

Visie ontwikkeling op FPC 2A

*'Vision without action is a dream. Action without vision is simply passing the time.
Action with vision is making a positive difference.'*

Tineke Cranenbroek
Sharmay van Daal
Iris van Swelm
Hanne Waarts

Visie ontwikkeling op FPC 2A

Afstudeerproject IR401

Projectleden afstudeergroep 45

Tineke Cranenbroek	2083534
Sharmay van Daal	2130035
Iris van Swelm	2161188
Hanne Waarts	2171692

Opdrachtgever

Loes Beekmans

Projectbegeleidster

Berdi Stockman

Kader

Fontys Hogeschool Verpleegkunde Eindhoven | De Woenselse Poort

Plaats en datum

Eindhoven, februari – juni 2012

© 2012 Fontys Hogeschool Verpleegkunde

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze dan ook en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen zonder toestemming van de afstudeergroep.

Voorwoord

Hier voor u ligt het afstudeerproject IR401 'Visie ontwikkeling op FPC 2A'. Dit afstudeerproject staat in het teken van beroepsontwikkeling en innovatie en beslaat de beroepscompetenties regie op maat (ROM) niveau innoveren, kwaliteit van zorg (KWAL) en deskundigheidsbevordering (DESK) niveau verbeteren.

De afstudeeropdracht is op afdeling Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) 2A van de Woenselse Poort, uitgevoerd door vier eindejaarstudenten, in het kader van de voltijd opleiding verpleegkunde aan Fontys Hogescholen te Eindhoven.

Het FPC is onderdeel van het Centrum forensische behandeling. Het FPC biedt klinische zorg en behandeling aan mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd en daardoor een TBS maatregel opgelegd hebben gekregen (De Woenselse Poort, 2009).

De afstudeergroep heeft in de periode van februari 2012 tot juli 2012, gewerkt aan een voor het werkveld relevante opdracht. Hierbij is gestreefd naar implementatie van een innoverend product, namelijk het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie, in samenwerking met het verpleegkundig team.

Om de implementatie aan te laten sluiten bij het werkveld heeft de afstudeergroep nauw samengewerkt met alle teamleden van afdeling FPC 2A.

De afstudeergroep wil een aantal personen bedanken die de totstandkoming van het afstudeerproject mogelijk hebben gemaakt. Ten eerste wil de afstudeergroep alle teamleden van afdeling FPC 2A bedanken voor de tijd en ruimte die de afstudeergroep heeft gekregen en voor de input van hen allen die het bottom-up ontwikkelen en implementeren van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie, mogelijk heeft gemaakt.

Ten tweede wil de afstudeergroep opdrachtgever L. Beekmans bedanken voor haar begeleiding, advies en enthousiasme voor het project en projectbegeleidster B. Stockman voor haar kritische blik, haar begeleiding en steun in het proces. Mede gaat dank uit naar de meelezer J. van Herk voor zijn kritische feedback en verpleegkundige H. van den Berk als vervangend opdrachtgever.

Tot slot wil de afstudeergroep dank betuigen aan docente M. Snoeren voor haar expertise op het gebied van visie ontwikkeling en assistent centrummanager Mw. XXX voor haar expertise op het gebied van de methodieken uit de overkoepelende afdelingsvisie.

Eindhoven, juni 2012

Tineke Cranenbroek
Sharmay van Daal
Iris van Swelm
Hanne Waarts

Samenvatting

‘Een visie is een kijk op de realiteit die je denken en doen bepaalt (Grypsdonk, s.d.).’

Uit literatuurstudie is gebleken dat het hebben van een verpleegkundige visie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Het werken met een visie komt ten goede aan patiënten (Van Riet, 2010). In een verpleegkundige visie komen de waarden en overtuigingen van de verpleegkundigen naar voren. Op afdeling FPC 2A wordt sinds de reorganisatie van januari jongstleden gewerkt zonder verpleegkundige visie waardoor er het gevaar bestaat dat het team een eigen invulling geeft aan de methodieken uit de overkoepelende afdelingsvisie, die is geschreven door het management. Om deze reden heeft de afstudeergroep de opdracht gekregen om in samenwerking met het verpleegkundig team een gemeenschappelijke gedeelde verpleegkundige visie te ontwikkelen. Na een grondige analyse van het probleem heeft de afstudeergroep de volgende probleemstelling geformuleerd:

‘Na de reorganisatie binnen de Woenselse Poort, werken de verpleegkundigen op afdeling FPC 2A met een overkoepelende afdelingsvisie, geschreven door het managementteam. De verpleegkundigen geven hier naar eigen inzicht invulling aan omdat een verpleegkundige visie die aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, ontbreekt.’

Bij deze probleemstelling heeft de afstudeergroep de volgende doelstelling geformuleerd:

‘Binnen zes maanden ligt er op afdeling FPC 2A een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie om de verpleegkundige werkzaamheden te onderbouwen en verantwoorden, die tevens aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, die is geschreven door het management team.’

Om de probleemstelling aan te pakken en daarmee de doelstelling te behalen heeft de afstudeergroep voor een bottom-up benadering gekozen. De afstudeergroep heeft een waardeverhelderingsoefening gedaan die de waarden en overtuigingen van de verpleegkundigen in kaart brengt. Enkele waarden en overtuigingen die hieruit voort zijn gekomen zijn; veiligheid voor alle betrokkenen, collegialiteit en het vormen van een afspiegeling van de maatschappij waarin verpleegkundigen een voorbeeldfunctie hebben.

Vervolgens heeft de afstudeergroep samen met de verpleegkundigen een mindmap gemaakt waarbij kernwoorden zoals; autonomie van de cliënt en het profileren van de functie, zijn geformuleerd die het fundament vormen voor de verpleegkundige visie.

Aan de hand van deze kernwoorden en de waarden en overtuigingen van de verpleegkundigen heeft de afstudeergroep een concept visie kunnen schrijven.

De afstudeergroep heeft een implementatietraject doorlopen, deze liep parallel aan het onderzoek. Voor behoud van de innovatie, het werken met de verpleegkundige visie, heeft de afstudeergroep een kartrekker aangesteld die de implementatie voort zal zetten.

Inhoudsopgave

Inleiding	Pagina 6
Hoofdstuk 1 Probleembeschrijving	
§ 1.1 De organisatie	Pagina 8
§ 1.2 De afdeling	Pagina 8
§ 1.3 Probleembeschrijving	Pagina 9
§ 1.4 Voorlopige probleemstelling	Pagina 10
§ 1.5 Voorlopige doelstelling	Pagina 10
Hoofdstuk 2 Analysefase	
§ 2.1 (Verpleegkundige) visie	Pagina 11
§ 2.2 Het onderzoek	Pagina 12
§ 2.2.1 Uitkomsten waardeverhelderingsoefening	Pagina 13
§ 2.2.1.1 Conclusie waardeverhelderingsoefening	Pagina 14
§ 2.2.2 Expertraadpleging	Pagina 15
§ 2.2.2.1 Conclusie expertraadpleging	Pagina 15
§ 2.2.3 Cliëntenervaring en- verhalen	Pagina 16
§ 2.3 Conclusie onderzoek	Pagina 16
§ 2.4 ESH-model	Pagina 16
§ 2.4.1 Conclusie ESH-model	Pagina 19
§ 2.5 Visgraatdiagram	Pagina 20
§ 2.5.1 Toelichting visgraatdiagram	Pagina 21
§ 2.6 Definitieve probleem- en doelstelling	Pagina 23
§ 2.7 Beschrijving werkelijke situatie	Pagina 23
§ 2.8 Beschrijving wenselijke situatie	Pagina 24
§ 2.9 Vergelijking werkelijke en wenselijke situatie	Pagina 24
§ 2.9.1 Conclusie vergelijking werkelijke en wenselijke situatie	Pagina 25
§ 2.10 Maatregelen	Pagina 25
§ 2.10.1 Conclusie maatregelen	Pagina 28
§ 2.11 Samenvatting analysefase	Pagina 28
Hoofdstuk 3 Ontwerpfase	
§ 3.1 Matrix maatregelen	Pagina 30
§ 3.1.1 Onderbouwing randvoorwaarden	Pagina 30
§ 3.1.2 Onderbouwing matrix	Pagina 30
§ 3.1.3 Conclusie matrix	Pagina 31
§ 3.2 Aanbevelingen	Pagina 31
§ 3.3 Weerstand	Pagina 32
§ 3.4 Wetenschappelijk artikel	Pagina 32
§ 3.5 Implementatietraject	Pagina 32
§ 3.6 Conclusie	Pagina 38
Hoofdstuk 4 Uitvoeringsfase	
§ 4.1 Product- en procesbeschrijving	Pagina 39
§ 4.2 Concept visie met feedback	Pagina 40
§ 4.2.1 Feedback teamleden	Pagina 40
§ 4.2.1.1 Conclusie feedback teamleden	Pagina 40
§ 4.3 Definitieve concept visie	Pagina 42
§ 4.4 Conclusie	Pagina 42

Conclusie afstudeerproject	Pagina 44
Nawoord	Pagina 45
Literatuurlijst	Pagina 46
Bijlagen	
Bijlage 1 Oriëntatieverslag	Pagina 51
Bijlage 2 Kwaliteitscyclus Norma Lang	Pagina 60
Bijlage 3 Waardeverhelderingsoefening	Pagina 61
Bijlage 4 Transcripties waardeverhelderingsoefening	
§ 4.1 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 07-03-2012	Pagina 62
§ 4.2 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 12-03-2012	Pagina 70
§ 4.3 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 21-03-2012	Pagina 81
§ 4.4 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 28-03-2012	Pagina 92
Bijlage 5 Uitkomsten waardeverhelderingsoefening	Pagina 94
Bijlage 6 Expertraadpleging: visieontwikkeling	Pagina 101
Bijlage 7 Expertraadpleging: ACM	Pagina 102
Bijlage 8 ESH-model	Pagina 104
Bijlage 9 Omgaan met weerstanden	Pagina 111
Bijlage 10 Wetenschappelijk artikel	
§ 10.1 Zoekstrategie	Pagina 112
§ 10.2 Gevonden artikel	Pagina 113
§ 10.3 Beoordeling artikel	Pagina 126
<i>'Understanding the workplace culture of a special care nursery'</i>	
Bijlage 11 Mindmapbijeenkomst teamdag	
§ 11.1 Huiswerkopdracht	Pagina 131
§ 11.2 Voorbereiding bijeenkomst	Pagina 133
§ 11.3 Ijsbreker	Pagina 135
§ 11.4 Evaluatieformulier bijeenkomst	Pagina 136
§ 11.5 Uitwerking bijeenkomst	Pagina 137
Bijlage 12 Hand-out introductiebijeenkomst	Pagina 141
Bijlage 13 Nieuwsbrieven	
§ 13.1 Nieuwsbrief 29 februari 2012	Pagina 143
§ 13.2 Nieuwsbrief 3 april 2012	Pagina 144
§ 13.3 Nieuwsbrief 20 april 2012	Pagina 145
§ 13.4 Nieuwsbrief 29 mei 2012	Pagina 146
§ 13.5 Nieuwsbrief 21 juni 2012	Pagina 147
Bijlage 14 Voorbereidingen bijeenkomsten team en experts	
§ 14.1 Introductiebijeenkomst maandag 5 maart 2012	Pagina 148
§ 14.2 Bijeenkomst waardeverhelderingsoefening 7 maart 2012	Pagina 149
§ 14.3 Bijeenkomst waardeverhelderingsoefening 12 maart 2012	Pagina 150
§ 14.4 Voorbereiding gesprek met expert in visieontwikkeling	pagina 151
§ 14.5 Voorbereiding gesprek ACM 19 maart 2012	Pagina 151
§ 14.6 Werkoverleg 19 maart 2012	Pagina 152
§ 14.7 Interview waardeverhelderingsoefening 21 maart 2012	Pagina 152
§ 14.8 Werkoverleg 2 april 2012	Pagina 153
§ 14.9 Werkoverleg 16 april 2012	Pagina 154
§ 14.10 Werkoverleg 14 mei 2012	Pagina 154
§ 14.11 Werkoverleg 18 juni 2012	Pagina 155
Bijlage 15 Logboek	Pagina 156

Inleiding

Voor het afstudeerproject IR401 'verpleegkundige innovatie' heeft de afstudeergroep een innovatief product ontwikkeld, die ingevoerd is op afdeling FPC 2A. Het afstudeerproject is geschreven naar aanleiding van een verkregen opdracht door de lecturer practitioner (LP'er) van FPC 2A. Er is door de LP'er gesignaleerd dat er wegens een reorganisatie, die in januari 2012 heeft plaatsgevonden, niet eenduidig wordt gewerkt en er op de afdeling geen verpleegkundige visie aanwezig is, die aansluit bij de cliëntenpopulatie en het verpleegkundig team.

De afstudeergroep schrijft dit afstudeerproject naar het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A. Wanneer er wordt gesproken over het verpleegkundig team worden hiermee alle teamleden bedoeld. Het team telt tien leden waaronder acht verpleegkundigen en twee sociaal pedagogisch hulpverleners (SPH'ers).

Wanneer er in de tekst gesproken wordt van het management team, wordt daarmee het duale koppel bedoeld. Het duale koppel bestaat uit een assistent centrummanager (ACM) en een behandelaar.

Gedurende het schrijven van dit afstudeerproject is de naam van de afdeling veranderd van FPC 2A naar 'De Volte 2A'. De afstudeergroep heeft er daarom voor gekozen om vanaf het moment van het beschrijven van het implementatietraject (paragraaf 3.5), mee te gaan met deze ontwikkeling en deze naam te gebruiken in het project.

De afstudeergroep heeft gekozen om de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong et al., 2003) te gebruiken als leidraad. Hiervoor is gekozen omdat door het doorlopen van verschillende stappen structuur wordt aangebracht in het afstudeerproject. Tevens kan de afstudeergroep aan de hand van de kwaliteitscyclus controleren of alle gegevens daadwerkelijk verzameld en verwerkt zijn en wordt er planmatig te werk gegaan. Daarnaast heeft de afstudeergroep voor Norma Lang (De Jong et al., 2003) gekozen omdat alle projectleden hiermee bekend zijn en het een gestructureerd model is om te hanteren bij het uitvoeren van een kwaliteitsverbetering.

In het eerste hoofdstuk van dit afstudeerproject wordt de probleemanalyse beschreven. Hierin wordt duidelijk wat de aanleiding is tot het gekozen onderwerp en wordt er een beschrijving gegeven van de huidige situatie op de afdeling. Aan de hand hiervan is er een voorlopige probleem- en doelstelling geformuleerd.

In hoofdstuk 2 wordt de analysefase beschreven waarin literatuurstudie en onderzoek in het werkveld zijn verricht. Het onderzoek bestaat uit een waardeverhelderingsoefening, expertraadpleging, interviews met het team en een organisatieanalyse aan de hand van het ESH-model (Weggeman et al., 2005). De oorzaken van het geconstateerde probleem worden vervolgens weergegeven in een visgraatdiagram. De afstudeergroep heeft hierna de definitieve probleem- en doelstelling kunnen formuleren. De definitieve probleemstelling luidt als volgt;

'Na de reorganisatie binnen de Woenselse Poort, werken de verpleegkundigen op afdeling FPC 2A met een overkoepelende afdelingsvisie, geschreven door het managementteam. De verpleegkundigen geven hier naar eigen inzicht invulling aan omdat een verpleegkundige visie die aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, ontbreekt.'

De definitieve doelstelling luidt als volgt;

'Binnen zes maanden ligt er op afdeling FPC 2A een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie om de verpleegkundige werkzaamheden te onderbouwen en verantwoorden, die tevens aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, die is geschreven door het management team.'

De afstudeergroep heeft vervolgens de wenselijke en werkelijke situatie beschreven en deze met elkaar vergeleken, waarna er maatregelen zijn geformuleerd.

In hoofdstuk 3 wordt de ontwerpfase beschreven. Allereerst worden de maatregelen weergegeven in een matrix, waarna er aanbevelingen volgen. Om de keuzes van de afstudeergroep te onderbouwen met wetenschappelijke literatuur heeft de afstudeergroep een wetenschappelijk artikel beoordeeld en toegepast in het afstudeerproject. De afstudeergroep heeft voor één van de maatregelen het implementatietraject beschreven, volgens de fasen van Grol en Wensing (2006).

In het laatste hoofdstuk van dit afstudeerproject komt de uitvoeringsfase aan bod. In deze fase wordt het innovatieve product, de concept visie, ingevoerd op de afdeling. Er wordt in het hoofdstuk een product- en procesbeschrijving gegeven, waarin duidelijk wordt hoe de concept visie tot stand is gekomen.

Tenslotte geeft de afstudeergroep een conclusie van het gehele afstudeerproject waarin antwoord gegeven wordt op de probleemstelling en de afstudeergroep kijkt of de doelstelling behaald is.

Hoofdstuk 1 Probleembeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de probleemanalyse van het afstudeerproject beschreven. Dit is stap één van de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong et al., 2003). In deze stap wordt eerst een beschrijving gegeven van de organisatie en de afdeling, waarna er een probleembeschrijving volgt. Aan de hand van de probleembeschrijving is een voorlopige probleem- en doelstelling geformuleerd.

§ 1.1 De organisatie

De Woenselse Poort behandelt cliënten met een strafrechtelijke titel die een risico vormen voor de samenleving door hun ontwrichtend gedrag (De Woenselse Poort, 2009). Hierbij valt te denken aan de maatregel terbeschikkingstelling (TBS)¹ en overige juridische maatregelen.

Daarnaast hebben de cliënten psychiatrische problematiek zoals een psychose, persoonlijkheidsstoornis, psychotische kwetsbaarheid, autistisch spectrum stoornis of een licht verstandelijke beperking met een ernstige gedragsstoornis. Vaak is er ook sprake van middelenmisbruik wat sterk verweven is met het delictgedrag en/of de psychiatrische stoornis. Het doel is cliënten weer zo goed als mogelijk deel te laten nemen aan de maatschappij. De basis van de multidisciplinaire behandeling en leefmilieu binnen De Woenselse Poort is sociotherapeutisch. Dat wil zeggen dat er een omgeving wordt geboden waarin cliënten kunnen herstellen en waar ze leren omgaan met hun aandoening. De behandeling is toegesneden op de specifieke doelgroepen (De Woenselse Poort, 2009).

De landelijke trend is dat er bezuinigd moet worden op de zorg. Deze bezuinigingen zijn steeds duidelijker merkbaar op de werkvloer, zo ook binnen De Woenselse Poort wat ook invloed heeft op het sociotherapeutisch milieu. Zo is er bijvoorbeeld minder personeel op de afdeling waardoor er minder tijd vrijgemaakt kan worden voor de cliëntengroep en het daarbij hanteren van een leefmilieu waarbij er gestreefd wordt naar de behandeldoelen per cliënt.

Als gevolg van de bezuinigingen heeft er een reorganisatie plaats gevonden. De reorganisatie gaat uit van het efficiënter maken van de organisatie (goedkoper, hogere productiviteit) en het waarborgen van de continuïteit van het, op de vraag aansluitend, zorgaanbod voor de cliënten (De Woenselse Poort, 2011).

§ 1.2 De afdeling

Afdeling FPC 2A is een afdeling van het FPC. Het FPC is onderdeel van het Centrum forensische behandeling. Het FPC biedt klinische zorg en behandeling aan mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd en daardoor TBS opgelegd hebben gekregen (De Woenselse Poort, 2009). Afdeling FPC 2A biedt ruimte voor elf cliënten met een TBS-maatregel.

De cliëntenpopulatie bestaat uit groepsgeschikte cliënten met een psychotische stoornis, daarbij is er bij sommige cliënten sprake van persoonlijkheidsproblematiek, autisme, een verstandelijke beperking of verslavingsproblematiek. De cliëntengroep bestaat uit acht mannen en drie vrouwen in de leeftijd van 28 tot 61 jaar en zijn zowel van autochtone als allochtone afkomst.

FPC 2A is een zorginnovatiecentrum (ZIC)², dit wil zeggen dat er vijf á zes studenten stage lopen voor een periode van vijf maanden.

In januari 2012 heeft er binnen De Woenselse Poort een reorganisatie plaatsgevonden. Hierdoor zijn er wijzigingen doorgevoerd in zowel het verpleegkundig team als de cliëntengroep. Het huidige team is samengesteld uit personeelsleden van verschillende teams binnen De Woenselse Poort. De helft van het team heeft echter vóór de reorganisatie met elkaar op één afdeling gewerkt. De

¹ TBS is een maatregel die door de rechter wordt opgelegd aan een verdachte die een zwaar misdrijf heeft gepleegd, maar dit mede heeft gedaan door zijn psychiatrische aandoening en waardoor hij wordt opgenomen in een gesloten instelling ter voorkoming van herhaling van het misdrijf (recidive) (De Woenselse Poort, 2009).

² Een ZIC is een leerafdeling of combinatie van afdelingen voor studenten die samen met Fontys Hogeschool Verpleegkunde samenwerkingsafspraken hebben (Fontys Hogescholen, 2007).

psychiatrische problematiek van de cliëntengroep is hetzelfde gebleven, de samenstelling van de cliëntengroep is echter gewijzigd en omvat momenteel elf cliënten.

Het verpleegkundig team van FPC 2A telt in totaal tien leden, waaronder acht verpleegkundigen en twee sociaal pedagogisch hulpverleners (SPH'ers). In het team wordt er onderscheid gemaakt in junior en senior begeleiders. Alle begeleiders beschikken over een relevant diploma, senior begeleiders hebben echter meer ervaring binnen de GGZ. Daarnaast hebben ze meer verantwoordelijkheden zoals het coördineren van het bouwdeel en het signaleren en nemen van eindverantwoordelijkheid in onverwachte situaties.

Het team is verantwoordelijk voor de dagelijkse werkzaamheden met betrekking tot de zorg van de cliënten. Dit houdt onder andere in observeren en gesprekken voeren met cliënten, (maandelijkse) rapportages schrijven en overdragen binnen het eigen en andere teams.

Elk lid van het team is minstens van één cliënt persoonlijk begeleider (PB'er). De persoonlijk begeleider houdt zich bezig met de regelzaken van de cliënt, het overzicht behouden op de behandeling en dit bespreken met de cliënt.

Sinds de reorganisatie bestaat het management team van FPC 2A uit een duaal koppel. Het duale koppel wordt gevormd door een assistent centrummanager en een behandelaar.

§ 1.3 Probleembeschrijving

De afstudeergroep heeft op FPC 2A de WPL 3 stage doorlopen. Aan de hand hiervan heeft de afstudeergroep een afstudeeropdracht gekregen op de afdeling.

De lecturer practitioner (LP'er)³ signaleerde dat er wegens de reorganisatie niet eenduidig wordt gewerkt en er op de afdeling geen duidelijke verpleegkundige visie aanwezig is die aansluit bij de cliëntenpopulatie en het verpleegkundig team.

FPC 2A heeft namelijk te maken gekregen met een vrijwel geheel nieuwe cliëntengroep en ook zijn er enkele wijzigingen in het verpleegkundig team doorgevoerd. Hierdoor bestaat er op dit moment geen duidelijke verpleegkundige visie welke aansluit bij de bijbehorende cliëntengroep. Daarnaast is ook onduidelijk volgens welke methodiek(en) gewerkt gaat worden. Deze methodiek dient aan te sluiten bij de gekozen visie. Vele methodieken worden genoemd (supportief werken, motiverende gespreksvoering, methode Heijkoop, Gordon, sociotherapeutische benadering, what works-principles, Good Lives model). Echter is er geen enkele methodiek die door meerdere teamleden goed wordt beheerst. Binnen De Woenselse Poort wordt gewerkt volgens Planetree⁴. Omdat zowel de visie als de methodiek niet duidelijk zijn, is niet inzichtelijk hoe er gewerkt dient te worden en waarnaar gestreefd wordt. Daarbij is de kans aanwezig dat de verschillende medewerkers ieder hun eigen werkwijze gaan hanteren. Dit gevaar bestaat mogelijk ook als de visie en methodiek via een top-down benadering worden ingevoerd. Beide punten kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Als de visie en bijbehorende methodiek(en) helder zijn en door de betrokken stakeholders (verpleegkundig team en management) worden gedragen, kan er gekeken worden wat er organisatorisch nodig is om de gekozen methodiek(en) in de praktijk te brengen en met name te behouden.

³ De LP'er is een verpleegkundige die ervaring heeft in praktijkvoering, onderwijs, management en onderzoek en is de schakel tussen school en het werkveld (Fontys Hogescholen, 2007).

⁴ Planetree is zowel een innovatief zorgmodel als een snelgroeiend internationaal netwerk van zorginstellingen, die vastbesloten zijn de best mogelijke zorg voor cliënten te realiseren en tegelijkertijd een inspirerende cultuur voor medewerkers te scheppen (Planetree, 2011).

§ 1.4 Voorlopige probleemstelling

Uit de eerdergenoemde probleembeschrijving heeft de afstudeergroep een voorlopige probleemstelling geformuleerd:

‘Het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort te Eindhoven, werkt momenteel zonder duidelijke verpleegkundige visie. Hierdoor worden er door de individuele teamleden verschillende methodieken gehanteerd in de dagelijkse werkzaamheden, waardoor er geen eenduidigheid bestaat in het handelen.’

Na de uitgebreide analyse, paragraaf 2.6, volgt de definitieve probleemstelling.

§ 1.5 Voorlopige doelstellingen

Bij de voorlopige probleemstelling heeft de afstudeergroep twee voorlopige doelstellingen geformuleerd:

Doelstelling 1:

‘Binnen drie maanden ligt er een verpleegkundige visie voor het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort, waarin de methodiek(en) staat/staan beschreven die aansluit(en) bij de waarden en normen van het team, de cultuur van de afdeling en de behoeften en juiste zorg ten aanzien van de cliëntenpopulatie.’

Doelstelling 2:

‘Het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A streeft een gemeenschappelijk doel na en werkt volgens eenzelfde methodiek(en) die beschreven staat/staan in de nieuwe verpleegkundige visie.’

Na de analysefase, paragraaf 2.6, volgt de definitieve doelstelling.

Hoofdstuk 2 Analysefase

In dit hoofdstuk beschrijft de afstudeergroep de analysefase waarin aan de hand van literatuurstudie en onderzoek binnen het werkveld een beschrijving wordt gegeven van een grondige analyse van het probleem op afdeling FPC 2A. Dit wordt gedaan volgens de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong et al., 2003).

Allereerst wordt er theorie beschreven over een (verpleegkundige) visie en het werken hiermee. Vervolgens wordt er een beschrijving gegeven van het onderzoek dat is verricht in het werkveld. Het onderzoek bestaat uit een waardeverhelderingsoefening, expertraadpleging, interviews met het team en een organisatieanalyse aan de hand van het ESH-model (Weggeman et al., 2005).

De afstudeergroep geeft de oorzaken van het geconstateerde probleem op de afdeling weer in een visgraatdiagram. Uit de visgraatdiagram volgt de definitieve probleem- en doelstelling, waarna de wenselijke en werkelijke situatie wordt beschreven.

De afstudeergroep maakt een vergelijking tussen de werkelijke en de wenselijke situatie, waarna er maatregelen worden geformuleerd. Tenslotte geeft de afstudeergroep een samenvatting van de analysefase waarin staat wat de afstudeergroep heeft gedaan en wat de vervolgstappen zijn voor de ontwerpfase.

§ 2.1 (Verpleegkundige) visie

Een verpleegkundige visie is een kijk op de verpleegkundige realiteit die je denken en doen als verpleegkundige bepaalt. Elke verpleegkundige heeft een visie op verpleegkunde. Een aantal verpleegkundigen is zich bewust van deze visie, een aantal verpleegkundigen niet. Vanuit de omschrijving van visie kan worden afgeleid dat een visie het denken en doen bepaalt. Het expliciteren van een eigen visie is belangrijk: het komt ten goede aan de patiënten.

Een verpleegkundige die zich bewust is van een sterke somatische gerichtheid naar de patiënten, weet dat een patiënt ook andere noden heeft. Ze weet van zichzelf dat ze daar niet altijd aan kan tegemoetkomen. Deze verpleegkundige zal indien nodig andere hulpverleners inschakelen om aan die 'niet-somatische noden' tegemoet te komen. Denk maar aan het inschakelen van een sociaal verpleegkundige of een pastor.

Het expliciteren van een eigen visie is ook voor een ieder belangrijk. Het helpt om eigen tekortkomingen te ontdekken en stimuleert om hieraan te werken. Bijvoorbeeld een verpleegkundige die zich niet bewust is van haar eigen visie, zal dan ook niet alert zijn voor een aantal noden van de patiënt. De verpleegkundige zal niet doorverwijzen gezien ze deze noden niet herkent en de patiënt blijft letterlijk in de kou staan.

Een visie ontstaat niet zomaar. Heel vaak spelen vroegere ervaringen een belangrijke rol in de eigen visie. Het is belangrijk om deze vroegere ervaringen en het huidige maatschappelijke en wetenschappelijke denken over verpleegkunde te integreren in een werkbare visie (Van Riet, 2010).

Boomer & McCormack (2007) stellen dat in een visie de waarden en overtuigingen van mensen naar voren komen. Waarden en overtuigingen zijn met elkaar verbonden en daardoor moeilijk los van elkaar te zien. Bij het ontwikkelen van een visie is het belangrijk dat het verpleegkundig team betrokken wordt, omdat hun waarden en overtuigingen het uitgangspunt zijn voor een gemeenschappelijk gedeelde visie. Het betrekken van het verpleegkundig team is dus essentieel. Boomer & McCormack (2007) stellen dat het geen zin heeft om een visie te ontwikkelen die niet gedeeld wordt door collega's. Teamleden dienen dus op één lijn te zitten.

De afstudeergroep kan uit bovenstaande literatuur concluderen dat het werken met een verpleegkundige visie van belang is, omdat dit ten goede komt aan de cliënt. Aan de hand van deze gegevens wil de afstudeergroep onderzoeken of het ontwikkelen van een verpleegkundige visie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg binnen het verpleegkundig team van FPC 2A. De afstudeergroep

wil onderzoeken of er behoefte is aan een verpleegkundige visie waarmee de verpleegkundige werkzaamheden kunnen worden verantwoord en onderbouwd.

Tijdens het doorlopen van de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong et al., 2003) heeft de afstudeergroep ervoor gekozen gebruik te maken van een waardeverhelderingsoefening die afkomstig is uit Practice Development (PD).

De gevonden literatuur beschrijft voornamelijk het ontwikkelen van een visie in PD. Aangezien er beperkte literatuur beschikbaar is over het ontwikkelen van een visie, kiest de afstudeergroep ervoor alle beschikbare literatuur toe te passen binnen het afstudeerproject.

De afstudeergroep wil dit gaan onderzoeken middels een waardeverhelderingsoefening. Hiermee gaat de afstudeergroep bottom-up te werk, omdat het hele team vanaf het begin betrokken wordt in het proces.

§ 2.2 Het onderzoek

In de analysefase heeft de afstudeergroep aan de hand van de opdracht, 'een verpleegkundige visie ontwikkelen voor afdeling FPC 2A', onderzoek gedaan naar hoe een verpleegkundige visie kan worden ontwikkeld en hoe er aan de inhoud vormgegeven kan worden.

De afstudeergroep heeft voor het onderzoek een groepsinterview gehouden binnen het team. Tijdens dit groepsinterview is een waardeverhelderingsoefening uitgevoerd. Een waardeverhelderingsoefening is een simpele oefening die ontworpen is om te komen tot waarden en overtuigingen die het team heeft, over een bepaald onderwerp en het verduidelijken hiervan. Het is een middel wat gebruikt wordt in de praktijk voor de ontwikkeling van gemeenschappelijk gedeelde visies en doelen. Het is een startpunt voor cultuurverandering, omdat de waarden en overtuigingen van het team hun gedrag beïnvloeden.

De waardeverhelderingsoefening is een vorm van kwalitatief onderzoek, dit wil zeggen een type onderzoek waarin het effect wordt uitgedrukt in woorden in plaats van cijfers (Cox, 2010). De waardeverhelderingsoefening wordt uitgevoerd middels een semi gestructureerd interview, een interview waarbij de vragen vooraf nog niet vast staan. De interviewer heeft wel een aantal onderwerpen vast gesteld die hij/zij in ieder geval wil bespreken, maar in het gesprek is ruimte en vrijheid voor de geïnterviewde om datgene in te brengen wat hij of zij relevant vindt binnen de kaders van de vooraf vastgestelde onderwerpen (Hanraets-op het Veld, 2010). De afstudeergroep heeft hiervoor gekozen omdat een waardeverhelderingsoefening een goed middel is om de waarden van het team te inventariseren. Daarnaast wordt door het afnemen van een waardeverhelderingsoefening het team nauw betrokken bij het proces van de visieontwikkeling. Dit sluit tevens aan bij de informatie die is gegeven door de ervaringsdeskundige in visieontwikkeling in paragraaf 2.2.2.1.

Tevens geven Wilson et al. (2005) aan dat het inzichtelijk maken van waarden en overtuigingen belangrijk is bij het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie in de beroepsuitvoering. Het inzichtelijk maken van de waarden en overtuigingen is bij zowel visieontwikkeling als cultuurverandering essentieel (Wilson et al., 2005).

Met het uitvoeren van een waardeverhelderingsoefening is de eerste stap genomen voor praktijkuitvoering. Om de waardeverhelderingsoefening zo effectief mogelijk te laten verlopen heeft de afstudeergroep alle teamleden betrokken. De sleutel tot succes bij het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde visie is de betrokkenheid van zoveel mogelijk stakeholders gedurende het proces (Manley, 2002). Voor verdere uitleg over de waardeverhelderingsoefening, zie bijlage 3.

De afstudeergroep heeft met deze oefening de waarden en overtuigingen van het team onderzocht met betrekking tot het verplegen op de afdeling. Daarnaast heeft de afstudeergroep achterhaald of de leden van het team op één lijn zitten. De afstudeergroep heeft na het afnemen van deze oefening een transcriptie geschreven waarna member checking is gedaan, op deze manier zijn de uitkomsten

betrouwbaar. De uitkomsten hiervan neemt de afstudeergroep mee in het schrijven van de verpleegkundige visie.

De waardeverhelderingsoefeningen vonden plaats op 7 en 12 maart 2012. Hierin zijn de volgende stellingen besproken:

1. Ik geloof dat het ultieme doel van verplegen op deze afdeling is dat cliënten hun eigen verantwoordelijkheid nemen.
2. Ik geloof dat eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team.
3. Ik geloof dat mijn rol als verpleegkundige met betrekking tot mijn werkzaamheden is: dat ik doe wat er van mij gevraagd wordt door alle partijen.
4. Ik geloof dat voldoende personeel en duidelijke werkafspraken op papier bevorderende factoren zijn om verplegen op deze afdeling mogelijk te maken.
5. Ik geloof dat werken met een overkoepelende afdelingsvisie, zonder een aparte verpleegkundige visie, een belemmerende factor is bij het verantwoorden en onderbouwen van mijn verpleegkundige werkzaamheden.
6. Er is voldoende gefaciliteerd bij het introduceren van de overkoepelende afdelingsvisie om hier als verpleegkundige mee te gaan werken.
7. Andere waarden en overtuigingen omtrent verplegen op deze afdeling die ik heb zijn:

Om het hele team te betrekken bij het onderzoek heeft de afstudeergroep op 21 maart en 28 maart 2012 interviews afgenomen bij de drie overige teamleden, waarin bovenstaande stellingen zijn voorgelegd. Deze interviews zijn tevens een vorm van kwalitatief onderzoek, namelijk een semi gestructureerd interview (Cox, 2010). Wegens technische problemen met de opnameapparatuur is er van één van de interviews een notulen geschreven in plaats van een transcriptie. Er heeft wel member checking plaatsgevonden doordat de notulen is opgestuurd naar het betreffende teamlid. De transcripties en de notulen van de waardeverhelderingsoefeningen staan weergegeven in bijlage 4.

§ 2.2.1 Uitkomsten waardeverhelderingsoefeningen

In deze subparagraaf beschrijft de afstudeergroep de uitkomsten van de waardeverhelderingsoefening die bij het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A is afgenomen.

Uit de waardeverhelderingsoefening kan de afstudeergroep concluderen dat het team in overeenstemming is met wat het ultieme doel van verplegen is op afdeling FPC 2A. Alle leden van het team zijn het met elkaar eens dat het nemen van eigen verantwoordelijkheid van de cliënt geen op zichzelf staand doel is, maar slechts onderdeel is van het ultieme doel. Volgens het team is het ultieme doel van verplegen dat er wordt toegewerkt naar resocialisatie in de maatschappij binnen een woonomgeving die bij de mogelijkheden en het niveau van de cliënt past, waarbij veiligheid een grote rol speelt. Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat het team hetzelfde doel nastreeft.

Belangrijke waarden die het team heeft bij het bereiken van dit doel zijn: cliënten motiveren, stimuleren, leren om te gaan met hun beperking en het activeren van gezond gedrag.

Het team is van mening dat volledige eenduidigheid niet haalbaar en noodzakelijk is ten aanzien van de huidige doelgroep. Echter, de in het behandelplan afgesproken doelen vormen de leidraad voor het handelen, waardoor de grote lijnen hetzelfde zijn. Hierin vindt het team authenticiteit een belangrijke waarde. Het team vindt het belangrijk dat er ruimte is voor iedereen om op zijn eigen manier te werken met cliënten. Wisseling in de bejegening naar de cliënten vindt het team nodig, omdat volgens de deelnemers de afdeling een afspiegeling is van de maatschappij en de afdeling op deze manier als een veilig oefenmilieu fungeert.

De deelnemers zijn van mening dat de verpleegkundige beroepsgroep meer mag worden uitgedragen naar overige disciplines door eigen keuzes te maken en te onderbouwen, grenzen te stellen en door de verpleegkundige werkzaamheden af te bakenen. De deelnemers vinden dat ze niet alles klakkeloos hoeven uit te voeren wat er van hen gevraagd wordt door alle partijen

(management, collega's, cliënten). De deelnemers kijken naar de vraag die hen wordt gesteld en niet zozeer naar de rol die de desbetreffende persoon vervult. Hierbij vinden de deelnemers het belangrijk dat je aansluit bij het niveau van de persoon die je voor je hebt. De deelnemers zijn van mening dat er ruimte moet zijn voor discussie en overleg met alle partijen. Alle deelnemers zien voldoende gekwalificeerd personeel als een bevorderende factor. Een lage bezetting wordt gezien als een negatieve factor. Door de reorganisatie zijn er minder teamleden aanwezig bij de verschillende overlegvormen waardoor belangrijke informatie/afspraken verloren kan gaan. Belangrijk is dat werkafspraken binnen het team goed worden door gecommuniceerd. Ook zorgt te weinig personeel op de afdeling dat de veiligheid moeilijk te waarborgen is. Groep 1, de eerste groep verpleegkundigen waarbij de waardeverhelderingsoefening is afgenomen, vraagt zich dan ook af of er hierdoor nog voldaan kan worden aan de norm van kwalitatief goede zorg. Naast een goede communicatie en voldoende gekwalificeerd personeel vinden de deelnemers een goede werksfeer belangrijk.

De deelnemers geven aan dat zij waarde hechten aan een verpleegkundige visie en dat daarbij de vertaalslag wordt gemaakt van een overkoepelende afdelingsvisie naar de verpleegkundige visie. Momenteel is niet iedereen bekend met de inhoud van de overkoepelde afdelingsvisie. Tevens vinden de deelnemers die wel op de hoogte zijn dat de overkoepelde afdelingsvisie veel onduidelijke termen bevat. Methodieken waarmee gewerkt dient te worden wisselen vaak en bevatten veelal dezelfde inhoud en komen op hetzelfde neer. De introductie van de overkoepelende afdelingsvisie leverde enkele 'aha momentjes' op bij de teamleden omdat de huidige werkwijze wordt herkend in de methodieken die staan beschreven in de overkoepelende afdelingsvisie. De deelnemers zien een verpleegkundige visie graag kort weergegeven, waarin de kernfactoren worden beschreven die de deelnemers als goed verplegen beschouwen. Zoals duidelijkheid, betrouwbaarheid, zorg op maat en dat eigen normen en waarden worden uitgedragen naar de cliënten. De deelnemers geven aan het belangrijk te vinden dat er bottom-up gewerkt wordt en dat er niks wordt opgelegd. Daarom hadden deelnemers graag betrokken willen worden bij het schrijven van de overkoepelende afdelingsvisie. Echter, na de introductie heeft het management het verpleegkundig team wel om input gevraagd. Enkele deelnemers geven aan dit als positief te beschouwen. Naast het vragen om input is er volgens de deelnemers niets anders gefaciliteerd om de overkoepelde afdelingsvisie te implementeren, maar het team had dit graag gezien in de vorm van een opleiding of cursus waarbij ze kunnen oefenen met bekende casuïstieken.

Andere waarden en overtuigingen die naar voren kwamen zijn; autonomie van de cliënt waarborgen, de cliënt voorop stellen, inspelen op de individuele zorgvraag en kritisch blijven kijken naar gestelde regels ondanks het feit dat je werkzaam bent binnen een forensische setting. Ten slotte is samenwerking met collega's een belangrijke waarde waarin open- en eerlijkheid, vertrouwen, feedback geven en ontvangen en je gevoel bespreekbaar maken centraal staan.

§ 2.2.1.1 Conclusie waardeverhelderingsoefening

Naar aanleiding van de uitkomsten van de waardeverhelderingsoefening kan de afstudeergroep concluderen dat het team op één lijn zit. Ze streven hetzelfde doel na, waarbij ze dezelfde waarden benoemen die bijdragen aan het behalen van de doelstelling. Het team heeft behoefte aan een verpleegkundige visie omdat het team aangeeft dat ze hiermee de verpleegkundige werkzaamheden kunnen onderbouwen. Met deze verpleegkundige visie kan het team tevens meer uitdragen dat zij een eigen beroepsgroep zijn.

Ondanks dat de deelnemers uit verschillende teams komen, waar een andere cultuur heerste, komen hun waarden en overtuigingen sterk overeen. Echter, de deelnemers hebben voor de reorganisatie al veel met elkaar samengewerkt.

De afstudeergroep kan concluderen dat er een gevaar bestaat dat de motivatie om de methodieken/visie toe te passen, afzwakt door het feit dat methodieken en visies vaak wisselen. Hier kunnen weerstanden door ontstaan en kan de implementatie moeizaam verlopen.

