

Interdisciplinaire samenwerking verbeteren

Werkbare interventies in de praktijk van een academisch ziekenhuis

Thesis Parttime master Bedrijfskunde
RSM Erasmus Universiteit, Rotterdam
Floris Veen 487934

Coach : Prof. dr. Alexander J.J.A. Maas
Meelezer : Dr. Mariette Kaandorp

Voorwoord

Deze thesis vormt vooralsnog de kroon op een leven lang leren. Na de enthousiaste start van mijn studie Bedrijfskunde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, heb ik ondanks de vele opofferingen die dit met zich meebracht, met heel veel genoegen mijn studie volbracht. Trots om in mijn 50ste levensjaar een studie af te mogen ronden waar eerder in mijn leven geen gelegenheid voor was. Deze thesis is tot stand gekomen in een drukke periode van mijn leven. Naast de aandacht die het gezin continu vraagt ging mijn afstuderen gelijk op met het aanvaarden van een nieuwe functie. Desalniettemin ben ik heel erg blij met het resultaat wat er nu ligt. Dit is mogelijk gemaakt in samenwerking met de medewerkers van afdeling Chirurgie 1 die net zo enthousiast zijn als ikzelf om met het thema interdisciplinaire samenwerking aan de slag te gaan.

Mijn eerste dankbetuiging gaat uit naar Prof. Dr. Alexander Maas, mijn coach en inspiratie gedurende het hele proces, die met zijn rijkdom aan kennis en ervaring in de zorg en in de begeleiding van actieonderzoek, altijd beschikbaar was als ik dat nodig had en mij in alle rust heeft bijgestaan bij deze uitdaging.

Dank ook aan Mariette Kaandorp, mijn kritische meelezer, die bij de aanvang van het thesistraject een gedegen basis heeft gelegd voor het schrijven van mijn onderzoeksvoorstel en mij van feedback voorzag.

Dit avontuur heeft de kans gekregen door de rol die Els Nagtegaal, mijn oud leidinggevende heeft gespeeld in de keuze voor, en het mogelijk maken van het volgen van deze opleiding.

De studiebelasting heeft de afgelopen twee jaar veel gevraagd van het gezin. Het zou onmogelijk zijn geweest zonder de steun van Helga met haar luisterend oor en advies en mijn lieve kinderen Bodhi, Milan en Sebas, die regelmatig rekening hielden met hun studerende vader.

Ten slotte wil ik alle collega 's die een bijdrage hebben geleverd aan dit actieonderzoek enorm bedanken voor hun betrokkenheid, inzet en bevlogenheid, waardoor dit onderzoek waarde krijgt voor de praktijk!

Floris Veen

Wassenaar, 22 augustus 2019

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of op andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteur. Het gepresenteerde werk is origineel en er zijn geen andere bronnen gebruikt dan waarnaar wordt verwezen in de tekst en worden genoemd in de referenties. De inhoud van deze scriptie is geheel voor de verantwoordelijkheid van de auteur. De Rotterdam School of Management, Erasmus University is slechts verantwoordelijk voor de onderwijskundige begeleiding en aanvaardt in geen enkel opzicht verantwoordelijkheid voor de inhoud.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Naar interdisciplinaire samenwerking	7
HOOFDSTUK 1. CONTEXTEN EN PROBLEEMSTELLING	8
1.1 <i>Ontwikkelingen in de curatieve zorg</i>	8
1.2 <i>Context van een Universitair Medisch Centrum (UMC)</i>	10
1.3 <i>Interdisciplinaire samenwerking in de ziekenhuispraktijk van een UMC</i>	10
1.4 <i>Onderzoek: organisatiecontext en krachtenveld</i>	11
1.5 <i>Naar een probleemstelling</i>	13
HOOFDSTUK 2. METHODOLOGIE	15
2.1 <i>Onderzoeksbenadering</i>	15
2.2 <i>Onderzoeksstrategie - actieonderzoek</i>	16
2.3 <i>Fasering van het onderzoek</i>	17
2.4 <i>Informatieverzameling- en analysemethoden</i>	18
2.5 <i>Onderzoekskwaliteit</i>	20
2.6 <i>Positie van de onderzoeker</i>	21
HOOFDSTUK 3. BEVINDINGEN UIT DE PRAKTIJK	22
3.1 <i>Oriëntatiefase: observeren en diepte-interviews</i>	22
3.2 <i>Themafase 1: Onderzoeker benoemt thema's</i>	23
3.3 <i>Themafase 2: In dialogische bijeenkomst in gesprek over thema's</i>	35
3.4 <i>Kristallisatiefase: Werkgroepen aan de slag</i>	37
3.5 <i>Exemplarische fase: uitvoering en evaluatie van een exemplaar</i>	42
HOOFDSTUK 4. LITERATUUR	44
4.1 <i>Interdisciplinaire samenwerking onder de loep: een verkenning van begrippen</i>	44
4.2 <i>Betrokkenheid en vertrouwen</i>	45
4.3 <i>Macht en invloed, naar gelijkwaardigheid</i>	47
4.4 <i>Professionaliteit</i>	50
4.5 <i>Kennis en ervaring</i>	51
4.6 <i>Organisatie en planning</i>	53
HOOFDSTUK 5. ANALYSE, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	56
5.1 <i>Analyse aan de hand van de thema's</i>	56
5.2 <i>Een geïntegreerde aanpak met actiespiralen</i>	61
5.3 <i>Bijdrage aan de literatuur en het praktijkveld</i>	63
5.4 <i>Terug naar de onderzoeksvraag</i>	64
5.5 <i>Persoonlijke reflectie</i>	67

LITERATUUR	70
Bijlage 1: Observatie meelopen in de zorg	75
Bijlage 2: Observatie visite GE1	76
Bijlage 3: Observatie visite ONCO1	78
Bijlage 4: Observatie visite ONCO2	80
Bijlage 5: Observatie visite GE2	82
Bijlage 6: Respondentenlijst interviews	84
Bijlage 7: Codering volgens Charmaz (2006)	85
Bijlage 8: Van codes naar thema's	88
Bijlage 9: Overzicht ideeën over samenwerking van geïnterviewden	92

Samenvatting

De veranderende zorgvrager met een toenemende levensverwachting, ontwikkeling van chronische aandoeningen, maar ook de vergrijzing en ontgroening en daarmee de toename van kwetsbare ouderen vragen om een andere inrichting van de zorg, waarbij de samenwerking in de keten steeds belangrijker wordt. De zorg in een UMC focust zich met topreferente zorg steeds meer op die complexe zorgvrager. Om deze zorg veilig en van hoge kwaliteit te kunnen bieden dient de interdisciplinaire samenwerking van het hoogste niveau te zijn. Met nieuwe beleidsontwikkelingen om processen beter in te richten in de keten en de zorg te ontregelen wordt er steeds meer een beroep op die samenwerking gedaan. Samenwerking die tegelijkertijd sterk onder druk staat met het toenemende complexere aanbod wat vraagt om capaciteitsmanagement waarbij verschillende belangen elkaar kruisen. Om deze complexe context en de betekenis die interdisciplinaire samenwerking daarin krijgt beter te leren begrijpen heb ik de vraag gesteld hoe artsen en verpleegkundigen in een UMC de onderlinge samenwerking ervaren en hoe ze deze vervolgens zelf vorm kunnen geven om zo de praktijk te verbeteren. Om een antwoord hierop te kunnen geven heb ik in de methodologie sectie gekozen voor een kwalitatieve benadering in de vorm van een actieonderzoek dat zich richt op het verbeteren van de praktijk vanuit die praktijk zelf, waarbij de betrokken medewerkers zelf participeren in het onderzoek.

Interdisciplinaire samenwerking blijkt een lastig begrip wat zich niet makkelijk laat omschrijven. In de praktijk worden respect en vertrouwen genoemd als basis om elkaar van dienst te zijn en zo gezamenlijk tot resultaten te komen voor de patiënt. De literatuur benadrukt gelijkwaardige besluitvorming, verantwoordelijkheden en macht. Het lijkt vanzelfsprekend dat artsen en verpleegkundigen met een gemeenschappelijk doel en sterke onderlinge afhankelijkheden elkaar kunnen vinden. In de complexe praktijk blijken er echter vele factoren die dit proces in de weg kunnen staan. Gelaagdheid van perspectieven tussen artsen en verpleegkundigen gebaseerd op een gemeenschappelijke werkingsgeschiedenis leiden tot verschillende betekenisgeving van die samenwerking, waarbij opvalt dat deze hiërarchisch uitwerkt in de onderlinge verhoudingen. De artsen zijn meer leidend en de verpleegkundigen zijn meer volgend, waarbij de artsen de samenwerking over het algemeen als goed bestempelen. De verpleegkundigen ervaren problemen door gebrek aan onderlinge betrokkenheid, continuïteit en structuur, de omgang met professionele verantwoordelijkheden in de overlap van beroepsdomeinen en de rol van sociale hiërarchie in de communicatie.

Gaandeweg heeft dit onderzoek op de afdeling een beweging in gang gezet wat bij artsen het bewustzijn heeft gecreëerd van de beleefde problematiek die verpleegkundigen ervaren rondom de samenwerking. Een belangrijke realisatie is de behoefte aan waardering, de ervaren drempel en het beleefde gebrek aan een aanspreekcultuur die de verpleging als gevolg van de sociale hiërarchie kan ervaren in de communicatie. Hier wordt gemeenschappelijke grond gevonden en de urgentie gevoeld om de samenwerking te verbeteren. In een dialogische bijeenkomst is met elkaar gereflecteerd op de thema's die uit interviews en observaties naar voren kwamen, waarmee richting is gegeven aan actiespiralen die door interdisciplinaire werkgroepen worden opgepakt en uitgewerkt, ondersteund door relevante literatuur. De geprioriteerde thema's die gedurende het proces aandacht hebben gekregen zijn in al hun samenhang geanalyseerd. Hierdoor ontstaat er niet alleen een compleet beeld van die samenwerking, maar ook ontvouwen zich mogelijkheden om de samenwerking hernieuwd vorm te geven.

Om wederzijds vertrouwen te creëren dat aan de basis staat van de samenwerking, wordt ingezet op het vergroten van betrokkenheid door bewustwording van wederzijdse afhankelijkheden en de hoe deze uitwerken in de praktijk. Zo kan het inzicht groeien in elkaars competenties op basis waarvan respect en vertrouwen kan ontwikkelen. Dit staat of valt met een duidelijke positionering van de disciplines in de samenwerking. Hier hebben de verpleegkundigen nog een belangrijke stap te maken. Zij kunnen zich

met kennis en ervaring sterker profileren op weg naar gelijkwaardige besluitvorming, verantwoordelijkheden en invloed, waarbij de bestaande disbalans in machtsverhoudingen wordt omgebogen naar wederkerige beïnvloeding. Hier ontstaat ruimte voor dialoog waarmee in een proces van reflectie en betekenisgeving, in co-creatie, de collectieve competentie ontwikkeld kan worden om samen te handelen in de context voor de patiënt. Dit dient ondersteund te worden door rolmodellen met inclusief gedrag, positief leiderschap en gesocialiseerd gebruik van invloed voor het collectieve doel. Vanuit de organisatie dient de dialoog gefaciliteerd te worden op alle niveaus door te verbinden in netwerken om zo collectief leren te stimuleren.

Interventies die hiervoor ingezet worden zijn het organiseren van gezamenlijke casusbesprekingen en de implementatie van een nieuw visiteprotocol waarbij de verpleegkundige een duidelijke rol krijgt toebedeeld. Door op het gebied van kennis, ontwikkelingen, evaluatie en patiënt gerelateerde zaken de gezamenlijkheid te zoeken wordt de wederzijdse betrokkenheid vergroot. Dit wordt gerealiseerd door elkaar te treffen en met elkaar te delen in bijeenkomsten die nu monodisciplinair zijn zoals de academische middag, de verpleegkundige teamvergadering, de dagevaluatie en complicatiebespreking. Een gezamenlijke evaluatie van een belangrijk moment van samenkomen, de visite en nabespreking, wordt als instrument ingezet om een cultuur van feedback en aanspreken te versterken, waarbij de artsen een belangrijke rol spelen door hun invloed in te zetten voor het collectieve doel. De omvang en uitvoering van alle interventies die in hun samenhang ingrijpen op de thema's die uit de praktijk naar voren komen, is te groot en voert te ver om in het bestek van dit onderzoek te kunnen implementeren en evalueren. Het onderzoek zal daarom vervolgd worden door de betrokkenen op de afdeling.

De aandacht die dit actieonderzoek echter aan het onderwerp geeft is op zichzelf al een belangrijke interventie, waarmee de bewustwording bij beide disciplines om hierin gezamenlijk op te trekken gesterkt is en de gemarginaliseerde stem van de verpleegkundigen meer wordt gehoord. In dialoog met en ondersteund door de artsen wordt door beide disciplines actief gestuurd op verandering van de praktijk, waardoor de erfenis van traditionele verhoudingen door verschillende interventies omgebogen kan worden naar een moderne en meer gelijkwaardige vorm van samenwerking die recht doet aan de veranderende context.

Naar interdisciplinaire samenwerking

Sinds ik als leidinggevende in de zorg werk heb ik me al beziggehouden met het zoeken naar verbinding tussen de verschillende disciplines. Artsen en verpleegkundigen, zo verschillend opgeleid, ieder zijn eigen professionele insteek, hebben heel direct met elkaar te maken in de dynamische praktijk van een verpleegafdeling in een Universitair Medisch Centrum. Vele specialisten en disciplines werken op hoog niveau samen om de beste zorg voor de patiënt te leveren. Deze samenwerking is cruciaal om het doel te realiseren, een patiënt te genezen. Het inspireert mij te zien hoe gedreven de professionals (artsen/physician assistants en verpleegkundigen) zijn in hun werk. Tegelijkertijd merk ik dat men in de onderlinge samenwerking moeite heeft om elkaar te vinden op gemeenschappelijke grond. Verbinding zou toch gevonden moeten kunnen worden met een gemeenschappelijk doel in het vizier? De praktijk blijkt echter weerbarstig. Op het snijvlak van de beroepsdomeinen zie ik discussie ontstaan over taken, procedures, prioriteiten en professionele beroepsafbakening die invloed heeft op de zorg voor de patiënt. De vraag rijst dan of er voldoende basis is voor samenwerking in de zin van wederzijds respect, vertrouwen en acceptatie van ieders competenties en bevoegdheden en hoe men elkaar hierin kan vinden.

Onlangs zijn in het ziekenhuis brainstormsessies gehouden over de beleefde werkdruk waarbij ook het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking vanuit verpleegkundig perspectief op de agenda werd gezet. Het onderwerp is actueel en wordt door verschillende afdelingen gedeeld. Maar hoe zien de professionals interdisciplinaire samenwerking zelf? En wat maakt het nu zo ingewikkeld om interdisciplinair samen te werken? Voor mij is dit aanleiding om hier in mijn eigen praktijk, met de mensen op de werkvloer onderzoek naar te doen.

Deze thesis beschrijft eerst de verschillende contexten die relevant zijn om dit onderzoek te plaatsen leidend tot een analyse van het krachtenveld. Dit brengt mij tot een probleemstelling en een onderzoeksvraag. Het tweede hoofdstuk is een verantwoording van de methodologie waarbij achtereenvolgens de onderzoeksbenadering, onderzoekstrategie en dataverzameling- en analysemethoden aan bod komen. Hier beschrijf ik ook mijn positie als onderzoeker in mijn eigen organisatie. Hoofdstuk drie is een verslag van de bevindingen uit de praktijk die in volgorde van de verschillende fasen van het actie onderzoek zijn beschreven. Hier komen de thema's tot stand die door de medeonderzoekers zijn opgepakt in de praktijk. Op deze thema's wordt in hoofdstuk vier een verdieping gezocht in de literatuur die gebruikt wordt om de interventies in de praktijk verder richting te geven. In hoofdstuk vijf maak ik een analyse van het proces van dit actieonderzoek en wordt de tweeledige hoofdvraag beantwoord. De samenhang van alle relevante thema's wordt kernachtig samengevat en in de bredere context geplaatst wat bestaat uit een beweging naar een nieuwe werkelijkheid, vorm te geven door de mensen in de praktijk. Ik sluit af met mijn persoonlijke reflectie op het proces en de bijdrage die dit onderzoek kan leveren aan de literatuur en het praktijkveld.

HOOFDSTUK 1. CONTEXTEN EN PROBLEEMSTELLING

Interdisciplinaire samenwerking laat zich in veel verschillende contexten beschrijven, waarvan de zorg misschien wel de meest complexe is. De ontwikkelingen in het zorglandschap volgen elkaar in hoog tempo op, de context is volop in beweging. Om een voorstelling te kunnen maken van de complexe microwereld van een verpleegafdeling in een academisch ziekenhuis en deze enigszins te begrijpen, dient er eerst een beeld gevormd te worden van de bredere context waarin deze werkelijkheid tot stand komt. In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij de ontwikkelingen in de curatieve zorg en de plek die een Universitair Medisch Centrum (UMC) in dit geheel inneemt. Vervolgens wordt de verbinding gemaakt met interdisciplinaire samenwerking in een UMC en beschrijf ik de context van de organisatie en afdeling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. In het licht van de ontwikkelingen kom ik tot een krachtenveldanalyse en daarmee tot de aanleiding voor het doen van dit onderzoek leidend tot de probleemstelling.

1.1 Ontwikkelingen in de curatieve zorg

Gezondheid is een groot goed, waarvoor een sterke goed georganiseerde curatieve zorg van groot belang is. Hiervoor dienen overheid en de partners in het veld elkaar te kunnen vinden in een strategie voor de toekomst, waarin op relatief korte termijn grote veranderingen op het spel staan. Met de 17 duurzame ontwikkelingsdoelen¹ (SDG's) hebben de Verenigde Naties (VN) zich in 2015 gecommitteerd om in een mondiaal samenwerkingsverband een einde te maken aan armoede en andere ontberingen. Hiervoor maken ze gebruik van strategieën die de gezondheid en het onderwijs verbeteren, de ongelijkheid verminderen en de economische groei stimuleren (United Nations, 2019). Het derde doel bestaat uit het promoten van goede gezondheid en welzijn voor iedereen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) start in 2019 met een nieuw vijfjaren strategisch plan waarin toegang tot gezondheidszorg, bescherming tegen noodsituaties en betere gezondheid en welzijn voor een extra miljard mensen beschikbaar moet komen (WHO, 2019). Beide organisaties zetten gezondheid als één van de belangrijkste vraagstukken op de agenda (LUMC, 2018). De rijksoverheid is sinds 2016 bezig om deze SDG's te vertalen naar nationaal beleid. Op gezondheid en welzijn scoort Nederland met een 0-meting in 2016 nog relatief goed (CBS, 2016). Misschien niet direct een aanleiding voor de overheid om in te grijpen. Daarbij is er juist een trend van deregulering gaande.

In 2006 zag de Sociaal-Economische Raad (SER) brede consensus in de maatschappij om de passieve verzorgingsstaat om te buigen naar een meer activerende participatiesamenleving, waarin mensen aangesproken worden om zelf verantwoordelijkheid te nemen ten dienste van de maatschappij (Delsen, 2016). De verzorgingsstaat kon de toenemende kosten van de zorg niet meer financieren en de wachtlijsten werden te lang. Er moest ingegrepen worden. De zorg kon doelmatiger ingericht worden. In het heersende neoliberale politieke klimaat werd op basis van het advies van de commissie Dekker uit 1987, met de invoering van de Zorgverzekeringswet, in 2006 de marktwerking in de zorg geïntroduceerd. Met deze stelselwijziging werd meer de nadruk gelegd op eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, burgers en verzekeraars (Ministerie van VWS, 2007). Omdat noodzakelijke zorg voor iedereen toegankelijk moet blijven is het lastig om deze markt vorm te geven. Met de marktwerking in de curatieve zorg wordt vraag en aanbod daarom niet door de prijs bepaald, maar op elkaar afgestemd met behulp van een derde partij, de zorgverzekeraars. Zij kopen de zorg in ten behoeve van hun verzekerden. Concurrentie moet een prikkel vormen om kwalitatief goede zorg in te kopen voor een zo gunstig mogelijke prijs (Schut, 2009). Zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders kunnen onderling

¹ *Sustainable development goals* (in het vervolg afgekort tot SDG's).

concurreren, met als resultaat de vrijheid om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen en prikkels toe te dienen om de zorg zo effectief mogelijk te realiseren (Ministerie van VWS, 2007). Deze commercialisatie van de zorg kent inmiddels zijn uitwassen. De faillissementen van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaartziekenhuis zorgden afgelopen jaar voor een schok in het land. Hoe kan het dat ziekenhuizen ‘zomaar’ failliet gaan? Regulering van de marktwerking kent blijkbaar zijn grenzen. Minister Bruins was er duidelijk over: ziekenhuizen hoeven dan niet op steun uit Den Haag te rekenen, “*Wij zijn niet de bank*” (NRC.nl, 2018). Zo zien we dat de marktwerking in zijn consequenties de toegankelijkheid van zorg in gevaar kan brengen en zo staat het derde SDG in Nederland weer midden in de belangstelling.

Hoe werkt de prikkel om kwalitatief goede zorg in te kopen? En welke consequenties zien we hiervan binnen de ziekenhuizen? De ‘klant’ moet wat te kiezen hebben, dus de zorg moest transparant worden wat betreft de te leveren kwaliteit. Ter bevordering van de concurrentie op kwaliteit werden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor de zorgaanbieders (Bal, 2008). De zorgverzekeraars vergrootten hun invloed op de kwaliteit binnen de zorginstellingen en dwongen kwaliteitsnormen af. De kwaliteit wordt getoetst door accreditatie instellingen die uitgebreide normenkaders hebben opgesteld waaraan de zorgaanbieder dient te voldoen om voor accreditatie in aanmerking te komen. In de instellingen worden deze normen vertaald naar de praktijk in de vorm van protocollen en afvinklijsten waar de professionals mee geconfronteerd worden. Ziekenhuisbesturen drukken door met de borging van convenanten en normenkaders om transparant te kunnen zijn over de geleverde kwaliteit en om aan de inspecties van zowel de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (afgekort tot IGJ) als accreditatie instellingen te voldoen. De druk zit erop, want zonder accreditatie hebben de zorgverzekeraars de macht om naar de concurrent te stappen. De professionals worden ondertussen geconfronteerd met een steeds groter wordende administratieve last, die de stapeling van instrumenten en verantwoordingsprocessen met zich meebrengen (Bal, 2008). In de praktijk loopt men vast op alle voorschriften en komt men niet meer aan ‘echte zorg’ toe, de samenwerking staat hiermee ook onder druk. Ziekenhuisbesturen merken dat de regeldruk en administratieve last die dit met zich meebrengt van de professionals zijn tol eist. Wordt de zorg hier wel beter van? Het ministerie van VWS trekt zich deze zorg aan en geeft zorgaanbieders experimenteertruimte om in samenspraak met de IGJ de regeldruk te verminderen met het actieplan ‘(Ont)regel de zorg’ (NFU, 2017).

De duurzaamheid van de zorg staat onder druk, mede door een aantal ontwikkelingen die parallel aan de marktwerking spelen. In een visiedocument van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie Medisch Specialisten, 2016) worden voor 2025 de belangrijkste trends en ontwikkelingen benoemd waar ziekenhuizen zich voor gesteld zien. Allereerst benoemen zij de veranderende zorggebruiker waarmee ook de zorgvraag verandert, complexer wordt. De ontwikkelingen op dit gebied zijn de toenemende levensverwachting, de ontwikkeling van chronische aandoeningen, vergrijzing en ontgroening van de bevolking, toename van de multi-morbiditeit (het voorkomen van twee of meer chronische ziekten tegelijk bij dezelfde patiënt) en polyfarmacie (het gebruik van vijf of meer geneesmiddelen), de groeiende groep kwetsbare ouderen en diversiteit van sociaaleconomische kenmerken. Daarnaast heeft de zorgvrager steeds meer en beter toegang tot informatie. De burger in de participatiesamenleving wordt steeds mondiger en calculerend waarbij er ook een groep is die hierin niet kan meekomen. Er is ook steeds meer aandacht voor preventie en leefstijl. Verder wordt de stijgende druk op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg genoemd door de veranderende zorggebruiker, maar ook door toenemende inzet van nieuwe technologie, de druk op de kwaliteit en de stijgende prijzen van geneesmiddelen. Om hierop voor te sorteren zijn de ziekenhuizen bezig met het uitwerken van concepten als Value Based Health Care (VBHC). Daarnaast wordt er geëxperimenteerd met veranderende organisatievormen zoals focusklinieken en anderhalvelijns centra, samenwerkingsverbanden met het bedrijfsleven voor innovatie, en verplaatsing van zorg door concentratie en spreiding. Ook substitutie van de tweede naar de eerste lijn en naar zelfmanagement

worden genoemd als gevolg van de bovengenoemde ontwikkelingen. Dit heeft gevolgen voor de inrichting van de zorg die meer patiëntgericht ingericht zal worden in plaats van specialisme gericht. Ketenzorg wordt hierbij steeds belangrijker.

1.2 Context van een Universitair Medisch Centrum (UMC)

Een UMC kenmerkt zich door de intensieve samenwerking tussen de universiteit, een medische faculteit en het daaraan verbonden academisch ziekenhuis (Ministerie van VWS, 2007). De Universitair Medische Centra (UMC's) nemen een aparte positie in het zorglandschap in. Naast patiëntenzorg vormen wetenschappelijk onderzoek en onderwijs een belangrijk onderdeel van het takenpakket. Ook op het gebied van patiëntenzorg onderscheiden de UMC's zich met een aantal topklinische en topreferente functies van de algemene ziekenhuizen. *“Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is [...]”* (Ministerie van VWS, 2007, p. 21). Met deze speciale positie komt de vraag op welke rol de marktwerking speelt voor de UMC's. Met de marktwerking zien we dat ziekenhuizen worden afgerekend op feitelijke prestaties. De resultaten dienen hiertoe meetbaar en kwantificeerbaar te zijn. Zo ontstonden de producten van zorg in de vorm van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) waarbij de kwaliteit van die producten moet voldoen aan meetbare indicatoren (Ministerie van VWS, 2007). Er wordt met DBC's een onderscheid gemaakt tussen het gereguleerde A-segment met maximumtarieven en het vrije B-segment. Voor de topreferente functie en innovatie en ontwikkeling, waarmee een publiek belang gediend is, ontvangen de UMC's de zogenaamde academische component. Daarnaast dienen de UMC's net als de algemene ziekenhuizen te concurreren op de zorgmarkt voor de DBC's in het B-segment. Om de kerntaken in de toekomst betaalbaar, bereikbaar en effectief te kunnen aanbieden aan iedereen die dat nodig heeft, moeten de UMC's meebewegen in de ontwikkelingen (LUMC, 2018). Hiervoor zien ze zich genoodzaakt samenwerkingsverbanden aan te gaan met ziekenhuizen in de omgeving. Zogenaamde zorgnetwerken versterken de positie in de markt.

1.3 Interdisciplinaire samenwerking in de ziekenhuispraktijk van een UMC

De interdisciplinaire samenwerking in een UMC staat de laatste jaren extra onder druk door de ontwikkelingen in de zorg. Topreferente zorg kenmerkt zich allereerst door interdisciplinaire samenwerking op het hoogste niveau, gekoppeld aan fundamenteel onderzoek ten behoeve van de patiëntenzorg (Ministerie van VWS, 2007). Door de verschuivingen van laagcomplexere meer frequente behandelingen naar de periferie (ziekenhuizen/thuisbehandeling in het netwerk), en concentratie van hoog complexe zorg in de UMC's neemt de werkdruk toe. Parallel zijn er beleidsontwikkelingen zoals geïntegreerde zorgpaden, gezondheidsnetwerken en programmamanagement, die de roep om samenwerking juist vergroten (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez, & Pineault, 2008). Het ontwikkelen van zorgpaden doet een belangrijk appel op de samenwerking maar tegelijkertijd kunnen deze ook bijdragen aan de samenwerking. Zorgpaden vergroten bij de gebruikers inzicht in de zorgketen buiten de eigen afdeling. Daarnaast neemt de digitalisering in de zorg een vlucht, niet alleen in relatie tot de patiënt maar ook onder professionals. Er wordt steeds meer gecommuniceerd via het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in plaats van een *face-to-face* dialoog, waarbij problemen optreden in een nauwkeurige overdracht (Robinson, Gorman, Slimmer, & Yudkowsky, 2010). Samenwerking krijgt vorm door digitale communicatie via elektronische systemen.

Deze ontwikkelingen dienen gezien te worden in het licht van de samenwerkingsgeschiedenis die beide disciplines met elkaar delen en die gekenmerkt wordt door dominantie van de artsen en

onderdanigheid van de verpleging (Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013). Beide professionals hebben hun eigen belangen en zetten in op autonomie en onafhankelijkheid, wat zich met macht laat afdwingen (D'Amour *et al.*, 2008). Tegelijkertijd is er een gezamenlijk doel om de beste zorg voor de patiënt te realiseren. Op het snijvlak van belangen tussen verschillende beroepsdomeinen dient de samenwerking vorm te krijgen.

Door de maatschappelijk geschetste ontwikkelingen is op aangeven van het ministerie van VWS in 2010 het project V&V2020 geïnitieerd met als doel de huidige beroepsprofielen van verpleegkundigen en verzorgenden te actualiseren en voor te bereiden op de toekomst. Ontwikkelingen als de voortschrijdende vergrijzing, de daarmee samenhangende complexiteit van zorg en de verwachte schaarste aan verpleegkundig en verzorgend personeel waren aanleiding om de beroepenstructuur te herzien en de inrichting van de zorg aan te passen aan de nieuwe tijd (V&V2020, 2012). Met nieuwe beroepsprofielen wordt er een onderscheid gemaakt tussen mbo en hbo opgeleide verpleegkundigen waarmee de beroepsgroep zich professionaliseert en beter aansluit bij het toekomstbeeld van de zorg in Nederland, waarbij complexiteit en ketenzorg een belangrijke rol spelen.

1.4 Onderzoek: organisatiecontext en krachtenveld

Het onderzoek zal plaatsvinden binnen de organisatie waar ik werkzaam ben, het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Het LUMC is een van de acht academische ziekenhuizen die Nederland rijk is. Naast onderwijs en onderzoek is patiëntenzorg een belangrijke pijler. Het ziekenhuis is een decentrale lijnorganisatie waarbij de verantwoordelijkheden in de lijn gedelegeerd zijn. Er zijn 4 divisies met elk een eigen divisiebestuur. Op de verschillende verpleegafdelingen wordt gewerkt met duaal managementteams bestaande uit een medisch en een verpleegkundig manager. Deze teams sturen een cluster van afdelingen aan die op basis van specialismen of aandoeningen met elkaar verbonden zijn. Dit kunnen centra zijn zoals het Hart Long Centrum, Niercentrum, Transplantatiecentrum en Oncologiecentrum, maar ook clusters als Chirurgie en Interne Geneeskunde (LUMC, 2017).

In het strategisch beleidsplan *'Grensverleggend beter worden'* (LUMC, 2018) beschrijft de Raad van Bestuur hoe ze richting geeft aan de komende vijf jaar. Samenwerking wordt hierin vooral gekoppeld aan het netwerk van zorgpartners waarmee de banden worden aangetrokken en het ziekenhuis haar positie in de regio tracht te versterken. Met betrekking tot interdisciplinaire samenwerking wordt in datzelfde plan beschreven dat, passend bij de geschetste toename van complexiteit, zorgprofessionals zich enerzijds verder dienen te specialiseren, terwijl ze in de teams ook over de grenzen van het eigen vak heen moeten kunnen kijken. Daarnaast neemt ook in het LUMC de werkdruk op de verpleegafdelingen toe. Met Value Based Health Care (VBHC) en LEAN projecten wordt gewerkt aan innovaties die de kwaliteit van zorg verbeteren tegen verantwoorde kosten. Hierin ontmoeten de verschillende disciplines elkaar.

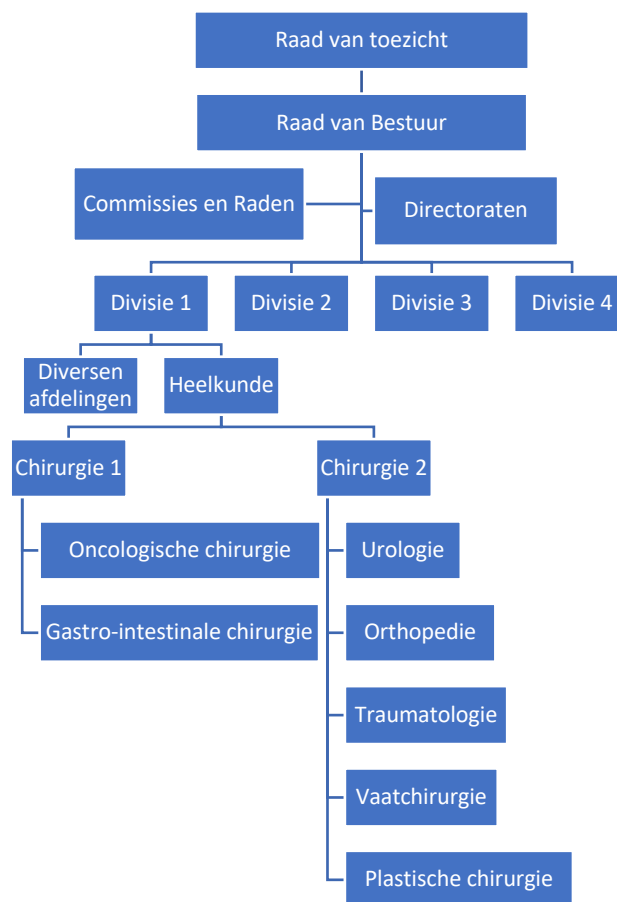
Er worden binnen de organisatie inmiddels verschillende projecten en initiatieven gestart om de werkdruk aan te pakken, zoals verbeterde doorstroming van de patiënt in de keten, samenwerking en procesverbetering, taakdifferentiatie, professionele patiënten- en personeelsplanning, verhogen van de opleidingscapaciteit, duurzame inzetbaarheid en ontregeling van de zorg (Albinusnet, 2018). Het LUMC streeft hierbij naar een *just culture*, “[...] een rechtvaardige organisatiecultuur, waarin de dialoog centraal staat en wederzijdse verantwoordelijkheid de norm is” (LUMC, 2018, p. 35). Vertrouwen, lerend vermogen en verantwoordelijkheid staan hierbij centraal. Dit zijn belangrijke uitgangspunten voor de interdisciplinaire samenwerking. Tenslotte wordt eHealth beschreven als een doelmatig alternatief in de communicatie en administratie. Het bevestigt echter ook de trend dat samenwerking steeds meer vorm krijgt in digitale communicatie. Het brengt de zorg naar de patiënt toe, digitale

sprekuren vervangen de fysieke spreekuren waarmee we de verschuiving zien van ziekenhuis naar thuisituaties.

Te onderzoeken afdeling

Op de verpleegafdelingen van het LUMC werken interdisciplinaire teams samen. Op de zogenaamde harmonica afdelingen zijn dit verschillende medisch specialismen die op een vloer vertegenwoordigd zijn met flexibele bedden capaciteit (de harmonica). Arts-assistenten en/of physician assistants (PA's) geven vanuit de medische discipline vorm aan de dagelijkse zorg. De PA's nemen een nieuwe rol in naast de medisch specialist waarbij taken en bevoegdheden kunnen overlappen, maar verantwoordelijkheden en status verschillen. Zij kunnen een 'brugfunctie' vervullen tussen de verpleegkundigen en de medisch specialisten met de focus op samenwerking (Hammelburg, Lubbers, & Nauta, 2014, p. 58). De interdisciplinaire samenwerking krijgt vorm op het snijvlak van de beroepsdomeinen in de dagelijkse zorg rondom de patiënt met vaste overlegmomenten zoals de artsensite, het multidisciplinair overleg maar ook in de verbeterteams waar medici en verpleegkundigen samen werken aan kwaliteitsverbetering.

De praktijksetting waar de interdisciplinaire samenwerking onderzocht zal worden is een van deze verpleegafdelingen, namelijk de *afdeling Chirurgie 1*. Deze afdeling faciliteert de specialismen oncologische chirurgie en gastro-intestinale chirurgie. Beide specialismen worden op de afdeling vertegenwoordigd door PA's waarvan er één langdurig is uitgevallen. Verder zijn er veel arts-assistenten al dan niet in opleiding, en chirurgen betrokken bij de zorg. Het verpleegkundig team bestaat uit een mix van ervaren en jong gediplomeerden die goed met elkaar kunnen samenwerken. Het verpleegkundig team heeft de nadrukkelijke wens om de interdisciplinaire samenwerking te verbeteren.



Figuur 1: Organogram (Bron: Aangepast uit LUMC (2018). Jaarverslag 2017).

Krachtenveldanalyse

In een krachtenveldanalyse kunnen bovengenoemde ontwikkelingen met elkaar en met het begrip interdisciplinaire samenwerking in verband gebracht worden. Een belangrijke kans wordt gevormd door de tendens dat samenwerking in de zorg steeds belangrijker wordt. Niet alleen in de teams zelf maar ook in de hele keten. De ontwikkeling van geïntegreerde zorgpaden draagt hier in belangrijke mate aan bij. Professionals zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de totstandkoming hiervan en afstemming wordt in het zorgpad beschreven. Ook de tendens om de zorg te ontregelen en processen doelmatiger in te richten kan ruimte en tijd creëren op de werkvloer waardoor de werkdruk kan verminderen en er meer tijd beschikbaar komt voor samenwerking. Tenslotte dwingt het complexe karakter van de topreferente zorg samenwerking af op het hoogste niveau.

Een belangrijke bedreiging vormt de toenemende druk op de zorg door toename van het aanbod en tegelijkertijd toename van complexiteit. Continue druk op de bedden en de intensieve zorgvraag zet de samenwerking op scherp. Verschillende belangen spelen hierbij een rol zoals productie, beschikbare OK-ruimte, zorgzwaarte op de afdelingen en kwalitatief goede patiëntenzorg. Daarnaast loopt communicatie door de steeds verdergaande digitalisering steeds meer via het elektronisch patiëntendossier (EPD). Een andere bedreiging vormt de tendens dat de zorgprofessionals zich steeds meer specialiseren en professionaliseren en er tegelijkertijd meer verwacht wordt van samenwerkingsverbanden in teams. Hiervoor zou men juist over de grenzen van het eigen vak heen moeten kunnen kijken. De professionaliseringsslag die gemaakt wordt onder de verpleegkundige beroepsgroep is gericht op autonomie en controle en werkt volgens Rose (2011) onafhankelijkheid in de hand. Daarmee kan het een obstakel vormen voor effectieve samenwerking (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005). Dwars hier doorheen speelt de rol van macht in de sociale hiërarchie en de mate waarin traditionele verhoudingen nog invloed kunnen hebben op de onderlinge betrekkingen. Sterkte zit binnen het verpleegkundig team op samenwerking en in het algemeen de zwakte op de vele betrokken artsen en de uitval van een PA. Dit kan betrokkenheid bij de samenwerking negatief beïnvloeden.

De ontwikkelingen vragen niet alleen om een hoog niveau van expertise van de betrokken disciplines, maar doen ook een groot beroep op de competenties die het team heeft op het gebied van samenwerking en coördinatie. Een belangrijk punt hier is de vaardigheid van beide disciplines om juist afstand te nemen van de focus op het eigen beroepsdomein om gemeenschappelijke grond te vinden voor de samenwerking. Deze ontwikkelingen roepen bij mij de vraag op hoe het nu gesteld is met de interdisciplinaire samenwerking en doen ook een beroep op de urgentie om deze samenwerking te adresseren. Zowel vanuit historisch perspectief als in het licht van de recente ontwikkelingen. Dit is voor mij aanleiding om dit veld van onderzoek in de praktijk verder te exploreren.

1.5 Naar een probleemstelling

Doelstelling

Met dit onderzoek wil ik op participatieve wijze de artsen, PA's en verpleegkundigen activeren in het verkennen en verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking en deze ontwikkeling systematisch onderzoeken. Daarbij wil ik aangrijpingspunten voor verbetering van de interdisciplinaire samenwerking tussen artsen/PA's en verpleegkundigen vanuit de praktijk blootleggen en toetsen welke interventies hierbij succesvol zijn. Ik richt mij dus op een verdiepende analyse van de samenwerking in het praktijkveld. Dit onderzoek is vernieuwend in de zin dat het de combinatie van beïnvloedende factoren; de gemeenschappelijke samenwerkingsgeschiedenis in combinatie met recente ontwikkelingen en theoretische inzichten, koppelt aan ervaringen van participerende professionals in de hedendaagse praktijk. Met dit onderzoek verwacht ik een bijdrage te leveren aan het inzicht in

interdisciplinaire samenwerking en daarmee het theoretisch en praktijk kader te verrijken. Daarnaast wil ik met de nieuw verkregen inzichten de praktijk van handvatten voorzien in de vorm van werkbare interventies, die bij kunnen dragen aan verdere ontwikkeling van deze samenwerking.

Probleemstelling

De hoofdvraag is tweeledig:

- 1) *Hoe wordt de interdisciplinaire samenwerking op een verpleegafdeling van een academisch ziekenhuis door artsen, PA's en verpleegkundigen ervaren?*
- 2) *Hoe kan de interdisciplinaire samenwerking tussen artsen, PA's en verpleegkundigen op een verpleegafdeling in een academisch ziekenhuis door betrokkenen zelf vormgegeven worden?*

Met de vraagstelling wordt geen oordeel gevormd ten aanzien van de huidige samenwerkingsrelatie. Eerder wordt ervan uit gegaan dat een samenwerkingsrelatie altijd onder invloed van verschillende factoren staat, onderhevig is aan verandering en zich ontwikkelt in de tijd. Er is derhalve nooit sprake van een ideale praktijk. De opzet van dit onderzoek is om samen met de professionals (in co-creatie, Wierdsma, 1999), vast te stellen welke acties positief bijdragen aan deze ontwikkeling.

Subvragen

- Hoe wordt de samenwerkingsrelatie door artsen, PA's en verpleegkundigen zelf geduid?
- Welke interventies kunnen ingrijpen op de bovengenoemde factoren ter bevordering van de interdisciplinaire samenwerking?
- Hoe kan de literatuur verdieping brengen ten aanzien van de input van de betrokkenen uit de praktijk?
- Welke veranderingen treden op in de interdisciplinaire samenwerking bij het uitzetten van interventies en hoe laten deze zich toetsen aan de theoretische inzichten?

HOOFDSTUK 2. METHODOLOGIE

Het onderzoeksontwerp is gericht op het organiseren van de verschillende onderzoeksactiviteiten zodat deze bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Daarvoor dient het ontwerp goed afgestemd te zijn op de vraagstelling. Het onderzoek is gericht op het beter leren begrijpen van de interdisciplinaire samenwerking binnen de setting van een UMC en te experimenteren met interventies die deze samenwerking kunnen verbeteren. Door hier inzicht in te verwerven wil ik bijdragen aan de ontwikkeling van succesvolle samenwerking in deze complexe context. Hiermee geef ik richting aan de filosofische uitgangspunten en de methodologie die in dit hoofdstuk behandeld zullen worden.

