppeling te maken tussen de betekenissen die verpleegkundigen aan de werksituatie toekennen en het plan van het management om toe te werken naar een vraaggerichte handelswijze. Hoewel dit laatste voor het management al vast staat als einddoel kunnen de betekenissen van verpleegkundigen een bepalende rol spelen om vorm te geven aan het proces dat hier naar toe werkt. Daarbij is het van belang of de betekenissen van het management en de verpleegkundigen al dan niet op een lijn liggen.

## 2.5 Bruikbaarheid

De resultaten van dit onderzoek kunnen voor verschillende partijen bruikbaar zijn. Voor de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten geven de onderzoeksresultaten een beeld van de betekenisgeving van verpleegkundigen aan de zorglijn. Kennis van betekenissen helpen om gedrag te begrijpen en te verklaren. Dat kan van groot belang zijn voor de toekomstige ontwikkelingen die het management wil doorvoeren aangezien verpleegkundigen daarbinnen een essentiële rol spelen.

Ook voor verpleegkundigen denk ik dat het onderzoek een positieve werking heeft gehad. Tijdens het onderzoek had ik vaak het idee dat verpleegkundigen graag een eigen verhaal kwijt wilden. Bovendien was het voor hen een mogelijkheid om bewust te worden van eigen denkkaders en betekenissen.

Hoewel elke situatie anders is denk ik dat de onderzoeksresultaten naast concrete aandachtspunten van de zorglijn CVZ ook voldoende informatie bevat die bruikbaar kan zijn voor andere organisaties die zich intern willen ontwikkelen. Zeker wanneer het gaat om veranderingen en de roep om meer professionele autonomie kan dit onderzoek als ondersteuning dienen om overzicht te behouden.

In het volgende hoofdstuk staat de methodologie centraal. Het perspectief van waaruit het onderzoek en de probleemstelling geschreven is komt aan de orde.

### 3. Methodologie

Dit hoofdstuk beargumenteert de keuzes die ik als onderzoeker maak vanuit het wetenschappelijke perspectief waar ik vanuit ga. Allereerst gaat het om de keuze voor een kwalitatieve methode als basis voor dit onderzoek. De tweede paragraaf legt uit welke onderzoeksmethoden hierbij aansluiten. Dat zijn observaties, individuele- en groepsinterviews omdat ze de betekenisgeving van verpleegkundigen centraal stellen. Vervolgens schets ik een beeld van de onderzoekspopulatie. Aansluitend bespreekt dit hoofdstuk de wijze waarop de onderzoeksdata geanalyseerd is. De methodologie eindigt met een bespreking van de kwaliteit van het onderzoek aan de hand van de criteria betrouwbaarheid en validiteit. Eerst beschrijf ik mijn onderzoeksperspectief. Dit sociaalinterpretatieve perspectief staat aan de basis van de keuzes die ik als onderzoeker maak.

#### 3.1 Sociaalinterpretatief paradigma

Ervaringen en contacten uit het verleden beïnvloeden voor een onderzoeker de wijze waarop hij zijn onderzoek invult. Het is bepalend voor het uitgangspunt van je onderzoek in de vorm van het onderwerp en de probleemstelling. Daarnaast heeft een persoonlijk wetenschapsperspectief invloed op de keuzes en processen die tijdens het onderzoeksproces zelf en de uitwerking daarvan worden gemaakt. Wanneer een onderzoek vanuit een perspectief wordt geschreven dat niet bij de onderzoeker past bestaat het risico dat hij niet achter de eigen werkwijze en resultaten staat.

De nadruk op betekenisgeving van verpleegkundigen is niet zonder reden gekozen. Het sluit aan bij mijn eigen interesses. Ik hecht belang meningen en gedachten van verschillende betrokkenen in een situatie en de manier waarop die tot stand zijn gekomen. De formele functie of rol die iemand bekleedt binnen de maatschappij of een organisatie vind ik in dat geval van ondergeschikt belang. Ieder individu is naar mijn idee verschillend en in veel gevallen kunnen schijnbaar tegengestelde perspectieven naast elkaar bestaan. Ik ben er van overtuigd dat eigen denkkaders ook beïnvloedt worden door die van anderen. Door middel van interactie komen mensen erachter in welke mate ze zich kunnen identificeren met ideeën van anderen. Wanneer dat het geval is kunnen die ideeën deel uit gaan maken van het eigen denkkader. Op die manier komt ook een efficiënte samenwerking op gang omdat mensen verwachtingen ten opzichte van elkaar inzien en daar naar kunnen handelen.

Een denkwijze die goed aansluit bij mijn wetenschappelijke visie is het sociaalinterpretatief paradigma van Boonstra & de Caluwé (2006). De visie is gebaseerd op het sociaal constructivisme wat er vanuit gaat dat de sociale wereld door individuen zelf wordt geconstrueerd. Het sociaalinterpretatief paradigma richt zich op het begrijpen van deze subjectieve en geconstrueerde wereld binnen organisaties, die constant in ontwikkeling is. Interacties tussen mensen staan centraal:

*"Kern is dat feedbackprocessen zichtbaar worden, dat er ruimte is voor processen van zelforganisatie, dat interactieprocessen tussen personen op gang komen, dat meerdere stemmen klinken vanuit meervoudigheid en variëteit, dat vooronderstellingen zichtbaar worden, dat in dialoog een gedeelde betekenisgeving ontstaat en gezamenlijke handelsalternatieven worden ontwikkeld, en dat er processen op gang komen van handelen, reflecteren en leren."* (Boonstra & de Caluwé: 23).

Het interessante van de omschrijving van het sociaalinterpretatieve paradigma is dat zowel de woorden 'zelforganisatie' als 'betekenisgeving' worden gebruikt: twee woorden die essentieel zijn binnen dit onderzoek. Het management van de zorglijn CVZ wil via het scholingstraject toewerken naar zelforganisatie van verpleegkundigen. De handelwijze en het gedrag van verpleegkundigen die daarmee gepaard gaan komen voort uit de betekenissen die zij geven aan de werksituatie op de zorglijn. Het holisme is een onderdeel van het interpretatieve paradigma en gaat er van uit dat het beeld van een persoon slechts één van de velen is en als interpretatie in plaats van als feit moet worden gezien. Kennis en werkelijkheid zijn begrippen van subjectieve aard, gebaseerd op ervaringen en opgedane inzichten in specifieke situaties. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 16-17). Een situatie is nooit eenduidig te omschrijven, maar wordt gekenmerkt door ambiguïteit, complexiteit, abstractie en onbuigzaamheid. Het is een sociale constructie van interpretaties die als niet-objectief en niet-concreet genoemd kan worden. Mensen geven betekenissen aan verschijnselen en wisselen die uit in hun alledaagse interacties. Op die manier kan er ook een gezamenlijke werkelijkheid ontstaan. Sociale constructies worden gevormd door taal, symbolen, mythes en rituelen binnen een situationele context. (Bate, 2004: 4-5; Boeije, 2005: 20).

### 3.1.1 Kwalitatief onderzoek

Passend bij het sociaalinterpretatief paradigma en noodzakelijk om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden heb ik gekozen voor een kwalitatieve manier van onderzoeken. Hennie Boeije (2005) noemt drie kenmerken van kwalitatief onderzoek die deze keuze onderbouwen:

*"Kwalitatief onderzoek is omschreven als een studie waarin de vraagstelling zich richt op onderwerpen die te maken hebben met (1) de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er worden (2) onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte te leren kennen met (3) het doel om het onderwerp te beschrijven en waar mogelijk te verklaren."* (Boeije, 2005: 27).

Zoals uit de onderzoeksvraag blijkt staan de betekenissen die verpleegkundigen aan de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ) geven centraal binnen dit onderzoek. Op basis van die betekenissen kan gedrag begrepen en verklaard worden. Ik kies voor een kwalitatief onderzoek aangezien betekenisgeving vraagt om een beschrijving die de diepte in gaat. Sociale werkelijkheidsconstructies zijn niet uit te drukken in cijfers of vooraf vastgestelde antwoordcategorieën. Antwoorden van respondenten vormen het uitgangspunt voor mij als onderzoeker om interpretaties te begrijpen en mogelijk verklaringen te ontwikkelen. Binnen dit 'inner perspective' staat niet de theorie, maar het perspectief van de verpleegkundige centraal. (Boeije, 2005: 32). Verwachtingen en oordelen van de onderzoeker zelf blijven op de achtergrond. Doel is om zoveel mogelijk verschillende stemmen te laten horen. Het onderzoek gaat daarom uit van een inductieve manier van werken: het begon met observeren in plaats van met hypotheses en onderzoeksvragen. (Gioia & Chittipeddi, 1991: 435). Zoals hieronder zal blijken is er vanuit die denkwijze voor gekozen om onderzoeksmethoden te gebruiken waarvan de uitvoering en de resultaten van tevoren niet vast lagen. Daar is tijdens de uitvoering zelf invulling aan gegeven. Er is sprake van een open procedure. (Boeije, 2005: 33). Als onderzoeker maak ik gebruik van een trechtermodel. Dat houdt in dat ik mijn onderzoek ben gestart met een brede, open blik en pas later een focus heb aangebracht. Aan het begin van de dataverzameling heb ik respondenten zo min mogelijk gestuurd in datgene wat ze mij vertellen. Pas toen ik een beter overzicht had van de situatie ben ik een specifieke richting uitgegaan. Dat heeft er ook in geresulteerd dat ik tijdens het

onderzoek mijn onderzoeksvraag heb aangepast omdat de centrale issues en problemen op een ander vlak bleken te liggen dan ik in eerste instantie vermoed had. (Walsh, 2004: 223).

### *3.1.2 Casestudy*

Het kwalitatieve onderzoek kan gezien worden als casestudy of gevalstudie. Dit type onderzoek bestudeert een verschijnsel (casus) in de natuurlijke context. Meestal gaat het om de diagnose en evaluatie van een praktijkprobleem dat betrekking heeft op een fusie of een nieuw programma. (Boeije, 2005: 21). Binnen dit onderzoek is dat voornamelijk de reorganisatie die heeft plaatsgevonden bij de invoering van de zorglijnen. Aan de uitvoering van een casestudy zijn drie voorwaarden verbonden: gegevens worden verzameld en geanalyseerd op verschillende niveaus; er worden zoveel mogelijk methoden van dataverzameling gebruikt; de relevante omgeving van het verschijnsel wordt meegenomen in de analyse (Boeije, 2005: 21-22). Het is de vraag of dit onderzoek aan de eerste voorwaarde voldoet. Weliswaar worden verpleegkundigen op verschillende niveaus betrokken bij het onderzoek en is ook om de mening van de zorgcoördinator gevraagd, maar andere disciplines zijn buiten beschouwing gelaten. De betekenissen van artsen, ergo- en fysiotherapeuten, schoonmakers en het topmanagement zijn niet in het onderzoek meegenomen. Naar mijn mening zijn zij echter ook in mindere mate betrokken bij de afdeling dan verpleegkundigen. Allen zijn zij minder vaak aanwezig op de zorglijn. Aan de andere twee voorwaarden wordt naar mijn idee wel voldaan. Zoals hieronder uitgebreid staat beschreven is er gebruik gemaakt van verschillende datamethoden. Naast individuele interviews met verpleegkundigen en de zorgcoördinator is er ook geobserveerd binnen de organisatie en heeft er een groepsinterview plaatsgevonden. Ook aan de laatste voorwaarde wordt voldaan omdat de verhouding tussen de organisatie van de zorglijn en de wensen van de externe omgeving een belangrijke rol speelt in dit onderzoek.

## 3.2 Onderzoeksmethoden

Omdat het perspectief van de verpleegkundigen centraal staat binnen dit onderzoek zijn de gebruikte onderzoeksmethoden daar ook op afgestemd. Om mezelf als onderzoeker op de achtergrond te houden is er gekozen voor methoden waarin datgene wat verpleegkundigen gezegd en gedaan hebben bepalend was voor de data. Er is gebruik gemaakt van directe observatie en ongestructureerde interviews. De laatste methode is zowel in individuele als in groepsvorm toegepast.

### *3.2.1 Directe observatie*

Als onderzoeker ben ik gestart met het observeren van verpleegkundigen van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ). Op een vijftal verschillende plaatsen ben ik op een stoel gaan zitten en heb ik geprobeerd om alles wat ik zag en hoorde op te schrijven op papier. De observaties waren tijdens een meeting met verpleegkundigen van verschillende zorglijnen; op de gang van de CVZ; tijdens de dagevaluatie van de CVZ; bij de centrale balie op de zorglijn en op de Medium Care van de CVZ. Ik heb er bewust voor gekozen om plekken te bekijken waar verpleegkundigen telkens in een andere setting met elkaar of met patiënten omgingen. Op die manier kon ik een beeld schetsen van de handelingen en interacties die ze op de zorglijn hadden. De observaties hadden een duur van een half uur tijdens de meeting tot een uur en een kwartier op de Medium Care. Omdat ik, buiten een gesprek met de zorgcoördinator, verder nog geen informatie over de zorglijn had gekregen kon ik met een relatief open blik naar de situaties kijken.

Ik kon dicht in de buurt blijven van datgene wat ik zag. Nadeel van de observatie ten opzichte van het sociaalinterpretatief paradigma is wel dat ik aan alles wat ik zie en hoor een eigen interpretatie en reflectie geef. (Fossey e.a., 2002: 728). Ik heb geprobeerd alle informatie zo neutraal mogelijk op te schrijven, maar je ontkomt er nooit helemaal aan dat je dingen anders op kunt pakken dan dat ze bedoeld waren. Ook maak je eigen keuzes in waar je de aandacht op vestigt. Het is niet voor niets zo dat ik bijvoorbeeld een uur bij de centrale balie heb gezeten en drie kwartier langer bij de Medium Care. Er waren op de laatstgenoemde plek meer zaken die mijn aandacht trokken en bovendien was ik nog niet eerder op een Medium Care geweest. Dat geeft wel aan dat je eigen ervaringen, en interesses een belangrijke rol spelen tijdens een observatie. Omdat ik het perspectief van de verpleegkundigen voorop wil stellen heb ik daarom besloten om de data die uit de observaties naar voren is gekomen als aanvullende informatie op de data uit de interviews te gebruiken. Wanneer een observatie als bevestiging of juist tegenstelling kan dienen ten opzichte van de uitleg die aan een situatie tijdens een interview wordt gegeven is het opgenomen in het data hoofdstuk.

### *3.2.2 Individuele interviews*

Nadat de observaties afgerond waren heb ik een tiental individuele interviews gehouden, waarvan acht met een verpleegkundige van de zorglijn CVZ, een interview met een administratief medewerker en een interview met de zorgcoördinator van dezelfde zorglijn. Samen met de zorgcoördinator heb ik verpleegkundigen benaderd. Ik heb daarbij de voorkeur uitgesproken voor mogelijk diversiteit aan respondenten op het gebied van functie, geslacht, leeftijd en ervaring. Uiteindelijk heb ik met zowel verpleegkundigen van de Unit als de Medium Care gesproken. In twee van de gevallen ging het om een interview met een seniorverpleegkundige. Het waren zowel mannen als vrouwen en zowel de leeftijd als de ervaring met Neurologie verschilde. De interviews hadden een duur van drie kwartier tot anderhalf uur en werden afgenomen in de onderzoekskamer op de zorglijn.

Omdat ik als onderzoeker zo min mogelijk invloed wil hebben op de resultaten heb ik gekozen voor ongestructureerde interviews. Het draait om de leefwereld, ervaringen, gevoelens en betekenissen van de verpleegkundigen en daarom hebben zij de leiding gehad tijdens de gesprekken (Fossey e.a., 2002: 727). Ik heb geen gebruik gemaakt van topics, maar in plaats daarvan een andere methode bedacht om het interview te starten en te vervolgen wanneer er een stilte viel. Ik heb alle respondenten gevraagd om op papier te zetten wat er het eerst in hun hoofd opkomt wanneer ze denken aan de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten en hun eigen rol daarbinnen. Ik had papier, viltstiften, potloden en pennen meegenomen in verschillende kleuren. Dat wat getekend of geschreven werd was altijd goed, hoe groot of klein het ook was. Aan de hand van de tekening startte het interview. Door open vragen te stellen en door te vragen bij naar voren gekomen onderwerpen bleef het initiatief bij de verpleegkundige liggen. Dat betekent natuurlijk niet dat ik als interviewer geen invloed had op de voortgang van het gesprek. Over onderwerpen die me interessant leken voor mijn onderzoek ben ik vaker door gaan vragen. Dat veranderde ook naarmate ik meer interviews had afgenomen omdat ik steeds meer een lijn in de verhalen van de respondenten herkende. Ik was zelf echter niet degene die dergelijke onderwerpen naar voren bracht. Bovendien heb ik altijd proberen te voorkomen om mensen woorden in te mond te leggen door alleen te vragen naar letterlijke woorden van de respondenten zelf. Op die manier ontstond er een open-, ofwel diepte-interview. (Heytink & Tymstra, 1993: 295). Aan het eind van de interviews heb ik daarnaast associatiekaarten gebruikt. Ik heb respondenten gevraagd of één of meerdere van de ongeveer 30 kaarten herkenning bij ze opriep nu ze zojuist vanalles verteld hadden over de zorglijn en hun eigen rol. Ik had de hoop dat informatie



daardoor aangescherpt kon worden of dat er zelfs nieuwe informatie op tafel zou komen. Helaas bleek dit, behoudens enkele uitzonderingen niet het geval. De associaties komen dan ook zelden terug in de analyse van de interviewdata.

Om de data zo compleet en letterlijk mogelijk te houden heb ik alle interviews, na toestemming, opgenomen met een audio-recorder. Op die manier bleven citaten behouden en kon ik mijn analyse baseren op de volledige data die uit interviews naar voren was gekomen. De kans op interpretatie van de woorden van respondenten werd daardoor kleiner. (Fossey e.a., 2002: 728). Eigennamen heb ik bij de transcripties geschrapt om de anonimiteit van respondenten te waarborgen.

### *3.2.3 Groepsinterview*

Nu er aan de hand van de individuele interviews een beeld was ontstaan van de persoonlijke betekenisgeving van verpleegkundigen wat betreft de zorglijn was de volgende stap om te bekijken of er ook gedeelde werkelijkheidsconstructies bestonden. Binnen het sociaalinterpretatief paradigma staat interactie aan de basis van het ontwikkelen van gedeelde betekenissen. Daarom heb ik er voor gekozen ook een onderzoeksmethode te gebruiken waarbij meerdere verpleegkundigen tegelijkertijd inbreng hadden. Tijdens een groepsinterview dat ongeveer twee uur duurde heb ik samen met vijf verpleegkundigen (zowel mannen, vrouwen, senioren, Unit-, als Medium Care verpleegkundigen) gezocht naar identiteitskenmerken van de zorglijn CVZ. Daarvoor heb ik de 'spinnenwebmethode' van David Bernstein gebruikt. Doel van deze methode is om gezamenlijk de acht meest onderscheidende kenmerken van een organisatie te bepalen en deze in een spinnenweb te plaatsen. Dit kunnen zowel positieve, neutrale, als negatieve kenmerken zijn. (van Rekom, 1998: 194). In eerste instantie heb ik iedere aanwezige gevraagd kort een persoonlijk beeld van de zorglijn te schetsen, wat in lijn ligt met de tekening tijdens de individuele interviews. Vervolgens moest elke verpleegkundige in steekwoorden een aantal kenmerken op papier zetten. Gezamenlijk werden deze kenmerken besproken en was het de bedoeling dat er door middel van een discussie een achttal centrale termen zou ontstaan. De verpleegkundigen vonden het lastig om de vele eigen termen samen te voegen, om te zetten en in te delen. Uiteindelijk zijn er zes kenmerken ontstaan. Tenslotte heeft elk van de verpleegkundige aan elk van deze kenmerken een score op de schaal van 1-10 gegeven aan zowel de huidige situatie als de gewenste situatie. Van deze scores is het gemiddelde berekend zodat ze in het spinnenweb geplaatst konden worden (zie bijlage 2). Omdat er zowel een score is gegeven aan de huidige- als aan de gewenste situatie kan duidelijk worden opgemaakt waar de meeste vooruitgang geboekt kan worden.

Ik heb voor deze methode gekozen omdat het een focus heeft gelegd op onderwerpen die vanuit het perspectief van de verpleegkundigen de identiteit van de zorglijn vormden. Het ging hierbij niet zozeer om de identiteit zelf die naar voren kwam, maar om de betekenissen die aan de kenmerken gegeven werden door de verpleegkundigen. Geheel volgens de ideeën van het trechtermodel kon ik aan de hand van de resultaten uit de individuele interviews beter afleiden waar de focus van mijn onderzoek zou komen te liggen. Communicatie en interactie bleken belangrijke factoren te zijn. Door verschillende verpleegkundigen bij elkaar te brengen en gezamenlijk naar de zorglijn te laten kijken hoopte ik nieuwe informatie op te doen op zowel inhoudelijk als procesmatig gebied.

Iets wat een extra dimensie gaf aan de groepsessie was dat twee van de respondenten pas in later stadium konden deelnemen. Een van hen kwam binnen toen er net gestart was met het geven van scores aan de gezamenlijk gekozen kenmerken. Aan deze

verpleegkundige is het proces van de sessie en de keuzes die gemaakt waren uitgelegd, waarna hij zijn mening hierover kon geven. Toen hij ongeveer geïntegreerd was kwam de laatste verpleegkundige binnen en begon het proces opnieuw. Het interessante was dat er door de komst van deze verpleegkundigen nieuwe discussies gevoerd werden omdat zij als nieuwkomers in de groep hun eigen interpretaties van de gekozen kenmerken hadden.