Door het niet goed communiceren bestaat er een mogelijkheid tot het langs elkaar heen werken, omdat niet iedereen binnen het team op de hoogte is van bepaalde afspraken. De afstudeergroep

concludeert uit de waardeverhelderingsoefening dat de reorganisatie veel invloed heeft gehad op de werksfeer binnen het team. Er heerst veel onvrede en frustratie omdat het team de in hun ogen goede zorg niet meer kan leveren. Echter valt op dat de reorganisatie geen negatieve invloed heeft gehad op de onderlinge band tussen de teamleden.

Verder valt op dat de methode Heijkoop de enige methodiek is die genoemd wordt door het team, wanneer het gaat om de overkoepelende afdelingsvisie. Hierdoor lijkt het erop dat het team denkt dat dit de enige methode is waarmee gewerkt dient te worden. Hieruit concludeert de afstudeergroep dat het team niet goed op de hoogte is van de inhoud van de overkoepelende afdelingsvisie.

In de waardeverhelderingsoefening geven de verpleegkundigen aan dat tijdens de introductie van de overkoepelende afdelingsvisie blijkt dat de huidige werkwijze van het team al overeenkomt met de methodieken die staan beschreven in de overkoepelende afdelingsvisie. Echter, de afstudeergroep concludeert hieruit dat er bewustwording bij het team dient te worden gecreëerd ten aanzien van de werkwijze.

§ 2.2.2 Expertraadpleging

Om vanuit meerdere invalshoeken informatie te verkrijgen voor het onderzoek, heeft de afstudeergroep experts geraadpleegd. Dit is gebeurd door middel van een semi gestructureerd interview, met een ervaringsdeskundige in visieontwikkeling, M. Snoeren en de assistent centrummanager (ACM) van de afdeling.

De afstudeergroep heeft van deze gesprekken notulen uitgeschreven, waarna member checking heeft plaatsgevonden om eventuele wijzigingen te doen en aanvullingen te geven. De notulen van deze gesprekken zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage 5 en 6.

§ 2.2.2.1 Conclusies expertraadpleging

Hieronder beschrijft de afstudeergroep de conclusies van de expertraadpleging.

Conclusie gesprek ervaringsdeskundige in visieontwikkeling:

Na het gesprek met de ervaringsdeskundige in visieontwikkeling kan de afstudeergroep concluderen dat wanneer er een visie ontwikkelt dient te worden, het belangrijk is dat er bottom-up te werk wordt gegaan. De afstudeergroep kan hieruit concluderen dat het van belang is om het verpleegkundig team vanaf het begin van het proces er intensief bij te betrekken, te luisteren naar wat zij te zeggen hebben, wat zij belangrijk vinden en dat het team hier vervolgens over in gesprek gaat.

De afstudeergroep kan concluderen dat het niet per se nodig is om volgens officiële richtlijnen te werk te gaan, volgens de ervaringsdeskundige vormen waarden en normen vanuit het team de basis van de verpleegkundige visie. Daarnaast is het van belang dat hierin de missie en visie worden beschreven.

Het is tevens belangrijk om de visie aan te laten sluiten bij het team. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld vakjargon te vermijden en de visie kort te houden, zodat deze voor de verpleegkundigen makkelijk en snel te lezen is, maar ook makkelijk en duidelijk uit te dragen is naar nieuwe medewerkers of stagiaires. Om de verpleegkundige visie goed aan te laten sluiten bij de visie van de organisatie kunnen er verwijzingen gegeven worden naar de visie van de organisatie.

Conclusie gesprek assistent centrummanager:

De belangrijkste conclusie die de afstudeergroep kan trekken uit het gesprek met de assistent centrummanager is dat in 2005 het supportief model geïntroduceerd is voor het personeel en het team dus sinds 2005 op de hoogte is van de methodiek waarmee gewerkt dient te worden. De afstudeergroep stelt zichzelf de vraag of er door het management rekening is gehouden met bijscholing van het personeel, wisselingen van het personeel en een eventuele fusie.

Daarnaast is op 1 maart jongstleden de nieuwe overkoepelende afdelingsvisie van FPC 2A geïntroduceerd binnen het team. De ACM geeft in het gesprek aan dat het verpleegkundig team de huidige manier van werken terug ziet in de methodieken en theorieën die zijn besproken tijdens de introductie. Voor een korte toelichting van de methodieken zie bijlage 11. De geïntroduceerde methodieken vormen een kader waarbinnen verpleegkundigen van afdeling FPC 2A de mogelijkheid hebben om aspecten uit deze methodieken toe te passen binnen de behandeling van de cliënt. Het verpleegkundig team heeft hierdoor de bewegingsvrijheid om een eigen draai te geven aan de aspecten van de verschillende methodieken. De afstudeergroep kan hieruit concluderen dat de besproken theorieën helder zijn en dat het team waarschijnlijk al met het supportief model werkt, maar zich hier niet altijd van bewust is en waardoor het team de theorieën moeilijk kan toepassen en aan medewerkers of stagiaires kan overdragen.

§ 2.2.3 Cliëntenervaring en –verhalen

De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om cliëntenervaringen en –verhalen niet mee te nemen in het onderzoek. Hiervoor is gekozen omdat de afstudeergroep te maken heeft met een cliëntenpopulatie die bestaat uit cliënten met een psychotische stoornis. Door deze stoornis kunnen er wanen en hallucinaties optreden, waardoor het denken verstoord kan raken en hiermee dus ook de mening van de cliënten beïnvloedt kan worden. De afstudeergroep vindt daarom dat cliëntenervaringen- en verhalen niet betrouwbaar zijn om mee te nemen in de beschrijving van de evidence. De afstudeergroep wil de bijdrage van de cliënten niet onderschatten maar zet vraagtekens bij de relevantie van deze informatie met betrekking tot het ontwikkelen van een verpleegkundige visie.

§ 2.3 Conclusie onderzoek

Uit het onderzoek, door middel van een waardeverhelderingsoefening en expertraadpleging, kan de afstudeergroep concluderen dat er behoefte is aan het werken met een verpleegkundige visie en dat deze bottom-up wordt geïmplementeerd. Met een verpleegkundige visie dragen de verpleegkundigen van de afdeling de profilering van hun eigen beroepsgroep meer uit en kunnen zij de verpleegkundige werkzaamheden beter verantwoorden en onderbouwen. Uit het gesprek met M. Snoeren blijkt dat bij het implementeren van een verpleegkundige visie het belangrijk is om bottom-up te werk te gaan en het proces centraal te stellen, omdat hierdoor draagvlak wordt gecreëerd voor het team en zo de kans van slagen groter is.

Zowel het managementteam als het verpleegkundig team streeft dezelfde doelen na. Echter, er bestaat onduidelijkheid tussen het managementteam en het verpleegkundig team met betrekking tot de introductie en de inhoud van de overkoepelende afdelingsvisie. Enerzijds geeft het verpleegkundig team aan dat de inhoud van de overkoepelende afdelingsvisie niet volledig duidelijk is voor hen, dit heeft te maken met het feit dat er volgens het team veel onbekende, nieuwe, Engelse termen worden benoemd. Anderzijds geeft het managementteam aan dat zowel de introductie als de inhoud van de overkoepelende afdelingsvisie helder was voor het verpleegkundig team.

De afstudeergroep vindt dit een belangrijk punt en is van mening dat deze onduidelijkheid weggenomen kan worden door het schrijven van een verpleegkundige visie, waarbij aandacht is voor de behoeften van zowel het verpleegkundig als het management team.

§ 2.4 ESH-model

Om de organisatie in kaart te brengen heeft de afstudeergroep ervoor gekozen om het ESH-model (Weggeman et al., 2005) te gebruiken. De afstudeergroep heeft voor het ESH-model (Weggeman et al., 2005) gekozen omdat dit een veelgebruikt en duidelijk model is om de organisatie in kaart te brengen. In het ESH-model (Weggeman et al., 2005) worden zes aspecten onderscheiden die Evenwichtig, Samenhangend en Heterogeen met elkaar in verbinding staan. Dit samen zorgt voor een volledige kijk op de organisatie en worden mogelijke hiaten opgespoord.

De zes aspecten worden als volgt gedefinieerd:

<i>Strategie:</i>	de manier waarop en het geheel van middelen waarmee vooraf gestelde doelen worden bereikt.
<i>Structuur:</i>	de taak-, verantwoordelijkheids- en bevoegdheidsverdeling en de wijze waarop onvolmaaktheden worden gecompenseerd.
<i>Systemen:</i>	de regels en procedures waarmee het dagelijks functioneren wordt geregeld.
<i>Personeel:</i>	de karakteristieken en vaardigheden van de medewerkers.
<i>Cultuur:</i>	de gemeenschappelijke waarden en normen en de daaruit voortvloeiende manier van werken.
<i>Managementstijl:</i>	de kenmerkende gedragspatronen van het management op elk niveau.

(Weggeman et al., 2005)

Strategie

De Woenselse Poort behandelt cliënten met een strafrechtelijke titel of mensen die een risico vormen voor de samenleving door hun ontwrichtend gedrag. Het doel is cliënten weer zo goed als mogelijk deel te laten nemen aan de maatschappij. Dit vraagt om betrokkenheid tussen de cliënt, zijn directe omgeving, de instelling en de ketenpartners. Betrouwbaarheid, dialoog en respect zijn daarin centrale waarden (De Woenselse Poort, 2009).

Een behandeling bij De Woenselse Poort vindt plaats in een beveiligde omgeving. Naast de hoogwaardige forensische en intensieve zorg staat veiligheid voorop. Veiligheid van zowel de samenleving en de medewerkers als de cliënt zelf.

Psychiatrische aandoeningen zijn volgens de visie van De Woenselse Poort chronische aandoeningen. Deze vragen om een langdurig diseasemanagement. Dit betekent dat de zorgvraag centraal staat en dat die niet stopt als de strafrechtelijke maatregel afloopt. De Woenselse Poort functioneert als brug tussen forensische psychiatrie en reguliere geestelijke gezondheidszorg.

De prognose ten aanzien van cure–control–care wordt tijdig gesteld. Hierdoor kunnen passende trajecten snel worden uitgezet. De behandeling wordt vormgegeven in zorgprogramma's. Hierin staan 'Best practice'- en 'What works'-principes centraal.

De basis van de multidisciplinaire behandeling is sociotherapeutisch. Dat wil zeggen dat er een omgeving wordt geboden waarin cliënten kunnen herstellen en waar ze leren omgaan met hun aandoening. De behandeling is toegesneden op de specifieke doelgroepen.

Ketenzorg is een belangrijke voorwaarde in het proces. De Woenselse Poort is een actieve partner in het vormgeven van die keten en neemt het initiatief om ontbrekende schakels in te vullen.

De Woenselse Poort investeert in een gezondmakende en een cliëntgerichte behandelomgeving omdat dit het herstel ten goede komt (De Woenselse Poort, 2009).

Structuur

Middels een organogram van De Woenselse Poort wil de afstudeergroep verduidelijking geven aan het aspect structuur. Voor het gehele organogram zie bijlage 8. Een organogram is een schematisch overzicht van de organisatiestructuur. Het geeft de hiërarchie weer en laat zien wie aan het hoofd staat van welke afdeling en wie waarvoor verantwoordelijkheid moet afleggen. Een organogram kan erg nuttig zijn voor medewerkers. Het verduidelijkt meteen wie zorg draagt voor een bepaalde afdeling en wie er verantwoordelijk is voor de resultaten van de werknemers. Zo weet iedereen welke persoon te benaderen met vragen over dat onderwerp. Dit verbetert de communicatie binnen een instelling. Wanneer er wordt gereorganiseerd binnen een instelling is het van belang om ook de organogram aan te passen. Daarnaast moet de structuur die op papier staat altijd up-to-date zijn (MKB servicedesk, 2010).

Systemen

De Woenselse Poort werkt volgens Planetree dit is een methodiek die GGzE breed is ingevoerd. De missie en visie van De Woenselse Poort is hieruit afgeleid. FPC 2A hanteert verschillende methodieken. Te weten, supportief milieu, What works principles en best practice. Dit vormt een leidraad waarmee op de afdeling gewerkt dient te worden. Voor verdere uitleg over de verschillende methodieken zie bijlage 11 paragraaf 11.1.

Het FPC wordt beschouwd als een zogenoemde 'niet justitiële' inrichting, in tegenstelling tot de 'justitiële' TBS-klinieken die wel onder het ministerie van Justitie vallen. Het FPC en Justitie hebben een 'plaatsingsovereenkomst' afgesloten, waarin is vastgelegd dat er binnen het centrum een aantal klinische bedden zijn gereserveerd voor volwassen mannelijke en vrouwelijke patiënten met een TBS-maatregel. Daarnaast zijn er bedden beschikbaar voor adolescenten met een strafrechtelijke titel, met name met een PIJ-maatregel (Plaatsing in een Instelling voor Jeugdigen). De overige capaciteit wordt aangewend voor (ex-)forensische patiënten die vrijwillig, met een civielrechtelijke maatregel of een strafrechtelijke maatregel anders dan TBS, zijn opgenomen (Leerplaatsprofiel TBS 1D, 2011).

Personeel

Het team van FPC 2A telt tien leden waaronder acht verpleegkundigen en twee sociaal pedagogisch hulpverleners. Het team is verantwoordelijk voor de dagelijkse werkzaamheden met betrekking tot de zorg van de cliënten. Dit houdt onder andere in observeren en gesprekken voeren met cliënten, (maandelijkse) rapportages schrijven en overdragen binnen het eigen en andere teams. Het FPC 2A is een zorginnovatiecentrum (ZIC) dit wil zeggen dat er vijf á zes studenten stage lopen voor een periode van 22 weken. Sinds de reorganisatie bestaat het management team van FPC 2A uit een duaal koppel. Het duale koppel wordt gevormd door een assistent centrummanager en een behandelaar.

Om de taken en achtergronden van de verschillende disciplines te verduidelijken wordt in bijlage 8 een tabel weergegeven.

Gedragscode GGzE

De verpleegkundige visie dient gebaseerd te zijn op de waarden en normen van diegenen die hem moeten uitdragen. Het is dus van belang dat deze aansluiten bij de waarden en normen van de instelling. De afstudeergroep heeft daarom de gedragscode van de GGzE toegevoegd aan het aspect *personeel* van het ESH-model (Weggeman et al., 2005).

'Zo doen wij dat hier'; zo geven mensen vaak aan wat de gewenste waarden en normen binnen een organisatie zijn. Ook concern GGzE heeft zulke waarden en normen. Deze staan omschreven in de gedragscode die gebaseerd is op de Planetree-principes. Uit respect voor elkaar hoort elke medewerker zich aan deze gedragsregels te houden. Voor een toelichting bij de gedragsregels zie bijlage 8.

- Medewerkers van GGzE zijn gastvrij.
- Medewerkers van GGzE gaan correct om met beschikbare middelen.
- Medewerkers van GGzE gaan zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie.
- Medewerkers van GGzE gaan op professionele en passende wijze onderlinge relaties aan.
- Medewerkers van GGzE gaan respectvol om met anderen en vertonen daarom geen grensoverschrijdend gedrag.
- Medewerkers van GGzE zien er verzorgd uit.
- Medewerkers van GGzE zijn niet onder invloed van geestverruimende of- vernauwende middelen (Claesen et al, 2011).

Cultuur en managementstijl

De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om de aspecten cultuur en managementstijl van het ESH-model (Weggeman et al., 2005) in kaart te brengen door middel van de OCAI, Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI online, 2008). Dit is een cultuurmeetinstrument die aan de hand van

zes aspecten die onderverdeeld zijn in vier vragen, de huidige en gewenste cultuur inzichtelijk maakt. De afstudeergroep heeft voor dit instrument gekozen omdat dit zowel de cultuur als leiderschap op eenvoudige wijze, overzichtelijk maakt. Daarnaast is de betrouwbaarheid en validiteit van de OCAI vastgesteld in wereldwijde onderzoeken waardoor dit een veelgebruikt meetinstrument voor de organisatiecultuur is (Cameron & Quinn, 2006).

De OCAI kan zowel voor als na een reorganisatie of fusie gebruikt worden. Omdat afdeling FPC 2A net te maken heeft gehad met een reorganisatie is de OCAI een uitermate geschikt instrument om de huidige cultuur en leiderschap in kaart te brengen. De afstudeergroep heeft voor de online versie van dit meetinstrument gekozen om tijd te besparen.

De afstudeergroep heeft de online test eerst zelf gemaakt om te kijken of dit een toepasbaar meetinstrument is voor het team. Vervolgens heeft de afstudeergroep een instructie geschreven waarin stapsgewijs uitgelegd staat hoe de vragenlijst ingevuld moet worden (zie bijlage 8). Om er zeker van te zijn dat de instructie helder en duidelijk is omschreven heeft de afstudeergroep de instructie opgestuurd naar een onafhankelijke partij, te weten Mw. XXX. De afstudeergroep heeft voor deze persoon gekozen omdat deze weinig inzicht heeft in het gebruik van computers. De persoon in kwestie gaf aan dat de instructie helder was en dat hier goed mee gewerkt kon worden.

Om het team te motiveren om de OCAI cultuurmeting in te vullen, heeft de afstudeergroep posters opgehangen op het kantoor van de afdeling, met daarop een pakkende slogan en een verwijzing naar de mailbox.

De onderzoekspopulatie bestond uit 12 leden, tien verpleegkundigen en twee leden van het duale koppel ($n=12$). De afstudeergroep was alvorens op de hoogte van de kans op uitval, omdat twee leden van de onderzoekspopulatie afwezig waren gedurende de onderzoeksperiode.

De afstudeergroep heeft aan de teamleden gevraagd de OCAI resultaten terug te sturen vóór 24 april 2012, zodat de resultaten meegenomen kunnen worden naar de mindmapbijeenkomst op 26 april (zie bijlage 11.5). Echter heeft de afstudeergroep te weinig resultaten (twee) ontvangen om mee te nemen naar de mindmapbijeenkomst. De afstudeergroep heeft besloten om de uiterlijke inleverdatum van de resultaten te verplaatsen naar 7 mei. De afstudeergroep heeft dit tijdens de mindmapbijeenkomst aangegeven. Opvallend hierbij was dat enkele teamleden opmerkten dat ze nog niet van de OCAI gehoord hadden.

Na dit laatste verzoek heeft de afstudeergroep nog van één teamlid de resultaten ontvangen. De totale respons op de OCAI vragenlijst is uiteindelijk drie. Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is dat iedere deelnemer de vragenlijst invult om een goed beeld te kunnen schetsen van de organisatiecultuur (Cameron & Quinn, 2006). Helaas heeft slechts 30% van de onderzoekspopulatie de vragenlijst ingevuld. Door deze lage respons zijn de resultaten van de OCAI vragenlijsten niet betrouwbaar en kunnen daarom niet worden meegenomen door de afstudeergroep.

De afstudeergroep heeft er vanwege tijdsdruk voor gekozen om de analysefase af te ronden, om de voortgang van het project niet te laten stagneren. Hierdoor heeft de afstudeergroep het team niet nóg een mogelijkheid geboden om de resultaten van de OCAI op te sturen.

Door middel van de OCAI wilde de afstudeergroep ook de managementstijl onderzoeken, door de resultaten van het duale koppel te analyseren. De afstudeergroep heeft helaas van hen geen resultaten van de OCAI ontvangen waardoor de managementstijl niet in kaart kan worden gebracht.

§ 2.4.1. Conclusie ESH-model

De afstudeergroep heeft zichzelf de vraag gesteld of de hele organisatie wel evenwichtig, samenhangend en heterogeen is. De afstudeergroep is tot de conclusie gekomen dat hier geen uitspraak over gedaan kan worden omdat er te weinig resultaten zijn verkregen.

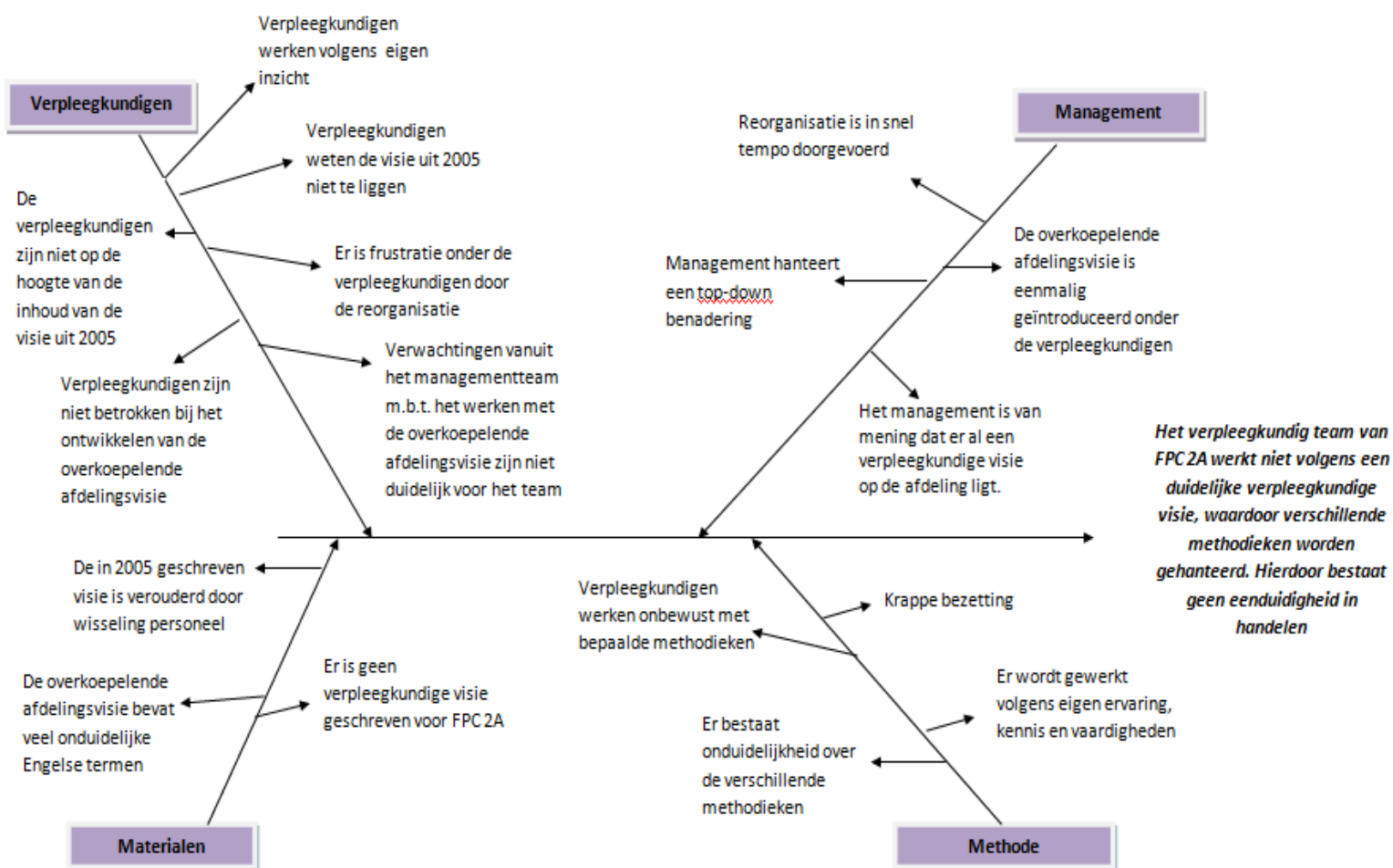
De afstudeergroep heeft vier van de zes aspecten van het ESH-model (Weggeman et al., 2005) in kaart kunnen brengen, bij twee van de aspecten van het ESH-model (Weggeman et al., 2005) is dit de afstudeergroep niet gelukt vanwege te weinig respons. Juist bij deze twee aspecten, cultuur en

managementstijl, is input vanuit het team en de organisatie een vereiste om tot een resultaat te komen.

§ 2.5 Visgraatdiagram

Het visgraatdiagram is een hulpmiddel om te onderzoeken welke factoren mogelijk hebben bijgedragen aan het ontstaan van een bepaald probleem. De grafische weergave van dit model is een pijl (ruggengraat) die naar rechts, naar het probleem wijst. Aan deze pijl zijn zijgraten te onderscheiden. Deze zijgraten bevatten steeds de volgende categorieën: materiaal, procedure, medewerker, apparatuur en overigen. Per categorie worden nu oorzaken opgespoord. Op deze wijze ontstaat de visgraat. Op deze manier kan een groot aantal knelpunten worden opgespoord. Wanneer dat gebeurd is moeten prioriteiten voor de verdere studie vastgesteld worden (Baseler & Linssen, 2004).

De afstudeergroep heeft ervoor gekozen de eerdergenoemde categorieën te veranderen in: verpleegkundigen, management, materialen en methode. Dit omdat deze categorieën beter aansluiten bij het probleem.



§ 2.5.1 Toelichting visgraatdiagram

In deze paragraaf zal de afstudeergroep een toelichting/onderbouwing geven bij elke categorie, om de oorzaken toe te lichten.

Probleem:

‘Het verpleegkundig team van FPC 2A werkt niet volgens een duidelijke verpleegkundige visie, waardoor verschillende methodieken worden gehanteerd. Hierdoor bestaat geen eenduidigheid in handelen.’

Verpleegkundigen

- *Verpleegkundigen werken volgens eigen inzicht.*
Uit het onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen hun werkzaamheden onderbouwen vanuit hun eigen inzicht. Wanneer gevraagd wordt waarom ze bepaalde keuzes maken, geven de verpleegkundigen aan dit te doen vanuit eigen ervaring, kennis en vaardigheden en benoemen zij geen specifieke bestaande methodieken.
- *Verpleegkundigen kunnen de visie uit 2005 niet vinden.*
Uit het gesprek met de ACM blijkt dat er in 2005 een visie is geïmplementeerd vanuit het management. Tijdens de waardeverhelderingsoefening wordt deze visie uit 2005 echter niet expliciet benoemd. In een gesprek met de opdrachtgever blijkt wederom dat deze visie niet op de afdeling te vinden is. Op het moment dat de opdrachtgever, in 2007, op de afdeling kwam werken werd deze visie mondeling overgedragen. Echter is er vanaf die tijd geen aandacht meer besteed aan deze visie.
- *Verpleegkundigen zijn niet betrokken bij het ontwikkelen van de overkoepelende afdelingsvisie.*
Uit de waardeverhelderingsoefening blijkt dat de verpleegkundigen geen inspraak hebben gehad in het schrijven van de overkoepelende afdelingsvisie.
- *Er is frustratie onder de verpleegkundigen door de reorganisatie.*
Uit de waardeverhelderingsoefening komt naar voren dat er binnen het team weerstanden zijn omtrent het werken met een nieuwe overkoepelende afdelingsvisie en dat er juist behoefte is aan een verpleegkundige visie die bottom-up is geïmplementeerd.
- *De verpleegkundigen zijn niet op de hoogte van de inhoud van de visie uit 2005.*
Uit de waardeverhelderingsoefening blijkt dat de verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van de visie uit 2005 omdat er geen van de termen uit deze visie werd genoemd. Daarnaast blijkt uit gesprek met de opdrachtgever dat er in ieder geval in 2007, het jaar waarin de opdrachtgever op de afdeling is komen werken, er geen aandacht meer is besteed aan het overbrengen van een visie vanuit het management. Tevens is deze visie niet te vinden op de afdeling waardoor de verpleegkundigen niet op de hoogte zijn van de inhoud.
- *Verwachtingen vanuit het managementteam m.b.t. het werken met de overkoepelende afdelingsvisie zijn niet duidelijk voor het team.*
De overkoepelende afdelingsvisie is voor het team erg onduidelijk omdat er veel Engelse termen naar voren komen. Uit de waardeverhelderingsoefening blijkt dat het team hierdoor niet goed weet wat er van hen verwacht wordt. Tevens heeft het team het idee dat ze aan de hand van deze overkoepelende afdelingsvisie hun werkwijze moeten gaan veranderen. Er wordt met name gedacht dat er volgens de methode Heijkoop gewerkt dient te worden.

Management

- *Reorganisatie is in snel tempo doorgevoerd.*
Vanuit landelijke bezuinigingen, die ook De Woenselse Poort hebben getroffen, heeft er een reorganisatie plaats gevonden die ook op FPC 2A voelbaar was. De reorganisatie is binnen drie maanden gerealiseerd. Doordat de reorganisatie top-down is ingevoerd zijn er weerstanden ontstaan binnen het verpleegkundig team. Uit de waardeverhelderingsoefening

- blijkt dat de verpleegkundigen zich gepasseerd voelen bij het ontwikkelen van een overkoepelende afdelingsvisie voor deze nieuwe afdeling.
- *De overkoepelende afdelingsvisie is eenmalig geïntroduceerd onder de verpleegkundigen.*
De overkoepelende afdelingsvisie is eenmalig geïntroduceerd middels een presentatie. Voor de verpleegkundigen zijn de termen erg onduidelijk. Echter uit het gesprek met de ACM blijkt dat deze termen wel bekend moeten zijn aangezien het team deze herkent in de huidige werkwijze en dit tijdens de presentatie benoemd wordt en 'aha-momenten' opleverde.
 - *Management hanteert een top-down benadering.*
Het management hanteert een top-down benadering. Uit de waardeverhelderingsoefening blijkt dat het verpleegkundig team niet openstaat voor de overkoepelende afdelingsvisie. Er is dus behoefte aan een verpleegkundige visie die aansluit op de overkoepelende afdelingsvisie om beide partijen (het verpleegkundig en management team) tegemoet te komen, zodat beide partijen meer naar elkaar toe komen.
 - *Het management is van mening dat er al een verpleegkundige visie op de afdeling ligt.*
Uit het gesprek met ACM blijkt dat de ACM de visie van 2005 als verpleegkundige visie ziet en dat deze als leidraad dient voor het handelen van de verpleegkundige op de afdeling.
 - *Het management verwacht dat het team op de hoogte is van de inhoud van de visie uit 2005 en dat deze actief en bewust wordt nageleefd.*
Uit gesprek met de ACM blijkt dat het management verwacht dat het team op de hoogte is van de inhoud uit de visie van 2005 en dat deze actief en bewust wordt nageleefd. Uit de waardeverhelderingsoefening blijkt echter dat het team onbewust wel werkt volgens deze visie maar de inhoud hiervan niet kan benoemen en dat deze niet onder de aandacht is bij de verpleegkundigen. Tevens wordt bij het aannemen van nieuw personeel deze visie niet meegenomen in het inwerkprogramma.

Materialen

- *De overkoepelende afdelingsvisie bevat veel onduidelijke Engelse termen.*
Uit de waardeverhelderingsoefening met de verpleegkundige blijkt dat de overkoepelende afdelingsvisie veel nieuwe Engelse termen bevat die onduidelijk zijn voor het team. Op het moment dat er verduidelijking wordt gegeven aan een Engelse term levert dit 'aha-momenten' op binnen het verpleegkundig team.
- *Er is nog nooit een verpleegkundige visie geschreven voor FPC 2A.*
Sinds de reorganisatie is er geen nieuwe verpleegkundige visie geschreven. De ACM is echter van mening dat de visie die geschreven is in 2005 nog steeds gehanteerd kan worden.

Methode

- *Krappe bezetting.*
De landelijke bezuinigingen die De Woenselse Poort hebben getroffen en daarmee ook FPC 2A, hebben gevolgen voor de personele bezetting waardoor dezelfde werkzaamheden uitgevoerd moeten worden door minder mensen. Hierdoor heeft het verpleegkundig team naar eigen zeggen minder tijd om zich te verdiepen in nieuwe werkwijzen, bijvoorbeeld Heijkoop en werkt het team meer naar eigen inzicht.
- *Verpleegkundigen werken onbewust met bepaalde methodieken.*
Uit het gesprek met de ACM blijkt dat de presentatie van de overkoepelende afdelingsvisie veel 'aha-momenten' opleverde. Hieruit kan gezegd worden dat het verpleegkundig team al werkt met de in de presentatie genoemde methodieken. Tijdens de waardeverhelderingsoefening worden echter geen van deze methodieken genoemd.
- *Er wordt gewerkt volgens eigen ervaring, kennis en vaardigheden.*
Uit de waardeverhelderingsoefening blijkt dat de verpleegkundigen veel werken volgens eigen ervaring, kennis en vaardigheden omdat methodieken die worden geïntroduceerd vaak wisselen. De top-down benadering heeft hierbij een grote invloed. Ondanks dat het team op

deze manier te werk gaat blijkt uit de waardeverhelderingsoefening dat zij wel een gezamenlijk doel nastreven en qua waarden en overtuigingen op één lijn zitten.

- *Er bestaat onduidelijkheid over de verschillende methodieken.*

Na de presentatie van de overkoepelende afdelingsvisie bestaat er onder de verpleegkundigen nog steeds onduidelijkheid, dit gaven de verpleegkundigen aan in de waardeverhelderingsoefening.

§ 2.6 Definitieve probleem- en doelstelling

Aan de hand van het onderzoek kan de afstudeergroep een definitieve probleemstelling formuleren:

‘Na de reorganisatie binnen De Woenselse Poort werken de verpleegkundigen op afdeling FPC 2A met een overkoepelende afdelingsvisie geschreven door het management team. De verpleegkundigen geven hier naar eigen inzicht invulling aan omdat een verpleegkundige visie die aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, ontbreekt.’

Aan de hand van het onderzoek kan de afstudeergroep een definitieve doelstelling formuleren:

‘Binnen zes maanden ligt er op afdeling FPC 2A een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie om de verpleegkundige werkzaamheden te onderbouwen en verantwoorden, die tevens aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie die geschreven is door het management team.’

§ 2.7 Beschrijving werkelijke situatie

Het beschrijven van de werkelijke situatie is een onderdeel van de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong et al., 2003). De werkelijke situatie is gebaseerd op het onderzoek dat is uitgevoerd op afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort. Om de werkelijke situatie in kaart te brengen is er gekozen om een waardeverhelderingsoefening binnen het verpleegkundig team te houden en gesprekken te voeren met experts. Er is gekozen voor een waardeverhelderingsoefening om het verpleegkundig team nauw te betrekken bij het onderzoek.

Uit de waardeverhelderingsoefening en de gesprekken met experts kan de afstudeergroep concluderen dat er momenteel niet gewerkt wordt volgens een verpleegkundige visie, omdat deze niet is geschreven voor de afdeling. Uit het onderzoek blijkt echter dat het verpleegkundig team wel behoefte heeft aan het werken met een verpleegkundige visie. Het management is van mening dat de overkoepelende afdelingsvisie voldoende zou moeten zijn voor het onderbouwen en

verantwoorden van de verpleegkundige werkzaamheden. Echter, uit de waardeverhelderingsoefening met het verpleegkundig team blijkt dat deze overkoepelende afdelingsvisie nog niet duidelijk genoeg is om hiermee aan de slag te gaan. Hieruit kan de afstudeergroep concluderen dat één introductie middels een powerpointpresentatie over de overkoepelende afdelingsvisie, niet voldoende is om handvatten te bieden aan verpleegkundigen en dit nog geen implementatie is. Het managementteam en verpleegkundig team zitten momenteel niet op één lijn wat betreft de inhoud en de introductie van de overkoepelende afdelingsvisie. Ze streven echter wel dezelfde doelen na met betrekking tot de cliëntenzorg.

Momenteel bestaat er weerstand onder de verpleegkundigen om te werken met bepaalde methodieken uit de overkoepelende afdelingsvisie, bijvoorbeeld de methode Heijkoop. De reden die hiervoor gegeven kan worden is de reorganisatie die in snel tempo is doorgevoerd en het feit dat de methodieken top-down zijn ingevoerd. Uit het gesprek met de ervaringsdeskundige in visieontwikkeling blijkt dat juist voor het ontwikkelen van visies het beste bottom-up te werk gegaan kan worden. Hierdoor kunnen weerstanden weggenomen worden omdat het team vanaf het begin betrokken wordt in het proces.

Uit het gesprek met de ACM blijkt dat er in 2005 een afdelingsvisie is geïntroduceerd onder de verpleegkundigen waarin is uitgelegd welke modellen/methodieken de leidraad zijn voor het werken

op de afdeling. Te weten het supportieve model en het landelijke zorgprogramma 'psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk'. In de introductie van de nieuwe overkoepelende afdelingsvisie komen de eerdergenoemde methodieken naar voren en geven de verpleegkundigen naderhand aan deze te herkennen in hun huidige handelen op de afdeling. De ACM gaf in het gesprek aan dat de verpleegkundigen dus onbewust de methodieken toepassen.

§ 2.8 Beschrijving wenselijke situatie

Het beschrijven van de wenselijke situatie is een onderdeel van de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong, 2003). In deze beschrijving wordt weergegeven hoe de afstudeergroep de wenselijke situatie ziet. Naar aanleiding van het onderzoek dat is uitgevoerd op de afdeling en de organisatieanalyse aan de hand van het ESH-model (Weggeman et al., 2005), kan de afstudeergroep stellen dat er behoefte is aan een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie. Deze wordt door de afstudeergroep geschreven. Hierbij heeft het verpleegkundig team invloed op de inhoud van de visie. De inhoud van de visie kan bepaald worden door bijvoorbeeld een brainstormsessie waarin het team nadenkt over waarden en overtuigingen die in de visie naar voren moeten komen.

Het expliciteren van een verpleegkundige visie is belangrijk; het komt ten goede aan de patiënt. Het maakt verpleegkundigen bewust van eigen tekortkomingen en stimuleert om hieraan te werken (Van Riet, 2010). Een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie kan dienen ter onderbouwing en verantwoording van de verpleegkundige werkzaamheden. Daarnaast komt uit de waardeverhelderingsoefening naar voren dat het verpleegkundig team van mening is dat met een visie, de verpleegkundige beroepsgroep meer uitgedragen kan worden naar andere disciplines en de cliënten.

Door de nauwe samenwerking met het verpleegkundig team, waarin de afstudeergroep bottom-up te werk gaat, kunnen weerstanden tijdens de implementatie voorkomen worden, omdat er zoveel mogelijk geluisterd wordt naar de wensen van het verpleegkundig team.

Uit de waardeverhelderingsoefening blijkt dat de methodieken die beschreven worden in de overkoepelende afdelingsvisie, die is opgesteld door het managementteam, niet of niet volledig worden beheerst door het verpleegkundig team. Eén van de redenen hiervoor kan zijn dat deze visie top-down is gevoerd. Wenselijk hierbij zou zijn dat het verpleegkundig team op de hoogte is van de inhoud van de verschillende methodieken en hiermee aan de slag kan. Dit kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door middel van een cursus en/of bijscholing.

Daarnaast moet de verpleegkundige visie aansluiten bij de overkoepelende afdelingsvisie.

§ 2.9 Vergelijking werkelijke en wenselijke situatie

In deze paragraaf wordt aan de hand van de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong et al., 2003) het verschil tussen de werkelijke en wenselijke situatie beschreven. Er is voor gekozen om dit in een tabel te vermelden, op deze manier wordt er op een overzichtelijke manier gekeken naar het verschil tussen de werkelijke en wenselijke situatie.

De eerstgenoemde vergelijking tussen de werkelijke en wenselijke situatie in de tabel heeft volgens de afstudeergroep de hoogste prioriteit om actie op te ondernemen. In de rechter kolom wordt een onderbouwing gegeven waarom dit de hoogste prioriteit verdient.

Tabel: vergelijking werkelijke en wenselijke situatie

Werkelijke situatie	Wenselijke situatie	Onderbouwing
Het team van afdeling FPC 2A werkt momenteel niet met een verpleegkundige visie.	Er is een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie die zowel aansluit bij de waarden en normen van het team als bij de overkoepelende afdelingsvisie van het management team.	Er is behoefte aan het werken met een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie door het team. Momenteel geeft het team naar eigen inzicht invulling aan de overkoepelende afdelingsvisie, omdat een verpleegkundige visie ontbreekt.

		Een verpleegkundige visie is van belang om de verpleegkundige werkzaamheden te verantwoorden en onderbouwen. Daarnaast is het expliciteren van een eigen visie belangrijk; het komt ten goede aan de cliënten (van Riet, 2010).
Tijdens de reorganisatie is de overkoepelende afdelingsvisie in rap tempo top-down ingevoerd.	Wenselijk is dat er een goede balans is tussen de top-down en bottom-up benadering, wanneer het komt tot het implementeren van een afdelingsvisie.	Door de combinatie van top-down en bottom-up benadering heeft de implementatie een grotere kans van slagen (ZonMW, 2010).
Methodieken die beschreven staan in de overkoepelende afdelingsvisie zijn niet geheel duidelijk en worden niet bewust toegepast door het team.	De beschreven methodieken in de overkoepelende afdelingsvisie zijn duidelijk en worden toegepast door het team.	Het is van belang dat er gewerkt wordt volgens methodieken om de behandeldoelen van de cliënt op een methodische en resultaatgerichte manier te realiseren. Tevens gaat het team door het gebruik van methodieken op een eenduidige manier te werk. Middels het werken met een bepaalde methode wordt gewerkt volgens een bepaalde systematiek en worden bewuste stappen gezet in een vooraf bepaalde volgorde (BTSG, 2012).

§ 2.9.1 Conclusie vergelijking werkelijke en wenselijke situatie

Uit bovenstaande tabel kan geconcludeerd worden dat de wenselijke situatie niet strookt met de werkelijke situatie op de afdeling. Er is geen gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie en de verpleegkundigen van de afdeling geven aan dat hier wel behoefte aan is. Daarnaast is de overkoepelende afdelingsvisie top-down ingevoerd waardoor methodieken niet of niet volledig worden beheerst door de verpleegkundigen en zij hier een eigen invulling aan geven. Daarnaast is de afstudeergroep van mening dat één presentatie nog geen implementatie verwezenlijkt. Het is zaak dat de verpleegkundige visie aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, zodat de verpleegkundigen de methodieken bewust kunnen toepassen.

§ 2.10 Maatregelen

Na het vergelijken van de werkelijke situatie met de wenselijke situatie formuleert de afstudeergroep in deze paragraaf de maatregelen om te komen tot de wenselijke situatie. Dit is stap zes van de kwaliteitscyclus van Norma Lang (De Jong., 2003).

De afstudeergroep wil met onderstaande maatregelen de kwaliteit van verpleegkundige zorg op afdeling FPC 2A bevorderen. De afstudeergroep heeft de volgorde van de kwaliteitsbevorderende maatregelen bepaald aan de hand van wat het eerst aangepakt moet worden om de doelstelling te bereiken. Bij iedere maatregel staat een toelichting om de maatregel te verduidelijken, tevens zijn de voor- en nadelen benoemd om de juiste afweging te kunnen maken.