2.1 Onderzoeksbenadering

Het filosofisch debat binnen bedrijfsonderzoek gaat over de ontologie, opvattingen over de aard van de werkelijkheid, en de epistemologie, opvattingen over hoe de werkelijkheid gekend kan worden. De wereld zoals die bestaat kan volgens Easterby-Smith, Thorpe, en Jackson (2015) binnen de sociale wetenschappen in drie ontologieën ingedeeld worden, te weten het realisme, relativisme en nominalisme. Epistemisch wordt er een onderscheid gemaakt tussen het positivisme en het sociaal-constructivisme. Het realisme gaat ervan uit dat er een wereld bestaat onafhankelijk van observaties. Deze kan gekend worden door zintuigelijke waarneming waarbij een feit verwijst naar een ware bewering van de stand van zaken in de werkelijkheid (Bersselaar, 2003). Deze empirisch analytische wetenschapstheorie baseert zich op de positivistische kennisopvatting dat de wereld gekend kan worden met objectieve methoden waarmee causale verbanden kunnen worden aangetoond. Deze stroming heeft zijn oorsprong in de natuurwetenschappen en is volgens Habermas gericht op technische beheersing en het verklaren van de werkelijkheid (Bersselaar, 2003). Binnen de sociale wetenschappen worden de feiten, volgens Bersselaar (2003), in bredere zin opgevat als betekenisvolle uitingen, toestanden of gebeurtenissen.

Het relativisme ziet de wereld los van de waarneming als ontoegankelijk, hij bestaat afhankelijk van het perspectief van de observator en wordt als het ware sociaal geconstrueerd. Er worden dus verschillende constructies van de werkelijkheid gecreëerd door de betekenis die men eraan geeft (Easterby-Smith *et al.*, 2015). Habermas spreekt in dit geval van historisch-hermeneutische wetenschappen die geleid worden door een praktisch kennisbelang gericht op wederzijds begrip. Volgens het nominalisme bestaat de wereld enkel als een product van de taal, deze opvatting vormt als het ware het andere uiterste van positivisme. Easterby-Smith *et al.* (2015) gebruiken de term sterk constructivistisch om aan te duiden dat er geen ‘vooraf’ bestaande werkelijkheid is. De onderzoeker is gericht op het verkrijgen van inzicht in de manier hoe mensen structuren bedenken om de wereld te begrijpen. Habermas schaaft deze opvatting onder de kritisch reconstructieve wetenschappen. Deze zijn verwant aan de hermeneutiek in de zin dat kennis niet gericht is op het verklaren, maar op het verstaan van regels en de toepassing daarvan (Bersselaar, 2003), ingegeven door een emancipatoir kennisbelang gericht op bewustwording en begrijpen vanuit een rationeel normatief perspectief.

Voor het doen van onderzoek kennen we de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksbenadering elk met zijn eigen methoden. Eriksson en Kovalainen (2016) beschrijven het verschil als volgt: kwantitatieve benaderingen hebben te maken met verklaren, testen van hypothesen en statistische analyses terwijl kwalitatief onderzoek zich bezighoudt met de interpretatie en begrip van een realiteit die sociaal geconstrueerd is. In de sociale praktijk van de interdisciplinaire samenwerking zijn er geen objectieve feiten die afzonderlijk van ons kenvermogen bestaan en onderzocht kunnen worden. Werkelijkheid wordt door verschillende mensen anders begrepen en gepercipieerd met andere acties als

gevolg. De interdisciplinaire samenwerking krijgt betekenis in de interactie tussen verschillende actoren. Het ontologisch paradigma wat hieraan ten grondslag ligt is het relativisme.

De onderzoeksvraag is gericht op het begrijpen van het proces van interdisciplinaire samenwerking en hoe dit naar een ander niveau te tillen. Het gaat hier om mensenwerk waarbij de ervaringen van betrokkenen uitgangspunt vormen voor het vergaren van kennis. Het onderwerp van onderzoek laat zich epistemologisch het beste onderzoeken vanuit een sociaal-constructief perspectief, door het te interpreteren en hieraan betekenis te geven (Erlandson, Harris, Skipper, & Allen, 1993). Het kennisbelang wat gediend wordt met de beantwoording van de vraagstelling is praktisch. Er wordt een poging gedaan te begrijpen hoe men met elkaar omgaat, welke gedachten men daarbij heeft, om met dit inzicht de praktijk te verbeteren waarbij de uitkomst niet vooraf vaststaat (Van Lieshout, Jacobs, & Cardiff, 2017). Hier is sprake van een “[...] heen en weer gaande beweging tussen mensen die in gesprek zijn met elkaar, en tussen wie een zo groot mogelijk begrip groeit (de versmelting van verschillende horizons)” (Brohm *et al.*, 2016, p. 24). Daarnaast zal er ook sprake zijn van kritisch reflectief handelen van de participanten waarbij bewustwording en commitment een belangrijke rol spelen. Hier kunnen traditionele machtsverhoudingen de aandacht krijgen. Dit handelen dient echter geen emanciperend belang, maar kan wel helpen om kritisch te kijken hoe de interdisciplinaire samenwerking vanuit historisch perspectief is ontstaan en hoe hier hernieuwd vorm aan te geven. Het veld van onderzoek is heterogeen, interdisciplinair en gericht op de gezamenlijke actie hierin, niet op emancipatie van een enkele discipline.

Na de diagnose van de samenwerking in al zijn complexiteit zal het vaststellen van interventies een belangrijke rol spelen. Hiervoor dienen de participanten betekenis te geven aan kwalitatief hoogwaardige interdisciplinaire samenwerking en hoe deze te ontwikkelen. De betekenis die gedurende het onderzoek gegeven wordt aan samenwerking en acties wordt dus nadrukkelijk niet gegeven op basis van mijn interpretatie als participierend onderzoeker, maar komt gemeenschappelijk tot stand met alle betrokkenen.

In de opzet van het onderzoek zijn verschillende invalshoeken te onderscheiden waardoor er geen scherp afgebakende keuze gemaakt wordt voor één specifieke onderzoeksbenadering. Van de traditionele benaderingen zijn aspecten van zowel de hermeneutiek als de kritische wetenschappen relevant. De Boer en Smaling (2011) onderschrijven de affiniteit tussen deze benaderingen en de mogelijkheid om te combineren. Meer recentere stromingen zoals de participatieve benadering zijn hier een voorbeeld van. Hiermee kan ik recht doen aan het wederkerig begrijpen en van elkaar leren en tegelijkertijd een kritisch reflecteren op posities, normen en belangen. Met deze combinatie doe ik recht aan verschillende facetten die voor beantwoording van de onderzoeksvragen relevant zijn.

2.2 Onderzoeksstrategie - actieonderzoek

Uit de bovenstaande uiteenzetting blijkt dat een kwalitatieve onderzoeksbenadering passend is bij het onderwerp van onderzoek. Binnen de bedrijfskunde zijn de meest gebruikelijke vormen van kwalitatief onderzoek: gevalstudie (*case study*) onderzoek, etnografie, actieonderzoek, focusgroep onderzoek en Theoriegefundeerd onderzoek (*grounded theory*, Eriksson & Kovalainen, 2016).

Actieonderzoek is gericht op het verbeteren van praktijken en het ontwikkelen van kennis omtrent die verbetering (Van Lieshout *et al.*, 2017) waarbij acties in de praktijk worden geïmplementeerd. Actieonderzoek, door Boog (2011) ook wel handelingsonderzoek genoemd, kent verschillende vormen die allen terug te brengen zijn onder de noemer praktijkgericht onderzoek waarin de fasen diagnose, ontwerp van nieuw handelen en het uittesten hiervan in de praktijk centraal staan (Boog, 2011). Wat alle tradities binnen actieonderzoek gemeen hebben is dat ze het idee van een externe expert die onderzoek doet en resultaten presenteert verwerpen. Kenmerkend voor actieonderzoek is het erkennen

van de capaciteit van mensen uit de praktijk om te participeren in alle aspecten van het onderzoeksproces en dat deze participanten zelf de praktijk verbeteren (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014). De focus ligt sterk op de informatie die uit de praktijk vergaard wordt. Coghlan en Brannick (2005) voegen hieraan toe dat de participanten zelf ook de wens moeten hebben te veranderen en hiervan te leren. Zij trekken de gelijkenis met experientieel leren en reflectieve oefening. Hiermee beantwoordt actieonderzoek volledig aan de opzet van de tweeledige onderzoeksvraag, bestaande uit een diagnose en interventies gedefinieerd door participanten uit de praktijk. Met actieonderzoek doe ik recht aan het doel van het onderzoek, namelijk het in de praktijk met de medewerkers onderzoeken en uittesten van interventies en daarmee bijdragen aan de praktijk en de theorie.

Actieonderzoek heeft al een lange geschiedenis die terugvoert naar begin van de 20^{ste} eeuw (Kemmis *et al.*, 2014) met wortels in de sociale psychologie en de antropologie. Het werd van origine door verschillende onderzoekers ontwikkeld waarbij Kurt Lewin, Elton Mayo en William Foote Whyte als belangrijke grondleggers worden gezien (Coghlan & Brannick, 2005). Hoewel de meeste vormen van actieonderzoek gepositioneerd worden in het kritische paradigma, wordt de laatste decennia in toenemende mate ook actieonderzoek gedaan vanuit een relationeel constructief perspectief (Van Lieshout *et al.*, 2017). Hiermee kan ik mijn keuze voor het interpretatieve paradigma positioneren binnen het actieonderzoek.

Het onvoorspelbare flexibele karakter van actieonderzoek, kenmerkend voor sociaal handelen dat continu aan verandering onderhevig is, vraagt volgens Van Lieshout *et al.* (2017) om een meer emergent onderzoeksdesign. In dit onderzoek volg ik de benadering van handelingsonderzoek van Boog (2011) waarbij de praktijk leidend is, en de theorie ondersteunend aan de bevindingen uit de praktijk. Beide onderzoeken doe ik onafhankelijk, maar bij het literatuuronderzoek heb ik me qua thematiek laten leiden door deze bevindingen in de empirie (zie Hoofdstuk 4). De focus in dit onderzoek zal daarom sterk liggen op de data die uit de praktijk vergaard worden waarbij de literatuur niet richtinggevend is maar een ondersteunende rol kan spelen. De resultaten kunnen uiteindelijk mede ondersteunend zijn voor het ontwikkelen van theorie. Dit betekent dat ik het design in dit voorstel slechts in grote lijnen uitwerk om zo de flexibiliteit te behouden om dit gedurende het proces aan te kunnen passen.

2.3 Fasering van het onderzoek

Brohm *et al.* (2016) onderscheiden vier fasen in handelingsonderzoek, te weten; oriëntatiefase, themafase, kristallisatiefase en exemplarische fase. Hieronder zal ik de verschillende fasen toelichten. Actieonderzoek is in essentie gericht op het onderzoeken en verbeteren van een praktijkvoering. In de oriëntatiefase heb ik mij georiënteerd op het onderwerp vanuit mijn eigen ervaring, met betrokkenen uit de praktijk van de betreffende verpleegafdeling, de veranderende context en algemene bevindingen uit de literatuur. De praktijk is in dit geval de verpleegafdeling Chirurgie van een academisch ziekenhuis waar artsen, PA's en verpleegkundigen samenwerken om de beste zorg voor de patiënt te realiseren. In deze fase wordt het onderwerp ook besproken met het divisiebestuur, de medisch dual manager en de teamleiders van de betrokken afdeling om af te tasten of er voldoende draagvlak zal zijn. Dit leidt uiteindelijk tot het onderzoeksvoorstel bestaande uit een verslag van de context leidend tot de problemen- en vraagstelling, de methodologie en de theoretische verkenning.

In de themafase staat het eerste gedeelte van de onderzoeksvraag centraal: *Hoe wordt de interdisciplinaire samenwerking op een verpleegafdeling van een academisch ziekenhuis door de artsen, PA's en verpleegkundigen ervaren?* Hier wil ik een beeld krijgen van alle mogelijke factoren die de verschillende disciplines vanuit de praktijk benoemen, die invloed hebben op de samenwerking, zodat de zogenaamde 'slijt- en smeerplekken' in beeld komen (Brohm *et al.*, 2016). De methoden die ik hiervoor wil gebruiken zijn zoals aangegeven *responsive interviewing*, observaties en indien mogelijk

dossieronderzoek. Dit leidt uiteindelijk tot een aantal thema's waar mogelijk een taai vraagstuk uit gedestilleerd kan worden. In een bijeenkomst bestaande uit een interdisciplinaire kerngroep zal ik vervolgens de bevindingen uit de interviews en observaties presenteren, waarna er in een kritische dialoog met elkaar richting gegeven wordt aan thema's die de participanten zelf verder willen oppakken.

In de kristallisatiefase worden de resultaten uit de themafase verder verkend door op te richten interdisciplinaire werkgroepen die richting geven op weg naar de gewenste situatie. De regie over de werkgroepen is gehouden door een verpleegkundig expert. Door de complexiteit van het vraagstuk en de samenhang van de verschillende thema's heeft zij samen met mij gezorgd voor verbinding tussen de verschillende werkgroepen zodat interventies op elkaar aansluiten of gecombineerd kunnen worden. De werkgroepen geven specifieke richting aan de thema's en werken deze uit naar mogelijke interventies. Hier ligt de nadruk op het vaststellen van een exemplaar uit de gevonden thema's die de brug kan slaan tussen de huidige en de gewenste situatie, zoals deze inmiddels zijn vastgesteld. Er wordt een zogenaamd veranderplan opgesteld. De literatuur kan hier een aanvullende rol spelen. Afhankelijk van het type interventie is er een passende data verzameling- en analysetechniek gebruikt. Er wordt hierbij zoveel mogelijk aangesloten bij werkwijzen die men op de afdeling gewend is. Hoewel het design flexibel dient te zijn kan per interventie structuur geboden worden met de zogenaamde actiespiraal van Kemmis *et al.* (2014) van plannen, uitvoeren en observeren, reflecteren, herzien en zo verder. Er zijn zodoende verschillende actiespiralen naast elkaar verlopen waarbij de fasen van elkaar verschillen. Dit onderzoek wordt beschreven tot en met deze kristallisatiefase.

Vervolgens worden in de exemplarische fase de interventies daadwerkelijk uitgezet en zal er gestart worden met het verzamelen van informatie voor de evaluatie. De aandacht zal uitgaan naar de veranderingen die de interventies teweegbrengen in de interdisciplinaire samenwerking. Dit proces dient ook weer flexibel te zijn en ten allen tijden aangepast kunnen worden aan de omstandigheden. Als bijvoorbeeld blijkt dat een bedachte interventie tegen grote onvoorziene obstakels aanloopt in de praktijk, dan zal ik in overleg met de mede onderzoekers gezamenlijk de volgende stap bepalen. Tenslotte zal er met de participanten gereflecteerd worden op de bevindingen uit de actiespiralen waarna er gezamenlijk een antwoord gegeven kan worden op de hoofdvraag. Belangrijk hierbij is dat er vastgesteld wordt wat er daadwerkelijk veranderd is en wat hiervan geleerd is. De beschrijving van deze fase valt vanwege de benodigde tijd voor de vorige en deze fase buiten dit onderzoek.

2.4 Informatieverzameling- en analysemethoden

Actieonderzoek kent geen eigen methoden van informatieverzameling en -analyse, maar maakt gebruik van kwalitatieve en kwantitatieve methoden (Van Lieshout *et al.*, 2017). Geheel passend in het sociaal-constructief perspectief spreekt men ook wel van het genereren van informatie in plaats van verzamelen, omdat in het gezamenlijk handelen de informatie gecreëerd wordt Coghlan en Brannick (2005) in (Van Lieshout *et al.*, 2017). Met methoden van informatiegeneratie worden dus eigenlijk ook al interventies gedaan die tot nieuwe inzichten kunnen leiden. Dit principe vat Schein (2005) samen als: "*Alles wat u doet is een interventie*" (p. 258). Een actie kan diagnostische informatie opleveren en tegelijkertijd gevolgen hebben voor de betrokkenen. Door een interview af te nemen gaat iemand bijvoorbeeld al reflecteren op zijn eigen gedrag en dat van anderen in de samenwerking, waardoor gedrag kan veranderen. Voor de informatieverzameling zullen zoals gebruikelijk in actieonderzoek meerdere methoden gebruikt worden. Het proces van informatie verzamelen en analyseren zal door elkaar lopen, waardoor gedurende dit proces zich nieuwe inzichten kunnen opdringen die richting kunnen geven aan het vervolg van het onderzoek (Kenny & Fourie, 2015). Om recht te doen aan dit emergente karakter wil ik ruimte laten voor aanpassingen in de informatieverzamelmethode gedurende het onderzoek. Ik maak bewust de keuze voor kwalitatieve methoden omdat hiermee de rijkdom aan informatie groot

is wat de validiteit ten goede komt. Door triangulatie, het gebruik van verschillende bronnen en methoden, wordt de betrouwbaarheid bevorderd.

Voor beantwoording van het eerste deel van de hoofdvraag wordt er een beeld gevormd hoe men de interdisciplinaire samenwerking ervaart. Om hier informatie over te genereren zal een methode gebruikt moeten worden die de betrokkenen in staat stelt vrij te praten en diep op het onderwerp in te gaan. Hier heb ik de keuze gemaakt voor de methode van *responsive interviewing* van Rubin en Rubin (2012). Met deze stijl van ongestructureerd diepte interviewen wil ik rijke en gedetailleerde informatie boven water krijgen door open vragen te stellen, waar de geïnterviewde vrij is om te reageren hoe hij/zij wenst. De geïnterviewde is eerder een onderzoekspartner dan een subject van onderzoek en vragen liggen niet vooraf vast maar sluiten aan bij het gesprek (Rubin & Rubin, 2012). Er wordt gedurende het onderzoek een relatie met elkaar opgebouwd waarbij op basis van vertrouwen en respect op een niet confronterende manier de geïnterviewde zijn/haar verhaal kan houden. Ik richt me hierbij specifiek op ervaringen die men heeft opgedaan met betrekking tot de interdisciplinaire samenwerking en welke betekenis men hieraan geeft. Voor de samenstelling van de te interviewen groep zal er een selectie gemaakt moeten worden onder de betrokken medewerkers omdat het interdisciplinaire team te groot is om in zijn geheel te betrekken. Omdat het onderzoek niet de pretentie heeft de resultaten te kunnen generaliseren naar een bredere populatie is een representatieve onderzoeksgroep van minder belang (Erlandson *et al.*, 1993). De nadruk ligt juist op het verkrijgen rijke informatie waarbij ik als onderzoeker de openheid creëer voor emergente thema's.

Dit kan ik juist bereiken door een selecte heterogene groep samen te stellen die het onderwerp in volle breedte kan belichten. Enerzijds zal de keuze voor de te interviewen belanghebbenden gemaakt worden op basis van de mate van betrokkenheid bij het onderwerp en motivatie om aan het onderzoek mee te doen. Daarnaast dient er sprake te zijn van een mix van verpleegkundigen, PA's, arts-assistenten en chirurgen om de verschillende perspectieven in beeld te krijgen. De PA's en arts-assistenten zijn betrokken bij de dagelijkse zorg en vormen met de verpleegkundigen het middelpunt van de samenwerking. De teamleiders wil ik hier ook bij betrekken vanwege hun coachende rol op de werkvloer. De chirurgen zijn meer aan de zijlijn betrokken met de visites en in de dienst. Zij zijn als staf echter een belangrijke beïnvloedende schakel in het geheel. Omwille van de werkbaarheid zal deze groep echter niet groter kunnen zijn dan 10-15 deelnemers.

De interviews worden opgenomen zodat er geen informatie verloren zal gaan. De opnames worden getranscribeerd wat als basis zal dienen voor de verdere analyse. Daarnaast zal ik aantekeningen maken van non-verbale uitingen die aanvullende informatie kunnen geven, voor zover dit het gesprek niet verstoort. De verkregen transcripten van de interviews zullen door middel van codering en met behulp van coderingssoftware geanalyseerd worden zodat er een beeld verkregen wordt hoe de betrokkenen de interdisciplinaire samenwerking duiden en ervaren. Kenny en Fourie (2015) beschrijven drie verschillende coderingsstructuren die gehanteerd kunnen worden in Theoriegefundeed onderzoek. Eén van deze methoden is ontworpen door Charmaz (2006) en past goed bij de constructivistische filosofie (zie: Kenny & Fourie, 2015). Zij benadrukt flexibiliteit en creativiteit in het coderingsproces wat recht doet aan het emergent karakter van het actieonderzoek. De procedure bestaat uit drie stappen waarbij eerst met initiële of open codering in de vorm van werkwoorden, acties en potentiële aanwijzingen boven water komen. De taal van betrokkenen kan daarbij gebruikt worden als code. In de volgende fase, 'heroriënterende codering', worden de zich herhalende codes of belangrijke codes in het licht van het onderwerp geïdentificeerd. Hierbij ontstaan categorieën die vervolgens selectieve codering ondergaan. Charmaz (2006) maakt hierbij gebruik van theoretische sampling, waarbij concepten progressief tijdens het onderzoek ontstaan. Dit proces houdt pas op als er geen nieuwe data meer beschikbaar komt, het punt van saturatie. Dit leidt uiteindelijk tot een interpretatief begrip bij de onderzoeker wat gepresenteerd wordt in de vorm van een verhaal. De verkregen informatie zal vervolgens geplaatst worden in de bestaande wetenschappelijke literatuur. De totstandkoming van dit proces wordt

ondersteund door het bijhouden van een journaal waarin ik als onderzoeker mijn reflecties, overwegingen en vermoedens gedurende het proces beschrijf (Kenny & Fourie, 2015). De uitgewerkte interviewverslagen met codering zullen voor verdere verwerking eerst als membercheck voorgelegd worden aan de respondenten ter accordering.

De data verkregen met interviews wil ik aanvullen met participerende observaties en documentonderzoek voor zover relevant en beschikbaar. Voor de observaties wil ik meelopen in de zorg waarbij ik deelneem aan alle activiteiten gedurende de dag zodat ik een goed beeld krijg van de onderzoeksetting. Mijn interpretatie van de waarnemingen en het teruggeven hiervan aan de betrokkenen houd ik bij in mijn onderzoeksjournaal. Voor documentonderzoek wil ik met toestemming gebruik maken van documentatie op de website en het intranet, werkbeschrijvingen, protocollen, notulen van teamvergaderingen, nieuwsbrieven en dergelijke. Vervolgens zullen de bevindingen voorgelegd worden aan een kerngroep van betrokkenen om ruimte te creëren voor interactie. Dit betreft een heterogene groep met een gelijkwaardige mix van artsen, PA's en verpleegkundigen bestaande uit maximaal 10 deelnemers. Met deze kerngroep wil ik tot een gezamenlijke diagnose komen. Aangezien de belangrijkste bevindingen uit de interviews aan de basis staan van de dialoog, brengt dit de focus aan voor deze bijeenkomst. Met deze bijeenkomst verwacht ik verdieping en verbreding aan het onderwerp te geven door de wisselwerking tussen betrokkenen en oog voor de bredere context. Daarnaast kan de interactie tijdens de groepsbijeenkomst ook nog nieuwe empirische data opleveren zoals met de participerende observaties het geval is. Speciale aandacht gaat uit naar machtsverhoudingen waardoor mogelijk niet alle verhalen gehoord worden. Als moderator zal ik dit pareren door dit zo nodig bespreekbaar te maken. Tijdens deze bijeenkomst zal er gebruik gemaakt worden van sheets zodat belangrijke informatie niet verloren gaat.

Met deze groep zal richting gegeven worden aan passende interventies om de samenwerking te ontwikkelen. Betrokkenen kunnen vervolgens in werkgroepen belangrijke thema's uitwerken naar interventies. Deze interventies worden vervolgens geëvalueerd ter beantwoording van het tweede gedeelte van de onderzoeksvraag (Brohm *et al.*, 2016).

2.5 Onderzoekskwaliteit

Langdurige betrokkenheid wordt door Erlandson *et al.* (1993) in naturalistisch onderzoek gezien als een manier om de geloofwaardigheid vast te stellen. Door langere tijd intensief bekend te raken met de cultuur van de afdeling en zo vertrouwen op te kunnen bouwen met de betrokkenen zullen verstoringen in de beeldvorming verminderd worden. Hierbij valt te denken aan bij effecten van het onderzoek, zoals het anders gedragen van actoren tijdens observaties omdat ze in de aandacht staan, maar ook de gevolgen van recente veranderingen die van invloed kunnen zijn op de samenwerking. Deze verstoringen worden door langdurige betrokkenheid geïdentificeerd.

In elke fase van het onderzoek zal de eenvoudige *cyclus* van het handelingsonderzoek gevolgd worden. Deze bestaat uit ontwerp, participatie en evaluatie. Het ontwerp geeft richting aan de actie in een situatie en behelst een intentie, een idee, een intuïtie, een vormgeving en een doel (Brohm *et al.*, 2016). Met participatie wordt het ten volle deelnemen aan de situatie bedoeld en met de evaluatie worden de uitkomsten in relatie tot het ontwerp, bij voorkeur met de betrokkenen samen besproken.

Ik maak gebruik van verschillende soorten *triangulatie* door verschillende personen te betrekken op verschillende momenten en verschillende plaatsen. De groep geïnterviewden kunnen weer anderen zijn dan de deelnemers aan de kerngroep bijeenkomst en de werkgroep leden. Observaties zullen op verschillende dagen en bij beide specialismen plaatsvinden. Daarnaast gebruik ik verschillende methoden van gegevensverzameling zoals interviews, observaties, bijeenkomsten, relevante literatuur en zijn de betrokkenen zelf ook onderzoekers (Erlandson *et al.*, 1993).

De *geloofwaardigheid* van het onderzoek wordt verhoogd door de groep van participanten in het onderzoek zorgvuldig en doelgericht samen te stellen. Hierbij worden niet alleen de betrokken disciplines evenredig vertegenwoordigd om de meerstemmigheid en verschillende perspectieven te horen, maar wordt ook heel gericht gezocht naar diversiteit van gegevens die relevant zijn voor het spontane karakter van het onderzoek. Ik maak op verschillende manieren gebruik van verificatie van interpretaties bij de onderzochten, door tijdens de interviews interpretaties te verifiëren, maar ook na het transcriberen door de codes en interpretaties te checken bij de geïnterviewden. Ook laat ik tussentijdse rapporten aan betrokkenen lezen ter verificatie (Erlandson *et al.*, 1993).

De interne validiteit wordt, volgens Boog (2011, p. 182), bepaald door de kwaliteit van de communicatie tussen de betrokkenen. De dialoog vormt een rode draad door het onderzoek. Door deze continue dialoog tussen onderzoekers en betrokkenen ontstaat er ruimte om elkaar kritisch te bevragen op basis van wederkerig vertrouwen, waarmee ook veronderstellingen en vooroordelen die de onderzoeksresultaten kunnen verstoren, geëxpliciteerd kunnen worden (Van Lieshout *et al.*, 2017). Deze actieve betrokkenheid van de belanghebbenden is een belangrijke factor in de kwaliteit van het onderzoek. Boog (2011, p. 181) spreekt hierbij van *wederzijdse adequaatheid*, die wordt ingezet om te bepalen wanneer het onderzoek kan worden afgesloten. De onderzoekers en andere betrokkenen kunnen de resultaten ‘wederzijds adequaat’ achten, waarbij de praktisch opgedane kennis in samenspraak als bruikbaar wordt gezien. Juist door de actieve betrokkenheid van de belanghebbenden in de verschillende fasen van het onderzoek, waarbij interpretaties direct gecontroleerd kunnen worden, zal de kwaliteit van de kennis over de interdisciplinaire samenwerking bijzonder hoog zijn. De externe validiteit wordt volgens Boog (2011) vastgesteld door exemplarische generalisatie, waarbij het exemplaar wordt geïmplementeerd en de betrokkenen nieuwe handelingsscenario's hebben leren toepassen. Er dient sprake te zijn van wederkerige empowerment. Deze resultaten zullen niet generaliseerbaar zijn naar een grotere populatie, maar zijn mogelijk wel verplaatsbaar naar soortgelijke contexten.

2.6 Positie van de onderzoeker

Als onderzoeker zal ik een dubbelrol hebben in de organisatie gedurende het onderzoek. Enerzijds geef ik in mijn nieuwe functie van verpleegkundig manager Chirurgie samen met een collega dual medisch manager leiding aan de afdelingen Chirurgie 1 en 2. Ik treed hier op als collega en leidinggevende. Anderzijds zal ik als onderzoeker een activerende rol spelen op één van deze afdelingen. Dit is nieuw voor de betrokkenen en daarom is het belangrijk dat ik mijn rol als onderzoeker duidelijk communiceer. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat de onderzoeksvraag met en door de betrokkenen in de praktijk beantwoord wordt, waardoor nieuwe kennis kan ontstaan. Mijn rol zal hier in belangrijke mate faciliterend en activerend zijn, waarbij ik afhankelijk van de betrokkenen en de steeds veranderende context, mijn stijl zal aanpassen.

Vanuit mijn functie neem ik deel aan de dagelijkse praktijk en heeft mijn inbreng invloed op deze praktijk. Als onderzoeker zal ik kritisch moeten reflecteren op mijn eigen vooroordelen, mijn voorkennis en de positie die ik inneem in relatie tot de praktijk. Mijn functie van leidinggevende kan betrokkenen beïnvloeden in hun gedragingen. Het vraagt van mijzelf een reflexieve houding waarbij ik mij continu bewust ben en reflecteer op de mate waarin ik zelf invloed heb op de context, de betrokkenen en het onderzoek. Ik kan gebruik maken van het bijhouden van mijn eigen onderzoeksjournaal, de peer group bijeenkomsten met mede studenten en de coachingscontacten om te reflecteren op deze rol. De inzichten die ik hiermee op doe kunnen mij ondersteunen in het loslaten van mijn eigen vooringenomenheden en het toepassen van vaardigheden om het onderzoeksproces te faciliteren. Hierin zal ik afhankelijk van de veranderende context en de betrokkenen mijn stijl leren aanpassen.

HOOFDSTUK 3. BEVINDINGEN UIT DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de praktijk weergegeven aan de hand van de vier fasen van het actie onderzoek: oriëntatiefase, themafase, kristallisatiefase en exemplarische fase. Deze fasen vormen de tijdslijn van het onderzoek aan de hand waarvan ik het proces met de betrokkenen zal beschrijven. De vormgeving van het actieonderzoek heb ik steeds in samenspraak gedaan met een expert verpleegkundige die zich vrijwillig heeft aangemeld als mede onderzoeker en met wie ik ook de regie gedurende de verschillende fasen gevoerd heb.

De *oriëntatiefase* behelst een eerste verkenning van het vraagstuk wat uiteindelijk leidt tot de probleemstelling zoals die is omschreven in Hoofdstuk 1. In deze fase heb ik gesprekken gevoerd met het management van de afdeling, verpleegkundigen en artsen op de werkvloer en heb ik een dag meegelopen in de zorg (Bijlage 1: observatie meelopen in de zorg). Hierbij is een eerste beeld ontstaan hoe de verschillende actoren de interdisciplinaire samenwerking beleven. Wat hierbij opviel is dat het gevoel van urgentie om dit onderwerp verder op te pakken voornamelijk bij de verpleegkundigen en het management heerst. De teamleiders geven aan hoe er al pogingen gedaan zijn om meer tot elkaar te komen, elkaar op de hoogte te houden van wat er speelt, betrokken te zijn bij elkaar en te werken aan een goede afstemming en rolverdeling tijdens de artsensite. In de praktijk heeft dit nog niet tot gewenste resultaten geleid. Tijdens de observaties werden de eerste spanningen tussen beide disciplines duidelijk. De wederzijdse afhankelijkheid, het zoeken naar afstemming van werkzaamheden, de bereikbaarheid van artsen en de belangrijke rol van de stafarts, maar ook de rol die kennis en ervaring speelt kwamen hierbij al aan het licht (Bijlage 1: observatie meelopen in de zorg). De artsen geven over het algemeen aan dat zij tevreden zijn over de samenwerking. Dit duidt erop dat de beleving van de interdisciplinaire samenwerking onder de betrokken disciplines niet congruent is. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een brede eerste onderzoeksvraag waarmee dit onderwerp verder verkend wordt: *Hoe wordt de interdisciplinaire samenwerking op een verpleegafdeling van een academisch ziekenhuis door artsen, PA's en verpleegkundigen ervaren?*

Hoe verliep het onderzoek verder? In de volgende fasen wordt de informatie die in de gesprekken is verzameld ten behoeve van de beantwoording van de onderzoeksvragen aan de hand van verschillende gebeurtenissen beschreven. De *themafase* richt zich op bewustwording van het vraagstuk door de verdere verkenning van de eerste onderzoeksvraag met betrokkenen. Hiervoor doe ik aan hen verslag van de gehouden interviews en de eigen observaties uit de praktijk. Hieruit komen een aantal thema's naar voren. Deze worden door mij gepresenteerd aan de betrokkenen. Vervolgens start ik met hen een dialogische bijeenkomst waarin men gezamenlijk door middel van dialoog tot een herformulering komt van een aantal kernthema's. Deze kernthema's zullen de aanzet geven voor de verdere actiespiralen van de volgende fase. In de *kristallisatiefase* worden deze kernthema's in een aantal werkgroepen opgepakt. Hier worden de betrokkenen bewust eigenaar gemaakt van het onderzoek en komen zij met verdere analyses en mogelijke aanpakken, nieuwe ideeën. Als alle werkgroepen een verslag hebben gemaakt, wordt er in een plenaire bijeenkomst na een aantal maanden verslag gedaan van de activiteiten van de werkgroepen op de gekozen thema's. Vervolgens wordt in de *exemplarische fase* uitvoering gegeven aan de exemplarische kwaliteiten en vindt evaluatie plaats wat leidt tot inzicht in goed werkende praktijken. In het navolgende wordt verslag gedaan van de implementatie van deze acties.

3.1 Oriëntatiefase: observeren en diepte-interviews

Belangrijkste bron voor deze fase vormden de 14 ongestructureerde diepte-interviews die gehouden zijn met betrokkenen. Er zijn vanuit de verpleegkundige beroepsgroep zeven personen geïnterviewd, waarvan één leerling verpleegkundige, één teamleider, drie verpleegkundigen en twee senior

verpleegkundigen. De seniorverpleegkundigen hebben naast de verpleegkundige zorgtaken ook een regiefunctie op de afdeling en zijn actief in werkgroepen voor kwaliteitsverbetering. In het medisch domein zijn ook zeven personen geïnterviewd, waaronder een *physician assistant*, twee arts-assistenten en vier chirurgen, waaronder de Chef de Clinique. Voor de samenstelling van de te interviewen betrokkenen is eerst bij de verpleegkundige teamleiding geïnformeerd wie met betrekking tot het onderwerp een interessante gesprekspartner zouden kunnen zijn. Hierbij is gelet op functie en betrokkenheid en bij de medici op een mix van beide sub specialismen; de Gastro-Enterologische (GE) en de Oncologische (ONCO) chirurgie. Vervolgens hebben de geïnterviewden de vraag gekregen aan te geven wie binnen het team mogelijk nog een hele andere kijk op het onderwerp kon geven. Dit heeft weer geleid tot nieuwe interviewpartners. Op deze manier is er een breed beeld ontstaan van ervaring met interdisciplinaire samenwerking onder deze heterogene doorsnede van het interdisciplinaire team. De thema's die uit de interviews naar voren zijn gekomen zijn het product van de drie stappen in het coderingsproces (zie Hoofdstuk 2). Voor de theoretische sampling is er naast de gefocuste codes ook gekeken naar de mate waarin bepaalde codes zich voordeden (Bijlage 7: codering volgens Charmaz (2006)). Dit is in deze laatste fase van conceptualiseren meegenomen waarbij er een eerste ordening is aangebracht waaruit vervolgens de belangrijkste thema's zijn ontleend (Bijlage 8: van codes naar thema's). Na de interviews heb ik tijdens de membercheck in reflectie met de geïnterviewden de op dat moment meest opvallendste thema's besproken. Dit leverde naast bevestiging van de duiding soms nog interessante nieuwe informatie. Vervolgens heb ik met enkele medeonderzoekers gereflecteerd op de thema's zoals die uit het coderingsproces gepresenteerd werden om de typering scherp te slijpen zodat hiermee zoveel mogelijk recht gedaan wordt aan het oorspronkelijke verhaal. Zo zijn vervolgens verbanden gelegd tussen de thema's en is er uit de analyse een samenhangend verhaal ontstaan.

Naast de interviews heb ik gebruik gemaakt van deels participerende observaties in de dagelijkse praktijk. Hiervoor heb ik een dag meegelopen met de verpleging en heb ik op vier verschillende dagen de artsensite en nabespreking geobserveerd, twee keer bij de GE en twee keer bij de ONCO. De observaties zijn bijgehouden in een onderzoeksjournaal en als bijlagen toegevoegd (zie Bijlage 1-5). Daarnaast heeft er dossieronderzoek plaatsgevonden waarbij door de verpleging in de zogenaamde medewerkersmonitor de aanbeveling wordt gedaan een aanspreekcultuur te stimuleren en werkafspraken die in gedrag geschonden worden met elkaar te evalueren.

In de contacten tijdens de interviews en observaties merk ik dat men even tijd nodig heeft om te wennen. Ik merk ook dat men nog niet heel bewust heeft nagedacht over en gereflecteerd op de samenwerking, en dat er in het interview ruimte voor moet ontstaan. Als het gesprek eenmaal loopt wordt men meer ontspannen en lijkt het erop dat men het gevoel krijgt vrij te kunnen spreken. Toch bemerk ik ondanks de beloofde anonimiteit een bepaalde gereserveerdheid in het benoemen van pijnpunten en is men voorzichtig met het noemen van namen. Men lijkt ervoor te willen waken een ander in een kwaad daglicht te stellen. Het valt daarbij op dat beide disciplines in algemene bewoordingen de samenwerking als goed beschrijven. Echter komen bij doorvragen en naarmate ik de betrokkenen beter leer kennen de verhalen en voorbeelden boven tafel. Deze worden soms als een soort ontlading geuit met stemverheffing en emotie. Er blijkt dan toch meer aan de hand te zijn...

3.2 Themafase 1: Onderzoeker benoemt thema's

Hieronder wordt allereerst een analyse gegeven van het begrip samenwerken, zoals dit beschreven wordt door de geïnterviewden. Het gaat dus nadrukkelijk over ideeën die men heeft bij het begrip samenwerken. De manier waarop men vervolgens met elkaar samenwerkt wordt sterk gekleurd door de cultuur van de afdeling. Cultuur doordrenkt de verschillende thema's die prominent naar voren komen in deze sampling. Traditionele verhoudingen spelen daarbij nog een belangrijke rol in de samenwerking.

Het valt ook op dat er binnen de afdeling zelf verschillen zijn in de manier waarop de interdisciplinaire samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen vorm krijgt binnen de gescheiden visite en nabespreking voor de sub specialismen GE en ONCO. Deze verschillen worden geëxpliciteerd in de interviews en zijn herkenbaar in de overige thema's; betrokken zijn – samen uit, samen thuis, toegankelijk zijn en communiceren, verantwoordelijkheid nemen en professionaliteit, organiseren en plannen, beleid maken en orderen, elkaar kunnen lezen en begrijpen. De bevindingen worden hieronder toegelicht en geïllustreerd met quotes uit de verschillende interviews en observaties uit de praktijk. De kern van deze complexe materie wordt in een tussendoor reflectie weergegeven.

Eigen ideeën over samenwerking

Samenwerken is een abstract begrip en de geïnterviewden hebben zichtbaar moeite om te verwoorden wat men hier onder verstaat. Gedurende de interviews benoemt men steeds meer facetten van het begrip waardoor duidelijk wordt welke betekenis hieraan gegeven wordt (zie Bijlage 9). Aan de ene kant en in belangrijke mate wordt het opgevat als in de interpersoonlijke sfeer betrokken zijn bij elkaar, elkaar serieus nemen en vertrouwen, op elkaar ingespeeld zijn en elkaar van dienst zijn, iets met elkaar hebben en daarmee tot resultaten komen: *“Het gaat over met elkaar iets hebben en daarmee tot een goed resultaat komen. En als je niks met elkaar hebt kom je nooit tot een goed resultaat.”* (R9). Laagdrempelig communiceren wordt daarbij als belangrijk ervaren. Aan de andere kant wordt samenwerken ook gezien als het geslaagd zaken doen met elkaar waarbij de focus meer ligt op het kennen van elkaars taken en het product van de interactie, het tot overeenstemming komen, afspraken kunnen maken, op elkaar afstemmen en dat op een efficiënte manier. De samenwerking krijgt richting in een gemeenschappelijk verbindend doel dat door iedereen onderschreven wordt, namelijk de beste zorg voor de patiënt:

“We zijn allemaal voor hetzelfde doel hier. De een is er om de patiënt te genezen en de ander om mensen te verzorgen.” (R2). *“Met z'n tweeën kijk je net met een andere bril naar hetzelfde, maar de doelen van de verpleegkundige zijn exact dezelfde doelen als van mij.”* (R7). *“[...] die signalerende functie, daarin speelt de verpleegkundige ook een belangrijke rol. Dus je ontmoet elkaar eigenlijk bij de patiënt voor wie je samen zorgdraagt.”* (R12).

Vertrouwen wordt als belangrijkste basis gezien voor de samenwerking. Dit vertrouwen krijgt de kans als je elkaar leert kennen, als je merkt dat je in het werk van elkaar op aan kan, dat afspraken worden nagekomen; *“[...] dat je bereid bent wat voor elkaar te doen en dat je weet wat je aan elkaar hebt.”* (R2). Elkaar serieus nemen wordt ook door velen onderschreven; *“[...] elkaar respecteren dat als iemand ergens mee komt en zegt van ik vertrouw dat niet dat je dat serieus neemt [...]”* (R12). Eerlijk zijn naar elkaar wordt ook genoemd als voorwaarde voor samenwerking. Daarnaast is het belangrijk dat men laagdrempelig is in het contact. Het valt op dat beide disciplines in dezelfde bewoordingen aangeven wat zij onder samenwerking verstaan. In de praktijk wordt een onderscheid in beleving tussen beide disciplines zichtbaar, in de manier waarop de samenwerking tot stand komt en hoe men dit ervaart. Dit komt in de volgende thema's aan de orde.

Traditionele verhoudingen in de samenwerking

Het verpleegkundig team bestaat uit een groep ervaren verpleegkundigen die al jaren op de afdeling werken en assertief zijn, en een jongere generatie die nog lerende is. Volgens de teamleiders vinden de beide generaties elkaar steeds beter en staat er een team dat samen wil werken. Informeel contact vindt men belangrijk, ook met de artsen. Er is bij de verpleging de behoefte om samen dingen te ondernemen buiten het werk om. De artsen zijn hier tot voor kort nooit bij aanwezig geweest, maar na aandringen van de verpleging wordt hierin meer ondernomen.