### 3.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit de zorgcoördinator, seniorverpleegkundigen, Medium Care verpleegkundigen, Unit verpleegkundigen en een administratieve medewerker. Ik heb de zorgcoördinator en de administratief medewerker meegenomen in het onderzoek omdat ze, meer dan andere disciplines, constant in contact staan met de verpleegkundigen. De zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten heeft op het moment 19 Unit verpleegkundigen, 18 Medium Care verpleegkundigen en 7 senioren. Het merendeel van de verpleegkundigen is vrouw en de leeftijd van de Medium Care verpleegkundigen is gemiddeld hoger dan de leeftijd van de Unit verpleegkundigen. Naast de gesprekken met de zorgcoördinator en de administratief medewerker heb ik met 13 verpleegkundigen een interview afgenomen (6 Unit verpleegkundigen, 3 Medium Care verpleegkundigen, 4 senioren). Enkele van de verpleegkundigen hadden in eerder stadium deelgenomen aan de uitwisseling tussen Medium Care en de Unit.

### 3.4 Data-analyse

Aan de hand van de data uit de individuele interviews en het groepsinterview heb ik een analyse opgezet. Informatie uit de observaties werd hier aan toegevoegd als dat een meerwaarde had. Vanuit het sociaalinterpretatief paradigma heb ik er voor gekozen om de meerduidigheid en variëteit aan meningen terug te laten komen. De analyse is op te delen in de first-order en de second-order analyse (Gioia & Chittipeddi, 1991: 435).

#### *3.4.1 First-order analyse*

Bij een first-order analyse blijf je als onderzoeker zo dicht mogelijk bij wat je in werkelijkheid hebt aangetroffen en hebt gehoord. Je probeert zo objectief mogelijk te blijven en waardeoordelen en interpretaties te voorkomen. Het onderzoek is nu nog niet gericht op verklaren, maar op begrijpen. De first-order analyse is een ordening van thema's waar in de interviews over gesproken is. Er is geprobeerd om regelmatigigheden en patronen die tijdens de interviews naar voren zijn gekomen te beschrijven. (Boeije, 2005: 20). Daarbij komen zowel overeenkomstige als verschillende meningen naar voren. Aan de hand van open codering heb ik per respondent besproken onderwerpen gemarkeerd. Hierop volgend heb ik geprobeerd om de termen van verschillende verpleegkundigen aan elkaar te koppelen onder een nieuw label en bruikbare informatie te scheiden van minder bruikbare data voor mijn onderzoek. Dit is de axiale fase van coderen. Tot slot heb ik door selectieve codering de labels geïntegreerd door verbanden te leggen. Hierdoor ontstonden categorieën die centraal staan in de resultaten. (Boeije, 2005: 85, 98-99, 106; Fossey e.a., 2002: 728). De analyse is gevormd op basis van citaten uit de gesprekken. In verhalende vorm heb ik als onderzoeker geprobeerd om deze citaten samen te laten vallen. Om te laten zien dat ik zoveel mogelijk bij de werkelijkheid van de verpleegkundigen ben gebleven start ik veel van de subparagrafen met een citaat dat naar mijn idee een treffende samenvatting is van datgene wat ik daaronder beschrijf. Ik ben me er van bewust dat ik nooit helemaal objectief kan zijn als

onderzoeker. De first-order analyse moet dan ook opgevat worden als een 'reflexieve interpretatie' van de respondenten. (Walsh, 2004: 219).

### 3.4.2 *Second-order analyse*

In de second-order analyse staat de relatie tussen datgene wat je als onderzoeker hebt geobserveerd en het grotere geheel centraal. Binnen deze analyse wordt er een verband gelegd tussen de first-order analyse en het theoretisch kader. Het doel hiervan is het vinden van een verklaring voor de data die tijdens de interviews naar voren is gekomen. Op die manier kunnen er dieper liggende patronen en dimensies aan de oppervlakte komen die respondenten niet direct onder woorden hebben kunnen brengen. Ook kunnen er resultaten naar voren komen die voor een breder kader dan het onderzoek alleen gebruikt kunnen worden. (Gioia & Chittipeddi, 1991: 437-438, 442). De invloed van mijzelf als onderzoeker is binnen deze analyse groter omdat ik de theorie heb bepaald die naar mijn idee bij het onderzoek past. De data van verpleegkundigen heeft echter ook op dat vlak aan de basis gestaan. Er is sprake geweest van een constante afstemming tussen data en theorie. (Heytink & Tymstra, 1993: 297).

## 3.5 Kwaliteit van het onderzoek

Er zijn verschillende aspecten die de kwaliteit van een onderzoek bepalen. Betrouwbaarheid en validiteit en bruikbaarheid zijn twee gangbare en veel gebruikte voorwaarden om van kwaliteit te kunnen spreken. Deze criteria worden hieronder besproken.

### 3.5.1 *Betrouwbaarheid*

De betrouwbaarheid van een onderzoek wordt bepaald door de precisie van de methoden van dataverzameling. Het idee is dat wanneer er sprake is van betrouwbare onderzoeksmethoden de herhaling van waarnemingen tot een gelijke uitkomst zou moeten leiden. Standaardisatie van methoden helpt daarbij. (Boeije, 2005: 145). Ik heb daar, gezien de ongestructureerde interviews, niet voor gekozen. Nadeel voor de betrouwbaarheid is dat elk interview een andere invulling krijgt. Niet in elk interview worden dezelfde onderwerpen besproken en de ene keer zal ik wel hebben doorgevraagd, terwijl dat een andere keer niet zo zal zijn geweest. Vanwege de meerstemmigheid, variëteit en subjectiviteit die dit onderzoek kenmerkt heeft de verschillende invulling van interviews echter ook voordelen. Ik volg daarom meer de visie van Heytink & Tymstra (1993: 298) die vinden dat betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek zich niet kenmerkt door herhaling in detail, maar door de relatie die gelegd kan worden tussen oude en nieuwe informatie. Dat laatste is binnen dit onderzoek heel goed mogelijk geweest omdat respondenten in grote lijn over dezelfde omstandigheden op de zorglijn praatten. De betrouwbaarheid van de resultaten stijgt ook omdat ik met 13 van de 44 verpleegkundigen gepraat heb die de afdeling telt waardoor de resultaten niet als incidenteel geduid kunnen worden.

### 3.5.2 *Validiteit*

Er wordt gesproken over validiteit wanneer je als onderzoeker datgene meet wat je ook daadwerkelijk hebt willen meten gezien je onderzoeksvragen. (Boeije, 2005: 145). Het doel van de open interviews is geweest om waar te nemen wat er speelt onder verpleegkundigen. Daarbij heb ik als onderzoeker zo min mogelijk gestuurd. Door gebruik te maken van topics of vooraf bepaalde vragen was de kans groot geweest dat

ik respondenten woorden in de mond had gelegd. Bovendien zou de kans op onverwachte onderwerpen dan kleiner zijn geweest. Naarmate ik meer interviews had afgenomen merkte ik dat ik geneigd was om te vragen naar onderwerpen die ik in eerdere interviews gehoord had. Ik heb dat in alle gevallen proberen te voorkomen door alleen vragen te stellen op basis van wat een respondent zelf eerder genoemd had. Voordeel daarvan is denk ik ook dat verpleegkundigen zich vrij voelden om hun eigen verhaal te vertellen en niet de neiging hebben gehad om hun gedrag aan te passen vanwege de aanwezigheid van een onderzoeker (ook wel reactiviteit genoemd). Ik heb geprobeerd me zo betrokken en open mogelijk op te stellen. (Boeije, 2005: 147).

De validiteit van het onderzoek wordt daarnaast vergroot door triangulatie (Heytink & Tymstra, 1993: 299-300), aangezien ik gebruik maak van verschillende onderzoeksmethoden. Het voordeel daarvan is dat je resultaten van verschillende methodes met elkaar kan vergelijken. Ook op het theoretische vlak zijn er verschillende auteurs en opvattingen gebruikt. Voordeel daarvan is geweest dat er vanuit verschillende perspectieven naar de data wordt gekeken. De invloed van mijn eigen rol als onderzoeker is daardoor ook verkleind. Het volgende hoofdstuk bespreekt deze theoretische perspectieven.

## 4. Theoretisch kader

Het theoretische kader bespreekt verschillende begrippen en modellen die samen met de onderzoeksdata een belangrijke rol spelen om werkprocessen en betekenissen op de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten te kunnen begrijpen en eventueel te verklaren. De theorie is, zoals besproken in het vorige hoofdstuk, tot stand gekomen door een constante afstemming met de verzamelde informatie uit de interviews.

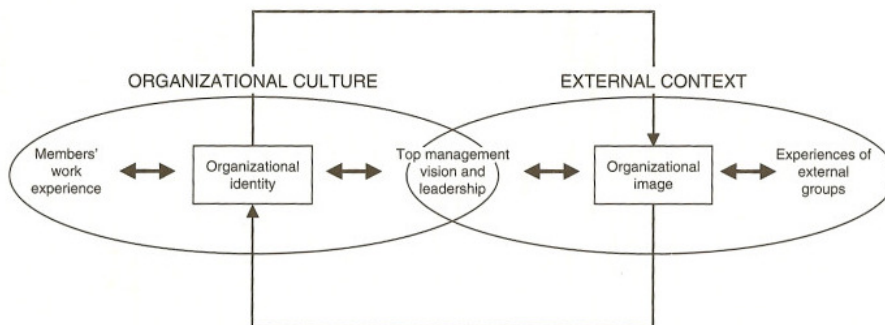
Interne processen staan centraal binnen dit hoofdstuk. De interne context, ofwel de organisatiecultuur kan als basis dienen om zowel aan medewerkers als aan de buitenwereld een eenduidig beeld van de organisatie af te geven. Vervolgens bespreekt het hoofdstuk de verhouding van cultuur ten opzichte van elementen als structuur, strategie en communicatie. Het uitgangspunt is een perspectief waarin al deze begrippen sterk van elkaar afhankelijk zijn en zich voortdurend doorontwikkelen. Dat sluit aan bij mijn eigen onderzoeksperspectief. Het theoretisch kader eindigt met modellen die verschillende perspectieven op organisatie, veranderen en leren behandelen.

### 4.1 Organisatiecultuur

Een organisatie heeft te maken met twee verschillende contexten: de organisatiecultuur en de externe context. In de interne context van de organisatiecultuur worden *"interpretaties van de organisatie-identiteit gevormd"* (Hatch & Schultz 1997, in: Rughase, 2007: 21). Het beeld dat intern bestaat van een organisatie vormt het interne imago of de organisatie-identiteit. Het interne imago hoeft niet overeen te komen met het beeld dat het top management van de organisatie graag uit wil stralen (gewenste identiteit of visie). In de externe context wordt een imago over de organisatie gevormd door externe doelgroepen. Het interne en externe imago beïnvloeden elkaar continu.

Het management van een organisatie probeert zowel invloed uit te oefenen op de interne situatie als op de externe situatie. Zij streven onophoudelijk naar een overeenkomst tussen het interne imago, het externe imago en het gewenste imago. In de praktijk is dat echter zelden het geval. Het is aan de organisatie *"een methode te vinden om de organisatie op zo'n wijze te representeren dat medewerkers haar herkennen en ondersteunen, dat de organisatie geïntroduceerd kan worden aan de buitenwereld en herkent wordt door hen die al op de hoogte waren van het bestaan van de organisatie."* (van Rekom, 1998: 1).

In figuur 1 staan de verhoudingen tussen de interne en externe context weergegeven.



Figuur 1 (Rughase, 2007: 24).

#### 4.1.1 Cultuur

Het interne imago wordt gevormd binnen de organisatiecultuur. Organizationalcultuur kan gezien worden als een cluster van ongeschreven gedragsregels of waarden die in de loop van de tijd binnen een organisatie zijn ontstaan en door iedereen nageleefd worden. De organisatiecultuur wordt zowel beïnvloedt door interne gemeenschappelijke leerervaringen als door externe invloeden zoals normen en waarden. (Bos & Mastenbroek, 1998: 60, 68). Volgens Bos en Mastenbroek kan cultuur stabiliseren. Het zorgt voor een standaardisering van probleemoplossingen en verminderen van onzekerheid via een proces van zingeving. Voor laatstgenoemde functie is het wel een voorwaarde dat er een overeenkomst bestaat tussen individuele waarden van de leden van een organisatie en de kern van een organisatiecultuur. (Bos & Mastenbroek, 1998: 69). Bate, Khan en Pye (2000: 198) geven echter aan dat cultuur daarnaast constant opnieuw wordt geconstrueerd door dagelijkse processen van interactie en interventie. Cultuur is altijd in beweging en zet zich af tegen controle van bovenaf.

Cultuur kan zich daarom in verschillende vormen uiten. Bate onderscheidt in zijn boek drie varianten om naar de organisatiecultuur te kijken. Variant 1 is gebaseerd op segmentalisme. Binnen een dergelijke organisatie bestaan er veel verschillende (sub)culturen en werken mensen onafhankelijk van elkaar vanuit verschillende belangen. Variant 2 is juist gericht op integratie. Er is één cultuur, mensen zijn afhankelijk van elkaar en werken samen in een team vanuit dezelfde gedachte. De derde variant is een combinatie van beiden en is volgens Bate het meest effectief. In dit adaptieve model staat niet de rol die mensen binnen de organisatie spelen centraal, maar vooral het netwerk van relaties tussen de medewerkers. Meer dan bij de andere varianten wordt de aanwezigheid van ambiguïteit en complexiteit geaccepteerd. Niet alles is van tevoren gepland. Verschillende partijen onderhandelen over het beleid binnen een kader van overeengekomen rechten en regels. Individuen hebben de eigen verantwoordelijkheid om dat te coördineren. Controle is dan overal in de organisatie aanwezig in plaats van bij één persoon. (Bate, 1994: 77-80).

#### 4.1.2 De institutionele organisatie

Volgens Bate e.a. (2000) heeft de organisatie een eigen institutioneel 'leven' dat moeilijk te controleren is. Organizationalstructuur is volgens hen dan ook niet alleen gebaseerd op voorgeschreven verantwoordelijkheden en uitgezette lijnen, maar ook op onderliggende processen van interactie die de formele structuren met elkaar verbinden. Deze auteurs pleiten dan ook voor een benadering waarin structuur en cultuur samenvallen omdat ze zonder elkaar niets voorstellen. 'Design' (structuur) en 'development' (cultuur) zijn afhankelijk van elkaar voor een goed resultaat. (Bate e.a., 2000: 199-200). Hier ligt de aanname in besloten dat cultuur en structuur niet 'iets' is wat een organisatie heeft, maar wat een organisatie is en vormt. Strategieën zijn hierbinnen een sociale constructie ofwel een (subjectieve) manier van denken over de organisatie om handelingen en interacties te kunnen verklaren. Dat betekent dat een cultuurverandering plaatsvindt wanneer er een strategiewijziging is. En nog breder: als de cultuur verandert, veranderen de structuur, strategie en organisatie ook. Ze zijn afhankelijk van elkaar. (Bate, 1994: 14, 23).

## 4.2 Strategie als leerproces

Uitgaande van de opvatting van Bate (1994: 14, 23) dat organisatieaspecten afhankelijk van elkaar zijn zorgt een constante ontwikkeling op het gebied van de cultuur ook voor ontwikkeling op het gebied van strategieprocessen.

#### 4.2.1 Geplande of ongeplande strategie?

Een strategie kan volgens Mintzberg, Ahlstrand en Lampel (2001: 20-21) zowel weloverwogen, onuitgevoerd als opkomend zijn. Een strategie is weloverwogen te noemen wanneer vooraf opgestelde bedoelingen volledig uitgevoerd worden. Het tegenovergestelde is het geval bij onuitgevoerde strategieën. Alles wat vooraf voorgenomen wordt zal in de uitvoering niet terugkomen. Opkomende strategieën ontstaan als het ware vanzelf. Er worden afzonderlijk van elkaar acties ondernomen die uiteindelijk gezamenlijk een patroon vormen, zonder dat dit expliciet zo bedoeld was.

Weloverwogen strategieën zorgen voor een koers van de organisatie, coördinatie van activiteiten, begrip van de eigen organisatie en consistentie. Wanneer een strategie echter te nauw omschreven is binnen een organisatie kan dat leiden tot het niet zien van gevaren en kansen, verstarring van de blik op de organisatie, het verliezen van de complexiteit van de organisatie en een gebrek aan creativiteit. (Mintzberg e.a., 2001: 23-25). Problemen worden dan geanalyseerd vanuit een enkelvoudig, aspectmatig perspectief waarin voorspelbaarheid voorop staat. Strategische beslissingen worden binnen deze visie genomen door informatie over de omgeving te verzamelen. De structuur wordt vervolgens op basis van de strategie bepaald. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 16-17).

In de praktijk moeten strategieën zowel weloverwogen als opkomend zijn. Eerstgenoemde werkt sturend en geeft vorm aan de organisatie. Opkomende strategieën bevorderen het leren van de organisatie en worden gevormd gedurende een proces. Je spreekt van een overkoepelende strategie wanneer de basis weloverwogen is en details pas gedurende het werkproces duidelijk naar voren komen: *"De mens functioneert het beste als hij, althans voor enige tijd, ervan kan uitgaan dat bepaalde zaken bestaan. Dat is een belangrijke rol die de strategie in een organisatie vervult: zij lost de grote vraagstukken op, zodat mensen zich op de details kunnen richten"* (Mintzberg e.a., 2001: 25).

Mintzberg (in: Rughase, 2007: 6) ziet strategievorming als een continu leerproces dat gedeeltelijk gepland en gedeeltelijk ongepland is. Strategieën worden ontwikkeld als resultaat van "an emergent process rather than a process that is rationally planned and subsequently implemented" (in: Rughase, 2007: 6) en kan er daarom nooit sprake zijn van een scheiding tussen beleid en uitvoering.

#### 4.2.2 'Sensemaking' en 'Sensegiving'

Thomas Ericson (2001) sluit zich aan bij de opvatting van Mintzberg over strategievorming als continu leerproces. Volgens hem is het noodzakelijk om niet alleen naar de inhoud te kijken, maar ook naar het proces, omdat anders de interne processen van een organisatie onderschat worden. Organisatielieden moeten een vertaling maken van strategieën of visies die door het topmanagement zijn opgesteld. Volgens Weick (1995) doet ieder individu dat vanuit een eigen mentaal kader dat tot stand is gekomen door eerdere ervaringen en interpretaties. Wanneer er een connectie bestaat tussen de strategie of de naar voren gebrachte visie en het mentale kader van een individu kan er gesproken worden van 'sensemaking'. Sensemaking komt tot stand wanneer een persoon voor zichzelf kan verklaren wat er gaande is en wat iets inhoudt. Er kan een cognitief profiel gevormd worden over het desbetreffende onderwerp. Dit proces kan veel tijd in beslag nemen en in sommige gevallen ontstaat er helemaal geen betekenis. De achterliggende gedachte van een strategie of visie is dan te ver verwijderd van het

eigen mentale kader. Het leeft niet binnen de eigen gedachten; er vindt geen koppeling (bracketing) plaats tussen het onderwerp en het eigen mentale kader omdat het niet herkend en erkend wordt. Wanneer een dergelijk onderwerp besproken wordt kan dit leiden tot misverstanden, omdat organisatielieden over verschillende dingen praten vanwege een gebrek aan 'sensemaking'. (Ericson, 2001: 110, 117-120; Gioia & Chittipeddi, 1991: 442; Weick, 1995: 4-6, 15).

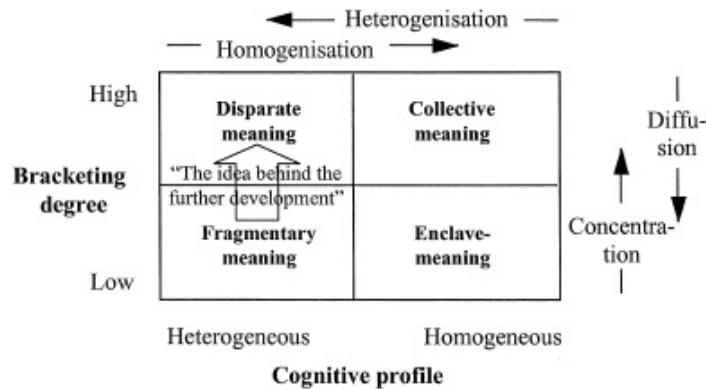
Het is dus de vraag of een organisatielid al dan niet betekenis kan geven aan een door het topmanagement opgestelde strategie of visie; wanneer dat het geval is kunnen die betekenissen daarnaast verschillen per individu. Er bestaat in dat geval heterogeniteit tussen afzonderlijke cognitieve profielen. Gedeelde meningen binnen een organisatie komen tot stand door interactie. Wanneer een subjectieve interpretatie van de strategie de overhand gaat voeren ontstaat er een gedeelde werkelijkheid. Het topmanagement probeert dit zoveel mogelijk te sturen. Dit proces, waarbij managers de betekenisgeving van anderen proberen te beïnvloeden om toe te werken naar een gewenste visie wordt 'sensegiving' genoemd. Strategieën worden daarmee gevormd door een onderhandelingsproces waarin ieder zijn visie op de toekomst aan anderen verkoopt (sensegiving) en probeert te achterhalen wat anderen willen en daar betekenis aan te geven (sensemaking). (Ericson 2001: 113, 115; Gioia & Chittipeddi, 1991: 446; Weick, 1995: 71).