Maatregel 1

De afstudeergroep ontwikkelt in samenwerking met het verpleegkundig team een verpleegkundige visie die gemeenschappelijk gedeeld wordt door de betrokken stakeholders.	Voordelen - Verantwoorden en onderbouwen van de verpleegkundige werkzaamheden. - Komt ten goede aan de cliënt. - Het bevordert de kwaliteit van zorg. - Betere aansluiting tussen het management en het verpleegkundig team. - Eenduidigheid binnen het team, er wordt een gezamenlijke doelstelling nagestreefd. - Profileren van de beroepsgroep. - Nieuwkomers kunnen zich goed inlezen in waar het team voor staat.
	Nadelen - Het ontwikkelen kost tijd voor zowel de afstudeergroep als de verpleegkundigen. - Bij te weinig input vanuit het team is de kans groot dat de visie niet gedragen wordt door het hele team. - Vanwege bezuinigingen is het moeilijk om het gehele team bij elkaar te krijgen. - Weinig EBP literatuur met betrekking tot de criteria voor het ontwikkelen van een verpleegkundige visie.

Toelichting maatregel 1

De afstudeergroep is van mening dat de afdeling gebaat is bij het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie in samenwerking met het verpleegkundig team. De afstudeergroep is van mening dat de voordelen opwegen tegen de nadelen omdat uit het onderzoek is gebleken dat een verpleegkundige visie een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg. De afstudeergroep is zich er van bewust dat het ontwikkelen van een verpleegkundige visie veel tijd en energie kost. Echter, het resultaat, het werken met een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie heeft zowel op korte als lange termijn een grote meerwaarde voor zowel het team als de cliënt. Tenslotte komt de afstudeergroep het verpleegkundig team hierin tegemoet doordat het team duidelijk aangeeft behoefte te hebben aan het werken met een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie.

Maatregel 2

De gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie wordt bottom-up ontwikkeld en geïmplementeerd op afdeling FPC2A.	
	Voordelen - Weerstanden vanuit het team kunnen worden voorkomen - De verpleegkundige visie wordt breed gedragen (door het hele team) - Alle verpleegkundigen hebben inbreng over de inhoud, waardoor zij zich gehoord voelen.
	Nadelen - Het hele team bereiken kost veel tijd - Het is lastig om het hele team te bereiken

Toelichting maatregel 2

Gekeken naar de overkoepelende afdelingsvisie, die top-down is ingevoerd en waarbij veel weerstanden ontstonden vanuit het team, wil de afstudeergroep dit voorkomen door de verpleegkundige visie bottom-up te ontwikkelen en te implementeren. De verpleegkundigen worden vanaf het begin van het proces van de ontwikkeling van de visie, hierbij betrokken. Hierdoor voelen de verpleegkundigen zich gehoord en zal de visie breed worden gedragen.

Echter, de afstudeergroep zorgt voor een balans tussen de top-down en bottom-up benadering door het management actief te betrekken in het proces, om er voor te zorgen dat de verpleegkundige visie en de overkoepelende afdelingsvisie stroken met elkaar.

Maatregel 3

Middels een interactieve scholing worden de methodieken toegelicht waardoor deze voor het verpleegkundig team duidelijk zijn en bewust toegepast kunnen worden.	
	Voordelen - Door het gebruik van methodieken gaat het team eenduidig te werk. - Het gebruik van methodieken draagt bij aan het sneller realiseren van behandeldoelen. - Interactieve scholing draagt bij aan de deskundigheidsbevordering van het verpleegkundig team. - Interactieve scholing is effectiever ten aanzien van het oppikken en onthouden van de theorie in tegenstelling tot een papieren naslagwerk. - Werkgevers die actief scholing aan hun personeel aanbieden, profiteren als neveneffect van een goed imago op de arbeidsmarkt (Eilander, 2012). - Onduidelijkheden met betrekking tot de methodieken worden opgeheven, waardoor weerstanden worden weggenomen met betrekking tot het werken met een overkoepelende afdelingsvisie.
	Nadelen - De scholing van verpleegkundigen kost tijd en geld. - Het is moeilijk om het gehele team te bereiken.

Toelichting maatregel 3

Aan de hand van het onderzoek dat de afstudeergroep heeft uitgevoerd is gebleken dat er nog veel onduidelijkheid bestaat binnen het verpleegkundig team met betrekking tot de geïntroduceerde methodieken van de overkoepelende afdelingsvisie. De afstudeergroep is van mening dat door interactieve scholing bewustwording wordt gecreëerd binnen het team ten aanzien van de

toepassing van de methodieken in de praktijk. In het verpleegkundig vakgebied kunnen zich nieuwe ontwikkelingen voordoen, zoals het werken met een nieuwe overkoepelende afdelingsvisie. Het is zaak voor het verpleegkundig team om daarvan op de hoogte te zijn en zich te bekwamen in de kennis en vaardigheden die de ontwikkelingen met zich meebrengen (Bentvelsen, 2012).

De scholing is kleinschalig (minder dan 25 deelnemers), Grol en Wensing (2006) geven aan dat scholing op deze manier effectief is.

§ 2.10.1 Conclusie maatregelen

Uit bovenstaand stuk blijkt dat er meerdere maatregelen toepasbaar zijn bij het invoeren van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie. Echter, er kleven aan elke maatregel voor- en nadelen waarmee rekening gehouden moet worden. In het volgende hoofdstuk, de ontwerpfase, beschrijft de afstudeergroep welke maatregel er wordt aanbevolen.

§ 2.11 Samenvatting analysefase

Naar aanleiding van de probleembeschrijving uit hoofdstuk één is de afstudeergroep aan de slag gegaan met de analysefase waarin zij verdere oorzaken van het beschreven probleem onderzocht hebben. Op afdeling FPC 2A is er geen gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie, daarnaast worden er door de verpleegkundigen vele methodieken genoemd die door geen van de teamleden volledig wordt beheerst.

De afstudeergroep heeft de opdracht gekregen een verpleegkundige visie te ontwikkelen en is na gaan denken over de inhoud van een verpleegkundige visie. De afstudeergroep heeft eerst literatuuronderzoek gedaan om er achter te komen wat het belang is van het werken met een visie en aan welke criteria deze moet voldoen. De afstudeergroep kwam erachter dat er geen richtlijn bestaat voor het schrijven van een verpleegkundige visie waarna er een gesprek is gepland met een expert, docent aan Fontys Hogeschool Verpleegkunde en ervaringsdeskundige op het gebied van visieontwikkeling. Uit dit gesprek bleek dat er inderdaad geen richtlijn is met betrekking tot het ontwikkelen van een visie, maar dat het met name belangrijk is dat het team vanaf het begin van het proces intensief betrokken wordt door bottom-up te werk te gaan. De afstudeergroep heeft dit gedaan door aanwezig te zijn bij het werkoverleg, die iedere twee weken plaatsvindt. Hierin bespreekt de afstudeergroep de voortgang van het project. Daarnaast houdt de afstudeergroep het team op de hoogte middels een nieuwsbrief die zij maandelijks versturen.

De projectgroep is in het begin van het proces geattendeerd op het gebruik van een waardeverhelderingsoefening om de waarden en overtuigingen van het team inzichtelijk te maken. Deze zijn belangrijk voor de inhoud van de verpleegkundige visie.

Uit de waardeverhelderingsoefening is gebleken dat het team op één lijn zit en dezelfde doelstelling nastreeft waarbij ze dezelfde waarden benoemen die bijdragen aan het behalen van deze doelstelling. Daarnaast heeft het team duidelijk aangegeven behoefte te hebben aan het werken met een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie om de verpleegkundige werkzaamheden te verantwoorden en onderbouwen.

Uit de waardeverhelderingsoefening is naar voren gekomen dat er begin maart een overkoepelende afdelingsvisie, geschreven door het managementteam, is geïmplementeerd op afdeling FPC 2A. Dit is gebeurd middels slechts een powerpointpresentatie. De methodieken die hierin worden beschreven zijn niet voor alle verpleegkundigen uit het team helder en toepasbaar.

Om meer informatie te krijgen over de overkoepelende afdelingsvisie en de implementatie hiervan heeft de afstudeergroep een gesprek gevoerd met de assistent centrummanager. Uit dit gesprek kwam naar voren dat er in 2005 het supportief model is geïntroduceerd onder het personeel. De assistent centrummanager geeft aan dat het team dus sinds 2005 op de hoogte zou moeten zijn van de methodieken waarmee gewerkt dient te worden. Echter blijkt uit het onderzoek van de afstudeergroep dat dit niet het geval is.

Om de organisatie te analyseren heeft de afstudeergroep het ESH-model (Weggeman et al., 2005) gebruikt. De afstudeergroep heeft de zes aspecten onderzocht. Bij de aspecten cultuur en

managementstijl is het team en het management betrokken middels de OCAI cultuurmeting. De afstudeergroep heeft het team betrokken en geënthousiasmeerd middels een nieuwsbrief, posters en een duidelijke gebruiksinstructie van de OCAI. Echter was er te weinig respons waardoor de resultaten niet meegenomen konden worden en de cultuur en managementstijl niet in kaart kon worden gebracht.

Aan de hand van de voorlopige probleemstelling heeft de afstudeergroep mogelijke oorzaken onderzocht en weergegeven in een visgraatdiagram waarna een definitieve probleem- en doelstelling is geformuleerd. De afstudeergroep heeft de werkelijke situatie beschreven, hoe de stand van zaken nu is, deze is gebaseerd op alle gegevens die zijn verzameld in het gehele onderzoek. Vervolgens is er een beschrijving gegeven van de wenselijke situatie, hoe de afstudeergroep de situatie zou willen zien. De werkelijke en de wenselijke situatie zijn vergeleken met elkaar waaruit is gebleken dat er momenteel niet met een gemeenschappelijk gedeelde visie wordt gewerkt en dat hier wel behoefte aan is. Tevens dient deze verpleegkundige visie aan te sluiten bij de overkoepelende afdelingsvisie zodat de verpleegkundigen deze bewust toe kunnen passen.

Na het vergelijken van de werkelijke situatie met de wenselijke situatie heeft de afstudeergroep maatregelen geformuleerd waarbij is nagedacht over de voor- en nadelen hiervan. Tevens zijn deze maatregelen op volgorde van prioriteit weergegeven.

In het volgende hoofdstuk, de ontwerpfase, zal de afstudeergroep aan de hand van de maatregelen, aanbevelingen doen en de beschrijving van de implementatie van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie, voortzetten.

Hoofdstuk 3 Ontwerpfase

In dit hoofdstuk beschrijft de afstudeergroep de ontwerpfase. Allereerst wordt een matrix weergegeven waarin de maatregelen uit paragraaf 2.10 staan vermeld. Na deze matrix en bijbehorende conclusie, schrijft de afstudeergroep aanbevelingen hoe de maatregelen het beste kunnen worden ingevoerd. Bij de aanbevelingen houdt de afstudeergroep rekening met eventuele weerstanden die kunnen ontstaan bij het team en management en geeft hierbij enkele technieken waarmee er om gegaan kan worden met weerstanden.

Na het beschrijven van de weerstanden volgt het wetenschappelijk artikel, waarna het implementatietraject volgens Grol en Wensing (2006) wordt beschreven. Als laatste wordt een conclusie van het hoofdstuk gegeven.

§ 3.1 Matrix maatregelen

Hieronder heeft de afstudeergroep in een matrix, aan de hand van randvoorwaarden, de maatregelen beoordeeld op toepasbaarheid.

	Randvoorwaarden			
	Kosten	Effectiviteit	Haalbaarheid	Tijd
Maatregel 1, het ontwikkelen van een verpleegkundige visie	+	++	+	-
Maatregel 2, de verpleegkundige visie wordt bottom-up geïmplementeerd.	+	++	+/-	--
Maatregel 3, het aanbieden van een interactieve scholing	--	+	+/-	-

Zeer slecht --/ Slecht -/ Redelijk +/- / Goed + / Zeer Goed ++

§ 3.1.1 Onderbouwing randvoorwaarden

De afstudeergroep heeft de bovenstaande matrix opgesteld aan de hand van vier randvoorwaarden. Randvoorwaarden zijn één of meerdere extra voorwaarden waaraan moet worden voldaan alvorens het uiteindelijke doel te bereiken (Encyclo, 2012). De afstudeergroep heeft voor de randvoorwaarden, tijd, kosten, effectiviteit en haalbaarheid gekozen omdat aan de hand van deze criteria kan worden gekeken of een bepaald doel behaald kan worden (Jans, 2010).

Onder kosten wordt verstaan hoeveel het gaat kosten om de maatregel in te voeren in de praktijk, hoe minder een maatregel kost hoe beter het is voor de afdeling. Met effectiviteit wordt bedoeld dat met de maatregel het beoogde doel, het wegnemen van het probleem, wordt bereikt. Haalbaarheid betekent de mate waarin de maatregel het doel kan verwezenlijken. Onder tijd wordt verstaan, de hoeveelheid en duur die het invoeren van de maatregel, kost.

§ 3.1.2 Onderbouwing matrix

Maatregel 1: Door het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie samen met het verpleegkundig team, kan worden bewerkstelligd dat de verpleegkundige werkzaamheden onderbouwd en verantwoord kunnen worden. Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg

verbeterd en scoort de effectiviteit en haalbaarheid van deze maatregel goed. Echter kost het tijd en geld om een verpleegkundige visie te ontwikkelen, daarom scoren deze randvoorwaarden slecht in de matrix.

Maatregel 2: Om de gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie bottom-up te implementeren op afdeling FPC 2A, dient het hele team betrokken te worden. Dit maakt dat de haalbaarheid redelijk scoort omdat het betrekken van het gehele team niet altijd te realiseren valt. Het kost daarnaast ook veel tijd om alle teamleden te bereiken, de afstudeergroep ziet momenteel geen kosten maar is zich ervan bewust dat het implementeren van deze maatregel geld kan kosten omdat er eventueel teamleden extra ingeroosterd moeten worden.

Daarentegen blijkt uit literatuurstudie, de effectiviteit van het bottom-up implementeren goed. Deze maatregel is zeer effectief omdat weerstanden vanuit het team worden voorkomen en het team inbreng heeft in de inhoud van de verpleegkundige visie waardoor de visie breed kan worden gedragen. Deze randvoorwaarde scoort daardoor zeer goed.

Maatregel 3: Middels een interactieve scholing worden de methodieken toegelicht waardoor deze voor het verpleegkundig team duidelijk zijn en bewust toegepast kunnen worden. Het aanbieden van een interactieve scholing kost tijd en geld omdat het gehele team terug moet komen voor de scholing. Het ontwikkelen van een scholing en het inhuren van een expert die een scholing geeft kost geld. Deze twee randvoorwaarden scoren daardoor slecht. De afstudeergroep is van mening dat de effectiviteit van deze maatregel goed is, omdat de onduidelijkheid van het team met betrekking tot de methodieken uit de overkoepelende afdelingsvisie, wordt opgeheven door de scholing. Hierdoor kunnen de verpleegkundigen de methodieken bewust toepassen in de praktijk. Tevens werd er in het onderzoek duidelijk aangegeven dat er behoefte is aan een scholing. De haalbaarheid van deze maatregel scoort redelijk omdat de invoering afhankelijk is van het management aangezien zij de scholing moeten goedkeuren en er een budget voor moeten vrijmaken.

§ 3.1.3 Conclusie matrix

Uit de matrix kan worden geconcludeerd dat maatregel één de hoogste score verdiend. In de volgende paragraaf zal de afstudeergroep een aanbeveling over deze maatregel schrijven.

§ 3.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf beschrijft de afstudeergroep de aanbevelingen die zij hebben geschreven richting de afdeling en het management. De afstudeergroep heeft een afweging gemaakt tussen de eerdergenoemde maatregelen, na deze afweging ziet de afstudeergroep de hoogste prioriteit bij maatregel één: ‘de afstudeergroep ontwikkelt in samenwerking met het verpleegkundig team een verpleegkundige visie die gemeenschappelijk gedeeld wordt’. Maatregel één sluit het beste aan bij de doelstelling. De afstudeergroep wil namelijk bereiken dat de verpleegkundigen gebruik gaan maken van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie. Hierbij is het belangrijk om allereerst de cultuur in kaart te brengen. Wilson et al. (2005) zeggen dat afdelingscultuur een grote invloed heeft op individueel en groepsgedrag, patiëntenzorg, veranderingsprocessen, werktevredenheid en uiteindelijk op het succes van de organisatie. Het onderzoeken van een afdelingscultuur, voorafgaand aan het implementeren van een innovatie, is erg belangrijk (Wilson et al., 2005). Op basis van deze theorie beveelt de afstudeergroep ook aan om de afdelingscultuur in kaart te brengen.

Het ontwikkelen van een verpleegkundige visie is volgens de afstudeergroep essentieel bij het onderbouwen en verantwoorden van de verpleegkundige werkzaamheden aangezien het expliciteren van een eigen visie ten goede komt aan de kwaliteit van zorg (Van Riet, 2010). Het is daarbij zaak dat de visie ook aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie die geschreven is door het management zodat de methodieken die hierin beschreven staan bewust toegepast kunnen worden door de verpleegkundigen. Hierdoor beveelt de afstudeergroep ook maatregel drie, ‘middels een

interactieve scholing worden methodieken toegelicht zodat deze voor verpleegkundigen duidelijk zijn en bewust toegepast kunnen worden', aan omdat deze nodig is om de kans van slagen bij het implementeren van maatregel één, te vergroten. Uit de waardeverhelderingsoefening komt naar voren dat de verpleegkundigen van afdeling FPC 2A behoefte hebben aan scholing waarin zij handvatten aangereikt krijgen voor het werken met deze verschillende methodieken.

Omdat bij het ontwikkelen van een verpleegkundige visie een groot draagvlak gecreëerd moet worden beveelt de afstudeergroep ook maatregel twee, 'de gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie wordt bottom-up geïmplementeerd op afdeling FPC 2A', aan. Hierdoor is de kans van slagen groter (Snoeren, 2012) en kan er beter worden ingespeeld op weerstanden.

§ 3.3 Weerstanden

De projectgroep vindt het belangrijk dat er bij de implementatie van de maatregel rekening wordt gehouden met eventuele weerstanden. Daarom heeft de projectgroep hieronder verschillende tactieken beschreven hoe hiermee omgegaan kan worden.

Weerstand heeft te maken met angst voor het onbekende, maar ook als de vrijheid beperkt is. Vrijheid is hierin een ruim begrip en betekent ook 'doen zoals je het gewend bent te doen' of 'denken zoals jij er altijd al over denkt'. De kunst van reageren op weerstand is daarom vooral de vinger op de zere plek leggen. Je moet erachter zien te komen wat de betrokkene als 'oneerlijk' of bezwaarlijk in de situatie ervaart. Afhankelijk van de situatie zijn er verschillende tactieken om met weerstand om te gaan. Te weten: benoemen, erkennen, bevragen, meebewegen en kantelen (judo), vermijden en draagvlak creëren. Voor een volledige uitwerking van de weerstanden, zie bijlage 9.

§ 3.4 Wetenschappelijk artikel

Eén van de criteria waaraan het afstudeerproject moet voldoen is het zoeken, beoordelen en toepassen van een wetenschappelijk artikel. De afstudeergroep heeft aan de hand van een PICO en een zoekstrategie een wetenschappelijk artikel gevonden; 'Understanding workplace culture of a special care nursery', van Wilson et al. (2005). De zoekstrategie, beoordeling en het artikel zelf zijn te vinden in bijlage 10. De afstudeergroep heeft het artikel toegepast in de verschillende stukken van de ontwerp- en uitvoeringsfase.

§ 3.5 Implementatie

In deze paragraaf werkt de afstudeergroep de fasen van implementatie volgens Grol en Wensing (2006) uit. De afstudeergroep heeft voor de fasen van Grol en Wensing (2006) gekozen omdat dit volgens de afstudeergroep een gestructureerd model is en bijdraagt aan het succesvol laten slagen van een implementatie.

Om het doel van het afstudeerproject te bereiken, namelijk; *'Binnen zes maanden ligt er op afdeling FPC 2A een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie om de verpleegkundige werkzaamheden te onderbouwen en verantwoorden, die tevens aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie die geschreven is door het management team.'* heeft de afstudeergroep gekozen om maatregel één te implementeren. Maatregel één luidt; *'De afstudeergroep zal in samenwerking met het verpleegkundig team een verpleegkundige visie die gemeenschappelijk gedeeld wordt door de betrokken stakeholders'.*

Per fase van het implementatietraject zal een korte theoretische beschrijving gegeven worden om duidelijk te maken wat de fase inhoudt. Vervolgens zal de afstudeergroep per fase beschrijven hoe hier vorm aan gegeven is. De afstudeergroep heeft gekozen voor een bottom-up benadering voor het implementatietraject, daarom liep deze parallel aan de analysefase. De beschrijving van het implementatietraject wordt om deze reden in de verleden tijd weergegeven.

Stap 1 Oriëntatie

Deze fase is erop gericht de grond rijp te maken voor verandering. De doelgroep moet zich bewust zijn van, interesse in en betrokken raken bij de innovatie of voorgestelde nieuwe wijze van werken. Activiteiten richten zich op:

- **het bewust zijn van de innovatie:** zorgverleners, teams of instellingen moeten allereerst op de hoogte zijn van het feit dat er een innovatie is, ook al weet men er het fijne niet van. De verspreiding moet zodanig zijn dat zoveel mogelijk personen uit de doelgroep ermee in aanraking kunnen komen en zich bewust zijn van het bestaan;
- **interesse en betrokkenheid:** de nieuwsgierigheid ten aanzien van de innovatie wordt geprikkeld. Nieuwe werkwijzen en technieken moeten zodanig worden gepresenteerd dat men denkt: dit is interessant, hier wil ik meer van weten. Men dient tevens het gevoel te krijgen dat het voor het eigen werk is (Grol en Wensing, 2006).

De afstudeergroep heeft vorm gegeven aan deze fase door onder andere een introductiebijeenkomst te houden voor de doelgroep (de verpleegkundigen van FPC 2A) tijdens het werkoverleg dat eens in de twee weken plaatsvindt. Het doel van deze bijeenkomst was het team van FPC 2A bewust te laten worden van de innovatie, het ontwikkelen en werken met een verpleegkundige visie. Daarnaast wilde de afstudeergroep interesse en betrokkenheid teweeg brengen bij het team. In de introductiebijeenkomst zijn de volgende onderwerpen aangekaart:

- aanleiding van de opdracht;
- probleembeschrijving;
- een voorlopige analyse van het probleem;
- een voorlopige probleem- en doelstelling;
- voorlopige wenselijke situatie;
- eerste ideeën van het beoogd product en
- wederzijdse verwachtingen afstudeergroep.

Tijdens deze introductiebijeenkomst heeft de afstudeergroep aangegeven dat zij te bereiken zijn via een gezamenlijk e-mailadres. De afstudeergroep heeft hiervoor gekozen om de toegankelijkheid van het team naar de afstudeergroep en vice versa, te vergemakkelijken.

Om de informatie goed over te brengen heeft de afstudeergroep een hand-out (zie bijlage 12) gemaakt, met daarin alle informatie die gegeven is tijdens de bijeenkomst. De hand-out is ter plekke uitgereikt aan de aanwezigen. De afwezige verpleegkundigen hebben de hand-out ontvangen in hun postvak.

Vóór de introductiebijeenkomst heeft de afstudeergroep een nieuwsbrief gestuurd naar het team. In deze eerste nieuwsbrief legt de afstudeergroep uit hoe het verloop van het project zal zijn.

Vanuit de opdracht wordt gesteld dat de verpleegkundige visie aan moet sluiten bij de overkoepelende afdelingsvisie die geschreven is door het management. Om dit te bewerkstelligen én om het managementteam te betrekken in het project, is de afstudeergroep in gesprek gegaan met de ACM, om inzichtelijk te krijgen wat de inhoud is van deze overkoepelende afdelingsvisie en hoe de introductie hiervan is verlopen. Tijdens dit gesprek werd duidelijk dat de afstudeergroep zich met het ontwikkelen van de verpleegkundige visie binnen bepaalde kaders moest bewegen, om aansluiting te houden met de overkoepelende afdelingsvisie. Met bepaalde kaders bedoelt de ACM de beschreven methodieken. Om op de hoogte te zijn van deze methodieken heeft de afstudeergroep de beschreven methodieken globaal uitgewerkt, omdat hier niet de nadruk op ligt voor het afstudeerproject.

De activiteiten die de afstudeergroep heeft ondernomen in de oriëntatiefase kunnen worden gezien als een continu proces. Gedurende dit afstudeerproject zijn er maandelijks nieuwsbrieven gestuurd en is de afstudeergroep elke twee weken aanwezig geweest bij het werkoverleg. Met als doel het verpleegkundig team te betrekken bij het proces en draagvlak te creëren voor de implementatie van de verpleegkundige visie.

Stap 2 Inzicht

Deze fase is erop gericht de doelgroep te informeren wat de innovatie precies inhoudt en inzicht geven wat de feitelijke zorgverlening is. Hiermee moet een *sense of urgency* ontstaan, het gevoel dat het niet acceptabel is om door te gaan met de bestaande routines. Implementatieactiviteiten richten zich op:

- **kennis en begrip:** de doelgroep moet precies weten wat de nieuwe werkwijze inhoudt en wat er aan nieuw handelen wordt verwacht. De informatieoverdracht in deze fase moet zodanig zijn dat men een goed begrip van de inhoud van de innovatie heeft;
- **inzicht in eigen werkwijze:** men dient eveneens een goed inzicht te hebben in de eigen zorgverlening en op welke punten er een afwijking van de nieuwe voorstellen bestaat. Men moet het gevoel krijgen dat verandering noodzakelijk is (Grol en Wensing, 2006).

Tijdens deze fase van het implementatietraject heeft de afstudeergroep bewustwording gecreëerd onder de verpleegkundigen ten aanzien van het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie.

De afstudeergroep heeft dit gerealiseerd door bottom-up te werk te gaan en dus de doelgroep te laten participeren in de vorm van meerdere waardeverhelderingsoefeningen (zie bijlage 3) op de afdeling. Het is de bedoeling dat deze oefeningen worden uitgevoerd in kleine groepjes.

De afstudeergroep is zodoende viermaal op de afdeling geweest voor deze oefeningen. Tijdens deze waardeverhelderingsoefeningen is een *sense of urgency* ontstaan bij de doelgroep, omdat het belang van werken met een verpleegkundige visie benadrukt is door de afstudeergroep. Door de waardeverhelderingsoefening heeft de doelgroep een kritische blik geworpen op hun eigen werkwijze, wat daarbij hun waarden en overtuigingen zijn en welke gezamenlijke doelen zij nastreven. Elke waardeverhelderingsoefening is opgenomen en getranscribeerd (zie bijlage 4). Daarna zijn de transcripties opgestuurd naar de deelnemers voor member checking. Hiermee wilde de afstudeergroep bereiken dat wat er gezegd is, ook echt klopt. Tevens bood het de doelgroep de mogelijkheid om aanvullingen te geven.

Tijdens het werkoverleg heeft de afstudeergroep de belangrijkste conclusies en uitkomsten van de waardeverhelderingsoefeningen (zie bijlage 3) en de gesprekken met experts (zie bijlage 5 en 6) toegelicht. Hiermee heeft de afstudeergroep voor de verpleegkundigen inzichtelijk gemaakt wat de resultaten waren van het onderzoek. Met als doel dat zij allemaal op de hoogte zijn van elkaars waarden en overtuigingen en met elkaar in discussie kunnen gaan. De doelgroep heeft inbreng gehad en de ruimte gekregen er met elkaar over te praten. Dit ontwikkelt een gevoel van saamhorigheid en draagt bij aan teambuilding (Ieren.nl, 2012).

Na het onderzoek heeft de afstudeergroep een interactieve mindmapbijeenkomst gehouden, om samen met de verpleegkundigen inhoud te kunnen geven aan de verpleegkundige visie. Naast alle leden van het team was ook de ACM aanwezig bij de bijeenkomst. De afstudeergroep heeft echter wel gevraagd of zij zich afzijdig zou willen houden, aangezien het project zich richt op de verpleegkundigen. Deze bijeenkomst viel op de teamdag van FPC 2A en was de enige mogelijkheid voor de afstudeergroep om het hele team bij elkaar te krijgen. De bijeenkomst met de afstudeergroep, was ingepland voor het onderdeel deskundigheidsbevordering voor het team.

Voorafgaand aan de bijeenkomst heeft de afstudeergroep achtergrondinformatie opgezocht door middel van literatuur en expertraadpleging, over hoe vorm te geven aan deze bijeenkomst.

Het doel van deze bijeenkomst was: *‘samen met het verpleegkundig team het fundament te leggen voor de ontwikkeling van de verpleegkundige visie, die aansluit op de overkoepelende afdelingsvisie. Door middel van het formuleren van gemeenschappelijk gedeelde kernwoorden.’* Deze kernwoorden dragen bij tot het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde visie, met betrekking tot de benadering en behandeling van de cliënten en samenwerking met het verpleegkundig team. De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om dit in samenwerking met het team te doen omdat het

betrekken van teamleden essentieel is bij het ontwikkelen van een verpleegkundige visie (Boomer et al, 2008).

Aan de hand van het doel heeft de afstudeergroep gekozen voor een interactieve werkvorm, waarbij de teamleden middels een mindmap hun gedachten konden opschrijven.

Aangezien de methodieken uit de overkoepelende afdelingsvisie terug moeten komen in de verpleegkundige visie en omdat uit de waardeverhelderingsoefeningen bleek dat niet alle verpleegkundigen op de hoogte waren van deze methodieken, heeft de afstudeergroep een 'huiswerkopdracht' (zie bijlage 11.1) opgestuurd naar het team. Hierin stond een korte uitwerking van de methodieken uit de overkoepelende afdelingsvisie. Zo kon zo snel mogelijk, efficiënt en met de methodieken in het achterhoofd, gestart worden met het mindmappen.

De bijeenkomst begon met een ijsbreker, die het belang van communicatie aantoonde.

Tijdens het werken met de mindmap zijn de teamleden in twee groepen verdeeld, zodat iedereen voldoende ruimte kreeg om inbreng te hebben.

De onderwerpen die gebruikt zijn in de mindmap komen voort uit de waardeverhelderingsoefeningen en dienden als basis voor het mindmappen. Op de mindmaps plakten de groepen post-its met daarop hun gedachten omtrent de onderwerpen.

De afstudeergroep sloot aan bij de groepjes om onderlinge interactie teweeg te brengen en ondersteuning te bieden.

De mindmaps zijn aan elkaar gepresenteerd om de geformuleerde gedachten met elkaar te delen en toe te lichten. Na deze presentaties werden overeenkomsten en verschillen tussen de beide groepen duidelijk.

Daarna zijn de twee mindmaps samengevoegd, om vervolgens de geformuleerde gedachten te clusteren. Vanuit deze clusters heeft het team gezamenlijk gemeenschappelijk gedeelde kernwoorden geformuleerd, die de basis vormen voor de inhoud van de gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie.

Uit de evaluatie bleek dat het verpleegkundig team de bijeenkomst duidelijk en stimulerend vond. Daarnaast gaven ze aan dat het hen aanzette tot nadenken en het hen een zinvolle discussie opleverde. Hieruit kan de afstudeergroep concluderen dat deze bijeenkomst voor het team waardevol was en inzicht heeft opgeleverd met betrekking tot het belang van het werken met een gezamenlijk gedeelde visie. Tevens onderstreept het de theorie, over het gezamenlijk ontwikkelen van een visie van (Boomer et al., 2008).

Uit deze bijeenkomst én de waardeverhelderingsoefeningen blijkt dat het team op één lijn zit, omtrent hun visie op verplegen op deze afdeling en geven zij aan de kernwoorden gemeenschappelijk te dragen. Dit heeft de afstudeergroep doen besluiten door te gaan naar stap 3 van het implementatieplan, namelijk de acceptatie.

Voor de volledige uitwerking van de bijeenkomst, zie bijlage 10.

Stap 3 Acceptatie

In deze fase ligt de nadruk op de motivatie van de doelgroep om echt tot verandering over te gaan.

Men moet het gevoel krijgen dat verandering ook zinvol is en haalbaar is. Activiteiten richten zich op:

- **een positieve houding, motivatie:** de zorgverlener, het team en de instelling moet de voor- en nadelen van de nieuwe werkwijze afwegen en overtuigd raken dat deze waardevol, effectief en nuttig is, of besparingen in tijd of kosten met zich meebrengt;

- **een intentie of besluit om te veranderen:** men neemt zich voor op korte termijn echt anders te gaan werken. Om dit te kunnen waarmaken moet men een goed idee krijgen hoe de innovatie in de eigen werksituatie toegepast zou kunnen worden, welke problemen zich daarbij kunnen voordoen en hoe die opgelost kunnen worden. Het gevoel moet groeien dat men zelf in staat is de verandering door te voeren en dat toepassen ervan in de eigen werksetting haalbaar is (Grol en Wensing, 2006).

Uit de waardeverhelderingsoefeningen en de bijeenkomst is gebleken dat het verpleegkundig team gemotiveerd is om te gaan werken met een verpleegkundige visie en een bijdrage wil leveren aan de ontwikkeling hiervan. Echter, tijdens de bijeenkomst kreeg de afstudeergroep de indruk dat deze

motivatie bij sommige teamleden minder was. Er heerste een jolige stemming en sommige teamleden leken niet bereid om mee te werken aan de bijeenkomst. Hierdoor was het voor de afstudeergroep lastig om de regie te behouden.

De niet bereidbaarheid om mee te werken van sommige teamleden zou negatieve gevolgen kunnen hebben voor de acceptatie, aangezien de visie gemeenschappelijk gedragen moet worden en dus hun inbreng daarbij ook van belang is.

Tevens is dit ook tegenstrijdig met de resultaten die voort zijn gekomen uit de evaluatie.

Bij de afstudeergroep heerste een gevoel van onvrede en vroeg zich af of er nog wel motivatie bestaat onder de teamleden om tot een verpleegkundige visie te komen. Omdat de afstudeergroep niet met dit gevoel wilde blijven zitten, was de afstudeergroep van mening dat dit teruggekoppeld moest worden naar het team. In eerste instantie is er een gesprek geweest met de lecturer practitioner van de afdeling. Op advies van de lecturer practitioner is de opdrachtgever en een verpleegkundige van de afdeling, die de afstudeergroep heeft uitgenodigd om invulling te geven aan het onderdeel deskundigheidbevordering tijdens de teamdag, bij het gesprek betrokken. Zij gaven beiden aan zich niet bewust te zijn van de sfeer tijdens de bijeenkomst en hoe de afstudeergroep dit ervoer. De opdrachtgever had dit niet verwacht omdat er veel positieve reacties zijn gegeven op de bijeenkomst en het team zelf aangaf dat er een goede input was vanuit henzelf. Achteraf gezien herkennen ze zich beiden in de feedback van de afstudeergroep en zien dit als een leerpunt voor een volgende bijeenkomst.

De afstudeergroep was van mening dat naast bovenstaande betrokkenen ook de ACM en het verpleegkundig team op de hoogte gesteld moesten worden van de situatie. De afstudeergroep heeft dit gedaan in een persoonlijk gesprek met de ACM en heeft het team op de hoogte gesteld in het werkoverleg. Zowel de ACM als de aanwezigen bij het werkoverleg gaven dezelfde reactie als de eerder genoemde betrokkenen en waren zich niet bewust van hun houding tijdens de bijeenkomst. De afstudeergroep vond het prettig dat de feedback goed werd ontvangen. De afstudeergroep is tevreden over de erkenning die is gegeven door het team, waardoor de samenwerking met het team positief kon worden voortgezet.

Het team heeft aangegeven de bijeenkomst zin- en waardevol te hebben gevonden en waren erg positief. Daarnaast gaven zij aan veel input te hebben gehad, een actieve bijdrage te hebben geleverd en dat zij zich niet bewust waren van hun houding. Hieruit kan de afstudeergroep concluderen dat er geen sprake is van gebrek aan motivatie om samen een visie te ontwikkelen en om hiermee te gaan werken.

Tevens kan de afstudeergroep hieruit opmaken dat er nog steeds een *sense of urgency* bestaat onder het team.

Voor de volledige uitwerking van de bovengenoemde gesprekken, zie bijlage 11.

Stap 4 Verandering

Deze fase is erop gericht een echte start met de verandering in de praktijk te maken. De doelgroep moet gaan experimenteren met de nieuwe werkwijze en het gevoel krijgen dat deze werkt en haalbaar is. Implementatie richt zich op:

- **invoering in de praktijk:** de mogelijkheid moet worden geboden om de nieuwe werkwijze eerst op beperkte schaal te proberen, er ervaring mee op te doen, de benodigde vaardigheden aan te leren en de praktische en organisatorische aanpassingen te realiseren;
- **bevestiging van nut:** de zorgverlener of het team concludeert op basis van toepassing dat de nieuwe werkwijze werkt of voldoet en dat deze zonder grote problemen, kosten of schade toepasbaar is (Grol en Wensing, 2006).

In de fase 'verandering' heeft de afstudeergroep de innovatie ingevoerd in de praktijk door een concept visie te schrijven en op te sturen naar het team. Voorafgaand aan het schrijven van de concept visie heeft de afstudeergroep het team voorbereid door een nieuwsbrief te sturen, met

daarin de mededeling wanneer zij de concept visie konden verwachten en met de vraag om hier kritisch naar te kijken. Hierbij is het belang van het geven van feedback benadrukt. Tevens heeft de opdrachtgever deze nieuwsbrief opgehangen op het kantoor om de visie onder de aandacht van de teamleden te brengen. Nadat de afstudeergroep de uiteindelijke concept visie heeft gestuurd, heeft de opdrachtgever tweemaal een mail gestuurd aan het team om hen hieraan te herinneren. Door deze activiteiten is het team zoveel mogelijk betrokken. Dit is essentieel in het ontwikkelen van een visie (Boomer et al., 2008).

De concept visie is geschreven aan de hand van de kernwoorden die uit de mindmapbijeenkomst zijn gekomen en de normen en waarden uit de waardeverhelderingsoefening. De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om de visie in de 'wij-vorm' te schrijven omdat dit een gevoel van saamhorigheid kan creëren en het de visie gemeenschappelijk gedeeld maakt. Daarnaast heeft de afstudeergroep ervoor gekozen geen vakjargon te gebruiken en de concept visie te beschrijven aan de hand van letterlijk genoemde uitspraken en woorden van het team (Snoeren, 2012). De concept visie betreft een beschrijving op één pagina waarin kort en bondig staat weergegeven wie het team is en waar zij voor staan. Deze korte beschrijving maakt het voor het team laagdrempelig om te lezen.

Om de lezer te enthousiasmeren heeft de afstudeergroep gebruik gemaakt van pakkende citaten die betrekking hebben op visie en zijn vragen zoals; '*waar staan wij voor*' en '*wat betekent dit voor de cliënt?*' schuingedrukt weergegeven. Door de concept visie op deze manier te beschrijven wil de afstudeergroep bereiken dat deze makkelijk te lezen is en deze er aantrekkelijk uit ziet.

Op advies van de expert in visieontwikkeling (Snoeren, 2012) heeft de afstudeergroep ervoor gekozen om vanuit de methodieken, geschreven in de overkoepelende afdelingsvisie, de vertaalslag te maken naar de verpleegkundige visie. Om aan te sluiten bij de behoeften van het team heeft de afstudeergroep ervoor gekozen geen moeilijke en Engelse termen te gebruiken, die genoemd worden in de overkoepelende afdelingsvisie, omdat in de waardeverhelderingsoefening en de mindmapbijeenkomst door het team werd aangegeven dat dit weerstand bij hen oproept.

De afstudeergroep heeft na het opsturen van de concept visie verschillende positieve reacties vanuit het team gekregen waaruit blijkt dat zij zich hierin kunnen vinden en dat zij de visie een duidelijk en helder beschreven stuk vinden. Zij geven aan het gevoel te krijgen dat de visie van hen allen is omdat deze staat geschreven in de 'wij-vorm'. Tevens zijn er enkele opmerkingen geplaatst door de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud.

De afstudeergroep kan hieruit concluderen dat het team de concept visie toepasbaar vindt. In de volgende fase kan getoetst worden of hier ook daadwerkelijk mee wordt gewerkt en uitgedragen kan worden naar nieuwe medewerkers en stagiaires. Voor de concept visie, zie hoofdstuk 4.

Stap 5 *Behoud van verandering*

In deze fase wordt de nieuwe werkwijze een vast onderdeel van de dagelijkse routines en de processen in de praktijk of de instelling. Implementatie richt zich op:

- **integratie in bestaande routines:** de nieuwe werkwijze zal vervolgens structureel ingepast moeten worden in bestaande zorgprotocollen of –plannen. Voorkomen moet worden dat men in oude routines terugvalt of de richtlijn of innovatie vergeet.
- **verankering in de organisatie:** ten slotte moet de nieuwe werkwijze zodanig ingebed worden en ondersteund worden binnen de zorgorganisatie, dat blijvende toepassing ook mogelijk is. Organisatorische, financiële en structurele voorwaarden voor blijvende toepassing moeten worden vervuld (Grol en Wensing, 2006).

Om de kans van slagen van de implementatie te vergroten, formuleert de afstudeergroep aanbevelingen die ervoor zorgen dat er sprake is van behoud en borging van de innovatie, namelijk het verder ontwikkelen en werken met de verpleegkundige visie.

De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om de concept visie aan te passen aan de feedback die gegeven is door de teamleden. Echter is het wel van belang dat de concept visie getoetst wordt in

evaluatiemomenten om te kijken of er daadwerkelijk wordt gewerkt met de visie en deze bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

De aanbevelingen die de afstudeergroep heeft zijn:

1. Er worden één of twee kartrekkers aangesteld. De afstudeergroep kiest voor maximaal twee kartrekkers zodat het overzicht beter behouden kan worden. De kartrekkers dienen twee leden te zijn van het vaste team aangezien zij vanaf stap één zijn betrokken bij de visieontwikkeling, wat belangrijk is voor de borging van deze innovatie. De taken van de kartrekker(s) zijn;
2. Gedurende drie maanden zal de kartrekker(s) evaluatiemomenten inplannen, bijvoorbeeld in het werkoverleg, waarin de kartrekker(s) toetst of er daadwerkelijk met de verpleegkundige visie gewerkt wordt. Dit kan getoetst worden aan de hand van vragen als: *Weet je waar de verpleegkundige visie ligt?, Kun je in eigen woorden vertellen wat er in de verpleegkundige visie staat?, Draag je de verpleegkundige visie uit naar nieuwe medewerkers en stagiaires?, Onderbouw en verantwoord je je verpleegkundige werkzaamheden aan de hand van de verpleegkundige visie?, Is er iets dat je anders zou willen zien in de verpleegkundige visie?* Door ervaring met het werken met de verpleegkundige visie in de praktijk en aan de hand van de verkregen resultaten uit bovenstaande vragen, kan de visie door de kartrekkers aangepast worden aan de wensen van het team, zodat zij deze na verloop van tijd nog steeds gemeenschappelijk dragen.
3. De verpleegkundige visie wordt toegevoegd in het informatiepakket/inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers en stagiaires. Op deze manier maken nieuwe medewerkers en stagiaires meteen kennis met de verpleegkundige visie en weten zij wat ze kunnen verwachten van de afdeling.
4. Om te voorkomen dat de motivatie afzwakt worden er hulpmiddelen ingezet in de vorm van een reminder. Dit kan worden verwezenlijkt door bijvoorbeeld de quote: *'Vision without action is a dream. Action without vision is simply passing the time. Action with vision is making a positive difference.'*, op te hangen op het kantoor van de afdeling.
5. Nadat de visie definitief is geschreven kan deze eventueel aangepast worden aan nieuwe ontwikkelingen op de afdeling. Dit kan de kartrekker(s) doen door evaluatiemomenten in te blijven plannen, zodat de verpleegkundige visie geborgd en up to date blijft.