In de onderlinge relatie valt op dat de verpleging zich over het algemeen afhankelijk opstelt ten opzichte van de artsen. Dit blijkt uit het aanpassen aan en volgen van de leiding die artsen nemen in de samenwerking. De artsen zijn meer dominant in de relatie en zij nemen ook hiërarchisch een positie in

ten opzichte van de verpleging: *“Want als X. meeloopt doen ze het niet, terwijl als iemand anders die minder gebekt is...vegen ze de voeten laat ik maar zeggen. Hoort niet, gebeurt wel..”* (R4). De hiërarchie wordt door een chirurg als functioneel beschreven: *“Ik denk soms dat het gewoon nodig is dat er leiding genomen moet worden door een arts en dan moet er geluisterd worden. Ja weet je, dan kun je zeggen van ik vind het vervelend, ja oké maar dat is nou de afspraak en daar moet je wel van op aan kunnen.”* (R8). Deze hiërarchie die de relatie tussen de disciplines soms op scherp zet wordt echter niet door iedereen zo ervaren. Er wordt heen en weer bewogen tussen polariseren en elkaar vinden in de zorg voor de patiënt. Over het algemeen wordt de verpleging daarin als bijzonder kundig gezien en gewaardeerd door de artsen.

Het valt op dat binnen deze sociale hiërarchie eigenzinnige persoonlijkheden bepalend kunnen zijn voor de manier waarop dingen gaan; *“[...] als de specialist dan komt dan moet exact die volgorde van de kamer gelopen worden omdat hij het zo gewend is. Omdat hij het zo prettig vindt.”* (R1). *“[...] de stafarts die gaat ook nog even bij de patiënten langs daarna...die loopt zijn eigen rondje [...]”* (R10). Dit wordt als hinderlijk ervaren door de verpleging die de stafarts nodig heeft om het beleid te maken.

Bij nieuwe assistenten neemt de verpleging eerder een assertieve rol en ‘voedt ze op’ in de cultuur van de afdeling. ‘Oude gewoontes’ zijn lastig om los te laten, ook bij verandering is er de neiging terug te vallen op hoe men het gewend is. In de communicatie wordt duidelijk dat er nog onvoldoende sprake is van een aanspreekcultuur: *“Terwijl je eigenlijk moet zeggen tegen die arts van nee, luister eens, je wil visite lopen, haal je mij de volgende keer eerst erbij, want het gaat om een patiënt waar ik ook zorg voor draag. Dat wordt niet altijd uitgesproken”* (R1). Er wordt aangegeven dat de sociale veiligheid er nog niet voor iedereen is onder de verpleegkundigen.

In de praktijk wordt de samenwerking wisselend ervaren. Sommigen, vooral artsen, geven aan dat de samenwerking ronduit goed is; *“[...] waar we goed in zijn, denk ik in mijn perceptie is een goede samenwerking, waar we elkaar vertrouwen en elkaar durven aanspreken op dingen.”* (R12). Er zijn echter ook geluiden te horen vanuit de verpleging dat er onvoldoende basis is voor samenwerking omdat men niet volledig op elkaar kan vertrouwen, elkaar alles kan zeggen:

“[...] maar ik vind het wel grappig dat we de ene met zijn voornaam aanspreken en de ander met dokter. Dat heb ik zelf ook hoor. Er zit wel verschil in hoe ik met de een communiceer en met de ander, en waar ligt dat aan? Dat ligt wel aan toch een stukje vertrouwen. Ik weet dat sommige artsen ook achter mij staan, zo voelt het, en bij sommigen zit daar iets tussen. Dan denk ik niet daar leg ik mijn ei.” (R3)

Of samenwerking succesvol is wordt in belangrijke mate bepaald door de persoon waarmee je te maken hebt, de persoonlijke stijl in de communicatie bepaald hoe benaderbaar men is; *“Nou ja, dan duurt het langer als je belt voordat diegene komt, of ja dat ze het gewoon niet heel fijn vinden om met die assistent samen te werken omdat het niet zo klikt [...]”* (R13).

Samenwerking heeft niet altijd prioriteit, wordt sterk beïnvloed door werkdruk die vraagt om meer efficiëntie, efficiëntie die aan de samenwerking in de persoonlijke sfeer afbreuk doet. Het inzetten van een vaste medische kracht wordt gezien als een belangrijke factor voor de continuïteit in de samenwerking.

Ervaren verschillen in de samenwerking binnen de afdeling

De afdeling is uit praktische overwegingen in de twee sub specialismen GE en ONCO onder verdeeld. Beiden resulteren onder de Heelkunde maar hebben eigen stafartsen, visite en nabespreking. Het verpleegkundig team is echter een geheel en de verpleegkundigen werken dus op beide zijden.

Vergelijking GE en ONCO

In veel interviews kwam naar voren dat er een verschil is in de interdisciplinaire samenwerking op de GE en de ONCO. Dit betreft de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen op de GE in

vergelijking met de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen op de ONCO. *“Op de een of andere manier is de samenwerking met de artsen op de GE gemakkelijker dan op de ONCO”* (R1). *“Nou, er is zeker wel samenwerking op de afdeling tussen artsen en verpleegkundigen. En dat heb ik op de GE kant meer dan op de ONCO kant”* (R2). Chirurgen zelf hebben mogelijk minder in de gaten dat er verschillen zitten tussen beide sub specialismen in tegenstelling tot assistenten die op beide kanten kunnen lopen; *“Nou ja, kijk bij ons valt het verschil tussen de ONCO en de GE op, maar ik denk dat de oncologische chirurg die altijd op de ONCO loopt of altijd op de GE, die weten het van elkaar absoluut niet. Die weten helemaal niet dat het aan de andere kant anders gaat.”* (R7). Het verschil heeft te maken met de structuur aan de GE kant, waar zaken direct geregeld worden met een ervaren PA, waar aan de ONCO kant het eerst uitgezocht moet worden door de minder ervaren ANIOS (Arts Niet In Opleiding tot Specialist). Ook persoonlijkheid wordt genoemd en de manier waarop gecommuniceerd wordt. *“Ik denk gewoon dat wij moeten uitvoeren wat zij opdragen. Dat heb ik bij sommige artsen een beetje het gevoel. Bij anderen heb je meer de vrijheid om je eigen interventies voor te leggen die ook uitgevoerd kunnen worden”* (R2). Op de ONCO wordt er meer hiërarchie ervaren dan aan de GE kant:

“Daar zitten denk ik wel verschillen in bejegening. Dat komt omdat aan de linkerkant (GE) de artsen als minder eng worden ervaren, we lachen denk ik ook wat meer [...] Dat geeft wel een bepaalde losheid, waardoor mensen wel vragen durven stellen en daar ook een oprecht antwoord op krijgen, en dat is aan de andere kant nog wel eens dat mensen dat wat spannender vinden omdat je niet weet hoe de reactie zal zijn of wat er van de vraag wordt gevonden [...]” (R4).

GE

Het valt op dat de informele sfeer aan de GE kant een belangrijk verschil maakt. Een van de chirurgen geeft aan hier bewust werk van te maken omdat het aandacht hebben voor elkaar als eerste prioriteit wordt gezien; *“En er wordt heel vaak gezegd, van het kan efficiënter, we moeten lijstjes maken, het moet strakker enne nou ik denk dat het lossier moet. Dus ik vecht heel hard om dat er elke keer maar in te houden, want dat is het moment dat je met elkaar lacht en huilt.”* (R9). Dit wordt door de verpleging als positief en drempelverlagend ervaren, ze voelen zich hierbij uitgenodigd om met eigen inbreng te komen.

ONCO

De continuïteit die de aanwezigheid van een PA brengt aan de GE-zijde wordt ook als een belangrijk verschil ervaren, waar op de ONCO de artsen meer afwezig zijn; *“[...] de PA is er natuurlijk wel, dat is een goede vaste waarde, daar kan je natuurlijk ook alles aan vragen, maar ja, als je op de ONCO staat, daar is op het moment sowieso niemand [...]”* (R5). Aan de ONCO kant wordt de visite en nabespreking als sneller, pragmatischer en functioneler ervaren. De nabespreking dient vooral vlot en efficiënt plaats te vinden. Er wordt aan de ONCO kant regelmatig gestuurd op de klok waardoor verpleegkundigen het gevoel krijgen opgejaagd te worden.

Betrokken zijn – samen uit, samen thuis

Een ernstige patiënten casus kan aanleiding zijn voor extra betrokkenheid vanuit de artsen; *“[...] doordat hij zo 'n toenadering zoekt en zo betrokken is bij wat wij moeten doen, maakt ons vertrouwen ook weer groter”* (R6). Dit geeft veel vertrouwen bij de verpleging en bevordert de samenwerking. Als artsen aanwezig zijn bij de visite en meedenken met de verpleging wordt dit als betrokken ervaren. Maar ook wat vaker aanwezig zijn op de afdeling, laagdrempelig bereikbaar zijn en aandacht geven aan de verpleging dragen hieraan bij; *“[...] maar waarom zeggen ze niet ‘meides is alles nog onder controle, is het zo gegaan vandaag, zijn er nog vragen want ik ga zo naar huis’ [...]”* (R10). Dat die betrokkenheid belangrijk is en de verpleging dat nodig heeft blijkt uit het volgende citaat van een chirurg die aangeeft dat je vaak op de afdeling moet zijn; *“En daarmee laat je dus ook zien dat wat er hier gebeurt belangrijk*

is, en dat is het ook. En je hebt hier ook wel wat te doen. Zeker als de PA er niet is, heb je hier ook wel wat te doen.” (R9). Echter wordt in de dagelijkse praktijk die betrokkenheid door de verpleging wisselend ervaren. De gehaaste visite en nabespreking waarbij artsen vaak al eerder naar de OK gaan, en onvoldoende zichtbaar zijn, dragen hier niet aan bij. Het gevoel heerst dan dat de artsen de afdeling niet belangrijk genoeg vinden door deze geen prioriteit te geven; “[...] er wordt soms ervaren dat de afdeling niet als top prioriteit wordt gezien door de betreffende stafleden, laat ik maar zeggen, en dat frustrereert ze wel eens. Dat mensen niet met de visite mee lopen, van joh ik ga alvast zitten, vooruit lopen...achterlopen [...]” (R4). De verpleging voelt zich dan niet serieus genomen; “Dat zij graag daar zijn (op de OK) en dat er dan niemand op de vloer is, dus dat je diegene dan constant moet bellen en dat is natuurlijk wel heel vervelend als je dan een beetje weggecijferd wordt als verpleegkundige.” (R11). De disciplines hebben elkaar juist hard nodig en het is belangrijk dat er wederzijds betrokkenheid getoond wordt; “[...] de verpleegafdeling is toch een beetje wat er bij hangt. Dat idee geven ze mij altijd. Uhm, en dat is heel erg jammer want er gebeurt helemaal niets de nada zonder verpleegkundigen. Dan kan hij niet opereren, helemaal niks, dan gaat de deur daar dicht en dan houdt het op.” (R10). Waarderen van elkaar kan een manier zijn om betrokkenheid te tonen. De verpleging hecht waarde aan complimenten van de artsen en krijgen regelmatig te horen hoe goed ze het doen.

Toegankelijk zijn en communiceren

Het onvoorspelbare karakter van de afdeling met complexe chirurgische patiëntenzorg, waar de verpleging constant op de hoede moet zijn voor complicaties, vraagt gedurende de hele dag om afstemming tussen de artsen en verpleegkundigen. Veilig en open communiceren wordt als zeer belangrijk ervaren in de samenwerking “Dat je inderdaad een open communicatie hebt, dat je je ook vrij voelt om dingen te zeggen [...]” (R5). Directe en persoonlijke communicatie wordt gewaardeerd, maar is ook noodzakelijk voor afstemming tussen de disciplines. Daarnaast vervangt persoonlijke communicatie in belangrijke mate het ‘orderen’ (gebruikelijke term voor het geven van een medische opdracht van de arts aan de verpleegkundige) in het EPD, en is daarbij een voorwaarde voor goede zorg. “Ik zeg kijk deze afdeling is het territorium van de verpleegkundige [...] ik zeg maar jij moet het wel, als je wil dat er iets gebeurt, dan kan je het wel zelf omschrijven ergens in de naslag maar wij kijken niet continu in de naslag, dan moet je het komen vertellen” (R10). Omdat artsen niet altijd op de afdeling aanwezig zijn vindt er toch veel communicatie telefonisch of via het EPD plaats; “Ja, dan moet je gewoon maar elke keer het beleid van de arts opnieuw bekijken door elke keer op F5 te drukken [...]” (R2). Er wordt aangegeven dat er bij de verpleging soms een drempel wordt ervaren om een arts te contacteren; “Maar ik heb ook niet het idee dat iedereen maar alles durft te roepen. Alhoewel, het ligt er een beetje aan wie er zitten, per verpleegkundige is er wel verschil” (R8). Individuele verschillen gebaseerd op kennis en ervaring bepalen deels de drempel, maar ook bereikbaarheid speelt een rol:

“Je merkt ook wel als de AIOS visite lopen, die zijn dan heel snel visite lopen en dan zijn ze weg, want dan willen ze naar OK, en dan hoor je ook wel van de verpleging ik vind het irritant want ik kan die niet bereiken want die staan nu op OK. Ja, gaan we bellen, gaan we niet bellen en dit, dit, dit. Ja, je hoort het wel, als je je gezicht niet laat zien dat ze het toch moeilijker vinden om te bellen of dat je toch moeilijker bereikbaar bent.” (R13).

De artsen vinden het heel vervelend als de verpleging een drempel ervaart in de communicatie omdat zij afhankelijk zijn van de observaties van de verpleging bij de patiënt: “Ik zou het echt heel vervelend vinden als mensen een drempel...als ze ergens met een probleem zitten en denken ik kom er niet uit maar zich bezwaard voelen om te bellen [...]” (R7). Het gevaar dat er gevolgen kunnen zijn voor de patiënt wordt onderkent: “[...] verhoudingen tussen mensen onderling dat moet niet ten koste gaan van de patiëntenzorg. Dat is het gevaar...ik heb het idee dat dat best wel eens kan gebeuren bij verpleegkundigen die dan iets niet durven zeggen omdat ze bang zijn voor een uitbrander of iets verkeerd te zeggen...” (R8). De verpleging kan dan door het ervaren van een drempel zelf beslissingen

nemen die beter overlegd hadden kunnen worden, of een ‘niet pluis gevoel’ te laat communiceren. Een chirurg benadrukt hierin de professionele verantwoordelijkheid:

“Ja, nou wat ik...en dat is mijn persoonlijke mening [...] maar het lijkt alsof ze soms niet durven om dingen te zeggen, terwijl...ze zijn de eerste schakel tussen de patiënt en de arts. Dus dan moeten ze ook beseffen, als zij iets vinden, dan moet het ook gezegd worden. Dan moet je niet niets gaan zeggen omdat je bang bent omdat die arts boos gaat doen of...uh...ik vind daar moeten ze zich wel overheen kunnen zetten. En nou ja, de meeste verpleegkundigen kunnen dat ook wel, maar sommige jongere verpleegkundigen wat minder of die vinden dat misschien ook eng, maar dat eng vinden kan dus ten koste gaan van de kwaliteit van zorg van de patiënt.” (R8).

Echter, hiermee wordt voorbijgegaan aan de oorzaak van de ervaren drempel. Deze drempel blijkt uit de bovenstaande quote van een chirurg ook te maken te hebben met persoonlijke stijl of gedrag van artsen wat veilige communicatie in de weg kan staan. Een assistent benoemt dit als volgt; “[...] mensen kunnen best bot zijn; ja..ja...ja die kunnen best bot zijn. En dan zie je soms echt wel eens mensen kijken van zo...die hebben daar niet direct een antwoord op. En die zullen dan misschien nog minder durven vragen [...]”, “Het gaat bijvoorbeeld om de nieuwe mensen of misschien de wat stillere mensen, en die zullen zich niet helemaal senang bij de artsen voelen” (R4). Hoewel hier dus in de praktijk problemen ervaren worden valt op dat de artsen in de interviews laagdrempelig en toegankelijk zijn als bijzonder belangrijk ervaren.

Verantwoordelijkheid nemen en professionaliteit

Het systeem is gericht op het afdekken van verantwoordelijkheden en scheiden van de beroepsdomeinen:

“Het is natuurlijk een heel erge ‘ik stel de regels voor je op cultuur’. Er is bijna geen ruimte om gewoon je professe te doen, want als je dat doet dan word je gewantrouwd want dan ken je het protocol niet of de regel niet of de afspraak...dat is echt niet oké. Daar zijn ze gewoon te goed voor.” (R9). *“Het systeem staat het sowieso niet toe want die gaat alleen maar uit van is de verantwoordelijkheid goed afgedekt, want dat is ongeveer de norm. De norm is niet goed werk leveren, de norm is, is de verantwoordelijkheid goed afgedekt.”* (R9).

De praktijk vraagt echter om meer flexibiliteit en vrijheid waarin de beroepsdomeinen elkaar overlappen. De overlap van taken blijkt er voornamelijk in te zitten dat de verpleegkundige taken overneemt van de arts. De verpleging staat erom bekend erg mee te denken met de artsen. Dit wordt ingegeven door de sterke motivatie het beste te willen voor de patiënt, maar lijkt soms ook een pragmatische oplossing voor situaties waarin een arts niet te bereiken is of op beleid laat wachten. Dit resulteert erin dat er al actief in situaties geanticipeerd wordt op nog te volgen medisch beleid.

“Als ik in de dienst een gekke glucose heb dan kan ik daar zelf met de dienstdoende interne over bellen” (R1). *“Maar we doen hier eigenlijk ook best wel veel op eigen houtje. Lab aanvragen, of alvast prikken of iets dergelijks, dan weet je gewoon dat dat toch moet komen. En dat ze het gewoon vergeten zijn erin te zetten of er nog niet aan gedacht te hebben. Dus wat dat betreft denk ik dat we...kauwen we al een heleboel dingen voor, of doen we al, voordat we daar een order van hebben.”* (R5). *“[...] we zeggen van luister eens, een vochtbalans is 10 liter positief, moet daar niet een beetje lasix in, en die drain, moet die niet eens een keer aangehaald worden of eruit, kijk wij kijken naar uitslagen [...]”* (R10).

Deze proactieve houding en meedenken van de verpleging in het medisch domein wordt gewaardeerd door de artsen, zij hebben hier zichtbaar baat bij. De verpleging wordt hierin als zeer kundig bestempeld. Hier zit enerzijds ook de trots van de verpleging: *“Er wordt heel erg meegedacht [...] het wordt ook wel gewaardeerd dat ik niet hoeft te komen van hebben jullie nog niet aan een maagsonde gedacht [...] Ik denk dat ze daar heel trots op mogen zijn op de vloer.”* (R3). Anderzijds wordt het meedenken en overnemen van taken ook gezien als een controle op artsen die zich niet aan afspraken houden, die geen

beleid maken, als een manier om fouten te ondervangen. Dit ondermijnt het wederzijds vertrouwen, leidt tot praten over elkaar en werkt polariserend. Er is echter ook waakzaamheid waar verantwoordelijkheden bij een arts liggen: *“Maar wat ook heel erg mee speelt van wanneer belt de verpleegkundige ons wel en wanneer niet. Wanneer zegt ze van ik doe het zelf. En wanneer zegt ze van ik ga wel bellen.”* (R7). *“Ik vind dat dat wel heel goed is dat mensen zeggen van ik ga zelf dingen doen voordat ik bel, maar het moet ook weer niet doorslaan.”* (R7).

Zowel de artsen als verpleegkundigen verwachten van elkaar een professionele houding waarbij beiden hun verantwoordelijkheden dienen te nemen.

“Ik denk als je alleen orders wilt opvolgen dan kan je ook als verzorgende betaald worden. Ik vind je bent niet voor niks verpleegkundige geworden om over bepaalde dingen na te denken.” (R4). *“Wat wij willen is overdag, je zit met meerdere mensen, wil je alles geregeld hebben en niet dat er bloed is geprikt en als iedereen terugkomt, en dan na ok drie uur gaat kijken...moet er dus bloed gegeven worden.”* (R10).

De eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid ligt echter duidelijk bij de arts *“[...] een arts besluit iets en vervolgens ga je ermee aan de slag. De arts is de hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk zeg maar.”* (R1). Verantwoordelijkheden worden echter niet altijd genomen wat tot ergernissen kan leiden:

“Nou het is ook wel zo uhm, het is ook maar net hoe goed mensen ingelezen zijn. Dat scheelt echt wel een hele hoop. Want net als vanmorgen zijn er best wel wat mensen die zeggen ja... weet ik niet helemaal.” (R4). *“Maar goed, dat is misschien ook het niveau waar verschillen in zitten, of de verantwoordelijkheden die mensen niet durven te nemen [...]”* (R4). *“En uhm, nou goed we hebben wel eens vaker een gesprek gehad over samenwerking en dat verpleegkundigen dan roepen van ja, maar ik zie die patiënt voor het eerst. Ik vind dat niet professioneel dat je dat roept überhaupt [...]”* (R8).

Ook vanuit de verpleging wordt verwacht dat artsen adequaat anticiperen op situaties die daarom vragen door beleid te maken als dat nodig is en dit niet op de lange baan te schuiven. Assistenten die geen beslissingen kunnen nemen wordt als onwerkbaar ervaren, er dient een arts beschikbaar te zijn die beleid kan maken.

“Wat ook heel belangrijk is, is dat je met name kan overleggen met iemand die er verstand van heeft. Die dus ook...uh bevoegd is voor heel veel dingen, want ik ga gelijk naar de artsen, dat ze recepten kunnen schrijven, dat ze ergens goed over na kunnen denken en een idee kunnen geven, dat is heel prettig. Daar loop je hier dus heel vaak tegen aan.” (R10).

Meer ervaren verpleegkundigen geven aan assistenten te moeten opvoeden, de wisselende kwaliteit van de eveneens snel wisselende ploeg assistenten geeft veel extra werk. Zij krijgen er een extra taak bij die hun verantwoordelijkheid helemaal niet is. Een stafarts onderkent dit probleem; *“[...] de tijdelijkheid van de anios is een bak vol met fouten.”* (R9).

De wederzijdse afhankelijkheid van de disciplines in de overlap van de beroepsdomeinen lijkt vooral te wringen bij de verpleegkundigen die de beslissing nodig hebben van een arts ten aanzien van het medisch beleid maar ook lijken te zoeken naar enig houvast en zekerheid in de uitvoering van hun werkzaamheden. Beslissingen die niet genomen worden, of kunnen worden, die uitgesteld worden frustreren het werk. Er is meer behoefte aan efficiënte afstemming met de artsen wat gezocht wordt in continuïteit en structuur gedurende de dag. Daarnaast kunnen veel discussies voorkomen worden door duidelijkheid in de verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden die daarbij genomen dienen te worden.

Inherent aan een hoog specialistische verpleegafdeling zijn bij beide disciplines kennis en ervaring belangrijk en maken deel uit van de professionaliteit. Met kennis en ervaring krijg je meer zeggenschap. Het geeft meer vertrouwen om zelf iets in te brengen, maar je wordt ook serieuzer genomen en dat blijkt een belangrijke pijler te zijn voor de samenwerking; *“Hoe verder je komt hoe meer je weet van dit is afwijkend, hier moeten we wat mee, dus hoe verder je komt hoe lager de drempel is en hoe beter ik me*

gehoord voel. Hoe meer je weet, hoe serieuzer je wordt genomen.” (R1). Van artsen wordt verwacht dat zij beslissingen kunnen nemen en bij verpleegkundigen wordt zelfstandigheid gewaardeerd. Artsen geven hoog op over de verpleging en benadrukken en belonen daarmee de kennis en kunde. In de praktijk blijken er echter grote verschillen te zitten in het niveau en de kunde, zowel bij de assistenten als de verpleegkundigen. Dit verschil maakt het soms lastig in de samenwerking. *“Voorheen ging je ervan uit van ze weten er niet zoveel van, ik moet er bovenop zitten, dat is verschoven nu naar ze weten heel veel wel, maar eigenlijk weten we niet zo goed wat ze niet weten”* (R9). Het juist inschatten van elkaar in relatie tot het nemen van verantwoordelijkheden om veilige zorg te kunnen bieden is cruciaal. Een arts geeft aan daarom bijvoorbeeld de verpleegkundige rapportages in het EPD te volgen waaruit gelezen kan worden of iemand weet wat er speelt of niet. Een risico ontstaat als zowel de assistent als de verpleegkundige nog niet het niveau hebben om de situatie goed te beoordelen; *“[...] maar er zijn er ook een heleboel die dat nog niet hebben dat niveau, en daar gebeuren dus de fouten. Want daar al signaleren de verpleegkundigen het niet van een semi-dokter dat hij iets heel raars voordraagt of ordert.”* (R10). Een van de assistenten geeft aan dat het daarom belangrijk is de sfeer zo laagdrempelig mogelijk te houden tussen de disciplines maar ook tussen de assistent en de chirurg en te investeren in scholing.

Organiseren en plannen

Visite lopen is een moment in de ochtend waarop de artsen en de verpleegkundigen samen langs de patiënten lopen om te horen hoe het met de patiënt gaat en met hen het beleid te bespreken. Deze ronde vindt plaats rond 8 uur in de ochtend. Na de visite wordt er op beide teams een nabespreking gehouden waar de patiënten in een aparte ruimte uitgebreider worden besproken en het beleid wordt vastgesteld.

Visite lopen en nabespreken

Voordat de visite begint zijn de verpleegkundigen al gestart met de eigen werkzaamheden zoals het delen van medicatie. Zij worden geacht klaar te staan zodra de artsen zich melden. De verpleging voegt zich hierbij naar het schema van de artsen. Aangezien elke verpleegkundige enkele patiënten verpleegt, dient de volgende steeds weer klaar te staan op het moment dat de visite doorkomt. Dit betekent dat de verpleging zich met werkzaamheden dient aan te passen; *“[...] we lopen visite en daarna hebben we de nabespreking [...] en jij komt kwart over negen half tien er uitrollen en dan moet je alles nog doen. Nou vind ik ook veel te lang duren, veel te lang duren, echt dat werkt niet.”* (R10). De artsen willen het liefst direct starten met een vlotte visite want er wacht een vol OK-programma;

“Want uhm in principe is het mijn stelregel dat er nooit discussie aan het bed is, dus vooral een korte zakelijke visite. En uh nou, we tellen de neuzen en we kijken hoe die mensen erbij liggen, en als er meer moet nou dan komen we later terug. Dan gaan we niet met 6-8 man aan bed staan kijken hoe iemand gaat luisteren naar de buik. Dat schiet niet op, dat is niet efficiënt voor iedereen.” (R12).

De start van de visite kan nog wel eens rommelig verlopen. De verantwoordelijke artsen zijn niet altijd aanwezig en sluiten dan later aan of worden vervangen door een collega. *“We starten de visite met de PA, de ANIOS en de verpleegkundige. De stafarts is er nog niet, deze laat telefonisch weten verlaat te zijn vanwege onderwijs. Er wordt besloten al te starten”* (Bijlage 2: observatie visite GE1).

De taken lijken duidelijk verdeeld: een van de artsen voert het woord, een assistent heeft een mobiele computer, rapporteert en haalt gegevens uit het dossier als er vragen zijn. Uit de gelopen observaties blijkt dat de patiënt kort ondervraagd wordt hoe het gaat en de belangrijkste observaties worden besproken. Het visite lopen lijkt voornamelijk medisch georiënteerd en is gericht op de patiënt en niet op het uitwisselen van informatie tussen de disciplines. De verpleegkundige lijkt geen duidelijke rol te hebben en brengt relatief weinig in; *“de verpleging staat achteraan en brengt niets in. Bij een andere patiënt luistert de verpleegkundige achter de gordijnen mee.”* (Bijlage 4: observatie visite ONCO2). Bij navraag blijkt dat beide disciplines dezelfde uitgangspositie hebben in de zin dat beiden hetzelfde

dossier hebben gelezen. Toch wordt vaak aan de verpleging gevraagd hoeveel bijvoorbeeld de drains hebben gelopen terwijl dit uit het dossier gehaald kan worden. Er wordt wisselend gedacht over het paraat hebben van deze kennis. De artsen geven in de interviews aan dat zij het niet professioneel vinden als de verpleegkundige dit niet weet, of aangeeft dat dit de eerste werkdag is en daarom nog niet goed op de hoogte is. De verpleegkundigen geven aan dat de artsen dit ook gewoon in het EPD kunnen lezen.

Opvallend is dat het gezelschap wisselt naarmate de visite vordert; *“Op een gegeven moment tel ik negen personen in de kamer, de verpleging staat achteraan en brengt niets in”* (Bijlage 4: observatie visite ONCO2). *“Een AIOS vraagt halverwege toestemming aan de stafarts om naar OK te gaan en verlaat de visite”* (Bijlage 3: observatie visite ONCO1). Het viel daarnaast op hoe een stafarts om de visite heen zijn eigen patiënten sprak: *“Voor de visite uit en er achteraan worden de patiënten ook nog door hun chirurg gezien. Hij geeft aan even zijn eigen patiënten te willen spreken en dat de visite daarvoor te druk is”* (Bijlage 5: observatie visite GE2). Dat dit vaker gebeurt wordt bevestigd in de interviews. Verpleegkundigen vinden het juist belangrijk dat de visite samen wordt gelopen, maar vinden de visite en nabespreking rommelig door het in- en uitlopen van artsen, en wisselend qua samenstelling en aantal artsen gedurende de week; *“[...] want de ene dag is het A. de andere dag is het B. dan is het C. D., E. Nou D. loopt vandaag mee en bij kamer vier zegt hij, ja ik moet nu naar de...hè en hij gaat weg [...]”* (R10). Dit maakt de nabespreking inefficiënt. Men wil juist dat de stafartsen aanwezig zijn die ook meegelopen hebben met de visite en daardoor efficiënt beslissingen kunnen nemen. De stafartsen hebben verplichtingen waardoor de praktijk soms anders is; *“Een stafarts legt uit dat er die ochtend een MT vergadering is, een arts naar OK moest en er een 8 uren bespreking was. Daarom is er vervanging geregeld, maar verloopt het wat rommelig”* (Bijlage 3: observatie visite ONCO1). De ervaring met het visite lopen is dat dit snel moet gaan. De chirurgen hebben relatief weinig tijd voor hun operatieprogramma of poli begint:

“[...] hier is het hup hup hup hup hup, en dan snel bespreken, ja dan komt ook wel alles naar voren...ja...nee je ziet soms ook patiënten wel kijken van ik wil nog meer zeggen.” (R13). *“De ‘computer on wheels’ wordt mee getrokken door de stafarts, dat doet X ook altijd zegt de ANIOS [...] Een stafarts maakt enigszins geïrriteerd de opmerking; ‘handig dat die patiënt gewassen wordt tijdens de visite’, we schuiven snel door naar de volgende kamer”* (Bijlage 4: observatie visite ONCO2).

Er wordt getwijfeld aan de meerwaarde van het visite lopen omdat alles in de nabespreking weer opnieuw passeert waarna de assistent vaak opnieuw langs de patiënten gaat om wonden en dergelijke te bekijken. *“Als je wil weten hoe de visite hier gaat, dat is ook iets historisch hoe dat hier gaat. Ik vind dat helemaal niet zo handig met dat halve rondje eerst en dan ga je daarna zitten nabespreken.”* (R14).

Als vervolgens de visite voorbij is dienen de verpleegkundigen weer een voor een present te zijn in de nabespreking. De verpleegkundige werkzaamheden in de drukke ochtendspits worden dus beheerst door de visite en de nabespreking. Dit wordt als inefficiënt ervaren en scoort hoog in de interviews. Om de visite beter te coördineren is er recent een nieuwe manier van visite lopen geïntroduceerd waarbij er een aantal afspraken gemaakt zijn. De bedoeling is dat er volgens deze vaste afspraken gewerkt wordt. Het blijkt echter dat niet iedereen hier goed van op de hoogte is en dat de afspraken niet nageleefd worden wat tot ergernis leidt. Uit observaties blijkt dat er voor de nabespreking begint, eerst even een moment is waarop een ‘break’ wordt genomen. Er wordt koffie geschonken, men neemt er wat te eten bij. Vervolgens neemt ook hier de arts of PA de leiding. De verpleging heeft nu wel een grotere rol, stelt vragen, brengt onderwerpen in, maar dit wisselt per persoon. Ook hier valt op dat de vaart er in gehouden wordt; *“De regie verpleegkundige vraagt waar de volgende verpleegkundige blijft. Iemand gaat haar halen. De AIOS zegt ‘ga maar door’ tegen de semiarts. De regie verpleegkundige zegt ‘ik luister wel mee’* (Bijlage 3: observatie visite ONCO1). Terloops is er tijd voor een grapje wat de sfeer ten goede komt. Een informele sfeer heeft positieve invloed op de inbreng van de verpleegkundigen; *“de verpleegkundige neemt zichtbaar meer het woord naarmate de sfeer informeler is”* (Bijlage 5: observatie

visite GE2). Opvallend is dat uit meerdere observaties blijkt dat stafartsen tijdens de nabespreking met andere zaken bezig zijn; *“artsen fluisteren en zitten achter een computer in hun rooster”* (Bijlage 3: observatie visite ONCO1); *“Stafarts zit op de computer te werken met de rug naar de nabespreking”* (Bijlage 4: observatie visite ONCO2). Ook valt op dat verpleegkundigen al aanschuiven voordat hun patiënten besproken worden waardoor het drukker en rommeliger wordt door het afgaan van piepers en het schenken van koffie. Er wordt verder aangegeven dat de nabespreking gebruikt kan worden voor leermomenten doordat de arts dingen kan uitleggen of toelichten aan de verpleging. Aan de GE kant wordt om hier de juiste sfeer voor te creëren aangegeven dat de nabespreking informeel moet zijn.

Wat verder opvalt is dat er gedurende de dag getracht wordt structuur te bieden en afspraken te maken in de onderlinge communicatie om elkaar niet onnodig te storen in de werkzaamheden wat irritaties opwekt. Door te werken met vragenlijstjes, vaste tijden van overleg en eerst afstemmen binnen de eigen discipline voordat er overlegd wordt met de andere discipline wordt getracht dit te verbeteren. Echter blijkt in de praktijk dat men het lastig vindt zich aan deze afspraken te houden waardoor er opnieuw irritaties ontstaan. Een verpleegkundige over een lijstje met vragen die verzameld worden voor de artsen: *“[...] en dan moet je het dus ergens terugvinden om te zeggen van krijg ik nog een antwoord op die vraag. En dan vraag je waar zijn ze, en dan zijn ze naar huis. Ze nemen niet de moeite om dit dan even aan jou terug te brengen en [...] Nou iedereen is dat gelijk zat.”* (R10). Het ontbreekt dan nog aan evaluatiemomenten om met elkaar tot verbetering te komen.

Beleid maken en orderen

Het orderen van medische opdrachten door de artsen aan de verpleging is een heet hangijzer. Officieel dient een arts een order te geven van een medische opdracht zodat de verpleegkundige beschermd is in de uitvoering ervan. In de dagelijkse praktijk lijkt het echter onwerkbaar voor de artsen om voor alles een order uit te schrijven. De artsen moeten hiervoor in het EPD veel dubbel registreren wat extra administratie geeft en frustrereert. Het orderen wordt gezien als last; *“Zij vinden dat ze alles op te veel plaatsen moeten doen. En een recept starten, en een order maken, en het mondeling zeggen. Dus zij vinden dat daarin het systeem uhm ook ja niet de juiste manier is, omdat je het op zoveel verschillende manieren moet doen.”* (R6). De artsen vinden het overbodig op een specialistische afdeling en vinden het makkelijk dat de verpleging dit zelfstandig oppakt. Hiermee verschuift de verantwoordelijkheid naar de verpleging en is over het algemeen onduidelijk waar wel en waar geen order voor gegeven wordt.

Arts versus verpleegkundige

De meeste opdrachten aan de verpleging zijn wel in de medische rapportage van EPD terug te vinden, maar de verpleging dient de order dan nog wel mondeling te ontvangen. Dit gebeurt echter niet altijd, waardoor men er later pas achter komt dat een opdracht was geschreven, en er dus ook pas later bepaalde handelingen bij de patiënt plaatsvinden. De verpleging voelt zich hierin verantwoordelijk en heeft er belang bij dat zaken goed gedocumenteerd worden. Zij gaan zelf actief op zoek naar orders in de medische rapportage en het activiteitenplan en ondervangen daarmee het probleem van het niet orderen. Hier valt op dat de artsen een probleem lichter zijn en de verpleging een probleem rijker. De artsen zijn hier erg blij mee en complimenteren de verpleging op hun kundigheid, hun meedenken en proactieve houding. Dit geeft echter nog wel eens frustratie bij verpleegkundigen. Zeker wanneer de artsen zich niet aan de afspraak houden om de order mondeling te communiceren of voor een bepaalde tijd in het EPD te zetten: *“Dan komt er inderdaad een ANIOS of een coassistent en die zet wat in de computer... medicatie...starten met kalium, en die geeft dat niet door...dan ziet de verpleegkundige dat heel laat.”* (R1). Dit niet houden aan afspraken ondermijnd het vertrouwen, geeft irritatie, leidt tot klagen, praten over elkaar en werkt polariserend:

“[...]net bijvoorbeeld krijg ik een order lasix geven, maar het recept wordt niet hervat. Ja, dan denk ik, doordat jij nu half werk uitvoert ga ik die lasix nog niet geven omdat de patiënt zegt dat ze daar

niet lekker van wordt en wacht ik dus tot ze het recept hervat. Maar daardoor stagneren wel mijn werkzaamheden.” (R6).

De verpleging gebruikt dan soms het eisen van een order als machtsmiddel om artsen te dwingen hun verantwoordelijkheid te nemen. Zorgpaden worden genoemd als ondervanging van dit probleem, waarbij met standaarden de meeste orders worden opgevangen, maar in de praktijk blijft het zoeken naar de juiste weg in het al dan niet ordenen van medisch beleid. Dit zal zijn beslag moeten krijgen in heldere afspraken en het naleven daarvan.

Zaalarts versus AIOS (Arts In Opleiding tot Specialist) of chirurg

Het maken van beleid dient vooral bij de nabespreking te geschieden. Men vindt het belangrijk om samen tot het beleid te komen: *“Dus dat is het moment dat we met z’n allen bij elkaar zitten en dat we ook met z’n allen bespreken van joh wat zullen we plannen en daar heeft de verpleegkundige ook een hele belangrijke rol in.” (R7).* De aanwezigheid van de stafarts is noodzakelijk om tot afspraken te komen en als verantwoordelijke bepaalt die ook het beleid *“[...] En dan uiteindelijk heb je dan van nu is het mijn verantwoordelijkheid, mijn naam staat er onder, we doen het nu even zo.” (R14).* Gedurende de dag, als de chirurg afwezig is, zijn er echter nog vele terugkoppelmomenten die vragen om beleid waar de assistent niet altijd antwoord op heeft. *“[...] kijk er zijn andere afdelingen die alles georderd willen hebben. Als wij dat gaan doen hier, dan gebeurt er niks! Want ze kunnen het niet orderen en dan krijg je het pas om vier uur.” (R10).* Het hangt van de assistent en de bereikbaarheid van een AIOS of chirurg af of het beleid dan vlot teruggekoppeld kan worden. De verpleging moet hier nog wel eens op wachten en heeft behoefte aan meer continuïteit en structuur gedurende de dag:

“En wat eventueel beter kan is [...] dat ze overdag zo vaak slecht te bereiken zijn. Of dat er niemand verantwoordelijk is voor die afdeling, dat je niet verder kan, dat je geen knopen kan doorhakken en dat het zo af en toe eindeloos door suddert en dat je dan de hele dag bezig bent om ergens een beslissing of beleid van te krijgen, en dat dan de volgende dienst met jouw zooi zit opgescheept.” (R5).

Elkaar kunnen lezen en begrijpen

In de interviews wordt aangegeven dat het voor de samenwerking belangrijk is dat je elkaar kan begrijpen zodat er begrip voor elkaar ontstaat. Inzicht hebben in elkaars werkzaamheden, maar ook in de manier waarop er geredeneerd wordt voor het maken van beleid, maakt dat de samenwerking beter verloopt. *“[...] als de verpleegkundige begrijpt hoe de arts visite loopt en als de arts begrijpt hoe een verpleegkundige zorgen heeft en dingen bevestigd wil zien [...] dan is dat natuurlijk prettig. Dan weet je dat je vertrouwen krijgt, dan weet je wat je aan elkaar hebt.” (R8).* Begrip voedt het vertrouwen wat nodig is voor de samenwerking. Dit inzicht en begrip creëer je door bij elkaar in de keuken te kijken; *“Ik denk een paar dagen met elkaar meelopen dat dat heel veel uitmaakt in uh hoe we zien van elkaar wat we allemaal moeten doen en waarom sommige dingen langer duren en andere dingen snel geregeld worden. Ik denk dat voor het onderling begrip, dat dat heel goed is.” (R13).*

In de praktijk is er wat begrip aangaat nog wel eens een mismatch tussen de disciplines; *“[...] op dit moment beoordelen we dan geen acute problemen, we gaan het over twee uur opnieuw beoordelen. En dan doen we twee uur even niets. En dan blijft die zorg bij de verpleegkundige hangen en dat...soms is dat moeilijk over te brengen.” (R8).* Het elkaar niet begrijpen leidt dan tot irritaties en frustraties wat juist een wig drijft tussen de disciplines.

Daarnaast wordt ook het kunnen lezen van elkaars gedrag benoemd als bevorderende factor in de samenwerking. *“Ik denk misschien ook voor mij vind ik, als je ze wat beter kent dan weet je ook echt wat je aan iemand hebt in situaties [...]” (R13).* Door alleen al te weten met wie je te maken hebt, elkaars naam te kennen, maakt hierin al verschil. Elkaar kennen; *“Dat is de crux, voor samenwerking, voor iedere team effort is dat de basis, en daar moet je in investeren, dat gaat niet vanzelf.” (R9).* Hiervoor

zijn informele momenten belangrijk zoals deze bijvoorbeeld gecreëerd worden tijdens de nabespreking van de GE, maar ook door gewoon eens met elkaar koffie te drinken.

Tenslotte wordt het leren van elkaar benoemt als factor die de drempel tussen de disciplines kan overbruggen en de samenwerking kan bevorderen. Gemeenschappelijke scholing of het onderwijzen van elkaar creëert dan ook meer inzicht in elkaars vak waardoor er meer begrip en waardering voor elkaar ontstaat. Dit roept de vraag op hoe ik tussentijds naar het onderzoek omzie (zie Vignet 1).