Vanuit het idee dat het essentieel is om het proces van betekenisgeving door organisatielieden te begrijpen heeft Ericson (2001) op basis van een onderzoek in een academisch ziekenhuis een model ontwikkeld waarin vier typen betekenissen staan weergegeven in een matrix (zie figuur 2). Zowel de individuele als de collectieve betekenisgeving komt hierin terug. De horizontale as van de matrix wordt gevormd door de mate van overeenkomst tussen organisatielieden wat betreft het cognitieve profiel. Wanneer de cognitieve profielen homogeen zijn wordt er over het algemeen hetzelfde gedacht over naar voren gebrachte visie. Er bestaat een zekere mate van consensus. Wanneer de cognitieve profielen heterogeen zijn is dat niet het geval: opvattingen over de visie worden niet gedeeld. De tweede as van de matrix bestaat uit de mate waarin organisatielieden een koppeling hebben kunnen maken tussen de visie en het eigen mentale kader. Is het idee van de visie duidelijk geworden? Heeft er bewustwording plaatsgevonden? Op deze as wordt er onderscheid gemaakt tussen een hoge en lage graad van koppeling (bracketing). Op die wijze ontstaan er vier typen van betekenisgeving: (Ericson, 2001: 121-123)

- 'Collective meaning': homogene cognitieve profielen en een hoge koppelingsgraad.
- 'Enclave meaning': homogene cognitieve profielen en een lage koppelingsgraad.
- 'Fragmentary meaning': heterogene cognitieve profielen en een lage koppelingsgraad.
- 'Disparate meaning': heterogene cognitieve profielen en een hoge koppelingsgraad.

Ericson geeft aan dat de status van betekenisgeving kan veranderen in een organisatie. Het proces waarin de koppelingsgraad van laag naar hoog gaat wordt concentratie of samenkomen (concentration) genoemd omdat er door elk organisatielid over dezelfde visie wordt gepraat. Wanneer het omgekeerde proces plaatsvindt noem je dat verspreiding (diffusion). Wanneer cognitieve profielen naar elkaar toegroeien is er sprake van homogenisering (homogenisation). Andersom gaat het om heterogenisering (heterogenisation). (Ericson, 2001: 126).





Figuur 2 (Ericson, 2001: 127)

Hoewel ik vind dat Ericson met zijn model belangrijke onderwerpen bespreekt heb ik moeite met het strikte onderscheid dat hij maakt tussen een hoge en een lage koppelingsgraad en tussen homogene en heterogene cognitieve profielen. Hij beschrijft zelf dat de status van betekenisgeving kan veranderen en heeft daar ook termen aan gekoppeld. Ik vraag me echter of waar je de grens kunt trekken tussen hoog en laag, respectievelijk homogeen en heterogeen. Gaat het dan om de meerderheid van de onderzochte individuen of om bijvoorbeeld 75 procent? Is het per individu precies te achterhalen wie er wel een koppeling kan maken en wie niet? En wanneer kun je spreken van homogene cognitieve profielen? Wat mij betreft had Ericson daar meer aandacht aan kunnen besteden. Daarnaast denk ik dat het lastig is om te spreken over de status van een gehele organisatie of afdeling. De kans bestaat dat er groepen binnen een organisatie bestaan die elk een andere koppelingsgraad hebben en waar de mate van homogeniteit verschilt.

### 4.3 Perspectieven op organisaties, veranderen en leren

Jaap Boonstra (2004: 9-11) is van mening dat de reden voor problemen bij veranderen strategieprocessen teveel in de organisationele en psychologische context gezocht wordt. Ook hij is van mening dat er veel meer aandacht besteedt zou moeten worden aan het proces zelf en de keuzes die daarin gemaakt worden door managers. Of leden van een organisatie betekenis kunnen geven aan een visie hangt ook af van de sociale context waarin ze zich bevinden. Mensen kunnen op verschillende manieren naar organiseren en veranderen kijken en daarmee omgaan. Voor de interne situatie is het belangrijk dat organisatieparadigma's, veranderprocessen en mentale kaders van organisatieleden samenvallen om een gedeelde werkelijkheidsconstructie te kunnen opbouwen.

#### 4.3.1 *Organisatieparadigma's*

Jaap Boonstra en Léon de Caluwé (2005) onderscheiden vier paradigma's om naar organisaties, veranderen en leren te kijken: een functionalistisch-; radicaalstructuralistisch-; radicaalhumanistisch- en een sociaalinterpretatief paradigma. Het onderscheid wordt gemaakt op basis van keuzes tussen een objectieve en een subjectieve benadering en tussen een visie van radicaal veranderen en regulering van de sociale orde. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 21).

Het functionalistisch paradigma is gebaseerd op objectieve, positivistische en deterministische vooronderstellingen. Het gaat uit van voorspelbaarheid, orde, duidelijke structuren en verantwoordingslijnen. Tegenstellingen krijgen weinig aandacht. Het

handelen van organisatieleden wordt bepaald door de externe omgeving. Veranderingen binnen dit paradigma zijn vaak gepland. Wanneer de verandering moeizaam verloopt komt dat binnen deze opvatting door weerstand, de drang naar positiebehoud en het onvermogen van organisatieleden om zich aan te passen. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 22).

Het radicaalstructuralistisch paradigma is eveneens gericht op een objectieve waarheidsopvatting, maar gaat daarnaast uit van structureel conflict, met daarbinnen dominantie, uitbuiting van arbeidskrachten en uitputting van grondstoffen. Organisaties kunnen alleen overleven als ze zijn aangepast aan veranderende omstandigheden in de omgeving. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 22).

Vanuit het radicaalhumanistisch paradigma staan mensen voor radicale veranderingen om de werk- en leefomstandigheden te verbeteren. Sociale verhoudingen worden vanuit een subjectieve, interpretatieve en voluntaristische benadering getransformeerd om patronen van dominantie te doorbreken. Er wordt gedacht vanuit een holistische visie: verschillende perspectieven worden samengebracht om de werkelijkheid, de omgeving en eigen handelen te duiden. Wanneer een verandering niet goed verloopt heeft dit volgens aanhangers van dit paradigma te maken met een gebrekkige samenwerking en het onvermogen van medewerkers om op een andere manier te kijken dan de geconstrueerde werkelijkheid. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 22-23).

Het eerder genoemde sociaalinterpretatieve paradigma heeft als uitgangspunt dat mensen in staat zijn hun eigen werkelijkheid te veranderen. Ook in deze opvatting is de werkelijkheid een sociale constructie die is ontstaan vanuit meerdere perspectieven. Mensen proberen de sociale wereld te begrijpen en zich van daaruit continu te ontwikkelen. Interactie, dialogen en feedback staan aan de basis van deze ontwikkelingen en moeten leiden tot processen van zelforganisatie en leren. Zelforganisatie moet gezien worden als proces van interactie, communicatie, en betekenisgeving waarin werkelijkheidsbeelden uitgewisseld worden. Veranderingen vinden continu plaats en vooral op lokaal niveau. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 23).

#### *4.3.2 Veranderprocessen*

Om elk van de hierboven genoemde organisatieparadigma's op een geschikte manier in de organisatie te integreren tijdens een verandering zal er volgens Boonstra (2004) een proces gekozen moeten worden dat past bij de visies op organiseren. Geregeld is het zo dat de verandering die ingezet wordt niet de kern van het probleem raakt. De verandering biedt dan slechts een tijdelijke of gedeeltelijke oplossing waardoor er na verloop van tijd weer een nieuwe verandering noodzakelijk is. De organisatie zou volgens Boonstra meer naar de lange termijn moeten kijken.

Om een veranderproces te kunnen afstemmen op de specifieke omstandigheden van een organisatie onderscheid Boonstra drie verschillende veranderprocessen: geplande verandering (first-order), organisatieontwikkeling (second-order) en interactieve transformatie (third-order).

Bij een geplande verandering gaat de organisatie uit van een rationele, aspectmatige benadering. De omstandigheden van de organisatie zelf worden als stabiel gezien en moeten veranderen zodra de situatie van de omgeving verandert zodat er een nieuw evenwicht ontstaat. Managers analyseren de omgeving, formuleren doelen, ontwikkelen een strategie en implementeren de verandering. Deze first-order benadering is gebaseerd op controle en voorspelbaarheid. Het veranderproces staat van tevoren vast

en is zeer gestructureerd en geformaliseerd. Volgens Boonstra is een dergelijke methode geschikt onder stabiele en voorspelbare omstandigheden. De problemen zijn goed te definiëren en veelal worden oplossingen in de technische hoek gezocht of wordt de structuur aangepast. Het gaat om kleine aanpassingen. (Boonstra, 2004: 5-7).

Het tweede veranderproces dat Boonstra noemt is die van organisatieontwikkeling. Ook hier wordt het proces geïnitieerd door het top-management. Er wordt echter meer aandacht besteedt aan de interne omstandigheden van de organisatie. Eerst wordt er door alle betrokken partijen een analyse gemaakt van de problemen en de mogelijke oplossingen. Vervolgens wordt het veranderproces in fases doorlopen. Leden van de organisatie zijn hierbij betrokken. Vaak wordt de basis van het proces gelegd door het management en experts zodat werknemers zich op de details kunnen richten. Een 'second-order change' is geschikt wanneer problemen nog herkenbaar zijn en er een idee bestaat over de richting waarin er een oplossing gezocht moet worden. De organisatie reageert op veranderingen in de omgeving. Geregeld gaat het om vernieuwingen of innovaties wat betreft structuur, cultuur en individueel gedrag. Vooraf is het einddoel bekend, het proces daar naartoe nog niet. In stappen wordt er naar de nieuwe situatie toegewerkt, zodat er ook sprake is van een overgangperiode. (Boonstra, 2004: 7-10).

Het proces van interactieve transformatie treedt op wanneer de omstandigheden zeer complex zijn. Problemen zijn moeilijk te definiëren, situaties zijn onstabiel en interactiepatronen onvoorspelbaar. Het draait hier vaak om vernieuwingen waar meerdere organisaties bij betrokken zijn. De toekomst is vooraf onzeker, maar wel geheel anders dan de huidige situatie. In die gevallen komt de nadruk te liggen op de waarden van en interactie tussen actoren. Gezamenlijk moeten ze vanuit een verlangen naar verandering en leerprocessen de nieuwe organisatieprincipes, de context en het toekomstbeeld gaan ontwikkelen. Er is geen sprake van een oude en een nieuwe situatie, maar van een continue ontwikkeling vanwege de complexiteit, dynamiek en onvoorspelbaarheid van de organisatieprocessen en de omgeving. Dit veranderproces zal zich dan ook regelmatig kenmerken door onzekerheid, onenigheid en conflict vanwege de onstabiele situaties die kunnen ontstaan. Juist deze processen kunnen echter zorgen voor creativiteit, vernieuwing en innovatie omdat er ruimte bestaat voor onvoorziene processen. Wanneer er interactie plaatsvindt en een veilige atmosfeer aanwezig is waar onduidelijkheden uitgedrukt en gemanaged kunnen worden ontstaat er weer een stabiele organisatie waarin chaos en orde samenvallen. Een 'third-order change' gaat uit van een voortdurend en cyclisch leerproces waarin interactie centraal staat: er wordt gehandeld; dat leidt tot ervaringen; de ervaringen worden geobserveerd en geanalyseerd; dat leidt tot nieuwe concepten voor gedrag. In een dergelijke situatie zijn processen als feedback, professionele autonomie, meerdere waarheden, diversiteit en dialoog onmisbaar. (Boonstra, 2004: 11, 15-16).

#### 4.4 Interne communicatie

Uit de veranderprocessen van Boonstra komt naar voren dat het belang van interne communicatie toeneemt naarmate de omstandigheden complexer worden. Marly Bos en Jan Mastenbroek (1998: 17-18) hebben een brede, strategische opvatting van interne communicatie. Volgens hen gaat het bij dit begrip om alle vormen van informatieoverdracht binnen een organisatie. Naast informatie-uitwisseling onder medewerkers (microniveau) heeft interne communicatie volgens hen ook te maken met de formulering van communicatiedoelen en -beleid (macroniveau) en de tactische

uitwerking er van (mesoniveau). Daarbij is communicatie met alle interne doelgroepen essentieel.

#### *4.4.1 Vormgever van de organisatie*

Interne communicatie is verweven met belangrijke elementen binnen de context van de organisatie, zoals de organisatiecultuur, de organisatiestructuur en de stijl van leidinggeven. De communicatie is afhankelijk, maar ook voorwaardenscheppend voor deze elementen. Daarnaast heeft het invloed op de externe communicatie. Volgens de public relations opvatting draagt het op een strategische manier bij aan de doelen van de organisatie en is op die manier een belangrijke factor voor het creëren en in stand houden van het evenwicht van verhoudingen binnen de organisatie en tussen de organisatie en haar omgeving. Samenhang en eenheid van interne en externe communicatie is daarbij cruciaal. (Bos & Mastenbroek, 1998: 11, 38).

Dat houdt ook in dat externe communicatie pas verantwoord is wanneer intern alles op orde is. Interne communicatie is een instrument om de organisatie-identiteit, met daarbinnen het organisatiegedrag, aan te sturen. Pas wanneer dit gedrag de basis vormt voor externe communicatie kan er een boodschap afgegeven worden die een gewenste beeldvorming bij externe actoren bewerkstelligt. (Bos & Mastenbroek, 1998: 12, 43). Volgens van Rekom (1998: 189) wordt er in de praktijk vergeten dat hetgeen wat de externe klant van een organisatie vindt een afspiegeling is van wat de organisatie zelf is. Er wordt een strategie opgesteld op basis van de wensen van de klant en niet op datgene wat de organisatie zelf mogelijk maakt. Zeker als er diensten aangeboden worden hebben klanten persoonlijk contact met één of meer organisatieleden. Zij komen rechtstreeks in contact met de organisatie-identiteit van de organisatie.

Interne communicatie wordt opgevat als bestaande uit patronen van gecoördineerd gedrag die de organisatie mogelijk maken en in stand houden. Door communicatie scheppen individuen hun eigen organisationele realiteit en verlenen zij betekenis aan de organisationele werkelijkheid om hen heen. Onderling vertrouwen is belangrijk, om kennis te delen, samenwerking te zoeken, feedback te geven, trots te zijn op prestaties van collega's, te leren van fouten en om zelfvertrouwen bij medewerkers te bevorderen. Om sociaal kapitaal te ontwikkelen is het van belang dat samenwerking en interactie gestimuleerd worden. Daarbij is het ook belangrijk dat er sturing en regulering plaats vindt. Aan de ene kant is er ruimte voor ontplooiing, maar er dienen aan de andere kant ook kaders en opvattingen te bestaan over wat wel en niet kan. Samen dragen ze bij aan de vorming van de organisatie-identiteit. (Brandt e.a., 2005: 44).

#### *4.4.2 Leiderschap door communicatie*

Er komt steeds meer een besef dat de gewenste identiteit van een organisatie niet alleen is op te hangen aan de leiding van de organisatie. De leider kan onmogelijk de gehele organisatie personifiëren. Wanneer medewerkers zich onvoldoende geïnformeerd voelen is de kans op onzekerheid en een gedemotiveerde houding groter. Het gevaar bestaat dat werknemers hun informatie dan uit informele netwerken gaan halen. Het geruchtencircuit met zijn incomplete en vertekende informatie wordt dan bepalender dan de formele kanalen. In dat geval gaan medewerkers zich eigenschappen aannemen die hen niet eigen zijn zodat organisaties vervreemd van zichzelf raken. Ze kunnen in dat geval ook geen compleet beeld naar de buitenwereld afgeven. Een pro-actief communicatiebeleid is daarom essentieel. (Bos & Mastenbroek: 54-55, 104). Bate e.a. (2000: 199) zijn van mening dat leiderschap ook niet alleen in de top van een organisatie aanwezig is, maar zich op elk niveau bevindt. Het is een sociaal proces waarin individuen er in slagen het werkelijkheidsbeeld van anderen te definiëren door continue processen van communicatie in de organisatie.

Het middenkader vervult een essentiële rol bij de interne communicatie van een organisatie. Het kan beleid versterken en vertalen richting de werkvloer en weet wat er leeft in de organisatie. Wanneer het middenkader op efficiënt wijze wordt ingezet kan dat zorgen voor commitment en draagvlak van de werkvloer voor beleid van de organisatie. Waar de leiding wel rekening mee moet houden is dat *"elke organisatie de neiging heeft ongeveer ter hoogte van het middenkader een vernauwing te vertonen van de verticale communicatiestromen via de lijn. We noemen dit het zandlopereffect."* (Bos & Mastebroek, 1998: 105). Niet alle informatie die vanuit de leiding aan het middenkader wordt verschaft gaat tijdig en in dezelfde vorm richting de werkvloer. Juist daarom is het belangrijk dat het middenkader via open en veelvuldig contact volledig op de hoogte is van alles wat de organisatie aangaat. (Bos & Mastebroek, 1998: 105).

#### 4.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn theorieën naar voren gebracht die de nadruk leggen op interne processen van een organisatie. De auteurs gaan uit van de opvatting dat organisatieaspecten als cultuur, structuur, strategie en communicatie afhankelijk en voorwaardenscheppend voor elkaar zijn. Zo is het raadzaam om structuren die tijdens beleidsvorming ontstaan samen te laten vallen met culturen die zich ontwikkelen tijdens de beleidsuitvoering. Verantwoordelijkheden en uitgezette lijnen stellen weinig voor zonder de manier waarop daar invulling aan gegeven wordt. Vanuit dat perspectief zal er gezocht moeten worden naar overkoepelende strategieën waarin de basis weloverwogen is en de details tijdens het werkproces zelf ingevuld worden. Op die manier blijft een organisatie zich ontwikkelen door een continu leerproces waarin beleid en uitvoering samenvallen.

In die situatie is het eenvoudiger voor organisatieleden om een vertaling te kunnen maken van een strategie of visie omdat ze nauw betrokken zijn bij zowel de vorming als de uitvoering van die strategie. Het eigen mentale kader van een individu ligt in dat geval dicht bij de uitgangspunten van een strategie zodat een koppeling en daarmee het proces van sensemaking snel kan plaatsvinden. Een onderhandelingsproces tussen organisatieleden moet er voor zorgen dat de betekenissen aan de strategie of visie homogeen zijn en er een gedeelde werkelijkheid ontstaat. Het management kan daar invloed op uitoefenen door middel van sensegiving. De informatie die ze aan werknemers doorgeven zal dan eenduidig moeten zijn. Zo is het raadzaam om veranderprocessen af te stemmen op de gewenste strategie of visie. Afhankelijk van de omstandigheden van een organisatie kan een perspectief een objectief, respectievelijk subjectief uitgangspunt hebben en uitgaan van een radicale verandering of een regulering van de sociale orde. In het algemeen kan gezegd worden dat naarmate de omstandigheden complexer worden het belang van communicatie toeneemt. Interactie helpt om een gedeelde werkelijkheid te creëren. Dat draagt bij aan het (zelf)vertrouwen, kennisdeling, samenwerking, feedbackprocessen en de motivatie van medewerkers. De initiatie voor de mogelijkheden en het op gang brengen van interne communicatie ligt bij het management. Zij zorgen voor de kaders, medewerkers zorgen voor de invulling.

Het management van Neurologie heeft de laatste jaren een omslag gemaakt van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte visie. In het komende hoofdstuk wordt er vanuit het perspectief van de verpleegkundigen bekeken op welke wijze het management daar invulling aan gegeven heeft met de invoering van de zorglijnen en het nieuwe plan van professionele autonomie.

## 5. De weg naar professionele autonomie

In januari 2008 vindt er een belangrijke verandering plaats op de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie. De twee specialismen worden samengevoegd en onderverdeeld in zes verschillende zorglijnen. Eén van die zorglijnen is de Cerebrovasculaire ziekten (CVZ). Ten opzichte van de oude situatie krijgen verpleegkundigen te maken met een specifieke categorie patiënten, nieuwe collega's en een andere functieverdeling. Dit hoofdstuk bespreekt de betekenisgeving van verpleegkundigen aan de invoering van de zorglijn CVZ. Het hoofdstuk start met twee paragrafen waarin er op de belangrijkste twee veranderingen ten opzichte van de oude situatie ingegaan wordt: de invoering van de zorglijn zelf en de invoering van de seniorenfunctie. Paragraaf drie bespreekt de interne ontwikkelingen op de zorglijn tot aan de zomer van 2009. Hierin speelt ook het plan van het management om toe te werken naar kwaliteitszorg en professionele autonomie handelen een rol. Het hoofdstuk sluit af met de rol die communicatie in alle veranderingen gespeeld heeft.

### 5.1 Naar patiëntgerichte zorglijnen

De invoering van de zorglijnen betekende voor de zorglijn CVZ een toename van het aantal bedden ten opzichte van de oude situatie. Dat bracht met zich mee dat er meer patiënten behandeld moesten worden en dat er daarom ook meer personeel aangenomen moest worden. Omdat de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie samengevoegd werden moesten verpleegkundigen met verschillende werkwijzen met elkaar leren samenwerken. Dat was geen eenvoudig proces, ook al omdat de werkomstandigheden veranderd waren door de invoering van de patiëntgerichte zorglijnen zelf.

#### 5.1.1 *Invoering van de patiëntgerichte zorglijnen*

*"Wat je sterk merkt is dat na het invoeren van de zorglijnen het grijze gebied is ontstaan van waar iemand thuishoort. Dat is wat ik er lastig aan vind. Dat merk je ook aan artsen. Je hebt natuurlijk wel eens grijze gebieden. Wat is nou het hoofdmootje en waar moet die patiënt nou naar toe? En dan sluipt nog heel vaak het oude concept er in van het is een bloeding dus die moet maar daar naar toe. Het plaatje begint duidelijker te worden, maar het is best wel lastig om te bepalen wat ons 'pakkie an' is en wat eigenlijk bij de bureu thuishoort."*

- Unit verpleegkundige CVZ -

De invoering van de zorglijnen binnen de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie heeft zoals eerder genoemd een patiëntgerichte insteek. Zowel voor medewerkers als patiënten moet dit voordelen opleveren. Medewerkers hebben continu met ziektebeelden te maken die in eenzelfde categorie geplaatst kunnen worden. Daardoor ontwikkelen ze meer specialistische kennis op hun eigen gebied en kunnen ze meer verantwoordelijkheid dragen. Je kunt spreken van een afgebakend ziektebeeld, aangezien er vrijwel alleen patiënten op de CVZ verschijnen met een herseninfarct of een hersenbloeding, alhoewel daarbinnen wel veel verschillen bestaan. Voor de patiënt moet dat het voordeel opleveren dat hij met specialistische verpleegkundigen te maken krijgt die kennis van zaken hebben en betrokken zijn met het ziektebeeld. Bovendien wordt de patiënt, in tegenstelling tot de situatie voor 2008, continu op dezelfde zorglijn behandeld. Als gevolg daarvan heeft hij tijdens zijn bezoek aan het ziekenhuis de hele

periode te maken met dezelfde mensen die hem behandelen. Dat zorgt voor continuïteit en overzicht.