§ 3.6 Conclusie

Door het schrijven van dit hoofdstuk kan de afstudeergroep concluderen dat iedere maatregel voor- en nadelen heeft. Deze maatregelen kunnen niet los van elkaar gezien worden en worden daarom allemaal aanbevolen door de afstudeergroep.

In hoofdstuk 4 geeft de afstudeergroep een product- en procesbeschrijving van de uitvoeringsfase waarin de afstudeergroep een concept visie schrijft. Hoofdstuk 4 loopt parallel aan fase vier en vijf van de implementatiefasen volgens Grol en Wensing (2006).

Hoofdstuk 4 Uitvoeringsfase

In dit hoofdstuk beschrijft de afstudeergroep de uitvoeringsfase van het afstudeerproject. Tijdens deze fase wordt de innovatie, de concept visie, in de praktijk gebracht. Allereerst geeft de afstudeergroep een product- en procesbeschrijving van hoe de concept visie tot stand is gekomen. Vervolgens weergeeft de afstudeergroep de ontvangen feedback van het team op de concept visie en trekt hier een conclusie uit. Daarna heeft de afstudeergroep de aangepaste concept visie toegevoegd. Als laatste geeft de afstudeergroep een conclusie van het hoofdstuk.

§ 4.1 Product- en procesbeschrijving

In deze paragraaf wordt een procesbeschrijving gegeven van het proces dat de afstudeergroep heeft doorlopen om tot het product, de concept visie, te komen. De afstudeergroep spreekt in de concept visie over 'De Volte 2A' in plaats van 'FPC 2A'. Deze naam is in de loop van het project veranderd in Volte 2A. Om de continuïteit en de eenduidigheid van het project te behouden is ervoor gekozen om gedurende de vorige fasen FPC 2A te blijven gebruiken en pas vanaf de uitvoeringsfase De Volte 2A te noemen wanneer het gaat om de afdeling. Dit heeft de afstudeergroep gedaan om mee te gaan met de ontwikkelingen van de organisatie, aangezien de visie moet aansluiten bij het huidige team en dus ook bij de naam.

De afstudeergroep heeft de innovatie ingevoerd in de praktijk door een concept visie te schrijven en op te sturen naar het team. Voorafgaand aan het schrijven van de concept visie heeft de afstudeergroep het team voorbereid door een nieuwsbrief te sturen, met daarin de mededeling wanneer zij de concept visie konden verwachten en met de vraag om hier kritisch naar te kijken. Hierbij is het belang van feedback benadrukt. Tevens heeft de opdrachtgever deze nieuwsbrief opgehangen op het kantoor om de visie onder de aandacht van de teamleden te brengen. Nadat de afstudeergroep de uiteindelijke concept visie heeft gestuurd, heeft de opdrachtgever tweemaal een mail gestuurd naar het team om hen hieraan te herinneren. Door deze activiteiten is het team zoveel mogelijk betrokken, dit is essentieel in het ontwikkelen van een visie (Boomer et al., 2008).

De concept visie is geschreven aan de hand van de kernwoorden die uit de mindmapbijeenkomst zijn gekomen en de normen en waarden uit de waardeverhelderingsoefening. De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om de visie in de 'wij-vorm' te schrijven omdat dit een gevoel van saamhorigheid kan creëren en het de visie gemeenschappelijk gedeeld maakt. Daarnaast heeft de afstudeergroep ervoor gekozen geen vakjargon te gebruiken en de concept visie te beschrijven aan de hand van letterlijk genoemde uitspraken en woorden van het team (Snoeren, 2012). De concept visie betreft een beschrijving op één pagina waarin kort en bondig staat weergegeven wie het team is en waar zij voor staan. Deze korte beschrijving maakt het voor het team laagdrempelig om te lezen.

Om de lezer te enthousiasmeren heeft de afstudeergroep gebruik gemaakt van pakkende citaten die betrekking hebben op visie en zijn vragen, zoals; 'waar staan wij voor' en 'wat betekent dit voor de cliënt?' schuingedrukt weergegeven. Door de concept visie op deze manier te beschrijven wil de afstudeergroep bereiken dat het makkelijk te lezen is en het er aantrekkelijk uit ziet.

Op advies van de expert in visieontwikkeling (Snoeren, 2012) heeft de afstudeergroep ervoor gekozen om vanuit de methodieken, geschreven in de overkoepelende afdelingsvisie, de vertaalslag te maken naar de verpleegkundige visie. Om aan te sluiten bij de behoeften van het team heeft de afstudeergroep ervoor gekozen geen moeilijke en Engelse termen te gebruiken, die genoemd worden in de overkoepelende afdelingsvisie, omdat in de waardeverhelderingsoefening en de mindmapbijeenkomst door het team werd aangegeven dat dit weerstand bij hen oproept.

§ 4.2 Concept visie met feedback

Op de volgende pagina staat de concept visie weergegeven zoals die door het verpleegkundig team van afdeling De Volte 2A gelezen is en voorzien is van feedback.

De feedback die we hebben ontvangen van de opdrachtgever en plaatsvervangend opdrachtgever, staat weergegeven in het rood. Verderop in dit hoofdstuk staat de aangepaste versie van de concept visie, waarbij de afstudeergroep de feedback heeft meegenomen.

§ 4.2.1 Feedback teamleden

Hieronder wordt de feedback weergegeven die door de teamleden van De Volte 2A is gegeven op de concept visie. De feedback is beschreven zoals deze door de teamleden is gegeven. Er is door vijf teamleden feedback gegeven, twee van de teamleden waren afwezig in verband met vakantie en ziekte, de afstudeergroep was al op de hoogte dat zij geen reactie van hen zouden krijgen. Van de overige teamleden heeft de afstudeergroep geen respons ontvangen.

‘Ik vind dit concept er super goed uit zien en kan me er helemaal in vinden. Het is allemaal helder en duidelijk geformuleerd’ (XXX, 2012).

‘Het moet mij van het hart..... het is een prima stuk. Jullie hebben het in de “wij-vorm” geschreven. Was dat een bewuste keus? Het leest in ieder geval erg prettig. Kortom, een eerste klas stuk, meiden!!!’ (XXX, 2012).

‘Mijn grote complimenten dames! Op een A4 beschreven, kort en zeer krachtig. Mooi omschreven in de ‘wij’ vorm, dat maakt het van ons allen. Helemaal top!’ (XXX, 2012).

‘Ik ben er zeer over te spreken. Complimenten over de duidelijke, compacte weergave van álles wat er gezegd is de afgelopen tijd! Wat mij betreft een prima versie’ (XXX, 2012).

‘De visie is kernachtig – treffend – wel kort. Ik vind het heel goed omschreven zoals we nu op het moment hier aan het werk zijn, of zoals we in ieder geval proberen te werken. Het dekt de lading, en dat is heel belangrijk. Ik vind het mooi omschreven, het leest makkelijk, heldere taal enzovoort. Complimenten’ (XXX, 2012).

§ 4.2.1.1 Conclusie feedback teamleden

De afstudeergroep heeft na het opsturen van de concept visie verschillende positieve reacties vanuit het team gekregen waaruit blijkt dat zij zich hierin kunnen vinden en dat zij de visie een duidelijk en helder beschreven stuk vinden. Zij geven aan het gevoel te krijgen dat de visie van hen allen is omdat deze staat geschreven in de ‘wij-vorm’. Tevens zijn er enkele opmerkingen geplaatst door de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud.

De afstudeergroep kan hieruit concluderen dat het team de concept visie toepasbaar vindt.

*'Vision without action is a dream. Action without vision is simply passing the time.
Action with vision is making a positive difference.'*

Hier voor je ligt de concept visie van het verpleegkundig team van afdeling De Volte 2A. Vragen die beantwoord zullen worden in deze visie zijn; *wie zijn wij en waar staan we nu eigenlijk voor?*

Wij spelen een belangrijke rol in het behandelen van cliënten die naar aanleiding van hun psychiatrische problematiek een strafbaar feit hebben gepleegd en daarvoor de TBS maatregel opgelegd hebben gekregen. Het gaat hierbij om psychotische stoornissen, waarbij er soms sprake is van persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek, autisme ~~en~~ of een verstandelijke beperking. Kennis hebben van deze ziektebeelden vinden wij een belangrijke kernwaarde. Daarnaast is het beheersen van gesprekstechnieken essentieel. Door **onder andere** kennis te hebben van psychopathologie en het beheersen van gesprekstechnieken, kijken wij naar de cliënt als individu. Hiermee kunnen we insteken op het niveau van de cliënt en passen we de behandeling zoveel mogelijk aan op de behoeften en noden van de cliënt.

Onze keuzes onderbouwen wij zoveel mogelijk aan de hand van evidence based ontwikkelingen in het vakgebied, die bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Wij streven ernaar om cliënten zo optimaal mogelijk te laten resocialiseren in de maatschappij.

De afdeling fungeert hiervoor als een veilig oefenmilieu. *Wat vraagt dit van ons?* Als verpleegkundigen van de afdeling vervullen wij een voorbeeldfunctie. **We kunnen oefenen met het gedrag dat cliënten laten zien, wat wel en niet geaccepteerd wordt ('Kun je deze zin anders omschrijven. Hij klinkt niet zo lekker, al weet ik wel wat jullie bedoelen, maar misschien is het voor de 'leek' minder duidelijk').** We leren ze omgaan met hun ziektebeeld en daarbij leren we ze communicatieve en praktische vaardigheden aan. *Wat betekent dit voor de cliënt?* We gaan niet uit van de beperking van de cliënt, maar juist van de mogelijkheden die de cliënt heeft. We bieden de cliënten handvatten om ontwrichtend gedrag om te kunnen zetten in gezond gedrag. Hierbij staat de autonomie van de cliënt centraal. Zij moeten zelf hun keuzes kunnen maken, wij ondersteunen hen daarin door hen te motiveren en stimuleren. We staan als het ware naast de cliënt, in plaats van tegenover de cliënt waarbij regels opgelegd worden. Hierbij maken we een afweging tussen het beheersen van gedrag en het nemen van risico's. Hierbij hebben wij veiligheid hoog in het vaandel staan. Veiligheid voor de samenleving, de verpleegkundigen en de cliënt zelf. *Hoe geven we hier vorm aan?* We streven naar een goede informatie overdracht omtrent de cliënt, zodat iedereen op de hoogte is van zijn of haar situatie. Hierbij hoort ook het up to date houden van het zorg- en signaleringsplan.

We brengen de normen en waarden over die gelden in de maatschappij. *Wat vinden wij hierbij belangrijk?* We zijn van mening dat een ieder voor zichzelf moet kunnen beslissen hoe je hier invulling aan geeft. Er is dus een verschil in werkwijze en bejegening richting de cliënt, per collega. Dit kan verwarrend lijken voor cliënten omdat er geen eenduidigheid lijkt te bestaan in het handelen van de verpleegkundigen. Echter, niemand is hetzelfde en daarmee vormen wij een afspiegeling van de maatschappij. Wij vinden het ook belangrijk dat er ruimte is voor iedereen om zijn eigen draai te geven aan de regels die gelden op de afdeling, zolang de grote lijn, de afgesproken behandeldoelen uit het zorgplan, maar hetzelfde blijft. → **'Mooie alinea, duidelijk uitgelegd'**

We zijn tevens een Zorg Innovatie Centrum (ZIC). *Wat houdt dit in?* We creëren een leeromgeving voor studenten van Fontys Hogeschool Verpleegkunde. We bieden hen de mogelijkheid om te kunnen groeien in hun leerproces, waarbij we de student zo optimaal mogelijk ondersteunen om dit te bereiken.

Wij zijn een gezellig team, waarin collegialiteit voorop staat. Het uitspreken van gedachten en gevoelens naar elkaar toe en het geven en ontvangen van feedback, ook van studenten, vinden wij belangrijke waarden. Hierin staan vertrouwen, betrokkenheid en integriteit centraal.

'Niet wat we doen, maakt wie we zijn, maar wie we zijn, maakt wat we doen.'

§ 4.3 Definitieve concept visie

Op de volgende pagina staat de definitieve versie van de concept visie. Deze concept visie is aangepast aan de feedback die de afstudeergroep heeft ontvangen van de opdrachtgever. De afstudeergroep heeft drie zaken veranderd:

1. *Het gaat hierbij om psychotische stoornissen, waarbij er soms sprake is van persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek, autisme of een verstandelijke beperking.*
In deze zin is het woordje **en** tussen autisme en een verstandelijke beperking, vervangen door **of**.
2. *Door onder andere kennis te hebben van psychopathologie en het beheersen van gesprekstechnieken, kijken wij naar de cliënt als individu.*
Aan deze zin zijn de woorden **onder andere** toegevoegd.
3. *Als verpleegkundigen van de afdeling vervullen wij een voorbeeldfunctie door de normen en waarden van de maatschappij uit te dragen.*
Aan deze zin is **door de normen en waarden van de maatschappij uit te dragen** toegevoegd en is de zin **we kunnen oefenen met het gedrag dat cliënten laten zien, wat wel en niet geaccepteerd wordt** weggelaten. De afstudeergroep was van mening dat deze zin overbodig was, omdat dit al vaker genoemd wordt in de concept visie.

Dit is de definitieve concept visie zoals deze wordt overhandigd aan de kartrekker die het implementatietraject zal voortzetten. Echter, zoals beschreven wordt in fase vijf van het implementatietraject, moet de concept visie getoetst worden op bruikbaarheid in de praktijk. Deze definitieve concept visie wordt mogelijk dus nog verder aangepast, maar voor de afstudeergroep houdt de implementatie hier op.

§ 4.4 Conclusie

Uit de feedback van de teamleden op de concept visie kan de afstudeergroep concluderen dat de teamleden die gereageerd hebben, positief zijn over de verpleegkundige visie. Echter kan de afstudeergroep niet stellen dat de verpleegkundige visie gemeenschappelijk gedeeld wordt omdat er van een paar teamleden geen respons is ontvangen. De afstudeergroep is van mening dat de kartrekker na moet gaan of deze teamleden de visie ook dragen zodat er uiteindelijk sprake is van een gemeenschappelijk gedeelde visie.

*‘Vision without action is a dream. Action without vision is simply passing the time.
Action with vision is making a positive difference.’*

Hier voor je ligt de concept visie van het verpleegkundig team van afdeling De Volte 2A. Vragen die beantwoord zullen worden in deze visie zijn; *wie zijn wij en waar staan we nu eigenlijk voor?*

Wij spelen een belangrijke rol in het behandelen van cliënten die naar aanleiding van hun psychiatrische problematiek een strafbaar feit hebben gepleegd en daarvoor de TBS maatregel opgelegd hebben gekregen. Het gaat hierbij om psychotische stoornissen, waarbij er soms sprake is van persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek, autisme of een verstandelijke beperking. Kennis hebben van deze ziektebeelden vinden wij een belangrijke kernwaarde. Daarnaast is het beheersen van gesprekstechnieken essentieel. Door onder andere kennis te hebben van psychopathologie en het beheersen van gesprekstechnieken, kijken wij naar de cliënt als individu. Hiermee kunnen we insteken op het niveau van de cliënt en passen we de behandeling zoveel mogelijk aan op de behoeften en noden van de cliënt.

Onze keuzes onderbouwen wij zoveel mogelijk aan de hand van evidence based ontwikkelingen in het vakgebied, die bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Wij streven ernaar om cliënten zo optimaal mogelijk te laten resocialiseren in de maatschappij. De afdeling fungeert hiervoor als een veilig oefenmilieu. *Wat vraagt dit van ons?* Als verpleegkundigen van de afdeling vervullen wij een voorbeeldfunctie door de normen en waarden van de maatschappij uit te dragen. Daarnaast leren we ze omgaan met hun ziektebeeld en leren we ze communicatieve en praktische vaardigheden aan. *Wat betekent dit voor de cliënt?* We gaan niet uit van de beperking van de cliënt, maar juist van de mogelijkheden die de cliënt heeft. We bieden de cliënten handvatten om ontwrichtend gedrag om te kunnen zetten in gezond gedrag. Hierbij staat de autonomie van de cliënt centraal. Zij moeten zelf hun keuzes kunnen maken, wij ondersteunen hen daarin door hen te motiveren en stimuleren. We staan als het ware naast de cliënt, in plaats van tegenover de cliënt waarbij regels opgelegd worden. Hierbij maken we een afweging tussen het beheersen van gedrag en het nemen van risico's. Hierbij hebben wij veiligheid hoog in het vaandel staan. Veiligheid voor de samenleving, de verpleegkundigen en de cliënt zelf. *Hoe geven we hier vorm aan?* We streven naar een goede informatie overdracht omtrent de cliënt, zodat iedereen op de hoogte is van zijn of haar situatie. Hierbij hoort ook het up to date houden van het zorg- en signaleringsplan.

We brengen de normen en waarden over die gelden in de maatschappij. *Wat vinden wij hierbij belangrijk?* We zijn van mening dat een ieder voor zichzelf moet kunnen beslissen hoe je hier invulling aan geeft. Er is dus een verschil in werkwijze en bejegening richting de cliënt, per collega. Dit kan verwarrend lijken voor cliënten omdat er geen eenduidigheid lijkt te bestaan in het handelen van de verpleegkundigen. Echter, niemand is hetzelfde en daarmee vormen wij een afspiegeling van de maatschappij. Wij vinden het ook belangrijk dat er ruimte is voor iedereen om zijn eigen draai te geven aan de regels die gelden op de afdeling, zolang de grote lijn, de afgesproken behandeldoelen uit het zorgplan, maar hetzelfde blijft.

We zijn tevens een Zorg Innovatie Centrum (ZIC). *Wat houdt dit in?* We creëren een leeromgeving voor studenten van Fontys Hogeschool Verpleegkunde. We bieden hen de mogelijkheid om te kunnen groeien in hun leerproces, waarbij we de student zo optimaal mogelijk ondersteunen om dit te bereiken.

Wij zijn een gezellig team, waarin collegialiteit voorop staat. Het uitspreken van gedachten en gevoelens naar elkaar toe en het geven en ontvangen van feedback, ook van studenten, vinden wij belangrijke waarden. Hierin staan vertrouwen, betrokkenheid en integriteit centraal.

‘Niet wat we doen, maakt wie we zijn, maar wie we zijn, maakt wat we doen.’

Conclusie afstudeerproject

Dit is de conclusie van het gehele afstudeerproject. De afstudeergroep geeft hierin antwoord op de probleemstelling en bekijkt of de doelstelling behaald is.

Na een grondige analyse is de afstudeergroep gekomen tot de volgende probleemstelling:

‘Na de reorganisatie binnen De Woenselse Poort werken de verpleegkundigen op afdeling FPC 2A met een overkoepelende afdelingsvisie geschreven door het management team. De verpleegkundigen geven hier naar eigen inzicht invulling aan omdat een verpleegkundige visie die aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, ontbreekt.’

Bij deze probleemstelling heeft de afstudeergroep de volgende doelstelling geformuleerd:

‘Binnen zes maanden ligt er op afdeling FPC 2A een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie om de verpleegkundige werkzaamheden te onderbouwen en verantwoorden, die tevens aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie die geschreven is door het management team.’

De afstudeergroep is op een systematische en cyclische wijze te werk gegaan met veldonderzoek en literatuurstudie om de probleemstelling aan te pakken en de doelstelling te bereiken. Dit heeft de afstudeergroep gedaan door het bottom-up ontwikkelen en implementeren van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie, in samenwerking met het team van De Volte 2A. Uit de waardeverhelderingsoefeningen is gebleken dat het team behoefte heeft aan een verpleegkundige visie. Naar aanleiding van de mindmapbijeenkomst heeft de afstudeergroep de concept visie geschreven. Het team heeft positieve feedback gegeven op deze concept visie waaruit de afstudeergroep kan concluderen dat een deel van de implementatie succesvol is verlopen, echter heeft de afstudeergroep niet van alle teamleden respons ontvangen waardoor niet zeker gesteld kan worden of de visie daadwerkelijk door het gehele team gemeenschappelijk gedragen wordt.

Terugkijkend op het tijdspad die in de doelstelling wordt benoemd kan de afstudeergroep concluderen dat de doelstelling nog niet volledig behaald is. Dit is voor de afstudeergroep niet mogelijk aangezien het ontwikkelen en implementeren van een verpleegkundige visie veel tijd kost. Het is belangrijk dat er nog getoetst wordt of er daadwerkelijk gewerkt wordt met deze visie, dit zal gebeuren door de kartrekker die de afstudeergroep heeft aangesteld.

De komende vier maanden kan de kartrekker toetsen of de probleemstelling volledig beantwoord is en de doelstelling is bereikt. De kartrekker zal onder andere moeten nagaan of de teamleden die niet hebben gereageerd de visie ook dragen.

Nawoord

In dit nawoord blikt de afstudeergroep terug op het proces dat de afstudeergroep doorlopen heeft om tot dit eindproduct te komen en wordt gereflecteerd op wat de leden van de afstudeergroep geleerd hebben van het schrijven van dit project.

De afstudeergroep is na het krijgen van de opdracht 'het ontwikkelen van een verpleegkundige visie', aan de slag gegaan met het uitvoeren van veldonderzoek en literatuurstudie waardoor zij kennis opgedaan hebben omtrent het belang van een verpleegkundige visie en de activiteiten die uitgevoerd moeten worden om tot deze visie te komen. De afstudeergroep heeft ervaren dat dit een erg intensief proces is waarbij het team vanaf de eerste stap nauw betrokken dient te worden. Om dit te realiseren is de afstudeergroep regelmatig op de afdeling geweest en heeft het team van De Volte 2A steeds beter leren kennen. In samenwerking met het team heeft de afstudeergroep een gemeenschappelijk gedeelde visie kunnen ontwikkelen die uitgedragen kan worden in de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden waardoor de kwaliteit van zorg wordt verbeterd.

De afstudeergroep heeft gedurende dit proces enkele obstakels overwonnen. Zo heeft de afstudeergroep de assistent centrummanager en het team van De Volte 2A feedback gegeven op de houding die zij hadden tijdens de mindmapbijeenkomst die door de afstudeergroep verzorgd is. Na de bijeenkomst had de afstudeergroep gevoelens van onvrede, waardoor zij vonden dat zij dit terug moesten koppelen naar de desbetreffende personen. De leden van de afstudeergroep hebben zich tijdens deze gesprekken professioneel opgesteld en op een juiste manier feedback gegeven. Doordat de afstudeergroep deze gevoelens heeft uitgesproken kon de samenwerking met het team op een positieve manier voortgezet worden.

De leden van de afstudeergroep hebben door deze gesprekken te voeren veel geleerd over feedback geven, daarnaast wordt de kennis omtrent het ontwikkelen van een visie meegenomen in de praktijk. De leden van de afstudeergroep hebben geleerd dat het hebben van een visie een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg. De leden van de afstudeergroep zullen zich hiervan bewust blijven in hun rol als zorgverlener.

De afstudeergroep heeft de samenwerking met elkaar als erg positief ervaren, er is gedurende het proces een prettige werksfeer geweest waarin alle leden van de afstudeergroep een pro-actieve leerhouding hebben aangenomen. De vooraf gemaakte samenwerkings- en werkafspraken zijn door ieder lid van de projectgroep nagekomen. Ieder lid heeft de ruimte gehad om zijn eigen kwaliteiten te kunnen toepassen en heeft de mogelijkheid gehad om te leren van zijn projectleden. Tijdens het project is er ruimte geweest om kritisch te kijken naar elkaar en elkaar van feedback te voorzien. De afstudeergroep heeft regelmatig met elkaar geëvalueerd op zowel de inhoud van het project als op de onderlinge samenwerking. Door deze evaluatiemomenten is er gezorgd voor een continue kritische blik waarbij de afstudeergroep hun keuzes heeft besproken en onderbouwd. Dit heeft als resultaat dat er een goed doordacht project afgeleverd kan worden waar ieder lid van de afstudeergroep achter staat. De afstudeergroep heeft alle stukken in het product gezamenlijk geschreven waardoor alle leden van de projectgroep op de hoogte zijn van de inhoud en er geen dubbele of ontbrekende informatie is. Ook is er op deze manier een logische samenhang van de verschillende stukken.

Dankzij de medewerking van het verpleegkundig team van afdeling De Volte 2A heeft de afstudeergroep dit product af kunnen leveren. Om deze reden wil de afstudeergroep hen nogmaals bedanken voor de prettige samenwerking en de motivatie die zij getoond hebben voor het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie. Dit geldt ook voor de projectbegeleidster en de opdrachtgever, zij hebben de afstudeergroep ten alle tijden ondersteund en hen aan de hand van kritische feedback de juiste richting in gestuurd. De afstudeergroep heeft de samenwerking met hen als erg prettig ervaren.

Literatuurlijst

Boeken:

- Baseler, M. Linssen M., 2004. Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen. 4e druk. Baarn: Nijgh Versluys.
- Cameron, K. Quinn R., 2006. Diagnosing and changing organizational culture. 2e druk. San-Fransisco: Jossey-Bass.
- Cox, K. Louw de D., Verhoef J., Kuiper, C., 2005. Evidence based practice voor verpleegkundigen, methodiek en implementatie. 1e druk. Utrecht: Lemma BV.
- Grol, R. Wensing M., 2006. Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 3^e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Highmore Sims, N., 2009. Workshops, de complete handleiding voor geweldige workshops. 3^e druk. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.
- Jans R., 2010. Het schrijven van beleidsadviezen. 6e druk. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Janzing, C. Kerstens, J.A.M., 2005. Werken in een therapeutisch milieu. 5^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jong de, J.H.J. Kerstens, J.A.M. Vermeulen, M.M., 2003. Handboek verpleegkunde. 1^e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Koeleman, H., 2003. Interne communicatie als managementinstrument. 4^e druk. Deventer: Kluwer.
- Riet van, C., 2010. Verplegen met visie. 1^e druk. Leuven/Den Haag: Uitgeverij Acco
- Ruberch, J. Stuyling – de Lange, G., 2010. Kwaliteit verbeteren in de zorg. 1^e druk. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.
- Weggeman M. Wijnen G. en Kor R; 2005. Ondernemen binnen de onderneming, essenties binnen organisaties, 5^e druk. Deventer: Kluwer.

Internetsites:

- Bentvelsen, Y., 2012. HBO opleiding Management in de Zorg. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.carrieretijger.nl/opleiding/gezondheidszorg/management-in-de-zorg> [Bezocht op: 18 april 2012]
- Bentvelsen, Y., 2012. Omgaan met weerstanden. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.carrieretijger.nl/functioneren/professionele-vaardigheden/weerstand> [Bezocht: 29 mei 2012]
- Bentvelsen Y, 2012. Redenen om bij te scholen. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.lancelots.nl/ontwikkelen/bijscholen/wanneer> [Bezocht op: 15 mei 2012]

- Borg van der J., 2009. Ijsbrekers en teambuilding oefeningen. [Online]. Beschikbaar op:
<http://www.sigma-management.nl/home/artikelen/a-ijsbrekers.html>
[Bezocht op: 20 april 2012]
- Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG), 2012. Methodisch werken, kwaliteit en klantgericht werken. [Online]. Beschikbaar op:
http://www.btsg.nl/btsg_bibliotheek2010.htm
[Bezocht op: 10 mei 2012]
- De Woenselse Poort, 2009. Behandelen in veiligheid. [Online]. Beschikbaar op: <http://dewoenselsepoort.nl/html/index.php>
[Bezocht op: 16 februari 2012]
- De Woenselse Poort, 2009. Missie en visie. [Online]. Beschikbaar op: http://dewoenselsepoort.nl/html/over_dwp_organisatie_missie.php
[Bezocht op: 7 februari 2012] [Bezocht op: 1 maart 2012] [Bezocht op: 17 april 2012]
- De Woenselse Poort, 2009. Over forensische zorg. [Online]. Beschikbaar op: http://dewoenselsepoort.nl/html/behandelwijzer_overforensischezorg.php
[Bezocht op: 16 februari 2012]
- De Woenselse Poort, 2009. Wat biedt het Forensisch Psychiatrisch Centrum? [Online]. Beschikbaar op:
http://dewoenselsepoort.nl/html/behandelwijzer_zoekmodule_afdeling.php?id=6
[Bezocht op: 16 februari 2012]
- Dichterbij, 2012. Medewerker Veiligheid en Logistiek. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.dichterbij.nl/web/show/id=217407>
[Bezocht op: 18 april 2012]
- Eilander, N., 2012. Scholing van personeel: zo wordt iedereen er wijzer van. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.dezaak.nl/scholing-van-personeel:-zo-wordt-iedereen-er-wijzer-van-1710388.html>
[Bezocht op: 15 mei 2012]
- Encyclo, 2012. Randvoorwaarden, 2012. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.encyclo.nl/begrip/randvoorwaarden>
[Bezocht op: 21 mei 2012]
- Fontys Hogescholen, 2007. Lecturer Practitioner. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.fontys.nl/verpleegkunde/zic/lecturer.practitioner.213041.htm>
[Bezocht op: 16 februari 2012]
- Grimbél du Bois, M., Herpen van M., 2010. Werken en Opleiden : Vacatures : Assistent centrummanager klinische behandelvoorziening OPSY. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.brabantzorg.net/vacaturebank/ggze/toon.php?id=40845>
[Bezocht op: 8 mei 2012]
- Groot de M., 2012. Visie ontwikkelen. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.carrieretijger.nl/functioneren/professionele-vaardigheden/visie-ontwikkelen/afdeling>
[Bezocht op: 7 februari 2012]

- Heijkoop J., 2007. Methode Heijkoop: Hoe werkt het? [Online]. Beschikbaar op:
<http://www.heijkoop.nu/methode/hoe-werkt-het/>
[Bezocht op: 7 maart 2012]
- Heijkoop J., 2007. Methode Heijkoop: Theoretische achtergrond.[Online]. Beschikbaar op:
<http://www.heijkoop.nu/methode/wat-zit-erachter/>
[Bezocht op: 7 maart 2012]
- Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2012. MSc in Zorgmanagement. [Online].
Beschikbaar op: <http://www.bmg.eur.nl/master/zoma>
[Bezocht op: 18 april 2012]
- Instituut voor sociotherapie, 2005. Beroepsprofiel sociotherapie. [Online].
Beschikbaar op: <http://www.sociotherapie.nl/soc01.htm#def>
[Bezocht op: 7 februari 2012]
- Interactum Lectoraat, 2011. Groepsinterview. [Online].
Beschikbaar op: <http://kennisbank.lectoraat.nl/index.cfm?page=Groepsinterview>
[Bezocht op: 27 februari 2012]
- Leren.nl, 2012. Tips voor teambuilding. [Online].
Beschikbaar op: <http://www.leren.nl/cursus/management/teambuilding/tips.html>
[Bezocht op: 5 juni 2012]
- MindMap Nederland. Waarom Mind Mappen, 2012. [online]
Beschikbaar op: <http://www.mindmap.nl/?Waarom%3F>
[Bezocht op: 23 april 2012]
- MKB Nederland, 2010. Wat is een organogram? [Online].
Beschikbaar op: <http://www.mkb servicedesk.nl/313/wat-organogram.htm>
[Bezocht op: 17 april 2012]
- Nursing, 2009. Verpleegkundig Specialist nu officieel beroep. [Online].
Beschikbaar op: <http://www.nursing.nl/home/nieuw/4576/verpleegkundig-specialist-nu-officieel-beroep>
[Bezocht op: 18 april 2012]
- Online encyclopedie, 2012. Human Resource Management. [Online].
Beschikbaar op: <http://www.encyclo.nl/begrip/Human%20Resource%20Management>
[Bezocht op: 8 mei 2012]
- Planetree, 2011. De 12 componenten. [Online].
Beschikbaar op: <http://www.planetree.nl/pages/over-planetree/de-12-componenten.php>
[Bezocht op: 29 februari 2012]
- Praktijk Steveris, 2010. Wie doet wat. [Online].
Beschikbaar op: <http://www.praktijksteverink.nl/wie-doet-wat.php>
[Bezocht op: 18 april 2012]
- Theunissen, N.C.M. Pas te, S.M.E. Friele, R.D., 2003. Evaluatie Implementatiemonitor ZonMw.
[Online]. Beschikbaar op: <http://www.nivel.nl/pdf/Implementatiemonitor-ZonMw.pdf>
[Bezocht op: 5 maart 2012]

- ZonMW, 2012. Diversiteit in vakmanschap preventieve jeugdsector Amsterdam. [Online]. Beschikbaar op: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/diversiteit-in-vakmanschap-preventieve-jeugdsector-amsterdam/voortgang/> [Bezocht op: 04 juni 2012]

Artikelen:

- Boomer, C. Collin, I. McCormack, B., 2008. 'I have a dream': A process for visioning in practice development. *Pract. Dev. Health Care*, 7(2), pp 70-78.
- Wilson, VJ. McCormack, BG. Ives, G., 2005. Understanding the workplace culture of a special care nursery. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (1), pp 27-38.

Overige documenten:

- Boomer, C. McCormack, B., 2007. Report on the Belfast City Hospital and The Royal Hospitals Collaborative Practice Development Programme '*Creating the conditions for growth*'.
- Claesen, B. Diekhorst, R. Herk van, J., 2011. Brochure 2010-2011 Opleiden tot HBO-Verpleegkundige binnen de GGzE. De Woenselse Poort.
- Handleiding EBP Cxx12, maart 2008. Fontys Hogeschool Verpleegkunde Eindhoven.
- Leerplaatsprofiel TBS 1D, 2011.
- Manley, K., 2002. Map practice development *docentenhandleiding*.

Bijlagen

Bijlage 1	Oriëntatieverslag
Bijlage 2	Kwaliteitscyclus Norma Lang
Bijlage 3	Waardeverhelderingsoefening
Bijlage 4	Transcripties waardeverhelderingsoefening
	§ 4.1 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 07-03-2012
	§ 4.2 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 12-03-2012
	§ 4.3 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 21-03-2012
	§ 4.4 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 28-03-2012
Bijlage 5	Uitkomsten waardeverhelderingsoefening
Bijlage 6	Expertraadpleging: visieontwikkeling
Bijlage 7	Expertraadpleging: ACM
Bijlage 8	ESH-model
Bijlage 9	Omgaan met weerstanden
Bijlage 10	Wetenschappelijk artikel
	§ 10.1 Zoekstrategie
	§ 10.2 Gevonden artikel
	§ 10.3 Beoordeling artikel <i>'Understanding the workplace culture of a special care nursery'</i>
Bijlage 11	Uitwerking bijeenkomst
	§ 11.1 Huiswerkopdracht
	§ 11.2 Voorbereiding bijeenkomst
	§ 11.3 Ijsbreker
	§ 11.4 Evaluatieformulier bijeenkomst
	§ 11.5 Uitwerking bijeenkomst
Bijlage 12	Hand-out introductiebijeenkomst
Bijlage 13	Nieuwsbrieven
	§ 13.1 Nieuwsbrief 29 Februari 2012
	§ 13.2 Nieuwsbrief 3 April 2012
	§ 13.3 Nieuwsbrief 20 April 2012
	§ 13.4 Nieuwsbrief Mei 2012
	§ 13.5 Nieuwsbrief 21 juni 2012
Bijlage 14	Voorbereidingen bijeenkomsten team en experts
	§ 14.1 Introductiebijeenkomst 5 maart 2012
	§ 14.2 Bijeenkomst waardeverhelderingsoefening 7 maart 2012
	§ 14.3 Bijeenkomst waardeverhelderingsoefening 12 maart 2012
	§ 14.4 Voorbereiding gesprek met expert in visieontwikkeling 15 maart 2012
	§ 14.5 Voorbereiding gesprek ACM 19 maart 2012
	§ 14.6 Werkoverleg 19 maart 2012
	§ 14.7 Interview waardeverhelderingsoefening 21 maart 2012
	§ 14.8 Werkoverleg 2 april 2012
	§ 14.9 Werkoverleg 16 april 2012
	§ 14.10 Werkoverleg 14 mei 2012
	§ 14.11 Werkoverleg 18 juni 2012
Bijlage 15	Logboek

Bijlage 1 Oriëntatieverslag

In deze bijlage staat het oriëntatieverslag dat de afstudeergroep heeft gemaakt als eerste stap in het afstudeerproject.

Inleiding

De afstudeergroep bestaat uit vier eindejaarstudenten van de opleiding verpleegkunde aan Fontys Hogescholen te Eindhoven. In het derde leerjaar van de opleiding heeft de afstudeergroep de minor Forensische Psychiatrie gevolgd en heeft hiervoor een verbeterproject geschreven voor afdeling 2A van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) binnen De Woenselse Poort te Eindhoven. Naar aanleiding van deze kennismaking heeft de afstudeergroep op deze afdeling werkplekleren (WPL) 3 doorlopen.

De instelling en afdeling

De Woenselse Poort behandelt mensen met meervoudige, complexe en vaak langdurende psychiatrische problemen. Vaak is er ook sprake van verslavingsproblemen en delictgevaar (De Woenselse Poort, 2009).

Het FPC is onderdeel van het Centrum forensische behandeling. Het FPC biedt klinische zorg en behandeling aan mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd en daardoor terbeschikkingstelling (TBS⁵) opgelegd hebben gekregen (De Woenselse Poort, 2009). Afdeling FPC 2A biedt ruimte voor elf cliënten die een TBS-maatregel opgelegd hebben gekregen.

De cliëntenpopulatie bestaat uit groepsgeschikte cliënten met een psychotische stoornis, daarbij is er bij sommige cliënten sprake van persoonlijkheidsproblematiek, autisme, een verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek.

FPC 2A is een zorginnovatiecentrum (ZIC⁶) dit wil zeggen dat er vijf á zes studenten stage lopen voor een periode van vijf maanden.

In januari 2012 heeft er binnen De Woenselse Poort een reorganisatie plaats gevonden. Hierdoor zijn er wijzigingen doorgevoerd in zowel het verpleegkundig team als de cliëntengroep. Het verpleegkundig team van FPC 2A telt tien leden waaronder acht verpleegkundigen en twee sociaal pedagogisch hulpverleners (SPH'ers). Wanneer er wordt gesproken over het verpleegkundig team wordt hiermee het bovenstaande team bedoeld.

Sinds de reorganisatie bestaat het management team van FPC 2A uit een duaal koppel. Het duale koppel wordt gevormd door een assistent centrummanager en een behandelaar. Wanneer gesproken wordt van het management team, wordt het duale koppel bedoeld.

Aanleiding

Via de WPL 3 stage heeft de afstudeergroep een afstudeeropdracht gekregen op afdeling FPC 2A.

De lecturer practitioner (LP'er)⁷ signaleerde dat er wegens de reorganisatie niet eenduidig wordt gewerkt en er op de afdeling geen verpleegkundige visie aanwezig is die aansluit bij de cliëntenpopulatie en het verpleegkundig team.

⁵ TBS is een maatregel die door de rechter wordt opgelegd aan een verdachte die een zwaar misdrijf heeft gepleegd, maar dit mede heeft gedaan door zijn psychiatrische aandoening en waardoor hij wordt opgenomen in een gesloten instelling ter voorkoming van herhaling van het misdrijf (recidive) (De Woenselse Poort, 2009).

⁶ Een ZIC is een leerafdeling of combinatie van afdelingen voor studenten die samen met Fontys Hogeschool Verpleegkunde samenwerkingsafspraken hebben (Fontys Hogescholen, 2007).

⁷ De LP'er is een verpleegkundige die ervaring heeft in praktijkvoering, onderwijs, management en onderzoek en is de schakel tussen school en het werkveld (Fontys Hogescholen, 2007).

Probleembeschrijving

Afdeling 2A van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) van De Woenselse Poort te Eindhoven, heeft te maken gehad met een reorganisatie, waardoor er een nieuwe groep cliënten is op de afdeling. Daarnaast zijn er ook enkele wijzigingen doorgevoerd in het verpleegkundig team. Hierdoor ontbreekt er een verpleegkundige visie op de afdeling wat als gevolg heeft dat er door het verpleegkundig team gewerkt wordt volgens verschillende methodieken, welke soms gedateerd zijn.

Voorlopige analyse

Wegens de reorganisatie heeft afdeling FPC 2A te maken gekregen met een vrijwel geheel nieuwe cliëntenpopulatie, de psychiatrische problematiek is echter hetzelfde gebleven. Tevens zijn er ook enkele wijzigingen in het verpleegkundig team doorgevoerd. Het huidige team is samengesteld uit personeelsleden van verschillende teams binnen De Woenselse Poort. De helft van het team heeft echter voor de reorganisatie met elkaar op één afdeling gewerkt.

Er bestaat op dit moment geen verpleegkundige visie welke aansluit bij de bijbehorende cliëntengroep. Daarnaast is ook onduidelijk via welke methodiek(en) gewerkt gaat worden. Deze methodiek dient aan te sluiten bij de gekozen visie. Vele methodieken worden genoemd (supportief werken, motiverende gespreksvoering, methode Heijkoop, Gordon). Echter is er geen enkele methodiek bij die goed door meerdere teamleden wordt beheerst. Binnen De Woenselse Poort wordt gewerkt volgens Planetree⁸. Omdat zowel de visie als de methodiek niet duidelijk zijn, is niet inzichtelijk hoe er gewerkt dient te worden en waarnaar gestreefd wordt. Daarbij is de kans aanwezig dat de verschillende medewerkers ieder hun eigen werkwijze gaan hanteren. Dit gevaar bestaat mogelijk ook als de visie en methodiek via een top-down benadering worden ingevoerd. Beide punten kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Als de visie en bijbehorende methodiek(en) helder zijn en door de betrokken stakeholders (verpleegkundig team en management) worden gedragen, kan er gekeken worden wat er organisatorisch nodig is om de gekozen methodiek(en) in de praktijk te brengen en met name te behouden.