Vignet 1: Voorzichtige tussendoor reflectie van de onderzoeker

Samenwerken wordt door de geïnterviewden op verschillende manieren geduid. Daarbij zijn enerzijds interpersoonlijke aspecten als vertrouwen, betrokkenheid en iets met elkaar hebben belangrijk. Anderzijds wordt een meer zakelijke kant beschreven met een focus op efficiënt afstemmen en tot beleid komen. De patiënt is hierin de verbindende factor. Het valt op dat beide disciplines hierin dezelfde bewoordingen gebruiken. In de praktijk worden verschillen in beleving van de samenwerking tussen de disciplines expliciet en blijkt dat deze niet voor iedereen aan het gedefinieerde beeld beantwoordt.

Traditionele verhoudingen blijken nog een belangrijke rol te spelen in de dagelijkse praktijk. De verpleging is voor de uitvoering van taken in belangrijke mate afhankelijk van de artsen die beslissingen moeten nemen over medisch beleid. De verpleegkundigen voegen zich in de order discussie en de overlap van beroepsdomeinen naar de artsen en lossen heel veel praktische problemen zelf op. Ingegeven door het beste te willen voor de patiënt, maar daarbij ook trots op de eigen professionaliteit, schikt de verpleging zich in deze situatie. Hiermee wordt veel extra werk op de schouders genomen wat kan leiden tot irritaties en frustraties. De verpleging voelt zich door de artsen onvoldoende ondersteund in deze beleving en ervaart dit als een gebrek aan betrokkenheid. De artsen waarderen juist de inzet van de verpleging en ervaren weinig problemen in de samenwerking. Naast de behoefte van de verpleging zich meer gesteund te voelen bij de verantwoordelijkheden in de dagelijkse praktijk is er ook behoefte aan meer continuïteit en structuur om dit te ondersteunen. Duidelijkheid in de rolverdeling en verantwoordelijkheden kan zorgen voor houvast en zekerheid en discussies voorkomen. Voor de artsen is het gemakkelijk, zij worden optimaal ondersteund en ervaren geen prikkels om in deze discussie naar een oplossing te zoeken. Zij ervaren over het algemeen geen grote problemen in de samenwerking en zien de verpleging als een betrouwbare samenwerkingspartner die op zeer kundige wijze hun patiënten observeren, alarmeren en proactief zijn bij calamiteiten.

Het visite lopen en de nabespreking zijn belangrijke momenten waar de samenwerking gestalte krijgt. In het algemeen doorkruist dit op een inefficiënte manier de werkzaamheden van de verpleegkundigen waarbij zij de patiëntenzorg moeten onderbreken in afwachting van de visite. Verder valt op dat er verschillen zijn tussen de GE en de ONCO qua structuur, snelheid, formaliteit en hiërarchie. Dit wordt vooral door de verpleging ervaren omdat zij wisselen tussen de sub specialismen. Omdat veel zaken dubbel besproken worden zoekt men nog naar de meerwaarde van het visite lopen en wordt het gebrek aan continuïteit van de artsen tijdens visite en nabespreking als storend ervaren voor het maken van beleid.

Kennis en ervaring, maar ook het begrijpen van elkaar leiden ertoe dat men elkaar serieus neemt. Maar je kan elkaar pas begrijpen als je elkaar beter leert kennen en er inzicht is in elkaars werkzaamheden en redeneren. Door langer met elkaar samen te werken en elkaar informeel te spreken tijdens of buiten het werk om, leert men elkaar beter kennen. In de praktijk begrijpt men elkaar nog onvoldoende wat leidt tot irritaties en frustraties. Het creëren van inzicht in elkaars werkzaamheden en redeneren kan bereikt worden door eens met de andere discipline mee te lopen of door gemeenschappelijke scholingsmomenten te creëren. Deze activiteiten bevorderen het meedenken met elkaar, maar ook de toegankelijkheid in het contact, en verlagen daarmee een mogelijke drempel die de verpleging kan ervaren. Deze drempel in de communicatie heeft te maken met bereikbaarheid en gedrag van de artsen, bij de verpleging met individuele verschillen op basis van kennis en ervaring. Het elkaar nog onvoldoende kunnen/durven aanspreken kan er debet aan zijn dat ongewenst drempelverhogend gedrag van artsen niet verandert.

Bij het checken van de interpretaties uit Vignet 1 bij de geïnterviewden werden deze aspecten herkend en bevestigd. Vaak werden dit nog hele zinvolle gesprekken waarbij met extra voorbeelden thema's

werden toegelicht en er meer diepgang gegeven werd. Men raakte ook zichtbaar meer betrokken bij het onderwerp en dacht al mee hoe het vervolg verder vorm te geven.

3.3 Themafase 2: In dialogische bijeenkomst in gesprek over thema's

Na de uitwerking van thema's uit de interviews en observaties is er een bijeenkomst georganiseerd waarbij een kerngroep van tien betrokkenen, bestaande uit een mix van verpleegkundigen, senior verpleegkundigen, een *physician assistant*, ziekenhuisarts, semiarts en chirurgen, bij elkaar is gekomen. Deze groep kreeg eerst door mij de resultaten uit de interviews gepresenteerd. Deze waren teruggebracht naar vier hoofdthema's, te weten: *samenwerking*, *cultuur*, *verantwoordelijkheid en professionaliteit*, en *organiseren en plannen*. Wat opviel in een eerste reactie op het gepresenteerde was de verrassing bij de artsen dat er blijkbaar meer aan de hand is in de samenwerking dan zij dagelijks ervaren. Zo werd het beleefde gebrek aan een aanspreekcultuur en de ervaren drempel in het contact bij de verpleging niet echt herkend en was men hier oprecht verbaasd over. In een werksessie zijn de aanwezigen over de thema's in dialoog gegaan, waarbij wederzijdse perspectieven op de thema's werden geëxpliciteerd en gedeeld, wat zichtbaar meer begrip opleverde bij de artsen voor de beleving van de verpleging. Het werd duidelijk dat hier eigenlijk nooit met elkaar over gesproken wordt. Samenwerking wordt eigenlijk nooit op deze manier met alle betrokkenen bij elkaar geëvalueerd zo constateert men. Hier ontstond meteen een gevoel van urgentie bij beide disciplines om de samenwerking te verbeteren en werd de intentie uitgesproken om dit met elkaar aan te pakken. In de dialoog werd vervolgens richting gegeven aan de wenselijke situatie. Op basis hiervan is een eerste aanzet van speerpunten opgesteld die men in werkgroepen verder wil aanpakken. In het gesprek hierover kwamen al ideeën voor mogelijke interventies op tafel.

Op de thema's *Samenwerking* en *Cultuur* werden twee mogelijke koersen uitgezet (Figuur 2 en 3). Allereerst werd het vergroten van de wederzijdse betrokkenheid en het elkaar beter leren kennen genoemd. Dit wordt gezocht in ontmoetingen buiten de dagelijkse patiëntenzorg om. De verpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld uitgenodigd worden voor de academische middag of de complicatiebespreking. De artsen kunnen uitgenodigd worden om een moment aan te schuiven in de teamvergadering, of wekelijks een keer deel te nemen aan de dagevaluatie. Zo kan er over en weer uitgewisseld worden hoe de ervaringen zijn in de samenwerking, maar er kan ook inzicht gegeven worden in ontwikkelingen binnen de disciplines door deze met elkaar te delen. Daarnaast kunnen teambuildingsactiviteiten ingezet worden om op een informele manier elkaar beter te leren kennen. De verwachting is dat dit niet alleen de betrokkenheid vergroot, maar ook het wederzijds begrip en daarmee het vertrouwen in elkaar kan versterken.

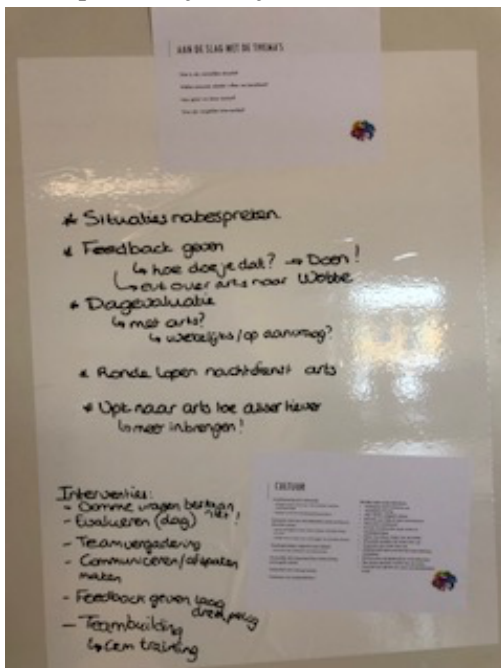
Ten tweede wil men de laagdrempeligheid in het contact vergroten. Dit heeft deels te maken met de persoonlijke stijl van artsen, die echter lastig te veranderen is. De artsen spreken zich in de bijeenkomst er expliciet over uit dat ze open staan voor feedback van de verpleging en dit zelfs erg belangrijk vinden. Het idee werd geopperd om de verpleging een sterkere positie te geven in de samenwerking. Het blijkt namelijk dat assertieve verpleegkundigen over het algemeen beter kunnen samenwerken met de artsen, omdat zij geen drempel ervaren in het contact en ook durven aanspreken op gedrag. Door de verpleging te stimuleren in assertiviteit en een meer prominente rol te geven in de visite en de nabespreking, wordt verwacht dat niet alleen de laagdrempeligheid in het contact wordt vergroot, maar dat men ook makkelijker elkaar van feedback zal kunnen voorzien. Hierdoor zal de samenwerking in het geheel verbeteren. Het idee bestaat om de senior verpleegkundigen hier eerst de leiding in te laten nemen zodat zij het voorbeeld kunnen zijn voor de rest van het team.

Voor de thema's *Organiseren en plannen* en *Verantwoordelijkheid en professionaliteit* stelt men zich tot doel eenduidige afspraken te maken in de samenwerking (Figuur 4). De onduidelijkheden rondom

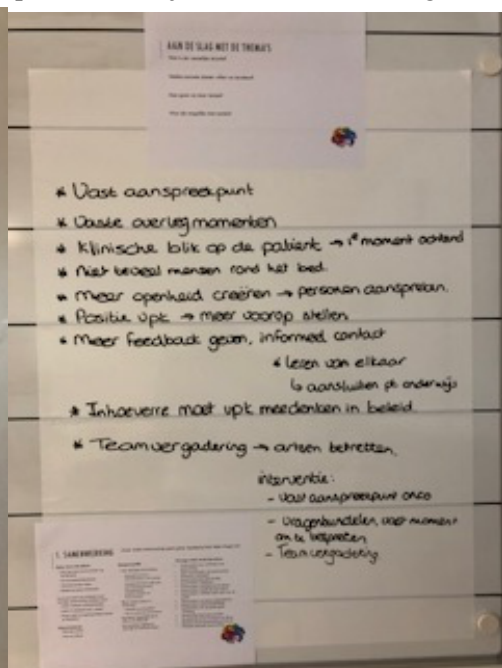
het ordenen kunnen hiermee opgelost worden, waarbij verantwoordelijkheden goed worden afgedekt. Wel wordt de professionaliteit en flexibiliteit benadrukt in de praktijk die niet altijd in regels is te vatten. Het meedenken en anticiperen van de verpleging op onverwachte situaties is en blijft belangrijk. Ook in de bereikbaarheid en afstemming van beleid kan met eenduidige afspraken snel winst behaald worden. Er wordt gedacht aan het regelen van een vast aanspreekpunt. Rondom het visite lopen bestaat ook de wens de samenwerking beter te organiseren. Hiervoor bestaat al een werkgroep die zich beraadt op verbeteracties. In de bijeenkomst worden extra adviezen geformuleerd die de werkgroep mee kan nemen in haar doelstelling. De visite wordt door de aanwezigen, ondanks de twijfel over de meerwaarde zoals die uit de interviews naar voren kwam, als een belangrijk eerste contact met de patiënt gezien. Zowel voor de arts als de verpleegkundige. Men vindt het wel belangrijk dat de omvang van de groep niet te groot mag zijn vanwege de impact op de patiënt. Verder wordt ook het gezamenlijk visite lopen en nabespreken onderschreven waarvoor commitment nodig is van beide disciplines. Ten slotte wil men meegeven dat de rol van de verpleegkundige zoals eerder aangegeven meer op de voorgrond mag komen te staan.

Kennis en ervaring wordt als ander belangrijk thema genoemd waarmee men aan de slag wil. De niveaunderschillen hierin bemoeilijken de samenwerking. Daarom wil men enerzijds een stevig scholingsprogramma voor de verpleging neerzetten om te zorgen voor een goede basis waarop vervolgens met regelmatig terugkerende scholingsactiviteiten en gezamenlijke trainingen de kennis en ervaring op peil gehouden wordt. De inmiddels onder de verpleging ingezette training voor acute situaties kan in het vervolg interdisciplinair aangepakt worden zodat ook de artsen betrokken worden in trainingen voor praktijksituaties die beide disciplines betreffen.

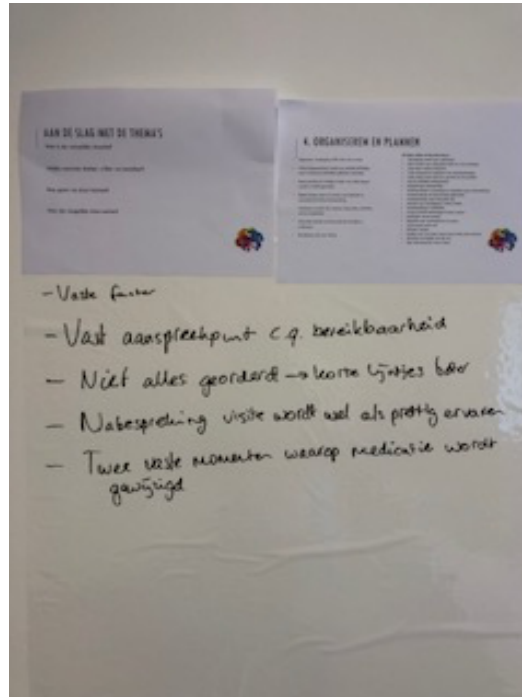
Het valt op dat in de bijeenkomst de accenten net weer anders gelegd worden, maar in de aanpak worden wel alle belangrijke aspecten uit de interviews aangeraakt. Dit heeft te maken met het feit dat er een dialoog ontstaat tussen de participanten onderling waarbij men elkaar beïnvloedt met beelden en interpretaties die men bij de thema's krijgt. Met deze bijeenkomst wordt juist gepoogd door interactie tot een gemeenschappelijke richting te komen voor het vervolgonderzoek. Dit heeft interessante nieuwe verbindingen opgeleverd. Zo wordt de assertiviteit van de verpleegkundigen en het versterken van hun positie gekoppeld aan het verlagen van de drempel in het contact met de arts en het pareren van het probleem van de persoonlijke stijl van artsen die zo bepalend kan zijn in de samenwerking.



Figuur 2: Sheet dialogische bijeenkomst



Figuur 3: Sheet dialogische bijeenkomst



Figuur 4: Sheet dialogische bijeenkomst

Wat opviel in de bijeenkomst was dat beide disciplines zichtbaar moeite hadden om de gepresenteerde wrijf- en schuurplekken rechtstreeks in een confrontatie met elkaar te bespreken. Men was dit zichtbaar niet gewend. Ik merkte ook dat knelpunten die in de interviews door de verpleging sterk naar voren waren gebracht hier afgezwakt werden. Dit bevestigde de belemmering om vrijuit te spreken in het onderlinge contact. Door samen met mijn regievoerende mede onderzoeker de dialoogsessies te begeleiden en ondersteuning te geven bij de discussies over de wrijf- en schuurplekken werd de bijeenkomst tot een succes wat door de aanwezigen in de evaluatie werd bevestigd.

3.4 Kristallisatiefase: Werkgroepen aan de slag

Voor het oppakken van de actiespiralen wordt er gebruik gemaakt van het gangbare systeem voor continu verbeteren, met de zogenaamde actiekaarten die via een 'Plan, Do, Check, Act'-cyclus opgepakt en gevolgd worden door werkgroepen. Normaal gesproken wordt deze systematiek alleen door de verpleging gebruikt. Door hier nu interdisciplinair gebruik van te maken wordt meteen een interventie ingezet waarbij gezamenlijk gewerkt wordt aan het continu verbeteren. Met dit systeem wordt er aandacht besteed aan wat het voor de afdeling oplevert en wordt eigenaarschap toegewezen, waarbij iemand verantwoordelijk gemaakt voor het thema. Er wordt aangesloten bij een bestaande werkgroep visite en nabespreking en er worden drie nieuwe werkgroepen in het leven geroepen: samenwerking en cultuur, kennis en ervaring en organisatie en planning. De betrokken medewerkers in deze fase zijn deels uit het eerder doorlopen proces naar voren gestapt, deels zijn ook weer nieuwe medeonderzoekers betrokken geraakt doordat zij vanuit een specifiek aandachtsveld al een connectie met een thema hadden. Door de interdisciplinaire opzet van de werkgroepen is het lerend vermogen maximaal en worden de interventies gedragen door beide disciplines. De regie over deze werkgroepen wordt naast mijzelf gedragen door de expert verpleegkundige die van het hele proces deelgenoot is geweest. Samen nemen we deel aan de werkgroep bijeenkomsten en kunnen zo de koers bewaken en vooral ook zorgen voor

uitwisseling van informatie en vorderingen tussen de verschillende werkgroepen. Dit blijkt belangrijk omdat verschillende interventies in elkaar grijpen, maar ook omdat dezelfde interventies op verschillende thema's ingrijpen. Hieronder volgt een uiteenzetting van het proces en de bevindingen van de verschillende werkgroepen.

Interventies zijn gericht op de verschillende thema's zoals die zich ontvouwen hebben aan de hand van de interviews, observaties, de dialogische bijeenkomst en de input vanuit de literatuur (zie Hoofdstuk 4). In Figuur 5 wordt de samenhang duidelijk tussen de eerste ordening, de ontwikkeling van de thema's en de aansluiting van de werkgroepen. Er wordt op gelet dat de werkgroepen met elkaar in verbinding staan en in elkaars verlengde werken aan het grotere geheel, waarbij de hele orkestbak opnieuw geregisseerd wordt. Er wordt gestreefd naar herkenning van elkaars rollen in het geheel, waardoor er vanuit begrip en inzicht in de compositie van de samenwerking, waar iedere discipline zijn eigen maar tevens gezamenlijke rol speelt, een prachtig stuk samenwerking ontstaat waar iedereen vol overgave en tevredenheid aan deelneemt.

Tabel 1: Van ordening naar thema's en de aanpak van de werkgroepen

Eerste ordening	Thema's uit interviews	Werkgroep thema's	Thema's in ontwikkeling
Samenwerken: definiëring en ervaringen	<i>Eigen ideeën over samenwerking</i>	<i>Samenwerking en cultuur</i>	<i>Betrokkenheid en vertrouwen</i>
Traditionele verhoudingen	<i>Traditionele verhoudingen in de samenwerking</i>	<i>Samenwerking en cultuur</i>	<i>Macht en invloed naar gelijkwaardigheid</i>
Gedrag en persoonlijkheid/hierarchie		<i>Visite en nabespreking</i>	
Verschillen per sub specialisme	<i>Ervaren verschillen binnen de afdeling</i>		
Visite lopen/nabespreken/efficiënt werken	<i>Organiseren en plannen</i>	<i>Organisatie en planning</i>	<i>Organisatie en planning</i>
Bereikbaarheid			
Betrokkenheid/elkaar serieus nemen	<i>Betrokken zijn – samen uit, samen thuis</i>	<i>Samenwerking en cultuur</i>	<i>Betrokkenheid en vertrouwen</i>
Toegankelijkheid (Communicatie)	<i>Toegankelijk zijn en communiceren</i>	<i>Samenwerking en cultuur</i>	<i>Macht en invloed naar gelijkwaardigheid</i>
Communicatie			
Professionaliteit en beroepsdomeinen	<i>Verantwoordelijkheid nemen en professionaliteit</i>	<i>Kennis en ervaring</i>	<i>Professionaliteit</i>
Kennis en ervaring		<i>Organisatie en planning</i>	
Afspraken	<i>Beleid maken en ordenen</i>	<i>Visite en nabespreking</i>	<i>Organisatie en planning</i>
Orderen/beleid maken		<i>Organisatie en planning</i>	
Inzicht hebben, elkaar kennen/begrijpen	<i>Elkaar kunnen lezen en begrijpen</i>	<i>Kennis en ervaring</i>	<i>Kennis en ervaring</i>
Waardering		<i>Samenwerking en cultuur</i>	
Leren van elkaar			

Werkgroep samenwerking en cultuur

De werkgroep samenwerking en cultuur heeft in de eerste bijeenkomst de doelen besproken zoals die in de kerngroep al voorzichtig richting gegeven werden. Het eerste doel is het verhogen van de perceptie die verpleegkundigen hebben van de betrokkenheid bij de samenwerking door de artsen. Er ontstond een discussie over de reden van deze perceptie, waarbij naar voren kwam dat dit sterk te maken heeft met de situatie dat artsen niet gedurende de hele visite en nabespreking aanwezig zijn, waardoor beleid uitblijft wat veel repercussies geeft gedurende de dienst. Dit geeft de verpleging het gevoel niet belangrijk te zijn. Door juist met elkaar samen de hele visite en nabespreking te doorlopen wat resulteert in beleid wordt verwacht dat deze perceptie verandert. De werkgroep is van mening dat het bij artsen werkt om deze beleving met cijfers te onderbouwen. Om dit meetbaar te maken wordt afgesproken dat er gedurende een periode van twee weken gescoord wordt of er na de nabespreking beleid is gemaakt voor de patiënten. Daarnaast wordt wederzijdse betrokkenheid aangemoedigd door meer activiteiten met elkaar te ondernemen. Er worden een aantal opties genoemd waar nog geen gebruik van gemaakt

wordt en die nu nog monodisciplinair zijn, zoals de academische middag, de complicatiebespreking, de teamvergadering of de dagevaluatie. Ook wordt het nut benoemd van een vast overlegmoment waarbij men elkaar op de hoogte houdt van ontwikkelingen binnen het vakgebied. Hier komen scholing, patiënt gerelateerde onderwerpen, gezamenlijke evaluatie en vakinhoudelijk delen met elkaar aan bod. Er wordt nu een plan uitgewerkt waarbij we stilstaan bij de reden waarom we samenkomen, hoe we hier vorm aan geven en tenslotte wat het oplevert voor de samenwerking.

Een tweede doel wat gesteld wordt is het vergroten van de laagdrempeligheid in het contact. Dit wordt door de stafartsen als zeer belangrijk ervaren en heeft alles te maken met hiërarchische verhoudingen, de rol van macht en invloed en de positie die de verpleegkundige daarin innemen. Hieraan gekoppeld wil men ook het geven van feedback, een cultuur waarin we elkaar kunnen aanspreken op gedrag, bevorderen. Om de positie van de verpleegkundige te versterken wordt de rol in de visite en nabespreking als het belangrijkste instrument gezien. De verpleegkundige dient hier een vaste inbreng te krijgen waardoor de positie meer op de voorgrond komt en de invloed wordt vergroot. De senior verpleegkundigen kunnen hierin het voortouw nemen en als rolmodel optreden voor het hele team. Om het geven van feedback te bevorderen wordt afgesproken dat er een plan gemaakt gaat worden om na de nabespreking even kort gezamenlijk te evalueren waarbij beide disciplines uitgenodigd worden om elkaar feedback te geven. Omdat de bestaande sociale hiërarchie een belangrijke belemmering hiervoor vormt, wordt ervoor gekozen om dit goed te begeleiden in een sfeer van gelijkwaardigheid. Hiertoe wordt een facilitator ingezet die dit proces in de opstartfase zal begeleiden. Daarnaast zullen artsen en andere actoren die hoger in deze hiërarchie geplaatst zijn door middel van inclusief gedrag, het sociaal aanwenden van invloed ten dienste van het collectief, als rolmodel dienen te fungeren. De positieve ervaringen die hiermee binnen het GE-team al zijn opgedaan kunnen als voorbeeld dienen voor de ONCO. In het kader hiervan zal gekeken worden naar uitwisseling van artsen over de sub specialismen om hierin van elkaar te leren. De invulling van deze interventies wordt in overleg met de werkgroep visite en nabespreking vormgegeven.

Werkgroep visite en nabespreking

De afdeling heeft in het verleden al meerdere pogingen gedaan om de visite en nabespreking beter te structureren. De bevindingen uit het huidige onderzoek laten zien dat hier nog het nodige te verbeteren valt. Er wordt niet gezamenlijk opgewerkt en afgerond waardoor het beleid niet altijd duidelijk is voor betrokkenen. Daarbij wordt de structuur die niet altijd gevolgd wordt, sterk bepaald door de artsen en heeft de verpleging een ondergeschikte rol. Hoewel in de interviews de visite ter discussie gesteld werd heeft de kerngroep aangegeven dat deze toch belangrijk gevonden wordt om voor beide disciplines een eerste beeld van de patiënt te vormen. Daarbij wijst de literatuur uit dat dit een belangrijke interventie is om samenwerking te verbeteren. Met de werkgroep wordt ingezet op een vaste structuur zodat er eenduidig en efficiënt gewerkt kan worden op beide sub specialismen. Hiertoe wordt een visiteprotocol ontwikkeld waar de rollen en taken voor beide disciplines helder, en het beleid voor de patiënt duidelijk is. De input van de werkgroep samenwerking en cultuur wordt meegenomen in de nieuw te maken structuur. Dat betekent dat de verpleging die nu een ondergeschikte rol heeft anders gepositioneerd wordt en een vaste inbreng krijgt.

Allereerst is vastgesteld wat de wenselijke situatie zou moeten zijn waarbij gekeken is wie er aanwezig moet zijn en welke rol vervuld wordt door de aanwezigen, wat wel en niet gedaan wordt en hoe er omgegaan wordt met vragen van de patiënt. Daarnaast is er door beide disciplines een checklist opgesteld van onderwerpen die besproken dienen te worden tijdens de visite. Deze checklist is gecommuniceerd naar het hele team, waarna er gestart kon worden met de eerste observatierondes door de teamleider op het volgen van de afgesproken structuur en de aanwezigheid van iedereen. In de tweede week is dit gedelegeerd aan de stipverpleegkundige. De bevindingen zijn op een visueel bord in de teamleiderskamer bijgehouden, waar gezamenlijk ook een korte evaluatie plaatsvond en de eerste

effecten besproken werden (Figuur 6). Wat opvalt zijn de verschillen tussen de sub specialismen GE en ONCO, zoals ook uit de interviews naar voren kwam, waar de visite op de ONCO erg gehaast en minder gestructureerd verloopt dan op de GE. Beide sub specialismen hebben nog moeite met de structuur. Als echter de PA of ziekenhuisarts meeloopt met de visite wordt de structuur beter bewaakt. De verpleging neemt hier zelf nog onvoldoende regie. Verder valt ook op dat de stafartsen later aansluiten en eerder weggaan, waardoor het beleid niet altijd afgesproken kan worden. Door hier gezamenlijk bij stil te staan wordt voor de artsen inzichtelijk welke de problemen gecreëerd worden voor de verpleging als er niet gezamenlijk wordt opgetrokken. Deze bevindingen worden door de teamleider in het MT van de staf heekunde gepresenteerd, waarna er een afspraak volgt waarin artsen en verpleegkundigen samen nog een keer inhoudelijk naar de te bespreken onderwerpen kijken om waar nodig bij te stellen. Een belangrijke bijstelling zal een andere meer prominente positie van de verpleegkundige zijn omdat die in de eerste opzet nog onvoldoende was meegenomen. Daarna kunnen de afspraken geëffectueerd worden in een protocol.

Handwritten observation board with three checklists and a data grid. The checklists are: 1. 'Checklist van med' with criteria like 'Naam en foto goed', 'Belegnummer', 'Vooraf bereiden', 'Belegnummer', 'Diensten', 'Medicatie', 'Vogeding', 'Wonden', 'De', 'Instructies', 'Ontslag', 'Hulp na ontslag', 'Vragen van Patient'. 2. 'Checklist nabespreking' with criteria like 'Probleem', 'Medicatie', 'Instructies', 'Onderzoek', 'Wond/Lab', 'Belegnummer', 'Diensten', 'Medicatie', 'Instructies', 'Ontslag', 'Hulp na ontslag'. 3. 'Ontslagdatum' with criteria like 'Zorg na ontslag', 'Medicatie', 'Wond/Lab', 'Belegnummer', 'Diensten', 'Medicatie', 'Instructies', 'Ontslag', 'Hulp na ontslag'. The data grid shows dates from 1/5 to 17/5 with columns for 'is de visite aan bod gestructureerd' and 'is de nabespreking gestructureerd'. Red 'X' marks indicate issues, while green checkmarks indicate completion. A note at the bottom reads: 'Dit is Geïntegreerd: hoe omc van alles door elkaar een veranderingen Geïntegreerd: hoe omc van alles door elkaar een veranderingen'.

Figuur 6: Observatiebord artsen visite en nabespreking

Werkgroep kennis en ervaring

De werkgroep kennis en ervaring heeft in de eerste bijeenkomst met elkaar van gedachten gewisseld over de rol die kennis en ervaring speelt in de interdisciplinaire samenwerking. Het belang van klinische kennis op een complexe verpleegafdeling wordt groot geacht. Het is de basis waarop men elkaar kan vertrouwen en serieus kan nemen in onderlinge afstemming. Tegelijkertijd beseft men dat er onder de professionals altijd verschillen in kennis en ervaring zullen zijn en dat dit in de samenwerking een complicerende rol speelt. De werkgroep heeft geconstateerd dat er weinig inzicht is bij artsen in de scholingen en trainingen die de verpleegkundigen volgen. Er zit ook nog geen vaste structuur in het scholingsprogramma. Deze bevindingen benadrukken het belang van onderlinge afstemming en de noodzaak dit inzicht bij elkaar te vergroten. De werkgroep spreekt zich uit om met interventies vooral aandacht te besteden aan het leerrendement voor de onderlinge samenwerking, door met de vorm waarin de scholing wordt aangeboden aandacht te hebben voor het vergroten van inzicht in elkaars denken en doen. Daarnaast heeft men zich tot doel gesteld de niveaueverschillen in kennis zo klein mogelijk te maken.

Bij de verpleging is nog onduidelijk waar een passend scholingsprogramma voor de afdeling uit zou moeten bestaan. Het huidige overzicht is erg uitgebreid waarbij er geen onderscheid wordt gemaakt tussen verplichte en aanvullende scholing. Twee verpleegkundigen gaan hier een inventarisatie van

maken om in overleg met de teamleiding tot een passend en gedegen scholingsaanbod te komen wat vervolgens gedeeld kan worden met de artsen. Hierdoor verwacht men tot een betere afstemming te kunnen komen op de aanvullende scholingen die de artsen kunnen aanbieden. De meerwaarde wordt vooral gezien in gezamenlijke scholing. Om meer inzicht te krijgen in wederzijdse perspectieven van denken en doen worden casusbesprekingen als een geschikt middel gezien. Het plan wordt opgevat om het vaste scholingsmoment van de arts-assistent of PA te gebruiken om interdisciplinair patiënten casussen te bespreken. Dit zal zowel op de GE als de ONCO georganiseerd worden. In eerste instantie kan de arts-assistent of PA hier nog de leiding in nemen, maar de vervolgstap dient te zijn dat zij dit samen met een senior verpleegkundige kunnen doen. Hiermee wordt niet alleen het wederzijdse inzicht vergroot, maar kan ook tegelijk de verpleegkundige werken aan de eigen positionering. Deze opzet wordt samen met de vaste PA uitgewerkt en wekelijks ingepland door de werkgroep.

Verder heeft een initiatief vanuit de verpleging om ABCDE-trainingen te volgen de aandacht getrokken van de medische staf. Dit initiatief werd door de hoogleraar Heelkunde persoonlijk gewaardeerd. De vervolgstap zal in het nieuwe jaar een interdisciplinair karakter krijgen, waarbij ANIOS, AIOS, stafartsen en verpleegkundigen gezamenlijk leren handelen bij (potentieel) instabiele patiënten. Tijdens beide vormen van scholing zal het actief meedenken en inzicht geven in elkaars perspectieven een belangrijke rol spelen. Hiermee wordt verwacht dat men niet alleen kennis en ervaring opdoet, maar ook meer bewust wordt van de onderlinge afhankelijkheden, dat rollen worden verduidelijkt waardoor er meer vertrouwen en respect voor elkaar kan ontstaan. Daarnaast blijkt dat er een grote ambitie is binnen het verpleegkundig team om hoog complexe zorg te verlenen en hiervoor de kennis te willen uitbreiden. Vanuit de staf is het voorstel gekomen om hierop de verpleging uit te nodigen voor de academische middag die maandelijks georganiseerd wordt door de staf. Het programma kan wisselend meer of minder relevant zijn. Via de teamleiding zal dit gecommuniceerd worden naar de verpleging. Tenslotte wordt het belang benadrukt dat er een adequate registratie plaatsvindt van de gevolgde scholing in het digitale kwaliteitspaspoort. Dit betekent dat er officiële certificaten gemaakt zullen worden die hiervoor kunnen worden geupload.

De ingezette acties zullen nauwkeurig gevolgd worden door de werkgroep waarbij geëvalueerd wordt wat de ervaringen zijn van de ingezette vormen van scholing en de afstemming hierin tussen de disciplines. Daarnaast zal er in een evaluatiemoment opgehaald worden hoe de ervaringen zijn met betrekking tot de verwachte resultaten voor de onderlinge samenwerking.

Werkgroep organiseren en plannen

De organisatie en planning betreft enerzijds de grotere organisatie, anderzijds de afdeling zelf waar de samenwerking tot stand komt. Het belang wordt uitgesproken om met elkaar de verbinding te zoeken zodat wederzijdse perspectieven gedeeld worden. Leidinggevend van zowel de artsen als verpleegkundigen dienen elkaar te vinden in momenten van overleg waarbij zowel praktische als inhoudelijke zaken onderwerp van gesprek kunnen zijn. Binnen de divisie is een pilot gestart waarin ook de verbinding met het divisiebestuur versterkt gaat worden. Het formuleren van ambities en de invulling hiervan wordt daarmee veel sterker bij de afdeling neergelegd, waarbij deze zelf kan aangeven wanneer er ondersteuning gewenst is vanuit het bestuur.

In de eerste bijeenkomst van de werkgroep werd geïnventariseerd welke problemen er spelen die met organisatie en planning van werkzaamheden in relatie tot de interdisciplinaire samenwerking beter georganiseerd kunnen worden. Deze hebben te maken met bereikbaarheid van artsen en borging van continuïteit in de samenwerking, het kunnen afstemmen van beleid waarbij verwachtingen en verantwoordelijkheden helder zijn. Het doel wat men zich gesteld heeft is te komen tot eenduidige afspraken in de samenwerking zodat de disciplines efficiënt en zonder ruis tot afstemming komen.

De wens wordt uitgesproken om voor de borging van continuïteit en bereikbaarheid overdag, zeven dagen per week een PA beschikbaar te hebben om de regie te nemen in de dagelijkse medische zorg op

de afdeling. Het divisiebestuur erkend deze behoefte aan meer regie en is zich aan het oriënteren hoe hier verder invulling aan te geven. Op afdelingsniveau wordt nu nagedacht hoe er binnen de bestaande situatie tot meer continuïteit en afstemming gekomen kan worden. Er is door verpleegkundigen een voorstel geformuleerd waarin op vaste momenten kort overleg plaatsvindt tussen arts en verpleegkundige om beleid te bespreken, vragen te beantwoorden en eventuele aanpassingen te communiceren. Op deze manier worden veel losse inefficiënte overlegmomenten waarbij men elkaar stoort in de werkzaamheden voorkomen, wat naar verwachting zal leiden tot minder irritaties en vlotte opvolging van beleidswijzigingen. Daarbij wordt door de verpleging aangegeven dat de rol van de ‘stip’ verpleegkundige meer uitwerking verdient. Deze verpleegkundige wordt niet in de zorg gepland en kan een belangrijke rol spelen in de afstemming en continuïteit van de gezamenlijke zorg. Een verpleegkundige gaat met de teamleider deze rol verder uitwerken.

Waar de verantwoordelijkheden en verwachtingen met betrekking tot ordermanagement nu onduidelijk zijn wordt gezocht naar een manier om voor beide disciplines een werkbare praktijk te ontwikkelen. Men heeft hierbij besloten af te stappen van de gangbare maar slechts deels gebruikte ‘doktersorder’ in het EPD en hiervoor in het vervolg de naslag te gebruiken waar artsen standaard rapporteren. Zo is voor iedereen op een vaste plaats in het EPD helder wat er aan beleid is afgesproken en wordt voorkomen dat de artsen dubbele registraties moeten doen. Verder is er een voorstel gemaakt waarin uiteengezet is welke orders door de arts en welke door de verpleegkundige worden uitgezet. In dit proces is een nauwkeurige afweging gemaakt wie daarin welke verantwoordelijkheden kan dragen.

3.5 Exemplarische fase: uitvoering en evaluatie van een exemplaar

Aangezien het onderzoek nog lopende is zal ik hier de eerste resultaten beschrijven die uit de acties van de werkgroepen voortkomen. In overleg is besloten om af te zien van de presentatie door de teamleider van de verpleging in het MT van de staf heelkunde omdat de resultaten bij een sub specialisme zijn opgehaald. Er is voor gekozen om deze daarom eerst aan de medische leiding te presenteren voordat vervolgstappen gemaakt worden. De teamleider heeft de bevindingen van de visite observaties gepresenteerd wat goed werd ontvangen. Wat naar voren kwam was onder andere het belang van de aanwezigheid van de leiding in de visite op maandag omdat er na het weekeinde extra behoefte is aan continuïteit in het maken van beleid. De verstoringen van piepers, telefoons, het in- en uitlopen tijdens de visite en het niet volgen van de structuur zijn met de gepresenteerde feiten heel zichtbaar gemaakt. Dit geeft de medische leiding het inzicht dat artsen een positiever beeld hebben van de visite en nabespreking dan doorgaans de realiteit is. Wat ook zichtbaar wordt door de ingezette interventie is dat gedrag verandert. Door bewustwording van de verstoringen en deze te bespreken valt op dat er meer commitment is van de artsen en dat de structuur beter wordt gevolgd. Er wordt zelfs nagedacht om de piepers voor het visitelopen af te geven om verstoringen te voorkomen. Deze nieuwe inzichten worden nu versterkt door hernieuwde afspraken te bekrachtigen in een protocol wat gedragen wordt door beide disciplines met de Chef de Clinique als voortrekker.

Wat als bijzonder positief is ontvangen is de rol die de stip verpleegkundige speelt in het nemen van het voortouw met de observaties en de evaluatie hiervan bij de nabespreking. De verpleegkundige pakt hier zichtbaar een andere rol die geaccepteerd wordt door de artsen. In de evaluatie komt naar voren dat de medische leiding open staat voor een andere rol van de verpleegkundige in de visite en nabespreking. Er dient wel gekeken te worden hoe deze ingepast kan worden in het opleidingsklimaat waar de assistent ook dient te oefenen in een leidende rol. Hier wordt dus een heel mooi resultaat neergezet waar ik zie dat beide disciplines meer begrip en waardering krijgen voor elkaar. Dit ontstaat door de duidelijke rol die gepakt wordt door de verpleging, maar ook doordat men in de open communicatie met elkaar meer ontvankelijk is voor verdere toenadering, en gemeenschappelijk wil werken aan een vorm van

samenwerken die recht doet aan de inbreng van beide professionals. Daarbij is het belangrijk dat steeds het belang van de patiënt voorop staat. Dit is zichtbaar de gemeenschappelijke drijfveer waar men elkaar kan vinden. Afsproken is dat de vervolgstap zal bestaan uit het geven van *micro teachings* na de overdracht in de ochtend waarbij de staf de assistenten betrekken bij de hernieuwde afspraken rondom het visite lopen en de nabespreking.

Het voorstel van de werkgroep *organisatie en planning* is besproken met de vaste PA en uitgewerkt tot een concreet plan wat gedragen wordt door beide disciplines. Hierin zijn afspraken gemaakt over medicatie opdrachten, het beleid rondom het orderen, het gebruik van zorgpaden tijdens de visite, vaste momenten van afstemming gedurende de dag en het vastleggen van dit alles in officiële documenten die gebruikt kunnen worden bij het inwerken van nieuwe artsen en verpleegkundigen. Deze werkafspraken worden op dit moment geëffectueerd en zullen in een latere fase geëvalueerd worden.

HOOFDSTUK 4. LITERATUUR

De thema's die in samenspraak met de medeonderzoekers in de praktijk geïdentificeerd zijn ga ik in dit hoofdstuk nader verdiepen, zodat ik in staat ben mijn onderzoekgegevens vanuit een ander perspectief mede te bekijken (zie Hoofdstuk 5).

Een eerste verkenning levert op dat de interdisciplinaire samenwerking al lange tijd de aandacht heeft in de literatuur, wat aangeeft dat het onderwerp de gemoederen bezighoudt. Samenwerking is een complex dynamisch begrip (D'Amour *et al.*, 2005; Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009) en vormt het centrale probleem waar sprake is van een collectieve onderneming (D'Amour *et al.*, 2008). Samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen wordt in de historisch hiërarchische verhoudingen tussen beide beroepsgroepen gekenmerkt door de dominantie van de artsen en de onderdanigheid van de verpleegkundigen (Tang *et al.*, 2013). Henneman, Lee, en Cohen (1995) geven aan dat samenwerking in de praktijk eerder uitzondering dan regel is. In de vaktijdschriften zijn veel artikelen te vinden die de samenwerking heden ten dage nog steeds als moeizaam bestempelen (Zwarenstein *et al.*, 2009; Rose, 2011; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). Men zou geen gemeenschappelijke ideeën hebben over onderlinge communicatie en samenwerking (Matziou *et al.*, 2014).

De complexiteit van de problematiek rondom de interdisciplinaire samenwerking wordt aan de hand van de praktijkthema's in de literatuur uitgediept. De thema's zoals die hier gehanteerd worden zijn ontstaan door aanvulling van de literatuur op de input van de praktijkbevindingen. Hierbij valt op dat deels bevestigd wordt wat de bevindingen uit de praktijk hebben opgeleverd, maar er wordt ook verdieping en contrast geboden op deze praktijkthema's. De verdiepingsslag die hiermee gemaakt wordt, helpt de actiespiralen in de praktijk nader richting te geven. Naast een verkenning van begrippen zijn thema's die de aandacht krijgen betrokkenheid en vertrouwen, macht, invloed en gelijkwaardigheid, professionaliteit, kennis en ervaring en tenslotte organisatie en planning.

4.1 Interdisciplinaire samenwerking onder de loep: een verkenning van begrippen

In zijn complexiteit kan het begrip samenwerking op verschillende manieren gedefinieerd worden (D'Amour *et al.*, 2005; Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009). Binnen verschillende disciplines wordt samenwerking geïnterpreteerd als diverse manieren van interactie, waarbij eenduidig begrip echter uitblijft (Bedwell *et al.*, 2012). Om een idee te krijgen van het concept volgt hieronder een korte uiteenzetting van bevindingen uit de literatuur. Deze kunnen helpen bij het duiden van de praktijkanalyses.