In de praktijk bleek het lastig om de hierboven genoemde uitgangspunten vanaf het begin van de invoering van de zorglijnen eenduidig te volgen. Door verschillende respondenten wordt genoemd dat er ondanks de strikte onderverdeling in zorglijnen regelmatig niet eenduidig was vast te stellen bij welke zorglijn een patiënt geplaatst moest worden. Er zijn altijd patiënten met klachten die betrekking hebben op meerdere zorglijnen. Zeker in het begin van de nieuwe opzet was de neiging groot om terug te grijpen naar de oude situatie. Artsen die uit ervaring wisten dat verpleegkundigen van de CVZ de kennis hadden om een ziektebeeld op te lossen plaatsten patiënten op de zorglijn, terwijl ze misschien eigenlijk ergens anders heen hadden moeten. Er werd geen eenduidige lijn getrokken. Zo werden er in het begin nog regelmatig epilepsie patiënten op de CVZ zorglijn geplaatst. Één van de nadelige gevolgen die daaruit ontstonden was dat er op een gegeven moment patiënten geweigerd moesten worden die eigenlijk wel op de CVZ thuishoorden omdat de zorglijn vol was. Uit pure noodzaak werden deze patiënten tijdelijk bij andere zorglijnen geplaatst om in een later stadium naar CVZ te kunnen komen. Op die manier konden de uitgangspunten van continuïteit en overzicht niet geheel tot uiting komen in de praktijk.

#### *5.1.2 Neurologie en Neurochirurgie: twee werkmethodes samengevoegd.*

*"Waar ik in het begin van de zorglijn tegenaan liep was dat het niet duidelijk was bij artsen en verpleegkundigen en ik vind er nog steeds een cultuurverschil hangen. Wij zijn CVZ, maar als je Neurologen en Neurochirurgen hoort spreken hebben ze het nog altijd over hun eigen MC. Ik vind dat je niet over je eigen MC kunt spreken als je voor de patiënt staat. Dit is één zorglijn. Dus er zit nog een cultuurverschil tussen Neurologen en Neurochirurgen."* – Medium Care verpleegkundige CVZ -

Met de invoering van de zorglijnen groeide het aantal bedden voor de Cerebrovasculaire Ziekten. Dat bracht met zich mee dat er buiten het bestaande team nieuwe medewerkers bij moesten komen van andere afdelingen waar het aantal bedden juist afnam. Het aantal verpleegkundigen op de Unit van CVZ nam toe van 14 naar 21. Door de samenvoeging van de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie waren er ook verpleegkundigen vereist met een Neurochirurgische achtergrond en opleiding. Een te kleine hoeveelheid van hen bleek echter de voorkeur te hebben om op de zorglijn CVZ te gaan werken. Van de Neurochirurgie kwamen vier verpleegkundigen over en van afdeling C3 Oost 3 verpleegkundigen. Het merendeel van hen had CVZ als tweede keus opgegeven. Door loting kwamen ze op deze zorglijn terecht.

Het was duidelijk dat de verpleegkundigen die van de Neurochirurgie en C3 Oost waren overgekomen zich niet allemaal thuis voelden op de zorglijn CVZ. De manier waarop ze er geplaatst waren had daar ook de nodige invloed op. Ze hadden geen keus als ze wilden blijven werken in het UMC. De stemming op de afdeling werd er minder goed van en er ontstonden spanningen tussen het bestaande team en de nieuwe mensen. Niet iedereen kon er begrip voor opbrengen dat medewerkers die van andere afdelingen kwamen ontevreden bleven rondlopen. Gevolg was dat er regelmatig botsingen tussen medewerkers op de zorglijn CVZ plaatsvonden.

Een andere oorzaak waarom de bestaande verpleegkundigen van CVZ en de nieuwe medewerkers van andere afdelingen maar moeizaam aan elkaar konden wennen was de verschillende werkmethoden die beiden hanteerden. Het bestaande team was gewend

om veel samen te werken en terug te koppelen, terwijl sommige verpleegkundigen van andere afdelingen het juist prettiger vonden om wat meer op een eilandje te werken. De nieuwe samenstelling kon moeizaam in vertrouwen met elkaar werken waardoor ieder al snel teruggreep naar oude, bekende gewoonten en werkwijzen. Dat duidt er op dat er eigen culturen op de verschillende afdelingen bestonden die lastig te verenigen waren en zijn. Nog steeds zijn er artsen en verpleegkundigen die onderscheid maken tussen Neurologie en Neurochirurgie. Mogelijk is die scheiding ook in stand gebleven omdat de insteek vanaf de start van de zorglijnen niet gericht was op algehele samenvoeging of samenwerking. Volgens een van de respondenten was aanvankelijk de bedoeling dat de CVZ zorglijn een bed en haar personeel beschikbaar stelde aan een patiënt van de Neurochirurgie. *"De rest moet allemaal door de Neurochirurgie geregeld worden."* In de praktijk zorgde dit vanaf het begin voor veel onduidelijkheid over verantwoordelijkheden.

Nieuw voor het bestaande team was daarnaast de komst van patiënten naar de zorglijn die operatief behandeld waren. Deze 'Neurochirurgische patiënten' vragen soms toch om een andere insteek. Verpleegkundigen geven aan dat ze daar te weinig op voorbereid zijn en dat daar te weinig vooraf over nagedacht is:

*"We krijgen nu veel meer te maken met mensen die toch geopereerd zijn. Dat is even wennen geweest. Ook voor de artsen en daar zijn we denk ik nog het meeste tegen op gelopen. Gewoon om het feit dat je wel Neurologen had zitten, maar veel minder gewend was om met Neurochirurgen om te gaan."*

- Medium Care verpleegkundige CVZ -

Het was lastig om ineens artsen te moeten benaderen die je nog niet goed kent. Omdat er geen zonenummer of naam van de arts bekend was kwam het regelmatig voor dat verpleegkundigen mensen moesten gaan afbellen. De kans bestond dat je 'van het kastje naar de muur' werd gestuurd.

Omdat de nieuwe medewerkers op de Unit moeite hadden om te integreren binnen het bestaande team vertrokken veel van hen binnen een aantal maanden weer. Voor hen moesten er weer nieuwe mensen in de plaats komen. Veel medewerkers vroegen zich af of het zin had om energie te steken in nieuwe collega's waarvan de verwachting bestond dat ze toch weer snel zouden vertrekken. Er ontstond geen vast 'clubje'. Voordeel is wel dat de verpleegkundigen die vertrekken vooral personen zijn die zich niet thuis voelen op de afdeling. Hoewel het voelde als opnieuw beginnen kon er wel gesproken worden van een frisse start die langzaam uitgebouwd kon worden.

### 5.1.3 Eén of twee afdelingen?

*"We waren altijd wel één afdeling. We hebben toen ook wel gehad dat de MC zich wat meer terugtrok van de afdeling. Die merkten natuurlijk dat het bij ons op de afdeling onrustig was dus die zonderde zich daar wat meer van af. Eigenlijk heeft dat allemaal een wisselwerking op elkaar denk ik."* - Unit verpleegkundige CVZ -

Op de Medium Care (MC) veranderde er ten opzichte van de Unit veel minder met de invoering van de zorglijnen. Waar de Unit groeide qua bedden, bleef de Medium Care van de Cerebrovasculaire Ziekten even groot met 7 bedden. Bovendien kreeg de MC slechts in geringe mate te maken met de senioren die op de Unit een nieuwe functie hadden gekregen. Het team op de MC bleef met 18 verpleegkundigen hetzelfde. Er kwamen geen verpleegkundigen van de Neurochirurgie bij. De enige omslag die de



Medium Care moest maken was dat het nu ook te maken kreeg met patiënten en disciplines die gekoppeld waren aan Neurochirurgie en daarmee met operatief behandelde mensen. Die verandering was goed op te vangen.

Omdat er op de Unit vrijwel alles in beroering was en er op de Medium Care eigenlijk maar weinig veranderde met de invoering van de zorglijnen kwam de onderlinge verhouding onder druk te staan. De Medium Care zag dat het niet vlekkeloos verliep op de Unit en trok zich daarom wat meer terug op eigen terrein. Waar eerder de deuren van de MC altijd open stonden richting de Unit gingen ze nu steeds vaker dicht. Verpleegkundigen van de MC kwamen minder snel helpen op de afdeling, waren al koffie aan het drinken terwijl het op de Unit nog druk was of kwamen niet altijd meer naar de dagevaluaties. Voor sommige verpleegkundigen op de Unit was dat heel moeilijk te accepteren. Ze voelden zich in de steek gelaten door de Medium Care. Voor de Medium Care stond daar tegenover dat ze hun eigen werkzaamheden niet wilden laten beïnvloeden door de onrustige situatie op de Unit.

In veel interviews met verpleegkundigen kwam naar voren dat een van de belangrijkste verschillen tussen de Unit en de Medium Care de mate van individuele werkervaring is. Waar er op de Medium Care veel gediplomeerden rondlopen die al langer in het vak zitten kent de Unit vooral verpleegkundigen die aan het begin van hun carrière staan. Beide teams worden getypeerd als goed samenwerkend, maar er is wel een verschil in deskundigheid en kwaliteit. Op de Medium Care weten ze uit ervaring beter hoe ze op situaties met druk moeten inspelen. Juist dat werd op de Unit gemist in de maanden dat er veel onrust was door de vele veranderingen.

Er ontstonden spanningen en de gebruikelijke uitwisseling van medewerkers tussen de MC en de Unit werd tijdelijk stil gezet. De MC kon zich niet goed meer identificeren met de werkwijze op de Unit. Daarnaast kwamen er in korte tijd zoveel nieuwe verpleegkundigen op de Unit dat er steeds minder erkenning en vertrouwdheid was.

## 5.2 Het ontstaan van de senior verpleegkundigen

Een tweede verandering op de zorglijn CVZ was de functiedifferentiatie in de vorm van invoering van de seniorenfunctie. Verpleegkundigen van het team konden zich inschrijven voor de functie waarin coördinerende taken voorop staan. Omdat er meer inschrijvingen dan vacatures zijn werd er geloot. De senioren werden vrijgelaten om zelf invulling te geven aan hun functie. Ze moesten eerst ervaren hoe het voelt om een senior te zijn. Daarna kon er stapsgewijs toegewerkt worden naar een volledige taakinfilling.

### *5.2.1 Het selecteren van senioren*

Toen duidelijk werd dat er gelijk aan de zorglijnen een seniorenfunctie ingevoerd zou worden kon iedere verpleegkundige van de afdeling solliciteren. In de praktijk hebben vooral verpleegkundigen die al langer werkzaam waren op de afdeling dit gedaan. Zij hebben eerst een assesment gedaan om te kijken of ze geschikt waren voor de functie. Daarop volgend vond er een sollicitatiegesprek plaats. Dit laatste aspect woog het zwaarst. Waar eerst besloten was dat alleen bij een positieve beoordeling van het assesment iemand senior kon worden werd dit later breder getrokken. Wanneer het idee bestond dat een persoon kon groeien in functie was hij geschikt. Dat er evenveel aanmeldingen als vacatures waren droeg daar ook aan bij. In een van de interviews met

de verpleegkundigen komt naar voren dat het misschien goed was geweest om ook mensen van buiten de afdeling te benaderen voor de seniorfunctie. Dat zou een 'frisse wind' hebben kunnen veroorzaken. Bovendien is het voor interne medewerkers niet altijd even eenvoudig om ineens een andere rol te krijgen ten opzichte van collega's.

### 5.2.2 Eigen invulling aan takenpakket

*"Op een gegeven moment wist ik het ook even niet meer. Als senior hadden we ook nog niet echt een duidelijke rol. Wel basis, globale dingen, maar niet van hoe gaan we dat neerzetten. Iedereen deed zijn eigen ding. We zijn met zeven senioren; toen nog met zes maar nu met zeven; en dat was nog geen team. De afdeling ook nog niet. Ik voelde me eigenlijk een visje in de grote zee die niet wist waar ze heen moest. Ik vond ook dat we toen der tijd niet altijd bij de leiding terecht konden. Vooraf was dat heel laagdrempelig en nu leek die drempel een stuk hoger."*

- Seniorverpleegkundige CVZ -

Vanaf het begin was het de bedoeling dat senioren zelf invulling moesten geven aan hun functie en takenpakket. Vanuit hun eigen beleving moest er een omschrijving ontstaan die specifiek aansloot bij de zorglijn CVZ. Zeker de eerste maanden bleek dit een groeiproces dat maar moeizaam op gang kwam. Versterkt door de overige veranderingen die ontstonden met de invoering van de zorglijn konden senioren voor zichzelf wel een taakomschrijving verzinnen, maar bleek de vormgeving daarvan op de afdeling niet eenvoudig.

Senioren geven nu aan dat voor hen onduidelijk was waar ze verantwoordelijk voor werden gehouden en wat er van ze verwacht werd. Ze hadden het idee dat ze er alleen voorstonden. Er werd gezocht naar de juiste vormgeving van een proces waarvan het doel niet bekend was. Binnen de omstandigheden die destijds plaatsvonden was er eigenlijk geen ruimte voor een groeiproces, maar moesten de senioren er meteen staan. Dat bleek een onmogelijke opdracht, waardoor de onduidelijkheid op de zorglijn alleen maar toenam.

Voor de Unit was vooral merkbaar dat er in de eerste maanden nog geen team gevormd werd door de senioren. In hun zoektocht kozen ze in veel gevallen hun eigen werkmethode. Voor verpleegkundigen op de Unit was dat verwarrend, ook omdat de ene visie beter bleek te werken dan de andere:

*"Ze hadden allemaal een hele eigen manier van werken en de één wist het heel goed op de rit te houden terwijl het heel druk was, terwijl de ander al met twee taken helemaal van slag raakte."* - Unit Verpleegkundige CVZ -

Eén van de verpleegkundige denkt dat het vooral belangrijk is dat de senioren meer op één lijn gaan zitten, dezelfde werkhouding hebben en meer communiceren naar het team waar ze mee bezig zijn. Er moet meer gebruik worden gemaakt van elkaars kwaliteiten. Nu ligt de nadruk er nog teveel op dat iedereen zich persoonlijk wil laten zien door middel van eigen projecten en papieren.

De seniorentraining die na een aantal maanden ingezet werd had een positieve uitwerking. Samen met senioren van twee andere zorglijnen werd er specifiek gekeken hoe de rol van senior neergezet kon worden. Er werd gekeken naar de huidige positie van de senior en de manier waarop je ergens naar toe kon werken en dingen kon veranderen. Uit de interviews blijkt dat deze trainingen, die ongeveer een half jaar

liepen, inzicht gaven in de eigen situatie. Senioren kregen weer de motivatie om door te gaan en los te komen uit de 'negatieve cirkel' waarin ze zaten.

### 5.2.3 De rol van de zorgcoördinator

De senioren geven daarnaast aan dat ze tijdens de hectische eerste periode af en toe steun misten van de zorgcoördinator. Ook zij heeft met de invoering van de zorglijnen een nieuwe rol op zich genomen. Voor die tijd was ze specifiek gericht op de zorg voor patiënten. In de nieuwe situatie heeft ze veel meer een aansturende, leidinggevende functie en moet ze de zorglijn van bovenaf draaiende houden. Bepaalde zorgtaken, zoals de dagcoördinatie en het dragen van de beddenpieper zijn overgenomen door de senioren. Bovendien is ze minder vaak aanwezig op de afdeling zelf. Voor de senioren, die in het begin heel sterk op zoek waren naar aangrijpingspunten en bevestiging was het lastig om daar aan te wennen. Ze misten sturing en vonden de zorgcoördinator ineens moeilijk bereikbaar als ze ergens niet uit kwamen. Dat versterkte voor hen het gevoel dat ze er alleen voorstonden.

De senioren besloten daarom in gesprek te gaan met de zorgcoördinator om hun twistpunten kenbaar te maken. Gevolg van die gesprekken is geweest dat laatstgenoemde meer is gaan helpen met de punten waarbij het nog niet zo goed loopt op de afdeling. Waar nodig keek ze mee en stuurde ze de senioren in hun rol. Voor de senioren is dat van groot belang geweest in de eerste periode van de zorglijnen.

## 5.3 Normalisering en structurering van taken

Vanaf november 2008 wordt er veel vooruitgang geboekt. Medewerkers raken ingewerkt, de zorglijn is steeds meer op formatie en de 'rotte appels' van de zorglijn zijn verdwenen. Senioren weten steeds beter invulling te geven aan hun functie en ook patiënten laten weer steeds vaker positieve geluiden horen. Dit alles zorgt binnen de gehele zorglijn voor vertrouwen en duidelijkheid.

### 5.3.1 Duidelijkheid en vertrouwen

*"Op een gegeven moment ga je jezelf ook weer beter voelen en dat straalt je dan ook wel uit naar de afdeling. Er komt wat meer structuur in de dagelijkse werkzaamheden. De nieuwe medewerkers worden weer ingewerkt. Je hebt ook wat meer tijd voor het inwerken van leerlingen zodat die ook hun eigen ding op kunnen pakken. De werkdruk wordt ook wat minder."* – Unit verpleegkundige CVZ -

De invloed van de personeelwisselingen is tot de maand november goed merkbaar op de Unit. Maar langzaam beginnen verpleegkundigen aan elkaar te wennen, ontstaat er meer structuur in de werkzaamheden en taakverdeling en kan er weer opgebouwd worden. Dat is vooral merkbaar in de manier waarop het team van de Unit naar elkaar toegroeit en de plek die iedere verpleegkundige daarbinnen weet te bemachtigen. Medewerkers raken vertrouwd met elkaar en beginnen te wennen aan de werkomstandigheden. Daarnaast waren er vanaf deze periode alleen nog mensen over die allen het doel hadden om er het beste van te maken. Mensen die zich niet thuis voelden op de afdeling waren verdwenen. Dat bood een basis om op verder te bouwen, zowel voor senioren als verpleegkundigen. Duidelijk werd ook waar de belangrijkste problemen lagen en waar aandacht aan besteed moest worden. Er kon steeds meer uitleg aan taken gegeven worden zodat er ook specifieke grenzen getrokken konden worden tussen functies. De ervaring die net gediplomeerden op hebben gedaan hielp

daar ook sterk in mee. Ze konden nu zelfstandig aan het werk. Omdat alles sneller en makkelijker ging konden taken die eerder bleven liggen nu ook weer opgepakt worden. Uiteindelijk heeft de patiënt daar profijt van.

Een voorbeeld waaruit blijkt dat er in deze periode sterk gestuurd werd op structuur en duidelijkheid is dat senioren teruggrepen naar oude structuren. Op vaste dagen in de week werden evaluaties, besprekingen en gesprekken gepland. Op die manier wist iedereen waar hij aan toe was.

### *5.3.2 Erkenning*

Omdat de rust op de Unit langzaamaan terugkeerde en er een structuur aan het ontstaan was, begon ook de Medium Care weer wat meer open te staan voor een samenwerking met de Unit. Binnen de duidelijkheid die geboden werd kon ook de MC weer een rol gaan spelen. Bovendien had de situatie op de Unit niet langer een negatieve invloed op de werkzaamheden van de MC. Er was weer meer erkenning naar elkaar toe.

Dat zorgde er ook voor dat de zorgcoördinator vanaf januari 2009 besloot weer te starten met de uitwisseling van verpleegkundigen tussen de Unit en de MC. De opzet van deze uitwisseling is dat twee verpleegkundigen van de Medium Care voor één dienstlijst naar de Unit gaan en er tegelijkertijd twee Unit-verpleegkundigen voor twee en een halve maand naar de MC gaan. Dat heeft een tweeledig doel. Aan de ene kant is het goed om mensen in te werken op de Unit en de MC zodat er eenvoudig invallers gevonden kunnen worden als dat nodig is. Aan de andere kant leer je elkaar en de afdeling als geheel beter kennen zodat je als Unit verpleegkundige ook beter kunt inschatten wat er speelt bij Medium Care verpleegkundigen en andersom.

Het rouleren tussen de Unit en de MC wordt door de verpleegkundigen unaniem als zeer waardevol en positief ervaren. Vooral het doel om de beide onderdelen van de afdeling meer te integreren lijkt behaald te worden. Er is meer begrip ontstaan voor de omstandigheden op zowel de MC als de Unit en daardoor is er ook een grotere bereidheid om elkaar te helpen wanneer dat nodig is. Bovendien komen ervaren en minder ervaren verpleegkundigen met elkaar in contact, iets wat door laatstgenoemden als zeer prettig wordt ervaren. Uit de interviews blijkt dat de uitwisseling een essentiële voorwaarde is om één team op de afdeling te kunnen creëren.

## 5.4 Van procesgericht naar vraaggericht: behoefte van patiënt voorop

Nu de organisatie rondom de basiszorg beter staat kan het streven naar het centraal stellen van de behoeften van de patiënt verder doorgevoerd worden. Waar verpleegkundigen nu vaak dingen doen omdat ze dat nu eenmaal moeten doen wil het management in de toekomst toe naar een situatie waarin gehandeld moeten worden omdat de patiënt daar behoefte aan heeft. Om dat te bewerkstelligen wil het management een omslag maken van aanbodgericht handelen naar vraaggericht handelen. Er zal gedacht moeten worden vanuit de patiënt. Een voorwaarde is dan dat professionele kennis van het team verpleegkundigen uit eigen initiatief ingezet moet worden ten behoeve van de patiënt. Het ontwikkelen van een team dat goed met elkaar kan samenwerken en op elkaar vertrouwd is daarvoor een belangrijke eerste stap.