Voorlopige probleemstelling

Het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort te Eindhoven, werkt momenteel zonder duidelijke verpleegkundige visie. Hierdoor worden er door de individuele teamleden verschillende methodieken gehanteerd in de dagelijkse werkzaamheden, waardoor er geen eenduidigheid bestaat in het handelen.

Voorlopige wenselijke situatie

De afstudeergroep heeft een verpleegkundige visie geschreven voor het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A. In dit document staat beschreven dat het team werkt volgens eenzelfde methodiek(en), om eenduidigheid in de werkwijze te waarborgen, waardoor de kwaliteit van zorg wordt verbeterd. Dit document sluit aan bij de overkoepelende afdelingsvisie en de vastgelegde methodieken die beschreven zijn door het management team.

De afstudeergroep wil bereiken dat de methodiek(en) en de visie helder zijn voor het verpleegkundig team. Door middel van een waardeverhelderingsoefening, die bijdraagt aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde visie, wil de afstudeergroep onderzoeken wat het team belangrijk vindt en wat hun normen en waarden zijn.

De afstudeergroep gaat bottom-up te werk, waardoor de implementatie van de methodiek(en), die beschreven staat/staan in de verpleegkundige visie, meer kans van slagen heeft.

Uiteindelijk wordt door de teamleden een gemeenschappelijk doel nagestreefd, waarin ruimte is voor individuele waarden en normen.

⁸ Planetree is zowel een innovatief zorgmodel als een snelgroeiend internationaal netwerk van zorginstellingen, die vastbesloten zijn de best mogelijke zorg voor cliënten te realiseren en tegelijkertijd een inspirerende cultuur voor medewerkers te scheppen (Planetree, 2011).

Voorlopige doelstelling

Binnen drie maanden ligt er een verpleegkundige visie voor het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort, waarin de methodiek(en) staat/staan beschreven die aansluit(en) bij de waarden en normen van het team, de cultuur van de afdeling en de behoeften en juiste zorg ten aanzien van de cliëntenpopulatie.

Het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A streeft een gemeenschappelijk doel na en werkt volgens eenzelfde methodiek(en) die beschreven staat/staan in de nieuwe verpleegkundige visie.

Eerste ideeën beoogd product

De afstudeergroep schrijft een verpleegkundige visie, in samenspraak met het duale koppel, waarin aandacht is voor de waarden en normen van het verpleegkundig team en welke methodiek het beste gehanteerd kan worden door het team.

Mogelijke modellen en expertise

De afstudeergroep wil mogelijk gebruik maken van de onderstaande modellen/theorieën en expertise:

- *ESH-model*: model om veranderingen binnen organisaties door te voeren. ESH staat voor: evenwichtig, samenhangend en heterogeen (Koeleman, 2003).
- *Waardeverhelderingsoefening*: een waardeverhelderingsoefening is een middel dat vaak gebruikt wordt binnen de praktijk voor de ontwikkeling van gemeenschappelijk gedeelde visies en doelen.
- *Groepsinterview*: interview met het verpleegkundig team om meningen en inzichten omtrent de afdeling inzichtelijk te maken.
- *SWOT-analyse*: SWOT staat voor Strengths (sterkten), Weaknesses (zwakten), Opportunities (kansen) en Threats (bedreigingen). Het idee is om deze elementen systematisch te analyseren om de toekomstmogelijkheden inzichtelijk te maken en kansrijke doelen te stellen (carrièrerijger.nl).
- *PARIHS raamwerk*: Het PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) raamwerk biedt een hulpmiddel om implementatie meer succesvol te laten verlopen. Het PARIHS raamwerk laat het samenspel zien van verschillende factoren (evidence, context, faciliteren) die van invloed zijn op het succesvol invoeren van evidence in de praktijk (Rycroft-Malone, J. et al, 2002).
- *Kenniskring Fontys Hogeschool Verpleegkunde*: expertraadpleging
- *Andere afdelingen binnen De Woenselse Poort*: om expertise in te winnen omtrent het schrijven van een verpleegkundige visie.

Afspraken

Samenwerkingsafspraken

- Wanneer een groepslid niet aanwezig kan zijn tijdens een bijeenkomst, meldt deze zich tijdig af bij een groepsgeenoot. Hierbij wordt een duidelijke oorzaak genoemd.
- Bij het niet nakomen van een afspraak, wordt er gevraagd naar de reden.
Bij de tweede keer, wordt gekeken naar de oorzaak en gaat de afstudeergroep in gesprek met de docent.
Bij de derde keer wordt gekeken of de verdere samenwerking met de persoon in kwestie nog zinvol is.
- Wanneer een groepslid langdurig ziek is, wordt gekeken of het nog reëel is voor de persoon in kwestie om door te gaan met het project.
- Iedereen toont evenveel inzet tijdens de bijeenkomsten. De afstudeergroep spreekt elkaar hierop aan wanneer dit niet het geval is.
- Feedback wordt gegeven volgens de feedbackregels.
- Iedereen toont respect naar elkaar; naar elkaar luisteren en elkaar laten uitpraten.

- Eén keer in de week wordt er geëvalueerd hoe de samenwerking is verlopen, aan het einde van het project volgt een grote evaluatie over de samenwerking.

Algemene afspraken binnen de afstudeergroep

- Er wordt gebruik gemaakt van een projectruimte in N@tschool.
- De afstudeergroep maakt gebruik van een algemeen emailadres: afstudeergroep45@live.nl, zodat ieder lid van de afstudeergroep op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen opdat de continuïteit van het project gewaarborgd blijft.
- De projectleden houden elkaar op de hoogte door e-mails te 'cc-en'.
- Literatuur wordt direct op de juiste manier verwezen, namelijk volgens de Harvard methode en wordt toegevoegd aan het bestand 'literatuurlijst' in N@tschool.
- Het team van afdeling FPC 2A ontvangt iedere drie weken een update met betrekking tot het afstudeerproject in de vorm van een nieuwsbrief.
- De afstudeergroep houdt een logboek bij die na elke bijeenkomst wordt ingevuld.
- Er wordt een rolverdeling gemaakt voor projectactiviteiten, bijvoorbeeld interviews, presentaties, bijeenkomsten e.d.

Algemene afspraken voor de projectbegeleidster en opdrachtgever

- De projectbegeleidster en opdrachtgever mogen verwachten dat de afstudeergroep verantwoording kan dragen voor het afstudeerproject.
- De projectbegeleidster en opdrachtgever mogen verwachten de afstudeergroep tijdig aan de bel trekt wanneer het proces stagneert.
- De projectbegeleidster en opdrachtgever mogen verwachten dat de afstudeergroep de gemaakte afspraken nakomt en tijdig stukken aanlevert.
- De afstudeergroep verwacht dat de projectbegeleidster en opdrachtgever tijdig in zal grijpen op het moment dat het proces stagneert.
- De afstudeergroep verwacht tijdig feedback te ontvangen van projectbegeleidster en opdrachtgever, zoals afgesproken.
- De afstudeergroep komt één keer in de week samen met de projectbegeleidster en één keer in de twee weken met de opdrachtgever.
- De afstudeergroep verwacht terug te kunnen vallen op de projectbegeleidster en opdrachtgever voor vragen en tips.

Feedbackafspraken opdrachtgever

- De tijd die nodig is om de verschillende onderdelen van het project van feedback te voorzien:
- De afstudeergroep verwacht één keer in de vier weken inhoudelijke feedback op ingestuurde stukken. Waarbij de opdrachtgever een week de tijd heeft om de stukken van feedback te voorzien. De gegeven feedback kan mondeling worden toegelicht tijdens de bijeenkomst met de opdrachtgever (één keer in de vier weken).
- De afstudeergroep stuurt alleen noodzakelijke stukken in.
- De afstudeergroep ontvangt de schriftelijke feedback graag op het e-mailadres 'afstudeergroep45@live.nl'.

Feedbackafspraken projectbegeleidster

- De tijd die nodig is om de verschillende onderdelen van het project van feedback te voorzien:
- De afstudeergroep verwacht één keer in de week inhoudelijke feedback op ingestuurde stukken. De feedback kan mondeling worden toegelicht tijdens de bijeenkomst met de projectbegeleidster.
- De afstudeergroep stuurt alleen noodzakelijke stukken in.
- De afstudeergroep ontvangt de schriftelijke feedback graag op het e-mailadres 'afstudeergroep45@live.nl' of in de werkruimte van N@Tschool.

Uitwerking gedragsindicatoren

Regie Op Maat (ROM); beheersingsniveau innoveren

Tijdens het werken aan het afstudeerproject wil de afstudeergroep werken aan de volgende gedragsindicatoren bij de beroepscompetentie ROM:

- *Teamspeler*: De afstudeergroep neemt een voortrekkende en oplossingsgerichte rol aan in de multidisciplinaire samenwerking met afdeling FPC 2A. De afstudeergroep doet dit door de rol van kartrekker op zich te nemen door het multidisciplinaire team zowel mondeling als schriftelijk op de hoogte te houden van ontwikkelingen en hen te betrekken bij geplande activiteiten.
- *Vervullen van een consultfunctie*: Tijdens het afstudeerproject staat de afstudeergroep open voor vragen en de meningen van het multidisciplinaire team, aan de hand hiervan kan de afstudeergroep een consult op maat verlenen.
- *Plannen en verantwoorden van zorg*: Tijdens het afstudeerproject plant en verantwoordt de afstudeergroep zorg zelfstandig. Dit wordt gedaan door tijdens het schrijven van de verpleegkundige visie en het implementeren hiervan, rekening te houden met een ieders waarden en normen, de cliëntenpopulatie en mogelijke methodieken waarmee gewerkt kan worden op de afdeling.
- *Bemiddelen en onderhandelen*: Tijdens het afstudeerproject bemiddelt en onderhandelt de afstudeergroep in naam van de cliënt, bijvoorbeeld in gesprekken met het multidisciplinaire team wanneer de rechten van de cliënten in het geding komt.
- *Coördinatie van zorg*: De afstudeergroep doet aanbevelingen voor het verbeteren van coördinatieprocessen bij complexe zorgsituaties. De afstudeergroep doet onderzoek op de afdeling naar o.a. naar de waarden en normen van het sociotherapeutisch team en een mogelijke methodiek waar mee gewerkt kan worden, om visie te vormen. Tijdens dit onderzoek doet de afstudeergroep aanbevelingen naar het multidisciplinaire team over een toepasbare methodiek.
- *Plaats van de verpleegkundige in de gezondheidszorg*: De afstudeergroep speelt in op maatschappelijke tendensen en geeft daarbij de verpleegkundige positie aan.
- *Uitdrukkingsvaardigheden*: De afstudeergroep vervult meerdere rollen tijdens een vergadering op de afdeling. Hierbij kan worden gedacht aan de rol van voorzitter en notulist, waarbij theorie over bijvoorbeeld interviews en groeps gesprekken in acht wordt genomen. Daarnaast communiceert de afstudeergroep met andere disciplines, zoals het management, in vaktermen en houdt hierbij rekening met adequaat taalgebruik. Tevens maakt de afstudeergroep de omslag naar uitdrukkingen die aansluiten bij de cliëntenpopulatie, waarbij rekening wordt gehouden met vakjargon.
- *Voorlichting geven aan groepen*: De afstudeergroep organiseert activiteiten om het multidisciplinaire team voor te lichten over het afstudeerproject, bijvoorbeeld tijdens verschillende overlegvormen of bijeenkomsten.

Deskundigheidsbevordering (DESK); beheersingsniveau verbeteren

Tijdens het werken aan het afstudeerproject wil de afstudeergroep werken aan de volgende gedragsindicatoren bij de beroepscompetentie DESK:

- *Pro-actieve leerhouding*: De afstudeergroep heeft een pro-actieve leerhouding gedurende het afstudeerproject o.a. tijdens bijeenkomsten met zowel het de afstudeergroep als het multidisciplinaire team, waarin er actief wordt deelgenomen en er feedback wordt uitgewisseld.
- *Positief kritisch een relatie aangaan*: De afstudeergroep gaat positief kritisch een relatie aan met het multidisciplinaire team, onderhoudt deze en rondt deze af door de samenwerking te evalueren.
- *Faciliterend*: De afstudeergroep creëert een stimulerende leeromgeving door tijdens overlegvormen actief deel te nemen, waarbij het team betrokken wordt en zij worden

geënthousiasmeerd. Hierbij doet de afstudeergroep actief aan kennisoverdracht en deelt hun ervaring om collega's te motiveren hun expertise in te brengen.

- *Uitdrukkingsvaardig:* De afstudeergroep is zowel mondeling (tijdens overlegvormen, presentaties en bijeenkomsten) als schriftelijk (via e-mailcontact, nieuwsbrieven en het afstudeerproject) uitdrukkingsvaardig.
- *Maatschappelijk verantwoordelijk:* De afstudeergroep gedraagt zich maatschappelijk verantwoordelijk door rekening te houden met landelijke tendensen (macro niveau).
- *Authentiek:* De afstudeergroep is authentiek tijdens het afstudeerproject door het vormen van een eigen beeld van een situatie en kan eigen keuzes onderbouwen. Hierbij houdt de afstudeergroep rekening met elkaars normen en waarden en draagt dit ook uit naar het multidisciplinaire team.

Bewaken en bevorderen van kwaliteit van zorg (KWAL); beheersingsniveau verbeteren

Tijdens het werken aan het afstudeerproject wil de afstudeergroep werken aan de volgende gedragsindicatoren bij de beroepscompetentie KWAL:

- *Visie op kwaliteit van zorg:* De afstudeergroep formuleert Evidence Based verbetervoorstellen en voert een cyclisch kwaliteitsproces binnen de verpleegkundige setting uit door gebruik te maken van het PARIHS raamwerk⁹.
- *Waarden en normen:* De afstudeergroep levert een bijdrage aan de professionalisering van het verpleegkundig beroep door eigen waarden en normen mee te nemen in de uitwerking van het afstudeerproject en weet deze over te brengen naar het multidisciplinaire team.
- *Evidence Based Practice:* De afstudeergroep doet verbetervoorstellen gebaseerd op evidence based ontwikkelingen en inzichten door gebruik te maken van wetenschappelijke artikelen, experts uit het werkveld en eigen expertise.
- *Doelgericht werken aan kwaliteit/verantwoorde zorg:* De afstudeergroep ontwikkelt en implementeert een verpleegkundige visie waarbij wordt gestreefd naar het verbeteren van de kwaliteit van zorg.
- *Actief een bijdrage leveren aan verpleegbeleid:* De afstudeergroep levert een bijdrage aan een ontwikkeling van een evidence based cyclisch verbeterplan tijdens het afstudeerproject op grond van ontwikkelingen in het verpleegkundig vakgebied. Daarnaast implementeert de afstudeergroep een verpleegkundige visie op de afdeling.
- *Analyseren en oplossen van problemen:* De afstudeergroep draagt oplossingen aan voor knelpunten die voortkomen uit logistieke stromingen, zoals bezuinigingen op personeel en materiaal. Daarnaast houdt de afstudeergroep rekening met weerstanden vanuit het management en/of het sociotherapeutisch team en speelt hierop in.

⁹ Het PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) raamwerk biedt een hulpmiddel om implementatie meer succesvol te laten verlopen. Het PARIHS raamwerk laat het samenspel zien van verschillende factoren (evidence, context, faciliteren) die van invloed zijn op het succesvol invoeren van evidence in de praktijk (Rycroft-Malone, J. et al, 2002).

Algemene gegevens projectleden

Afstudeergroep 45			
Naam	Studentnummer	E-mailadres	Telefoonnummer
Tineke Cranenbroek	2083534	t.cranenbroek@student.fontys.nl	06-47928865
Sharmay van Daal	2130035	s.vandaal@student.fontys.nl	06-12503040
Iris van Swelm	2161188	i.vanswelm@student.fontys.nl	06-36186805
Hanne Waarts	2171692	h.waarts@student.fontys.nl	06-28202792
		Gezamenlijk e-mailadres: afstudeergroep45@live.nl	

Leerdoelen projectleden

Tineke Cranenbroek

- **1.** Tijdens dit afstudeerproject wil ik het team betrekken bij de activiteiten die de afstudeergroep onderneemt en hen op de hoogte houden van de laatste ontwikkelingen.
Hoe:
 - De afstudeergroep mailt twee wekelijks een nieuwsbrief naar het team
 - Ik regel mondelinge overdrachten en draag hieraan bij
- **2.** Tijdens dit afstudeerproject wil ik de voorzitterrol op me nemen tijdens interviews/groepsgesprekken met onder andere het team van FPC 2A.
Hoe:
 - Ik zorg dat ik op de hoogte ben van alles wat speelt in het afstudeerproject
 - Ik heb kennis van de theorie over interviews en groepsgesprekken
 - Ik pas de theorie over interviews en groepsgesprekken toe
- **3.** Ik wil gedurende dit afstudeerproject efficiënt werken tijdens de bijeenkomsten van de afstudeergroep, zodat de tijd goed besteed wordt.
Hoe:
 - Ik stel vooraf een agenda op, zodat inzichtelijk is wat er gedaan moet worden elke bijeenkomst.
- **4.** Gedurende dit afstudeerproject wil ik de andere leden van de afstudeergroep feedback geven.
Hoe:
 - Ik verdiep me in de basisregels voor het geven van feedback.
 - Ik pas de volgende feedbackregels toe; ik geef ik-boodschappen
- **5.** Als ik irritatie voel gedurende dit afstudeerproject dan spreek ik dit direct of uiterlijk binnen 1 week uit.
Hoe:
 - Ik vertel aan het begin van de samenwerking dat het snel uitspreken van irritaties mijn leerdoel is.
 - Ik verdiep me in de basisregels voor het geven van feedback.
 - Ik pas de volgende feedbackregels toe; ik geef ik-boodschappen
 - Ik vraag na het uiten van mijn irritatie aan mijn medestudenten hoe zij dit ervaren hebben.

- Ik maak na het uiten van mijn irritatie nieuwe afspraken om irritaties in de toekomst te voorkomen.
- 6. Ik wil de komende twee maanden wetenschappelijke artikelen kunnen beoordelen en toepassen aan de hand van de criteria van evidence based practice.

Hoe:

- Ik ken de PICO-regel.
- Ik zoek gericht naar artikelen en maak hierbij gebruik van de PICO-regel.
- Ik ken de criteria van EBP (empirische cyclus) om een wetenschappelijk artikel te kunnen beoordelen.
- Ik beoordeel het artikel aan de hand van de empirische cyclus of het een wetenschappelijk artikel is.

Sharmay van Daal

- Gedurende de afstudeerperiode wil ik kennis opdoen over het schrijven van een verpleegkundige visie en verschillende methodieken waar mee gewerkt kan worden op afdeling FPC 2A.
- Ik wil leren om het PARIHS raamwerk toe te passen in het afstudeerproject en wil op deze manier verdieping aanbrengen, zodat het project leidt tot een innovatief product.
- Gedurende de afstudeerperiode wil ik multidisciplinair samenwerken en nauw betrokken zijn met de leden van het sociotherapeutisch team op afdeling FPC 2A. Ik wil het team betrekken in de werkzaamheden van de afstudeergroep door de ontwikkeling van de implementatie regelmatig terug te koppelen naar het team, om op deze manier de teamleden te blijven enthousiasmeren, om de slagingskansen van de implementatie te vergroten.
- Ik wil kennis verwerven aan de hand van expertraadpleging en door middel van literatuurstudie, zoals onder andere een wetenschappelijk artikel beoordelen en toepassen, om bij te dragen aan Evidence Based Practice (EBP). Gemaakte keuzes in het afstudeerproject zal ik beargumenteren aan de hand van de EBP literatuur.
- Gedurende de afstudeerperiode wil ik oefenen met verschillende rollen (notulist, voorzitter) tijdens bijeenkomsten, presentatievormen, interviews en overlegvormen.
- De samenwerking met de leden van de afstudeergroep wil ik bevorderen door een actieve deelname te leveren en gemaakte afspraken na te komen. Daarnaast wil ik mijn groepsleden voorzien van feedback middels de feedbackregels.

Iris van Swelm

- Binnen deze afstudeerperiode streef ik voor een optimale samenwerking met mijn projectleden. Daarbij acht ik mezelf in staat om hen van feedback te voorzien en een kritische blik te geven op het afstudeerproject.
- Ik zal komende periode het team nauw betrekken bij de ontwikkeling van het afstudeerproject en hen motiveren tot deelname aan geplande activiteiten.
- Ik wil binnen deze afstudeergroep oefenen om verschillende rollen aan te nemen. Ik zal dan ook de rol van voorzitter, notulist etc. op mij nemen en vraag gerichte feedback aan mijn projectleden.
- Ik werk volgens de principes van EBP en vraag bij onduidelijkheden om verheldering aan mijn projectleden. Uiteindelijk zal ik ook aan de slag gaan om een wetenschappelijk artikel toe te passen.

Hanne Waarts

- Tijdens het schrijven van dit project wil ik leren om een goede invulling te geven aan de verschillende rollen die tijdens bijeenkomsten aan bod zullen komen te weten: voorzitter en notulist.
- Tijdens het afstudeerproject wil ik het team betrekken bij de activiteiten van de afstudeergroep en hen op de hoogte houden van de laatste ontwikkelingen.

- Ik wil tijdens deze afstudeerperiode leren om op een juiste manier feedback te geven aan mijn projectgenoten, hierbij maak ik gebruik van de feedbackregels.
- Ik wil de komende periode leren om op een juiste manier wetenschappelijke artikelen te beoordelen en toe te passen in het project. Hierbij gebruik ik de literatuur die gegeven is in de cursus Cxx12.
- Ik wil leren om tijdens dit afstudeerproject te werken volgens het PARIHS-raamwerk en wil daarbij meer diepgang aanbrengen om dit project op niveau innoveren te behalen.

Bijlage 2 Kwaliteitscyclus Norma Lang

In deze bijlage licht de afstudeergroep de kwaliteitscyclus van Norma Lang toe. Het model van Norma Lang dateert uit 1976. In het model van Norma Lang vormen maatschappelijke en professionele waarden en wetenschappelijke kennis de basis (de input) voor de criteria (De Jong et al., 2003).

Criteria Norma Lang

1. Vaststellen van verpleegkundige waarden

Wat is de visie van het verpleegkundig beroep, en de afdeling. Dit ga je vergelijken met de maatschappelijke waarden, professionele waarden en wetenschappelijke kennis. Deze kennis heb je nodig voor het vaststellen van criteria (Rubrecht & Stuyling – de Lange, 2010).

2. Vaststellen van criteria

Je bepaald wat de criteria zijn voor een wenselijke situatie (Rubrecht & Stuyling – de Lange, 2010).

3. Gegevens verzamelen over het werkelijke handelen

Je doet onderzoek naar de werkelijke situatie (Rubrecht & Stuyling – de Lange, 2010).

4. Het toetsen

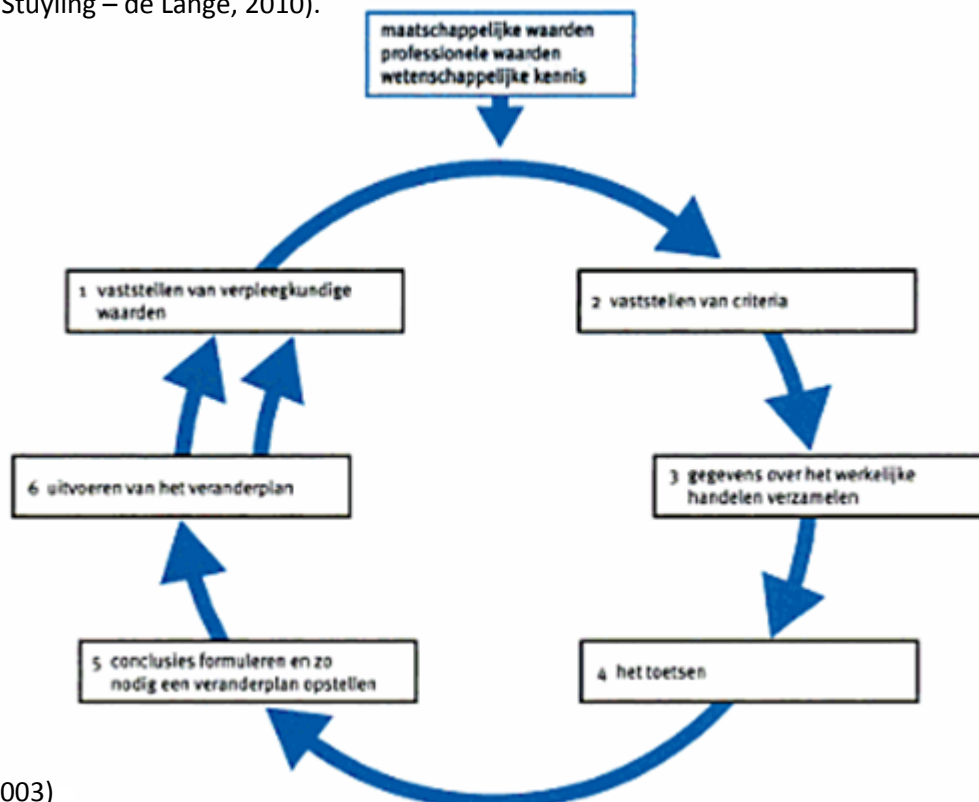
In het toetsen bekijk je de werkelijke situatie in vergelijking met de wenselijke. Je beschrijft gegevens die nodig zijn om te veranderen (Rubrecht & Stuyling – de Lange, 2010).

5. Conclusies formuleren en zo nodig een veranderplan opstellen

Die gegevens die je bij stap 5 hebt beschreven vormen de conclusie, hierin benoem je ook of het nodig is om een veranderplan op te stellen (Rubrecht & Stuyling – de Lange, 2010).

6. Het uitvoeren van het veranderplan

Je voert een verandering in zodat de werkelijke situatie meer gaat lijken op de wenselijke situatie (Rubrecht & Stuyling – de Lange, 2010).



(Jong et al, 2003)

Bijlage 3 Waardeverhelderingsoefening

Voor het onderzoek heeft de afstudeergroep twee waardeverhelderingsoefeningen uitgevoerd met twee groepen van drie teamleden. Daarnaast heeft de afstudeergroep twee interviews gehouden met de overige drie teamleden. Hierin werden dezelfde vragen gesteld als tijdens de waardeverhelderingsoefeningen, om de resultaten vergelijkbaar en daarmee het onderzoek betrouwbaar te houden. In deze bijlage staat informatie over de waardeverhelderingsoefening. De afstudeergroep heeft algemene informatie opgezocht wat een waardeverhelderingsoefening precies inhoudt en hoe dit vorm gegeven kan worden.

De waardeverhelderingsoefening

Een waardeverhelderingsoefening is een middel dat vaak gebruikt wordt binnen de praktijk voor de ontwikkeling van gemeenschappelijk gedeelde visies en doelen. Het kan gebruikt worden voor de ontwikkeling van gemeenschappelijke visies over gebieden zo verschillend als de ontwikkeling van rol definities, competenties of curriculum kaders, tot aan de ontwikkeling van strategisch beleid voor verschillende doeleinden.

Een waardeverhelderingsoefening is ook een startpunt voor cultuurverandering omdat onze waarde en overtuigingen ons gedrag beïnvloeden. Door het expliciet maken van onze waarde en overtuigingen nemen we de eerste stap om het te gaan toepassen in de praktijk. Een overeenkomst tussen wat we zeggen, we geloven en wat we doen is een van de kenmerken van een effectief individu, team of organisatie (Manley, 2002).

Een waardeverhelderingsoefening begint altijd met een stelling die helpt te identificeren wat het belangrijkste/ultieme doel is. Deze stelling wordt altijd gevolgd door een tweede stelling die verduidelijkt hoe het doel bereikt kan worden. Een aantal andere stellingen kunnen daaraan worden toegevoegd, afhankelijk van het doel van de oefening. Sleutel tot succes bij het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde visie is de betrokkenheid van zoveel mogelijk stakeholders gedurende het proces (Manley, 2002).

Hoe kan de oefening het best gedaan worden en gefaciliteerd?

Iedereen kan een waardeverhelderingsoefening faciliteren, al zijn er 4 simpele principes die bepalen of de oefening succesvol zal verlopen. Normaliter staat er 30 tot 60 minuten voor de totale oefening, dit is afhankelijk van het aantal deelnemers (Manley, 2002).

Wat gebeurt er met de informatie die voortkomt uit de waardeverhelderingsoefening?

De informatie die voortkomt uit de oefeningen van de (zoveel als mogelijk) verschillende groepen zal worden samengebracht door eerst de gemeenschappelijke thema's te bepalen. Door deze thema's verder uit te werken ontstaan er toekomstige strategische richtlijnen en een voorspelling voor de nodige structuur en processen om het strategisch beleid daadwerkelijk te kunnen realiseren in de praktijk (Manley, 2002).

Bijlage 4 Transcripties waardeverhelderingsoefening

In deze bijlage staan de transcripties van de waardeverhelderingsoefeningen en interview die de afstudeergroep heeft uitgevoerd op 7, 11, 21 en 28 maart 2012. Van de gesprekken zijn audio-opnamen gemaakt, waarna een transcriptie gemaakt kon worden. De transcripties zijn voor member checking naar de desbetreffende deelnemers gestuurd voor verificatie.

§ 4.1 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 07 maart 2012

Datum: woensdag 7 maart 2012

Tijd: 15.50u tot 16.25u

Plaats: Afdeling FPC 2A, De Woenselse Poort, te Eindhoven

Aanwezigen: N. G., G. K., L. B., T. Cranenbroek, I. van Swelm, H. Waarts, S. van Daal

Het groepsinterview begon met een welkomstwoord door de voorzitter. De aanwezige verpleegkundigen hebben een korte uitleg gekregen over het afstudeerproject. Vervolgens is het verloop van het groepsinterview besproken en is de waardeverhelderingsoefening toegelicht. Daarnaast is aangegeven hoeveel tijd de oefening in beslag zal nemen.

De afstudeergroep wilde deze oefening met vier verpleegkundigen doen, maar wegens ziekte is de oefening gedaan met drie verpleegkundigen.

Naderhand is er door de afstudeergroep feedback gevraagd over het verloop van de oefening. Deze feedback kan meegenomen worden naar de volgende oefening (12 maart 2012). De deelnemers waren enthousiast over de manier van onderzoek doen, omdat ze er op deze manier actief en op een leuke manier bij worden betrokken. Ze gaven aan dat de oefening goed is verlopen. De rolverdeling was prima, er waren niet te veel mensen aan het woord, waardoor de oefening gestructureerd verliep. Volgens de deelnemers behoeft de oefening geen aanpassing voor de volgende groep. Hierdoor is de feedback niet meegenomen in de transcriptie, aangezien dit geen directe meerwaarde heeft voor de analysefase.

Verklaring van de afkortingen:

I: Interviewer (dit zijn alle leden van de afstudeergroep)

N. G.: N. G.

G. K.: G. K.

L. B.: L. B.

I: De eerste stelling: 'Ik geloof dat het ultieme doel van verplegen op deze afdeling is dat cliënten hun eigen verantwoordelijkheid nemen.'

G.K. : Ik denk niet dat dat het ultieme doel is van verplegen op deze afdeling. Het is mooi als cliënten eigen verantwoordelijkheid nemen in bepaalde dingen, maar het is denk ik het ultieme doel dat cliënten zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren en dat wij ze helpen waar nodig is.

L.B. : Ja

N.G. : Met de beperkingen die ze hebben, dat ze daar mee om leren gaan. Wij wijzen mensen wel op hun eigen verantwoordelijkheid, maar je kunt niet van iedereen verwachten dat die ook de eigen verantwoordelijkheid kan nemen. Ik denk dat je per cliënt bekijkt in hoeverre die een bepaalde hoeveelheid verantwoordelijkheid op zich kan nemen.

L.B. : Ja, het is belangrijk om het niveau in de gaten te houden, wat vraag je van iemand en kan diegene dat wel, daar moeten we bij stil staan denk ik.

I: Dus zelfstandigheid is belangrijk voor zover dit mogelijk is..

L.B. : Ja en daarmee samenhangend de eigen verantwoordelijkheid. Ik denk dat er hier niemand zit die volledig eigen verantwoordelijkheid kan dragen.

- I: Oké, dit is wat jullie denken, dat het doel is om zoveel mogelijk te ondersteunen in hun zelfstandigheid..
- L.B. : en te zorgden dat ze dan in een vervolgafdeling weer een stapje hoger zijn en misschien daar nog iets leren om nog een stapje hoger te komen.
- I: Oké, is dit voor ons helder?
- I: Ja.
- I: Stelling twee: 'Ik geloof dat eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team.' Dit kun je dan ook interpreteren als doel wat jullie net aangaven, dus zoveel als mogelijk is, kijkend naar de beperkingen van verschillende cliënten.
- L.B. : Ja, dat vind ik moeilijk. Aan de ene kant zou ik meteen zeggen 'ja ik denk dat daar eenduidigheid voor nodig is'. Aan de andere kant denk ik juist dat het goed is als er verschillende benaderingswijzen worden gehanteerd om te zorgen dat die ook met anderen... Ja in de maatschappij is de ene bot en de andere vriendelijk en daar moet ie ook maar mee om zien te gaan.
- N.G. : Ik denk dat je een realistisch beeld moet vormen en dat je dat doet door iedereen zichzelf te laten zijn en ieder op zijn eigen manier te laten werken met de cliënt.
- L.B. : En ik denk dat we wel ergens een bepaalde basis moeten hebben zo van, dit accepteren we wel en dit niet, in grove lijnen, maar die eigen inbreng moet er zeker bij zitten.
- N.G. : Ja, dat denk ik ook.
- G.K. : Dat denk ik ook wel, want wat je inderdaad zegt, die basisdingen worden eigenlijk al gevormd door groep-, huisregels, vaste afspraken die je hebt, dus het is al een heel beperkt milieu zeg maar.
- L.B. : Het is al gekaderd eigenlijk.
- G.K. : Ja, precies.
- N.G. : Ja.
- L.B. : Dat denk ik ook ja.
- I: En denk je dan ook dat de houding van elke verpleegkundige anders is in principe, dus het is niet echt dat je allemaal met dezelfde houding en overtuigingen cliënten benaderd?
- N.G. : Ik denk dat ieder zijn eigen manier van werken heeft en zijn eigen manier van mensen aanspreken. Wat Loes net al zei; de ene is gewoon wat directer, ieder doet dit op zijn eigen manier en dat is hoe het in de boze buitenwereld ook is natuurlijk. Iedereen is anders.
- L.B. : We moeten ze vooral niet 'pamperen' zeg maar..
- N.G. : Nee.
- L.B. : Alles maar te lief doen, want dan gaat het daar gegarandeerd fout.
- N.G. : Hier heb je eigenlijk de veiligheid om te oefenen met mensen om ze maar eens bot aan te spreken of juist heel lief aan te spreken en dan kan je zien hoe ze hierop reageren. Als je dat buiten doet of als je daar buiten pas mee gaat oefenen en het loopt fout, ja dan sla je jezelf voor je hoofd denk ik, dat je dat niet hierbinnen in een veilige omgeving hebt gedaan.
- I: Dus eigenlijk hier oefenen met de cliënten om ze hier voor te bereiden op de dingen die ze in de maatschappij mee kunnen maken.
- N.G. : Ja.
- G.K. : Ja.
- I: Zijn er dan ook punten waarvan je, net zoals dat, denkt dat het hele team daar ook zo over denkt als jullie?
- N.G. : Ik denk dat het hele team daar zo over denkt. Ik ben wel heel benieuwd wat de rest zegt, maar ik denk het wel.
- I: Een gemeenschappelijk doel..
- L.B. : Ik denk het ook inderdaad.
- I: Oké, dan gaan we door.

- I: 'Ik geloof dat mijn rol als verpleegkundige met betrekking tot mijn werkzaamheden is : dat ik doe wat er van mij gevraagd wordt door alle partijen.' Met alle partijen bedoelen wij de cliënt, het management, je collega's.
- G.K. : Ik denk een stukje wel, een gedeelte natuurlijk, want de cliënt heeft bepaalde zorgvragen waar wij in helpen. Dan heb je inderdaad nog je collega's, het management. Ik denk dat het ook wel, tenminste voor mij persoonlijk, vind ik het ook wel een stuk van mijzelf, wat ik in de zorg leg en wat ik belangrijk vind voor de cliënt.
- L.B. : Ja.
- N.G. : Ja, je hebt ook een bepaald profiel waaraan je voldoet natuurlijk als verpleegkundige hier. Er zijn taken die moeten gewoon gebeuren en daarnaast is het natuurlijk ook jouw inbreng. Wat geef je er zelf voor draai aan.
- L.B. : Maar ik vind het ook heel erg als ik dit zie, maar dat is misschien mijn eigen... als ik voldoe aan alles wat iedereen van mij vraagt, dan ben ik de hele tijd die kameleon die maar iedereen naar zijn pijpen danst. Nou wil ik niet zeggen dat ik niet vind dat je niet moet doen wat het management oplegt, maar ik vind ook dat verpleegkundige zijn een taak op zich is en dat we dat juist wel meer naar voren mogen brengen. Wij zijn een beroepsgroep en dit doen wij. Niet alleen maar rennen, rennen want die wil dat, die wil dat.
- N.G. : Het is ook niet alleen maar opdrachtjes uitvoeren. Ik vind het wel heel belangrijk dat wij ook zelf blijven nadenken en ook zelf onze eigen input hebben.
- L.B. : Ja dat vind ik ook.
- G.K. : Dat is misschien ook wel een stukje van je eigen waarde inderdaad. Wat je zelf belangrijk vind, dat je dat dan ook wil geven aan de cliënt of zoveel mogelijk in elk geval.
- L.B. : Ja, dus ik denk ook dat als je dit zo leest dat je ervoor moet waken dat je niet in dienst komt te staan van al die andere dingen die hier van je gevraagd worden, maar dat je juist je eigen beroepsgroep.. dat je authentiek bent.
- I: Ja dat is wel een hele goede.
- I: Ja het is voor jullie dus wel belangrijk dat je authentiek kan zijn en dat je, je voor je beroep van verpleegkundige op kan komen. En dan is het ook belangrijk dat je daar ruimte voor kan creëren.
- N.G. : Ja en ik denk dat wij heel erg zelf daarvoor moeten waken, dat wij zelf die ruimte moeten creëren.
- L.B. : Ja dat denk ik ook
- N.G. : Die wordt hier niet altijd even veel gegeven. Ik denk dat wij wel altijd kritisch moeten zijn en ervoor moeten waken dat wij die ruimte ook houden.
- L.B. : En ik denk ook dat door de waarde van de dag, de ruimte die we hebben heel snel af wordt genomen.
- I: Maak je dan ook wel eens onderscheid in je keuzes, als je kijkt naar de dingen die je doet richting bijvoorbeeld cliënten, collega's en het management.
- L.B. : Ja heel duidelijk
- I: Kun je daar een voorbeeld van geven?
- L.B. : Ja soms ook bijvoorbeeld tijdens zo'n overdracht dan staan er eigenlijk als je ze hun gang laat gaan vijf of zes cliënten buiten. En dan zeggen we ook echt 'nee dit is nu deze tijd voor ons' en ook met meer dingen, maar dat is meer individueel als ik ergens mee bezig ben dan zeg ik 'nee nou heb ik geen tijd, ik ben nou met iets anders bezig wat ook met de verpleegkundige taken te maken heeft'. Ja en ik weeg ook wel voort eens af als ze ooit van het management vragen stellen, ik ben bereid om over heel veel dingen mee te denken, maar ik weeg wel af van 'in hoeverre heeft dat met ons stuk te maken?' Want we moeten zoveel doen dat ik wel denk dat we selectief moeten zijn.
- N.G. : Ja er komen steeds meer taken, en je kan je afvragen, bijvoorbeeld hier het begeleiden van de binnentuin. We staan eigenlijk al met heel weinig personeel en er wordt eigenlijk van ons verwacht dat wij in de tuin toezicht gaan houden. En dan denk ik: 'dat vind ik niet een van de taken van de verpleegkundige'. En ik weet dat het ooit niet anders kan en ik ben ook wel

- bereid om het dan te doen, maar als je kijkt naar je taak als verpleegkundige dan denk ik dat je daar ook wel kritischer naar moet kijken.
- L.B. : Want anderen zeggen blijkbaar ook 'wij doen het niet' want anders kwam het niet op ons bord terecht.
- G.K. : En het is wel zo, als wij bezig zijn in de binnentuin, dan zijn er wel minder mensen die echt kunnen investeren in de cliënten.
- I: Kan ik daaruit opmaken dat uiteindelijk: zo'n binnentuin is belangrijk maar cliënten die gewoon binnen zijn op de groep zijn net zo belangrijk zijn en dat je daar ook je aandacht aan moet geven, dat is ook belangrijk.
- L.B. : Ja zeker.
- I: Dan kan ik concluderen dat je op zekere hoogte wel doet wat er gevraagd wordt aan je, alleen maak je daar wel heel duidelijk een keuze in. Zeker gekeken naar je eigen beroep, wat je daarin belangrijk vindt.
- L.B. : Ja
- I: Helder
- I: 'Ik geloof dat voldoende personeel en duidelijke werkafspraken bevorderende factoren zijn om verplegen op deze afdeling mogelijk te maken'.
- N.G. : Ik denk het stukje voldoende personeel zeker. Als ik kijk naar bijvoorbeeld zo'n ochtend als vanmorgen, dan staan we met zijn tweeën en hebben we een coördinerende dienst. Waardoor één iemand weg is om het rooster kloppend te maken en de ander, ik in dit geval, van hot naar her aan het rennen is. Waardoor ik eigenlijk het stukje cliëntencontact mis. Ik heb eigenlijk geen tijd om eens bij iemand te gaan zitten en even te praten. Er hoeft maar een klein dingetje te zijn en je mist al eigenlijk heel je groep, heel je cliëntencontact.
- I: Dus dat je eigenlijk zoveel bezig bent met de praktische zaken dat je het doel van 1 een beetje, ja dat je daar niet echt aan kan werken.
- N.G. : Ja dus dat vind ik wel heel belangrijk, duidelijke werkafspraken vind ik tot in zekere hoogte. Ik vind niet dat alles vast moet staan en dat alles op papier moet staan, maar sommige dingetjes en dan met name met betrekking tot de communicatie ofzo en het voorbereiden van stukken en het administratief werk, vind ik wel dat je daar afspraken over moet maken. Maar ik vind niet dat je alles vast moet leggen.
- L.B. : Ik vind daarin communicatie wel heel belangrijk, ik vind dat dat nu niet zo goed gaat. Er gaat wel eens belangrijke informatie verloren doordat we een overdracht in vijf minuten moeten doen. Of doordat er niet goed dingen overgebracht worden. En dat vind ik wel jammer. En ik denk niet zozeer, ja voldoende personeel, wat is voldoende denk ik en aan de andere kant.. Ja we moeten het nou met steeds minder mensen doen en dan stel ik me de vraag van 'kun je nog wel aan de norm voldoen, die hun als kwalitatief goede zorg beschouwen'? Op een gegeven moment denk ik dat dat een logisch gevolg is dat je ook die kwaliteitsnorm moet bijstellen. Want wat je nu hebt is die kwaliteitsnorm die blijft daar, althans wat ze vragen, maar dit gaat wel naar beneden en dan krijg je die frictie zeg maar. Maar ik denk ook zeker niet dat het alleen van de werkafspraken afhangt inderdaad.
- I: Wat zou nog meer een bevorderende factor kunnen zijn om het verplegen goed te kunnen doen, om je doel te bereiken?
- N.G. : Ik vind een bepaalde sfeer ook wel heel erg belangrijk en ik merk zo de laatste tijd hangt er een redelijk negatieve sfeer. Eigenlijk door een hoop dingen die spelen, de verhuizing, de veranderingen die zijn doorgevoerd en met name de manier waarop zet een wat negatieve sfeer neer. En ik merk dat mensen daar wel eens in kunnen blijven hangen waardoor het lastiger is om je te concentreren op de dingen die je moet doen. Je bent dan eigenlijk meer bezig met het negatieve gevoel omzetten in iets goeds waardoor je..
- I: Bij het personeel bedoel je?
- N.G. : Bij het personeel ja. Ik denk dat dat wel een basis is die je moet hebben om je werk goed uit te kunnen voeren.