Bruns (2013) maakt onderscheid tussen expertise, coördinatie en samenwerking in de praktijk. Coördinatie als het managen van wederzijdse afhankelijkheden over verschillende domeinen van expertise wordt als een belangrijke voorwaarde gezien voor samenwerking (Tsakitzidis & Van Royen, 2015). Wederkerigheid is echter geen voorwaarde voor coördinatie (Bruns, 2013), het accent ligt op het efficiënt afstemmen van taken en dat geeft het onderscheid aan met samenwerking. Met coördinatie wordt, volgens Bruns (2013), als het ware een brug geslagen tussen de beroepsdomeinen ondersteund door gezamenlijke beoordeling en consultatie. Met behulp van *counterprojection* waarmee de eigen expertise vanuit een ander domein wordt geëvalueerd, en *alignment* waarbij de eigen expertise praktijk wordt aangepast aan een ander domein, krijgt de samenwerking uiteindelijk vorm (Bedwell *et al.*, 2012).

In de literatuur worden persoonlijke factoren en omgevingsfactoren genoemd als antecedenten van samenwerking (Bruns, 2013). Henneman *et al.* (1995) geven aan dat beide partijen aan deze antecedenten moeten voldoen, wil er sprake zijn van samenwerking. Persoonlijke factoren zijn onder andere een duidelijk begrip en acceptatie van de eigen rol expertise, gebaseerd op zelfvertrouwen.

Daarnaast noemen zij effectieve communicatie wat aan de basis staat van respect, delen en vertrouwen. Bij omgevingsfactoren wordt de nadruk gelegd op medewerking en niet op competitie, macht wordt ingezet op basis van kennis en expertise in plaats van rol en functie. Daarnaast pleit men voor een waardensysteem dat uitgaat van gelijkwaardigheid en niet van statusverschillen. Vanuit leiderschap wordt ingezet op gedeelde visie en commitment aan gemeenschappelijke doelen (Henneman *et al.*, 1995).

Belangrijke concepten die gebruikt worden in definities van samenwerking zijn “[...] *delen, partnerschap, afhankelijkheid en macht*” (D’Amour *et al.*, 2005, p. 116). Delen in de zin van gedeelde verantwoordelijkheden, besluitvorming, waarden, informatie, planning en interventies. Petri (2010) onderschrijft deze concepten in haar definitie. Partnerschap impliceert een samenwerkingsverband gekenmerkt door collegialiteit, authentiek en opbouwend, met open en eerlijke communicatie en wederzijds vertrouwen en respect. Afhankelijkheid is wederzijds en staat in contrast met autonomie. Macht op basis van kennis en ervaring wordt gedeeld door de teamleden (D’Amour *et al.*, 2005).

In hun onderzoek hebben Bedwell *et al.*, (2012) uiteengezet hoe samenwerking te conceptualiseren. Zij komen na een multidisciplinaire inventarisatie tot de volgende definitie: “[...] *een evoluerend proces waarbij twee of meer sociale entiteiten actief en wederzijds deelnemen aan gezamenlijke activiteiten gericht op het bereiken van ten minste één gedeeld doel*” (p. 130). Samenwerking wordt hier niet gezien als een uitkomst, maar als het proces wat tot uitkomsten leidt. D’Amour *et al.* (2005) onderscheiden na analyse twee kernelementen van samenwerking: “[...] *constructie van collectieve actie, gericht op de complexiteit van de klantvraag, en de constructie van een ‘teambestaan’ dat het perspectief van iedere professional integreert, waarbij teamleden elkaar respecteren en vertrouwen*” (p. 127). Ook hier wordt de nadruk gelegd op samenwerking als een evoluerend proces.

Interdisciplinair onderscheidt zich van multidisciplinair. Bij multidisciplinariteit wordt er gebruik gemaakt van de kennis van meerdere disciplines die echter elk binnen de eigen grenzen, parallel of sequentieel opereren, waarbij de grenzen van de discipline niet gezocht worden (Choi & Pak, 2006; D’Amour *et al.*, 2005). Bij interdisciplinariteit staat, volgens Choi en Pak (2006), wederzijdse interactie centraal waarbij de grenzen van de disciplines vervagen om nieuwe methodologieën, perspectieven of kennis te genereren.

4.2 Betrokkenheid en vertrouwen

In een literatuur review verkennen Tang *et al.* (2013) de houding van artsen en verpleegkundigen ten aanzien van samenwerking, nemen de factoren onder de loep die deze samenwerking beïnvloeden en kijken naar strategieën om de samenwerking te verbeteren. Hoewel effectieve samenwerking noodzakelijk wordt gevonden voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, is het opvallend dat slechts twee van de zeventien studies aantonen dat zowel artsen als verpleegkundigen het belang hiervan erkennen voor de patiëntveiligheid en tevredenheid (p. 293). Bovendien rapporteren meer studies dat artsen samenwerking minder belangrijk vinden vergeleken met verpleegkundigen, terwijl de verpleegkundigen juist een grotere wens hebben om samen te werken. Volgens San Martín-Rodríguez *et al.* (2005, p. 141) hangt de bereidheid samen te werken onder andere af van educatie, de professionele verwachtingen, het geloof in de voordelen en het delen van een gemeenschappelijk doel. Dat artsen en verpleegkundigen hieraan niet dezelfde waarde hechten kan te maken hebben met een verschil in betekenis die men eraan geeft. Verpleegkundigen zijn op zoek naar professionele autonomie en verlangen daarbij naar respect en erkenning van artsen (Matziou *et al.*, 2014, p. 526-527). Zij zijn meer gericht op het geven van holistische zorg waarvoor samen met de artsen beslissingen genomen moeten worden en zien de waarde hiervan om betere zorg te leveren. Artsen zijn daarentegen meer technisch getraind met de focus op genezen en zouden vanuit hun sterkere positie het belang van samenwerking

en gezamenlijke besluitvorming minder zien (Tang *et al.*, 2013). Het is interessant hoe hier aangegeven wordt dat beide disciplines vanuit hun eigen perspectief anders naar de realiteit van samenwerking kijken. Verpleegkundigen zien blijkbaar een belangrijke bijdrage van de artsen als voorwaarde voor goede zorg, maar zoeken ook bevestiging van hun eigen professionele identiteit en geven vanuit dat perspectief een belangrijke betekenis aan het begrip. Waar artsen samenwerking interpreteren vanuit een meer autonome positie en hun focus anders leggen. Dit verschil in perspectief duid ik graag aan als een *gelaagdheid van perspectieven*, die tegelijkertijd actief is.

Hoe kunnen twee disciplines die voor de uitoefening van hun vak intensief met elkaar moeten samenwerken, maar zo verschillend zijn opgeleid en de onderlinge samenwerking zo verschillend interpreteren, elkaar meer benaderen? Daarvoor is een goed begrip van de basis voor samenwerking een eerste stap. In de vorige paragraaf is het begrip samenwerking al nader verkend. Uit een literatuuroverzicht van San Martín-Rodríguez *et al.* (2005, p. 141) naar de determinanten van succesvolle samenwerking blijkt dat vertrouwen de basis vormt voor de praktijk van samenwerking. Wederzijds vertrouwen zien we terug in het concept partnerschap wat gebruikt wordt in definities en wordt door D'Amour *et al.* (2005) aangehaald in de beschrijving van de kernelementen van samenwerking.

Voor de samenwerking die uit beide elementen bestaat wordt een hoge mate van betrokkenheid en commitment als een noodzakelijke factor gezien (Jones & George, 1998). D'Amour *et al.*, (2008 p. 2) geven aan dat betrokkenheid, kennis van elkaars waarden, en vertrouwen ontstaan door bewustwording van wederzijdse afhankelijkheden en het belang om dit goed te organiseren. Deze wederzijdse afhankelijkheid komt voort uit het gemeenschappelijk doel in de patiëntenzorg en staat volgens D'Amour *et al.* (2005, p. 119) in contrast met autonomie. Dus om hoge mate van betrokkenheid en vertrouwen te creëren is het allereerst belangrijk het gemeenschappelijk doel in het vizier te hebben, waaruit de wederzijdse afhankelijkheid voortkomt. Door bewustwording van deze afhankelijkheid in het licht van het gemeenschappelijk doel ontstaat er ruimte voor betrokkenheid en vertrouwen en wordt de bereidheid om met elkaar samen te werken vergroot (San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005 p. 141).

Vertrouwen speelt dus een belangrijke rol als basis voor de samenwerking, maar ook in relatie tot het begrip betrokkenheid. In de literatuur worden verschillende onderverdelingen gemaakt van vertrouwen. Jones en George (1998) maken een onderscheid tussen conditioneel en onvoorwaardelijk vertrouwen. De verschillen hebben implicaties voor de mate van coöperatief gedrag. Conditioneel vertrouwen is gebaseerd op kennis en positieve verwachtingen van elkaar en faciliteert sociale en economische uitwisseling (p. 536). Lewicky en Bunker (1996) onderscheiden drie fasen van vertrouwen: gecalculeerd vertrouwen gericht op consistentie van gedrag, vertrouwen gebaseerd op kennis van de ander,² en vertrouwen gebaseerd op identificatie met de wensen en intenties van de ander (Lewicky & Bunker, 1996, p. 120-122). In professionele relaties ontwikkelt vertrouwen zich afhankelijk van de omstandigheden over deze drie stadia. Door de sterke wederzijdse afhankelijkheden zal de relatie tussen arts en verpleegkundige minimaal de tweede fase moeten bereiken. Dit op kennis gebaseerd vertrouwen is een vorm van conditioneel vertrouwen en wordt door San Martín-Rodríguez *et al.* (2005) verder toegelicht. Zij maken een onderscheid in twee essentiële niveaus die van belang zijn voor de samenwerking: zelfvertrouwen in de eigen mogelijkheden en het vertrouwen in anderen. Beide niveaus zijn afhankelijk van competenties en ervaring (p. 141). Er wordt volgens hen meer vertrouwen gegeven aan professionals die ervaren en competent zijn. Zicht op elkaars professionele competenties staat of valt met een helder begrip van de wederzijdse professionele identiteit op basis waarvan respect en vertrouwen zich vervolgens kunnen ontwikkelen (Pullon, 2008, p. 142). Het niet kennen van elkaars competenties vraagt continu om het inschatten van risico's waarbij de professionals in een kwetsbare

² “Als je dus voldoende weet van wat de ander doet, van het vak van de ander, dan kun je die ander vertrouwen” (Gerritsen & Nauta, 2010, p. 112).

positie komen. Als er teveel onzekerheden zijn wordt samenwerking juist vermeden (D'Amour *et al.*, 2008, p. 5). Professionele competentie dwingt dus in de praktijk interprofessioneel respect af, wat de basis vormt voor conditioneel vertrouwen: “[...] *als respect voor competentie niet aanwezig was, was de ontwikkeling van interprofessioneel vertrouwen uitgesloten.*” (Pullon, 2008, p. 141). Door hierin vervolgens goed op elkaar af te stemmen met het gemeenschappelijk doel in het vizier kan de samenwerking vorm krijgen. De relatie tussen artsen en verpleegkundigen kan zich, volgens Pullon (2008, p. 144), in deze volgorde ontwikkelen zonder inzet van organisatorische interventies of interprofessionele educatie.

Uit het bovenstaande volgt dat de meest ervaren en competente professionals een betere basis hebben voor samenwerking. Maar is het conditionele vertrouwen gebaseerd op kennis en ervaring voldoende om die betrokkenheid te creëren die noodzakelijk is voor de interdisciplinaire samenwerking? Door onzekerheid over ware intenties van de andere discipline zal dit volgens Jones en George (1998) onvoldoende zijn om hoge mate van betrokkenheid te creëren. Kenmerkend namelijk voor onvoorwaardelijk vertrouwen, wat ontstaat door herhaalde bevestiging in gedrag, is het delen van elkaars waarden. Dit wordt als voorwaarde gezien om hoge mate van betrokkenheid te creëren die weer als noodzakelijk wordt gezien voor de samenwerking (Jones & George, 1998, p. 542). Dit komt overeen met de derde fase van vertrouwen gebaseerd op identificatie en een persoonlijke band welke moet groeien in de tijd (Lewicki & Bunker, 1996). Onvoorwaardelijk vertrouwen heeft een bijkomend voordeel dat het leidt tot bredere roldefinities. Men is geneigd meer te doen voor het gezamenlijke doel (Jones & George, 1998 p. 540). Dit kan in het grijze gebied waar de beroepsdomeinen elkaar overlappen juist positief werken doordat de grenzen van het handelen niet op scherp worden gezet. De meeste professionele relaties zitten echter in de tweede fase van vertrouwen gebaseerd op kennis. Het is volgens Lewicki en Bunker (1996) slechts in enkele situaties weggelegd om dit onvoorwaardelijk vertrouwen op basis van identificatie te bereiken en te onderhouden. Dit betekent dat in grotere interdisciplinaire teams het streven gericht zal moeten zijn op het creëren van conditioneel vertrouwen wat verankerd wordt in kennis van en respect voor de wederzijdse competenties. Dit heeft derhalve wel gevolgen voor de mate van betrokkenheid en daarmee met de kwaliteit van de samenwerking.

De praktijk zal zich moeten richten op het ontwikkelen van het wederzijdse vertrouwen over de verschillende fasen. Dit begint bij de eerste fase van gecalculeerd vertrouwen. Bewustwording van de wederzijdse afhankelijkheden en competenties vormt de basis en daarvoor dienen de disciplines elkaar volgens D'Amour *et al.*, (2008) beter te leren kennen, zowel persoonlijk als professioneel. Hiermee kan de stap gemaakt worden van gecalculeerd vertrouwen naar vertrouwen gebaseerd op competenties. Dit gebeurt bij sociale gelegenheden, gezamenlijke trainingen en scholingsbijeenkomsten waarbij informatie wordt uitgewisseld (D'Amour *et al.*, 2008 p. 5). Door op deze manier een inkijk te krijgen in het perspectief van de andere discipline kan er meer begrip en toenadering ontstaan en kunnen interpretaties van samenwerking meer naar elkaar toe gaan bewegen.

4.3 Macht en invloed, naar gelijkwaardigheid

Petri (2010) pleit in haar definitie van interprofessionele samenwerking voor gezamenlijke en daarmee gelijkwaardige besluitvorming, verantwoordelijkheden en macht. Machtsdisbalans blijkt echter het meest opvallende thema in een review van de literatuur over de dynamiek in verhoudingen tussen artsen en verpleegkundigen van Lockhart-Wood (2000). Dit heeft te maken met het verschil in opleidingsniveau en status (Tang *et al.* 2013). De traditionele verhoudingen van medische dominantie en verpleegkundige onderdanigheid hebben deze ongelijkwaardige positie sterk beïnvloed. Stein (1967) beschreef deze relatie tussen artsen en verpleegkundigen als een spel waarbij de hiërarchie zorgvuldig in stand gehouden wordt. De arts vraagt daarbij niet direct om een bijdrage van de verpleegkundige, en

deze laatste staat de arts bij met suggesties vanuit een onderdanige positie zonder zijn autoriteit in diskrediet te brengen. Openlijke meningsverschillen moeten vermeden worden (Stein, Watts & Howell, 1990). Macht op basis van positie en status speelt in dit spel een belangrijke rol. Maar wat gebeurt hier precies? Wrong (1979, p. 2) definieert macht als “[...] *het vermogen van sommige personen om beoogde en te verwachten effecten op anderen te produceren*”. Hij ziet macht als intentionele en effectieve invloed van een persoon op een ander (p. 23). Hier is sprake van eenrichtingsverkeer. In het spel wat Stein beschrijft is er sprake van asymmetrie van machtsverhoudingen, waarbij macht in de vorm van legitieme autoriteit in stand gehouden wordt door de gemeenschappelijke norm te gehoorzamen (Wrong, 1979); de arts schrijft voor en de verpleegkundige voert uit. Overigens ziet Wrong asymmetrie niet per definitie als de uitoefening van controle van een persoon over een ander (p. 10). De asymmetrie kan zich in iedere interactie anders uiten waarbij de rollen kunnen wisselen. Hiermee nuanceert hij de eenzijdige hiërarchische uitoefening van macht, op basis van de wederkerigheid van invloed die kenmerkend is voor sociale relaties (p. 11).

Heden ten dage zien artsen verpleegkundigen vaak nog als uitvoerenden van medische opdrachten en is er een gebrek aan begrip van de unieke professionele rol van verpleegkundigen (Robinson *et al.*, 2010). Hoewel de verpleegkundigen meer autonoom worden binnen hun eigen vakgebied, zorgt specialisatie van zorg voor een meer afhankelijke rol (Matziou *et al.*, 2014): “[...] *de context en regels zijn misschien veranderd, maar het spel lijkt nog steeds voort te bestaan*” (p.527). Dit maakt dat artsen minder het nut zien van samenwerking en gezamenlijke besluitvorming (Robinson *et al.*, 2010). Artsen worden in deze positie weer gesterkt doordat verpleegkundigen zich eerder gediensstig opstellen en zich voegen naar de bestaande situatie, waardoor de cirkel rond is. Oude patronen zijn nog steeds herkenbaar. Dit draagt niet bij aan het creëren van machtsbalans en een gelijkwaardige positie die (Petri, 2010) voor de samenwerking van essentieel belang acht. Maar heeft het dan zin om hiernaar te streven? Wat is er mis met de huidige praktijk?

Sociale hiërarchie en samenwerking hebben een sterke relatie met elkaar. Het collectief leren; het richten van individuele activiteiten op een collectief doel, wordt belemmerd door de sociale hiërarchie (Bunderson & Reagans, 2011). Bunderson en Reagans (2011) beschrijven in een review van de literatuur over macht, status en leren dat er drie processen van collectief leren zijn die door sociale hiërarchie gecompliceerd worden (p. 5). Dit zijn verankering van gedeelde doelen, nemen van risico's en experimenteren, en kennis delen. Verschillen in macht en status, onafhankelijk van de positie die men inneemt in de sociale hiërarchie, creëren obstakels voor collectief leren. Dit betekent dat de machtsdisbalans zoals die beschreven wordt in de relatie tussen artsen en verpleegkundigen, collectief leren gericht op het collectieve doel, de patiënt, in de weg staat. Een sprekend voorbeeld hiervan is het geven van feedback. De bestaande machtsverhoudingen belemmeren het vrij geven van feedback, vooral bij de verpleegkundigen wordt hier een barrière ervaren (Hammelburg *et al.*, 2014). Zij benoemen hierbij ook het risico of verpleegkundigen wel met artsen contact zoeken als daar aanleiding toe is. Deze kritische momenten dienen constructief met elkaar besproken te worden zodat men hier collectief van kan leren. Dit is een sterk argument om te streven naar meer gelijkwaardigheid en balans in de machtsverhoudingen.

Vanuit het perspectief van coördinatie blijkt dat hiërarchie, meer dan structuren gebaseerd op gelijkwaardigheid, juist bijzonder effectief kan zijn doordat er wordt voorzien in een duidelijke richting en er respect is (Magee & Galinsky, 2008 p. 10). Magee en Galinsky (2008) zien dominant en ondergeschikt gedrag als wederzijds complementair, waarbij de rollen worden verduidelijkt. Dit zou in een taak georiënteerde context de coördinatie faciliteren (p. 11). Waar in de praktijk de hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen een rol speelt in de discussie over interdisciplinaire samenwerking, zou deze op taakniveau wel functioneel kunnen zijn doordat er structuur geboden wordt. In een etnografisch onderzoek van Reeves en Lewin (2004) wordt deze taakoriëntatie bevestigd. Zij zien dat de professionele etiquette voorziet in een meer zakelijke interactie gericht op taken met heldere uitkomsten,

waarbij privé en werk gescheiden worden. Dit sluit aan bij de praktijk waar artsen veelal op verschillende afdelingen ingezet worden en er minder behoefte zou zijn om te socialiseren met verpleegkundigen. Maar volgens Petri (2010) gaat de samenwerkingsrelatie tussen artsen en verpleegkundigen verder dan enkel taakgerichtheid. Zij staat zoals gezegd voor gezamenlijke en daarmee gelijkwaardige besluitvorming, verantwoordelijkheden en macht. Deze stellingname wordt gedeeld door D'Amour *et al.* (2005) die dit als volgt typeren: “[...] *gelijktijdige empowerment van elke participant wiens respectievelijke macht erkend wordt door iedereen*” (p. 119). Door de macht te delen, zoals Petri (2010) in haar definitie van interprofessionele samenwerking aangeeft, constateert zij dat deze niet hiërarchisch is (p. 76). Waar D'Amour *et al.* (2005) en Petri (2010) nog spreken van macht, is hier volgens Wrong (1979) eigenlijk sprake van invloed. Er wordt hier niet opzettelijk gepoogd invloed uit te oefenen op een ander, er is sprake van onopzettelijke wederkerige beïnvloeding. Henneman *et al.* (1995, p. 104) bevestigen dat de onderlinge relaties in de samenwerking niet hiërarchisch zijn en dat gedeelde invloed gebaseerd is op kennis en ervaring in plaats van functies en titels. Hier wordt op basis van definiëring van interdisciplinaire samenwerking stelling genomen ten aanzien van ongelijke machtsverhoudingen, waaruit volgt dat er gestreefd dient te worden naar die balans in wederkerige beïnvloeding.

De gelijkwaardigheid in besluitvorming, verantwoordelijkheden en invloed impliceert dat medewerkers ideeën, vragen of zorgen kunnen delen. De machtsverschillen vergroten echter zoals Hammelburg *et al.* (2014) hierboven al aangaven het risico voor medewerkers om zich uit te spreken, vragen te stellen of zorgen te delen (Edmondson, 2003, p. 1420) waardoor verpleegkundigen minder vertrouwen hebben om op gelijkwaardig niveau de patiëntenzorg te evalueren (Tang *et al.*, 2013). Daarbij ondermijnt het gebrek aan begrip bij de artsen voor de unieke rol van de verpleegkundige, de bijdrage die verpleegkundigen kunnen geven bij besluitvorming rondom beleid voor de patiënt. Dit is volgens Tang *et al.* (2013, p. 299) de reden dat verpleegkundigen minder autonomie en professionele waarde ervaren in deze besluitvorming. Dit vormt een belemmering voor succesvolle interdisciplinaire samenwerking en kan daarmee een bedreiging vormen voor goede patiëntenzorg. Hier wordt duidelijk hoe de hiërarchische verhoudingen de ontwikkeling van respect en vertrouwen in de weg staan. Als er begrip is van elkaars professionele identiteit worden de professionals juist in staat gesteld hun competenties te laten zien en daarmee respect af te dwingen, wat uiteindelijk leidt tot vertrouwen (Pullon, 2008). Hiermee kan het antwoord op de vraag ‘*heeft het zin om naar machtsbalans en een meer gelijkwaardige positie te streven?*’, bevestigend zijn. Dit roept vervolgens de vraag op hoe dit te bewerkstelligen.

D'Amour *et al.* (2005) geven aan dat om gelijkwaardigheid in machtsverhoudingen te creëren interactie gericht op de samenwerking noodzakelijk is. Bunderson en Reagans (2011) zien hier een rol weggelegd voor de actoren met een hogere machtspositie die gericht zijn op gezamenlijke doelen. Zij kunnen hun invloed inzetten ten dienste van het collectieve doel door niet persoonlijk, maar ‘*gesocialiseerd gebruik te maken van macht*’, waardoor het een middel wordt om de verstikkende effecten van de sociale hiërarchie te verlichten (p. 1183). Waar macht, volgens Wrong's definitie het vermogen is om opzettelijk effecten bij anderen te bewerkstelligen, is hier sprake van beïnvloeding waarbij de effecten niet gericht zijn op anderen maar op een gemeenschappelijk doel. Naar mijn mening is hier dan ook sprake van het gebruik van invloed en niet van macht. Op deze manier wordt macht omgebogen naar invloed ten dienste van het gemeenschappelijke doel. Zo kan op een positieve manier leiderschap voor zowel jong gediplomeerde als meer ervaren verpleegkundigen een belangrijke ondersteuning geven aan het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking (Regan, Laschinger, & Wong, 2016). In de praktijk valt te denken aan stafartsen, teamleiders, maar ook ervaren verpleegkundigen die deze rol op zich kunnen nemen. Het onderzoek van Edmondson (2003) laat zien dat coaching van teamleiders de bereidheid bevordert om je uit te spreken in het team. Zij kunnen psychologische veiligheid creëren door de eigen feilbaarheid te erkennen en teamwork te benadrukken

waardoor de machtsverschillen verminderen (Edmondson, 2003, p. 1440). Dit is een belangrijke factor om een veranderproces in gang te zetten. Zij kunnen degenen met een lagere status betrekken bij het gezamenlijk leerproces en hen een veilig gevoel geven door hun bijdragen hierin te bekrachtigen (Bunderson & Reagans, 2011 p. 25). Ook kan gedacht worden aan het als rolmodel uitdragen van vertrouwen, wederzijds respect en gezamenlijke besluitvorming (Regan *et al.*, 2016; Brault *et al.*, 2014). Als hierin niet wordt voorzien kan belangrijke informatie van degenen met een lagere status onbenut blijven. Nembhard en Edmondson (2006) spreken in dit verband van *inclusiviteit*, wat inhoudt dat degenen met een hogere status met woorden en daden de bijdrage van anderen waarderen, waardoor de remmende effecten van de hiërarchie op psychologische veiligheid tenietgedaan worden (p. 958). Zij zien actief en *inclusief* gedrag van stafartsen als een belangrijk middel om de bijdrage van iedereen te faciliteren.

Naast de inzet van invloed ten dienste van het collectieve doel, leiderschap en inclusiviteit kan het doorbreken van de traditionele cirkel van machtsongelijkheid ook mogelijk gemaakt worden door de verpleegkundige binnen de interdisciplinaire samenwerking een meer prominente rol toe te bedelen. Dit kan door middel van empowerment van de participanten en erkenning van hun invloed op basis van kennis en ervaring (D'Amour *et al.*, 2005). Dit laatste wordt mooi geïllustreerd door een voorbeeld uit het onderzoek van Burford *et al.* (2013, p 397): “ [...] *individuele ervaring zou invloed uitoefenen ongeacht de status van het individu in de structurele hiërarchie*”. De verpleegkundige heeft dus zelf een middel om in te zetten, namelijk invloed gebaseerd op de eigen kennis en ervaring. Hierdoor kan de perceptie die artsen hebben van de verpleegkundige rol beïnvloed worden, waardoor er een andere dynamiek gaat ontstaan. Rolbewustzijn en daarmee bewustzijn van zowel de eigen kennis, vaardigheden, als de perspectieven van andere disciplines, is een belangrijke antecedent van interprofessionele samenwerking (Petri, 2010 p. 77). Samenwerking kan pas ontstaan als artsen zien wat verpleegkundigen hierin kunnen bijdragen, door niet enkel medische opdrachten uit te voeren, maar vanuit de eigen professie te participeren in de besluitvorming (Robinson *et al.*, 2010). Zo kan het handelen vanuit machtsposities omgebogen worden naar wederkerige beïnvloeding wat kan leiden tot meer gelijkwaardige posities van beide disciplines. Voor de verpleging zal dit het zelfvertrouwen van de discipline versterken en bijdragen aan de professionalisering (Petri, 2010 p. 79). Bewustzijn kan alleen ontstaan als de rol in de praktijk ook verduidelijkt wordt. Dit betekent dat de verpleegkundigen zich een duidelijke rol aanmeten waarbij het belangrijk is dat binnen de disciplines de individuen competent zijn en vertrouwen hebben in hun capaciteiten. Rolverduidelijking wordt door de *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) als een belangrijke competentie beschreven voor interprofessionele samenwerking. Deze behelst begrip van de eigen rol en die van andere disciplines, welke wordt ingezet om de praktijk van iedere professional te optimaliseren (Brault *et al.*, 2014). Hoe verhoudt zich het positioneren van de eigen rol en professionalisatie die daarmee samenhangt tot de interdisciplinaire samenwerking?

4.4 Professionaliteit

Rolverduidelijking hangt sterk samen met professionalisatie. Professionalisatie kan gezien worden als het proces waarbij het aanmeten van bepaalde vaardigheden en waarden van het beroep leiden tot een beroepsidentiteit (Hall, 2005). Professionalisatie onder de verpleegkundige beroepsgroep richt zich op autonomie en, volgens Rose (2011), werkt dit onafhankelijkheid in de hand wat niet bijdraagt aan effectieve samenwerking (D'Amour *et al.*, 2005). Er wordt, volgens D'Amour *et al.* (2005), vanuit de eigen professionele kaders gehandeld. Zij zien het versterken van de professionele autonomie juist als contraproductief voor de interdisciplinaire samenwerking. Volgens Bronstein (2003) is professionele autonomie juist een structureel kenmerk van deze samenwerking. Bij Papathanassoglou *et al.* (2012, p.

47) wordt minder professionele autonomie ook geassocieerd met minder interdisciplinaire samenwerking. Dit wordt bevestigd door een onderzoek van Rafferty, Ball, en Aiken (2001) die een sterke relatie aantoonde tussen teamwork en autonomie, die eerder op synergie duidt dan op conflict. Volgens hen is dit aanleiding om autonomie onder verpleegkundigen te promoten zonder dat dit negatieve consequenties heeft voor de interdisciplinaire samenwerking (p. 37). Volgens Papathanassoglou *et al.* (2012) kunnen zij dit zelf door te communiceren over hun unieke expertise en rol in de zorg voor de patiënt. Hier wordt dus bevestigd dat een sterkere professionele positie van de verpleegkundige kan bijdragen aan de interdisciplinaire samenwerking. De verschillende standpunten met betrekking tot autonomie kunnen verklaard worden door verschil in interpretatie wat, volgens Kramer en Schmalenberg (2008, p. 60-61), tot veel misverstanden leidt. Zij zien autonoom handelen als onafhankelijke besluitvorming binnen de sfeer van het eigen beroep en als onderling afhankelijk waar de beroepsdomeinen elkaar overlappen.

Met interventies kunnen de pijlen gericht worden op beide disciplines, maar er kan ook gekozen worden voor verandering binnen een discipline. De onderlinge afhankelijkheden zorgen, volgens Zwarenstein en Reeves (2006), voor impact op de andere discipline: *“De implementatie van interventies die gericht zijn op verandering binnen een discipline komen zelden zonder aanpassing of actieve betrokkenheid van andere disciplines en creëren zo activiteiten gericht op interprofessionele samenwerking op de werkplek [...]”* (p. 52). Dit verklaart het effect wat empowerment van de verpleegkundigen kan hebben op de interdisciplinaire samenwerking. Het lopen van interdisciplinaire visites met actieve participatie van de verpleegkundigen kan hun zelfvertrouwen in de communicatie met artsen versterken (Kramer & Schmalenberg, 2003). Meerdere studies hebben het nut van deze interventie bewezen (Tang *et al.*, 2013).

Regan *et al.* (2016) zien daarnaast ook de waarde van een ondersteunende werkomgeving waarin de professionele rol wordt erkend: *“Verpleegkundigen kunnen zich meer zelfverzekerd (en misschien minder bedreigd) voelen door deel te nemen aan interprofessionele samenwerkende praktijken wanneer zij oefenen in een omgeving die hun professionele rol ondersteunt en erkent”* (p. 59). Dit wordt ook bevestigd door d’Amour *et al.* (2005) die de rolverduidelijking ondersteund willen zien door het organisatorisch proces. Dit kan geformaliseerd worden in protocollen en het EPD waardoor duidelijk wordt wat de verantwoordelijkheden van beide disciplines zijn en hoe deze gedeeld worden (D’Amour *et al.*, 2008). Tang *et al.* (2013) voegen hieraan toe een rol weggelegd te zien voor beleidsmakers om de ongelijkheid in machtspositie voor verpleegkundigen te beslechten door ze meer autonomie te geven in het nemen van klinische beslissingen in de patiëntenzorg. Dit kan in de vorm van interprofessionele educatie programma’s die de klinische kennis kunnen vergroten.

Waar professionalisering gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van het professioneel handelen binnen een beroepsgroep, is normatieve professionalisering expliciet verbonden aan het normatieve kader het goede te doen (Van Ewijk & Kunneman, 2019 p. 58-61). Het goede doen voor de patiënt is niet aan een enkele discipline voorbehouden maar is juist het product van co-creatie tussen beide disciplines (Wierdsma, 1999). Dit betekent dat deze vorm van professionalisering door zowel artsen als verpleegkundigen omarmd kan worden als een gemeenschappelijk goed, als een manier om samen te exploreren wat goede zorg betekent. Dit krijgt vorm in de gezamenlijke context, in de dynamiek van de interactie van de dagelijkse zorg (p. 61). Vanwege het lerend vermogen wat hierin verborgen gaat zal ik dit verder toelichten onder het thema kennis en ervaring.

4.5 Kennis en ervaring

Kennis en ervaring speelt zoals hiervoor al beschreven is een belangrijke rol in relatie tot vertrouwen en invloed en is op die manier bepalend voor de samenwerking. Dit wordt bevestigd door Lockhart-Wood (2000): *“Klinische ervaring bij zowel artsen als verpleegkundigen blijkt een significante variabele te*

zijn die participatie in de samenwerking beïnvloedt” (p. 279-280). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen klinische of vakinhoudelijk kennis en ervaring binnen de eigen discipline, en de kennis die men nodig heeft om goed te kunnen samenwerken, gebaseerd op gemeenschappelijkheid, die wordt opgedaan in de samenwerking zelf. De vakinhoudelijke kennis en ervaring wordt meegegeven vanuit initiële en vervolgoopleidingen en opgedaan als praktisch-professionele kennis. Het gebrek aan kennis en ervaring in de samenwerking zelf belemmert vooral bij nieuw gediplomeerden de interdisciplinaire samenwerking. Zij kunnen bijvoorbeeld nog niet goed onderscheiden welke informatie te geven en hoe te participeren in de artsensite, maar gebrek aan communicatieve vaardigheden speelt bij deze groep ook een rol (Pfaff, Baxter, Jack, & Ploeg, 2014, p. 12). Pfaff *et al.* (2014) noemen de passieve conflict vermijdende communicatie, het niet aanspreken op negatief gedrag en niet ter discussie stellen van meningen. De nieuw gediplomeerden hebben volgens hen aanvullende kennis nodig over de rollen van andere professionals en missen nog de praktische kennis over wie wanneer te consulteren en het contact te leggen. Door dit gebrek aan kennis en ervaring kunnen zij dus nog niet delen in de invloed die je hiermee verwerft en vallen ze terug op machtsverhoudingen gebaseerd op rollen en functies wat geen basis is voor interdisciplinaire samenwerking.

Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat de traditionele educatie gericht was op een sterke identificatie met de eigen professie. Door deze socialisatie is er weinig kennis van de praktijkvoering, expertise, verantwoordelijkheden, vaardigheden, waarden en theoretisch perspectief van andere professionals (San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005 p. 137). We zien hier een verband met het standpunt dat Rose (2011) en D’Amour *et al.*, (2005) innemen over de remmende rol die autonomie kan spelen in relatie tot de interdisciplinaire samenwerking. Deze eenzijdige identificatie vormt een van de voornaamste obstakels voor de samenwerking. We zien hier hoe vanuit de klassieke opvatting van professionalisering de professionals gevormd worden, waarbij de klinische kennis en vaardigheden vanuit het eigen vakgebied centraal staan. Door niet de eigen discipline, maar het vraagstuk centraal te stellen, door ruimte te bieden aan reflectiviteit en normativiteit, wordt er stil gestaan bij het proces, de zingeving en waarden die daarbij in de bredere interdisciplinaire context spelen (Van Ewijk & Kunneman, 2019 p. 64). Zij benadrukken het belang van de positie van de professies met de beroep specifieke kennis en vaardigheden (en daaruit voortvloeiende autonomie), maar doen daarnaast een appèl voor de internormatieve professionalisering waarbij vanuit de bredere interdisciplinaire context aandacht is voor ‘goede zorg’. Dit vereist van de professionals de competentie om bekwaamheden van individuen te koppelen en te kunnen omzetten naar handelen in die context (Wierdsma, 1999, p. 129). Om deze collectieve competentie te realiseren dient er ruimte te zijn voor reflectie op de betekenisgeving en de variëteit van elkaars perspectieven. Hieruit kan een behoefte aan ordening ontstaan. De *plek der moeite* vormt het spanningsveld tussen deze behoefte en een ordeningsresultaat welke volgens Wierdsma (1999, p. 130) in taal met elkaar geconstrueerd kan worden als nieuwe werkelijkheid, een interprofessioneel discours. Om tot reflectie te komen op de *plek der moeite* is observatie van gedrag, het herkennen van interactiepatronen en reïficerende betekenissen noodzakelijk (p. 138).

Een andere, meer praktijkgerichte aanpak op het gebied van kennis en ervaring leent zich in de vorm van interprofessionele educatie (IPE). IPE wordt gedefinieerd als een interventie waarbij meerdere disciplines gezamenlijk interactief leren met als doel de interprofessionele samenwerking te verbeteren (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013). Het is de meest voor de hand liggende antecedent van de interdisciplinaire samenwerking. De waarde van een gezamenlijke benadering geeft de grootste kans op succesvolle resultaten. Het wordt ook gezien als ideale methode om andere antecedenten te ontwikkelen zoals: rolbewustzijn, effectieve communicatie, wederzijds vertrouwen en respect. De voorkeur gaat ernaar uit dit al tijdens de opleiding in te zetten, maar dit kan ook daarna (Petri, 2010 p. 76-77). Een voorbeeld van een interventie die met succes in het Sociaal Werk wordt toegepast en inmiddels ook in de zorg voet aan de grond krijgt is het moreel beraad. Hierbij gaan professionals gezamenlijk op zoek naar morele overtuigingen en waarden en normen die het handelen

in de praktijk sturen. Er wordt kritisch en constructief gereflecteerd op goede zorg (Molewijk, 2010, in Van Ewijk & Kunneman, 2019 p. 80) wat kan bijdragen aan die inter-normatieve professionalisering. Een ander geslaagd voorbeeld waarbij de interdisciplinaire samenwerking verbeterde met een IPE-interventie zijn gezamenlijke simulatie trainingen. Dit resulteerde in meer respect en vertrouwen, en inzicht in elkaars rollen en verantwoordelijkheden (Tang *et al.*, 2013 p. 300). Daarnaast benoemen zij IPE als een methode om verpleegkundigen te empoweren met kennis en vaardigheden zodat het vertrouwen in de communicatie toeneemt (Tang *et al.*, 2013 p. 301).

De kennis en vaardigheden die men op deze manier opdoet, maar ook in de dagelijkse praktijk, kunnen gezien worden als een vorm van ervaringsdeskundigheid. Men wordt ervaren in de complexe materie van interdisciplinaire samenwerking. Ervaringskennis wordt gezien als een vorm van praktische wijsheid, van kennis gebaseerd op persoonlijke ervaringen die in de praktijk zijn opgedaan (Weerman, 2016, p. 30). In de praktijk wordt deze kennis en ervaring niet bewust gedeeld, maar nieuw gediplomeerden collega's zouden hier bijzonder bij gebaat kunnen zijn. In de Geestelijke Gezondheidszorg wordt deze kennis van een (ex)cliënt of ervaringsdeskundig zorgverlener als middel ingezet om de kloof te overbruggen tussen de dagelijkse praktijk en dat waar de cliënten behoefte aan hebben (Boevink, 2017, p. 139), namelijk goede zorg. Hammelburg *et al.* (2014, p. 26) zijn hier helder over: *“Het samenwerken van zorgprofessionals onderling kan niet effectief plaatsvinden zonder de patiënt daarbij te betrekken”*. Weerman (2016) haalt ter illustratie Searle (1994) aan en spreekt hier over de kwaliteit van de subjectieve ervaring. Door wederzijdse beïnvloeding van perspectieven en kennis ontstaat er een vruchtbare uitwisseling die leidt tot betere afstemming. Perspectieven kunnen zo naar elkaar toe bewegen waardoor de hiërarchische uitwerking die berust op verschil van perspectief zal afnemen. Zo kan ervaringsdeskundigheid, zowel onder collega's als in relatie met de patiënt, ingezet worden als instrument om de interdisciplinaire samenwerking te verbeteren.

Beide toepassingen van ervaringsdeskundigheid vragen om een andere kijk op professionaliteit. Waar de beroepscode normatief richting geeft aan het handelen in de praktijk, wordt nu het omgekeerde gedaan (Boevink, 2017, p. 72) en wordt de eigen belevingswereld deelgenoot gemaakt van deze praktijk. Dit kan helpen in de gezamenlijke zoektocht naar de definiëring van goede zorg, en zo bijdragen aan het proces van normatieve professionalisering. De toepassing van ervaringsdeskundigheid in de interdisciplinaire samenwerking kan zijn beslag krijgen in de vorm van intervisie, of de eerdergenoemde voorbeelden van moreel beraad en simulatietrainingen. Door op deze manier te reflecteren op de praktijk en de context daarvan, kunnen de professionals hun impliciete kennis, de kunst om in complexe situaties op basis van kennis, vaardigheden en ervaringen te begrijpen wat er aan de hand is en daarop te handelen (Van Ewijk & Kunneman, 2019, p. 24), verder versterken en het normatief professioneel handelen bevorderen.

4.6 Organisatie en planning

“In het sociaal-constructionisme wordt organiseren beschouwd als een proces van sociale betekenisconstructie tussen de actoren die elk vanuit hun eigen belangen en percepties bijdragen aan dit proces” (Wierdsma, 1999, p. 91). Binnen de organisatie zijn op verschillende niveaus actoren betrokken bij de betekenisgeving aan interdisciplinaire samenwerking en kan er ook op verschillende niveaus ingegrepen worden in de context. De direct betrokken professionals zijn in belangrijke mate zelf de vormgevers van die samenwerking en bepalen afhankelijk van machtsverhoudingen en daarmee samenhangende invloed, al dan niet in onderlinge afstemming, hoe deze betekenisvol wordt. Voor de organisatie is er een rol weggelegd om de dialoog tussen de professionals te begeleiden en te voorzien in verbindingen op microniveau (Collette *et al.*, 2017, p. 471). D'Amour *et al.* (2008) benoemen het belang van *governance* ter ondersteuning van de samenwerking. Vanuit het bestuur kan er strategisch

en politiek richting gegeven worden zodat de professionals ondersteuning krijgen bij implementatie van verbeterinitiatieven (p. 2). Maar hoe kan er een verbinding gemaakt worden tussen de professionals en de organisatie als geheel? De organisatie dient zo ingericht te worden dat deze recht doet aan de behoefte van het praktijkveld.

Om binnen de organisatie gehoor te geven aan deze belangen en percepties dient het praktijkveld toegang te hebben tot de dialoog op het hogere recursieniveau (Wierdsma & Swieringa, 2002). Zij gebruiken hierbij de vergelijking met een spel waar nieuwe spelregels vastgesteld moeten worden als ‘meer van hetzelfde’ niet meer helpt. “[...] *dan is interactie nodig over de wijze van onderlinge communicatie en samenwerking van alle spelers op het niveau van het geheel*” (p. 153). Hetebrij (2011) onderschrijft het belang de ervaringskennis en verschillende belangen mee te nemen in besluitvorming om de inhoudskwaliteit van het besluit te waarborgen. Op deze manier krijgt de betekenis die de actoren in het operationele proces geven aan de interdisciplinaire samenwerking vorm in de spelregels van het management.