#### 5.4.1 Teamopvatting

*"Op zich denk ik dat we als team genoeg gezaaid hebben en nu aan het wortelen zijn. En misschien ook wel aan het groeien. Er is nog tijd nodig om te gaan bloeien. Ik denk dat we nog aan elkaar moeten wennen en weten wat we aan elkaar hebben. In die zin denk ik dat het wortelen is, want dan kan je pas gaan groeien, als je weet wat je aan elkaar hebt. En deels al wel groeien omdat er al wel progressie in zit. Ik denk ook echt wel dat dit team een mooie ploeg wordt en dat het goed gaat werken".- Unit verpleegkundige CVZ -*

In bovenstaand citaat plaatste een verpleegkundige van de Unit de praktijk van de afdeling in een model waar hij het tijdens zijn opleiding aandacht aan besteedt heeft. Het model gaat om het ontstaan van een bloem en is gebaseerd op vier verschillende fases: zaaien; wortelen; groeien en bloeien. In zijn betoog werd duidelijk dat de basis gelegd is in de vorm van werkstructuren en afspraken op de Unit. Op het moment zit de afdeling midden in het proces van wortelen en voor deel groeien: het vertrouwd raken met elkaar en het daadwerkelijk vormen van een team waarin medewerkers in alle situaties van elkaar op aan kunnen en weten wat ze aan elkaar hebben.

Die uitleg aan de huidige situatie op de afdeling kwam in veel interviews met verpleegkundigen van de Unit terug. De verwachtingen rondom de zorg richting de patiënt worden nagekomen. Verpleegkundigen zijn ingewerkt, kennen hun verantwoordelijkheden en hebben hart voor de zorg. Er wordt productief gewerkt, er worden weinig fouten gemaakt en de sfeer op de Unit is veel beter dan een half jaar eerder. Tijdens de groepsbijeenkomst wordt door verschillende verpleegkundigen aangegeven dat er gewerkt wordt in een jong, gezellig team dat veelzijdig is in de zin van dat verschillende kwaliteiten goed samenvallen. Dat zorgt voor een prettige samenwerking.

De concrete invulling van de seniorenfunctie heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de duidelijkheid wat betreft de zorg op de afdeling. Zowel senioren zelf als verpleegkundigen op de Unit zijn over het algemeen tevreden over de groei die de seniorenfunctie op de afdeling heeft doorgemaakt in het afgelopen half jaar. Senioren hebben steeds meer een coördinerende rol ingenomen waarin ze trachten om de verantwoordelijkheid en het initiatief te nemen om iedereen aan te sturen. Gevolg daarvan is geweest dat verpleegkundigen beter weten waar ze aan toe zijn en wat er van ze verwacht wordt: *"Er zit wat meer een drive achter"*. Afspraken worden nagekomen en de communicatie binnen het team, maar ook met andere disciplines verloopt beter dan voorheen. Duidelijk is welke senior er aangesproken kan worden. Daarnaast is er een seniorenschriftje en een seniorenoverleg.

Waar de processen rondom de basiszorg nu wel grotendeels invulling hebben gekregen is de mate van teamverband nog sterk groeiende. Pluspunt is dat er door veel verpleegkundigen al weer gesproken wordt over een echt team op de Unit dat zich kenmerkt door collegialiteit. Aan de andere kant geven meerdere personen aan dat er nog veel rek zit in de vertrouwdheid naar elkaar toe. Medewerkers vinden het lastig om specifiek aan te geven waar het team nog in kan groeien, maar duidelijk wordt wel dat het allemaal nog een stuk hechter en persoonlijker kan worden. De situatie waarin je in alle gevallen op elkaar kan bouwen en terug kan vallen is nog niet bereikt. Dat heeft nog tijd nodig. Het gemis aan een bepaalde vorm van teambuilding wordt in dit verband ook genoemd.

Omdat de Medium Care slechts uit één ruimte met zeven bedden bestaat staan de verpleegkundigen van de MC constant in contact met elkaar. Er hangt een goede sfeer waarin mensen zich constant op een positieve manier met elkaar bemoeien en dingen van elkaar overnemen zonder dat dat door iemand opgedragen is. Er heerst een echt teamgevoel, waarin er gezamenlijk gezorgd wordt voor de patiënt. Nadeel is wel dat het soms heel erg druk is achter de balie bij de Medium Care waardoor het een beetje een rommelig kan worden en het lastig is om je concentratie er bij te houden.

Vormen de Unit en de Medium Care inmiddels ook één gezamenlijk team? Hier wordt verschillend over gedacht door de verpleegkundigen. Uit de interviews komt vooral naar voren dat een essentiële voorwaarde voor het bestaan van een team is dat je elkaar helpt wanneer dat nodig is. Juist over de vraag of die voorwaarde aanwezig is op de Cerebrovasculaire ziekte zorglijn is onenigheid. Een aantal verpleegkundigen vinden dat iedereen op de afdeling voor elkaar klaar staat. Sommige respondenten hebben hier een andere kijk op. Zij zien wel vooruitgang wat betreft interactie maar geven vooral aan dat het van de aanwezige personen op de afdeling afhangt of er de een goede samenwerking tussen de Unit en de MC ontstaat. Sommige verpleegkundigen van de Unit stellen zich passief op tegenover de MC en andersom blijkt dat sommige verpleegkundigen van de MC moeite hebben om uit eigen initiatief hulp te bieden aan de Unit. Er heersen nog steeds veel vooroordelen en er bestaan veel vragen die onbeantwoord blijven wanneer het niet besproken wordt. Dit wordt goed duidelijk uit een citaat waarin een seniorverpleegkundige voor zichzelf probeert te verklaren hoe de afstand tussen de Unit en de Medium Care ontstaan is:

*"Ik denk dat het ontstaan is toen het bij ons zo groot werd dat ze gedacht hebben van laat de afdeling maar even. Je sluit het dan een klein beetje af. Maar dat weet ik niet. Dat zou ik ook aan die mensen zelf moeten vragen waarom dat is en dat heb ik nog niet gedaan moet ik eerlijk zeggen. Dat zou een stap kunnen zijn. Gewoon dat je vraagt van ik merk dat je... of zie ik dat verkeerd? Misschien zie ik het ook verkeerd. (...) Een goed begin begint bij jezelf."* – Seniorverpleegkundige CVZ -

Daar komt bij dat er maar heel weinig geplande bijeenkomsten zijn waarbij medewerkers van de Unit en de MC elkaar treffen. Buiten de koffiepauze en de middagevaluatie zijn er eigenlijk geen mogelijkheden om de samenwerking te verbeteren. Bovendien is vooral de laatstgenoemde bijeenkomst vaak een formeel halfuurtje. Tijdens een observatie werd duidelijk dat aan alle aanwezigen gevraagd wordt hoe de dag is verlopen en of er nog opmerkelijke dingen hebben plaatsgevonden. Iedereen gaf op eigen wijze antwoord op die vraag en daar bleef het bij. Er leek weinig ruimte te zijn voor andere inbreng. Tot de eerste maanden van 2009 aten verpleegkundigen van de Unit en de MC nog gezamenlijk op de Medium Care. Er is echter een klacht binnengekomen van een familie die vond dat er teveel verpleegkundigen achter de ruit van de Medium Care zaten tijdens etenstijd. Sindsdien eten de verpleegkundigen van de Unit en de MC weer apart. Door meerdere verpleegkundigen wordt aangegeven dat ze dit jammer vinden.

Een ander knelpunt dat is ontstaan is dat de senioren nu een structuur hebben ontwikkeld voor de Unit, maar dat die structuur en de ideeën daarbinnen niet altijd overeenkomen met die van de Medium Care. De Medium Care heeft geen senioren maar een EAV'er (Eerste Aanspreekbare Verpleegkundige). Hij regelt de dagcoördinatie op de MC en is daarbij niet afhankelijk van de senioren op de Unit. Vooral in de communicatie gaat er volgens een van de senioren veel mis. Afspraken worden niet nagekomen of op eigen wijze ingevuld door de MC. Er is geen gezamenlijk beleid. Een manier om dit op te

lossen zou volgens deze senior zijn om ook een seniorfunctie op de Medium Care te introduceren zodat senioren samen de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de afdeling.

Omdat de basiszorg steeds vollediger en zonder problemen ingevuld kan worden en het teamverband groeiende is ontstaat er ruimte voor het bieden van kwaliteitszorg aan patiënten.

#### 5.4.2 Kwaliteitszorg

*"Ik zie hierin [associatiekaart] iemand die zich uitstrekt om weer een bepaalde waardigheid te krijgen. Dat associeert voor mij de patiënt. Die komt vaak heel afhankelijk binnen en we streven er met z'n allen naar om zo iemand weer waardigheid te geven door hem bepaalde dingen zelf te laten doen en door rekening te houden met familie. Dat vind ik wel belangrijk voor deze zorglijn omdat het om mensen gaat die dat vaak kwijt zijn geraakt. Dat ze zo afhankelijk zijn geworden."*

- MC verpleegkundige CVZ -

Naast de dagelijkse bezigheden zoals het wassen en voeden van patiënten en het katheteriseren en bloedsuikers prikken is er steeds vaker tijd en de mogelijkheid om patiënten net wat meer te bieden. Er is niet alleen meer aandacht voor en kennis van het ziektebeeld van de patiënt en het verloop daarvan in de toekomst, maar ook voor de patiënt en zijn omgeving op zichzelf. Verpleegkundigen zijn zich er van bewust dat patiënten die op de Cerebrovasculaire afdeling binnenkomen dat niet hebben zien aankomen en ineens heel erg ziek zijn. Vaak kan de patiënt niet praten en is hij heel afhankelijk van anderen. Verpleegkundigen kunnen een essentiële rol vervullen in het geven van persoonlijke aandacht aan de patiënt, voor wie het heel verwarrend is ineens in een vreemde omgeving te zijn. Verpleegkundigen zijn ook degenen die het meest in contact staan met patiënten, meer dan artsen. Zij vormen continuïteit voor de patiënt en staan klaar op de momenten dat de patiënt hen nodig heeft door betrokkenheid te tonen.

Daarnaast komt er in de interviews naar voren dat het heel belangrijk is om contact te hebben met de familie en hen zoveel mogelijk gerust te stellen. Ook zij weten niet wat hen overkomt en ze hebben vaak een gevoel van machteloosheid. Het is aan de verpleegkundige om dat gevoel zoveel mogelijk weg te nemen door de familie bij het zorgproces en de patiënt te betrekken en hen zo mogelijk ook zelf kleine handelingen te laten verrichten. Dat wordt door die mensen vaak als heel prettig ervaren omdat ze het idee hebben dat ze iets kunnen doen. Uiteindelijk moeten zowel de patiënt zelf als de familie tevreden naar huis gaan en het idee hebben dat de zorg goed geregeld was. Communicatie speelt daar een belangrijke rol in.

Het is aan de verpleegkundige zelf om een inschatting te maken van de extra zorg die geboden kan worden aan een patiënt. Dat is niet voor iedereen even eenvoudig. Hoewel het steeds beter gaat zijn verpleegkundigen nog vaak geneigd om vooral datgene te doen wat voorgeschreven staat. Er wordt gevraagd om een pro-actieve houding waarin zelfstandigheid en initiatief voorop staan. Wat dat betreft is het een voordeel dat verpleegkundigen kunnen terugvallen op de senioren. Zij houden het grotere geheel in de gaten en kunnen bijsturen waar dat nodig is. Ook de werkgroepjes die gevormd zijn vormen een positieve stimulans. Verpleegkundigen worden aangespoord om over verschillende dingen na te denken en nieuwe ontwikkelingen op gang te brengen die de patiënt iets extra's bieden. De werkgroepen vormen daarnaast een onderdeel van de positieve leeromgeving zoals de afdeling door de verpleegkundigen omschreven wordt.

Zowel (beginnende) verpleegkundigen als studenten krijgen alle ruimte om zich te ontwikkelen.

Als verpleegkundige ben je het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en de familie. Dit zijn echter niet de enige personen waarmee een verpleegkundige in contact staat. Informatie van andere disciplines binnen het ziekenhuis wordt in veel gevallen via de verpleegkundige doorspeeld naar bezoekers van het ziekenhuis. De verpleegkundige heeft in die zin een coördinerende rol.

#### 5.4.3 Coördinerende rol verpleegkundigen

*"Pas zei iemand: je bent een ambassadeur van de patiënt. Een ambassadeur van de patiënt vind ik als je aan het bed staat bij een patiënt die ziek is en misschien niet kan verwoorden wat er nodig is dat je kunt inzien wat er nodig is en dat je daar voor zorgt en dan in de breedste zin van het woord. Dus een rol naar de artsen toe, maar ook een rol naar de familie toe, naar iedereen die binnenkomt. Soms komt er een laborant, of een röntgen; dat je daar al die mensen in staat stelt te doen wat ze moeten doen. Dat je een beetje overzicht houdt: een coördinerende rol in het zorgproces." - Unit Verpleegkundige CVZ -*

Zoals eerder genoemd vormen verpleegkundigen de stabiele, continue factor waar patiënten op terug kunnen vallen. Zij zijn het meest aanwezig en hebben de rol om de patiënt zoveel mogelijk informatie te geven. Die informatie komt tot stand in samenwerking met alle disciplines die zich bezig houden met de Cerebrovasculaire zorglijn. Er is bijvoorbeeld regelmatig contact met artsen, secretaresses, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en revalidatieartsen. Verpleegkundigen zijn hierbinnen de spin in het web en vervullen een coördinerende rol. Met elk van de disciplines moet overlegd worden om de patiënt weer zo snel mogelijk op de been te krijgen.

Er wordt op verschillende manieren gecommuniceerd op de afdeling met andere disciplines. Naast het één op één contact kunnen er op het 'blauwe vel' bevindingen van elkaar teruggevonden worden. Daarnaast is er drie keer per week een dagstart. De seniorverpleegkundige van de dag overlegt dan met andere disciplines zoals de ergotherapeut, de fysiotherapeut en de revalidatiearts hoe de patiënten op de CVZ er voor staan. Dat bevordert de communicatie onderling en richting de patiënt en familie. Eén van de verpleegkundigen spreekt van een 'sterk multidisciplinair team'.

Nadeel van de coördinerende rol is dat er soms heel veel werk bij de verpleegkundige wordt neer gelegd. Het hoort er een beetje bij om daar flexibel mee om te gaan. Het blijkt echter wel lastig te zijn om een grens te trekken op dat gebied.

#### 5.4.4 Flexibiliteit en / of duidelijkheid?

*"Ik denk dat wij als verpleegkundigen in toch wel veel dingen de kartrekkers zijn van de afdeling. Dus ook omdat er andere disciplines wegvallen, zoals de transferverpleegkundige en de maatschappelijke werker waar wij niet de kennis voor hebben om alles over te nemen. Maar ook de logopedie die niet veel uren heeft. Het gewicht dat op de verpleegkundigen wordt gelegd is wel zwaar." - Unit Verpleegkundige CVZ -*



Tijdens de groepsbijeenkomst met verschillende verpleegkundigen kwam naar voren dat de zorglijn CVZ zich kenmerkt door een grote flexibiliteit onder verpleegkundigen. Het team staat voor veel dingen open, medewerkers helpen anderen, ruilen zonder problemen met elkaar van dienst en blijven langer als het nodig is. Het nadeel is dat de flexibiliteit ook kan doorslaan. Gevaar daarvan is dat verpleegkundigen teveel op zich nemen en andere teams of mensen hen gaan uitbuiten omdat ze weten dat CVZ bekend staat om haar flexibiliteit. Verpleegkundigen hebben in dat geval moeite om nee te zeggen en een grens te trekken.

Juist vanwege de coördinerende rol die verpleegkundige hebben komen veel vragen en taken bij hen terecht. Zij staan immers in contact met de meest disciplines en zijn bovendien het eerste aanspreekpunt van de patiënt. Omdat er geen maatschappelijk werker of transferverpleegkundige is ligt het voor de hand dat verpleegkundigen dat overnemen. Als de logopedist niet kan komen probeer een verpleegkundige die taken op eigen manier in te vullen. Mocht een arts niet kunnen komen vanwege een te drukke planning, dan moet een verpleegkundige dat oplossen. De frustratie bij verpleegkundigen ontstaat omdat zij zich veel eerder op vlakken van andere disciplines begeven dan andersom. Een van de verpleegkundigen geeft het voorbeeld dat een fysiotherapeut zijn werk niet doet wanneer een patiënt in bed heeft gepoept. Hij verwacht dat de verpleegkundigen de patiënt eerst verschonen, want dat is niet zijn taak. Andersom nemen verpleegkundigen wel de taak op zich om een patiënt te mobiliseren als de fysiotherapeut er niet is. Probleem is dat een verpleegkundige als meest zichtbare persoon er door patiënten en familie wel vaak op aangekeken worden als er klachten zijn over de zorg:

*"En dan ben ik bang dat er weer naar de verpleegkundigen wordt gekeken van de zorg bij de verpleegkundigen laat te wensen over. Want zo zullen de klachten van de patiënt ook niet komen van er komt niemand om het slikken te oefenen. Nee, die patiënt krijgt geen eten van de verpleging."* – Medium Care Verpleegkundige CVZ -

De verpleegkundigen geven aan dat ze het op zichzelf geen probleem vinden om dit soort dingen op te lossen. Tijdens de groepsbijeenkomst wordt echter wel door iedereen erkend dat de belasting steeds groter wordt en inmiddels ontstaat de vraag hoe lang die situatie nog doorgaat. Wanneer de belasting te groot wordt gaan er op een gegeven moment mensen uitvallen. Dat heeft gevolgen voor de rest van het team en de zorg die geboden kan worden.

Ook de zorgcoördinator hoort wat dat betreft helemaal bij de afdeling en wordt als 'overflexibel' omschreven. Het wordt als een kracht gezien dat zij problemen van anderen op zich neemt en probeert op te lossen. Nadeel is dat de eigen werkdruk omhoog gaat. Volgens de verpleegkundigen wil het dan nog wel eens voorkomen dat er zaken onbewust doorgeschoven worden naar de afdelingsverpleegkundigen.

Als een van de oorzaken voor de overflexibiliteit wordt een gebrek aan leiding en structuur genoemd. Volgens een van de verpleegkundigen zijn een heleboel dingen vooraf te voorzien en te voorkomen wanneer je een strakke organisatie zou hebben waarin duidelijk is vastgesteld wat er wel en niet door verpleegkundigen ingevuld wordt. In die situatie is alles ook beter te plannen. Om problemen te voorkomen wordt er voor gepleit dat er strakkere lijnen uitgezet worden van boven naar beneden zodat voor iedereen duidelijk is waar de grens ligt. Er zal een goede balans gevonden moeten worden tussen flexibiliteit en duidelijkheid waardoor de werksfeer behouden blijft maar er wel een strakke organisatie staat. Zeker met de verwachting dat de zorglijn alleen

maar in omvang gaat toenemen nu de maatschappij aan het vergrijzen is moet er goed nagedacht worden over deze verhouding.

#### 5.4.4 Zorgzware afdeling in ontwikkeling

*“Ik vind de CVZ een zorglijn van deze tijd die alleen maar belangrijker gaat worden. Gezien de vergrijzing zal deze stroke steeds belangrijker worden. Ik vermoed dat deze afdeling ook zal groeien.” – Unit Verpleegkundige CVZ -*

Er heeft er een enorme ontwikkeling plaatsgevonden op het gebied van Cerebrovasculaire ziekten. 20 tot 30 jaar geleden kon je nog niet zoveel doen met patiënten die binnenkwamen. Tegenwoordig worden alle middelen op medisch en verpleegkundig gebied ingezet om toe te werken naar een stuk ADL-zelfstandigheid. Die ontwikkeling zet zich ook de komende jaren voort, ook omdat het aantal patiënten alleen maar zal toenemen.

Verpleegkundigen geven tijdens de groepsbijeenkomst aan dat ze blij zijn met die ontwikkeling en dat ze daar absoluut in mee willen gaan zolang ze het kunnen bijbenen. Het wordt als uitdaging gezien om mee te groeien met de zorglijn. Voor de een kan de ontwikkeling niet snel genoeg gaan, terwijl de ander het huidige niveau van ontwikkeling wel snel genoeg vindt gaan. Er wordt door laatstgenoemden op gewezen dat je als verpleegkundige steeds nieuwe dingen op 'je bordje' geschoven krijgt. Naast het bieden van een goede patiëntenzorg wordt er tegenwoordig steeds meer verwacht. Er worden werkgroepen ontwikkeld waaruit nieuwe projecten ontstaan. Dat is aan de ene kant uitdagend, maar zorgt aan de andere kant ook voor druk.

Een andere ontwikkeling die door verpleegkundigen naar voren wordt gebracht is dat ze steeds meer verantwoordelijk zijn voor alles wat er op de afdeling gebeurt. Er is een onderzoek geweest: 'zorg is therapie', waarin centraal stond dat je als verpleegkundige een eigen verantwoordelijkheid hebt over hoe je een patiënt verzorgt en begeleid. Zorg moet meer gezien worden als een stukje therapie. Daarin is een patiëntgerichte houding vereist. Niet iedereen krijgt dezelfde behandeling, maar dat hangt af van de persoonlijke situatie en behoeften van een patiënt. Daarmee neemt de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige toe.