- L. B. : Ja en ik denk ook dat je moet zorgen dat je groep stabiel blijft. En nou hebben wij niet zo'n groep die loopt te wrikken, dat zou aan de andere kant veel meer het geval zijn. Maar ik denk dat je anders veel sneller op je bek gaat, als team zijnde.
- I: Kan je dan iets noemen wat je nodig zou hebben om die werksfeer weer positiever te krijgen?
- N. G. : Ik denk dat het al scheelt en ja ik weet dat het niet altijd haalbaar is. Dat je gewoon ergens een keer een half uurtje hebt met de mensen met wie je in dienst bent en dat je is eventjes gewoon eruit gooit wat er is en dat je het dan kwijt bent en dat je dan gewoon verder kan. Dat je gewoon even tijd hebt voor elkaar. Dat is net als je zegt je hebt maar vijf minuten voor een overdracht, als je daar al amper tijd voor hebt dan heb je al helemaal geen tijd om even te zitten en je ei kwijt te kunnen en dan krijg je dus dat het tussendoor steeds gebeurt.
- G. K. : Ja.. en dan loopt dat ook bij iedereen op hé, want je merkt nu ook we hebben nu van die C diensten. Die mensen gaan dus om kwart over twee naar huis, vervolgens komt de late dienst om kwart over twee. Dus die overlap die je eerst had dat je bijvoorbeeld van twee tot vier dat je even samen kon gaan zitten is er ook kei vaak niet meer. En dat was inderdaad ook zo'n tijd die je daarvoor kon gebruiken.
- N. G. : Ja.
- L. B. : Ja en ik weet niet of het daarin zit, misschien wat waardering op zijn tijd.
- N. G. : Ja.
- L. B. : Hoewel ik vind dat Leontien dat daar altijd toch wel heeft gedaan.
- G. K. : Ja vind ik ook.
- L. B. : Maar dat is wel belangrijk om het ook op peil te houden.
- N. G. : Ja vind ik ook.
- G. K. : Af en toe een positieve boost of een compliment.
- L. B. : Ja.. of zoiets dat ze in de zomer een keer met ijsjes aan kwamen..
- G. K. : Precies!
- L. B. : Dat is zo klein eigenlijk en dan ja.. dan worden wij daar helemaal blij van eigenlijk.
- G. K. : Ja.
- N. G. : Ja.
- N. G. : Wij hebben maar heel weinig nodig om dat gevoel te krijgen zeg maar.
- I: Een klein beetje waardering zouden jullie dan op prijs stellen.
- I: Wat steun vanuit het management inderdaad.
- N. G. : Ja.
- I: Oké. Is duidelijk want aangezien de tijd.. We moeten er nog drie.
- I: 'Ik geloof dat werken met een overkoepelende afdelingsvisie, zonder een aparte verpleegkundige visie, een belemmerende factor is bij het verantwoorden en onderbouwen van mijn verpleegkundige werkzaamheden. '
- N. G. : Jeetje..
- L. B. : Dat is een lange inderdaad.
- I: Je hebt nou zeg maar die overkoepelende visie, die van Leontien, daar gaan jullie nou mee werken en wij willen een verpleegkundige visie schrijven. En wij willen weten of dat het jullie zou kunnen helpen in het verantwoorden en onderbouwen van wat je op de afdeling doet.
- G. K. : Ja ik denk het in die zin wel dat als je het specifiek toespitst op deze cliëntengroep en onze werkzaamheden die daar bij komen kijken. Ik denk dat dat wel helpt in het onderbouwen van onze werkzaamheden. Stel wij willen met Gordon werken ik noem maar iets en op de andere afdeling doen ze dat niet want daar ze hebben een andere doelgroep ja dan is dat wel handig om dat in die visie op te nemen.
- L. B. : Ja en ik denk juist die vertaalslag dat maakt dat wij ons gehoord voelen, want dat is dan ook wat ik in ieder geval nou al tussen de regels door hoor van hé jongens wij zijn er ook wij zijn een aparte beroepsgroep. En als je dat, die vertaalslag, maakt heeft het management zoiets van hé wij hebben ons ding staan en als die van jullie daarop aansluit dan is denk ik iedereen

- gelukkig en dan kan je daar ook in vinden en dan mogen wij daar aan bijdragen dus dat is helemaal positief. Dus ik denk zeker dat het bijdraagt.
- N. G. : Ik sluit me daarbij aan.
- I: Wat zou je dan nog echt specifiek terug willen lezen bijvoorbeeld in die visie? Echt theorieën hoe je die ziet of.. Wat is er belangrijk in zo'n afdelingsvisie? Wat er echt naar voren moet komen.
- N. G. : Misschien beetje een stukje waarom is het nou echt een verpleegkundige visie. Dat er wel onderscheid is tussen de gewone afdelingsvisie en echt de verpleegkundige visie.
- L. B. : Dat je duidelijk ziet van het is voor onze beroepsgroep.
- I: Echt het verpleegkundige deel inderdaad ja.
- L. B. : Ja.
- I: Ik denk dat dit goed aansluit bij wat jullie al eerder al aangaven.
- L. B. : Ja en ik zou ook wel graag gewoon in een oogopslag is overdreven maar in een kort stuk kunnen lezen, voor de nieuwe mensen, van wat doen wij nu eigenlijk. Het is zo ongrijpbaar dat je daar een half jaar voor nodig hebt en dan nog wil dat niet zeggen van ik heb het meteen in de vingers maar dan staat het er wel. En ik denk dat als we dat afzonderlijk van elkaar uitleggen dat het soms wel is heel krom eruit komt.
- I: Dus kort weergeven van wat zijn je taken en wat voer je uit als verpleegkundige.
- L. B. : Ja dat het gewoon duidelijk is wat bij onze rol past.
- I: Ja.
- I: 'Er is voldoende gefaciliteerd bij het introduceren van de overkoepelende afdelingsvisie om hier als verpleegkundige mee te gaan werken.' Dus de visie vanuit het management.
- L. B. : Wat bedoel je met gefaciliteerd?
- I: Dat er voldoende is gedaan zeg maar tijdens de introductie om het voor jullie makkelijk te maken om er ook mee te gaan werken. Dat er voldoende handvatten zijn.
- N. G. : Nou ja naar mijn idee zijn ze daar nog mee bezig. We hebben vorige week pas gehoord wat eigenlijk de overkoepelende afdelingsvisie is en bij ons is de vraag ook neergelegd of wij zelf willen gaan nadenken hoe wij bepaalde dingen vorm willen geven en hoe wij bepaalde dingen op de afdeling willen gaan doen. Dus eigenlijk heb je een stuk overkoepelende afdelingsvisie waarbij ze van ons vragen naar onze input zeg maar.
- I: Ja.
- L. B. : Ja ik kan daar ook niet echt een antwoord op geven want ik vind dat ze wel heel duidelijk neer zetten waarbinnen je je mag bewegen zeg maar, daar is geen twijfel over mogelijk. Maar gefaciliteerd ja.. het is nog niet echt geïmplementeerd.
- N. G. : Nee.
- I: Nee oh zo.
- L. B. : Ja het is pas net..
- I: Ja oké.
- N. G. : We hebben de kaders gekregen zeg maar. Maar echt de invulling, de duidelijke visie, is er nog niet.
- L. B. : Nee.
- I: En jullie hebben wel vorige week geloof ik bij de introductie/presentatie beetje te horen gekregen wat er komende tijd gaat gebeuren om die dingen te implementeren.
- L. B. : Ja en ik heb wel een aardig beeld van hoe hun willen dat het eruit ziet. Maar ja inderdaad net dat stuk van ja wat gaan wij daar dan werkelijk in betekenen dat kan ik wel bedenken maar dat is wat we nou duidelijk hebben.
- I: Ja.
- G. K. : En hoe het inderdaad van theorie dadelijk echt op de afdeling geïmplementeerd moet worden.
- I: Ja.

- I: Oké en het management heeft eigenlijk jullie hulp daarbij gevraagd over hoe ze dat eigenlijk het beste kunnen invullen dus? Dus dan kijken ze wel echt naar het team, hoe ze denken van zo kunnen we het beste implementeren.
- N.G. : Nee, het is niet zo dat er zomaar iets opgelegd wordt. Wel hele duidelijke, strakke kaders. Ik vind het nu lastig om te zeggen, maar ik ben benieuwd hoeveel ruimte er nog is binnen die kaders om er echt je eigen draai aan te geven. Dat vind ik moeilijk om vanuit zo'n presentatie te zeggen. Ik denk dat we dat moeten ervaren.
- I: Oké.
- I: Stelling 7: 'Andere waarden en overtuigingen over verplegen op deze afdeling die ik heb zijn...' Of er nog dingen genoemd zijn of gezegd, of juist niet genoemd, die wel heel belangrijk zijn. Wat belangrijk is voor in de visie, voor ons om straks mee te nemen. In kernwoorden die je er in zou willen hebben... waarvan je denkt dat vind ik heel belangrijk.
- G.K. : Ik vind het denk ik heel belangrijk om de cliënt als individu te zien, dat is denk ik wel echt heel belangrijk...
- L.B. : Dat iemand zoveel mogelijk zijn autonomie kan bewaren, ook al zit ie opgenomen. Ook als is er al veel van hem afgepakt, het is en blijft een mens en het wordt geen nummertje zeg maar.
- N.G. : Ik vind het ook heel belangrijk dat wij samen werken met de cliënt,
- L.B. : Ja.
- N.G. : ... dus niet dat wij er boven staan.
- L.B. : Of dat wij het werk gaan doen
- N.G. : Of dat wij het over nemen, maar we gaan samen met de cliënt werken aan de behandeling.
- I: Dat zijn twee duidelijke punten, denk ik.
- I: Heb je nog iets richting je collega's bijvoorbeeld wat je.. waarden en overtuigingen binnen het team zeg maar. Dus als je even apart van de cliënten kijkt dat je daar nog bepaalde waarden en overtuigingen in hebt.
- N.G. : Ja, wat ik belangrijk vind is gewoon openheid en eerlijkheid ook binnen je team en vertrouwen in elkaar.
- L.B. : Ja.
- N.G. : Ik vind dat je open moet staan voor feedback, je moet samen kunnen werken en je moet op de hoogte zijn van elkaars plus- en minpunten. Ja, gewoon de openheid en eerlijkheid naar elkaar. Ik denk ook dat dat een stukje vertrouwen vormt.
- I: Oké.
- I: Ja, dat waren onze stellingen. Ik sta er zelf van te kijken, we gingen er best wel vlug, soepel doorheen eerlijk gezegd.
- I: Misschien kan ik nog even kort samenvatten wat de waarden en overtuigingen zijn?
- I: Ja, dat is goed.
- I: Ik geef dus nog even een korte samenvatting van de waarden en overtuigingen ik voorbij heb horen komen.
- Ik hoor een stukje zelfstandigheid van de cliënt, met daarbij een stukje eigen verantwoordelijkheid.
- Eenduidigheid, met verschillende methodes, dat daarin de basisprincipes.... Met de eigen inbreng centraal staat. Niet pamperen, hoorde ik duidelijk zeggen. En de veiligheid bieden voor de cliënt. Eigen inbreng, de verpleegkundige beroepsgroep die ergens voor staat en zich meer laten zien, dus authentiek zijn. Het zelf creëren van de ruimte die we als verpleegkundigen nodig hebben, dus dat hoort ook een stukje bij authentiek. Je beroepsgroep creëren. Ook een stukje hoorde ik van het selectief zijn van vragen die je aanneemt. Van bijvoorbeeld management, dan haal ik daaruit dat je kijkt naar je eigen takenpakket en het verpleegkundig beroep. Voldoende personeel staat voor op duidelijke werkafspraken. En daarin speelt communicatie een belangrijke rol. Werksfeer is belangrijk en dat kan een belemmering zijn om je werkzaamheden uit te voeren. Het bespreken van emoties en gevoelens. Waardering voor elkaar, een klein compliment geven. De cliënt als

- individuele autonomie bewaren, samen werken met de cliënten. Openheid en eerlijkheid binnen het team, het stukje vertrouwen. Dat zijn denk ik wel de belangrijkste...
- L.B. : Wat ik nog heb bij het voldoende personeel, daar heb ik een beetje het gevoel van daar moet voor mij voor staan voldoende gekwalificeerd personeel. Want vaak loopt er van alles rond, maar als ik als enige met één MVL'er (medewerker veiligheid en logistiek) sta, dan voelt het toch niet zo lekker, weet je wel?
- I: Ten aanzien van de veiligheid.
- L.B. : Ja.
- I: Dan zeggen ze 'we hebben genoeg' en dan denk je: wie heb ik nu om op terug te vallen?
- G.K. : Ja, precies.
- N.G. : Ja en ik denk ten aanzien van de veiligheid, maar ook als ik bijvoorbeeld iets zie bij een cliënt, en ik denk 'hé volgens mij gaat het helemaal niet lekker met hem', dan heb ik een sparringsmaatje nodig, dan heb je iemand nodig om even...
- I: Dan heb je iemand nodig van je eigen niveau.
- N.G. : Ja, iemand die daarvoor heeft gestudeerd. En een MVL'er daar kan ik ook wel tegen aan praten, maar ik denk niet dat die weet waar ik het over heb. Niet negatief bedoeld, want ik vind dat sommige MVL'ers die werken echt hartstikke hard, maar je mist dan wel iemand om het daar eens even over te gaan hebben.
- L.B. : Ja, ja.. en dan kom je weer uit bij de kwaliteit van zorg.
- I: Ja, de kwaliteit van de behandeling richting de cliënt.
- L.B. : Ja.
- I: Ja, dit stukje zouden we wel kunnen meenemen in de visie.
- L.B. : Ja, het gekwalificeerd personeel.
- I: Ja, de kwaliteit van zorg neemt daardoor ook toe.
- L.B. : Als je ze het hebt wel, ja.
- I: Oké, dat was duidelijk denk ik voor iedereen. Dan denk ik dat de oefening ten einde is.
- N.G. : Hoe hebben wij het gedaan?
- I: Nou, ik dat jullie het heel goed hebben gedaan, eerlijk gezegd. Ja, er kwam echt voldoende informatie in ieder geval en hele duidelijke... ja echt waar jullie voor staan en waar jullie voor willen gaan. En wat jullie belangrijk vinden in het verplegen op deze afdeling en hoe jullie aankijken tegen verplegen, met deze doelgroep ook.
- I: Jullie zitten ook wel echt op één lijn, ik heb geen discussie voorbij horen komen, dat is mooi om terug te zien.
- L.B. : Ik ben benieuwd wat de anderen belangrijk vinden of dat dat verschilt ofzo.
- N.G. : Ja, daar ben ik ook wel benieuwd naar.
- L.B. : Werken jullie dit uit of zo?
- I: Ja, we gaan hier een transcriptie van maken, gaan we uittypen, bijna woordelijk. En als jullie dat goed vinden, willen we graag een member checking doen. Dan sturen we die uitwerking naar jullie toe, om te verifiëren of dat jullie.. we inderdaad het juiste hebben over getypt zeg maar. En de conclusies zullen we sowieso ook nog kenbaar maken of jullie je daar bij kunnen aansluiten.
- I: En dan kunnen jullie in het team ook nog met elkaar bekijken wat de twee verschillende groepen hebben gezegd.
- L.B. : Ja, want daar zitten volgens mij weer meer mannen in dat clubje, dus ik ben wel benieuwd wat daar uit komt.
- I: Ja...
- I: Ja, dit was in ieder geval al heel erg fijn. Dank je wel alvast!

§ 4.2 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 12 maart 2012

Datum: maandag 12 maart 2012

Tijd: 15.15u tot 16.00u

Plaats: Afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort, te Eindhoven

Aanwezigen: P. v. d. H., H. v. d. B., E. v. B., T. Cranenbroek, I. van Swelm, H. Waarts, S. van Daal

Het groepsinterview begon met een welkomstwoord door de voorzitter. De aanwezige deelnemers (twee verpleegkundigen en een sociaal pedagogisch medewerkster) hebben een korte uitleg gekregen over het afstudeerproject. Vervolgens is het verloop van het groepsinterview besproken en is de waardeverhelderingsoefening toegelicht. Daarnaast is aangegeven hoeveel tijd de oefening in beslag zal nemen.

De afstudeergroep wilde deze oefening met vier deelnemers doen, dit was echter niet mogelijk, gezien de personele bezetting.

Naderhand is er door de afstudeergroep feedback gevraagd over het verloop van de oefening. De deelnemers waren enthousiast over de manier van onderzoek doen, omdat ze er op deze manier actief en op een leuke manier bij worden betrokken. Ze gaven aan dat ze op deze manier het gevoel hebben gehoord te worden en nauw worden betrokken bij het proces. Ze gaven aan dat de oefening goed is verlopen.

Verklaring van de afkortingen

I: Interviewer (dit zijn alle leden van de afstudeergroep)

P.v.d.H. : P. v. d. H.

H.v.d.B. : H. v. d. B.

E.v.B. : E. v. B.

I: 'Ik geloof dat het ultieme doel van verplegen op deze afdeling is dat cliënten hun eigen verantwoordelijkheid nemen.'

P.v.d.H. : En dan moeten wij iets zeggen?

I: Ja, of dat je het ermee eens bent of een ander doel voor ogen hebt rondom het verplegen op deze afdeling.

P.v.d.H. : Nou, het is iets meer, iets uitgebreider dan alleen hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Dat is een onderdeel van het traject wat we inzetten. Dus ergens naar toe werken en dat is iets uitgebreider dan alleen verantwoordelijkheid nemen.

I: Wat is iets uitgebreider dan?

P.v.d.H. : Nou ja, het is toewerken naar het optimaal mogelijke voor die persoon resocialisatie en ja goed of dat dan richting maatschappij of richting begeleid wonen is, iedereen heeft een ander eindpunt.

H.v.d.B. : Ik denk, ik onderschrijf wat Piet zegt, ik denk dat het nemen van eigen verantwoordelijkheid slechts een deel is van wat wij met deze mensen beogen. Het veiligheidsaspect speelt een grote rol, want onze missie is eigenlijk om deze mensen risicovrij of met zo min mogelijk risico terug de maatschappij in te krijgen, op hun toegespitste woonomgeving en daarbij is het nemen van eigen verantwoordelijkheid meer een instrument, een onderdeel van het geheel, dan een op zichzelf staand doel, denk ik.

E.v.B. : Ja, daar sluit ik me wel bij aan.

H.v.d.B. : Dus het is meer als alleen maar het nemen van eigen verantwoordelijkheid.

I: Het is echt onderdeel van je behandeling om uiteindelijk te streven naar resocialisatie?

H.v.d.B. : Ja, ja, ja, ja.

I: En daarvoor toegespitste woonomgeving voor de cliënt.

- H.v.d.B. : Ja. En het is ook maar de vraag in hoeverre de mensen de eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen op enig moment he. Als mensen zo ziek zijn dat ze het geheel niet meer overzien kun je ook niet van ze verwachten dat ze hun eigen verantwoordelijkheid nemen. Dan moeten wij het voor een stukje overnemen.
- P.v.d.H. : En des te verder in het traject en zo, des te meer dat je ervan uitgaat dat mensen hun eigen verantwoordelijkheid nemen en dat je dat ook voor een heel groot deel bij hen kunt laten. Des te minder ga je in de balans, je gaat meer ernaast staan en uiteindelijk ga je die persoon zelf.. dan moet je ook vertrouwen hebben in de acties die ze inzetten en dat dat ook goed zal komen. Alhoewel je wel een beetje een controlerende rol moet blijven uitoefenen. Ja, dat hoort erbij natuurlijk als persoonlijk begeleider.
- H.v.d.B. : Als we het hebben over de mensen die op onze afdeling verblijven, kun je stellen dat van de 11 er 11 van de rest van hun leven psychiatrische zorg nodig zullen hebben, in meer of mindere mate.
- P.v.d.H. : En de truc is om die zorg uiteindelijk zo weinig mogelijk te laten zijn.
- H.v.d.B. : Dat is goed voor hun eigen zelfstandigheid en voor de maatschappij een stuk beter.
- P.v.d.H. : Maar dat klopt ja, ik zou er geen eentje aan kunnen wijzen waarvan ik zeg; die heeft over 5 jaar geen zorg meer nodig, als je dat als doel zou kunnen stellen.
- H.v.d.B. : Zo optimaal mogelijk terugsturen in de maatschappij.
- I: Dat is duidelijk.
- I: Dat denk ik ook ja.
- I: Stelling twee: 'Ik geloof dat eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team.' Het gaat dan eigenlijk om het doel dat bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team.
- P.v.d.H. : Wat zei je nou?
- I: Dit is het doel zeg maar uit de eerste vraag zeg maar dus hebben we die in de tweede vraag terug laten komen, dus eigenlijk meer in hoeverre je je doel kunt bereiken.
- I: Wat jullie net hebben genoemd. Dat is dat resocialisatiestukje, hoe wil je dat bereiken?
- P.v.d.H. : Nou, dat is natuurlijk een prikkelende vraag he, want eenduidig handelen dat zou willen zeggen dat je allemaal gelijkgestemde mensen binnen het team hebt en dat is nooit zo natuurlijk dus dat gaat niet lukken. Kijk dat eenduidig handelen daar een bijdrage aan kan leveren, daar kan ik ja op zeggen, anderzijds prikkelt het ook voor de cliënt als er wat wisseling zit in de bejegening natuurlijk.
- E.v.B. : Ik denk dat de grote lijn van de behandeling gelijk moet zijn.
- P.v.d.H. : In grote lijnen.
- E.v.B. : Ja, in grote lijnen. Iedereen legt er natuurlijk zijn eigen ding in en zijn eigen normen en waarden, daarover gesproken, dus echt eenduidigheid heb je inderdaad denk ik nooit.
- H.v.d.B. : Als je beoogt dat de afdeling een afspiegeling is van de maatschappij, wat je in wezen wel doet he, een klein maatschappijtje. In de maatschappij is ook niks eenduidig he, de wetgeving is eenduidig, ik bedoel zo eenduidig mogelijk, wordt getoetst door de rechter, maar alles wat er daar binnen zich afspeelt is multi-interpretabel he. Daar kun je op verschillende manieren naar kijken en wij doen het allemaal op onze eigen manier en dat is wat Ellen zegt, het hoofddoel moet duidelijk zijn en daarbinnen in doe je ieder je eigen ding met je eigen stijl en met je eigen vaardigheden en met je eigen plus- en minpunten. Echt eenduidigheid binnen het team dat zie je misschien op een héle gestructureerde autistenafdeling of op een héle gestructureerde verslavingsafdeling, maar hier is dat een..
- P.v.d.H. : Het moet wel binnen de kaders vallen. Kijk ik bedoel je hebt waarschijnlijk allemaal affiniteit binnen de groep waarbij je werkzaam bent dus dat houdt ook wel in dat je toch wel enigszins op dezelfde manier moet werken en dus ik bedoel de bejegening

moet wel gelijkgericht zijn, maar dat iedereen dezelfde afspraken goed kan hanteren, in feite dat weten we wel, dat kunnen we wel vergeten want..

E.v.B. : Dat gebeurt niet.

H.v.d.B. : Dat is bij ons niet.

P.v.d.H. : Ja...

E.v.B. : We hebben geen heel gestructureerde afdeling.

H.v.d.B. : Je doet je uiterste best en dat doe je op je eigen manier als het hoofddoel maar hetzelfde is.

I: Denk je dat op dit moment het hoofddoel voor iedereen zo is zoals jullie er nou.. ja jullie zitten wel op één lijn, maar denk je dat de rest van het team dat ook zo vindt?

H.v.d.B. : Ik denk dat de rest van het team ook wel weet dat het in het behandelplan afgesproken doel uiteindelijk de leidraad is van je handelen en dat je daar ieder je eigen manier in vind en zoekt, dat is voor iedereen hetzelfde denk ik.

E.v.B. : Maar ik merk wel dat we daarin nog wel heel erg zoekende zijn.

P.v.d.H. : Sinds 4 maart denk ik. Sinds dat we volgens de methode Heijkoop moeten werken.

E.v.B. : Ja, terwijl we geen Heijkoop meer heten. Dus ja ik denk dat iedereen daarin wel heel erg zoekende is, of als ik in ieder geval naar mezelf kijk denk ik dat ik nog heel erg zoekende ben naar hoe alles precies vorm gegeven moet worden. Ik denk ook dat het soms wel lastig is dat dit soort dingen nog niet helemaal duidelijk zijn en dat je soms ook wel langs elkaar heen werkt, omdat je natuurlijk die diensten hebt en ik merk dat dat het toch wel moeilijk maakt.

P.v.d.H. : Dat klopt, je hebt minder overlegmogelijkheden en die zijn wel nodig natuurlijk om die gelijk gerichtheid van geesten te krijgen natuurlijk. Ook als je minder overleg hebt zullen ook automatisch afspraken wat minder goed duidelijk zijn en verschillend gehanteerd worden of minder goed gehanteerd, of hoe dan ook, of vergeten worden of zo.

I: Vinden jullie het belangrijk dat je je eigen draai of interpretatie kunt geven aan regels, aan werk, aan je mening?

H.v.d.b. : Het is onoverkomelijk denk ik. Als ik het op dezelfde manier moest doen als Ellen dan zou me dat niet lukken en omgekeerd ook. Dus het is onoverkomelijk, je doet je ding zoals je je ding doet en dat doe je op basis van je kennis en je vaardigheden en je competenties. Daarbij houd je het grote doel voor ogen, maar je doet dat op je eigen manier.

E.v.B. : Ik denk dat dat op deze afdeling ook kan. Niet op alle afdelingen zou dat kunnen. Als je een zwaar gestructureerde afdeling hebt dan is dat veel moeilijker als een afdeling waar wij bij wijze op zitten waar je veel meer je eigen ding kan doen. Ik vind het zelf alleen maar leuk om op deze manier te werken.

H.v.d.B. : Het is wat ik zeg he, bij autisten en mensen die heel veel structuur nodig hebben, daar zie je veel meer eenduidigheid en hier kun je wat spelen met je patiënten op een bepaalde manier.

I: En dat is uiteindelijk ook de manier waarop jullie denken dat het doel van het resocialiseren behaald kan worden?

H.v.d.B. : Ik denk persoonlijk van wel ja.

I: Oke, dat is dan duidelijk. Jullie zitten allemaal wel op één lijn heb ik het idee.

I: Een eigen draai geven aan bejegening en de wetten, kaders en regels, maar dat het af en toe wel lastig is dat er uiteindelijk wel dingen veranderen.

H.v.d.B. : Ik kan me voorstellen dat voor sommige patiënten en ook voor studenten wel wat lastig is. Van ja, die doet het zo en jij doet het zo.. wat moet ik nou? Maar hele elementaire dingen doen we in principe allemaal hetzelfde.

I: Ja. En onderling tussen collega's?

H.v.d.B. : Is het onderwerp van gesprek steeds.

- P.v.d.H.: Ja precies en ik denk ook dat we dat naar de cliënten duidelijk moeten maken. Waarom iemand doet zoals ie doet en dat je het goed moet kunnen motiveren. Ja en ik denk dat er wel zoveel ervaring binnen het team is dat iedereen dat wel kan. Maar goed de teams zijn net gewisseld dus je hebt af en toe wel discussies. Op het moment zo..
- I: Ja, dat je moeten wennen aan de nieuwe mensen hun handelwijze zeg maar.
- H.v.d.B. : Maar als je dat voor jezelf en je omgeving kunt verantwoorden dan denk ik dat het goed is.
- I: Waarom je bepaalde dingen doet zoals je ze doet.
- H.v.d.B. : Zoals je ze doet.. ja precies.
- I: Oké.
- H.v.d.B. : En dat maakt het nogmaals.. dat maakt het voor sommige mensen wel is onduidelijk. Maar als je dat uit kan leggen dan denk ik dat er niks mis mee is. In de maatschappij zie je ook verschillende mensen op verschillende dingen op evenveel manieren te reageren en dat is hier natuurlijk niet anders. Dus waarom niet.
- I: Ja.. Ja ik denk dat we door kunnen naar de volgende stelling.
- I: 'Stelling 'Ik geloof dat mijn rol als verpleegkundige met betrekking tot mijn werkzaamheden is : dat ik doe wat er van mij gevraagd wordt door alle partijen.' En met alle partijen bedoelen we collega's, cliënten en management.
- E.v.B. : Nou nee ik ben het niet altijd overal mee eens met wat er van me gevraagd wordt en..
- P.v.d.H. : Is dit express een suggestieve stelling tussendoor denk ik of niet?
- H.v.d.B. : Ja.. ja..
- I: Een beetje die prikkelt die dingen uitlokt..
- H.v.d.B. : Nou ik denk voor mezelf ik doe niet alles wat er van mij verlangd wordt. Niet te aanzien van de patiënten, niet ten aanzien van mijn collega's en niet ten aanzien van het management. Ik heb daar zo mijn eigen weg in en ook dat kan ik verantwoorden naar degene die het betreft.
- E.v.B. : Ja maar dat is denk ik ook het belangrijkste inderdaad en dat..
- H.v.d.B. : Nee en ik doe het niet zomaar omdat ik er geen zin in heb of zo. Ik kan het wel verantwoorden.
- E.v.B. : Ik merk wel dat steeds meer dingen.. als ik dan ook naar vorige week kijk naar bijvoorbeeld de patiëntenbespreking dat we daar met twee verpleegkundigen zitten en een iemand van het management en een behandelaar die maar een cliënt heeft bij ons op de afdeling. Dan denk ik wel er worden steeds meer dingen van ons gevraagd wat eigenlijk niet onze taak is zal ik het zo zeggen.
- P.v.d.H. : Zoals?
- E.v.B. : Hier worden wel.. Nou bijvoorbeeld dat wij een beslissing moeten nemen of het verlof door gaat ja of nee en dat we dat ook moeten bespreken met de cliënt en dat vind ik een taak van de behandelaar. Dat wordt wel op ons bordje gegooid en allemaal van dat soort dingen en ik merk wel dat ik daar af en toe wel last van heb en..
- P.v.d.H. : Is dat een nieuw gebied dan? Zeg je nou eigenlijk dat je meer je grenzen moet stellen of..
- E.v.B. : Nee maar ik bedoel..
- P.v.d.H. : ..of lukt dat niet want dat zijn ook dingen van je kunt ook zeggen bekijk het even is dat is jouw werk..
- E.v.B. : Ja dat klopt..
- P.v.d.H. : Dat zou mijn stijl zeggen.. jij zou dat anders zeggen.
- E.v.B. : Daar ging het van de week ook over dat was ook de discussie en.. maar waar ik dan vooral last van heb is het stuk dat vooral na de reorganisatie dat we gewoon overlegvormen.. gewoon niet fatsoenlijk door kunnen gaan omdat er gewoon geen

mensen zijn en daardoor worden er dus dingen van ons verwacht.. wat eigenlijk niet onze taak is. Als ik dan naar deze stelling kijk dan doen we misschien wat er van ons gevraagd wordt door alle partijen.. het management gooit ook dingen op ons bordje wat niet.. Ja.. hoe moet ik dat uitleggen..

- H.v.d.B. : Wat niet op ons bordje thuis hoort.
- E.v.B. : Ja.. misschien wel en niet dat ik dat dan niet wil doen.
- H.v.d.B. : Ik vind je voorbeeld wat ongelukkig moet ik zeggen van dat verlof want ik denk dat wij als geen ander in kunnen schatten of dat iemand wel of niet op verlof kan gaan.
- E.v.B. : Klopt.. maar de manier waarop dat er dan mee om wordt gegaan.
- H.v.d.B. : Dat is misschien.. daar ben ik bij geweest dus dat..
- E.v.B. : Ja ik denk dat.. maar zo zijn er tal van voorbeelden maar dit neem ik dan even als voorbeeld voor..
- P.v.d.H. : Maar dit gaat met name natuurlijk over de nieuwe situatie en zo.. maar dat klopt wel. Ja.. het is aan iedereen eigen natuurlijk om zijn eigen territorium een beetje te houden en als er nieuwe dingen zich ontwikkelen.. dus bijvoorbeeld dat er de laatste maanden nieuwe dingen bij ons op het bordje gelegd worden en ja dan is er uiteraard weerstand.
- H.v.d.B. : Ik denk ook dat..
- P.v.d.H. : Dus het wordt niet zomaar allemaal klakkeloos gedaan er wordt over gebakkeleid en er wordt gekeken wat is acceptabel en wat niet. Vaak zie je dan ook wel dat er weer wat teruggehaald wordt zodat we tot een middagweg komen. Ik noem maar.. ja dat gaat het puur over het personeel met betrekking tot die diensten. Maar het is natuurlijk wel als je het hebt over de bejegening van de cliënt natuurlijk is er ja.. niet iedereen doet zomaar zijn eigen ding natuurlijk het is wel de bedoeling dat je de rode lijn van het behandelplan.. bejegening hanteert.
- H.v.d.B. : Ik denk ook dat je in deze twee dingen uit elkaar moet houden. Ten eerste wat valt wel of niet binnen het verpleegkundig domein. Wat .. wat je werkzaamheden zoals jullie dat zeggen en binnen dat domein kun je ook nog denken van nou doe ik dat wel of niet. Ik denk bijvoorbeeld met dwangmedicatie, ik noem maar iets hé, dan kun je als team beslissen dat je iemand dwangmedicatie gaat geven maar als persoon kun je stellen van alles goed en wel maar ik zet de spuit niet.. want ik kan het niet met mijn geweten in overeenstemming brengen. Dus dan.. dat zijn twee verschillende groot heden die moet je wel even uit elkaar houden denk ik.
- E.v.B. : Ja inderdaad.. het is ook vaak die discussies wat ik nog wel herken van de vorige afdeling met betrekking tot verlof dat iemand verlof heeft maar niet iedereen staat erachter..
- H.v.d.B. : Precies.. dat is precies hetzelfde. Ja een hele goede.
- E.v.B.: Je kunt inderdaad voor jezelf beslissen van wat doe ik wel en wat doe ik niet en inderdaad als je dan kan verantwoorden waarom je het niet doet.
- H.v.d.B. : Dat hebben wij destijds gehad met Dhr. DJ die had verlof en er waren collega's die zeiden ik ga dus niet met hem naar buiten toe. En ik vind dat je dat moet.. dat moet kunnen. Binnen je verpleegkundige domein moet je wel of niet die afweging voor jezelf kunnen maken. Ja en dan.. ja dan als het management mij dan op het matje roept ja.. dan hebben ze dus een probleem want dat kan ik ten opzichte van mezelf, ten opzichte van de patient en mijn omgeving kan ik dat goed verantwoorden.
- I: Waarom je wel of niet die keuze maakt om..
- H.v.d.B. : Ja.. ja zeker.
- I: Oké en heb je dat ook als je in je keuze met wat je wel of niet doet richting je collega's of cliënten.. dat je daar ook onderscheid in maakt?
- H.v.d.B. : Ik snap niet goed hoe..

- I: Dat je bij de ene.. dat je zegt bij je collega's van dit wil ik wel doen en dit past wel bij mij en dit niet. Dat je bij je collega's bijvoorbeeld.. dat je daar nog onderscheid in maakt van..
- H.v.d.B. : Nee.. Nee.. mijn gevoel is mijn gevoel en mijn grens is mijn grens en die geef ik dan op dat moment welke collega het dan ook is.
- I: Oké dus echt je eigen grenzen aangeven en dicht bij je eigen gevoel blijven is belangrijk.
- H.v.d.B. : Ja.. goed aanvoelen wat je wel en wat je niet kunt en dat ook verwoorden ja.
- I: Ja.
- H.v.d.B. : Eigenlijk een.. toutes jours reflectie wat je doet. Je kijkt naar je gevoel en op basis van je gevoel onderneem je acties.
- I: Ongeacht welke partij..
- H.v.d.B. : Ongeacht welke partij.. of dat nou het management is of de poetsvrouw dat maakt mij niet zoveel uit.
- I: Goed.. volgende stelling.
- I: 'Stelling' Ik geloof dat voldoende personeel en duidelijke werkafspraken op papier bevorderende factoren zijn om verplegen op deze afdeling mogelijk te maken.
- H.v.d.B. : Ja ik vind dit tot nu toe de minst sterke stelling want het is een 'inkoppertje'. Natuurlijk met voldoende personeel kun je ook wat ruimer je inzetten voor je patiënten. Werkafspraken op papier ja.. dat is natuurlijk altijd wel handig.
- I: Maar zou je alles op papier vast leggen?
- H.v.d.B. : Nee want niet alles is op papier vast te leggen.. dat is een utopie.
- I: En wat is voldoende personeel voor jou?
- H.v.d.B. : Voldoende personeel voor mij is.. ja ook dat is betrekkelijk. Voldoende personeel is .. dat de dingen die je je voorneemt ook kunt doen zonder dat je voortdurend uithulp moet regelen of dingen af moet zeggen of dingen bij moet spijkeren of kort moet maken of bij moet stellen. Je moet die dingen kunnen doen die je als verpleegkundige discipline voorneemt. En dan kan ik niet zeggen dat is een formatie van 12.3 of een formatie van 10.5.. ja dat weet ik niet. Maar voldoende personeel is voor mij die dingen kunnen doen die je je voorneemt om te willen doen.
- P.v.d.H. : Net iets meer als dat we nu hebben.
- I: En naast genoeg personeel en duidelijke werkafspraken wat zijn dan nog meer bevorderende factoren voor jullie om verplegen mogelijk te maken?
- P.v.d.H. : Ja andere dingen in het milieu natuurlijk, faciliteiten moet je dan ook aan denken, maar net als nu met dat nieuwe gebouw is dat wel redelijk voor elkaar.
- I: Wat bedoel je met faciliteiten?
- P.v.d.H. : Ja het gebouw zeg maar, wat er nu staat. Dat er de gelegenheid is voor mensen om zelf te koken, dat dat mogelijk is. Dat het mogelijk is om zelf eten te bestellen of te halen. Net als Henk zegt dat daar voldoende personeel voor is. Maar ook facilitair, potten en pannen. Ja dat is dan misschien niet zo'n goed voorbeeld, maar ook dat de kamer er fatsoenlijk uit ziet en de afdeling zeg maar. Maar goed dat is dan wel redelijk voor elkaar. Dat is een ander aspect he, maar dat is ook belangrijk.
- E.v.B. : Wat ik zelf nog wel belangrijk is, voldoende personeel he, dat zegt in principe niet zoveel. Je moet ook kijken naar wat voor personeel hier op de afdeling rond loopt..
- I: Gekwalificeerd personeel?
- E.v.B. : Ja als je hier alleen maar MVL-ers rond hebt lopen dan kan je het verplegen nog niet mogelijk maken op de manier zoals je zou willen denk ik.
- P.v.d.H. : Ja oké maar je kan het ook uit elkaar trekken hè, MVL-ers vallen een stuk onder facilitair zeg maar en personeel onder de afdeling he..
- E.v.B. : Ja maar je kan wel alleen maar MVL-ers aannemen maar ik denk, je moet kijken naar wat je nodig hebt op de afdeling. Ik denk dat daar meer naar gekeken mag worden.