Uit het bovenstaande volgt dat de organisatie niet gericht moet zijn op posities, structuren en hiërarchie, maar op het verbinden van mensen via het handelen, waarbij ze gezamenlijk betekenis creëren. Er wordt een beroep gedaan op het lerend vermogen van de organisatie. Door de gelaagdheid van perspectieven op de samenwerking niet alleen te delen tussen de disciplines, maar ook met het management kan collectief leren ontstaan waarbij impliciete kennis van de medewerkers gedeeld wordt in de organisatie (Kor, Wijnen, & Weggeman, 2008). In een verticaal en horizontaal sterk gedifferentieerde organisatie als een academisch ziekenhuis kan dit als een uitdaging gezien worden. Deze complexiteit maakt volgens Hetebrij (2011, p. 16) dat belangen sterk kunnen verschillen en specialismen kunnen polariseren. Een andere manier van organiseren zou beter passen bij deze roep om collectief leren. Kor *et al.* (2008) pleiten hier voor een meer platte organisatie en zelfsturing. Dit wordt onderschreven door Henneman *et al.* (1995) die het succes van samenwerking koppelen aan een meer horizontale in plaats van de traditionele hiërarchische structuur. Wierdsma en Swieringa (2002) spreken hier van transactioneel organiseren, een vorm van lerend organiseren waarbij “*tijdelijkheid, feedback en leren van ervaring centraal staan*” (p. 144). Organiseren betekent veranderen en dat geeft de tijdelijkheid weer van een overeenstemming. In dit proces worden de diensten en de organisatie als samenwerkingsverband georganiseerd (p. 147- 148). Deze manier van organiseren wordt volgens Wierdsma en Swieringa (2002) gedragen door netwerken van activiteiten, relaties en betekenissen die voortdurend aan verandering onderhevig zijn. Het netwerk doet daarbij recht aan de complexe verwevenheid van actoren en activiteiten (Wierdsma, 1999, p. 97). Door op deze manier organiseren vorm te geven wordt er ruimte geboden voor de ontwikkeling van normatieve professionaliteit, voor discussie op de plek der moeite en het overstijgen van de autonomie van de eigen discipline op weg naar een interprofessioneel discours. Naast het bieden van een passende structuur kan de organisatie met zijn visie en culturele waarden en normen richting geven en ondersteuning bieden aan dit proces (Collette *et al.*, 2017; San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005). Weggeman (1997, p. 110) ziet een breed gedragen collectieve ambitie als sterk bevorderend voor een samenwerkingscultuur.

In de dagelijkse praktijk blijkt het afstemmen en coördineren van taken tussen de verschillende disciplines een uitdaging. Deze coördinatie is echter van groot belang voor de interdisciplinaire samenwerking. Waar protocollen en standaarden kunnen voorzien in minder complexe situaties zal naarmate de complexiteit toeneemt en de inhoudelijke expertise diverser wordt, coördinatie vooral gezocht moeten worden in een doorlopend proces van adresseren van onvoorziene veranderingen (Bruns, 2013, p. 62). Dit is precies waar gedurende de dag de uitdaging voor de disciplines ligt. Daarnaast is de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen gefragmenteerd en kortstondig, waarbij er geen sprake is van een samenhangende benadering (Reeves & Lewin, 2004). Zij wijden dit voornamelijk aan het feit dat artsen niet vast op een afdeling werken en elders verplichtingen hebben. Uit een aantal onderzoeken blijkt dat problemen in de communicatie zich juist voordoen op chirurgische

afdelingen waar de artsen niet continu beschikbaar zijn voor de verpleging (Tang *et al.*, 2013, p. 298). Op zorg intensieve afdelingen zoals de intensive care waar artsen wel continu beschikbaar zijn, kunnen verpleegkundigen hun zorgen altijd direct bij een arts kwijt wat de communicatie ten goede komt (Tang *et al.*, 2013, p. 298). Communicatie wordt aangehaald als een belangrijke factor voor een goede werrelatie en het tijdig leveren van goede zorg. Hogere complexiteit van zorg vergroot de waakzaamheid om helder te communiceren en roept de vraag op of met de toename van complexiteit en focus op topreferente zorg, de continue beschikbaarheid van artsen op een chirurgische verpleegafdeling van een UMC ook gewaarborgd moet worden. Het is van groot belang dat er afspraken gemaakt worden zodat verwachtingen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn. D'Amour *et al.* (2008) zien formalisatie van procedures om de zorg te structureren als de manier om dit te realiseren. Het gebruik van informatiesystemen wordt volgens hen vooral ingezet om onzekerheden te reduceren als men elkaar minder goed kent.

Volgens Reeves *et al.* (2011) vormen interprofessionele praktijk (IPP) en interprofessionele organisatie (IPO) de twee hoofdcategorieën interventies op het gebied van organisatie en planning. De eerste bestaat uit checklists, bijeenkomsten, artsen visites, communicatie tools, briefings, formulieren en zorgpaden. De ontwikkeling van de praktijk van samenwerking heeft voordeel bij de beschikbaarheid van interprofessionele protocollen en standaarden, maar ook bij gezamenlijke bijeenkomsten (San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005). De IPO is gericht op roosters, beleid, werkruimtes, cultuur en bereikbaarheid (Reeves *et al.*, 2011, p. 170-171). De resultaten zitten in het domein van gedragsveranderingen en klinische processen. Zij maken hierbij de kanttekening dat de resultaten in gedragsverandering zelfrapportages waren van verwachtingen van gedragsverandering, er werd geen werkelijke gedragsverandering gerapporteerd.

HOOFDSTUK 5. ANALYSE, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk combineer ik mijn bevindingen met het literatuuronderzoek. Het literatuuronderzoek was bedoeld om de thema's die door betrokkenen in de praktijk naar voren worden gebracht nader te verdiepen. Door de bijdrage van de bevindingen uit de literatuur heb ik in de kritalisatiefase vragen kunnen stellen die de medeonderzoekers verder hielpen in hun verkenning van interventies. Op deze manier heb ik het literatuuronderzoek gebruikt om informatie naar voren te brengen in de werkgroepen. Daarnaast heeft het een bijdrage geleverd aan de analyse. In dit hoofdstuk maak ik een analyse van de bevindingen uit de literatuur en de praktijk waarbij de samenhang in resultaten van beide perspectieven wordt onderzocht en verschillen en overeenkomsten aan het licht worden gebracht. Na een inhoudelijke analyse volgt ook de stap die daarop gemaakt is door de werkgroepen in de praktijk, waarmee de relatie tussen de bevindingen en de (daarop volgende) acties wordt gelegd. Dit geeft richting aan de ontwikkeling van interdisciplinaire samenwerking in deze onderzoekspraktijk en de bijdrage die dit onderzoek daaraan kan leveren. Uiteindelijk kom ik terug op de onderzoeksvragen met een samenhangend totaalbeeld van de interdisciplinaire samenwerking en sluit ik af met een reflectie op mijn eigen rol als onderzoeker.

5.1 Analyse aan de hand van de thema's

Het begrip samenwerking

In de literatuur wordt samenwerking beschreven als een proces waarbij de verschillende disciplines elkaar wederzijds evalueren en aan elkaar aanpassen gericht op een gemeenschappelijk doel (Bedwell *et al.*, 2012). Daarmee maakt de literatuur een duidelijk onderscheid tussen samenwerking en coördinatie, waarbij wederkerigheid geen rol speelt. Voor de samenwerking zijn rolexpertise en het integreren van elkaars perspectieven op basis van respect, delen en vertrouwen belangrijke ingrediënten (Henneman *et al.*, 1995). Waar in de interviews gevraagd wordt om het begrip samenwerking toe te lichten valt op dat zowel artsen als verpleegkundigen dezelfde aspecten benoemen. Men benadrukt ook hier de interpersoonlijke factoren als vertrouwen en betrokkenheid, elkaar serieus nemen waarbij laagdrempelige communicatie van groot belang is. Gelijkwaardigheid in besluitvorming, verantwoordelijkheden en macht worden niet concreet benoemd als naar een omschrijving van samenwerking wordt gevraagd, maar komen als belangrijke onderwerpen wel in de interviews aan bod en worden bij de thema's verder toegelicht. In de praktijk wordt ook het geslaagd zaken doen met elkaar benoemd. Hierin speelt het kennen van elkaars taken en hierin afgestemd zijn een belangrijke rol. De nadruk ligt meer op het resultaat en niet op het proces. In de praktijk worden de begrippen coördinatie en samenwerking dus door elkaar gebruikt. Het gemeenschappelijk doel wordt zowel in de literatuur als de praktijk benadrukt.

Betrokkenheid en vertrouwen

Waar in de interviews het begrip samenwerking door beide disciplines in gelijksoortige bewoordingen wordt toegelicht, is de betekenis die de samenwerking vervolgens in de praktijk krijgt verschillend. In de praktijk vinden artsen over het algemeen dat de samenwerking ronduit goed is. Vanuit hun perspectief is er vertrouwen, kan men elkaar aanspreken en worden in de visite, die sterk medisch georiënteerd is, de voor hen noodzakelijke dingen besproken. De literatuur bevestigt dat artsen meer autonoom werken en daardoor de samenwerking minder waarde toekennen (Tang *et al.*, 2013). Daarbij hebben artsen minder binding met een specifieke afdeling en zijn daardoor meer taak georiënteerd en zakelijker in de interactie (Reeves & Lewin, 2004). Dit beeld is herkenbaar in de praktijk. Vanuit deze optiek kan verklaard worden waarom men de samenwerking als zodanig ervaart. Maar de vraag is of zij zich daarbij

voldoende bewust zijn van andere krachten die werken in het speelveld, en de effecten hiervan op het resultaat van de onderlinge samenwerking.

Kortom, is er voldoende bewustwording van de onderlinge afhankelijkheden en welke rol deze spelen in de samenwerking? Artsen worden bevestigd in het vertrouwen dat ze ervaren van de verpleegkundigen vanuit de traditionele rolverdeling. Zij ervaren geen problemen in het aanspreken van de verpleging. In de praktijk blijkt echter dat onderwerpen als het beleefde gebrek van een aanspreekcultuur en de ervaren drempel in de communicatie de artsen verrast. Dit duidt erop dat het hiërarchische spel tussen artsen en verpleegkundigen wat Stein (1967) beschrijft nog steeds lijkt voort te bestaan (Matziou *et al.*, 2014). In dit onderzoek benadrukt de verpleging vanuit een sterk besef van afhankelijkheid de gezamenlijke aspecten zoals overlegmomenten, samen beslissen en beleid maken en ook het informeel opbouwen van een relatie met elkaar. Zij zien vanuit een holistische zorgvisie de waarde van de samenwerking en zoeken daarin naar bevestiging van hun professionele identiteit (Matziou *et al.*, 2014). Samenwerking krijgt voor hen betekenis in betrokkenheid en vertrouwen. Betrokkenheid wordt dan ervaren door het zoeken van toenadering, aandacht hebben voor elkaar en laagdrempelig bereikbaar zijn. De dagelijkse praktijk blijkt echter gevuld met voorbeelden waarin dit niet het geval is. De verpleging voelt zich dan onvoldoende gesteund en serieus genomen door de artsen in het oplossen van allerlei praktische problemen. De betrokkenheid wordt gemist, het vertrouwen en de bevestiging van de identiteit blijven uit.

Vertrouwen staat, volgens de literatuur, aan de basis van de samenwerking en dit wordt in de praktijk ook bevestigd. Volgens D'Amour *et al.* (2005) en San Martín-Rodríguez *et al.* (2005) gaat betrokkenheid hier echter aan vooraf. Deze ontstaat door bewustwording van wederzijdse afhankelijkheden en de uitwerking daarvan in de praktijk, in het licht van het gemeenschappelijk doel, de beste zorg voor de patiënt. Vertrouwen ontwikkelt zich vervolgens over drie fasen; gecalculeerd, gebaseerd op kennis en gebaseerd op identificatie van wensen en intenties van de ander (Lewicki & Bunker, 1996). De tweede fase wordt herkend en bevestigd in de praktijk waar je met kennis en ervaring wel serieus wordt genomen en je een gesprekspartner bent. Ook beschrijft de literatuur dat professionals die ervaren en competent zijn meer vertrouwen krijgen (San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005). Hier wordt de rol van competenties in relatie tot vertrouwen bekrachtigd. De samenwerking zal in de praktijk, volgens Lewicki en Bunker (1996), meestal niet verder komen dan de tweede fase, waar op basis van competenties conditioneel vertrouwen zich kan ontwikkelen. De verpleging in de praktijk geeft aan dat dit vertrouwen kan ontstaan door elkaar te leren lezen en begrijpen, waarbij er inzicht ontstaat in elkaars werkzaamheden en redeneren. Hier wordt het verband tussen inzicht in elkaars kennis en vaardigheden en vertrouwen nogmaals bevestigd. Onvoorwaardelijk vertrouwen en hoge mate van betrokkenheid is slechts in enkele situaties weggelegd waarmee de grenzen hiervan worden aangegeven (Lewicki & Bunker, 1996).

De betekenis die de verpleging aan samenwerking geeft komt in de praktijk niet goed uit de verf. Afhankelijkheid en aangeleerde interactiepatronen spelen hierbij een belangrijke rol. Aangezien vertrouwen aan de basis staat van samenwerking en vertrouwen op basis van competenties veelal het hoogst haalbare is in de praktijk, zal hier de hefboom gevonden moeten worden waarmee de disciplines elkaar beter gaan begrijpen. De urgentie om de samenwerking te verbeteren ligt duidelijk bij de verpleging. Vanuit een afhankelijkheidspositie laten zij te weinig van de eigen competenties zien. Een duidelijke positionering in de samenwerkingsrelatie waarbij deze competenties de kans krijgen om gezien te worden, zou volgens Pullon (2008) niet alleen het respect en vertrouwen van de artsen verdienen, maar ook een bevestiging geven van de professionele identiteit. Dit past helemaal in de landelijke trend waarin de verpleging zich verder gaat professionaliseren met de nieuwe beroepsprofielen en de beweging die de ziekenhuizen hierin maken. Hier wordt vanuit een emanciperende beweging de eigen autonomie versterkt, maar tegelijkertijd ingezet op onderlinge afhankelijkheid. Afhankelijkheid krijgt hier een positieve betekenis in de zin van met elkaar verbonden

zijn. Hiermee ontstaat meer gelijkwaardigheid in de relatie, wordt de wederzijdse afhankelijkheid en de problematiek die daarin speelt vanuit het perspectief van de artsen meer inzichtelijk, en voelen verpleegkundigen zich eerder serieus genomen. Daarbij wordt er een beroep gedaan op de betrokkenheid van artsen. Door in de eigen kracht te staan wordt de verpleging minder afhankelijk van de artsen en zal daardoor ook minder ‘last’ hebben van een eventuele perceptie van gemis aan betrokkenheid. Dit helpt om realistisch te blijven waar vertrouwen in de tweede fase blijft hangen en die hoge mate van betrokkenheid niet haalbaar is.

Macht en invloed naar gelijkwaardigheid

Er is een spanningsveld tussen de gehanteerde definities van interdisciplinaire samenwerking waarin gelijkwaardige besluitvorming, verantwoordelijkheden en invloed gepredikt worden (Petri, 2010; Henneman *et al.*, 1995), en de praktijk waarin de machtsdisbalans als gevolg van de historische verhoudingen nog steeds zichtbaar is (Lockhart-Wood, 2000; Tang *et al.*, 2013). De macht was in het verleden gebaseerd op status en positie. Tegenwoordig speelt macht nog steeds een rol en staat collectief leren zoals verankering van gedeelde doelen, nemen van risico's en experimenteren en kennis delen in de weg (Bunderson & Reagans, 2011; Edmondson, 2003). In de praktijk valt op dat de verpleging zich over het algemeen afhankelijk opstelt ten opzichte van de artsen. De artsen nemen de leiding tijdens belangrijke momenten van samenwerking en domineren de onderlinge relatie. In de interviews wordt voorzichtig het woord hiërarchie in de mond genomen. Er wordt gesproken over meer afstand en formaliteit. Eigenzinnigheid van artsen wordt meerdere malen door de verpleging benoemd als storend en niet productief voor de samenwerking. Men wordt hierop meestal niet van feedback voorzien en kan zich dit blijkbaar permitteren. Opvallend is wel dat ervaringen verschillen binnen de twee sub specialismen op de afdeling. Een meer taakgerichte en zakelijke benadering van samenwerking blijkt uit de literatuur gebaat te zijn bij hiërarchie, waarbij dominant en ondergeschikt gedrag elkaar complementeren en de rollen worden verduidelijkt (Magee & Galinsky, 2008).

Dit werkingsmechanisme is herkenbaar binnen het subspecialisme waar meer hiërarchie wordt ervaren en er sprake is van meer traditionele rolverdelingen. De verpleging ervaart dit als onwenselijk en geeft hiermee impliciet aan uit de ondergeschikte positie te willen komen. De praktijk bevestigt hier het beeld wat in de literatuur geschetst wordt. Deze disbalans in de onderlinge relaties ondermijnt de autonomie en bijdrage van de verpleging in de samenwerkingsrelatie (Tang *et al.*, 2013) en werpt barrières op in de interactie en het geven van feedback (Hammelburg *et al.*, 2014). Kort gezegd, dit staat diametraal tegenover de gehanteerde definities van interdisciplinaire samenwerking, zoals D'Amour *et al.* (2005) en Petri (2010) die hanteren, en de wenselijke situatie zoals die in de praktijk wordt benoemd. Dit is een belangrijk argument om te streven naar meer gelijkwaardigheid. In de praktijk wordt ook de urgentie gevoeld om uitwassen van de hiërarchie, zoals een ervaren drempel in de communicatie te pareren. Zowel artsen als verpleegkundigen storen zich hieraan en zien hierin een bedreiging voor goede zorg. Waar dit geweten wordt aan een gebrek aan assertiviteit bij de verpleging en persoonlijke stijl en bereikbaarheid van artsen, lijkt dit toch alles te maken te hebben met de hierboven beschreven gelaagdheid in de onderlinge verhoudingen, voortkomend uit de historische context. Hier kan dus een belangrijke drijvende kracht bij beide disciplines gevonden worden om iets aan de onderlinge samenwerking te doen.

Waar macht intentionele en effectieve beïnvloeding is door een persoon van een ander (Wrong, 1979), is er bij macht zoals die in de definities van interprofessionele samenwerking gebruikt wordt eigenlijk sprake van invloed. Deze invloed is wederkerig op basis van gelijkwaardigheid. In de praktijk verlangt de verpleging naar deze gelijkwaardigheid in de samenwerking. De bevindingen uit zowel de praktijk als de literatuur duiden op twee sporen die ingezet kunnen worden om een beweging in gang te zetten van macht en invloed naar meer gelijkwaardigheid. Enerzijds kan de verpleging zoals ik ook bij het thema betrokkenheid en vertrouwen heb aangegeven, de eigen invloed op basis van kennis en

ervaring meer laten gelden door actief te participeren in de besluitvorming (Robinson *et al.*, 2010). Dit kan leiden tot een andere perceptie van de verpleegkundige rol door de artsen (D'Amour *et al.*, 2005). Hier snijdt het mes aan twee kanten en wordt zoals hiervoor al beschreven betrokkenheid en vertrouwen verhoogd, maar wordt tegelijkertijd proactief de eigen invloed ingezet om meer gelijkwaardigheid in de relatie te brengen. Gebrek aan begrip bij de artsen voor de rol van de verpleegkundigen belemmert in de bestaande hiërarchie namelijk hun bijdrage (Tang *et al.*, 2013). Hiertoe is het belangrijk de eigen rol meer te verduidelijken (Brault *et al.*, 2014). Bekrachtiging hiervan kan weer gevonden worden in bewustwording van de wederzijdse afhankelijkheden voor het collectieve doel. Een belangrijke interventie die hierin kan ondersteunen is IPE. Op het tweede spoor is er een rol weggelegd voor de artsen en anderen hoger in de sociale hiërarchie, die hun invloed gesocialiseerd kunnen aanwenden ten dienste van het collectieve doel. Nembhard en Edmondson (2006) spreken hier van inclusief gedrag, waarmee degenen met een hogere status met woorden en daden de bijdrage van anderen waarderen. Door op deze manier positief leiderschap te tonen en een rolmodel te zijn, wordt psychologische veiligheid gecreëerd (Edmondson, 2003; Bunderson & Reagans, 2011; Regan *et al.*, 2016; Brault *et al.*, 2014). Dit is een belangrijk instrument om meer gelijkwaardigheid te creëren (Bunderson & Reagans, 2011). Als er meer respect, begrip en waardering is voor de rol van de verpleegkundige lijkt deze stap eerder genomen te kunnen worden. In de praktijk is hier een sprekend voorbeeld van gegeven waar bij een sub specialisme de artsen bewust proberen een meer informele en laagdrempelige sfeer te creëren door meer tijd en ruimte te geven voor discussie, een praatje tussendoor en aandacht voor elkaar als persoon. Wat hier gebeurd is dat de artsen aansluiten bij de betekenis die verpleegkundigen geven aan de samenwerking, vanuit betrokkenheid en met aandacht voor gezamenlijkheid waarbij informaliteit de machtsdisbalans neutraliseert. Dit wordt positief ontvangen door de verpleging die zich hierdoor sterker kan positioneren en meer gelijkwaardigheid in het onderling contact ervaart. Door vanuit de verschillende disciplines elkaar op deze manier wederkerig te beïnvloeden in het licht van het collectieve doel, in plaats van gebruik te maken van machtsposities, kan een begin gemaakt worden met het creëren van meer gelijkwaardige posities van beide disciplines.

Professionaliteit

Professionalisering is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het professioneel handelen binnen een beroepsgroep. De literatuur is verdeeld over het effect van autonoom handelen vanuit de eigen professionele kaders in relatie tot de interdisciplinaire samenwerking, omdat er geen aandacht uit zou gaan naar de gezichtspunten van de andere discipline (D'Amour *et al.*, 2005; Rose, 2011). Communicatie over de unieke expertise en rol in de zorg voor de patiënt kan echter ook ingezet worden in de samenwerking (Bronstein, 2003). Onderzoeken bevestigen deze positieve relatie tussen autonomie en samenwerking (Rafferty *et al.*, 2001; Papathanassoglou *et al.*, 2012). Door de sterke onderlinge afhankelijkheden zullen interventies die binnen een discipline worden ingezet, ook effect hebben op de andere (Zwarenstein & Reeves, 2006). Hier dient dan wel de gezamenlijkheid bewust gezocht te worden omdat dit ook aanleiding kan geven tot polarisatie. De behoefte onder de verpleging om vanuit professionalisering een meer gelijkwaardige rol te pakken waarbij de autonomie wordt verhoogd, kan dan heel goed samengaan met het versterken van de interdisciplinaire samenwerking. Vanuit autonomie kan de verpleging zich beter positioneren, waaruit vervolgens in onderlinge afhankelijkheid besluitvorming kan plaatsvinden, waarbij beide disciplines een gelijkwaardige inbreng hebben. Deze beweging leidt naar verwachting tot meer gezamenlijkheid in besluitvorming.

Het systeem in de praktijk blijkt nog sterk gericht te zijn op de scheiding van beroepsdomeinen en het afdekken van verantwoordelijkheden, waarmee de dagelijkse praktijk van samenwerken tekort wordt gedaan. De overlap tussen beroepsdomeinen op een complexe verpleegafdeling vraagt juist om meer flexibiliteit en vrijheid en ruimte voor professionaliteit. Hier wordt invulling aan gegeven door ervaren verpleegkundigen die meedenken in medisch beleid en al proactief zonder medische orders zelf in actie

komen. Verantwoordelijkheden worden genomen die feitelijk nog niet zijn afgedekt. De verpleging is trots op de eigen kundigheid en wordt hierin ook gewaardeerd door de artsen. Maar er is ook waakzaamheid bij artsen, want hoe kundig is de individuele verpleegkundige om een goede inschatting te maken. Wordt een ‘niet pluis gevoel’ bijvoorbeeld tijdig gecommuniceerd? Over en weer volgen de disciplines elkaars acties om een inschatting te kunnen maken van wederzijdse adequaatheid. De verpleging heeft de behoefte aan meer duidelijkheid en afspraken over de uiteindelijke vastlegging van verantwoordelijkheden in dit grijze gebied waar de beroepsdomeinen elkaar overlappen, zonder in een rigide systeem verzand te raken. Zorgpaden worden benoemd als standaard waarmee voor een belangrijk deel verantwoordelijkheden kunnen worden afgedekt. Daarnaast is dit grijze gebied bij uitstek het terrein waar normatieve professionalisering een rol kan spelen. Hier wordt professionalisering expliciet verbonden aan het normatieve kader het goede te doen (Van Ewijk & Kunneman, 2019 p. 58-61), kunnen beide disciplines in co-creatie (Wierdsma, 1999) goede zorg definiëren en wordt professionaliteit iets gemeenschappelijks. Door duidelijkheid in de rolverdeling en verantwoordelijkheden wordt gezorgd voor houvast en zekerheid en kunnen discussies voorkomen worden.

Kennis en ervaring

Kennis en ervaring spelen op de hoog specialistische afdeling bij beide disciplines een belangrijke rol in de samenwerking. Het geeft letterlijk zeggenschap, met kennis en ervaring ben je gesprekspartner in de samenwerking, word je serieus genomen en het schept vertrouwen. In de literatuur wordt klinische kennis en ervaring ook als een factor genoemd die participatie in de samenwerking beïnvloedt (Lockhart-Wood, 2000). Vanwege de sterke gerichtheid op de eigen professie in de opleidingen, is er echter weinig kennis van en inzicht in de praktijkvoering van andere disciplines (San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005). Dit inzicht in elkaars werkzaamheden, maar ook in de manier waarop er geredeneerd wordt voor het maken van beleid, wordt in de praktijk juist benadrukt als bevorderende factor voor de samenwerking. Door elkaar te kunnen lezen en begrijpen ontstaat er vertrouwen in de samenwerking wat cruciaal is voor een goede afstemming. In de praktijk wordt de mismatch hierin tussen beide disciplines ook benoemd. Onbegrip leidt dan tot irritaties en frustraties wat juist een wig drijft tussen de disciplines. Daarnaast worden ook de verschillen in niveau van kennis en mate van ervaring genoemd, wat de samenwerking compliceert. Het juist inschatten van elkaar in relatie tot het nemen van verantwoordelijkheden om veilige zorg te kunnen bieden is van groot belang.

Door in te zetten op IPE waarbij beide disciplines gezamenlijk interactief leren met als doel de interprofessionele samenwerking te verbeteren, kan kennis en inzicht vergroot worden (Reeves *et al.*, 2013). Deze interventie wordt ook gezien als een methode om verpleegkundigen te empoweren met kennis en vaardigheden (Tang *et al.*, 2013). Hierbij kan ervaringsdeskundigheid ingezet worden zodat praktische wijsheid, kennis gebaseerd op persoonlijke ervaringen die in de praktijk zijn opgedaan (Weerman, 2016), geïntegreerd kan worden in het interdisciplinair leren. Hier dient nadrukkelijk het gezamenlijke vraagstuk centraal gesteld te worden en niet de eigen discipline (Van Ewijk & Kunneman, 2019). In de IPE-bijeenkomsten kan er interdisciplinair ruimte gecreëerd worden voor reflectiviteit en normativiteit waardoor de verschillende perspectieven dichter bij elkaar gebracht kunnen worden. Zo kan er gezamenlijk gewerkt worden aan hernieuwde invulling van de samenwerking waar ‘oude’ percepties worden getransformeerd en de hiërarchische uitwerking hiervan wordt omgebogen naar gelijkwaardigheid.

Organisatie en planning

Interdisciplinaire samenwerking wordt gezien als een proces wat vanuit verschillende perspectieven betekenis krijgt (Wierdsma, 1999). Binnen de organisatie zijn op verschillende niveaus actoren betrokken bij de betekenisgeving hieraan en kan er ook op verschillende niveaus ingegrepen worden in

die context. Als het perspectief van een discipline hierin dominant is ontstaat er, zoals uit dit onderzoek blijkt, een disbalans in de sociale hiërarchie met gevolgen voor de kwaliteit van de samenwerking. Betekenisgeving hangt dus af van de verbinding die gemaakt kan worden tussen de betrokken actoren op de verschillende niveaus. De dialoog waarmee betekenis wordt gegeven aan de interdisciplinaire samenwerking dient volgens Wierdsma en Swieringa (2002) plaats te vinden op het niveau van het geheel, waarbij alle spelers interacteren. Vanuit het organisatieniveau kunnen daarnaast verbindingen op microniveau gefaciliteerd worden (Collette *et al.*, 2017, p. 471). Een organisatie gericht op posities, structuren en hiërarchie is hierin niet ondersteunend. Transactioneel organiseren is een vorm van organiseren die hier beter bij aansluit, waarbij mensen verbonden worden in netwerken van activiteiten, relaties en betekenissen die voortdurend aan verandering onderhevig zijn (Wierdsma & Swieringa, 2002). Naast de werking hiervan op het niveau van het geheel is dit ook precies wat de professionals in de praktijk nodig hebben om met elkaar die verbinding aan te gaan en te leren van elkaar. Als dit ondersteund wordt met culturele waarden en normen (Collette *et al.*, 2017; San Martín-Rodríguez *et al.*, 2005) die de dialoog op basis van gelijkwaardigheid onderschrijven, kan vorm gegeven worden aan collectief leren waarbij impliciete kennis van de medewerkers gedeeld wordt in de organisatie (Kor *et al.*, 2008). Hiermee kunnen de competenties van de disciplines inzichtelijk worden, krijgt de verpleging een spreekbuis, kan ervaringsdeskundigheid gedeeld worden en kan het proces van normatieve professionalisering in beweging komen en zijn beslag krijgen op verschillende niveaus in de organisatie.

De praktijk van een UMC is helaas nog anders, waar de medische staf een belangrijke rol speelt in een hiërarchische structuur. Zo is de onderzochte organisatie een decentrale lijnorganisatie waarin de verbindingen juist nog veel meer gemaakt kunnen worden. Er is echter een beweging op gang die meer aansluit bij de hiervoor genoemde voorwaarden voor interdisciplinaire samenwerking, zoals het werken aan een *just culture* waarbij dialoog en wederzijdse verantwoordelijkheid als norm worden gesteld en vertrouwen en lerend vermogen centraal staan.

Op de verpleegafdeling wordt de samenwerking gekenmerkt door gefragmenteerde kortstondige contacten die zorgen voor weinig samenhang (Reeves & Lewin, 2004). Dit heeft te maken met het niet continu beschikbaar zijn van artsen op de afdeling (Tang *et al.*, 2013). Coördinatie moet dan vooral gezocht worden in een doorlopend proces van adresseren van onvoorziene veranderingen (Bruns, 2013). In de praktijk wordt er daarom sterk ingezet op de zakelijke kant van de samenwerking en de efficiëntie van het proces, met name voor de artsen. Daarmee is er minder aandacht voor het interpersoonlijke aspect van samenwerking wat juist als belangrijk wordt bestempeld. Er wordt onvoldoende tijd genomen voor elkaar. Daarnaast wordt er nonchalant omgesprongen met de huidige afspraken waardoor men niet altijd tot beleid komt en het onderling vertrouwen schade oploopt. Er is behoefte aan meer structuur en afspraken, maar ook aan het opvolgen hiervan. Ook hiervoor dienen de verschillende disciplines met elkaar in gesprek te gaan om afspraken te maken waarmee verwachtingen en verantwoordelijkheden verduidelijkt kunnen worden (D'Amour *et al.*, 2008).

5.2 Een geïntegreerde aanpak met actiespiralen

De betrokken medewerkers zijn met de verschillende thema's aan de slag gegaan in de werkgroepen waarbij zij zelf het voortouw hebben genomen. Ik was vaak aanwezig als toehoorder. In de volgende passages ga ik in op de discussies die in die thematische werkgroepen hebben plaatsgevonden. Hierbij zijn de volgende thema's verdiept.

Samenwerking en cultuur

Om de betrokkenheid bij elkaar verder te vergroten wil men meer gezamenlijkheid creëren. Hiertoe worden een aantal bijeenkomsten die momenteel monodisciplinair worden ingevuld, voor beide

disciplines toegankelijk. Zo worden de verpleegkundigen uitgenodigd voor de academische middag, worden de artsen uitgenodigd om op de verpleegkundige teamvergadering ontwikkelingen toe te lichten en is het idee opgevat te kijken of de dagevaluatie en complicatiebespreking ook gedeeld kunnen worden. Hiermee wordt respectievelijk op het gebied van kennis, ontwikkelingen, evaluatie en patiënt gerelateerde zaken de gezamenlijkheid gezocht waar tot op heden weinig met elkaar gedeeld werd.

Om laagdrempelig contact met elkaar te bevorderen dient er gewerkt te worden aan meer gelijkwaardigheid in de sociale hiërarchie. De interventies die gedaan worden met de casusbesprekingen en het visiteprotocol grijpen hierop in door de positionering van de verpleegkundige te versterken. Daarnaast dient er extra ingezet te worden op het bevorderen van een aanspreekcultuur waarbij de werkgroep samenwerking en cultuur een proef gaat houden met het gezamenlijk evalueren van de visite en nabespreking, waarbij net als bij de casusbesprekingen een belangrijke rol is weggelegd voor de artsen en andere actoren met een hogere sociale status. Zij dienen met inclusief gedrag en de inzet van hun invloed voor het collectief als rolmodel fungeren, ondersteund door een facilitator. Uitwisseling van artsen op beide sub specialismen kan het leerrendement wat hierin al is opgedaan vergroten.

Visite en nabespreking

De positionering van de verpleegkundigen wordt in een andere actiespiraal die gericht is op organisatie ook kracht bij gezet. Met de werkgroep *visite en nabespreking* wordt ingezet op de ontwikkeling van een visiteprotocol waar de rollen en taken voor beide disciplines helder zijn en de uitkomsten van de samenwerking vaststaan. Het nut van deze interventie wordt door meerdere studies onderschreven (Kramer & Schmalenberg, 2003; Tang *et al.*, 2013). Een belangrijke afspraak hierin is het gezamenlijk starten en afronden van de visite en nabespreking, waardoor er efficiënt beleid gemaakt kan worden en naar verwachting de perceptie van betrokkenheid van de artsen bij de verpleging positief beïnvloed zal worden. In dit protocol zal aandacht zijn voor de positionering van de verpleegkundige die in tegenstelling tot de huidige praktijk een specifieke rol krijgt toebedeeld. Voor de totstandkoming van dit protocol worden al veel dwarsverbindingen gelegd tussen beide disciplines waarbij wederzijdse inzichten bij elkaar gebracht worden en er ruimte ontstaat voor verandering. Hier wordt al geëxperimenteerd met transactioneel organiseren.

Kennis en ervaring

Op het gebied van kennis en ervaring worden interventies bedacht en uitgezet die over het hele spectrum van de interdisciplinaire samenwerking uitwerken. In een actiespiraal wordt door de werkgroep *kennis en ervaring* ingezet op afstemming van de scholingsbehoefte op de praktijkvraag waarbij niet alleen kennisoverdracht plaatsvindt, maar er ook vanuit ervaringsdeskundigheid een bijdrage wordt geleverd aan de samenwerking. Dit wordt gezocht in gezamenlijke casusbesprekingen die door zowel de PA of arts-assistent als verpleegkundige gegeven worden en gezamenlijke praktijktrainingen zoals in acute situaties. Van beide disciplines worden mensen met ervaring ingezet om als rolmodel invloed op een sociale manier in te zetten voor het collectieve doel. Met deze interventie wordt enerzijds door het actief meedenken en inzicht geven in elkaars perspectieven, het elkaar kunnen ‘lezen en begrijpen’ vergroot waarmee een basis gelegd wordt om goede zorg met elkaar te kunnen definiëren. Anderzijds wordt het kennisniveau van het hele team opgetild zodat verschillen een minder grote rol gaan spelen. Door over te stappen van de klassieke vorm van onderwijs, waarbij de arts uitleg geeft en de verpleging passief consumeert, naar een interactieve vorm met een gezamenlijk optreden, krijgt de verpleegkundige direct een andere positie naast de PA of arts. Hiermee wordt verwacht resultaten te kunnen boeken in het verduidelijken van onderlinge afhankelijkheden en rolverdeling, waardoor respect en daarmee vertrouwen kunnen groeien en de kennis en ervaring toeneemt waardoor de verpleging meer gesprekspartner wordt van de arts. Met de positionering wordt ook de invloed van de verpleegkundige vergroot waardoor de stap gemaakt wordt naar meer gelijkwaardigheid.

Organisatie en planning

Voor de continuïteit gedurende de dag wordt het bewezen succes van de inzet van een PA of ziekenhuisarts, die in ieder geval in de dagdiensten op de afdeling aanwezig kan zijn, gezien als een solide en bestendige interventie. Deze ligt echter niet in de sfeer van controle van de werkgroep, maar heeft inmiddels de aandacht van het divisiebestuur. Om verantwoordelijkheden in het grijze gebied van overlap tussen disciplines goed af te dekken en veel ergernis rondom dubbele registraties te voorkomen, worden pragmatische verbeteringen bedacht die het proces van samenwerking ondersteunen en verantwoordelijkheden leggen waar ze horen.

5.3 Bijdrage aan de literatuur en het praktijkveld

Dit onderzoek is uniek in zijn opzet en uitvoering en levert als zodanig een belangrijke bijdrage aan het praktijkveld en de literatuur. Voor de specifieke praktijk van een verpleegafdeling in een UMC is hele waardevolle informatie opgehaald. Zo is de complexiteit van de interdisciplinaire samenwerking in kaart gebracht en zijn de belangrijke thema's geïdentificeerd die in deze samenwerking een prominente rol spelen. De geprioriteerde thema's die gedurende het proces aandacht hebben gekregen zijn in al hun samenhang geanalyseerd. Hierdoor ontstaat er niet alleen een compleet beeld van die samenwerking, maar ook ontvouwen zich mogelijkheden om de samenwerking hernieuwd vorm te geven. De erfenis van traditionele verhoudingen kan door verschillende interventies omgebogen worden naar een moderne en meer gelijkwaardige vorm van samenwerking die recht doet aan de veranderende context. De praktijk is gedurende het onderzoek zelf al experimenterende geweest met een aantal interventies. Deze brengen op zichzelf reeds veranderingen teweeg in de bestaande dynamiek, zoals de dialogische sessie waarbij wederzijdse perspectieven worden belicht, maar ook de discussies en richting die de werkgroepen geven met hun interventies. Hoewel interventies nog vervolgd dienen te worden is hiermee al een veranderproces in gang gezet waarbij de dialoog tussen beide disciplines op gang is gekomen. Er is een beweging in gang gezet waarbij een gezamenlijke urgentie gevoeld wordt de samenwerking te verbeteren die in acties wordt omgezet. Dit is op zichzelf al een heel mooi resultaat.

Wat opvalt is dat de literatuur over de interdisciplinaire samenwerking gedomineerd wordt door de verpleegkundige beroepsgroep. Persoonlijk denk ik dat dit te wijten is aan het gevoel van urgentie wat meer leeft onder de verpleegkundigen. Dit heeft invloed gehad op de input die vanuit de literatuur op de thema's is gegeven. De bestaande literatuur over interdisciplinaire samenwerking is daarbij nog erg gefragmenteerd en gefocust waarbij deze zich voornamelijk beperkt tot context beschrijvingen, definities, antecedenten en interventies. Doordat met de literatuur direct de aansluiting gezocht is bij de thema's uit de praktijk is hiermee heel duidelijk een focus aangebracht die meteen ook de beperkende scope van het onderzoek aangeeft. Met dit onderzoek zijn veel verschillende aspecten van de samenwerking aan elkaar verbonden op basis van de input uit de praktijk en literatuur, waarbij ook het medisch perspectief aandacht heeft gekregen. Ik heb geenszins de illusie dat hiermee een compleet beeld gegeven wordt, maar het is uniek hoe dit in al zijn meerstemmigheid vanuit de praktijk tot stand gekomen is. Er worden enkele interessante bevindingen aangereikt die richting kunnen geven aan vervolgonderzoek. De beweging die in dit actieonderzoek is beschreven, van macht en invloed naar gelijkwaardigheid in de sociale hiërarchie is een interessant aanknopingspunt voor verder onderzoek. Waar de literatuur erop wijst dat de traditionele hiërarchie nog gemeengoed is, kan dit een heel universeel thema zijn binnen de context van de ziekenhuizen en daarmee van grote waarde zijn. Speciaal daarbij is de nadruk die wordt gelegd op de positionering van de verpleegkundige interessant om in de

praktijk verder te onderzoeken. Juist omdat dit een beweging is die voor de beroepsgroep als geheel actueel is en met de introductie van de nieuwe beroepsprofielen landelijke impact zal hebben. Naar mijn idee verdient de dubbele rol die professionalisering en autonomie in relatie tot interdisciplinaire samenwerking kunnen hebben daarbij nog de aandacht. Daarnaast is gepoogd de samenhangende context waarin deze beweging gemaakt kan worden beter te leren begrijpen en te zien welke interventies op deze context effect kunnen hebben. Hiermee zijn bestaande inzichten uit de literatuur en praktijk met elkaar in verband gebracht en nieuwe inzichten ontstaan.

De impact van alle interventies, die in hun samenhang bezien moeten worden, kan op dit moment nog niet vastgesteld worden. Door tijdsgebrek kunnen deze niet tot volledige implementatie en evaluatie binnen het bestek van dit onderzoek afgerond worden. Om de waarde hiervan echter te kunnen gebruiken voor de praktijk van de toekomst zal ik samen met mijn medeonderzoeker het onderzoek met de actiespiralen door middel van de ‘*Plan, Do, Check, Act*’-cyclus vervolgen. Binnen soortgelijke contexten kunnen andere verpleegafdelingen hun voordeel doen met de bevindingen die dit actieonderzoek oplevert. Zo kan de interdisciplinaire samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen een stevige impuls krijgen en beter aansluiten bij de snel veranderende context.