Door een van de verpleegkundige wordt er opgemerkt dat het wat dat betreft ook belangrijk is dat je als verpleegkundige resultaten ziet van die veranderingen en ontwikkelingen. Wanneer de resultaten goed zijn kan dat een stimulans zijn om er mee door te gaan. Nu is dat echter vaak onduidelijk voor verpleegkundigen en wanneer er twijfels ontstaan over de effectiviteit van nieuwe projecten en handelingen neemt de motivatie af. De communicatie schiet op dat gebied vaak tekort.

### 5.5 Communicatie: transparantie als doel

Wanneer verpleegkundigen toe moeten werken naar een professionele manier van werken waarin vraaggerichte zorg centraal staat zal het belang van interne communicatie toenemen. De eigen invulling aan de zorg moet afgestemd worden op activiteiten van andere disciplines en collega's. In de huidige situatie blijken er echter de nodige problemen te bestaan rondom communicatie. Tijdens de gesprekken met verpleegkundigen komt naar voren dat er binnen het team een gebrek aan openheid bestaat en dat de voorlichting richting patiënt en familie verbeterd moet worden.

Daarnaast wordt er in deze paragraaf aandacht besteedt aan administratie en de tijd en middelen die verpleegkundigen tot hun beschikking hebben.

#### 5.5.1 Openheid of roddelcircuit?

*“Een open team daar twijfel ik wel eens over. We roepen hier met z’n allen dat we een heel open team zijn en daar doe ik misschien net zo hard aan mee. Ik vraag me af of iedereen tegen anderen eerlijk zegt wat hij vindt en denkt. Als ik wel eens dingen van mensen hoor en ik hoor dat van een andere kant terug dan denk ik van volgens mij heb ik net wat anders gehoord.” – Medium Care Verpleegkundige CVZ –*

Binnen het team blijkt er ontevredenheid te bestaan over de communicatie van de leiding en de senioren richting de verpleegkundigen. Voor veel verpleegkundigen is het onduidelijk waar de zorgcoördinator en de senioren mee bezig zijn. Eens per week is er een seniorengesprek, waarbij de senioren overleggen met de zorgcoördinator wat er op het moment speelt op de afdeling en waar de aandacht op gevestigd moet worden. Verpleegkundigen op de afdeling geven aan dat er niet of nauwelijks een terugkoppeling plaatsvindt naar de afdeling van datgene wat er besproken wordt. Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat er wat dat betreft ook een rol bij hen zelf ligt. Verpleegkundigen zouden ook meer kunnen vragen waar de senioren zich mee bezig houden. Dat is iets wat beide kanten op werkt.

Buiten gesprekken op de wandelgangen zijn er weinig officiële momenten waarop de informatie gedeeld kan worden. Een tot twee keer per twee maanden is er een teamvergadering. Zowel senioren als verpleegkundigen hechten veel belang aan deze bijeenkomst, zeker gezien de communicatie die dan plaats vindt. Er is de mogelijkheid om op elkaar te reageren en vragen te stellen. Ook wordt er vooraf een mail gestuurd met informatie. De frequentie van de teamvergadering is alleen te laag. Daardoor blijft de informatieoverdracht op een algemeen niveau hangen. Dagevaluaties werken veel minder effectief en worden meer als een verplicht nummer gezien door verpleegkundigen, ook omdat de opzet er van niet goed werkt zoals eerder al werd beschreven.

Daarnaast wordt er tijdens de groepsbijeenkomst opgemerkt dat verpleegkundigen onderling ook niet altijd open tegen elkaar zijn. Er wordt over collega’s gepraat en het komt regelmatig voor dat er door verschillende mensen tegenstrijdige informatie wordt gecommuniceerd. Desondanks is er geen sprake van specifieke groepsvorming. Sommige verpleegkundigen trekken meer met elkaar op dan met anderen, maar er wordt wel in teamverband gewerkt.

Ook richting leerlingen kan er beter en opener gecommuniceerd worden. Tijdens mentorengesprekken zitten begeleiders van leerlingen bij elkaar om de voortgang te bespreken. Leerlingen krijgen lang niet altijd te horen wat er besproken is en ervaren de mentorengesprekken als ‘roddeluurtje’ waarbij ze geen mogelijkheid hebben om zichzelf te verdedigen. Volgens verpleegkundigen zelf wordt er ook niet altijd genoeg tijd gestoken in de leerlingen. Dan worden handelingen door verpleegkundigen zelf gedaan omdat er weinig tijd is of er vindt weinig of een late terugkoppeling plaats naar aanleiding van werk van leerlingen. Probleem is daarbij ook dat leerlingen al heel snel mee moeten werken en maar korte tijd op de afdeling zijn terwijl de CVZ zorglijn een zware afdeling is.

Tijdens de groepsbijeenkomst ontstaat de vraag of je als team wel moet streven naar maximale openheid. De opvatting bestaat dat zolang iedereen kan zeggen wat hij wil en het niet storend gaat werken een team ook goed kan functioneren zonder dat iedereen alles van elkaar weet. Er moet dan wel voldoende ruimte zijn om elkaar feedback te geven zolang daarmee een betere werkomgeving en een betere kwaliteit van zorg wordt nagestreefd. Alhoewel dat steeds meer gebeurt nu het team zijn draai begint te vinden mag het voor sommige verpleegkundigen nog een stuk transparanter en directer. Uiteindelijk is alle communicatie gericht op zorg voor de patiënt en wanneer er weinig interactie plaatsvindt is de kans op misverstanden in de voorlichting groter.

### 5.5.2 Voorlichting van patiënten en familie

*"Op deze afdeling vind ik dat een van de belangrijkste dingen. Familie is een grote spel, ook omdat mensen niet altijd even goed aanspreekbaar zijn en het niet begrijpen of het niet onthouden. Of dat ze het wel begrijpen, maar het zelf niet kunnen verwoorden. Wij praten vaak ook eigenlijk meer met familie dan met de patiënt. Dat is wel mijn ervaring."*

- Unit Verpleegkundige CVZ -

Sinds kort wordt er extra aandacht besteedt aan de communicatie richting patiënten en familie over het doorstroom- en ontslagtraject. In samenwerking met artsen en revalidatieartsen is er een stappenplan opgezet om binnen zeven dagen het ontslagtraject van de CVZ patiënt duidelijk te hebben. Daarbij is afgesproken dat er een gesprek plaatsvindt met de familie op dag twee, dag vijf en bij het ontslag van de patiënt. Hierbij dient een arts en een verpleegkundige aanwezig te zijn. Verpleegkundigen zien dit absoluut als een meerwaarde maar zien ook in dat de invulling van het stappenplan door beide disciplines nog verbeterd moet worden. De gesprekken op dag twee worden steeds veelvuldiger gevoerd zodat het vervolgtraject in kaart wordt gebracht; het gesprek op dag vijf en de ontslaggesprekken moeten nog meer onder de aandacht gebracht worden. Wanneer een van beiden niet aanwezig is bij de artsengesprekken merk je vaak dat er problemen in de communicatie ontstaan omdat artsen en verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van elkaars bevindingen of informatie tegenstrijdig of foutief doorspelen naar de patiënt en de familie. Wanneer familie niet of onduidelijk ingelicht wordt kan dat voor veel verwarring en ontevredenheid zorgen.

Op de afdeling zijn medewerkers onder andere in werkgroepjes druk bezig om de voorlichting richting patiënten en familie te verbeteren. De huidige status wordt als onduidelijk en ongestructureerd omschreven. In principe zijn er afspraken gemaakt, maar die zijn in grote lijn verzand. Verpleegkundigen, artsen en familie lopen nu door elkaar, waardoor het af en toe een zootje is. Artsen hebben geregeld de neiging om op een andere dan de afgesproken tijd met familie te praten. Zij hanteren een andere denkwijze en visie dan de verpleegkundigen. Vaak komt het dan voor dat voor dat verpleegkundigen hun dagdienst om 15.00 afsluiten en nog geen duidelijk beeld kunnen afgeven aan de verpleegkundigen van de avonddienst. Dan kan het soms lang duren voordat die informatie wel bij iedereen bekend is. Er moet veel teruggekoppeld worden en dat neemt heel veel tijd in beslag wanneer dat niet volgens de afgesproken lijnen gaat. Er wordt nu geprobeerd om artsen en verpleegkundigen aan specifieke kamers te koppelen, zodat er meer structuur ontstaat en iedereen weet waar hij aan toe is. Dan kan de beschikbare tijd ook echt in de voorlichting van familie gestoken worden. Bovendien biedt het ook continuïteit en herkenning voor patiënten en familie als ze

steeds met dezelfde arts en verpleegkundige te maken hebben. Ook senioren zouden zich over de kamers kunnen verdelen om als vast aanspreekpunt te dienen.

Op de Cerebrovasculaire Ziekten zorglijn zijn er periodes waarin het heel rustig is en periodes waarin het heel druk is wat betreft patiëntenzorg. Wanneer het druk is kun je als verpleegkundige niet altijd zoveel voor de patiënt betekenen als je graag zou willen. De basiszorg wordt gewoon gedaan maar onderdelen van kwaliteitszorg vallen dan al snel weg. Wanneer het druk is op de Unit heeft over het algemeen iedereen het ook druk en is er vaak geen mogelijkheid tot uitbesteding van taken.

### *5.5.3 Formatie en middelen*

Tijdens de groepsbijeenkomst komt naar voren dat de formatie op de Unit in drukke periodes eigenlijk te krap is. Zeker wanneer iemand niet kan komen vanwege bijvoorbeeld ziekte of zwangerschap ontstaan er problemen. Vanuit het ziekenhuis is er bepaald dat de formatie afhangt van het aantal patiënten dat op jaarbasis op een afdeling ligt. De deelnemers aan de groepsbijeenkomst trekken in twijfel of dit wel de juiste manier is om een formatie vast te stellen. Niet alleen wordt er aangegeven dat de hoeveelheid zorg per patiënt kan verschillen, ook blijkt dat de formatie misschien op jaarbasis klopt, maar dat er rekening gehouden moet worden met piekmomenten. Nu komt het geregeld voor dat er de ene periode te veel personeel is en een volgende periode te weinig vanwege de verscheidenheid aan het aantal patiënten. Probleem is dan ook dat wanneer verpleegkundigen de ene periode op hun tandvlees lopen ze uit gaan kijken naar een periode waarin het rustig is. Er worden dan minder snel dingen extra gedaan omdat het als een soort van compensatie wordt gezien. Ook wat dit onderwerp betreft geven de verpleegkundigen aan dat sturing en het uitzetten van lijnen door de leiding belangrijk is.

Naast de roep om meer personeel zijn er ook klachten over de hoeveelheid materiaal op de zorglijn CVZ. Ondanks beloftes zijn er nog altijd veel te weinig infuuspompen, nevenklokken en zuurstofklokken. Ook dit gaat volgens de verpleegkundigen ten koste van de zorg voor de patiënt. Ondanks dat ze weten dat de zorgcoördinator zich er voor ingespannen heeft vinden ze het frustrerend, triest en armzalig dat er een tekort is. Dat is vanaf het begin van de zorglijnen al het geval, terwijl van tevoren al duidelijk was dat de afdeling zou groeien. Desondanks is er niets bijgekomen. Als verpleegkundige ben je daarom constant op zoek naar materiaal, dat in veel gevallen al door anderen gebruikt wordt. Dat kost veel onnodige tijd zonder dat het iets oplevert.

## 6. Visie en veranderproces: een discrepantie

Uit bovenstaande data komt naar voren dat de invoering van de zorglijnen in januari 2008 veel invloed heeft gehad op de interne werkomstandigheden op de Cerebrovasculaire Ziekten (CVZ). Enkele voorbeelden: het aantal bedden steeg, medewerkers hadden verschillende werkwijzen, de komst van Neurochirurgische patiënten, personeelwisselingen, invoering van de seniorenfunctie, weinig ondersteuning vanuit de leiding en de verslechterde verhouding tussen de Unit en de Medium Care.

Wat in het algemeen opvalt is dat het management aan de ene kant heeft gekozen voor patiëntgerichte zorglijnen waarin patiënten continuïteit en specialistische kennis geboden wordt en waarin verpleegkundigen kennis op eigen vakgebied kunnen specialiseren door meer verantwoordelijkheid te dragen. Aan de andere kant blijkt dat er weinig aandacht is gegeven aan de interne omstandigheden om deze visie in de praktijk te brengen. Het veranderproces dat is ingezet is niet ideaal gebleken om naar het einddoel van patiëntgerichte zorglijnen toe te werken. Nu er het plan ligt om een nieuwe stap te zetten richting vraaggericht handelen door het inzetten van professionele autonomie dreigt hetzelfde probleem te ontstaan. Het veranderproces dat het management voor ogen heeft blijft qua ontwikkeling achter bij de visie die het CVZ wil uitstralen.

Waar de visie in vier jaar tijd sterk veranderd is van een objectieve naar een subjectieve opvatting van organiseren zijn de veranderingen die daarmee gepaard gaan vrijwel stil blijven staan. Vooral de wijze en mate van intern communiceren heeft zich niet meeontwikkeld. Er wordt aangestuurd op autonomie van verpleegkundigen, maar de veranderprocessen die hiermee gepaard gaan zijn gepland door het management, zonder enige rol voor de verpleegkundigen. Dat zorgt voor een discrepantie. Dat is goed aan te tonen met de verschillende organisatieparadigma's en veranderprocessen die Jaap Boonstra heeft uitgewerkt. Met informatie van de zorgcoördinator is de ontwikkeling van de visie van het management in kaart te brengen. De interviews met verpleegkundigen geven inzicht in het in de praktijk brengen van die visies door middel van de veranderprocessen. De eerste paragraaf start met de ontwikkeling van de visie in de periode tussen het werken volgens de 'Neuro developmental treatment' en de invoering van de zorglijnen. De tweede paragraaf laat zien voor welk veranderproces er gekozen is om deze nieuwe visie door te voeren. Dat de gewenste identiteit van het management sinds de invoering van de zorglijnen opnieuw veranderd is komt naar voren in de derde paragraaf. Ook nu staat het veranderproces centraal dat met deze visie gemoeid gaat. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting in paragraaf 6.5.

### 6.1 Van functionalistisch naar radicaal humanistisch

Tussen 2005 en 2008 heeft er een omslag plaatsgevonden wat betreft de visie die het management van de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie voor ogen hebben. Waar de visie tot 2005 volledig aanbodgericht was heeft de gewenste identiteit zich in de jaren daaropvolgend steeds meer ontwikkeld richting een patiëntgerichte aanpak. Waar de aanbodgerichte visie onder een functionalistisch paradigma te plaatsen is past de patiëntgerichte visie meer bij het radicaal humanisme (Boonstra & de Caluwé: 22-23). Beiden worden hieronder besproken.

#### *6.1.1 'Neuro Developmental Treatment'*

Als voorganger van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten werkte team 2 van de afdeling Neurologie tot 2005 aan de hand van een visie die gericht was op procesgericht handelen. Binnen deze aanpak van 'Neuro Developmental Treatment' bestonden er duidelijke richtlijnen voor de manier waarop er met patiënten werd omgegaan. Afhankelijk van het ziektebeeld kreeg iedere patiënt dezelfde zorg op verpleegkundig gebied. Iedere verpleegkundige had een duidelijk omschreven takenpakket en wanneer er toch onduidelijkheden bestonden kon de zorgcoördinator daar op inspringen.

Deze handelswijze past bij het functionalistisch paradigma dat Boonstra en de Caluwé (2006: 22) beschrijven. Er werd uitgegaan van een objectief, voorspelbaar werkelijkheidsbeeld: wanneer een patiënt op de voorgeschreven manier verzorgd werd door de verpleegkundigen leverde dat de beste resultaten op. Er bestond een duidelijke taakstructuur, bepaald door het management waar iedere verpleegkundige zich in moest schikken om de orde te bewaren.

### *6.1.2 Patiëntgericht werken*

Vanaf 2005 werd deze werkwijze langzaam losgelaten omdat het management merkte dat de visie niet langer paste bij de eisen die door de maatschappij gesteld werden. De denkwijze zou te aanbodgericht zijn: elke patiënt heeft persoonlijke behoeften en daar moet op ingespeeld worden. Het management kon een kader scheppen op het gebied van basiszorg zodat de verpleegkundigen de ruimte hadden om de eigen handelswijze af te stemmen op de behoeften van de patiënt.

Door deze omslag werd het procesgerichte paradigma losgelaten. Met de patiëntgerichte houding was er geen sprake meer van een objectief, maar van een subjectief werkelijkheidsbeeld. Niet langer stond vast welke zorg het meest geschikt is, dat hing af van de wensen en perspectieven van de patiënt en de interpretatie van de verpleegkundigen. Binnen deze overgang van een aspectmatige naar een holistische visie was het noodzakelijk om de sociale verhoudingen van de interne organisatie om te zetten door het management meer op de achtergrond te plaatsen en verpleegkundigen centraal te stellen. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 22-23). Deze kenmerken passen niet langer bij de functionalistische, maar de radicaal humanistische visie die Boonstra en de Caluwé beschrijven. Het was daarom noodzakelijk een veranderproces door te voeren. De implementatie van die verandering kwam tot uiting in januari 2008 met de invoering van de zorglijnen.

## 6.2 Geplande verandering of organisatieontwikkeling?

In de situatie voor 2005 was het management gewend om veranderprocessen op geplande wijze door te voeren. Uitgaande van de functionalistische visie lag het voor de hand dat er op een rationele en voorspelbare wijze gehandeld werd. Het initiatief voor het analyseren van de omgeving, het formuleren van doelen, het bepalen van een strategie en het implementeren van de verandering lag in handen van het management. (Boonstra, 2004: 5-7). Toen het organisatieparadigma na 2005 zich meer ontwikkelde richting de radicaal humanistische visie van Boonstra en de Caluwé ontstond er een nieuwe mogelijkheid om veranderprocessen in te gaan: via organisatieontwikkeling. Verpleegkundigen moesten meer op de voorgrond komen te staan en verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen richting de patiënt. Verschillende kenmerken van organisatieontwikkeling sluiten hier goed bij aan. Omdat de eigen interpretatie van verpleegkundigen centraal stond lag het in de lijn dat ze betrokken

werden in het veranderproces en dat er specifieke aandacht zou bestaan voor interne omstandigheden. Vanwege de eisen van de maatschappij was het einddoel van de verandering bekend: het leveren van patiëntgerichte zorg. Het proces waarmee er naar dat einddoel toe zou worden gewerkt was echter niet geheel duidelijk. Nu de sociale verhoudingen op de afdeling gewijzigd werden zou dat invloed hebben op zowel de cultuur, structuur als individueel gedrag binnen de organisatie. (Boonstra, 2004: 7-10).

Uit de interviews met de verpleegkundigen blijkt dat er met de invoering van de zorglijnen echter niet is gekozen voor een veranderproces dat aansluit bij organisatieontwikkeling maar bij een geplande verandering.

### *6.2.1 Initiatief bij het management*

Afgezien van de implementatie hebben verpleegkundigen geen invloed gehad op het tot stand komen van de zorglijnen. Afgaande op de trend om vraaggericht te gaan werken is er door het management besloten dat de zorglijnen hier op een effectieve en efficiënte wijze vorm aan zouden geven. Waar de visie gericht was op vrijheid en verantwoordelijkheid voor de verpleegkundigen werden zich niet betrokken bij de beleidsvorming. Aan het eind van 2007 zijn verpleegkundigen van Neurologie en Neurochirurgie ingelicht over de plannen en kregen ze de mogelijkheid een voorkeur aan te geven voor een van de zorglijnen. Zij hadden geen stem gehad in de samenvoeging van de twee afdelingen en toen bleek dat er niet met iedere voorkeur rekening gehouden kon worden werden sommigen verpleegkundigen door het management zelf op een zorglijn geplaatst die nog medewerkers tekort kwam. De zorglijn Cerebrovasculaire ziekten (CVZ) was een van die zorglijnen waardoor er mensen kwamen te werken die daar eigenlijk niet wilden zijn. Tegelijkertijd werd er vanuit de gedachte van decentralisering besloten om senioren aan te stellen op de zorglijnen. Zij konden een link vormen tussen de verpleegkundigen en de zorgcoördinator. Door deze beslissingen bleef het initiatief voor het veranderproces volledig bij het management liggen. Het idee leek te zijn dat als het management dit alles op deze manier in zou voeren het doel van patiëntgerichte zorg gehaald kon worden. Die gedachte is gebaseerd op voorspelbaarheid en daarmee op een geplande verandering. (Boonstra, 2004: 5-7).

### *6.2.2 Scheiding tussen beleid en uitvoering*

Waar het beleid en de planning voor de invoering van de zorglijnen door het management van Neurologie en Neurochirurgen werd ingevuld werd het implementatieproces van de verandering wel aan de verpleegkundigen overgelaten. Werkprocessen en de afstemming daartussen moesten door (senior)verpleegkundigen zelf bepaald worden vanuit het formele kader dat ontstaan was met de invoering van de zorglijnen.

Hoewel het volgens Mintzberg (2001: 20-25) goed is om strategieën zowel weloverwogen als opkomend te laten zijn komt dat niet tot uiting door beleid en uitvoering van elkaar te scheiden. Beiden vallen binnen een overkoepelende strategie samen en ontstaan in een continu leerproces waarin het management weloverwogen strategieën gebruikt als kader en medewerkers de gelegenheid biedt om de details tijdens het werkproces te bepalen aan de hand van opkomende strategieën. Voorwaarde is dan echter wel dat medewerkers van het eerste tot het laatste moment van strategievorming betrokken worden door het management. In de situatie van de CVZ is dat niet gebeurd. In de ogen van Bate e.a. (1994: 14, 23; 2000: 199-200) worden structuur en cultuur dan van elkaar gescheiden terwijl ze zonder elkaar niets voorstellen.