- P.v.d.H.: Ja anderzijds heb je wel te maken met dingen die onomkeerbaar zijn, we moeten niet gaan denken dat we dat met die MVL-ers terug kunnen draaien.
- E.v.B. : Nee precies maar als je ons vraagt wat wij belangrijk vinden, dan vind ik dat wel belangrijk.
- H.v.d.B. : Ja je hebt nu natuurlijk de economische recessie met al z'n bezuinigingen en z'n inkrimpingen dat speelt nu natuurlijk op dit moment ook niet echt in de kaart. Maar wat ik eigenlijk daar aan toe wil voegen wat eigenlijk vaak over het hoofd gezien wordt is een bepaalde afdelingscultuur. Een cultuur waarin je jezelf mag zijn, een cultuur waarin je je kwetsbaarheid in kunt laten zien, een cultuur waar je tot ontplooiing kunt komen, dat je gerespecteerd wordt, dat je gewaardeerd wordt. Waar je kunt lachen en kunt huilen. Een team is zo ontzettend belangrijk in je werk. Ik heb in tig teams gewerkt en ik heb maar een enkele keer gehad dat ik er niet in gedijde. Een team, daar valt of staat je werk mee vind ik en met name de kwaliteit van je werk.
- I: En hoe is die cultuur nu na de reorganisatie?
- H.v.d.B. : Nou ik blijf erbij, we zijn met de kern van het zic overgegaan, er zijn een aantal nieuwe collega's bij gekomen en de cultuur die blijft. Ik kan mezelf zijn binnen het team en dat is voor mij essentieel, ik kan m'n ding doen, ik kan m'n grappen maken en ja voor mij is dat voorwaardelijk om goed te kunnen werken.
- I: Geldt dat voor jullie ook?
- E.v.B. : Ja
- P.v.d.H. : Ja
- E.v. B. : Behalve als Henk teveel grappen maakt, daar hou ik niet zo van.
- H.v.d.B. : Maar snap je wat ik daarmee bedoel, de cultuur, de sfeer waarin je werkt? Dat die erg belangrijk is om tot goede prestaties te komen.
- I: Dat is echt een bevorderende factor?
- H.v.d.B. : Ja voor mij in ieder geval wel.
- P.v.d.H. : Cultuur dat impliceert ook een aantal cultuurdragers. Er zijn er zo zeg maar.. Maar goed met die teamwisseling heeft dat ook een grote invloed maar bij ons is het dan zo dat dat voor een goed deel intact gebleven is. Dat is een belangrijke factor want als je ergens terecht komt wat je niet bevalt dan..
- H.v.d.B. : Ja dan lukt je werk ook niet nee.
- I: Oke volgende stelling: Ik geloof dat werken met een overkoepelende afdelingsvisie, zonder een verpleegkundige visie een belemmerende factor is bij het verantwoorden en onderbouwen van mijn verpleegkundige werkzaamheden.
- H.v.d.B. : Ik denk dat het één niet los staat van het ander, ik denk dat de verpleegkundige visie onderdeel is van de afdelingsvisie. En dat je het een niet los kan zien van het ander.
- P.v.d.H. : Een overkoepelende afdelingsvisie dat die er zou zijn zonder een verpleegkundige visie?
- I: Ja je hebt nou zeg maar die visie die door Leontien en Wendy volgens mij is opgesteld dat is de afdelingsvisie. En wij komen hier om de verpleegkundige visie op te stellen.
- H.v.d.B. : Oké ja.
- I: En onze vraag is eigenlijk wat voor belang jullie daar in zien?
- I: Als je geen verpleegkundige visie hebt dat belemmert bij het onderbouwen en verantwoorden van je verpleegkundige werkzaamheden. Zonder de verpleegkundige visie.
- P.v.d.H. : Ja een verpleegkundige visie vind ik wel heel belangrijk, want die afdelingsvisie is gewoon een verkooppraatje vind ik, gericht op de buitenwereld. We hebben er vorige week bij gezeten en er wordt met termen om je oren gegooid, die zal Henk ongetwijfeld weten, maar ik niet.
- H.v.d.B. : Ja, ja Piet heeft groot gelijk.

- P.v.d.H. : Ja ik ben dan niet te beroerd om dat te zeggen maar daar had ik eigenlijk niet zoveel mee.
- I: Daar kan jij niet mee uit de voeten? Om daar echt mee aan de slag te gaan?
- H.v.d.B. : Ja het was weinig concreet op dat moment.
- P.v.d.H. : Ja goed de Heijkoop methode dat moet nog geïntroduceerd worden en of die dan onderdeel wordt van de afdelingsvisie, wat daar de bedoeling van is. Maar goed wat houdt dat in, dat is eigenlijk ook nog een stukje.. Ja weet een van jullie dat? Of die nog daarnaast komt of geïntegreerd gaat worden of zo?
- H.v.d.B. : Ik weet het niet, ik weet het echt niet.
- I: Misschien is dat nog te onduidelijk wat daar in komt te staan om daar een concreet..
- H.v.d.B. : Dat denk ik ja, te onduidelijk om daar nu al handen en voeten aan te geven.
- P.v.d.H. : Ja precies en ondertussen kun je zo maar een jaar verder zijn en dan moet je toch je oude.. aan de slag en op een bepaalde manier werken natuurlijk. En dat doe je denk ik gewoon volgens een verpleegkundige visie die de basis is van wat we geleerd hebben. En zoals we het eigenlijk ook al lang doen.
- H.v.d.B. : En daar is ervaring bij gekomen hè.
- P.v.d.H. : En als je mij, nou het wordt niet aan mij gevraagd, maar ik had natuurlijk kunnen zeggen 'allemaal leuk en aardig die Heijkoop methode, maar ik denk niet dat ik mijn manier van werken aan ga passen en ook niet een klein beetje aan ga passen'. Maar ja om dat daar te zeggen dat ging me nou net wat te ver.
- H.v.d.B. : Ja dan kom je weer terug op stelling 3 hè.
- P.v.d.H. : Ja al met al, dat zijn van die golfbewegingen. Ja Henk weet dat ook natuurlijk als je zo'n 25 jaar in het vak zit dan worden om de 5 jaar een nieuwe visie geïntroduceerd. En waar geacht wordt over mee te denken en wat ook gevraagd wordt. En zo komt het er toch op neer dat er niet zo heel veel veranderd.
- H.v.d.B. : Ja dat is toch allemaal een beetje oude wijn in nieuwe vaten, dan krijg je gewoon iets waar even flink op gekauwd is en daarna weer uitgespuugd. Planetree is daar een heel goed voorbeeld van vind ik. Wij hadden het vroeger op school over de holistische mensvisie he. De mens als geheel, niet de schizofreen van zaal twee of het gebroken been van zaal één. Nee een mens met allerlei invalshoeken, dat die toevallig zijn been gebroken heeft of schizofreen is dat is dan jammer, maar het hele planetree dat is precies hetzelfde als dat, alleen zijn er een paar termen tegenaan gegooid en is er iemand voor naar Amerika op en neer gegaan, maar dat is het dan. En dan denk ik: 'ja dat heb ik allemaal al een keer gehad, en nog een keer gehad, en dan is dit denk ik de vijfde keer', dat is hetzelfde hoor.
- I: Dus zo'n overkoepelende visie dat is meer vaag en zo'n verpleegkundige visie dat kan handvatten geven voor je eigen verpleegkundige beroepsgroep.
- H.v.d.B. : Ja absoluut. Als er dalkijk weer zo'n volgende reorganisatie komt dan verdwijnt meneer Heijkoop weer en dan komt meneer Janssen ervoor terug. Ook dat hebben we allemaal al een keer meegemaakt.
- I: Wat vind jij dan belangrijk dat in zo'n verpleegkundige visie naar voren komt dan?
- H.v.d.B. : Nou, je bejegening hè? Van hoe ga je met mensen om. Het geen bieden van respect is meteen het afdwingen van respect denk ik. Ja, daar zit bij mij met name de crux. Duidelijk zijn, helder zijn, betrouwbaar zijn. Afspraken maak je, kom je na en als je ze niet nakomt, geef je dit even aan aan de cliënt. Betrouwbaar zijn. Dit zijn toch allemaal mensen die veel relaties aangegaan zijn, die verbroken zijn en weinig continuïteit in hun leven gekend hebben. Die constante factor ben jij. En dat is de manier waarop ik er naar kijk.
- P.v.d.H. : Dat denk ik ook. Dat zijn eigenlijk gewoon de beginselen van de verpleegkundige opleiding eigenlijk hè. De kernfactoren.
- H.v.d.B. : Ja.
- P.v.d.H. : Dat is belangrijk.

- I: Dat zou uiteindelijk dan helpen bij jullie om je verpleegkundige werkzaamheden te kunnen verantwoorden en onderbouwen, zo van hieruit werk ik.
- H.v.d.B. : Ja, dat is het gevoel...
- I: ... om te onderstrepen wat ik...
- H.v.d.B. : en je overtuiging van waar je je.. *(stuk valt weg)*... gedoe... dat zal allemaal best. Ik bedoel, je kunt een timmerman leren spuiten en je kunt een bouwvakker leren separeren, daar gaat het allemaal niet zo om. Het gaat met name van, hoe ga jij om met iemand die in een kwetsbare positie zit? En toon je dan respect en...
- P.v.d.H. : Precies.
- H.v.d.B. : ... daar gaat het met name om.
- P.v.d.H. : En dan moet je je daar nog binnen kunnen natuurlijk kunnen diverse... (?) *(stuk valt weg)*.. je je persoon op aan kunnen passen op degene die je voor je hebt.
- H.v.d.B. : Precies.
- P.v.d.H. : Hè? Heb je een autist voor je of heb je een psychoot voor je? En dan moet je weten hoe je daar mee om moet gaan.
- H.v.d.B. : Dus kennis over basale psychopathologie is daar een onlosmakelijk deel van...
- P.v.d.H. : Want hoe mooi ze het ook willen verkopen... wij hebben ook een afdeling met.. *(stuk valt weg)*...
- I: Dus dat je wel echt blijft kijken naar de cliënt ook van.. en daar pas je dan uiteindelijk je handelen op aan.
- H.v.d.B. : Dat is je holistische mensvisie. Dat is een patiënt met verschillende psychopathologiën daar rond om heen, met een karakter, een persoonlijkheid en z'n aardige punten en z'n minder aardige punten en daar pas jij je houding op aan. En dan kunnen ze dat dan honderdduizend keer... hoe heet dat? *(stuk valt weg)*... of hoe die mensen ook allemaal heten. Het gaat er toch om hoe jij met je patiënten omgaat.
- I: Ja.
- I: Nou, als ik dat zo hoor is er in ieder geval behoefte aan een verpleegkundige visie. Ja, dus dat is fijn voor ons.
- H.v.d.B. : Ja, jij zegt 't.
- I: De volgende stelling...
- P.v.d.H. : Zeven waren het er hè?
- I: Ja, dit is nummer zes: Er is voldoende gefaciliteerd bij het introduceren van de overkoepelende afdelingsvisie om hier als verpleegkundige mee te gaan werken.
- I: Ja, we hebben het hier al een beetje over gehad.
- H.v.d.B. : Ja, wat is er over gezegd dan? *(stuk valt weg)*
- P.v.d.H. : Ja, toch wel iets, maar...
- I: Nou, dat het voor jullie allemaal een beetje vaag was.
- H.v.d.B. : Oh ja... ja, ja, oké... ik wou al zeggen, want ik ben het er namelijk niet mee eens. Dus...
- I: Want dit is duidelijk niet het geval?
- H.v.d.B. : Ik vind het nog steeds heel wazig wat Heijkoop is. We hebben twee keer een introductie gehad. Een keer van Guido en een keer van een andere juffrouw. Maar het is mij nog steeds een raadsel wat het allemaal inhoudt. We hebben allemaal een boek op de afdeling gekregen, maar we hebben geen tijd om het te lezen.
- I: Hoe had je het dan graag geïntroduceerd gezien?
- H.v.d.B. : Nou, met een opleiding, met een cursus. Een paar dagen de hei op en dan oefenen en eerst een theoretisch kader neerzetten en dan oefenen en dan op basis van casuïstiek van je eigen patiënten, denk ik dat belangrijk is, kijken of je die methode daarop toe kan passen *(stuk valt weg)* Je competenties, die (onverstaanbaar). Als ze daar een vaag verhaal over houden dan.. sorry, maar dat zegt me allemaal niet zo veel, moet ik zeggen.
- I: Dus duidelijk niet de manier om met termen te gaan gooien...

- H.v.d.B. : Misschien dat het nog komt hoor! Dat zou goed kunnen, maar ik zie het zo een, twee, drie niet.
- I: Kunnen jullie je daar bij aansluiten?
- P.v.d.H. : Ja, ik denk dat ik er genoeg over gezegd heb, ook.
- I: Oké. Mooi. Dan gaan we naar de laatste: andere waarden en overtuigingen die ik heb zijn... zijn er nog dingen die nog niet genoemd zijn, maar die wel echt belangrijk zijn om mee te nemen in de verpleegkundige visie, die nog niet genoemd zijn?
- H.v.d.B. : Ik denk dat ik volledig geweest ben. Voor wat mijn persoonlijke waarden en normen zijn.
- I: Of dingen die wij mee kunnen nemen in de verpleegkundige visie.
- P.v.d.H. : Ja, dat is lastig.. er is al van alles benoemd...
- I: De dingen die we hebben opgenomen, die tot nu toe zijn genoemd kunnen we dadelijk even oplezen en dan kun je nog kijken van ...
- I: Als je nou niet zoiets hebt van dit moet ik nog zeggen dan denk ik dat je inderdaad volledig bent geweest.
- H.v.d.B. : Ja, precies.
- I: Misschien kun je ze even oplezen?
- I: Ja, ik zal even een beetje een samenvatting geven van.. ik heb niet alles kunnen opschrijven, van dat klopt niet of daar ben ik het niet mee eens, dan hoor ik het wel. Bij stelling 1: het ultieme doel van verplegen. Jullie vinden het stukje verantwoordelijkheid nemen wel belangrijk, maar dit is slechts een onderdeel van het gehele doel; jullie werken toe naar het mensen risicovrij terug de maatschappij in (*stuk valt weg*).
- H.v.d.B. : ... (*stuk valt weg*) risicovrij zullen deze mensen nooit zijn.
- I: Ja, per cliënt kijk je wat de mogelijkheden zijn.
- H.v.d.B. : Oké.
- I: En jullie denken dat op deze afdeling de cliënten nog wel altijd psychiatrische zorg nodig zullen hebben, maar je streeft naar het optimale doel dat bereikt kan worden. Tweede stelling: dat het doel bereikt kan worden door de eenduidigheid binnen het team. Ik heb gehoord dat jullie het belangrijk vinden dat het team qua grote lijn, op een gelijke lijn zit. Jullie vinden het ook belangrijk dat er daarbinnen wel ruimte is voor de individuele waarden en normen per teamlid. (*stuk valt weg*) niet altijd eenduidig is en je de cliënten daar dus op voor wilt bereiden. Ook vinden jullie het belangrijk dat bejegening jegens de cliënten enigszins hetzelfde is. Jullie denken dat het team qua behandeldoelen voor de cliënt allemaal (*stuk valt weg*). De manier waarop je werkt en wat je moet verantwoorden. Jullie vinden het belangrijk dat je kan onderbouwen wat je doet of waarom je dingen doet zoals je deze doet en het is belangrijk dat dit dan ook onderdeel van gesprek blijft. (*stuk valt weg*) ... wat van je gevraagd wordt en ik heb gehoord dat jullie het er niet mee eens zijn. Je vindt het wel belangrijk dat je kan verantwoorden wat je doet. Daarnaast vinden jullie dat er momenteel veel wordt gevraagd wat niet binnen jullie functie valt en daar binnen vinden jullie het belangrijk om af te wegen wat acceptabel is en wat (*stuk valt weg*) en belangrijk dat er ruimte is voor de individuele waarden en normen. Dus dat je bijvoorbeeld ruimte hebt om de keuze te maken; dit doe ik wel, dit doe ik niet. Te denken aan dwangmedicatie of ga je wel of niet op verlof. Stelling 4: je gelooft dat voldoende personeel en duidelijke werkafspraken op papier bevorderend zijn. Daar zijn jullie het mee eens (*stuk valt weg*) .. dat je de dingen kan doen die je op een dag voorneemt en dat er voldoende personeel is zeg maar. En tegenwoordig is het vaak net iets te weinig. Daarnaast zijn de faciliteiten belangrijk om je werkzaamheden uit te kunnen voeren. En gekwalificeerd personeel. De recessie (*stuk valt weg*)... en ten slotte vinden jullie cultuur op de afdeling heel belangrijk en daarbij is respect belangrijk. Je zelf kunnen zijn en momenteel vinden jullie die cultuur allemaal wel

goed. Stelling 5: dat je de verpleegkundige visie belangrijk vindt. Jullie vinden dat de verpleegkundige visie en de overkoepelende (*stuk valt weg*)... Ik heb gehoord dat de afdelingsvisie vinden jullie meer een tekst voor de buitenwereld, vanuit het management ook echt en de verpleegkundige visie is naar wat ik begreep meer een vertaalslag naar de afdeling waarin staat op welke manier je werkt. Meer een beetje de basis, hoe bejegenen we cliënten? Wat (*stuk valt weg*). En stelling 6: is er voldoende gefaciliteerd? Vinden jullie niet, er is twee keer een introductie geweest, wel vaag, onduidelijk, er wordt veel met termen gegooid, veel nieuwe methodieken. En jullie hebben liever een cursus, waarin alles aan bod komt. (*stuk valt weg*) .. dit was 't , in een notendop.

§ 4.3 Transcriptie waardeverhelderingsoefening 21 maart 2012

Datum: woensdag 21 maart 2012

Tijd: 15.00u tot 15.35u

Plaats: Afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort, te Eindhoven

Aanwezigen: J. v. d. V., M. H., T. Cranenbroek, I. van Swelm, H. Waarts, S. van Daal

Het groepsinterview begon met een welkomstwoord door de voorzitter. Vervolgens is het verloop van het groepsinterview besproken en is de waardeverhelderingsoefening toegelicht. Daarnaast is aangegeven hoeveel tijd de oefening in beslag zal nemen.

De afstudeergroep wilde deze oefening met vier deelnemers doen, dit was echter niet mogelijk, gezien de personele bezetting.

Naderhand is er door de afstudeergroep feedback gevraagd over het verloop van de oefening. De deelnemers waren enthousiast over de manier van onderzoek doen, omdat ze er op deze manier actief en op een leuke manier bij worden betrokken. Ze gaven aan dat ze op deze manier het gevoel hebben gehoord te worden en nauw worden betrokken bij het proces. Ze gaven aan dat de oefening goed is verlopen. De aanwezige deelnemers (twee verpleegkundigen) hebben na de oefening nog een korte uitleg gekregen over het afstudeerproject.

Verklaring van de afkortingen

I : Interviewer (dit zijn alle leden van de afstudeergroep)

J.v.d.V. : J. v.d. V.

M.H. : M. H.

I : 'Ik geloof dat het ultieme doel van verplegen is dat cliënten hun eigen verantwoordelijkheid nemen.'

M.H. : Ik denk van niet.

J.v.d.V. : Nee.

I : Kun je daar uitleg over geven?

J.v.d.V. : Het is niet alleen de eigen verantwoordelijkheid, er is wel meer dan alleen de eigen verantwoordelijkheid. Ik denk wel dat dit heel belangrijk is, dat de cliënt waar mogelijk eigen verantwoordelijkheid neemt voor de behandeling, maar er is meer dan eigen verantwoordelijkheid.

M.H. : Ja, plus dat het bij sommige mensen ook niet haalbaar is hè, dat mensen te ziek zijn om voor heel veel dingen eigen verantwoordelijkheid te dragen of te nemen. Het zou mooi zijn, maar niet reëel.

I : Dus het is meer onderdeel van?

J.v.d.V. : Ja.

M.H. : Ja.

I : En wat is dan volgens jullie wel het ultieme doel van verplegen op deze afdeling?

J.v.d.V. : Dat ze hier stabiel vertrekken en dan naar een gepaste vervolgsetting gaan. Dat kan met eigen verantwoordelijkheid zijn of met begeleid wonen zijn, maar het kan ook een gesloten afdeling zijn. Ik denk dat iemand die wordt overgeplaatst vanuit een gesloten setting dat die niet altijd overal de eigen verantwoordelijkheid kan dragen. Natuurlijk is het wel belangrijk dat ze dit doen waar mogelijk.

I : Dus je wil per cliënt kijken naar de mogelijkheden?

M.H. : Ja en binnen de mogelijkheden van de cliënt de beste plek vinden en dat ze daar op hun plek zitten en zo stabiel mogelijk blijven.

I : Oké, was dit voor jullie voldoende of niet?

J.v.d.V. : Als jullie geen vragen meer hebben dan vind ik het goed.

I : Tweede stelling; 'ik geloof dat eigen verantwoordelijkheid nemen van de cliënt bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team'. Deze stelling

slaat terug op de eerste stelling, maar jullie zeggen dat eigen verantwoordelijkheid nemen niet het ultieme doel is. Jullie zeggen dat eigen verantwoordelijkheid nemen slechts onderdeel is van het ultieme doel, namelijk dat de cliënten stabiel terugkeren in de maatschappij. Denken jullie dat dat bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team?

- M.H. : Niet alleen daardoor.
- J.v.d.V. : Positief stimuleren en dat soort dingen hoort er ook bij.
- M.H. : En stabiel worden door medicatie hoort daarbij, bij het geheel waardoor je een doel kan bereiken. Het is natuurlijk wel belangrijk, maar ik denk ook niet altijd haalbaar, want je werkt met mensen, met allemaal verschillende collega's, de ene doet het zus en de ander doet het zo. Je kunt niet met z'n allen zeggen; we doen het allemaal zo, want dat is niet in te dekken zeg maar hè, dat is gewoon niet te bereiken.
- I : Ieder werkt dus op zijn eigen manier?
- M.H. : Nou dat niet helemaal.
- J.v.d.V. : Ik denk wel dat de richtlijn is dat je allemaal een beetje dezelfde richting op gaat, maar iedereen doet dat wel op zijn eigen manier, kleedt dat op zijn eigen manier in. Ik denk ook dat als je echt gaat bespreken; we gaan precies zo reageren of zo, dat dat niet werkt, want dan komt het ook geforceerd over als dat niet vanuit jezelf komt.
- M.H. : Maar je ziet bijvoorbeeld mensen bij *naam cliënt* is dat natuurlijk wel voor een groot deel belangrijk dat je wel zoveel mogelijk allemaal dezelfde afspraken hanteert, dan is dat ook wel te doen, dat merk je ook wel dat dat werkt, alleen hij heeft natuurlijk wel tijd nodig in een nieuw team. Af en toe loop je er toch wel tegenaan dat iemand weer net iets anders heeft gedaan. Dus het is niet in te dekken om allemaal hetzelfde te doen, dat is niet haalbaar.
- I : Dus wel eenduidigheid in het handelen richting de doelen zeg maar, de behandeldoelen, maar daar geeft iedereen zo een beetje zijn eigen draai aan?
- J.v.d.V. : Ja, de grote lijn is hetzelfde voor iedereen, maar iedereen vult dat op zijn eigen manier in.
- M.H. : De behandeldoelen zijn natuurlijk hetzelfde alleen hoe je daar komt zeg maar...
- I : Ja, dat is dan verschillend..
- J.v.d.V. : Ja.
- M.H. : Ja.
- I : Oké, dat is voor mij wel helder.
- I : 'Ik geloof dat mijn rol als verpleegkundige met betrekking tot mijn werkzaamheden is: dat ik doe wat er van me gevraagd wordt door alle partijen.
- J.v.d.V. : Ja, het is niet zo zwart-wit. Er moet wel ruimte zijn voor discussie lijkt me. Soms wordt er wel eens iets opgelegd waar ik het helemaal niet mee eens ben, maar dan laat ik dat wel horen.
- M.H. : Door alle partijen..
- I : Ja, collega's, cliënten, het management.
- M.H. : Nee, ik doe niet.. ja natuurlijk doe je wel wat er afgesproken is, maar niet zo zwart-wit van wat er van me gevraagd wordt. Dat wil zeggen dat je geen inspraak hebt natuurlijk. Je komt denk ik met zijn allen tot een behandeling of een manier van omgaan met. Het is niet zo dat je dat opgelegd krijgt en het zo móet doen.
- J.v.d.V. : Nee inderdaad, dat denk ik ook. Dat werkt ook niet, daar gaan mensen op steigeren als je geen inspraak hebt of als dingen niet in overleg gebeuren, want dat is toch een belangrijk deel van je werk hier.
- M.H. : Plus dat je elkaar met z'n allen nodig hebt hè. Dat iedereen zijn mening en ervaring van behandelaar, maar ook van ons als team...
- J.v.d.V. : Behandelaren komen wel eens met hele mooie ideeën, maar die praktisch niet uitvoerbaar zijn.
- I : Zoals?

- J.v.d.V. : Iemand verlof toekennen waar wij niet mee naar buiten willen bijvoorbeeld. Dan kunnen ze wel zeggen; wij gaan een verlof aanvragen, maar wij zeggen; we gaan niet met die man naar buiten, dat doe dan maar zelf. Dan moet je toch ergens gaan overleggen om te kijken naar dingen die wel mogelijk zijn en dat dat soort dingen wel door kunnen gaan of op een later tijdstip. Het is niet zo dat als de behandelaar zegt; jullie doen dit, en wij gaan springen.
- I : Dus jullie stellen wel je grenzen en overleggen is daarin belangrijk?
- M.H. : Ja.
- J.v.d.V. : Ja dat is zeker. Dat merk je wel ooit met nieuwe behandelaren dat ze dat wel eens vergeten.
- M.H. : Ja dat hebben we wel een paar keer gehad met Eric toen bij *naam cliënt*. Hij keek op een bepaalde manier naar zijn ziektebeeld en wij zagen een ander stuk van zijn ziektebeeld veel meer op de voorgrond treden. Dat was heel lastig, want een behandelaar ziet het zo en wij zien het zo.
- J.v.d.V. : Ja, en allebei de dingen hebben een andere bejegening. Persoonlijkheidsstoornis of psychose zijn toch twee verschillende bejegeningen.
- M.H. : Dat botste wel, dat veroorzaakte wel problemen zeg maar.
- J.v.d.V. : Hij zag psychose op de voorgrond staan, wij zagen vooral persoonlijkheid op de voorgrond staan. Dat botste wel want dat zijn natuurlijk twee verschillende manieren van omgang met.
- M.H. : En je ziet als verpleegkundig team toch iets anders dan een behandelaar die maar één keer in de week een halfuur of één keer in de twee weken een uur of wat dan ook kan zitten.
- J.v.d.V. : Het is natuurlijk makkelijk om een halfuur de schijn op te houden in een gesprekje.
- M.H. : En zeker met persoonlijkheidsproblematiek kun je in een uur natuurlijk iets heel anders neerzetten dan 24 uur per dag 14 dagen achter elkaar. Dat geeft wel eens ooit problemen, dat is natuurlijk overleggen, overleggen. Eigenlijk zijn we daar nooit helemaal uitgekomen hè? De behandelaar bleef dat zo zien en wij bleven het zo zien en dan ga maar ergens in het midden zitten.
- I : Dus dan is het eigenlijk wel belangrijk om in ieder geval je eigen visie te onderbouwen hoe je daar als team in staat.
- M.H. : Jazeker, dat vind ik wel ja. Kijk een behandelaar heeft wat dat betreft ook niet de wijsheid in pacht.
- J.v.d.V. : Die heeft het uit een ander boekje geleerd als wij, maar dat wil niet zeggen dat hij belangrijker is.
- M. H. : Ja, maar die ziet sommige dingen ook niet die jij wel ziet op een groep of in contact met andere cliënten, maar wat een behandelaar niet meekrijgt. Wij gaan ermee op verlof. Je hebt toch wel een heel ander beeld dan een behandelaar die af en toe een gesprekje voert.
- I : En tussen collega's onderling, doe je dan altijd wat er van je gevraagd wordt?
- J.v.d.V. : Vooral met collega's onderling dan wordt er letterlijk ook gevraagd; kun je of wil je? Dan is er altijd wel ruimte voor overleg. Dan kan ik me niet voorstellen dat een van mijn collega's zegt dat ik iets moet doen. Dat heb ik nog nooit meegemaakt.
- I : Is er ook een verschil in voor jullie als je bijvoorbeeld naar collega's kijkt, cliënten en het management, dat je daar ook onderscheid in maakt?
- J.v.d.V. : Wat bedoel je nou?
- I : Dat je ervoor kiest zaken wel of niet te doen. Dat je bij collega's iets sneller doet dan wanneer het management het vraagt.
- M. H. : Dat ligt heel erg aan de vraag denk ik.
- J.v.d.V. : Ik zie Marilyne ook nog niet zo'n heel mooi naambordje dragen en ik ook niet. Dus het ligt er inderdaad aan wat de vraag is en of je het ermee eens bent of niet.

- M.H. : Nou ja, uiteindelijk vanuit het management als er dingen komen waar je niet omheen kan.. ja dat gebeurt natuurlijk ook wel eens hè.
- J.v.d.V. : Kijk maar naar heel die reorganisatie, daar hadden wij natuurlijk niks in te zeggen. Ze zeiden dat we daar van alles in te zeggen hadden, maar alle aanbevelingen die vanuit de vloer zijn gedaan daar is niets mee gebeurd.
- M.H. : Dus uiteindelijk zeg maar vanuit het management wordt je wel aan je jas getrokken ja (? Onverstaanbaar).
- I : Dus je maakt wel degelijk enige onderscheid..
- J.v.d.V. : Ja, ik kan moeilijk in mijn eentje op de 1C blijven zitten en zeggen; dit blijft mijn afdeling. Ineens allemaal andere cliënten, andere collega's. Ja daar kan ik wel tegenaan blijven schoppen maar sommige dingen houdt je niet tegen. Hoe vervelend het ook is.
- M.H. : Hiërarchisch gezien kun je dat ook niet, dat probeer je misschien wel. Ik denk dat de cultuur hier wel heel erg is van het samen overleggen en samen tot iets komen zeg maar. Kijk ik denk dat als je bijvoorbeeld in een algemeen ziekenhuis werkt dat het veel meer is dat de arts zegt; zo gaan we het doen en dat dat veel meer naar voren komt dan hier.
- J.v.d.V. : Daar is hier veel meer ruimte voor. Behandelaars staan er veel meer voor open.
- I : En hoe is dat dan voor jullie, jullie komen beide van een andere afdeling af en belanden in een nieuw team. Voelen jullie dan wel die ruimte om..
- M.H. : Het voelt voor mij helemaal niet zo heel erg als een nieuw team.
- J.v.d.V. : Nee voor mij ook niet.
- M.H. : Omdat we iedereen ook al heel lang kennen.
- J.v.d.V. : Ja, die collega's ken ik natuurlijk ook al tien jaar onderhand en de behandelaren en het management, Leontien en Wendy, zitten bij ons, die zijn zeg maar ook mee verhuisd.
- I : Hm-m
- J.v.d.V. : Dus in dat opzicht is er voor ons niet veel veranderd. Ja, ik heb wat nieuwe collega's en twee nieuwe cliënten. Er zit geen één onbekende bij.
- M.H. : Ja, je merkt wel bijvoorbeeld in de omgang met *naam cliënt*, het nieuwe team is namelijk niet zo bekend met hem en die lopen nog tegen dingen aan waar wij in het begin ook tegen aanliepen, dat zie je dan wel of dat hun onze cliënten van het oude FPC 1C niet zo goed kennen, maar waar je dan wel af en toe waardevolle dingen kan toevoegen. Maar op zich heb ik niet het idee dat we enige problemen hebben gehad wat dat betreft als nieuw team.
- J.v.d.V. : Nee, want dan ga je natuurlijk vragen aan iemand; hoe doe je dat of hoe werkt dat bij die persoon?
- M.H. : Ja en nu hebben we wat dat betreft ook wel het minst veranderde team gekregen. Als je dan bij de burens kijkt...
- J.v.d.V. : Die komen echt vanuit andere bouwdelen en die zich ook heel ander werk stellen. Wij hebben natuurlijk allemaal een beetje dezelfde werkwijze gehad. Dat sluit weer heel makkelijk op elkaar aan.
- I : Dus als ik jullie zo hoor dan doe je niet meteen wat er van jullie gevraagd wordt, maar ga je er eerst over in overleg, wanneer je het er niet mee eens bent.
- J.v.d.V. : Tenzij het gewoon een goed idee is dan wel. Wanneer je het er gelijk mee eens bent, ja prima, dan is het goed hè, ja goed is goed.
- I : Inderdaad dan ligt het echt aan de vraag hoe je er mee omgaat.
- J.v.d.V. : Ja.
- I : Oké.
- I : stelling: 'Ik geloof dat voldoende personeel en duidelijke werkafspraken op papier bevorderende factoren zijn om verplegen op deze afdeling mogelijk te maken'.
- M.H. : Ja.

- J.v.d.V.: Ja mee eens.
- M.H.: Ja, maar goed dat is natuurlijk een flink minder geworden dus ik vind vooral dat je de leuke dingen doen zoals op verlof gaan en ook belangrijke dingen wordt wel minder makkelijk met zo weinig personeel.
- J.v.d.V.: Het is jammer dat je alleen de basis onderhand kunt bieden en niet de belangrijke dingen die verder staan van de behandeling belangrijk, zoals op verlof gaan. Heb je niet genoeg mensen voor we moet je mensen overslaan ze kunnen maximaal een keer per week op verlof gaan.
- M.H.: Je bent ook gewoon een heel stuk vrijheid kwijt. Toen ik hier tien jaar geleden werkte dan zeiden we 's avonds van oh zullen we een paar mensen die verlof hebben wandelen buiten. Dan deed je dat gewoon en dat kan allemaal niet meer. Nee, dat is allemaal onmogelijk dus voldoende personeel.. Ja.. maar goed.
- J.v.d.V.: En nou ook hier met die nieuwe bezetting merk je ook wel dat duidelijke werkafspraken toch wel belangrijk zijn om dingen draaiende te kunnen houden. Al is het minder als je zou willen, maar dan is duidelijkheid toch wel fijner.
- M.H.: Ja.
- I: Ja.
- I: En met betrekking tot de veiligheid? Jullie zeggen nu dan dat er onvoldoende personeel staat. Hoe zit dat dan met de veiligheid? Voelen jullie je dan nog wel veilig genoeg?
- M.H.: Nee, ik niet. Ik heb wel regelmatig dat ik denk van als het nou.. het is niet dat ik hier op de groep zit en denk oh het gaat hier helemaal fout of zo maar denk wel als er een situatie komt of als er een patiënt is die decompenseert en een vervelende situatie gecreëerd . Soms zitten we hier 's avonds met acht man personeel en als er dan ergens een alarm gaat ja.. hoeveel mensen komen er dan. Ik denk wel dat het qua veiligheid er wel slechter op is geworden.
- J.v.d.V.: Ja. Ik denk dat wij het hier dan goed hebben getroffen met deze groep, omdat dit een vrij rustige groep is met vrij veel stabiele mensen. Maar als je kijkt op andere afdelingen denk ik dat de veiligheid op sommige plaatsen ernstig in het gedrang komt.
- M.H.: Ja.
- J.v.d.V.: Als ik kijk naar zo'n 1B bijvoorbeeld.
- M.H.: Maar uiteindelijk ook al heb je zo'n rustige groep telt dat voor overal hé. Als je alarm krijgt en je rent daar naar toe en je bent maar met vijf man en je hebt er zeven nodig ja, dan heb je wel een probleem.
- I: Ja.. Ja.. Onvoldoende personeel belemmert voor zowel de cliënten als voor jullie alle de veiligheid.
- M.H.: Ja zeker.
- J.v.d.V.: Ik denk dat het ook belemmert in welke interacties je inzet. Het is anders als je voldoende mensen hebt misschien een keer zegt van nou gaan we is een keer doorpakken. En nou wordt gezegd van doe maar niet want hierlangs staan ze met een leerling en een stagiaire en ik sta hier met een nieuwe collega bijvoorbeeld. Dan denk ik dat die afweging wel gemaakt wordt want dat er dingen blijven liggen die je eigenlijk wel had moeten doen. En daardoor kan het natuurlijk ook hoger oplopen en komt de veiligheid nog meer in het gedrang denk ik.
- I: Ja.
- J.v.d.V.: Je hoort de mensen ook letterlijk zeggen van ja.. we durfden er in deze bezetting niks van te zeggen. Ja en dat vind ik wel een kwalijke zaak. En dan kunnen ze van het management wel heel hard roepen van dit is een TBS kliniek of forensische setting en dat hoort bij je werk. Maar als mensen zich daar niet goed bij voelen doen mensen dat gewoon niet, zo zit de mensen in elkaar. Kun je ze ook niet kwalijk nemen.
- I: Nee.

- I : Zegt het vertrouwen vanuit het management ook wel iets?
- J.v.d.V.: Ja, het management zegt dat je dat dan toch maar moet doen. Maar dan denk ik van dan weten hun dus niet zo goed wat er speelt en hoe het gevoel is op de werkvloer zeg maar.
- M.H.: Ja.
- I : En wat zijn nog meer voor jullie bevorderende factoren om hier te werken op de afdeling?
- M.H.: Ja, de cliëntengroep voor mij in ieder geval wel. Dat de cliëntengroep wel iets.. met je werk.. ja.. ja wat je minder of leuker maakt zeg maar. Als je een paar leuke cliënten hebt zitten..
- J.v.d.V.: Leuke collega's..
- M.H.: Ja.. leuke collega's. Maar ook een uitdagende cliënt waarmee je aan de gang moet en waar je van alles moet gaan uitvinden, dat kan ook heel leuk zijn. Of dat het juist goed gaat met een cliënt en je ziet dat hij allemaal vorderingen boekt. Dat zijn allemaal..
- I : Waar je allemaal voldoening uithaalt.
- M.H.: Ja.
- I : En met betrekking tot de samenwerking onderling met collega's? Wat daarin bevorderende factoren zijn voor jullie? Wat je belangrijk vindt in de samenwerking?
- J.v.d.V.: Dat het gezellig is, ruimte voor overleg is en dat ook alles kunt zeggen wat je wil ook al sla je de plank finaal mis en dat je daar dan niet op afgebrand wordt en dat ze dan zeggen je slaat de plank finaal mis misschien moet je er zo en zo over nadenken.
- M.H.: Ja, dat je elkaar kan aanspreken maar dat dan wel altijd op een prettige manier.
- J.v.d.V.: Iedereen maakt fouten. Dat heb je als je met mensen werkt.
- M.H.: En dat je vragen kan stellen op het moment als je het even niet weet en dat je daar ook een goed gevoel bij hebt dat je dat durft.
- J.v.d.V.: Ja en dat je van elkaar kunt leren, van elkaars kennis en kwaliteiten gebruik kunt maken. Iedereen heeft zo zijn eigen ding. De een is bijvoorbeeld heel theoretisch en de ander kan weer heel goed sfeer maken en daar moet je gebruik van maken.
- M.H.: Ja, maar dat is ook wel echt de kracht van het team dat je gebruik maakt van elkaars kwaliteiten. De een is weer heel erg gestructureerd en de ander kan weer wat makkelijker de teugels laten vieren en die twee mensen kunnen weer allemaal heel veel van elkaar leren. Als je elkaar daar niet op afschiet, maar gebruik maakt van elkaars kwaliteiten dan heb je denk ik een perfect team. Ook natuurlijk niet altijd maar.
- I : Een stuk openheid, ruimte voor feedback en vertrouwen dat zijn drie punten die je wel terug hoort komen.
- I : Oké.
- I : Ik geloof dat werken met een overkoepelende afdelingsvisie zonder een aparte verpleegkundige visie een belemmerende factor is bij het verantwoorden en het onderbouwen van mijn verpleegkundige werkzaamheden.
- J.v.d.V. : Ja, verpleegkundige visies.. Bedoel je echt theorieën ofzo?
- I : Ja, de verpleegkundige visie is dus hoe jullie het zien, wat jullie belangrijk vinden in het verplegen hier op deze afdeling.
- J.v.d.V. : Oké, het is dus onze visie, niet bijvoorbeeld de Heijkoop methodiek?
- I : Nee, de overkoepelende afdelingsvisie is..
- J.v.d.V. : Nee, ik wou al zeggen, want daar hou ik niet van, haha.
- I : ... dan de visie van het management. Dus dat je wel met een visie van het management werkt, maar zonder een verpleegkundige visie.
- J.v.d.V. : Ja, ik denk dat je altijd een verpleegkundige visie hebt...
- M.H. : Ja.

- J.v.d.V. : ... of hun er nou iets van zeggen. Je kijkt ook als team gewoon op een bepaalde manier tegen die afdeling aan.
- M.H. : Dus eigenlijk wordt hier bijvoorbeeld overkoepelende afdelingsvisie, bedoelen jullie dus eigenlijk zo'n Heijkoop methode mee? Die het management bedenkt.
- J.v.d.V. : Ja.
- I : Ja, maar dan zonder dat jullie met een verpleegkundige visie werken. Want op het moment ligt er geen verpleegkundige visie.
- J.v.d.V. : Ik denk, ja, ik denk dat je vanuit je eigen verpleegkundige visie werkt. Ik geloof niet zo in visies, want dat verandert om het jaar ook en dan heeft er weer iemand iets nieuws verzonnen, uitgevonden. Je pakt het allemaal in en het komt allemaal op hetzelfde neer, dat is dat je gewoon normaal moet doen en normaal met mensen moet om gaan. Dat is mijn kijk daar een beetje op.
- M.H. : Soms is het allemaal heel mooi bedacht en werkt het uiteindelijk op een afdeling heel anders. Het ziet er op papier allemaal prachtig uit, maar is het praktisch gezien.... Net als die Heijkoop...
- J.v.d.V. : Ja, dat is toch ook... die kernpunten zijn allemaal dat je mensen keuzeruimte geeft over de gebieden waar ze over kunnen beslissen. Ja, dat doe je toch altijd? Dat je ze zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid geeft. Dus... daar hoeft ik geen visie op te zetten om.. dat vind ik allemaal vrij normaal.
- M.H. : Ja.
- I : Ja. En hoe zien jullie een verpleegkundige visie dan? Zou die wel helpen in het onderbouwen van jullie verpleegkundige werkzaamheden?
- M.H. : Ja, ik vind dat altijd heel erg verschillend per cliënt zeg maar. Dat is het vooral. Je kunt van allerlei dingen opstellen en bedenken, maar je moet vind ik persoonlijk heel erg per cliënt bekijken en daar een visie op hebben. Wat is goed voor diegene?
- J.v.d.V. : Ja.
- I : Ja, maar dat kan ook een verpleegkundige visie voor jullie team zijn, hè. Dat je per cliënt kijkt naar wat de mogelijkheden zijn.
- M.H. : Ja, het individuele...
- J.v.d.V. : Ja en ik denk dat je ook wel een visie hebt op wat voor soort groep je hebt hè? Als je zeg maar alles bij elkaar veegt en we hebben ongeveer zo'n soort groep, dus we verwachten ook in de groepsprocessen iets daar van, daar heb je natuurlijk ook wel een visie op maar...
- M.H. : Ja, en in principe hebben we met elke patiëntenbespreking heb je het over die visie per cliënt hè, als team en daar rapporteer je met z'n allen en dan kunnen diegene die er niet was het lezen. Ik vind dat heel erg dan je verpleegkundige visie en waar werk je naar toe met z'n allen, hoe zien we iemand en waar willen we naar toe en wat moet ie nog leren of niet? Ik denk dat dat heel belangrijk is voornamelijk, niet dat Heijkoop methode op papier....
- J.v.d.V. : Ja een mooie naam er aan de afdeling geven: De Volte.
- I : De Volta?
- J.v.d.V. : Ja, we heten voortaan De Volte 2A. Ik weet bij God niet meer waar het voor staat, maar...
- I : De Volta of De Volte?
- J.v.d.V. : De Volte, net als Villa Volte, alleen dan Villa Volta, haha.
- I : Moet je ook serieus Volte zeggen als je de telefoon op neemt?
- J.v.d.V. : Nou ik zeg Woenselse Poort 2A...
- I : Het is wel uitgelegd waar die naam vandaan komt?
- J.v.d.V. : Ja, er heeft iets ingestaan..
- M.H. : Ja, volte staat voor, wat was het nou?
- J.v.d.V. : Verbinding? Nee, dat is een andere, de verbinding heb je nou ook...