5.4 Terug naar de onderzoeksvraag

Met dit onderzoek wat in gezamenlijkheid is vormgegeven door mijzelf en de medeonderzoekers is getracht een antwoord te geven op de tweeledige hoofdvraag. De eerste vraag luidt: *Hoe wordt de interdisciplinaire samenwerking op een verpleegafdeling van een academisch ziekenhuis door artsen, PA's en verpleegkundigen ervaren?*

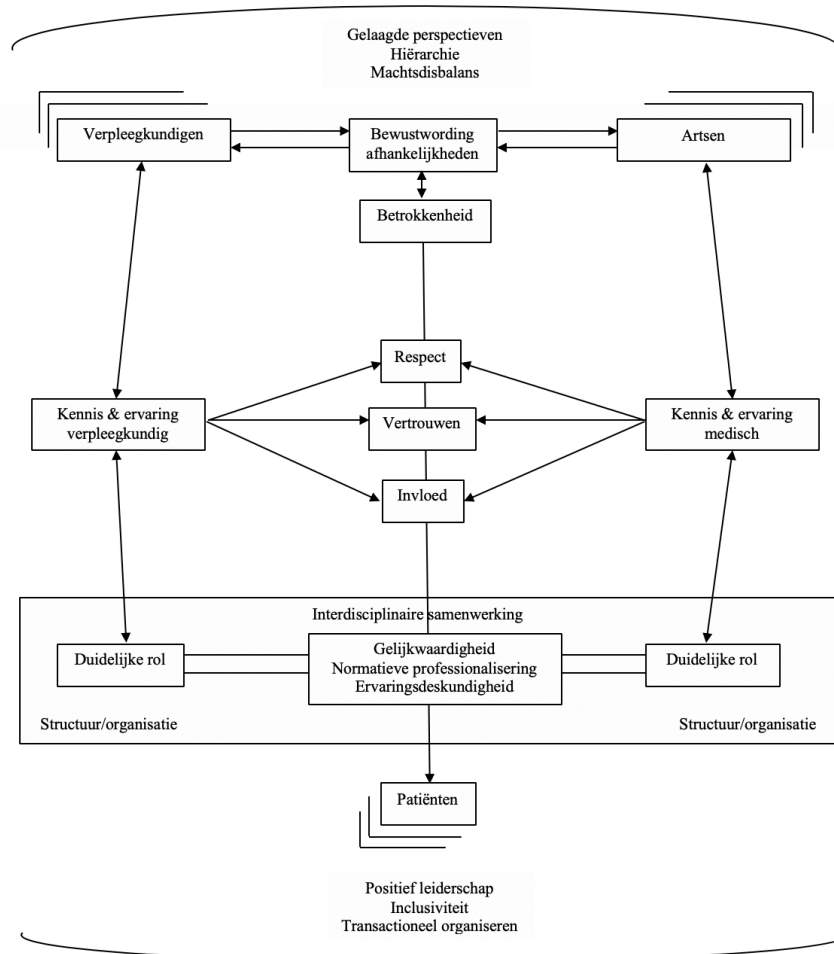
Samenwerking wordt gezien als een lastig te definiëren abstract begrip. Het is iets wat ontstaat tussen mensen in onderlinge interactie waarbij men op basis van vertrouwen en respect elkaar van dienst kan zijn en gezamenlijk tot resultaten kan komen voor de patiënt. In de dagelijkse praktijk worden deze momenten met elkaar gecreëerd, maar in de complexe context worden er vele factoren benoemd die dit proces in de weg staan. Dat zijn de plekken waar het schuurt. De verpleging ervaart hierin meer problemen dan de artsen. Zij ervaren onvoldoende betrokkenheid en steun van de artsen in verantwoordelijkheden rondom de overlap van beroepsdomeinen waar zij veel problemen ondervangen en ervaren daarnaast een gebrek aan continuïteit en structuur. Zij benoemen tijdsdruk, formaliteit en hiërarchie als belemmerende factoren waardoor een drempel in de communicatie kan ontstaan en zien in de visite en nabespreking dat het resultaat van de samenwerking soms uitblijft omdat artsen zich niet consequent gedurende de hele bespreking committeren. De artsen daarentegen zien de verpleegkundigen als een betrouwbare en kundige samenwerkingspartner. Sommigen delen de zorgen van de verpleging en benoemen dezelfde punten van wrijving, maar deze worden niet als grote problemen in de samenwerking ervaren.

De ervaringen uit de praktijk dienen gezien te worden in hun context waarbij er sprake is van een erfenis uit het verleden. Het oude spel van de machtspositie van artsen in relatie tot verpleegkundigen vindt nog steeds zijn weerslag in de sociale hiërarchie. Deze machtsdisbalans die uitwerkt in taakgerichtheid en zakelijkheid is nog steeds een realiteit die collectiviteit in de weg staat. Daarbij is het systeem rondom de samenwerking ingericht op het scheiden en afdekken van verantwoordelijkheden tussen de beroepsdomeinen. De praktijk wordt steeds complexer waarbij er meer overlap tussen de beroepsdomeinen ontstaat en afhankelijkheden groter worden. Men zoekt naar meer flexibiliteit en vrijheid om met die verantwoordelijkheden om te gaan. Door de diversiteit van persoonlijkheden en competenties is wederzijdse adequaatheid echter lastig vast te stellen. Er ontstaat een nieuwe behoefte om in deze veranderende context afspraken te maken over verantwoordelijkheden.

Vanuit hun specifieke positie en perspectief in dit speelveld geven artsen en verpleegkundigen betekenis aan de samenwerking. De disbalans houdt de afhankelijkheidspositie van de verpleging in stand en ondermijnd de ontwikkeling van verpleegkundige autonomie en bijdragen in de samenwerking. De urgentie om de samenwerking te verbeteren wordt bij de verpleging sterker gevoeld dan bij de artsen die tevreden zijn over een voor hen ogenschijnlijk comfortabele status quo, waarbij het speelveld van wederzijdse afhankelijkheden en de inwerking van krachten niet geheel wordt overzien. Een voorbeeld hiervan is het feit dat de stafartsen verrast waren door de ervaren drempel en het beleefde gebrek aan een aanspreekcultuur die de verpleging kan ervaren in de communicatie.

De geschetste problematiek rondom de samenwerking heeft de betrokkenen aangezet om beweging te creëren in de bestaande gang van zaken. Hier komt de tweede onderzoeksvraag in beeld: *Hoe kan de interdisciplinaire samenwerking tussen artsen, PA's en verpleegkundigen op een verpleegafdeling in een academisch ziekenhuis door betrokkenen zelf vormgegeven worden?*

Om beweging te initiëren in de bestaande situatie dient er allereerst voldoende betrokkenheid te zijn. Dit kan door bewustwording van de wederzijdse afhankelijkheden en de uitwerking daarvan in de praktijk, in het licht van het gemeenschappelijke doel. Op basis hiervan kan inzicht in de kennis, ervaring en competenties van de andere discipline groeien, wat respect verdiend en vertrouwen geeft en de professionele identiteit bekrachtigd. Dit conditionele vertrouwen op basis van competenties is doorgaans het hoogst haalbare in grotere teams. Zicht op competenties en waardering hiervan staat of valt met een duidelijke positionering in de samenwerking. De verpleging heeft hier nog een stap te maken en kan zich sterker profileren op weg naar gelijkwaardige besluitvorming, verantwoordelijkheden en invloed. Hiertoe dient een beweging gemaakt te worden van disbalans in machtsposities naar wederkerige beïnvloeding. Met invloed die steunt op kennis en ervaring wordt wederkerigheid gecreëerd in de relatie tussen de disciplines en zal er een basis ontstaan voor meer gelijkwaardigheid. De barrière in het geven van feedback, de ervaren drempel in de communicatie en waardering van ieders inbreng, vormen aanknopingspunten voor beide disciplines om deze gelijkwaardigheid op te zoeken. Als dit meer vorm krijgt ontstaat er ruimte om in interdisciplinair verband te werken aan normatieve professionalisering waarbij men reflecteert op betekenisgeving en de variëteit van elkaars perspectieven. Zo kan gebruikmakend van elkaars ervaringsdeskundigheid, in co-creatie, de collectieve competentie ontwikkeld worden om te handelen in de context met 'goede zorg' als resultaat. Dit kan bij uitstek richting geven in het lastige grijze gebied waar de beroepsdomeinen overlappen. Op de werkvloer kan dit alles ondersteund worden door inclusief gedrag, positief leiderschap en gesocialiseerd gebruik van invloed voor het collectieve doel. Binnen de organisatie zal aandacht uit moeten gaan naar het faciliteren van dit proces door recht te doen aan de dialoog over betekenisgeving in de verbinding tussen actoren op het niveau van het geheel. Dit doet een beroep op het vermogen tot collectief leren waar impliciete kennis gedeeld wordt en dient ingebed te zijn in de juiste culturele waarden en normen. Om de hierboven geschetste beweging te visualiseren is dit vervat in een overzicht (Figuur 7).



Figuur 7: Overzicht van samenhang tussen de thema's op weg naar verbeterde interdisciplinaire samenwerking (Bron: Dit onderzoek)

Vanuit de gelaagdheid van perspectieven, voortbouwend op de hiërarchisch georiënteerde werkingsgeschiedenis van de samenwerkingsrelatie, vinden de disciplines elkaar onvoldoende. Maar door bewustwording van wederzijdse afhankelijkheden in de focus op de patiënt, wordt betrokkenheid en daarmee respect en vertrouwen gevoed, wat gesterkt wordt door kennis en ervaring en een duidelijke professionele identiteit. Hierdoor ontstaat er ruimte voor gelijkwaardigheid en de ontwikkeling van een interprofessioneel discours, waarbij de perspectieven naar elkaar toe kunnen bewegen en er een meer gemeenschappelijke betekenis aan interdisciplinaire samenwerking gegeven kan worden. Het is naar mijn idee een illusie te denken dat hier sprake kan zijn van één gezamenlijke werkelijkheid. Artsen en verpleegkundigen zullen er altijd verschillende perspectieven op nahouden. De verschillende werkelijkheden worden door de mensen in de praktijk geconstrueerd door identificatie en socialisatie. Deze worden beïnvloed door de beweging die met dit actieonderzoek wordt ingezet. Zo kunnen werkelijkheden geleidelijk opschuiven naar meer gemeenschappelijkheid waarmee beter aangesloten wordt bij de ontwikkelingen in de bredere context.

In de praktijk wordt de positionering van de verpleegkundige vanuit kennis en ervaring als een belangrijke factor gezien om de interdisciplinaire samenwerking vanuit meer gelijkwaardigheid vorm te geven en laagdrempelig contact te stimuleren. Door gezamenlijke interactieve casusbesprekingen en een duidelijke rol voor de verpleegkundige in de visite en nabespreking, ondersteund door rolmodellen uit beide disciplines die zich inzetten voor het collectieve doel, wordt afstand genomen van traditionele rolverdelingen en een beweging in gang gezet naar meer gelijkwaardigheid. Door daarnaast in

verschillende overlegmomenten dwarsverbindingen te maken tussen de disciplines waarmee afstemming gezocht kan worden op het gebied van kennis, ontwikkelingen, evaluatie en patiënt gerelateerde zaken, wordt de gezamenlijkheid gezocht en de wederzijdse betrokkenheid vergroot. Stimulatie van een aanspreekcultuur en reflectie op gezamenlijk handelen krijgt vorm in de evaluaties van de visite en nabespreking.

Het effect van de aandacht die door dit onderzoek aan het thema samenwerking en daarmee aan de betrokkenen is gegeven is naar mijn idee groot. De verpleegkundigen wiens stem in de medisch georiënteerde organisatie nog gemarginaliseerd is, wordt nu op afdelingsniveau gehoord. Zij maken van de mogelijkheid gebruik om de dialoog aan te gaan met de artsen en gezamenlijk actief de praktijk te veranderen. Een dialoog die voorheen geen kans kreeg. De artsen tonen op hun beurt meer betrokkenheid, zien meer het belang en komen met de verpleging in beweging om de samenwerking te verbeteren. De actiespiralen op de verschillende thema's laten zien dat met een geïntegreerde aanpak het bestaande systeem in een complexe context in beweging gebracht kan worden, en dat alleen al door dit proces er een verandering optreedt in de manier waarop artsen en verpleegkundigen met elkaar omgaan.

5.5 Persoonlijke reflectie

De keuze voor het onderwerp van dit onderzoek heb ik gemaakt in een andere werksetting waar een sterke behoefte was om hiermee aan de slag te gaan. In mijn nieuwe functie was het allereerst belangrijk te onderzoeken of er voor het onderwerp voldoende draagkracht leeft bij de werkvloer. Ik heb uitgebreid de tijd genomen en gesprekken gevoerd met betrokkenen om vast te stellen of dit het geval was en op welke afdeling ik hier het beste mee uit de voeten kon. Zonder hier zelf sterk op aan te hoeven sturen werd hier positief op gereageerd door een van de afdelingen.

Vanuit mijn positie als verpleegkundig manager en de ervaring die ik heb opgedaan in het UMC als verpleegkundige en leidinggevende ben ik uitgebreid bekend met de context. Ik ken de werkstructuren, het gebruikte jargon, het ziekenhuisbeleid en de cultuur. Dit heeft als voordeel dat ik snel kan schakelen in de gesprekken met de betrokkenen. Aan de andere kant ben ik gestart in een nieuwe functie met teams die voor mij nog onbekend zijn. Hierdoor kon ik met open vizier, zonder gekleurd te zijn in de persoonlijke contacten in gesprek gaan met de betrokkenen. Ik ben mij er echter ook van bewust dat ik vanuit mijn eigen perspectief het onderzoek heb geleid en dat ik hiermee ook inhoudelijk invloed heb gehad. Vanuit mijn verpleegkundige achtergrond heb ik een sterke affiniteit met deze beroepsgroep. Hierdoor is mijn ingang bij de verpleegkundigen naar mijn gevoel makkelijker geweest dan bij de artsen. De hogere mate van urgentie en relevantie van het thema voor de verpleging is hier naar mijn idee ook debet aan geweest. Door mijn nieuwsgierigheid naar het perspectief van de artsen en de relevantie hiervan voor het onderzoek, maar ook de opzet waarbij steeds de gemeenschappelijke bijdrage is gezocht, denk ik dat de inbreng van de medische discipline ook een evenredige rol is toebedeeld.

Het feit dat ik geïntrigeerd ben door de interdisciplinaire samenwerking op basis van mijn ervaringen uit het verleden, geeft al aan dat ik hier een bepaalde kijk op nahoud. Ik ben mij bewust dat ik daardoor al bepaalde vooringenomenheden heb over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. In mijn nieuwe rol als onderzoeker probeer ik mij hier steeds bewust van te zijn door mijn eigen subjectiviteit te herkennen. Met het afnemen van de interviews heb ik heel bewust het verhaal door de respondenten zelf laten vertellen. Ik wilde voorkomen dat ik zelf richting zou geven aan het gesprek met suggestieve vragen. Toch merkte ik dat ik soms onbewust tijdens het gesprek een subjectieve vraag stelde die richting gaf aan het vervolg. In de uitwerking van de transcripten en het coderingsproces heb ik dit herkend en met de respondent afgecheckt en meegenomen in de interpretatie van het verhaal.

In mijn rol als onderzoeker heb ik op een andere manier kennis gemaakt met de professionals. Ik merkte echter wel dat het voor hen lastig kan zijn om in de context van het onderzoek mijn positie als manager los te koppelen van mijn rol als onderzoeker. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een afwachtende en afhankelijke opstelling van sommigen, of de omzichtigheid waarmee men aanvankelijk met vragen omging. In mijn rol als manager wordt van mij leiding verwacht, waar ik zelf juist als actieonderzoeker de mensen zelf in hun kracht probeer te zetten. Door te investeren in de onderlinge contacten door intensieve gesprekken te voeren en mee te lopen in de praktijk, veranderde mijn relatie met de betrokken medeonderzoekers. Deze kon geleidelijk aan gemakkelijker losgekoppeld worden van functies en werd zo meer gelijkwaardig. Dit merk ik door de vrijheid waarmee er gesproken wordt over de thema's die op tafel komen. Ik ben zelf deelnemer geworden aan het onderzoek wat ik samen met mijn medeonderzoekers vorm heb gegeven. Hier heb ik het idee losgelaten dat ik als actie onderzoeker mijn eigen invloed niet mee kan nemen. Door met de betrokkenen te discussiëren, te reflecteren en richting te geven aan de actiespiralen heb ik zelf als medeonderzoeker leren accepteren dat mijn invloed onderdeel is van het actieonderzoek.

Waar ik in de oriëntatie- en de themafase zelf nog in belangrijke mate de regie had met het afnemen van de interviews de observaties en de dialogische bijeenkomst, heb ik in de kristallisatie- en exemplarische fase veel meer de rol van facilitator op me genomen. In deze rol heb ik wederzijdse verwachtingen duidelijk moeten maken, om de medeonderzoekers in een actieve modus te krijgen waarin ze zelf de regie nemen over de actiespiralen. Mijn rol zat meer op het sturen van het proces en de voortgang van het onderzoek, waarbij de gelegenheid werd gecreëerd om elkaar te ontmoeten en de cyclus van *'Plan, Do, Check, Act'* te volgen. Samen met mijn medeonderzoeker heb ik deze regietaken uitgevoerd en overzicht gehouden over de verschillende thema's en werkgroepen die sterk met elkaar verbinding houden. Dit heeft gezorgd voor uitwisselingen en kruisbestuivingen van ideeën en de uitvoering daarvan. Ik ben zoveel mogelijk aanwezig geweest bij de werkgroep bijeenkomsten om de bevindingen van het literatuuronderzoek als aanvulling op de thema's in te brengen en te bewaken dat het doel van de actiespiraal werd vastgehouden. Hiervoor was het soms nodig inhoudelijk bij te sturen waar de neiging bestond om te snel in allerlei micro oplossingen te denken. Wat in dit proces geholpen heeft om het zelf activerend vermogen van de werkgroepen te vergroten is de rol die mijn medeonderzoeker speelde. Aangezien zij zelf onderdeel uitmaakt van het team en daardoor midden in de praktijk staat, kon zij de deelnemers gedurende het onderzoek stimuleren en activeren.

Reflectie en actie zijn de rode draad geweest in dit onderzoek. In elke fase waren er verschillende momenten waarop ik met de medeonderzoekers en andere betrokkenen gereflecteerd heb op de bevindingen die we in de praktijk hadden opgedaan en wat dit vervolgens betekende voor de verder te nemen stappen. Zo was de totstandkoming van thema's uit de interviews een belangrijk moment in de themafase waarbij ik met de geïnterviewden afzonderlijk heb gereflecteerd op hun verhaal en vervolgens met enkele medeonderzoekers gezamenlijk de thema's heb gedestilleerd uit de gecodeerde verhalen van de geïnterviewden. Hieruit kwamen weer vervolgacties zoals de dialogische sessie waar wederom met elkaar gereflecteerd werd op de thema's en er op basis van gezamenlijk inzicht hernieuwd richting gegeven werd aan het vervolg in de werkgroepen. Daar vond in nieuwe samenstellingen van medeonderzoekers opnieuw reflectie plaats en werden verbindingen gelegd tussen de thema's en de betrokken werkgroep leden. Dit geeft mooi aan hoe het onderzoek een iteratief proces is geweest waarbij er steeds opnieuw naar de werkelijkheid gekeken wordt en er steeds weer nieuwe inzichten ontstaan door verschillende betrokken medewerkers, die daarmee opnieuw richting geven aan het vervolg.

Tijdens het onderzoek ben ik tegen enkele knelpunten aangelopen die invloed hebben gehad op het verloop. Zo heeft bij het interpreteren van de interviews de factor tijd een rol gespeeld. Als ik na het afnemen van een interview de ruimte had gehad om deze helemaal uit te werken en te coderen had ik in volgende interviews specifiekere vragen op deze codes waardoor ik mogelijk nog meer verdieping had kunnen aanbrenge. Die mogelijkheid heb ik gemist doordat ik in de praktijk soms

meerdere interviews per dag afnam. In de kristallisatiefase ben ik tegen een praktische beperking aangelopen. Op de afdeling heeft zich in korte tijd een groot verloop aangekondigd waardoor er minder formatie beschikbaar was en er keuzes gemaakt moesten worden voor de patiëntenzorg ten koste van het onderzoek. Dit heeft vertraging gegeven in de uitwerking van actiespiralen door de werkgroepen waardoor ik de exemplarische fase nog niet volledig heb kunnen doorlopen. Het actieonderzoek is bij het schrijven van deze thesis daarom nog niet afgerond en zal zoals aangegeven nog een vervolg krijgen.

LITERATUUR

- Albinusnet LUMC. (2018). Projectoverzicht. Geraadpleegd op 9 januari 2019, van https://www.albinusnet.nl/lim/them/werkaangep/att/Projecten_overzicht
- Bal, R. A. (2008). De nieuwe zichtbaarheid: sturing in tijden van marktwerking. Geraadpleegd 9 januari 2019, van <http://repub.eur.nl/pub/13239>
- Bedwell, W. L., Wildman, J. L., DiazGranados, D., Salazar, M., Kramer, W. S., & Salas, E. (2012). Collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization. *Human Resource Management Review*, 22(2), 128-145.
- Boevink, W. A. (2017). *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. (Dissertatie). Maastricht: Maastricht University.
- Boog, B. (2011). Actieonderzoek of handelingsonderzoek. In: Boer, F. de & Smaling, A. (red.) *Benaderingen in kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom Lemma.
- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C.-A., ... & Beaulieu, M.-D. (2014). Role Clarification Processes for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study. *Nursing Research and Practice* (2014), Art. 170514.
- Brohm, R., Lambregtse, J., Muijen, H., Ronde, M. de., Banning, M. (2016). Inleiding begeleidingskundig handelingsonderzoek. (Paper). Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.
- Bronstein, L. R. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306.
- Bruns, H. C. (2013). Working alone together: coordination in collaboration across domains of expertise. *Academy of Management Journal*, 56(1), 62-83.
- Bunderson, J. S., & Reagans, R. E. (2011). Power, Status, and Learning in Organizations. *Organization Science*, 22(5), 1182–1194.
- Burford, B., Morrow, G., Morrison, J., Baldauf, B., Spencer, J., Johnson, N., ... & Illing, J. (2013). Newly qualified doctors' perceptions of informal learning from nurses: Implications for interprofessional education and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 394-400.
- CBS. (2016). Meten van SDGs: een eerste beeld voor Nederland geraadpleegd op 20 januari 2019, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2016/44/meten-van-sdgs-een-eerste-beeld-voor-nederland>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. London: Sage.
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351-364.
- Coghlan, D., & Brannick, T. (2005). *Doing action research in your own organization*. Los Angeles, CA: Sage.
- Collette, A. E., Wann, K., Nevin, M. L., Rique, K., Tarrant, G., Hickey, L. A., ... & Thomason, T. (2017). An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 470-478
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116–131.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and

- typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188-202.
- De Boer, F., & Smaling, A. (2011). *Benaderingen in kwalitatief onderzoek : een inleiding*. Den Haag: Boom Lemma.
- Delsen, L. W. M. (2016). Realisatie van de participatiesamenleving. Hervorming van de verzorgingsstaat in Nederland: 2010-2015. Geraadpleegd op 4 januari 2019, van <http://repository.uhn.ru.nl/bitstream/handle/2066/160932/160932.pdf>
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., & Jackson, P. R. (2015). *Management and business research*. London: Sage.
- Edmondson, A. C. (2003). Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1419-1452.
- Eriksson, P., & Kovalainen, A. (2016). *Qualitative methods in business research*. Los Angeles: Sage.
- Erlanson, D. A., Harris, E. L., Skipper, B. L., & Allen, S. D. (1993). *Doing naturalistic inquiry: a guide to methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Federatie Medisch Specialisten. (2016). *Medisch specialist 2025 trends en ontwikkelingen Medisch specialistische zorg*. Geraadpleegd op 9 januari 2019, van https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/MS2025_Trends_en_ontwikkelingen.pdf
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188-96.
- Hammelburg, R., Lubbers, W. J., & Nauta, N. (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Henneman, E., Lee, J., & Cohen, J. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109.
- Hetebrij, M., & Graaf, A. de. (2011). *Een goed besluit is het halve werk : van politieke spelletjes tot excellente besluitvorming*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Jones, G. R., & George, J. M. (1998). The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork. *Academy of Management Review*, 23(3), 531-546.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. T. A. (2014). *The action research planner : doing critical participatory action research*. Singapore: Springer.
- Kenny, M., & Fourie, R. (2015). Contrasting Classic, Straussian, and Constructivist Grounded Theory: Methodological and Philosophical Conflicts. *The Qualitative Report*, 20(8), 1270-1289.
- Kor, R., Wijnen, G., & Weggeman, M. C. D. P. (2008). *Meesterlijk organiseren : handreikingen voor ondernemende managers*. (2e Druk). Deventer: Kluwer.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Securing “good” nurse physician relationships. *Nursing Management*, 34(7), 34-38.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28(6), 58-71.
- Lewicki, R. J., & Bunker, B. B. (1996). Developing and Maintaining Trust in Work Relationships. In R.M. Kramer & T.R. Tyler (Eds.), *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research* (pp. 114, 139). Thousand Oaks, CA: Sage.

- LUMC. (2018). Grensverleggend beter worden. Geraadpleegd op 7 januari 2019, van https://strategie.lumc.nl/uploads/files/Strategisch_Plan_NL.pdf
- LUMC. (2017). Jaarverslag 2017. Geraadpleegd op 7 januari 2019, van https://www.lumc.nl/ove/att/80212012710221/2017/LUMC_Jaarverslag2017.pdf
- Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *British Journal of Nursing*, 9(5), 276–280.
- Magee, J. C., & Galinsky, A. D. (2008). 8 Social Hierarchy: The Self-Reinforcing Nature of Power and Status. *The Academy of Management Annals*, 2(1), 351–398.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526–533.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. en S. (2007). *Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving : de brief "Ruimte voor betere zorg" nader uitgewerkt*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966.
- NFU. (2017). Experiment ZIRE: Zinvolle Registratie. Geraadpleegd op 12 januari 2019, van <https://www.nfukwaliteit.nl/programmas/verantwoorden-van-kwaliteit/experiment-zire-zinvolle-registratie>
- NRC. (2018). Minister: wij redden geen ziekenhuizen. Geraadpleegd op 7 januari 2019, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2018/10/26/minister-wij-redden-geen-ziekenhuizen-a2752915-op-7-januari-2019>
- Papathanassoglou, E. D. E., Karanikola, M. N. K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. W. (2012). Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, and Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), e41–e52.
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73–82.
- Pfaff, K., Baxter, P., Jack, S., & Ploeg, J. (2014). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 4–20.
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 133–147.
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10 (sup2), ii32–ii37.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167–174.
- Reeves, S., & Lewin, S. (2004). Interprofessional collaboration in the hospital: strategies and meanings. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9(4), 218–225.

- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3). Art. CD002213.
- Regan, S., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Management*, 24(1), E54–E61.
- Robinson, F. P., Gorman, G., Slimmer, L. W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication in Hospitals. *Nursing Forum*, 45(3), 206-216.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5–10.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2012). *Qualitative interviewing : the art of hearing data*. Los Angeles, CA: Sage.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132–147.
- Schein, E. H. (2005). *Procesadviesing : over de ondersteunende rol van de adviseur en de samenwerking tussen adviseur en cliënt*. Den Haag: Academic Service.
- Schut, F. T. (Erik). (2009). Is de marktwerking in de zorg doorgeschoten? *Socialisme en Democratie*, 66(7-8), 68-80.
- Stein, L. I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699-703.
- Stein, L. I., Watts, D. T., & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine*, 322(8), 546–549.
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302.
- Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Berchem, Belgium: De Boeck.
- United Nations. (2019). Sustainable Development Goals. Geraadpleegd op 20 januari 2019, van <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
- Van den Bersselaar, V. (2003). *Wetenschapsfilosofie in veelvoud : fundamenten voor onderzoek en professioneel handelen*. Bussum: Coutinho.
- Van Ewijk, H., & Kunneman, H. (2019). *Praktijken van normatieve professionalisering (3^e Druk)*. Amsterdam: SWP.
- Van Lieshout, F., Jacobs, G. C. & Cardiff, S. (2017). *Actieonderzoek : principes voor verandering in zorg en welzijn*. Assen: Koninklijke Van Gorkum.
- VenV. (2012). Leren van de toekomst, Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 1. Geraadpleegd op 12 januari 2019, van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/Leren%20van%20de%20toekomst%20VenV2020.pdf>
- Weerman, A. (2016). *Ervaringsdeskundige zorg- en dienstverleners: Stigma, verslaving & existentiële transformatie*. (Dissertatie). Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

- Weggeman, M. (1997). *Kennismanagement : inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum.
- Wierdsma, A. F. M. (1999). *Co-creatie van verandering*. Delft: Eburon.
- Wierdsma, A. F. M., & Swieringa, J. (2002). *Lerend organiseren : als meer van hetzelfde niet helpt*. Noordhoff Uitgevers (4^e Druk). Groningen: Stenfert Kroese.
- World Health Organization. (2019). Ten threats to global health in 2019. Geraadpleegd op 20 januari 2019, van <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Wrong, D. (1979). *Power: It's Forms, Bases and Uses*. Southampton: The Camelot Press.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD000072.
- Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2006). Knowledge translation and interprofessional collaboration: Where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 46-54.

Bijlage 1: Observatie meelopen in de zorg

Observatie 28-2-19: meelopen in de zorg met ervaren verpleegkundige	
Observatie	Interpretatie
We doen wat kleine taken voor de artsen visite arriveert. Visite wordt gezamenlijk (verpleegkundige en artsen) aan het bed gelopen. De arts is leidend. De teamleiders lopen niet mee in de zorg. Een senior verpleegkundige heeft wel eigen patiënten, maar heeft ook de regie over de vloer en zit bij de dagelijkse visites. Als de karavaan voorbij is doen we kleine klusjes op de patiëntenkamers, wachtend op de nabespreking. Daarna kunnen patiënten pas geholpen worden met de verzorging.	Wachten op de visite Artsen nemen de leiding Wachten op de nabespreking
De verpleegkundige wordt door een collega geroepen voor de nabespreking. Ze neemt haar tijd terwijl de artsen wachten. Haalt eerst nog een kopje koffie. Ze geeft aan dat de afdeling haar territorium is waar artsen te gast zijn en zich moeten gedragen.	Ervaren verpleegkundige bepaald haar eigen tempo en laat zich niet leiden door de artsen Verpleegkundige bepaald het tempo
De nabespreking is al gestart als we binnen komen. De verpleegkundige noemt nog even haar aandachtpunten bij de patiënt. Er wordt gezegd dat dit al besproken is.	Geen rekening houden met elkaar Je wordt op tijd in de visite verwacht Verkapt feedback wordt gegeven, tijdsdruk
De visite is medisch gezien erg gericht op de ontslagdatum. De verpleegkundige bevestigt dit en vindt extra input over de patiënt belangrijk, maakt dit ook bespreekbaar. Zij weet met de stafarts tot afspraken te komen en geeft hem een 'box'.	Amicale verhouding tussen ervaren verpleegkundige en stafarts Openlijke waardering doortastendheid arts door verpleegkundige
We stappen er weer uit en starten met de verzorging. De verpleegkundige uit zich later over het slecht zaken kunnen doen met de assistenten die het niet weten en alles moeten overleggen. Ze geeft aan een visite zonder stafarts te weigeren.	Met assistenten kan je geen zaken doen Assertieve verpleegkundige
Gedurende de dag zijn de artsen veel weg. Vragen worden verzameld op een briefje. De verpleegkundige klaagt erover dat dit wel eens naar de artsen gaat en dan niet terugkomt. 'Daar moet je dan zelf achteraan', zegt ze.	Afwezige artsen Verpleegkundigen voegen zich naar de 'noden' van de artsen
In de middag is er weer een overlegmoment. Er wordt wat gegrapt en gezongen terwijl de assistent aan de telefoon zit. Zij vraagt om stilte een reageert geïrriteerd als er gevraagd wordt of ze gevolgd had waar de vraag over ging die de verpleegkundige aan de semiarts stelde. De verpleegkundige richt meteen haar aandacht op de assistent. Deze verontschuldigt zich voor de afwezigheid. Ze moet vandaag de afdeling en de poli doen. Op de vraag waarom geeft ze aan dat een ander weer van de poli was afgehaald en dus moest zij het doen.	Ontspannen sfeer Geen rekening houden met elkaar Irritaties over gebrek aan rekening houden Ervaring geeft recht van spreken Assistenten hebben het druk
De verpleegkundige grapt in de gang nog over dubbele namen van de artsen. In de koffiekamer schuift een andere assistent even aan voor een taartje. Hij verteld over de lange dagen die hij maakt en de niet uitbetaalde uren. Hij hoopt op een opleidingsplek.	Grappen maken over artsen Informeel contact Artsen maken lange dagen

Bijlage 2: Observatie visite GE1

Observatie 13-3-19: visite/nabespreking	
Visite	
Observatie	Interpretatie
We starten met een Physician Assistant (PA) en een ANIOS. De staf is er nog niet, laat later telefonisch weten in verband met onderwijs verlaaat te zijn	Geen gezamenlijke start
Afgesproken is dat de ANIOS het woord neemt bij de patiënt, zij leidt de visite. De PA typt mee op een mobiele computer (COW). De verpleegkundige heeft geen computer bij de hand en brengt weinig in, staat er een beetje bij. De gordijnen zijn nog dicht, de patiënten zijn net wakker.	Rolverdeling: arts voert het woord Geen prominente rol voor de verpleegkundige
De ANIOS informeert kort naar de patiënt en is gericht op het beleid. Geen lange verhalen, de patiënt wordt kort gezien, de wond wordt later beoordeeld.	Kort, snel en efficiënt
Verpleegkundige geeft verontschuldigend aan bij patiënt: 'ik kom straks bij u kijken'	Het tempo roept verontschuldigende opmerkingen op richting de patiënt
PA vult ANIOS aan waar nodig	PA is goed op de hoogte
ANIOS toont zich betrokken, inlevend bij de patiënt	
PA krijgt telefoon. Verpleegkundige roept dat de boel stagneert, pakt de COW en schuift deze door naar de volgende kamer.	Ook de verpleging bewaakt het tempo
Een patiënt laat haar buik zien, maar dit is niet de bedoeling. 'Ik kom straks kijken' zegt de ANIOS	Niet de bedoeling om de patiënt te onderzoeken tijdens de visite
Het ontslag moet met de chirurg besproken worden	Chirurg neemt belangrijke beslissingen
De ANIOS stelt medicatie voor, de verpleegkundige roept dat de patiënt die al heeft. Een student zegt niet en krabbelt wat op een daglijstje. Weer wordt gezegd dat er later lichamelijk onderzoek volgt	Verpleegkundige alert Er is weinig tijd, de visite moet door
Er worden wat opdrachten gegeven aan de verpleging. De verpleegkundige maakt een grapje	Informeel moment Ontspannen sfeer
Op een volgende kamer gaat de telefoon van de ANIOS, de PA neemt deze aan en vraagt de verpleegkundige om te typen	PA neemt de leiding ANIOS ondergeschikt aan PA
De verpleegkundige is stil en stelt geen vragen. Tussendoor wordt er op de gang wel gezellig gekletst	Verpleegkundige ondergeschikt
Het is klaar, een relatief korte visite met weinig complexe patiënten geeft men aan	
PA en ANIOS halen koffie en lopen naar de nabespreking	

Nabespreking	
Observatie	Interpretatie
Er is overleg over het gemis van een chirurg. Deze lijkt niet te komen. Er worden wat grapjes gemaakt. Op de tafel staat verse koffie. Iedereen schenkt wat in.	Chirurg heeft andere belangrijke zaken Informeel sfeer
De ANIOS leidt, zit in de hoek bij een PC wat afgezonderd. De verpleegkundigen en PA zitten aan een grote tafel. Een ervaren verpleegkundige verbetert de ANIOS.	Positie is niet handig voor iemand die leidt Ervaren verpleegkundige is assertief
ANIOS stelt medicatie voor, die wordt in overleg met de PA aangepast	PA bepaald bij afwezigheid chirurg
Er komen nog drie verpleegkundigen binnen. De arts wordt niet verstaan. Er wordt koffie geschonken en er is geroezemoes	Druk en rommelig Afspraak wordt niet nagekomen, meerdere verpleegkundigen aanwezig
De chirurg sluit aan en pakt koffie. De regie verpleegkundige houdt een lijstje bij. Er komt nog een verpleegkundige binnen	
De chirurg breekt in op het beleid. De ANIOS stamelt. De PA en chirurg geven uitleg	Chirurg corrigeert en bepaald Verhoudingen zijn zichtbaar
Het beddentekort wordt door de chirurg benadrukt. Hij hoorde het al op de tweede etage.	Serieuze problemen worden luchtig gemaakt

Er komt nog een verpleegkundige binnen, nu 11 personen aanwezig. De regie roept de volgende verpleegkundige op de gang. Deze stelt een vraag over wondinfectie	Druk Regie zorgt voor continuïteit maar staat toe dat iedereen inloopt. Verpleegkundige stelt vragen
ANIOS spreekt over de chirurg in derde persoon maar tutoyeert wel	Spreekt over dr. X waar deze zelf bij zit, respect maar ook laagdrempelig
De regie vraagt om een beslissing over ontslag en stelt meerdere vragen. De chirurg zit inmiddels op een PC met de rug naar de groep te werken	Regie is assertief Andere zaken zijn belangrijk
Een leerling loopt binnen en fluistert met haar begeleidster. De verpleegkundigen praten met elkaar.	Rommelig en afleidend
De ANIOS vraagt iets aan de chirurg. De PA geeft antwoord.	PA trekt regie naar zich toe
Een verpleegkundige stelt vragen. De PA en ANIOS antwoorden om de beurt.	Verpleegkundige heeft inbreng
Er wordt geklopt! Het pijnteam komt binnen. Zij breken in en overleggen met de ANIOS. De PA heeft ook nog wat vragen. De verpleegkundigen praten harder op de achtergrond.	Het is rommelig en men heeft het gezellig
Een patiënt kan vrijdag naar Revitel. De chirurg vraagt of er eerder plek is.	Gericht op ontslag, beddendruk
Een verpleegkundige vraagt om een recept. 'Schrijf het maar even op het lijstje' wordt er gezegd.	Geen tijd voor recepten? Lijstjes zijn een middel voor in de loop van de dag
Een verpleegkundige maakt een grap, iedereen lacht. De sfeer is minder formeel. De regie grijpt in, terug naar de visite.	Ontspannen sfeer, verpleegkundigen voelen zich op gemak. De regie pakt haar rol op
Chirurg zit even op zijn telefoon. Er komt nog een chirurg binnen met koffie. De artsen maken een grap en lachen. Ze plagen elkaar en kletsen door.	Focus op andere zaken
De overplaatsingen worden besproken	
Achteraf geven de chirurgen aan dat de bespreking informeel moet zijn anders loopt iedereen weg. Het moet niet te zakelijk zijn. Er mag ook tijd zijn om wat te leren. Ze benoemen ook de rol van de verpleegkundige in het geven van goede informatie aan de patiënt over uitslagen. Ze geven aan dat dit wel beter kan.	Nabespreking als leermoment

Bijlage 3: Observatie visite ONCO1

Observatie 27-3-19: visite/nabespreking	
Visite start 8:15	
Observatie	Interpretatie
De assistenten staan bij de verpleegbalie te wachten op de chirurg. Er wordt al gestart met een AIOS een ANIOS, een semiarts en een verpleegkundige. De semiarts neemt de leiding.	Visite moet op tijd beginnen, desnoods zonder chirurg
De patiënten worden kort voorgelicht over het beleid. De semiarts wordt aangevuld door de AIOS. Verder worden gegevens verzameld rondom de vochtbalans en ontslagzorg	Visite is gericht op verzamelen van gegevens Kort en gericht op de patiënt Ontslag is een belangrijk punt
De visite is bij elke patiënt kort en zakelijk. De verpleegkundige is weinig aan het woord.	Kort en zakelijk, tijd is kostbaar Verpleegkundige voegt weinig toe
Een patiënt zit in de badkamer. De verpleegkundige bespreekt met de arts de patiënt op de kamer. De chirurg sluit aan en stelt zich voor. Er wordt wat gelachen, de sfeer is ontspannen.	Chirurg heeft het druk, sluit later aan Ontspannen sfeer
De visite moet door, men moet niet te lang de tijd nemen. Een patiënt die met ontslag gaat wordt overgeslagen. 'Alles is al geregeld', wordt er gezegd.	Tijdsdruk is aanwezig Efficiëntie
Soms wordt de ANIOS gestoord door telefoon. Een ander neemt dan de taak over zodat de visite door kan.	Telefoon mag de visite niet ophouden
Soms stelt een verpleegkundige een vraag die door de arts beantwoord wordt.	Verpleegkundige inbreng is mager en wisselend
We gaan terug naar de patiënt die in de badkamer was. Hier splitst de visite zich op. De chirurg en de AIOS gaan naar een isolatie patiënt. 'Het heeft geen zin daar met z'n allen naar binnen te gaan', geeft de chirurg aan.	De patiënt moet gezien worden Efficiëntie
Een AIOS vraagt toestemming aan de chirurg om naar de OK te gaan en verlaat de visite.	De OK is belangrijker dan de afdeling
De isolatie patiënt wordt voor besproken in de sluis. De verpleegkundige ziet deze patiënt de eerste keer maar licht wel e.e.a. toe. Een andere verpleegkundige komt het gezelschap vragen of ze naar de nabespreking kunnen komen.	Verontschuldigen voor het bieden van weinig informatie De AIOS heeft haast
De chirurg legt uit dat er die ochtend MT is, een arts moest naar OK en er was 8 uren bespreking. Daarom verloopt het wat rommelig en valt zij in.	Veel verplichtingen tegelijk in de ochtend voor de staf

Nabespreking	
Het gezelschap neemt plaats aan een grote ovale tafel. De koffie staat klaar. De chirurg heeft in de keuken wat te eten gehaald. De semiarts neemt de leiding. De chirurg stelt af en toe vragen. De AIOS zit achter een PC en werkt het dossier bij.	Benutten van het moment als 'break' Taken zijn duidelijk verdeeld
De chirurg vraagt nog of iemand koffie wil en eet zelf een broodje.	Ongedwongen sfeer
De verpleegkundige geeft aan niet te weten of een bepaald medicijn gegeven is. De AIOS pareert dit rustig en kijkt naar de lab uitslagen.	Begrip voor elkaars onduidelijkheden
We gaan vlot door naar de volgende patiënt. De AIOS wordt al gebeld en zegt 'ik kom zo naar beneden'.	De druk zit erop om snel af te ronden Opgejaagd
Een verpleegkundige stelt vragen die besproken worden. Het beleid en de afspraken worden in het dossier gezet.	Inbreng van de verpleging
De volgende verpleegkundige komt binnen met een leerling. Er ontstaat discussie over de prognose van een patiënt. De verpleegkundige neemt het initiatief en checkt de afspraken en vat deze samen.	Proactieve inbreng verpleging
Er wordt een grapje gemaakt over een verwarde patiënt.	Ontspannen sfeer
Een verpleegkundige is klaar en loopt weg. De regie vraagt waar de volgende blijft en gaat deze halen. De AIOS zegt 'ga maar door' tegen de semiarts. De regie (inmiddels	Aflossing gaat niet altijd soepel Opgejaagd doorgaan, geen rekening houden met elkaar

terug) zegt 'ik luister wel mee'. De verpleegkundige meldt zich later present en zegt dat dit de eerste keer is dat ze die patiënt ziet en nog 'blanco' is.	Excuus voor gebrek aan inbreng
De chirurg krijgt telefoon. Twee verpleegkundigen sluiten aan en de AIOS vraagt 'mogen we door?'	De vaart moet erin blijven, aflossen kost tijd
De AIOS vraagt om de juiste dosering van een medicijn. Een verpleegkundige bevestigt lachend hoeveel en hoe vaak.	AIOS kent dosering niet, verpleegkundige is goed op de hoogte van medicatie
AIOS neemt de leiding weer over en bevestigt tot twee keer toe dat het goed is dat de verpleegkundige iets zegt	Complimenteren van verpleging
Er wordt een grapje gemaakt over de aandoening van een patiënt	Ontspannen sfeer
Een ervaren verpleegkundige vraagt om het bevestigen van afspraken. De regie informeert naar ontslag.	Sommige verpleegkundigen hebben opvallend meer input
Een verpleegkundige wordt weer afgelost. Een ander komt met een bakje yoghurt binnen en neemt het over. Er wordt door de verpleging een grapje gemaakt.	Verpleging lijkt zich op het gemak te voelen
Een verpleegkundige vraagt of de psychiater in consult kan komen bij een patiënt. De AIOS vraagt wie dit regelt. De verpleegkundige zegt dat er waarschijnlijk eerst een order moet komen van hem. De arts biedt aan dit te doen, het wordt samen geregeld.	Onduidelijkheid over afspraken en verantwoordelijkheden
De chirurg krijgt telefoon, wil deze afkappen en vraagt of het spoed is. Blijft vervolgens aan de lijn terwijl de visite door gaat.	Telefoon mag de bespreking niet ophouden.
Einde 9:15	

Bijlage 4: Observatie visite ONCO2

Observatie 01-04-19: visite/nabespreking	
Visite	
Observatie	Interpretatie
De visite start om 8 uur. De artsen staan te wachten bij de verpleegbalie op de verpleegkundigen die nog in de overdracht zitten.	Wachten op elkaar
Er is een chirurg van de Transplantatie chirurgie aanwezig die slechts enkele patiënten op deze afdeling heeft liggen, de Chef de Clinique, een chirurg, een ANIOS, een AIOS een semiarts, een nieuwe ziekenhuisarts en coassistenten. De chef de Clinique geeft aan een stapje terug te doen gezien de grote van het gezelschap. De verpleegkundigen melden zich en er worden afspraken gemaakt over de volgorde.	Veel mensen aanwezig
Eerste worden de twee patiënten van de transplantatie chirurg gezien zodat deze door kan naar zijn eigen afdeling. De volgende patiënt van de heekunde ligt een paar kamers verderop. De ANIOS met de COW houdt het gezelschap niet bij. Ze zijn al begonnen als zij aankomt. De stafarts doet het woord.	Transplantatie eerst is volgens de afdelingsafspraken Gehaaste indruk, geen rekening houdend met elkaar
De overige patiënten worden wisselend geïntroduceerd door de stafarts, de semiarts of de ziekenhuisarts. We staan met 9 personen in eenkamer. De verpleging staat bij een patiënt achteraan en brengt niets in. Bij een andere patiënt luistert de verpleegkundige achter de gordijnen mee. Informatie over een drain heeft ze niet paraat als daar naar gevraagd wordt. Het wordt in het EPD opgezocht.	Artsen nemen de leiding, dit is hun ronde De groep oogt overweldigend voor de patiënten De verpleging zit zichtbaar in een ondergeschikte rol Ze doen niet echt mee, hangen er een beetje bij Alle informatie wordt uit het EPD gehaald
De stafarts vult de ziekenhuisarts aan als er informatie aan een patiënt gegeven wordt. Onderweg naar de volgende sleurt de Chef de Clinique de COW van de ANIOS mee. 'Dat doet chirurg X ook altijd', zegt ze.	Het moet snel en dat wordt duidelijk gemaakt
Op een 4 persoonszaal wordt een patiënt nog gewassen door een verpleegkundige. De Chef de Clinique maakt hier een opmerking over: 'dat is handig als de patiënt gewassen wordt tijdens de visite'. Het schuift alweer door naar de volgende kamer. Waar een verpleegkundige iets inbrengt over het regelen van thuiszorg.	De verpleging hoort klaar te staan voor de visite. Geen directe feedback Voorzichtige inbreng verpleging
De visite is klaar en de groep schuift door naar een aparte ruimte waar de nabespreking plaatsvindt.	