De voorgeschreven verantwoordelijkheden en lijnen die door het management zijn vastgesteld voor de zorglijn hebben nog geen betekenis zonder de onderliggende processen die de formele structuren met elkaar verbinden. Dat verpleegkundigen van de 'oude' Neurologie afdeling in de nieuwe situatie bijvoorbeeld te maken kregen met artsen, verpleegkundigen en patiënten van de Neurochirurgie kon formeel heel duidelijk op papier staan, maar het gaf nog geen handvat voor de manier waarop dat in de praktijk zijn uitwerking moest vinden. Verpleegkundigen van Neurochirurgie kwamen vanuit een andere cultuuropvatting naar de CVZ. Dat uitte zich in ander gedrag ten opzichte van collega's en de patiënt. Daarnaast was het nieuw voor het oude team om met geopereerde patiënten te maken te krijgen en contact op te moeten nemen met Neurochirurgen. Daar waren ze niet op voorbereid en het kostte de eerste maanden dan ook veel moeite om daar structureel op in te kunnen spelen. Er was voldoende aandacht voor de inhoudelijke aspecten die de zorglijn met zich meebracht, maar de interne processen moesten door verpleegkundigen zelf ingevuld worden. Probleem is dat het een niet zonder het ander kan.

Dat komt ook terug in het model van Ericson (2001). Er kan geen sensemaking plaatsvinden zolang eigen mentale kaders van verpleegkundigen niet in verband kunnen worden gebracht met de visie of strategie die het management van CVZ heeft. Dat heeft er ook mee te maken dat mentale kaders gevormd worden op basis van eerdere ervaringen en interacties. Aangezien de verpleegkundigen niet betrokken werden bij de eerste fase(s) van strategievorming werden de mentale kaders gebaseerd op de situatie vóór het invoeren van de zorglijnen. Het is lastig om een vertaling van de nieuwe strategie te maken omdat de achterliggende gedachte er van te ver verwijderd is van het eigen mentale model. Er is dan geen of onvoldoende besef van wat de strategie inhoudt, zodat er ook geen goede invulling aan gegeven kan worden en er misverstanden tussen verpleegkundigen ontstaan. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 26; Ericson, 2001: 110, 117-120).

### *6.2.3 Gebrek aan kaders*

Buiten formele structuren heeft het management weinig kaders gecreëerd waar verpleegkundigen op door kunnen bouwen. Het proces van sensegiving waar Ericson (2001: 115) over praat is grotendeels achterwege gebleven. Daardoor is er geen sprake geweest van een onderhandelingsproces tussen het management en de verpleegkundigen. Indirect gevolg daarvan is dat verpleegkundigen minder gelegenheden hebben om eigen mentale kaders te vergelijken met de gewenste visie vanuit het management. Daardoor is er minder kans op sensemaking en daarmee op gewenst gedrag. Het ontbreken van sensegiving met bijbehorende kaders maakt het voor verpleegkundigen vrijwel onmogelijk om betekenis en invulling te geven aan het werkproces.

Aspecten van de visie die nieuw waren ten opzichte van de oude situatie misten een kader dat verpleegkundigen in de goede richting konden helpen. Zoals eerder genoemd was dat het geval bij de concrete invulling van de samenwerking tussen Neurologie en Neurochirurgie. Ook bij de nieuwe seniorenfunctie werd het initiatief volledig bij de seniorverpleegkundigen zelf gelegd. Vanaf het begin was het onduidelijk waar ze precies verantwoordelijk voor waren en waar ze naar toe moesten werken. Er was geen tijd voor ontwikkeling aangezien de Unit verpleegkundigen afhankelijk waren van de senioren. Omdat de functie voor alle senioren nieuw was, hadden ze ook geen referentiekader en hadden ze geregeld het gevoel er alleen voor te staan. De zorgcoördinator had een andere rol gekregen die ook nog specifieke invulling moest krijgen. In de eerste maanden kon ze daarom weinig steun geven aan de senioren. Dat had ook invloed op de

omgang met de Medium Care (MC). In tegenstelling tot de Unit waren er op de Medium Care geen senioren aangesteld. Werkzaamheden konden daarom moeizaam op elkaar afgestemd worden omdat er geen vast aanspreekpunt was op de Medium Care. Omdat er bovendien op de MC veel minder veranderde dan op de Unit was er steeds minder begrip voor elkaars situatie met als gevolg dat de twee onderdelen van de zorglijnen steeds minder gingen samenwerken. Ook op dat gebied was er een gebrek aan een kader, omdat er geen basis bestond voor een uitwisseling van werkmethoden.

#### *6.2.4 Fragmentary meaning*

Naast het uitblijven van betekenisgeving ten opzichte van de visie van het management is het daarnaast mogelijk dat verpleegkundigen een verschillende interpretatie hebben van de visie. Dat uit zich in misverstanden en conflicten over de meest geschikte werkmethode. Het kan dan ook gebeuren dat individuen of groepen op een verschillende manier handelen. Ericson (2001: 113) praat dan over verschillende cognitieve profielen die ten opzichte van de visie gevormd zijn. Het kan ook zijn dat er vanwege het uitblijven van betekenisgeving helemaal geen cognitief profiel gevormd is. Ook in dat geval bestaan er verschillen tussen de handelwijzen die door medewerkers worden gehanteerd omdat ze denken vanuit een ander kader.

Op de Cerebrovasculaire ziekten was een verschil in werkmethoden in de eerste maanden na de invoering van de zorglijnen op verschillende plaatsen terug te zien. Verpleegkundigen van de Neurologie en Neurochirurgie hanteerden verschillende werkmethoden, mede vanwege eerdere ervaringen en culturen op de eigen afdeling. Verpleegkundigen van de Neurologie waren gewend samen te werken terwijl de nieuwkomers van de Neurochirurgie liever zelfstandig aan de slag gingen. Omdat beiden daar goede ervaringen mee hadden werd er teruggегреpen naar deze oude structuren en was het lastig om een gezamenlijke werkvorm te ontwikkelen. De onwil van verpleegkundigen van de Neurochirurgie op CVZ te werken droeg er ook aan bij dat zij zich niet wilden aanpassen.

Ook senioren hadden in het begin ieder een eigen manier van werken. Voor verpleegkundigen van de Unit was dat goed te merken. De ene werkmethode was een stuk effectiever dan de andere. Er werd nog geen team gevormd. Zelfs in de huidige situatie is dat nog niet altijd het geval. Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van elkaars kwaliteiten.

Zowel in het geval van de verpleegkundigen van Neurologie en Neurochirurgie, als de senioren op de zorglijn lijkt het er sterk op dat er geen sensemaking heeft plaatsgevonden ten opzichte van de visie en dat er daarnaast verschillende werkmethodes gebruikt werden. Deze groepen kunnen in dat geval binnen het vak van 'fragmentary meaning' van de matrix van Ericson (2001: 121-123) geplaatst worden. Dat betekent dat de verpleegkundigen en senioren de eerste maanden na de invoering van de zorglijn niet voldoende betekenis konden geven aan de visie die het management wilde afgeven. Vanuit eigen mentale kaders gaven leden van deze groepen vervolgens een verschillende invulling aan hun taken. Volgens Bate (1994: 77) zou segmentalisme de overhand hebben in deze situatie.

#### *6.2.5 Concentratie en homogenisering*

Een gebrek aan communicatie in de vorm van sensegiving lijkt ten grondslag te hebben gelegen aan de verschillende culturen en daaruit voortkomende werkwijzen die op de zorglijn CVZ aanwezig waren in de eerste helft van 2008. Dat geldt zowel voor de

verhouding tussen het management en de senioren, de senioren en de verpleegkundigen als de Unit en de Medium Care. Volgens Bos en Mastenbroek (1998: 38, 43) is interne communicatie een instrument om gedrag te sturen. Het is voorwaardenscheppend voor de organisatiecultuur, -structuur en de stijl van leidinggeven. Uiteindelijk komt interne communicatie daarmee ten goede aan de doelen die een organisatie stelt. Door communicatie kunnen medewerkers een eigen organisationele realiteit scheppen en geven ze betekenis aan de werkelijkheid van de organisatie om hen heen (Brandt e.a., 2005: 44).

Zoals eerder genoemd waren er vanuit het management weinig tekenen van sensegiving. Er kwam geen onderhandelingsproces met verpleegkundigen op gang over de wijze waarop het werkproces ingevuld kon worden. Verpleegkundigen hadden minder gelegenheid en informatie om een koppeling te kunnen maken tussen de visie van het management en de eigen mentale kaders, waardoor sensemaking uitbleef. Hetzelfde kan gezegd worden over de verhouding tussen het management en de senioren. Op de werkvloer vond er weinig communicatie tussen verpleegkundigen van Neurologie en Neurochirurgie plaats omdat beiden, vanwege een gebrek aan onderling vertrouwen, bleven vasthouden aan eigen voorkeuren. De relatie tussen de Unit en de Medium Care van CVZ verslechterde omdat er steeds minder communicatie plaatsvond tussen beiden door een gebrek aan inzicht in elkaars situatie. Omdat er steeds minder interactie was nam het begrip voor elkaar alleen maar af, wat resulteerde in een tijdelijke scheiding op de zorglijn.

In al deze gevallen heeft een toename van de interne communicatie er voor gezorgd dat er een betere samenwerking op de zorglijn ontstond en er efficiënter gewerkt kon worden. Senioren zijn in gesprek gegaan met de zorgcoördinator waarbij ze hebben aangegeven meer sturing (sensegiving) nodig te hebben. Die uitwerking heeft samen met de seniorentraining, waarin communicatie met elkaar centraal stond, een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling die de senioren doormaakten vanaf de zomer van 2008. Interactie bracht het onderhandelingsproces met elkaar en met de zorgcoördinator op gang tussen sensegiving en sensemaking. Daardoor kon er steeds beter een vertaling van de visie gemaakt worden. Ericson (2001: 126) noemt dit proces concentratie. Die duidelijkheid kon doorgecommuniceerd worden richting de verpleegkundigen op de Unit. Die wisten ook beter waar ze aan toe waren en raakten ingewerkt. Samen met het vertrek van de verpleegkundigen die tegen hun zin op de zorglijn rondlopen hielp dat om een gestructureerde basiszorg neer te kunnen zetten. Er ontstond ruimte om een gedeelde cultuur te ontwikkelen zodat probleemoplossingen gestandaardiseerd konden worden en onzekerheid afnam door een proces van zingeving (Bos & Mastenbroek, 1998: 69). Het vertrouwen binnen het team nam toe, waardoor de samenwerking verbeterde en er bijvoorbeeld meer tijd ontstond voor contact met leerlingen, patiënten en familie.

Omdat verpleegkundigen steeds meer betekenis konden geven aan de visie van het management, gecommuniceerd door de senioren, ontstond er sociaal kapitaal op de Unit. Dat uitte zich in een betere samenwerking, kennisdeling, feedbackprocessen, zelfvertrouwen en duidelijkheid. Daardoor groeiden de Unit en de Medium Care ook weer steeds meer naar elkaar toe. De manier waarop er betekenis werd gegeven aan de visie van de zorglijn(en) kwam meer op een gelijk niveau te liggen waardoor er herkenning en erkenning ontstond. Communicatie en samenwerking kwamen weer op gang en werd gestimuleerd door de herinvoering van de uitwisseling van de Unit met de Medium Care. Naast het proces van concentratie kon er nu ook zorglijnbreed van homogenisering gesproken worden: er werd meer op een gezamenlijke, gedeelde wijze invulling gegeven

aan de visie van patiëntgericht handelen. Integratie van cultuur kwam steeds meer op de voorgrond te staan (Bate, 1994: 77-80).

### 6.3 Van radicaal humanistisch naar sociaalinterpretatief

Nu de basiszorg op een goede wijze ingevuld werd zag het management kansen om de patiëntgerichte insteek verder door te ontwikkelen. In de komende jaren moet professioneel handelen van verpleegkundigen de zorglijn CVZ kenmerken. Vanuit de nieuwe visie ligt de verantwoordelijkheid voor vraaggericht handelen vrijwel volledig bij de verpleegkundigen. De omgeving voor professionele autonomie is gecreëerd in de vorm van de zorglijnen. Voor verpleegkundigen moet het nu een gewoonte worden om zelf initiatief te nemen in hun relatie ten opzichte van de patiënt en niet langer uit te gaan van richtlijnen. Onderlinge interactie, dialogen en feedback creëren een eigen werkveld voor verpleegkundigen. Gekeken vanuit de paradigma's van Boonstra en de Caluwé (2006: 23) is de visie van het management veranderd van een radicaal humanistische in een sociaalinterpretatieve opvatting.

Het sociaalinterpretatieve paradigma gaat er van uit dat verpleegkundige de eigen sociale wereld kunnen construeren door interacties met anderen om hen heen. Er bestaat niet één juiste manier om patiënten te verzorgen; dat hangt helemaal af van de situatie. In dialoog met de patiënt, familie en collega's moet de verpleegkundige een handelsalternatief ontwikkelen dat geschikt is op basis van een gedeelde betekenisgeving. Tijdens de periode van verzorging moet de verpleegkundige reflecteren op dit handelsalternatief en zo nodig dingen aanpassen. Het is een continu leerproces waarin de betekenisgeving zich blijft doorontwikkelen. Veranderingen op de werkvloer vinden continu plaats. (Boonstra & de Caluwé, 2006: 23).

### 6.4 First-, second-, or third-order change?

Nu de verantwoordelijkheid voor het werkproces aan de hand van de sociaalinterpretatieve visie richting de verpleegkundigen schuift zijn alle vergelijkingen met een gepland veranderproces van de baan. De nieuwe visie is gebaseerd op het holisme en onvoorspelbaarheid. Een second- of een third-order veranderproces ligt daarom meer voor de hand. Communicatie-, ontwikkel- en leerprocessen lijken in de complexer wordende omgeving steeds belangrijker te worden. Nu de eerste plannen voor het in de praktijk brengen van de visie op papier staan lijkt er echter toch weer verandering te zijn gekozen die het meest in de buurt komt van een geplande en dus first-order verandering. Het initiatief ligt geheel bij het management. Het idee van professionele autonomie leeft vrijwel niet onder verpleegkundigen.

#### *6.4.1 (on)Bekendheid van de visie*

Wat opvalt aan de data uit de interviews is dat er slechts eenmaal gesproken is over de groeiende verantwoordelijkheid van verpleegkundigen. Dat was tijdens de groepsbijeenkomst. Eén van de seniorverpleegkundigen begon over een onderzoek naar 'zorg is therapie', waarin de patiëntgerichte houding van de verpleegkundigen centraal stond. Opvallend was dat geen van de andere aanwezigen daar verder op in ging en dat het onderzoek niet specifiek gekoppeld werd aan de toekomst van de afdeling. Die koppeling is ook in de individuele interviews niet naar voren gekomen. Dat betekent ofwel dat de visie nog niet bekend is onder de verpleegkundigen, ofwel dat ze er nog geen betekenis aan hebben kunnen geven. Beide mogelijkheden duiden op een veranderproces dat vanuit het initiatief van het management is gestart waarvan de

implementatie bij de verpleegkundigen wordt neergelegd. Opnieuw is er sprake van een scheiding tussen beleid en uitvoering. Zoals in paragraaf 6.2 staat beschreven brengt dat problemen met zich mee voor het proces van betekenisgeving. Zeker nu er nog meer initiatief van de verpleegkundigen verwacht wordt moeten ze een vertaling kunnen maken van de visie om invulling te kunnen geven aan hun functie. Sensegiving is dan wel een voorwaarde.

#### 6.4.2 *Vertrouwen*

Daarnaast heeft er weliswaar veel vooruitgang plaatsgevonden wat betreft de ontwikkelingen van het team van CVZ, maar valt er nog een slag te maken op het gebied van vertrouwen. Er bestaat duidelijkheid over de basis, die gevormd wordt door verantwoordelijkheden, taken en de invulling daarvan. Het team zelf kan echter nog veel meer naar elkaar toe groeien en hechter en persoonlijker met elkaar samenwerken. De problemen die er nog bestaan komen voort uit een gebrek aan communicatievormen. Nog steeds bestaan er vooroordelen bij sommige verpleegkundigen van de Unit en de Medium Care over elkaar. Er is nooit een moment geweest dat hier specifiek over gesproken is met elkaar. Geen van de aanwezige gelegenheden is gebruikt om elkaar beter te leren begrijpen. Het vertrouwen in elkaar is te gebrekkig om gezamenlijk een organisationele werkelijkheid te creëren. Er vinden nog te weinig leerprocessen plaats waarin kennis gedeeld wordt en feedbackprocessen op gang komen. (Brandt e.a., 2005: 44). Dat is terug te zien in de manier waarop de dagevaluaties ingevuld worden. De focus van het team is niet voldoende gericht op samenwerking en interactie.

De twijfel die onder verpleegkundigen bestaat over de mate aan openheid kan een belangrijke rol spelen in het gebrek aan vertrouwen. Ze weten niet goed waar de zorgcoördinator en de senioren mee bezig zijn en over praten. Er is ontevredenheid over de geringe mate van terugkoppeling van informatie naar de Unit. De vraag is of senioren zelf voldoende ingelicht worden. Het 'zandlopereffect' (Bos en Mastenbroek, 1998: 105) is ook binnen de CVZ van toepassing. Het is aan de leiding van de zorglijn het verlies aan informatie zo klein mogelijk te houden. Er zijn daarnaast weinig officiële gelegenheden om met elkaar te communiceren, waardoor verpleegkundigen zich onvoldoende ingelicht over en betrokken voelen bij het beleid en resultaten van CVZ. Dat gaat ten koste van de motivatie. Bovendien ontstaat er een cultuur waarin roddelen en het achterhouden van informatie normaler wordt gevonden. Dat blijkt ook uit de manier waarop er gecommuniceerd wordt met leerlingen. Het opzetten van werkgroepjes is een goede stap om dit tegen te gaan. Binnen deze werkvormen staan verpleegkundigen direct met elkaar in contact en wordt onderhandeling en samenwerking bevorderd. Het zet aan tot sensegiving en biedt daarmee een basis voor sensemaking.

Het belang van een goede voorlichting richting patiënten en familie wordt door vrijwel alle verpleegkundigen onderschreven. Onderlinge communicatie in het team biedt een basis om op een eenduidige en efficiënte wijze bezoekers van de zorglijn in te lichten. (Bos & Mastenbroek, 1998: 54-55). Die basis kan gezien de hierboven beschreven situatie verbeterd worden. Kaders vanuit de leiding helpen hierbij. Het stappenplan om het ontslagtraject inzichtelijk te maken is hier een goed voorbeeld van. Het geeft de verpleegkundigen de nodige structuur om in samenwerking met artsen invulling te geven aan het plan. Ook het koppelen van artsen en verpleegkundigen aan kamers zou wat dat betreft een goede stap zijn. Het biedt duidelijkheid voor de medewerkers en draagt bij aan de continuïteit voor de patiënt. Bovendien weten verpleegkundigen dan ook specifiek waar patiënten behoefte aan hebben.

### 6.4.3 Flexibiliteit

Interne communicatie is daarnaast essentieel voor verpleegkundigen omdat ze een coördinerende rol hebben in het zorgtraject en met veel verschillende disciplines in contact staan. Wanneer er moeilijkheden ontstaan komt dat meestal terecht bij de verpleegkundigen. Het is een groot pluspunt te noemen dat verpleegkundigen van de CVZ zich in dit soort situaties kenmerken door flexibiliteit. In complexe situaties waarin verantwoordelijkheid gevraagd wordt is dat een essentiële voorwaarde. Ook op dit gebied zijn er echter wel grenzen. De aanwezigheid van flexibiliteit moet geen reden zijn dat de werkdruk te hoog wordt. Gezien de ontwikkeling die de zorglijn doormaakt en de vergrijzing van Nederland ontstaat er volgens Bate (1994: 77-80) een situatie waarin complexiteit en ambiguïteit altijd aanwezig zijn. Het is aan de leiding van CVZ om een kader van rechten en regels voor verpleegkundigen te ontwikkelen ten opzichte van andere disciplines. Daarbinnen kan er door verpleegkundigen onderhandeld worden over het beleid dat gevoerd wordt. Controle is dan overall op de zorglijn aanwezig en het netwerk van relaties staat centraal. Pas dan kan er toegewerkt worden naar professionele autonomie. Sensegiving is dan ook geen aspect van communiceren dat zich alleen bevindt bij het management, maar in alle lagen van een organisatie.

## 6.5 Samenvatting

In dit resultatenhoofdstuk heb ik de ontwikkelingen beschreven die er op de afdeling Neurologie hebben plaatsgevonden tussen 2005 en het heden. Waar de visie van het management in het begin van deze periode nog uitging van een visie die past bij het functionalistisch paradigma, gekenmerkt door objectiviteit en eenzijdig handelen, staat nu een visie centraal die te vergelijken is met het interpretatief paradigma. De verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg ligt vrijwel volledig in handen van verpleegkundigen. Zij hebben de vrijheid om gezamenlijk het werkproces op eigen wijze in te vullen vanuit de professionele kennis waar ze over beschikken. Na de invoering van de patiëntgerichte zorglijnen ligt er nu een tweede plan om deze visie in de praktijk te brengen. Verpleegkundigen krijgen professionele autonomie om vanuit een pro-actieve houding patiënten optimale verzorging te bieden.

Het is echter opvallend dat de vorm van beide veranderprocessen slechts in kleine mate overeenstemming vertoont met de vraaggerichte visie. Ze zijn geïnitieerd door het management, die een scheiding aanbrengen tussen beleid en uitvoering. De veranderprocessen zijn daarom aanbodgericht en gepland te noemen. Verpleegkundigen kunnen geen vertaling maken van de visie aangezien ze niet betrokken zijn bij de strategievorming. Structuur en cultuur en daarmee sensegiving en sensemaking worden dan van elkaar gescheiden. Daardoor komt het proces van betekenisgeving niet op gang met het gevolg dat de visie nooit zo uitgevoerd kan worden als gewenst wordt. Juist omdat verpleegkundigen niet betrokken zijn bij de eerste fase van het veranderproces baseren zij eigen gedrag op de oude situatie en structuren. Ze hebben een richtinggevend kader (sensegiving) nodig om eigen mentale kaders te kunnen vergelijken met de gewenste visie (sensemaking). Het ontwikkelen van communicatiestructuren op alle niveaus staat hierbij centraal. Dat zorgt voor vertrouwen, inzicht, betekenisgeving, feedback, leerprocessen en grenzen. Deze elementen samen zorgen voor de basis om professioneel te kunnen handelen.

## 7. Conclusie

In dit hoofdstuk staan de belangrijkste resultaten van het onderzoek naar de betekenisgeving van verpleegkundigen op de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten centraal. Ik zal de conclusie opbouwen aan de hand van beantwoording van de deelvragen. Dat biedt de basis om toe te werken naar de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk wordt de bruikbaarheid van de bevindingen bediscussieerd.

### 7.1 Conclusie

In hoofdstuk 2 heb ik aan de hand van de centrale onderzoeksvraag drie deelvragen voor het onderzoek opgesteld. Door te kijken of deze vragen beantwoordt zijn en zo ja op welke manier ze invulling hebben gekregen kan de hoofdvraag zelf eenvoudiger en vollediger beantwoordt worden.

#### *7.1.1 Beantwoording van de deelvragen*

- *Welke verschillende, respectievelijk overeenkomstige betekenissen brengen afzonderlijke respondenten naar voren ten aanzien van de werksituatie en de overgang?*

Met 'de overgang' wordt hier de ontwikkeling van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze bedoeld. Betekenissen ten aanzien van de werksituatie op CVZ stonden centraal tijdens de interviews. Gelijk aan de opvatting van Boonstra & de Caluwé (2006: 26) kwamen betekenissen over de werksituatie tot stand op basis van ervaringen en interacties uit het verleden. Aangezien de invoering van de zorglijnen voor veel oproer heeft gezorgd ging vrijwel iedere verpleegkundige in op de ontwikkelingen die sinds februari 2008 hadden plaatsgevonden. Soms konden respondenten eigen mentale kaders identificeren met ideeën vanuit de leiding; een andere keer was dat niet het geval. Daarnaast kwamen er verschillende meningen naar voren die soms recht tegenover elkaar stonden. Hieruit komt de dynamiek naar voren die Ericson in zijn matrix weergeeft: het was wisselend of er betekenis gegeven kon worden aan aspecten van de visie van het management; wanneer dat wel het geval was werd niet altijd door iedere verpleegkundige dezelfde betekenis gegeven. De betekenissen die gegeven werden aan de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze waren op een halve hand te tellen. Kennelijk leefden de nieuwe plannen nog op geen enkele manier onder de verpleegkundigen.

- *Welke toekomstige verbeteringen hebben verpleegkundigen voor ogen voor de werksituatie binnen het team en richting de patiënt?*

Opvallend was dat er vooral gesproken werd over aspecten van de werksituatie in het verleden en het heden die beter konden. Van daaruit werd er gekeken naar de toekomst. Het gebrek aan informatie en communicatie kwam in elk interview terug, vaak zonder dat respondenten zelf doorhadden dat ze op dat moment het kernprobleem benoemden. Zowel op strategisch-, tactisch-, als operationeel niveau werd er een gebrek aan interactie geconstateerd. Daar waar verpleegkundigen aangaven dat de voorlichting richting patiënten en familie op dit moment misschien wel het belangrijkste aandachtspunt van de zorglijn was kon de link naar de interne situatie niet direct gelegd worden. Indirect werd wel elk probleem voor de toekomst gezocht in een gebrek aan

communicatie(middelen) en elke vooruitgang in het creëren van interactie met collega's en andere disciplines.

- *Met welke aspecten moet er rekening gehouden worden in de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze, gezien vanuit de betekenisgeving van de verpleegkundigen?*

Uit de interviewdata werd duidelijk dat verpleegkundigen slechts in geringe mate op de hoogte waren van de ontwikkeling die de visie van het management doormaakte vanaf 2005. De veranderprocessen die gekozen zijn bij de invoering van de zorglijnen en nu richting professionele autonomie hebben als doel die duidelijkheid te verschaffen. Vraaggericht handelen brengt een complexere situatie met zich mee omdat niet alles meer omschreven is en inschattingsvermogen vereist is bij elke patiënt. Het veranderproces waar voor gekozen is sluit zich hier niet bij aan omdat planning en voorspelbaarheid voorop staan. Verpleegkundigen werden in de eerste fases van de veranderprocessen niet of nauwelijks betrokken. Pas bij de uitvoering van het beleid kregen ze een belangrijke rol. Dat kan wanneer elke patiënt dezelfde zorgvuldig omschreven zorg krijgt, maar zorgt voor problemen als professionele autonomie vereist is aangezien verpleegkundigen de basis missen waarop ze de invulling van hun functie moeten baseren.

#### *7.1.2 Beantwoording van de onderzoeksvraag*

Nu door invulling van de doelstellingen een breed kader is geschetst, kan de onderzoeksvraag meer in detail beantwoordt worden.

*Welke betekenissen geven verpleegkundigen van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten binnen het Universitair Medisch Centrum aan de werksituatie op de zorglijn? En op welke wijze kan kennis van deze betekenissen een bijdrage leveren aan de overgang van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte handelswijze ten opzichte van patiënten?*

Betekenis kunnen geven aan een situatie, of specifiek een visie, is bepalend voor het gedrag dat een medewerker binnen een organisatie vertoont. Wanneer er geen 'sensemaking' plaatsvindt wordt de werkwijze gebaseerd op een referentiekader dat uitgaat van een ander werkelijkheidsbeeld dan gewenst is vanuit het management. Functies worden op een andere dan de beoogde wijze ingevuld, waardoor strategieën onuitgevoerd blijven.

De afdelingen Neurologie en Neurochirurgie van het UMC hebben in vier jaar tijd de omslag gemaakt van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte situatie en hebben getracht zich daaraan aan te passen door veranderprocessen in te zetten. Dat resulteerde begin 2008 in de invoering van de patiëntgerichte zorglijnen. Uit interviews met verpleegkundigen is gebleken dat vele van hen de eerste maanden moeite hadden om betekenis te geven aan de nieuwe situatie. Voor hen was niet duidelijk wat er van ze verlangd werd. Onzekerheid, misverstanden en chaos waren het gevolg.

Uit de gesprekken blijkt dat het veranderproces veel geplande en aanbodgerichte aspecten vertoonde. Er vond een scheiding plaats tussen strategievorming en -uitvoering, waarbij het eerste deel door het management ingevuld werd en het tweede deel door de verpleegkundigen. De structuur van verantwoordelijkheden en lijnen die tijdens de beleidsvorming ontstaat heeft echter nog weinig betekenis zonder de cultuur van onderliggende processen die de formele structuren met elkaar verbinden. Verpleegkundigen werden niet betrokken bij het opzetten van de structuren zodat de



gedachten die er achter zaten voor hen onbekend waren. Het implementatieproces daarentegen werd volledig in handen van de verpleegkundigen gelegd. Er was geen kader waaraan ze zich konden optrekken. Het proces van betekenisgeving kon daardoor niet op gang komen waardoor verpleegkundigen zich tijdens het werk grotendeels bleven baseren op de situatie voor invoering van de zorglijnen.

Na ongeveer 10 maanden ontstond er een kader toen de communicatie op de zorglijn op gang kwam. Senioren werden geholpen door de zorgcoördinator; Unit verpleegkundigen konden daardoor meer gestuurd worden door de senioren en onderling de interactie starten; de band tussen de Medium Care en de Unit werd sterk verbeterd. Communicatie staat aan de basis van een gedeelde betekenisgeving, wat daarop volgend weer bepalend is voor vertrouwen, samenwerking, feedback en een positieve leeromgeving. Interactie brengt een onderhandelingsproces op gang waardoor eigen mentale kaders kunnen worden vergeleken met de visie van een ander. Sensegiving, door te communiceren, wordt daarmee een voorwaarde voor sensemaking.

Sinds dit jaar is het management van CVZ bezig om een tweede verandering door te voeren die gericht is op professionele autonomie. Op het eerste gezicht lijkt dit veranderproces opnieuw aan te sturen op een scheiding tussen strategievorming en -uitvoering. Gezien de ervaringen uit het verleden is het belangrijk dat verpleegkundigen bij het gehele strategieproces betrokken worden en dat het management de aandacht vestigt op sensegiving door communicatie. Dat geeft verpleegkundigen de gelegenheid betekenis te geven aan professionele autonomie.

## 7.2 Discussie

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de betekenissen die verpleegkundigen toekennen aan de werksituatie van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten. Ik denk dat ik daar een invulling aan heb kunnen geven die van meerwaarde kan zijn voor verschillende actoren binnen de zorglijn. Verpleegkundigen hebben de mogelijkheid gehad om onderwerpen die spelen via het onderzoek aan het management kenbaar te maken. Voor hen was er meer veiligheid en ruimte om te zeggen wat ze wilden. In een direct een-op-een gesprek is dat meestal minder het geval omdat het management vanuit een ander perspectief kijkt. Een buitenstaander kan meer met een open blik naar de situatie kijken aangezien het eigen belang niet mee speelt. Ik heb daarom zonder moeite kunnen vasthouden aan de uitgangspositie dat de verpleegkundigen centraal staan. Daar heeft ook het management wat aan. Ze weten wat er speelt en leeft op de werkvloer. Onderwerpen die vaak genoemd zijn door verpleegkundigen zijn aan elkaar gekoppeld en vormen de basis van de resultaten. Ook verbeteringen die het management voor zichzelf kan doorvoeren hebben daarin een plaats.

Het is wel goed om te beseffen dat het perspectief van de verpleegkundigen één van de perspectieven is op de zorglijn CVZ. Om een volledig beeld te krijgen van de situatie moeten ook de werkelijkheidsconstructies van andere disciplines, zoals artsen, fysio- en ergotherapeuten en het management zelf in beeld gebracht worden. Gezamenlijk vormen de perspectieven de basis voor de toekomst van de zorglijn. Dat houdt echter niet in dat de resultaten uit dit onderzoek zomaar opzij geschoven kunnen worden. Verpleegkundigen vormen een essentiële schakel in de richting die het management van de zorglijn op wil. Als het management daadwerkelijk toe wil werken naar professionele autonomie zullen ze de medewerking van verpleegkundigen nodig hebben. Het signaal dat zij afgeven is naar mijn idee duidelijk. Het proces dat heeft plaatsgevonden na de

invoering van de zorglijnen is niet ideaal geweest en heeft voor veel ophef gezorgd. Er zijn mensen vertrokken en verschillende verpleegkundigen gingen een tijd met minder plezier en motivatie aan het werk. Bovendien heeft de verandering niet het effect opgeleverd dat vooraf verwacht werd aangezien er nu een vervolgproces in de vorm van het scholingstraject gepland staat. De meerwaarde van deze scriptie is dat de resultaten moeten voorkomen dat dezelfde problemen ontstaan als bij de invoering van de zorglijnen. Zoals ik in de resultaten heb aangegeven lijkt het er op dat het initiatief van de beleidsvorming voor het scholingstraject opnieuw bij het management ligt en de verpleegkundigen pas tijdens het uitvoerende proces ingezet worden. Voor laatstgenoemden leeft het idee van professionele autonomie niet waardoor er een gebrek aan sensegiving lijkt te bestaan. Hier ligt naar mijn idee de belangrijkste aanbeveling van mijn onderzoek. Het nieuwe veranderproces is nog niet in gang gezet en moet nog goed gekeurd worden. Ik zou het management aanbevelen een kleine stap terug te zetten door samen met de verpleegkundigen naar de toekomst te kijken. Uiteindelijk zijn zij degenen die vorm moeten geven aan het werkproces. Ik ben er van overtuigd dat ze daarom ook een essentiële bijdrage kunnen leveren aan de beleidsvorming. Het grootste voordeel is dat het betrekken van verpleegkundigen het proces van sensemaking eenvoudiger maakt. Dat hoeft overigens niet te betekenen dat de ideeën van het management een kleinere rol gaan spelen. Tijdens de beleidsvorming vormt de visie van het management een kader (sensegiving) waarop verpleegkundigen kunnen reageren en voortbouwen. Het voordeel ten opzichte van de scheiding tussen beleid en uitvoering is dat verpleegkundigen een betere vertaling kunnen maken van de visie. Uiteindelijk verhoogt dat in mijn ogen ook de kans op het gewenste resultaat in de ogen van het management.

## Bronnenlijst

- Bate, P. (1994), *Strategies for cultural change*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Bate, P., Khan, R., Pye, A. (2000), *Towards a culturally sensitive approach to organization structuring: where organization design meets organization development*. *Organization Science*, Vol. 11, No. 2., pp. 197-211.
- Blauw, E. (1989), *Het corporate image: beeldvorming van de onderneming. Één van de meest complexe managementvraagstukken*. Amsterdam: De Viergang.
- Boeije, H.R. (2005), *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boonstra, J.J. (2004), *Dynamics of organizational change and learning*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Boonstra, J.J., Caluwé, L. de (2006), *Interveniëren en veranderen. Zoeken naar betekenis en interacties*. Deventer: Kluwer.
- Bos, M., Mastenbroek, J. (1998), *Communicatie in organisaties. Cultuur, stijl en leiderschap*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Brandt, H.P., Brian, B., Duijvestijn, J., Verburgt, P. (2005) *De expressieve organisatie: werken met identiteit*. Den Haag: Stichting Maatschappij en Onderneming.
- Ericson, T. (2001), *Sensemaking in organizations. Towards a conceptual framework for understanding strategic change*. *Scandinavian Journal of Management*, Vol. 17, pp. 109-131.
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., Davidson, L. (2002), *Understanding and evaluating qualitative research*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 36, pp. 717-732.
- Gioia, D.A., Chittipeddi, K. (1991), *Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation*. *Strategic Management Journal*. Vol. 12, pp. 433-448.
- Heytink, J.W., Tymstra, T.J. (1993), *The function of qualitative research*. *Social Indicators Research*. Vol. 29, pp. 291-305.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2009), <http://www.minvws.nl/dossiers/wet-marktordering-gezondheidszorg/default.asp>, geraadpleegd op 2-10-2009.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., Lampel, J. (2001), *Op strategie-safari: een rondleiding door de wildernis van strategisch management*. Schiedam: Scriptum.
- Rekom, J. van, (1998), *Corporate identity: development of the concept and a measurement instrument*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

- Rughase, O.G. (2007), *Identity and Strategy: how individual visions enable the design of a market strategy that works*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.
- Tijdschrift voor Verpleegkundigen (2009), [http://www.tvzdirect.nl/nieuws/id21-Evidence\\_based\\_richtlijn\\_Zorg\\_en\\_revalidatie\\_voor\\_patinten\\_met\\_een\\_beroerte.html](http://www.tvzdirect.nl/nieuws/id21-Evidence_based_richtlijn_Zorg_en_revalidatie_voor_patinten_met_een_beroerte.html), geraadpleegd op 14-10-2009.
- Van Dale (2009), <http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=betekenis>, geraadpleegd op 17-10-2009.
- Walsh, D. (2004), Chapter 17: Doing ethnography, in: Seale C. (Ed.), *Researching society and culture*, London: Sage Publications.
- Weick, K.E. (1995), *Sensemaking in organizations*. London: Sage Publications.

## **Bijlage 1. Uitnodigingsmail voor individuele interviews**

Beste .....

Zoals je waarschijnlijk weet ben ik sinds februari 2009 bezig met een onderzoek op de zorglijn Cerebrovasculaire ziekten. Dit onderzoek is gericht op betekenissen die verpleegkundigen geven aan hun werkzaamheden op de zorglijn. Na een periode van observaties en inleidende gesprekken ben ik nu in een fase aanbeland waarin ik graag individuele gesprekken zou voeren met verpleegkundigen. Doel van deze gesprekken is hoofdzakelijk om een beeld van jouw plaats binnen de werkcontext te creëren. Het gaat hierbij om je persoonlijke beeld, niet om het beeld dat volgens het management van de zorglijn wenselijk is. De uitkomsten van het gesprek blijven anoniem, zodat je je tijdens het gesprek niet geremd hoeft te voelen in je uitspraken. Uiteindelijk hoop ik aan de hand van de gezamenlijke resultaten, van jou en je collega's, te kunnen beschrijven wat er speelt onder verpleegkundigen op de zorglijn. Deze informatie kan van invloed zijn op de toekomstige invulling van de werkwijze op de zorglijn.

Ik zou daarom graag een afspraak met je maken voor een gesprek, bij voorkeur in week 17 of 18 (20 april tot en met 1 mei). Het gesprek is in zekere zin een soort interview, waarbij de nadruk zal liggen op datgene wat jij graag wilt vertellen. Ik heb vooraf een aantal topics opgesteld, maar die dienen vooral als ondersteuning tijdens het gesprek. De kans is dan ook groot dat elk interview dat ik met een verpleegkundige houd verschillende kanten uit zal gaan.

De verwachting is dat het gesprek ongeveer 45 tot 60 minuten zal duren. Mocht je er geen bezwaar tegen hebben dan wordt het gesprek opgenomen op bandrecorder. Vanzelfsprekend wordt de opgenomen informatie alleen gebruikt voor de uitwerking van het gesprek.

Zou je mij per mail kunnen laten weten of je in deze vorm wilt meewerken aan mijn onderzoek en zo ja, welke datum en tijd jou handig uitkomt? Ik zal vervolgens een bevestigingsmail sturen.

Ik hoop je hiermee voldoende ingelicht te hebben. Mocht je vragen en / of opmerkingen hebben dan hoor ik het graag!

Met vriendelijke groet,

Rikkert Jolink

Masterstudent Organisatie Verandering en Management aan de Utrechtse School voor Bestuurs en Organisatiewetenschap

Tel: 06-...

E-mail: ...

## Bijlage 2. Opzet en resultaat groepsbijeenkomst

De 'spinnenwebmethode' van Bernstein is een eenvoudige methode om de identiteit van een bedrijf, organisatie of afdeling in kaart te brengen. Via groepsgesprekken, met 8 tot 10 deelnemers worden de 8 meest onderscheidende kenmerken van de organisatie bepaald. De leden van de organisatie noemen daarvoor eerst een aantal kenmerken die zij persoonlijk onderscheidend vinden voor de organisatie. Uit de kenmerken die naar voren komen worden vervolgens gezamenlijk een top-acht gekozen. Gezamenlijk vormen deze kernmerken een belangrijk deel van de identiteit van de organisatie zoals die door de deelnemers van de groepsbijeenkomst beleefd wordt. De deelnemers geven vervolgens per kenmerk uit deze 'groeps-top-acht' een score voor de huidige en de gewenste situatie. Deze scores worden afgezet op een assenstelsel, waarbij de scores per kenmerk op een as worden gezet. Door alle acht punten voor de huidige- en gewenste situatie te verbinden ontstaat een grafische weergave van de discrepantie tussen de huidige en gewenste situatie: een spinnenweb.

### Planning groepsbijeenkomst

- 14.00 -14.10:  
Introductie van het idee van deze middag. Wat is de bedoeling? Wat gaan we doen? Vragen?
- 14.10 – 14.20:  
Elke verpleegkundige wordt gevraagd naar het persoonlijke beeld van de zorglijn Cerebrovasculaire Ziekten. Hoe zou de verpleegkundige de zorglijn omschrijven bij familie, vrienden en op feestjes? Er wordt een rondje gemaakt.
- 14.20 – 14.40:  
Elke verpleegkundige zet een aantal kenmerken in steekwoorden op papier. Dit kunnen zowel positieve, neutrale als negatieve kenmerken van de zorglijn zijn. De kenmerken worden vervolgens overgenomen op een flip-over of een white-board.
- 14.40 – 15.05:  
Elke verpleegkundige bekijkt de kenmerken van de andere deelnemers en bekijkt in welke mate de kenmerken overeenkomen met de eigen keuzes. Dan is er een pauze van 10 minuten. Vervolgens is er een mogelijkheid om vragen te stellen bij kenmerken van anderen wanneer de betekenis niet (geheel) duidelijk is.
- 15.05 – 15.45:  
De verpleegkundigen gaan met elkaar in discussie over de vraag welke kenmerken het meest treffend zijn voor de zorglijn CVZ. Uiteindelijk wordt er een top-acht samengesteld. Deze top acht wordt ingevuld op het spinnenweb.
- 15.45 – 16.10:  
Elke verpleegkundige geeft voor elk van de acht kenmerken een score op de schaal van 1-10 voor zowel de huidige situatie als de gewenste situatie. De scores worden op een flip-over of white-board gezet. Vervolgens worden de gemiddelde scores berekend en in het spinnenweb geplaatst.
- 16.00 – 16.20:  
Nabespreking van de uitkomsten en de bijeenkomst zelf. Zijn de uitkomsten realistisch en representatief? Wat kunnen we hier mee als zorglijn? Hoe is de bijeenkomst verlopen?

Scores Kenmerken:

<b>Kenmerk</b>	<b>Huidig</b>	<b>Gemiddeld</b>	<b>Gewenst</b>
Flexibiliteit	8, 8, 8, 7, 8 7,8	9, 9, 8, 8, 6	8
Open team	7, 7, 6, 7, 4 6,2	9, 9, 8, 8, 4	7,6
Armlastig	7, 8, 8, 7, 8 7,6	1, 2, 1, 1, 1	1,2
Positieve Leeromgev.	7, 7, 7, 7, 7 7	10, 10, 9, 9, 9	9,4
Patiëntencat. Ontw.	7, 8, 7, 7 7,25	7, 9, 10, 8	8,5
Formatie	6, 6, 6, 6, 7 6,2	10, 10, 10, 10, 10	10