Nabespreking	
Observatie	Interpretatie
Iedereen pakt koffie en een koekje waarna de Chef de Clinique opent met 'zullen we beginnen'. De groep zit rond een grote tafel. De ANIOS zit apart achter een computer om het afgesproken beleid in het EPD te zetten. Dit wordt geprojecteerd op een scherm zodat iedereen het kan volgen. Een regie verpleegkundige zit op een COW en werkt een lijstje bij voor de afdeling. 'Dat doet niet iedereen' zegt ze, het is niet bijgewerkt. Drie verpleegkundigen zitten aan de tafel. Eerst worden weer de transplantatie patiënten besproken. Er is veel overleg over medicatie.	Eerst even een break Het tempo wordt weer ingezet, het mag niet te gezellig worden De taken zijn verdeeld Er wordt efficiënt gewerkt
Er komen nog twee verpleegkundige binnen. De regie verpleegkundige overlegt over een ontslagdatum en vraagt aan de ANIOS om een recept aan te passen. De transplantatie chirurg vertrekt weer.	Regie verpleegkundige neemt haar rol, bewaakt ontslagen
Bij een volgende patiënt is de verpleegkundige goed op de hoogte. Ook de leerling geeft informatie. Een verpleegkundige loopt in en uit, kijkend of hij al aan de beurt is.	Verpleegkundige inbreng neemt toe, dit blijkt te wisselen per persoon Lastig inschatten wanneer een verpleegkundige moet aanschrijven
Een chirurg discussieert over een ontslag patiënt die hij in de visite niet heeft gezien.	Inefficiëntie

De Chef de Clinique zit op een PC te werken met de rug naar het gezelschap. De regie vraagt een fout recept aan te passen. De AIOS gaat hierover even in discussie, maar de verpleegkundige blijkt gelijk te hebben.	Andere zaken zijn belangrijker Assistent moet nog leren
De Chef de Clinique is klaar op de PC en verlaat de kamer. Er is een wissel van verpleegkundigen. Het wordt rommeliger. Iedereen vindt wat en praat door elkaar. Een verpleegkundige kent de patiënt nog van de vorige week en geeft nuttige informatie	De nabespreking heeft geen prioriteit Rommelig verloop, men is niet gewend elkaar uit te laten praten Het EPD geeft blijkbaar geen compleet beeld waardoor het afhangt van de aanwezigen
De chirurg zegt: 'oké, volgende patiënt'. Zij legt wat uit. Er ontstaat een medische discussie. De verpleegkundigen doen niet mee, ze horen het aan. De hele tijd gaan er piepers af. Er is weer medisch overleg waarna de regie vraagt om nazorg voor een drain. De verpleegkundige kent de patiënt niet, gaat het navragen.	Medisch georiënteerd, geen rekening houdend met wachtende verpleegkundigen Verpleegkundigen stellen zich passief op terwijl er werk op ze wacht Het niet kennen van de patiënt wordt als excuus gegeven voor het niet op de hoogte zijn
Verpleegkundigen wisselen weer. De chirurg zegt steeds: 'naar de volgende patiënt'. Zij maakt een grapje over de spelling van de ANIOS die mee tikt op de computer.	Tempo erin houden Denigrerend gedrag naar de assistent. Hiërarchie wordt zichtbaar.
Een verpleegkundige overlegt over anti stollingsmedicatie voor een patiënt. De ziekenhuisarts vraagt haar om de juiste dosering. De verpleegkundige weet het wel.	Ziekenhuisarts is nog niet goed op de hoogte van doseringen. Verpleging is thuis in medicatie.
De chirurg geeft aan dat ze naar de poli moet. Ze wordt gebeld en geeft aan dat ze er over 5 minuten moet zijn. De verpleging heeft echter nog veel vragen over medicatie. Dit wordt niet standaard per patiënt doorgelopen. De chirurg staat op en beantwoord staande nog de laatste vragen.	Er is te weinig tijd, andere verplichtingen roepen. Chirurgen hebben het erg druk in de ochtend. Veel onduidelijkheden over medicatie.

Bijlage 5: Observatie visite GE2

Observatie 09-04-19: visite/nabespreking	
Visite	
Observatie	Interpretatie
Artsen verzamelen zich in de gang en praten elkaar bij. Er heeft zich een heel gezelschap verzameld: een PA, transplantatie chirurg, ANIOS, coassistent, verpleegkundige, regie verpleegkundige en een leerling.	
De PA voert het woord in de eerste kamer. De regie staat op de achtergrond mee te luisteren. Ze hoeft niet per se mee te lopen, maar heeft het even rustig geeft ze aan. De leerling staat achter de artsen, de verpleegkundige brengt niets in.	Verpleging in ondergeschikte rol.
De derde patiënt is van de coassistent. De verpleegkundige staat nu wel aan het bed. Een chirurg sluit aan. Vragen over drains worden door de ANIOS in het EPD opgezocht.	De chirurg is te laat Geen kennis paraat bij arts en verpleegkundige
De PA fluistert wat met de ANIOS. De verpleegkundige staat voor aan het bed terwijl de leerling tegen een tafel hangt. De PA fluistert met de chirurg en rond vervolgens het gesprek van de coassistent af.	Verpleging neemt positie in Leerling maakt geen actieve indruk Het gesprek duurt te lang, er wordt ingegrepen.
Bij de volgende patiënt duurt het gesprek ook wat langer. De chirurg loopt al de kamer uit. De ANIOS schuift al met de COW richting de deur. Op de gang staan drie artsen te wachten, ze lopen niet naar binnen.	Andere zaken zijn belangrijk of er wordt een signaal gegeven dat het te lang duurt Onrustig en afleidend op de gang
De regie haalt andere verpleegkundigen erbij. De verpleging doet lacherig over de patiënt op de gang.	Efficiënt
De regie loopt weg, er blijven nog 5 personen over. Er worden wat vragen gesteld aan de verpleegkundige. Die doet het voorstel met antibiotica te starten. Het gesprek van de coassistent duurt weer wat langer. De chirurg en de ANIOS overleggen, de patiënt is complex.	Er ontstaat meer overzicht Aandacht gaat uit naar de verpleegkundige die met input komt.
Andere chirurgen hebben zich verzameld op de gang. Er vindt kort overleg plaats. De PA gaat de volgende verpleegkundige zoeken. We wachten op de gang.	Bij afwezigheid regie neemt de PA de coördinatie op zich
Bij de volgende patiënt staan de PA en verpleegkundige voor aan het bed. De verpleegkundige stelt vragen. Het blijkt een assertieve patiënt, de PA handelt het vaardig af. De leerling gaat naar een patiëntenoproep.	Er wordt meer samengewerkt
De volgende patiënt ligt op een eenpersoonskamer. Het is daar erg krap en druk. De regie staat vooraan, dit is haar patiënt. De verpleegkundigen die zij begeleid staan echter in de sluis op afstand. De artsen blokkeren letterlijk de toegang tot de kamer. De regie voert het woord en stuurt de verpleegkundige uiteindelijk naar voren bij de volgende patiënt.	Geen oog voor elkaar Verpleging neemt zelf geen initiatief om naar voren te stappen
Ik spreek een chirurg aan die onafhankelijk van de visite langs dezelfde patiënten gaat. Hij geeft aan dat hij zijn eigen patiënten even persoonlijk wil spreken en het met de visite te druk is en daar dan niet aan toekomt.	Wat is de zin van het visite lopen? Eigenwijze professional gaat eigen gang

Nabespreking	
Observatie	Interpretatie
Iedereen neemt plaats aan de grote ronde tafel en pakt koffie. Er wordt nog wat gezellig gekletst. De chirurg zet hierin de toon.	Informeel start
Vervolgens gaat de chirurg op de computer zijn mail doen. Een tweede chirurg doet hetzelfde. De ANIOS werkt het EPD bij. Een verpleegkundige werkt op de COW in een hoek. De regie zit ook op een COW. De PA zit met een verpleegkundige, een leerling en de coassistent aan tafel. De verpleegkundige stelt wat vragen.	Artsen hebben andere belangrijke dingen te doen Niet iedereen heeft iets met de nabespreking te maken
Er komt nog een stafarts binnen die ook een PC opzoekt.	Grote groep, niet volgens de afspraken

Zijn collega bemoeit zich nu met de visite. Een verpleegkundige vraagt wat over medicatie. Er komen nog twee verpleegkundigen binnen. Er zijn nu 12 personen bij de bespreking.	Het is wat onrustig
Er lopen verpleegkundigen in en uit. Artsen fluisteren wat en zitten in het rooster. De chirurgen bemoeien zich nu met een casus. De coassistent vraagt netjes of er nog vragen zijn aan de verpleegkundige.	Andere activiteiten zijn belangrijk Verpleegkundige wordt betrokken
Chirurgen zitten nog steeds tweede rang op de PC. Er worden grapjes gemaakt over wonderolie. Een leerling zit er stil bij en zegt niets.	Informeel maar ook wat nonchalant Leerling heeft moeite een houding aan te nemen
Er worden weer grapjes gemaakt. Een verpleegkundige neemt het woord. Een chirurg initieert zichtbaar een ontspannen sfeer. Tijd voor de volgende patiënt, verpleegkundigen wisselen. Dingen gaan in goed overleg. De PA vraagt of er nog vragen zijn.	Informeel sfeer bevordert communicatie Bewust informeel Aandacht voor elkaar Open sfeer
Er worden grapjes gemaakt over mannen. De staf nog steeds over het rooster gebogen. Een krijgt telefoon, loopt even de ruimte uit.	Ongedwongen sfeer Niet storen met telefoon
Een verpleegkundige vraagt naar de dosering van medicatie, het blijkt lastig. De chirurg neemt een besluit. Heeft de patiënt echter niet gezien omdat hij niet met de visite meeliep. Vochtbalansen worden uitgeplozen.	Staf neemt beslissingen in lastige casussen Inefficiënt
Er komen weer twee verpleegkundigen binnen en daar achteraan nog twee artsen. Een duikt direct achter een PC, de ander pakt koffie en schuift betrokken aan. Er vindt goed gezamenlijk overleg plaats. Ook een leerling stelt vragen. Er gaat een noodsein, een verpleegkundige loopt weg. De bespreking is ten einde. De artsen gaan de patiënten voor bespreken die op een andere afdeling liggen.	Het in en uit lopen van iedereen is geaccepteerd gedrag Rommelig Samen overleggen, elkaar betrekken

Bijlage 6: Respondentenlijst interviews

Om volledige anonimiteit te waarborgen zijn de verpleegkundig teamleider en physician assistant respectievelijk senior-verpleegkundige en arts-assistent genoemd.

Respondent	Functie
R1	Verpleegkundige
R2	Leerling-verpleegkundige
R3	Senior-verpleegkundige
R4	Arts-assistent
R5	Senior-verpleegkundige
R6	Senior-verpleegkundige
R7	Arts-assistent
R8	Chirurg
R9	Chirurg
R10	Verpleegkundige
R11	Verpleegkundige
R12	Chirurg
R13	Arts-assistent
R14	Chirurg

Bijlage 7: Codering volgens Charmaz (2006)

Gefocuste codes
Aanpassen aan arts
Afdeling geen prioriteit
Afdeling territorium verpleging
Afhankelijk opstellen van artsen
Afstemmen binnen eigen discipline
Artsen moeten beslissingen kunnen nemen
Artsen niet op afdeling als dat nodig is
Behoeft aan continuïteit en structuur
Bereikbaar zijn voor elkaar
Bouwen aan de relatie
Communicatie vervangt orders
Communicatie vervangt orders
Communiceren als basis voor goede zorg
Communiceren via EPD creëert afstand
Cultuur waar polariseren en elkaar vinden voor de patiënt door elkaar heen bewegen
Direct persoonlijk communiceren bevordert de samenwerking
Dubbel registreren in EPD leidt tot overnemen taken door verpleging
Efficiëntie draait samenwerking de nek om
Elkaar begrijpen
Elkaar kennen en begrijpen
Elkaar niet begrijpen
Ervaren van een drempel in de communicatie
Ervaren van hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen
Frustratie over afhankelijkheid van artsen
Frustratie over gebrek aan betrokkenheid artsen
Gebrekkig afstemmen heeft gevolgen voor de patiënt
Geen eenduidigheid door eigenwijze professionals
Grensoverschrijdend gedrag naar artsen
Hiërarchie is functioneel
Inbreng van verpleging in visite is klein
Informeel contact hebben
Informeel leren overbrugt een drempel en bevordert samenwerking
Interdisciplinair leren als basis voor de samenwerking
Invullen voor een andere discipline
Inzicht hebben in elkaars werk en redeneren
Kennen van elkaar is belangrijk maar mag niet veel moeite kosten
Laagdrempelig zijn voor verpleging bevordert de communicatie
Meer sociale veiligheid creëren
Met de stafarts maak je beleid
Nabespreking is inefficiënt
Nabespreking is rommelig en wisselend qua samenstelling
Nabespreking als leermoment gebruiken
Nabespreking moet informeel zijn
Niet communiceren over orders
Niet gewaardeerd voelen
Niet houden aan afspraken leidt tot wij-zij denken
Niet serieus genomen worden door de artsen
Onderhandelen over bedden
Ontbreken van een aanspreekcultuur
Onvoldoende kunnen vertrouwen op elkaar
Onvoorspelbaarheid van de zorg
Opgejaagd nabespreken
Overnemen van taken door de verpleging
PA bouwt een brug tussen de disciplines
Professionele verantwoordelijkheid laten liggen
Professionele verantwoordelijkheid nemen
Respectloze benadering van verpleging
Samen beleid maken
Samen evalueren ontbreekt

Samenwerken betekent laagdrempelig zijn
Samenwerken gaat goed
Samenwerken is afstemmen
Samenwerken is betrokken zijn bij elkaar
Samenwerken is eerlijk zijn naar elkaar
Samenwerken is efficiënt zaken doen voor de patiënt
Samenwerken is elkaar serieus nemen
Samenwerken is iets met elkaar hebben en tot resultaten komen
Samenwerken is op elkaar ingespeeld zijn
Samenwerken is persoonsafhankelijk
Samenwerken voor de patiënt geeft verbinding
Samenwerken heeft geen prioriteit
Serieus genomen worden met kennis en ervaring
Stafarts moet voorbeeld geven in betrokkenheid
Stimuleren van kennis bij verpleging voor zelfstandigheid
Storen van elkaar wekt irritaties
Vaste krachten voor continuïteit in de samenwerking
Veel telefonisch contact
Veilig en open communiceren
Verantwoordelijkheid nemen in uitvoering en coördinatie van medisch beleid
Verpleegkundige is op basis van kennis belangrijk in het weekeinde
Verpleging is kundig
Verpleging ondervangt fouten van artsen
Verpleging voedt assistenten op
Verpleging zit met assistenten die geen beslissingen kunnen nemen
Verpleging zoekt naar zekerheid
Verskil in kennis en ervaring
Verskil in kennis en ervaring verpleegkundigen
Verschillen per specialisme in structuur, kennis en ervaring en persoonlijkheid
Verschillen per specialisme in autoritair en informeel
Vertrouwen als basis voor de samenwerking
Vertrouwen op kennis en ervaring verpleging is lastig
Vervallen in oude gewoontes is een valkuil
Visite bepaald en beheerst de werkzaamheden
Visite lopen moet snel en is gericht op de patiënt
Visite lopen volgens vaste afspraken
Vlot en efficiënt nabespreken
Waarderen van professionaliteit en benutten van potenties
Waardering uitspreken naar elkaar
Wachten op beleid van de arts
Werkdruk beïnvloed samenwerking
Wisselende kwaliteit ANIOS geeft veel extra werk
Zoeken naar artsen
Zoeken naar de juiste weg in het al dan niet ordenen
Zoeken naar meerwaarde van visite lopen
Zoeken naar efficiënte afstemming met arts

Hoogfrequente codes	Frequentie
Afspraken maken/nakomen	14x
Afstemmen is een belangrijk	13x
Aanpassen aan de arts	16x
Afhankelijk zijn (van de arts)	15x
Afstand tussen disciplines	12x
Assistenten kunnen geen besluiten nemen	14x
Artsen bepalen beleid, nemen de leiding	13x
Assertieve verpleging	13x
Behoeft aan informaliteit	28x
Bereikbaar zijn is belangrijk	25x
Artsen weinig betrokken	10x
Communiceren in de samenwerking	11x
Complimenteren/waarderen van de verpleging	11x
Efficiënt werken	11x

Interdisciplinaire samenwerking verbeteren

Eigenwijze professionals	10x
Elkaar kennen bevordert samenwerking	21x
Elkaar kennen en begrijpen	32x
Elkaar niet begrijpen	11x
Ervaren van een drempel	11x
Gebrekkige afstemming heeft gevolgen voor de patiënt	11x
Hiërarchie tussen artsen en verpleging	11x
Inefficiënt samenwerken	33x
Inzicht in elkaars werkzaamheden	18x
Kennis is belangrijk	24x
Laagdrempelig zijn	10x
Meedenken van de verpleging	13x
Ontbreken van een aanspreekcultuur	19x
Open communicatie in de samenwerking	17x
Overnemen van taken	13x
Samen beleid maken/beslissen	13x
Samenwerken is persoonsafhankelijk	24x
Samenwerken voor de patiënt	20x
Serieus genomen worden	14x
Verpleging is kundig	18x
Verschil in kennis en ervaring	10x
Verschillen per specialisme	30x
Vertrouwen als basis voor de samenwerking	22x
Visite lopen moet snel	11x

Bijlage 8: Van codes naar thema's

Hier volgt een eerste ordening van de gefocuste en hoogfrequente coderingen:

<i>Visite lopen/nabespreken/efficiënt werken</i>	
	• Visite bepaald en beheerst de werkzaamheden
	• Visite lopen moet snel en is gericht op de patiënt
	• Visite lopen volgens vaste afspraken
	• Zoeken naar meerwaarde van visite lopen
	• Vlot en efficiënt nabespreken
	• Opgejaagd nabespreken
	• Nabespreking is rommelig en wisselend qua samenstelling
	• Nabespreking als leermoment gebruiken
	• Nabespreking moet informeel zijn
	• Inbreng van verpleging in visite is klein
	• Nabespreking is inefficiënt
	• Artsen moeten beslissingen kunnen nemen
	• Inefficiënt samenwerken 91x
	• Visite lopen moet snel 13x
	• Efficiënt werken 20x

<i>Orderen/beleid maken</i>	
	• Zoeken naar de juiste weg in het al dan niet orderen
	• Wachten op beleid van de arts
	• Niet communiceren over orders
	• Met de stafarts maak je beleid
	• Behoeft aan continuïteit en structuur
	• Communicatie vervangt orders
	• Verantwoordelijkheid nemen in uitvoering en coördinatie van medisch beleid
	• Samen beleid maken
	• Samen beleid maken/beslissen 16x

<i>Samenwerken: definiëring en ervaringen</i>	
	• Vertrouwen als basis voor de samenwerking
	• Vaste krachten voor continuïteit in de samenwerking
	• Samenwerken betekent laagdrempelig zijn
	• Samenwerken gaat goed (artsen)
	• Samenwerken is afstemmen
	• Samenwerken is betrokken zijn bij elkaar
	• Samenwerken is eerlijk zijn naar elkaar
	• Samenwerken is efficiënt zaken doen voor de patiënt
	• Samenwerken is elkaar serieus nemen
	• Serieus genomen worden 32x
	• Samenwerken is iets met elkaar hebben en tot resultaten komen
	• Samenwerken is op elkaar ingespeeld zijn
	• Samenwerken is persoonsafhankelijk 27x
	• Samenwerken voor de patiënt geeft verbinding
	• Samenwerken voor de patiënt 25x
	• Samenwerken heeft geen prioriteit
	• Onvoldoende kunnen vertrouwen op elkaar
	• Efficiëntie draait samenwerking de nek om
	• Gebrekkige afstemming heeft gevolgen voor de patiënt 15x
	• Vertrouwen als basis voor de samenwerking 36x
	• Werkdruk beïnvloed samenwerking

<i>Verschillen per subspecialisme</i>	
	• Verschillen per specialisme in autoritair en informeel
	• Verschillen per specialisme in structuur, kennis en ervaring en persoonlijkheid

	<ul style="list-style-type: none"> • Artsen moeten beslissingen kunnen nemen
	<ul style="list-style-type: none"> • Verschillen per subspecialisme 42x

<i>Professionaliteit en beroepsdomeinen</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Zoeken naar efficiënte afstemming met arts
	<ul style="list-style-type: none"> • Wisselende kwaliteit ANIOS geeft veel extra werk
	<ul style="list-style-type: none"> • Waarderen van professionaliteit en benutten van potenties
	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleging ondervangt fouten van artsen
	<ul style="list-style-type: none"> • Meedenken van de verpleging 15x
	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleging zit met assistenten die geen beslissingen kunnen nemen
	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwoordelijkheid nemen in uitvoering en coördinatie van medisch beleid
	<ul style="list-style-type: none"> • Samen beleid maken
	<ul style="list-style-type: none"> • Samen beleid maken/beslissen 16x
	<ul style="list-style-type: none"> • Professionele verantwoordelijkheid laten liggen
	<ul style="list-style-type: none"> • Professionele verantwoordelijkheid nemen
	<ul style="list-style-type: none"> • Overnemen van taken door de verpleging
	<ul style="list-style-type: none"> • Overnemen van taken 13x
	<ul style="list-style-type: none"> • Frustratie over afhankelijkheid van artsen
	<ul style="list-style-type: none"> • Dubbel registreren in EPD leidt tot overnemen taken door verpleging
	<ul style="list-style-type: none"> • Behoeft aan continuïteit en structuur
	<ul style="list-style-type: none"> • Artsen moeten beslissingen kunnen nemen
	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenten nemen geen besluiten 15x
	<ul style="list-style-type: none"> • Afstand tussen disciplines 12x
	<ul style="list-style-type: none"> • Afhankelijk zijn (van de arts) 27x
	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassen aan de arts 39x

<i>Communicatie</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Afspraken nakomen in communicatie
	<ul style="list-style-type: none"> • Waardering uitspreken naar elkaar
	<ul style="list-style-type: none"> • Veel telefonisch contact
	<ul style="list-style-type: none"> • Veilig en open communiceren
	<ul style="list-style-type: none"> • Storen van elkaar wekt irritaties
	<ul style="list-style-type: none"> • Samen evalueren ontbreekt
	<ul style="list-style-type: none"> • Respectloze benadering van verpleging
	<ul style="list-style-type: none"> • Onderhandelen over bedden
	<ul style="list-style-type: none"> • Laagdrempelig zijn voor verpleging bevordert de communicatie
	<ul style="list-style-type: none"> • Grensoverschrijdend gedrag naar artsen
	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrekkig afstemmen heeft gevolgen voor de patiënt
	<ul style="list-style-type: none"> • Elkaar begrijpen
	<ul style="list-style-type: none"> • Elkaar kennen en begrijpen
	<ul style="list-style-type: none"> • Elkaar niet begrijpen
	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaren van een drempel in de communicatie
	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaren van een drempel 14x
	<ul style="list-style-type: none"> • Laagdrempelig zijn 15x
	<ul style="list-style-type: none"> • Direct persoonlijk communiceren bevordert de samenwerking
	<ul style="list-style-type: none"> • Bouwen aan de relatie
	<ul style="list-style-type: none"> • Communicatie vervangt orders
	<ul style="list-style-type: none"> • Communiceren als basis voor goede zorg
	<ul style="list-style-type: none"> • Communiceren via EPD creëert afstand
	<ul style="list-style-type: none"> • Afstemmen binnen eigen discipline
	<ul style="list-style-type: none"> • Open communicatie in de samenwerking 23x
	<ul style="list-style-type: none"> • Communiceren in de samenwerking 48x
	<ul style="list-style-type: none"> • Afstemmen is belangrijk 22x

<i>Traditionele verhoudingen</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Vervallen in oude gewoontes is een valkuil
	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleging voedt assistenten op
	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleging is kundig
	<ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken van een aanspreekcultuur 32x
	<ul style="list-style-type: none"> • Meer sociale veiligheid creëren

	• Informeel contact hebben
	• Behoeftte aan informaliteit 20x
	• Hiërarchie tussen artsen en verpleging 11x
	• Hiërarchie is functioneel
	• Ervaren van hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen
	• Cultuur waar polariseren en elkaar vinden voor de patiënt door elkaar heen bewegen
	• Afhankelijk opstellen van artsen
	• Aanpassen aan arts
	• Vasthouden aan oude gewoonten 32x

Leren van elkaar

	• Informeel leren overbruggt een drempel en bevordert samenwerking
	• Interdisciplinair leren als basis voor de samenwerking

Bereikbaarheid

	• Zoeken naar artsen
	• Bereikbaar zijn voor elkaar
	• Behoeftte aan continuïteit en structuur
	• Artsen niet op afdeling als dat nodig is
	• Bereikbaar zijn 22x
	• Bereiken van artsen is moeizaam 11x

Toegankelijkheid (Communicatie)

	• PA bouwt een brug tussen de disciplines
	• Laagdrempelig zijn 15x
	• Ervaren van een drempel in de communicatie
	• Ervaren van een drempel 14x

Gedrag en persoonlijkheid/hiërarchie

	• Geen eenduidigheid door eigenwijze professionals
	• Eigenwijze professionals 14x
	• Afdeling territorium verpleging
	• Assertieve verpleging 13x
	• Artsen bepalen beleid, nemen de leiding 28x

Inzicht hebben, elkaar kennen/begrijpen

	• Kennen van elkaar is belangrijk maar mag niet veel moeite kosten
	• Inzicht hebben in elkaars werk en redeneren
	• Invullen voor een andere discipline (in de zin van hoe de ander denkt)
	• Inzicht in elkaars werkzaamheden 32x
	• Elkaar niet begrijpen 11x
	• Elkaar begrijpen
	• Elkaar kennen en begrijpen 68x
	• Elkaar niet begrijpen
	• Elkaar kennen bevordert samenwerking 22x

Kennis en ervaring

	• Vertrouwen op kennis en ervaring verpleging is lastig
	• Verschil in kennis en ervaring verpleegkundigen
	• Verschil in kennis en ervaring (irt orderen met een onervaren team is een probleem)
	• Verpleegkundige is op basis van kennis belangrijk in het weekeinde
	• Stimuleren van kennis bij verpleging voor zelfstandigheid
	• Serieus genomen worden met kennis en ervaring
	• Onvoorspelbaarheid van de zorg
	• Artsen moeten beslissingen kunnen nemen
	• Verschil in kennis en ervaring 14x
	• Verpleging is kundig 26x
	• Kennis en ervaring is belangrijk 26x

<i>Waardering</i>	
	• Verpleging is kundig
	• Verpleegkundige is op basis van kennis belangrijk in het weekeinde
	• Niet gewaardeerd voelen
	• Complimenteren/waarderen van de verpleging 15x
	• Waarderen van professionaliteit en benutten van potenties
	• Waardering uitspreken naar elkaar

<i>Afspraken</i>	
	• Verpleging zoekt naar zekerheid
	• Niet houden aan afspraken leidt tot wij-zij denken
	• Afspraken maken/nakomen 39x

<i>Betrokkenheid/elkaar serieus nemen</i>	
	• Afdeling heeft geen prioriteit
	• Stafarts moet voorbeeld geven in betrokkenheid
	• Niet serieus genomen worden door de artsen
	• Frustratie over gebrek aan betrokkenheid artsen
	• Artsen weinig betrokken 56x

Na deze eerste ordening kom ik tot een beschrijving van het begrip samenwerking, hoe dit is ingebed in de cultuur en vorm krijgt in de praktijk. Hieronder wordt duidelijk hoe de thema's prominent naar voren komen na herschikking van deze eerste ordening:

Eerste ordening	Thema's
• Samenwerken: definiëring en ervaringen	<i>Eigen ideeën over samenwerking</i>
• Traditionele verhoudingen	<i>Traditionele verhoudingen in de samenwerking</i>
• Gedrag en persoonlijkheid/hiërarchie	
• Verschillen per sub specialisme	<i>Ervaren verschillen in de samenwerking binnen de afdeling</i>
• Betrokkenheid/elkaar serieus nemen	<i>Betrokken zijn – samen uit, samen thuis</i>
• Toegankelijkheid (Communicatie)	<i>Toegankelijk zijn en communiceren</i>
• Communicatie	
• Professionaliteit en beroepsdomeinen	<i>Verantwoordelijkheid nemen en professionaliteit</i>
• Kennis en ervaring	
• Visite lopen/nabespreken/efficiënt werken	<i>Organiseren en plannen</i>
• Bereikbaarheid	
• Afspraken	<i>Beleid maken en ordenen</i>
• Orderen/beleid maken	
• Inzicht hebben, elkaar kennen/begrijpen	<i>Elkaar kunnen lezen en begrijpen</i>
• Waardering	
• Leren van elkaar	

Bijlage 9: Overzicht ideeën over samenwerking van geïnterviewden

- I : Interpersoonlijke aspecten
Z : Zakelijke aspecten
P : Patiënt als de verbindende factor

R1:

Z: *“Uhm, belangrijk voor samenwerking is dat je weet wat de ander doet en wat jij moet doen. Dat je niet langs elkaar heen werkt.”*

Z: *“Maar het is belangrijk dat je weet wie wat doet, want sommige taken doe je allebei.”*

I: *“Het is wat ik belangrijk vind, dat je weet wat je doet van elkaar, dat je elkaar serieus neemt.”*

I: *“Nou, voorstellen waar ik mee kom en observaties die ik doe dat die serieus worden genomen. En als ik daarmee naar een arts kom betekent dat dat ik daarmee wat wil. Of dat er beoordeeld wordt daar hoeft niets mee, maar dat er wel serieus wordt overwogen, de verpleegkundige geeft dit aan dus...”*

Z: *“Je wil natuurlijk wel zo snel mogelijk naar het zaken doen, maar wel met iemand die kennis heeft.”*

R2:

I: *“En omdat zij zo laagdrempelig en toegankelijk is, als voorbeeld, vind ik dat er een fijne samenwerking is.”*

P: *“We zijn allemaal voor hetzelfde doel hier. De een is er om de patiënt te genezen en de ander om mensen te verzorgen, maar we willen allebei dat de patiënt naar huis gaat.”*

R3:

I: *“Ik vind in samenwerking belangrijk dat er ten eerste vertrouwen is. Ik denk dat daar de basis moet liggen om te kunnen communiceren. Ik vind open communicatie erg belangrijk.”*

P: *“Maar samen moeten we ook kijken voor wie doen we het, het is niet mijn eigen belang. We hebben iemand waar we iets goeds voor willen neerzetten, dus bijvoorbeeld hier natuurlijk vaak de patiënt, en hoe gaan we dat nou het beste neerzetten.”*

I: *“...ik vind vertrouwen dat je een beetje van de ander weet en jezelf daarin iets meer probeert bloot te leggen, dan kom je al meer naar elkaar toe. Ik denk dat dat heel goed is voor samenwerking...”*

I: *“Samenwerken is vooral nog meer veiligheid. Ik denk dat dat heel belangrijk is. Je moet gewoon alles durven vragen.”*

Z: *“...met elkaar kunnen communiceren en dan tot een plan komen.”*

R4

I: *“...ik denk dat samenwerking staat of valt met communicatie...”*

I: *“...eerlijkheid denk ik. Ja, eerlijk zijn. Ja, ik denk dat als wij iets niet goed doen moet je ook kunnen zeggen tegen iemand...ik denk dat dat de samenwerking goed houdt. Als je gewoon eerlijk bent tegen elkaar.”*

I: *“Uhhh, ik vertrouw er op als ik bijvoorbeeld in de samenwerking met de teamleiders dingen zeg...dat zullen zij omgekeerd neem ik aan ook hebben...dat die in vertrouwen zijn. Daardoor kun je ook samenwerken, anders kan je nooit iets met iemand delen.”*

I: *“Ik denk dat een heel groot deel van wat je op een afdeling doet, op basis van vertrouwen is.”*

R5

I: *“Dat je inderdaad een open communicatie hebt, dat je je ook vrij voelt om dingen te zeggen en dus ook dat je weerwoord krijgt en dat je gewoon een open normale communicatie hebt en dat je serieus genomen wordt.”*

R6

I: *“Ik denk dat je zonder heel veel tegen elkaar te zeggen dat je weet en ziet waar je elkaar mee kan helpen.”*

I: *“Ik denk het waar maken van beloftes, dus als je iets vraagt aan een arts ga je er ook vanuit dat het gebeurt, en dat kan niet alla minuut, maar je verwacht wel dat het gebeurt. En als dat dus niet gebeurt, uh ja mis je het vertrouwen en heb je denk ik ook minder vertrouwen in de samenwerking.”*

Z: *“Want wij verwachten dat er hier gewoon ingewerkte mensen zitten die daardoor weten wat je aan elkaar hebt.”*

Z: *“...ik denk door het maken van goede afspraken.”*

R7

I: *“Uhm, een van de belangrijkste dingen vind ik wederzijds vertrouwen en altijd gehoord voelen.”*

I: *“...mijn vertrouwen in de verpleegkundige moet er zijn. En de verpleegkundige moet zich ook gehoord voelen, van ik heb een probleem, wat moeten we ermee. Ik denk dat dat een heel belangrijk aspect is van de samenwerking, dat je zegt van nou ja, je hebt allebei in het geheel een functie.”*

Z: *“Zij hebben dingen van ons nodig en wij hebben dingen van hun nodig en die samenwerking daartussen uh denk ik dat dat het belangrijkste is, dat je met z'n allen op een lijn staat en een goed product aflevert.”*

P: *“Met z'n tweeën kijk je net met een andere bril naar hetzelfde, maar de doelen van de verpleegkundige zijn exact dezelfde doelen als van mij.”*

R8

I: *“In samenwerking...uhm...dat men elkaar begrijpt.”*

I: *“Ja, aan de hand van zo'n voorbeeld he, als de verpleegkundige begrijpt hoe de arts visite loopt en als de arts begrijpt hoe een verpleegkundige zorgen heeft en dingen bevestigd wil zien, waar ze het over hadden, die zekerheid eruit halen...Dan weet je dat je vertrouwen krijgt, dan weet je wat je aan elkaar hebt.”*

R9

I: *“Het gaat over met elkaar iets hebben en daarmee tot een goed resultaat komen. En als je niks met elkaar hebt kom je nooit tot een goed resultaat.”*

I: *“Teams die alleen maar zakelijk met elkaar werken, dat werkt niet. Je moet iets met elkaar hebben.”*

I: *“Dus de manier van samenwerken die ik belangrijk vind, en dan heb je het over de manier waarop ik ernaar kijk, is dat ze je weten te vinden op een moment dat er dingen gebeuren waarvan ze zeggen ik vind dat dat anders moet gaan.”*

I: *“Ja, maar dat is samenwerken, dat je open staat voor de subtiele signalen en de vragen die er zijn.”*

I: *“Elkaar vertrouwen, betrouwbaarheid in je handelen, in je doen, in je manier van presenteren, in je manier van op de afdeling zijn...”*

I: *“Elkaar beter leren kennen, dat is de crux, voor samenwerking, voor iedere team effort is dat de basis, en daar moet je in investeren, dat gaat niet vanzelf.”*

R10

I: *“Laagdrempelig, naar elkaar toe kunnen gaan uhm, weet je...dat geen ene vraag te gek is, want dat is vaak de angst van mensen om te durven vragen.”*

R11

I: *“Ik vind het bij samenwerken altijd heel fijn dat je uhm er op aan kan van je samenwerkingspartner, dat je het vertrouwen hebt, dat je weet dat als je iets doet, als je een taak uit handen geeft, dat je erop kan vertrouwen dat diegene dat ook uitvoert en het ook terugkoppelt, als diegene dat gedaan heeft maar juist ook als diegene dat niet gedaan heeft zodat je weet van oké dat moet ik nog even ondernemen of dat moet ik nog zelf gaan doen.”*

Z: *“Samenwerken is dat je dan wel gelijk actie kan ondernemen van wat gaan we doen en dat je daarbij de arts dan wel direct betreft, dat ook meer.”*

I: *“Dat je eerlijk naar elkaar toe bent, dat je dingen niet verzwijgt en in samenwerking vind ik het ook prettig dat je met elkaar tot iets...tot een conclusie..dat is misschien gek gezegd...dat je er samen uitkomt en dat je alles kan vragen aan elkaar. Dat je het wat laagdrempelig maakt daarin...”*

Z: *“Ja meer dat, en dat je afspraken nakomt, dat vind ik ook bij eerlijkheid... Dat vind ik ook bij eerlijkheid horen.”*

R12

I: *“Het belangrijkste vind ik dat je elkaar respecteert”*

I: *“En om dat dat te laten doen moet de verstandhouding zo zijn dat je laagdrempelig ergens op aanspreekbaar bent, of benaderbaar bent.”*

I: *“Ja, ja en elkaar respecteren dat als iemand ergens mee komt en zegt van ik vertrouw dat niet dat je dat serieus neemt en niet zegt van joh je lult maar wat en he. Dus ik denk dat dat belangrijk is.”*

I: *“Nou ja, je moet elkaar kunnen vertrouwen. Als we 's ochtends bespreken met elkaar dat er een bepaald iets gebeurt, dan ga ik ervan uit dat dat ook gebeurt. En dan wil je niet hebben dat je achteraf hoort dat dat niet gedaan is.”*

R13

Z: *“Uhm, ik denk een goede verdeling maken van de taak, van alles wat er gedaan moet worden uh ja, en dat je ook met elkaar ervoor zorgt dat alles daadwerkelijk gedaan is, dat je dat checkt... ja....samen zorgen dat alles geregeld is”*

Z: *“...afstemmen wie doet wat en gewoon overal plannen voor maken.”*

R14

I: *“En samenwerken is dat je elkaar aanspreekt op, nou eigenlijk op van alles. Dus dat je laagdrempelig elkaar benadert om dingen te bespreken als je ergens twijfels over hebt, of zorgen over hebt of uhm, en ook in een situatie zoals hier, dat je elkaar aanvult”.*

P: *“Dat zijn natuurlijk verschillende expertises waarbij je alles bij mekaar voegt om uh, denk de zorg rondom de patiënt zo goed mogelijk te maken.”*

I: *“...er is een verschil op het gebied van verantwoordelijkheid wat daar ligt, maar dat je eigenlijk van het begin tot het einde bij elkaar betrokken bent in die zorg.”*

Z: *“Nou, dat je bij problemen wel met z'n tweeën met elkaar probeert zo snel mogelijk een goed beeld te krijgen van wat er aan de hand is.”*

I: *“Maar ook, toch ook wel op elkaars oordeel afgaan. Ik denk dat daar veel vanuit gaat, waar voor mij betreft de samenwerking in zit.”*

Z: *“In de patiëntenzorg is het belangrijkste dat dat goed en soepel verloopt, weet je, dat je laagdrempelig elkaar benadert, en informatie uitwisselt, en probeert een goed besluit te vormen.”*