M.H. : Ja je hebt ook de verbinding, wij heten De Volte en de volte is volgens mij, dat heeft iets te maken met... dat is toen ik dat las dacht ik oh ja, dat is voltageren, wat je met een paard doet, dat ie aan de lijn loopt en dat ie...

I : dat ie loopt...

M.H. : ... maar ik weet niet meer precies

J.v.d.V. : Dat ze hier nog aan de lijn lopen en ergens anders niet.

M.H. : Nou er zit wel een verband in.

J.v.d.V. : Ja, er zat wel een theorie achter.

M.H. : Ja, nou goed dat is allemaal hartstikke leuk...

J.v.d.V. : Er verandert er niks mee, als je de naam verandert.

M.H. : Nee, we zijn gewoon 2A, klaar.

J.v.d.V. : Ja.

M.H. : Ja, ik denk dat wij allemaal vooral goed moeten zijn in per cliënt bekijken wat diegene nodig heeft en waar die naar toe kan, ik denk dat je dan het verste komt .

J.v.d.V. : Ja.

I : Ja.

M.H. : Zorg op maat zeggen ze dan hè?

J.v.d.V. : Ja, het is ook vaak... als je zo'n overkoepelende visie, zo mooi van... 'dit is de visie' en dan krijg je vervolgens een heel ander doelgroep cliënten binnen, zoals het eigenlijk hier de afgelopen jaren steeds gaat.

M.H. : Je kunt ook niet alle cliënten onder één visie brengen...

J.v.d.V. : Psychoten en autisten en dan krijg je er een (naam cliënt) tussen en dat was persoonlijkheidsstoornis vooral en dan kun je wel met je visie zitten, met je Heijkoop, maar dat werkt niet bij zo iemand.

M.H. : Nee.

I : Nee.

J.v.d.V. : Dus dat is ook maar net wat je binnen hebt. Of die overkoepelende visie überhaupt aansluit.

M.H. : Dus ik denk inderdaad dat het een belemmerende factor zou zijn.

I : Zonder verpleegkundige visie?

M.H. : Ja.

I : Oké, volgende stelling.

I : Er is voldoende gefaciliteerd bij het introduceren van de overkoepelende afdelingsvisie om hier als verpleegkundige mee te gaan werken.

J.v.d.V. : Nee.

M.H. : Nee.

J.v.d.V. : Klaar.

I : Want wat is er wel gedaan?

J.v.d.V. : Niks.

M.H. : Nee, er is gewoon gezegd dat we de Heijkoop methode gaan gebruiken.

J.v.d.V. : Jullie zijn een Heijkoop groep, dat was het en er staat een boek in de kast. Dat was het zo'n beetje.

I : Maar Heijkoop is niet de overkoepelende afdelingsvisie. We hadden begrepen dat jullie 1 maart ofzo, tijdens een teammiddag, de overkoepelende visie, die geschreven is door het management uitgelegd hebben gekregen in een of andere powerpoint ofzo.

M.H. : Daar was ik niet bij...

J.v.d.V. : Was ik niet bij.

I : Oh, daar waren jullie allebei niet bij?

J.v.d.V. : Volgens mij hebben ze wel iets gehad over Heijkoop namelijk, 1 maart.

I : Ja, toen hebben ze meer uitgelegd wat er in die overkoepelende afdelingsvisie staat, onder andere Heijkoop dan.

- J.v.d.V. : Ik zeg altijd dat Heijkoop mooi aansluit bij het supportief milieu, daar kun je het mee doen. Nee, daar is eigenlijk vrij weinig mee gedaan. Vooral als je dan zegt nou er is drie maanden nadat je hier zit is dat geïntroduceerd dan denk ik, dan ben je twee maanden te laat...
- I : Maar sowieso voor degene die er niet bij waren is er niets ondernomen om jullie ook op de hoogte te houden van..
- J.v.d.V. : Ja ik was er om kwart over 2 want ik was ook vergeten dat we werkoverleg hadden dus toen ik binnen kwam was het al begonnen en toen hebben we het alleen maar over andere dingen gehad. En verder weet ik eigenlijk niet wat er besproken is.
- I : Hebben jullie verder niks terug gekoppeld gekregen? Of informatie om..
- M.H. : Ja ik heb wel aan een collega gevraagd wat er besproken en we hebben dat stuk over Heijkoop wat op de afdeling ligt wel doorgelezen maar.. Ja goed als je zoiets heel belangrijk vindt dan moet je denk ik voordat zoiets begint zorgen dat je personeel op de hoogte is en dan kun je daarin ook gelijk investeren zeg maar.
- J.v.d.V. : En dan kun je dat ook gelijk inzetten zegmaar, het is lastig om als mensen er al zitten alles weer om te gaan gooien met zo'n visie en alles.
- M.H. : Ja en er wordt dan gezegd van ja dit is een Heijkoop afdeling, en dan zit je hier en dan worden er na 2-3 weken eens een paar van die aan elkaar genietie papiertjes neergeflikkerd van 'ja hier is Heijkoop, succes ermee'.
- J.v.d.V. : Ja en dan zit je bij zo'n voorlichting en dan is het eerste wat je hoort 'ja Heijkoop is eigenlijk helemaal niet belangrijk. Ja oke goede verkoop..
- I : Maar is het nou helemaal duidelijk voor jullie, die methode?
- M.H. : Ja ik heb het wel gelezen maar het zijn ook gewoon heel veel dingen die al duidelijk zijn, die je doet.
- I : Zoals je al werkt?
- M.H. : Ja gewoon verpleegkundige zijn en je verstand gebruiken.
- I : En wordt er nog iets meer mee gedaan, naast alleen die introductie?
- J.v.d.V. : Volgens mij hebben ze twee keer die introductie gehad.. En verder weet ik er niks van.
- M.H. : Ik heb er niks meer van gehoord.
- I : Oké stelling 7: Andere waarden en overtuigingen omtrent verplegen op deze afdeling die ik heb zijn:
- I : Als er nog zaken zijn die genoemd moeten worden, die jullie nog belangrijk vinden.
- J.v.d.V. : Ik denk dat ik alles wel een beetje gezegd heb van wat ik belangrijk vindt, dat je kijkt naar de cliënt en naar de mogelijkheden en dat je daar probeert op in te spelen.
- M.H. : Ja en wat ik altijd wel een belangrijk iets vindt omdat je werkzaam bent op een TBS afdeling zijn er altijd heel veel regels en afspraken en ik denk dat het belangrijk is dat je altijd je ogen open moet houden en moet kijken naar of dat nog wel een goede regel of afspraak is. En dat je die ook wel eens moet herzien of een uitzondering op moet maken zeg maar.
- J.v.d.V. : Ja en dat je niet op basis van veiligheid stil blijft staan met een cliënt.
- M.H. : Ja maar ook niet gewoon omdat het een afspraak is. Hoe vaak hoor je dat niet van 'ja dat hebben we zo afgesproken'
- J.v.d.V. : Ja dat is klopt 'ja dat is al jaaaaren zo' (lacht)
- I : Ja dat je daar inspraak in kunt hebben.
- M.H. : Ja bij de een meer als bij de ander natuurlijk en ik wil niet zeggen dat je alle regels maar aan je laars moet lappen, maar je moet wel kritisch blijven kijken naar wat sowieso nog past in het huidige gebeuren en ik denk dat dat wel heel belangrijk is dat je dat blijft zien en dat je niet maar klakkeloos iets doet omdat je dat zo altijd doet of omdat dat de afspraak is.

- J.v.d.V. : Ja dat zie je vaak bij verschillende mensen in teams van 'ja dat mag niet' 'ja hoezo?' 'ja dat doen we altijd zo' 'ja waarom?' En dan moeten we het daar toch maar eens over gaan hebben en dan uiteindelijk kom je wel tot een andere afspraak.
- M.H. : Ja en je moet ook niet bang zijn om het bij de ene cliënt zus te doen en bij de andere cliënt zo. Ja t wil niet zeggend dat als het bij de ene cliënt zo werkt dat dat voor een andere ook zo geldt. Maar dat komt ook weer terug op het stuk van 'kijk naar de cliënt zelf' want niemand is hetzelfde, je kan wel een leuke visie hebben en afspraken hebben maar iedereen heeft iets anders nodig. Bij de ene hoop je dat die buiten een eigen leven kan leiden en bij de ander hoop je dat die op een longstay stabiel blijft. En zo zijn er vast nog wel 5000 te bedenken. Ja je kunt daar nog wel heel lang allerlei dingen over bedenken.
- I : Oké duidelijk.
- M.H. : Ja tevreden?
- I : Ja.
- J.v.d.V. : Mooi zo.
- I : Oké dan zal ik nog even samenvatten wat er gezegd is, de dingen die jullie hebben genoemd. Bij het ultieme doel zeggen jullie dat eigen verantwoordelijkheid niet het ultieme doel is maar wel voor een deel het eigen verantwoordelijkheid nemen voor de eigen behandeling. Sommige cliënten zijn te ziek, die kunnen dat gewoon niet. Het is wel onderdeel van het grote doel en dan zie je hier het vertrekken naar een gepaste woonomgeving. Bij de tweede vraag hoe dit doel bereikt kan worden: dat is het positief stimuleren en hierbij komt ook medicatie om de hoek kijken. Volledige eenduidigheid is volgens jullie niet mogelijk vanwege verschillende teamleden. Je hebt wel ongeveer dezelfde richting maar daar ga je op je eigen manier mee om, bij bepaalde cliënten heb je wel dezelfde manier van handelen en is de grote lijn hetzelfde qua behandeldoelen maar hier zoek je dan ook je eigen werkwijze in. Bij stelling die, het klakkeloos overnemen van vragen, het moet niet zo zwart-wit gezien worden zeggen jullie, er moet wel ruimte zijn voor discussie ander lijkt het als of je geen inspraak hebt. Er moet ook ruimte zijn en om je eigen mening en ervaringen te delen. Overleg is hierin erg belangrijk. Het ligt aan de vraag hoe je dit uiteindelijk uit voert. Daarbij is de cultuur van de afdeling heel belangrijk en is er in dit team gewoon heel veel ruimte voor overleg en hebben jullie niet echt het idee dat je in een ander team terecht bent gekomen. Jullie zeggen bij stelling 4 dat met name voldoende personeel een bevorderende factor is om verplegen mogelijk te maken. Nu kun je eigenlijk alleen de basis bieden en andere zaken zoals verlof dat komt eigenlijk een stuk minder terug. Wel zijn duidelijke werkafspraken belangrijk, wat betreft veiligheid deze is in jullie ogen slechter geworden. Je zit nu met een stabielere groep maar als er op een andere groep een alarm is dan moet je even goed kijken wie er naar toe gaat. Je moet ook andere interventies toepassen dan wanneer je met voldoende personeel staat. Jullie hebben het gevoel dat je op de werkvloer dat het gevoel van jullie niet altijd begrepen wordt door het management.
- M.H. : Ja dat klopt.
- J.v.d.V. : Ja dat is duidelijk omschreven.
- I : Andere bevorderende factoren voor jullie zijn: leuke cliënten, collega's, als een cliënt vooruitgang boekt. Samenwerking met collega's dat je elkaar kunt aanspreken op gedrag, vragen kunt stellen en gebruik kunt maken van elkaars kwaliteiten. Dat je feedback kunt geven en vertrouwen is daarin heel belangrijk. Jullie zeggen dat er altijd een verpleegkundige visie is en dat jullie niet echt geloven in visies omdat deze om de vijf jaar veranderen, praktisch is het niet echt uitvoerbaar dat je niet altijd een bepaalde methodiek nodig hebt maar dat je per cliënt moet kijken naar wat nodig is. Zorg op maat noemen jullie heel duidelijk en dat je tijdens de patiëntenbespreking je visie uit spreekt en bekijkt wat is er nodig en wat gaan we doen.

Jullie hebben geen terugkoppeling gekregen over de afdelingsvisie toen deze geïntroduceerd werd zeggen jullie bij stelling zes. Jullie vinden dat je van tevoren op de hoogte gesteld moet worden dat er een visie is en dat je deze in kunt lezen zodat je ook voorbereid bent. De methode Heijkoop is voor jullie nog niet helemaal duidelijk maar dat je met name je gezonde verstand en je logisch nadenken gebruikt. Dat helpt jullie meer vooruit heb ik het idee. Andere waarden en overtuigingen zijn dat je kijkt naar de cliënt en naar de mogelijkheden van deze cliënt. En dat je kritisch blijft kijken naar de regels en afspraken ondanks dat je een forensische instelling bent. Dat je niet zomaar klakkeloos alles over neemt maar dat je kijkt naar of de huidige manier van werken nog past bij de cliënt.

§ 4.4 Notulen interview 28 maart 2012

Voorzitter: Tineke Notulist: Sharmay

Aanwezigen: M. B., T. Cranenbroek, H. Waarts, I. van Swelm, S. van Daal

De afstudeergroep wilde van dit interview een transcriptie schrijven, vanwege technische fouten is dit niet mogelijk en heeft de afstudeergroep ervoor gekozen om de notulen van het interview hieronder uit te werken.

Ik geloof dat het ultieme doel van verplegen op deze afdeling is dat cliënten hun eigen verantwoordelijkheid nemen.

Betreffende deelnemer geeft aan dat eigen verantwoordelijkheid nemen van de cliënt niet het ultieme doel is. Dit is overigens wel een belangrijk onderdeel in de behandeling. Hierbij is het belangrijk om te kijken naar hoeveel verantwoordelijkheid een cliënt kán nemen. Een combinatie van eigen verantwoordelijkheid nemen, de cliënt stimuleren, motiveren en gezond gedrag activeren draagt volgens betreffende deelnemer bij aan zoveel mogelijk zelfstandigheid van de cliënt en aan een weg terug in de maatschappij.

Ik geloof dat eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team.

Betreffende deelnemer is van mening dat het ultieme doel van verplegen kan worden bereikt wanneer iedereen binnen het team de neuzen dezelfde kant op heeft staan. Dit wil zeggen dat het belangrijk is om binnen het team dezelfde lijnen te volgen en dit ook uit te stralen naar de cliënten. Vanwege de reorganisatie is deze eenduidigheid niet altijd mogelijk. Inmiddels is er minder mogelijkheid tot duidelijke communicatie. Daarnaast hanteert nog steeds ieder teamlid een eigen werkwijze. Er zijn afspraken die mogelijk ook anders geïnterpreteerd kunnen worden. Rondom zorg vindt betreffende deelnemer het belangrijk om duidelijke afspraken te maken met het team met betrekking tot het einddoel van een cliënt en om te overleggen hoe het team dit kan bereiken.

Ik geloof dat mijn rol als verpleegkundige met betrekking tot mijn werkzaamheden is : dat ik doe wat er van mij gevraagd wordt door alle partijen.

Betreffende deelnemer is het oneens met bovenstaande stelling. Betreffende deelnemer geeft aan dat hij dit niet passend vindt bij de rol van verpleegkundige. Betreffende deelnemer vindt het belangrijk om passende zorg te verlenen. Dit wordt gezien als het kijken naar de persoon die je voor je hebt, zodat hier individueel op kan worden ingespeeld. Hierbij vindt de deelnemer het belangrijk om rekening te houden met het niveau van de desbetreffende persoon die hij voor zich heeft. Respect tonen is hierbij ook een belangrijk onderdeel.

Ik geloof dat voldoende personeel en duidelijke werkafspraken op papier bevorderende factoren zijn om verplegen op deze afdeling mogelijk te maken.

Betreffende deelnemer is het eens dat voldoende personeel een bevorderende factor is voor het verplegen op de afdeling. Op deze afdeling heeft het team te maken met een rustige doelgroep, maar er is wel voldoende personeel nodig om met de cliënten op verlof te kunnen. Voldoende personeel is voor betreffende deelnemer een voorwaarde om de zorg voor cliënten te waarborgen. Naast met de cliënten op verlof kunnen is er ook voldoende personeel nodig om de studenten van het ZIC te begeleiden en moet er ruimte zijn om anderen te helpen op een andere afdeling.

Vanwege de reorganisatie is er minder personeel werkzaam, wat een belemmering vormt voor de communicatie in verschillende overlegvormen. Hierdoor kan de behandeling stagneren.

Betreffende deelnemer vindt duidelijke werkafspraken op papier goed, maar werkt ook niet prettig met teveel afspraken op papier. De deelnemer ziet graag dat er afspraken worden gemaakt over hoe en waar bepaalde afspraken worden vastgelegd.

De betreffende deelnemer ondervindt last van de huidige manier van werken; dat er soms afspraken blijven liggen en dat er niet volledig kan worden overgedragen.

De deelnemer is van mening dat multidisciplinaire samenwerking ook behoort tot één van de bevorderende factoren om verplegen op de afdeling mogelijk te maken. Hierbij wordt gedacht aan betere communicatie tussen bijvoorbeeld de therapeuten die de verschillende therapieën begeleiden en het verpleegkundig team, zodat voor het team inzichtelijk wordt hoe er inhoud wordt gegeven aan de blokken en hoe de cliënt hierin participeert. Hierbij kan ook worden gedacht aan in hoeverre de therapie aansluit bij het niveau van de cliënt.

Ik geloof dat werken met een overkoepelende afdelingsvisie, zonder een aparte verpleegkundige visie, een belemmerende factor is bij het verantwoorden en onderbouwen van mijn verpleegkundige werkzaamheden.

Allereerst geeft betreffende deelnemer aan niet op de hoogte te zijn van waar de eerder geschreven overkoepelende afdelingsvisie ligt. De deelnemer ziet het werken zonder verpleegkundige visie als een belemmering in het verantwoorden en onderbouwen van zijn verpleegkundige werkzaamheden. De deelnemer is van mening dat het verpleegkundig team prima in staat is om als team een eigen visie samen te stellen, zodat ieder teamlid achter deze visie staat en bereidwillig is om hiermee te werken, in tegenstelling tot de overkoepelende afdelingsvisie die zagezegd van bovenaf wordt opgelegd.

De deelnemer ziet in de verpleegkundige visie graag terug dat het gezond gedrag van de cliënten wordt geactiveerd en gestimuleerd. Daarnaast dat cliënten voorop worden gesteld en dat het maximale wordt gehaald uit de zorg voor de cliënt. Tevens ziet de deelnemer graag terug in de visie dat je als verpleegkundige blijft kijken naar het individu en dat er per cliënt wordt gekeken naar hoe er kan worden aangesloten bij de individuele zorgvraag.

Er is voldoende gefaciliteerd bij het introduceren van de overkoepelende afdelingsvisie om hier als verpleegkundige mee te gaan werken.

De deelnemer is van mening dat de overkoepelende afdelingsvisie niet voldoende is geïntroduceerd. Betreffende heeft de introductie van de overkoepelende afdelingsvisie op 1 maart jongstleden bijgewoond, maar is niet op de hoogte van hetgeen wat het management nu precies heeft gedaan. Betreffende heeft het idee dat de nieuwe overkoepelende afdelingsvisie oude wijn in nieuwe vaten is. De beschreven methodieken in de overkoepelende afdelingsvisie, worden al gehanteerd in de huidige werkwijze van het verpleegkundig team.

De betreffende deelnemer wil graag dat het team betrokken wordt bij het schrijven van een visie. Om deze reden vindt de deelnemer het fijn dat hij op deze manier wordt betrokken bij het schrijven van een verpleegkundige visie.

Andere waarden en overtuigingen omtrent verplegen op deze afdeling die ik heb zijn:

De betreffende deelnemer benoemd dat zijn waarden en normen omtrent verplegen al benoemd zijn. Daarnaast heeft betreffende bepaalde normen en waarden met betrekking tot de omgangsvorm met cliënten. Deze normen en waarden draagt hij ook uit naar de cliënten. In de omgangsvorm met collega's vindt betreffende openheid, communicatie en relaties belangrijk. Daarnaast is de deelnemer van mening dat verplegen komt vanuit jezelf.

Bijlage 5 Uitkomsten waardeverhelderingsoefening

Om het zo overzichtelijk mogelijk te houden heeft de afstudeergroep ervoor gekozen om de uitkomsten van de waardeverhelderingsoefeningen per stelling en per groep weer te geven. De uitwerking en conclusie van deze uitkomsten zijn terug te vinden in hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.1. (uitkomsten) en paragraaf 2.2.1.1 (conclusie).

Groep 1 bestond uit drie verpleegkundigen die voor de reorganisatie op verschillende afdelingen werkzaam waren. Groep 2 bestond uit twee verpleegkundigen en een SPH'er. De twee verpleegkundigen uit groep 2 werkten samen op dezelfde afdeling en de SPH'er kwam van een andere afdeling.

Groep 3 bestond uit twee verpleegkundigen die samen op een andere afdeling werkzaam waren.

Het laatste interview betrof één verpleegkundige. Dit interview wordt beschreven als 'interview 4'.

Ik geloof dat het ultieme doel van verplegen op deze afdeling is dat cliënten hun eigen verantwoordelijkheid nemen.

Groep 1:

Deze groep geeft aan dat het nemen van eigen verantwoordelijkheid bij cliënten niet het ultieme doel is van verplegen op afdeling FPC 2A. Echter, denkt groep 1 dat het ultieme doel is dat cliënten zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren en dat de begeleiding helpt waar nodig. Daarnaast vindt groep 1 het de taak van de verpleegkundigen om cliënten te helpen leren omgaan met de beperkingen en hen daarbij wijst op hun eigen verantwoordelijkheid. Echter, kan er niet van iedere cliënt verwacht worden dat zij die verantwoordelijkheid kúnnen nemen. Er wordt gekeken in hoeverre de cliënt een bepaalde verantwoordelijkheid op zich kan nemen, waarbij het niveau van de cliënt in de gaten moet worden gehouden.

Tevens wordt er benoemd dat zelfstandigheid van de cliënt belangrijk is, zodat de cliënten op een vervolgafdeling een stapje verder kunnen komen in de behandeling.

Groep 2:

Deze groep vindt dat het nemen van de verantwoordelijkheid bij cliënten geen op zichzelf staand doel is, maar slechts onderdeel is van het uiteindelijke doel. Groep 2 vindt het doel van verplegen dat er wordt toegewerkt naar resocialisatie in de maatschappij binnen een woonomgeving die bij de cliënt past.

Interview 3:

De deelnemers geven aan dat het ultieme doel niet alleen eigen verantwoordelijkheid nemen is. De cliënten moeten wel eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun behandeling. Echter, sommige cliënten zijn te ziek, waardoor eigen verantwoordelijkheid nemen niet altijd mogelijk is.

Wat de deelnemers wel als het ultieme doel zien is dat de cliënten stabiel de afdeling verlaten, naar een voor hen gepaste woonomgeving, binnen de mogelijkheden van de cliënt.

Interview 4:

Betreffende deelnemer geeft aan dat eigen verantwoordelijkheid nemen van de cliënt niet het ultieme doel is. Dit is overigens wel een belangrijk onderdeel in de behandeling. Hierbij is het belangrijk om te kijken naar hoeveel verantwoordelijkheid een cliënt kán nemen. Een combinatie van eigen verantwoordelijkheid nemen, de cliënt stimuleren, motiveren en gezond gedrag activeren draagt volgens betreffende deelnemer bij aan zoveel mogelijk zelfstandigheid van de cliënt en aan een weg terug in de maatschappij.

Ik geloof dat eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bereikt kan worden door eenduidigheid in handelen binnen het team.

Groep 1:

De groep vindt enerzijds dat er eenduidigheid nodig is om het ultieme doel van verplegen te bereiken, anderzijds vindt groep 1 als er verschillende benaderingswijzen worden gehanteerd door het team, de cliënten worden voorbereid op de maatschappij. De afdeling is hiervoor een goed en veilig oefenmilieu. Groep 1 vindt het belangrijk dat iedereen binnen het team de ruimte krijgt om op zijn eigen manier te werken met de cliënt. Authenticiteit vinden de deelnemers van groep 1 belangrijk, zolang de grove lijn van de behandeling hetzelfde is.

Groep 2:

Groep 2 denkt dat volledige eenduidigheid binnen het team niet haalbaar is. De groep vindt dat er wisseling nodig is in de bejegening naar de cliënt, aangezien de afdeling een afspiegeling is van de maatschappij. Volledige eenduidigheid is volgens groep 2 niet noodzakelijk, gekeken naar de cliëntengroep op de afdeling. De in het behandelplan afgesproken doelen vormen de leidraad van het handelen waarin ieder zijn eigen manier kan vinden.

Er wordt aangegeven dat sinds er met de methode Heijkoop moet worden gewerkt, men zoekende is naar hoe dit vorm gegeven moet worden. Om gelijk gerichtheid binnen het team te verkrijgen is het belangrijk dat er overlegmogelijkheden zijn, volgens groep 2 zijn deze er nu minder, waardoor afspraken minder goed duidelijk zijn of worden nageleefd.

Interview 3:

De deelnemers zijn het hier niet mee eens. Eenduidigheid in handelen is niet altijd haalbaar, omdat je te maken hebt met verschillende teamleden. De teamleden volgen allemaal dezelfde richting, maar doen dit wel op hun eigen manier. Bij bepaalde cliënten is het wel belangrijk om op dezelfde manier te handelen, bijvoorbeeld bij een cliënt met autisme. De grote lijn is voor iedereen hetzelfde, met betrekking tot de behandeldoelen, maar iedereen heeft zijn eigen werkwijze.

De deelnemers noemden ook dat door positief stimuleren het doel bereikt kan worden, maar dat ook medicatie hierbij een rol speelt.

Interview 4:

Betreffende deelnemer is van mening dat het ultieme doel van verplegen kan worden bereikt wanneer iedereen binnen het team de neuzen dezelfde kant op heeft staan. Dit wil zeggen dat het belangrijk is om binnen het team dezelfde lijnen te volgen en dit ook uit te stralen naar de cliënten. Vanwege de reorganisatie is deze eenduidigheid niet altijd mogelijk. Inmiddels is er minder mogelijkheid tot duidelijke communicatie. Daarnaast hanteert nog steeds ieder teamlid een eigen werkwijze. Er zijn afspraken die mogelijk ook anders geïnterpreteerd kunnen worden. Rondom zorg vindt betreffende deelnemer het belangrijk om duidelijke afspraken te maken met het team met betrekking tot het einddoel van een cliënt en om te overleggen hoe het team dit kan bereiken.

Ik geloof dat mijn rol als verpleegkundige met betrekking tot mijn werkzaamheden is : dat ik doe wat er van mij gevraagd wordt door alle partijen.

Groep 1:

Groep 1 denkt dat zij niet alles hoeven te doen wat er van hen gevraagd wordt door alle partijen. De cliënten hebben bepaalde zorgvragen waarin de verpleegkundigen hen ondersteunen. Hierbij wordt gekeken naar wat de verpleegkundigen zelf belangrijk vinden voor de cliënt en welk zorgaanbod zij hierbij geven. De groep geeft aan dat verpleegkundige zijn een taak op zich is en dat dat meer naar voren gebracht mag worden. Dit houdt in dat de verpleegkundigen niet alleen opdrachten willen

uitvoeren, maar dat zij zelf blijven nadenken en eigen input hebben. De groep vindt het hierbij belangrijk om het eigen taakgebied af te bakenen.

Groep 2:

De deelnemers van groep 2 vindt dat zij niet altijd alles hoeven te doen wat er van hen gevraagd wordt, zolang keuzes die zij maken maar onderbouwd kunnen worden met goede argumenten. Als verpleegkundige moet je de afweging kunnen maken in of je iets wel of niet doet. Daarnaast wordt er aangegeven dat er de laatste tijd veel van hen wordt gevraagd wat niet binnen het verpleegkundig taakgebied past.

Interview 3:

De deelnemers zijn van mening dat het niet zo zwart-wit moet worden gezien. Er moet wel ruimte zijn voor discussie. Je doet wat je moet doen en komt je afspraken na. De deelnemers geven aan dat de manier waarop de stelling is weergegeven dat het lijkt alsof de verpleegkundigen geen inspraak hebben, wat wel het geval is. Ze vinden het belangrijk dat meningen en ervaringen van verschillende disciplines belangrijk zijn en moeten worden meegenomen in de besluitvorming rondom een cliënt. De deelnemers vinden het belangrijk dat je je eigen grenzen stelt, hierin is overleggen met collega's, cliënten en het management belangrijk. Daarnaast is het onderbouwen van de eigen visie, hoe je bepaalde zaken ziet, van belang.

Volgens de deelnemers ligt het aan de vraag of ze deze uit gaan voeren, soms kun je er echter niet om heen.

Interview 4:

Betreffende deelnemer is het oneens met bovenstaande stelling. Betreffende deelnemer geeft aan dat hij dit niet passend vindt bij de rol van verpleegkundige. Betreffende deelnemer vindt het belangrijk om passende zorg te verlenen. Dit wordt gezien als het kijken naar de persoon die je voor je hebt, zodat hier individueel op kan worden ingespeeld. Hierbij vindt de deelnemer het belangrijk om rekening te houden met het niveau van de desbetreffende persoon die hij voor zich heeft. Respect tonen is hierbij ook een belangrijk onderdeel.

Ik geloof dat voldoende personeel en duidelijke werkafspraken op papier bevorderende factoren zijn om verplegen op deze afdeling mogelijk te maken.

Groep 1:

Groep 1 geeft aan het belangrijk te vinden dat er voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig is op de afdeling. Een lage bezetting heeft een negatieve invloed op de hoeveelheid cliëntencontact, wat het resocialisatietraject belemmert.

Duidelijke werkafspraken vindt deze groep tot op zekere hoogte belangrijk, niet alles hoeft vastgelegd te worden, maar bijvoorbeeld bij het voorbereiden op stukken en administratief werk dienen wel afspraken te worden gemaakt. Overigens wordt communicatie gezien als een belangrijk onderdeel bij het maken en naleven van afspraken.

Groep 1 is van mening dat er belangrijke informatie verloren gaat doordat zaken niet duidelijk worden overgebracht en/of in een kort tijdsbestek moet gebeuren.

De groep stelt zichzelf de vraag of het team nog aan de norm kan voldoen die als kwalitatief goede zorg wordt beschouwd.

Tevens wordt de werksfeer gezien als een belangrijke bevorderende factor. Groep 1 geeft aan het belangrijk te vinden dat er tijd is voor iedereen om hun hart te luchten bij collega's wat betreft zowel cliënt gerelateerde zaken als persoonlijke zaken.

Tot slot ervaart de groep steun vanuit het management als waardevol.

Groep 2:

Groep 2 is van mening dat het team zich met voldoende gekwalificeerd personeel wat ruimer kan inzetten voor de cliënten. Voor het team is voldoende personeel de dingen kunnen doen die ze zich voornemen om te willen doen. Naast voldoende gekwalificeerd personeel wordt voldoende faciliteiten, zoals het in orde zijn van de keuken, gezien als een bevorderende factor om cliënten te ondersteunen in hun resocialisatie. Groep 2 vindt dat dit nu redelijk voor elkaar is.

De werksfeer wordt als belangrijk gezien, waarin het team zichzelf kan zijn en de teamleden worden gewaardeerd en gerespecteerd. De cultuur, de sfeer van de afdeling is erg belangrijk is om tot goede prestaties te komen.

Interview 3:

De deelnemers zijn van mening dat met name voldoende personeel een bevorderende factor is. Momenteel kunnen de verpleegkundigen alleen de basis van de behandeling aanbieden en andere zaken als op verlof gaan worden een stuk minder. Eerst was het mogelijk om meerdere keren in de week op verlof te gaan, nu is dat hooguit één keer. Of tussentijds met cliënten te gaan wandelen is momenteel niet mogelijk, waar dit eerder wel het geval was.

Daarnaast is door minder personeel de veiligheid op de afdeling achteruit gegaan. Momenteel is de groep stabiel, maar andere groepen zijn dit niet. Hierdoor worden ook andere interventies toegepast, dan wanneer je met voldoende mensen staat. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt er minder goed bij zit en eigenlijk aangepaste begeleiding behoeft. Hier kan niet voor worden gekozen omdat er te weinig personeel is en hun veiligheid niet gewaarborgd kan worden.

De deelnemers vinden duidelijke werkafspraken belangrijk.

De deelnemers geven aan dat ze het gevoel hebben niet altijd te worden begrepen door het management team.

Andere bevorderende factoren volgens de deelnemers zijn: leuke cliënten, leuke collega's en voldoening halen uit een cliënt die vooruit gaat in zijn behandeling.

De deelnemers noemen de samenwerking met collega's als bevorderend voor het verplegen op de afdeling. Ze kunnen elkaar aanspreken op gedrag, elkaar vragen stellen en gebruik maken van elkaars kwaliteiten (bijvoorbeeld bij nieuwe cliënten, die voor bepaalde teamleden wel bekend zijn) en er is ruimte voor het geven van feedback. Er is onderling vertrouwen.

Interview 4:

Betreffende deelnemer is het eens dat voldoende personeel een bevorderende factor is voor het verplegen op de afdeling. Op deze afdeling heeft het team te maken met een rustige doelgroep, maar er is wel voldoende personeel nodig om met de cliënten op verlof te kunnen. Voldoende personeel is voor betreffende deelnemer een voorwaarde om de zorg voor cliënten te waarborgen. Naast met de cliënten op verlof kunnen is er ook voldoende personeel nodig om de studenten van het ZIC te begeleiden en moet er ruimte zijn om anderen te helpen op een andere afdeling.

Vanwege de reorganisatie is er minder personeel werkzaam, wat een belemmering vormt voor de communicatie in verschillende overlegvormen. Hierdoor kan de behandeling stagneren.

Betreffende deelnemer vindt duidelijke werkafspraken op papier goed, maar werkt ook niet prettig met teveel afspraken op papier. De deelnemer ziet graag dat er afspraken worden gemaakt over hoe en waar bepaalde afspraken worden vastgelegd.

De betreffende deelnemer ondervindt last van de huidige manier van werken; dat er soms afspraken blijven liggen en dat er niet volledig kan worden overgedragen.

De deelnemer is van mening dat multidisciplinaire samenwerking ook behoort tot één van de bevorderende factoren om verplegen op de afdeling mogelijk te maken. Hierbij wordt gedacht aan betere communicatie tussen bijvoorbeeld de therapeuten die de verschillende therapieën begeleiden en het verpleegkundig team, zodat voor het team inzichtelijk wordt hoe er inhoud wordt gegeven aan de blokken en hoe de cliënt hierin participeert. Hierbij kan ook worden gedacht aan in hoeverre de therapie aansluit bij het niveau van de cliënt.

Ik geloof dat werken met een overkoepelende afdelingsvisie, zonder een aparte verpleegkundige visie, een belemmerende factor is bij het verantwoorden en onderbouwen van mijn verpleegkundige werkzaamheden.

Groep 1:

De groep geeft aan het belangrijk te vinden dat de verpleegkundige visie wordt toegespitst op de cliëntengroep en de daarbij horende werkzaamheden. Dit helpt het team in het onderbouwen van de werkzaamheden. De groep geeft aan dat er een vertaalslag gemaakt dient te worden van de overkoepelende afdelingsvisie naar de verpleegkundige visie. Hierdoor voelt deze groep zich gehoord, aangezien verpleegkunde een aparte beroepsgroep is met hun eigen werkzaamheden en taken.

In de verpleegkundige visie ziet deze groep graag terug dat het gericht is op de verpleegkundige beroepsgroep. Daarnaast zien zij de verpleegkundige visie graag kort weergegeven.

Groep 2:

De groep is van mening dat de verpleegkundige visie onderdeel is van de overkoepelende afdelingsvisie en dat het één niet los kan worden gezien van het ander. Er wordt aangegeven dat de overkoepelende afdelingsvisie vele termen bevat die niet geheel duidelijk zijn voor het team om hier nu al mee te gaan werken. De groep geeft aan dat de overkoepelende afdelingsvisie nog als vaag wordt beschouwd, maar de verpleegkundige visie hen handvatten biedt en dat deze visie de basis vormt.

Groep 2 benoemt dat de bejegening naar de cliënt belangrijk is om te beschrijven in de verpleegkundige visie. Binnen de bejegening vinden ze duidelijkheid en betrouwbaar zijn belangrijk, dit wordt gezien als de kernfactoren van verpleegkunde. Groep 2 vindt met name dat het gaat om hoe je omgaat met iemand in een kwetsbare positie, dat je je kunt aanpassen op de cliënt die je voor je hebt. Hierbij is kennis over basale psychopathologie een onlosmakelijk deel.

Interview 3:

De deelnemers zijn van mening dat er altijd een verpleegkundige visie is, omdat je altijd handelt vanuit je eigen waarden en normen. Een van de deelnemers gelooft niet in visies, omdat deze altijd op hetzelfde neerkomen. Ook veranderen ze elke vijf jaar en bepaalde methodieken zijn niet altijd praktisch uitvoerbaar. Een afdelingsvisie is niet altijd nodig, wordt er gezegd.

De deelnemers vinden het met name belangrijk dat er per cliënt bekeken wordt wat hij nodig heeft en waar hij naar toe gaat met de behandeling. Zorg op maat (ZOM) wordt hierbij genoemd.

De deelnemers geven aan dat er tijdens patiëntenbesprekingen de verpleegkundige visie op de cliënten wordt besproken, hierin wordt besproken hoe het gaat met de cliënten en komen de meningen en ervaringen van de verschillende verpleegkundigen naar voren.

Interview 4:

Allereerst geeft betreffende deelnemer aan niet op de hoogte te zijn van waar de eerder geschreven overkoepelende afdelingsvisie ligt. De deelnemer ziet het werken zonder verpleegkundige visie als een belemmering in het verantwoorden en onderbouwen van zijn verpleegkundige werkzaamheden. De deelnemer is van mening dat het verpleegkundig team prima in staat is om als team een eigen visie samen te stellen, zodat ieder teamlid achter deze visie staat en bereidwillig is om hiermee te werken, in tegenstelling tot de overkoepelende afdelingsvisie die zagezegd van bovenaf wordt opgelegd.

De deelnemer ziet in de verpleegkundige visie graag terug dat het gezond gedrag van de cliënten wordt geactiveerd en gestimuleerd. Daarnaast dat cliënten voorop worden gesteld en dat het maximale wordt gehaald uit de zorg voor de cliënt. Tevens ziet de deelnemer graag terug in de visie dat je als verpleegkundige blijft kijken naar het individu en dat er per cliënt wordt gekeken naar hoe er kan worden aangesloten bij de individuele zorgvraag.

Er is voldoende gefaciliteerd bij het introduceren van de overkoepelende afdelingsvisie om hier als verpleegkundige mee te gaan werken.

Groep 1:

Voor groep 1 is het duidelijk dat de overkoepelende afdelingsvisie duidelijke kaders bevat waarbinnen het team zich kan bewegen, maar de overkoepelende afdelingsvisie is nog niet geïmplementeerd op de afdeling. Er is tot nu toe alleen een introductie/presentatie geweest, waardoor het team momenteel nog geen duidelijke handvatten heeft om ermee te gaan werken. Het management heeft de leden van het team gevraagd mee te denken over de toepassing van de overkoepelende afdelingsvisie op de afdeling. Groep 1 geeft aan het als positief te ervaren dat het team input heeft en dat hen niet iets wordt opgelegd.

Groep 2:

De groep benoemt dat er twee maal een introductie over de methode Heijkoop heeft plaatsgevonden. Het is voor het team echter nog onduidelijk wat de methode Heijkoop exact inhoudt. Er wordt benoemd dat het team behoefte heeft aan een opleiding en/of een cursus, waarbij geoefend wordt met casuïstieken van eigen cliënten.

Interview 3:

Hier zijn de deelnemers het niet mee eens. Zij konden niet aanwezig zijn bij deze introductie. Naderhand hebben zij geen terugkoppeling gekregen over de overkoepelende afdelingsvisie. Wel heeft een van de deelnemers aan collega's nagevraagd wat er is besproken tijdens de introductie. De deelnemers zijn van mening dat mensen van tevoren op de hoogte gesteld moeten worden zodat zij zich (eventueel) kunnen voorbereiden.

Voor deze deelnemers is de methode Heijkoop niet duidelijk. Een deelnemer heeft er wel het een en ander over gelezen.

Ze zijn van mening dat ze het verpleegkundige verstand moeten gebruiken en vooral logisch moeten blijven nadenken in de behandeling van de cliënt.

Interview 4:

De deelnemer is van mening dat de overkoepelende afdelingsvisie niet voldoende is geïntroduceerd. Betreffende heeft de introductie van de overkoepelende afdelingsvisie op 1 maart jongstleden bijgewoond, maar is niet op de hoogte van hetgeen wat het management nu precies heeft gedaan. Betreffende heeft het idee dat de nieuwe overkoepelende afdelingsvisie oude wijn in nieuwe vaten is. De beschreven methodieken in de overkoepelende afdelingsvisie, worden al gehanteerd in de huidige werkwijze van het verpleegkundig team.

De betreffende deelnemer wil graag dat het team betrokken wordt bij het schrijven van een visie. Om deze reden vindt de deelnemer het fijn dat hij op deze manier wordt betrokken bij het schrijven van een verpleegkundige visie.

Andere waarden en overtuigingen omtrent verplegen op deze afdeling die ik heb zijn:

Groep 1:

De groep vindt het belangrijk dat de cliënt als individu wordt gezien en dat de autonomie van de cliënt wordt bewaard. Tevens vinden zij het belangrijk om samen te werken met de cliënt, dat het personeel niet boven hen staat en dat er samen wordt gewerkt aan de behandeling. Verder vindt de groep het belangrijk dat er in de samenwerking met collega's openheid, eerlijkheid en vertrouwen is. Feedback geven en ontvangen is hierbij een belangrijk onderdeel.

Groep 2:

Groep 2 is van mening dat alle waarden en overtuigingen al naar voren zijn gekomen.

Interview 3:

De deelnemers zijn van mening dat er altijd moet worden uitgegaan van de mens. Wat zijn de mogelijkheden van de cliënt? De afdeling is een TBS afdeling waar je veel te maken hebt met regels. De deelnemers vinden het belangrijk dat er kritisch gekeken blijft worden naar deze regels en of deze nog passen bij de huidige manier van werken en/of de cliënt.

Interview 4:

De betreffende deelnemer benoemd dat zijn waarden en normen omtrent verplegen al benoemd zijn. Daarnaast heeft betreffende bepaalde normen en waarden met betrekking tot de omgangsvorm met cliënten. Deze normen en waarden draagt hij ook uit naar de cliënten. In de omgangsvorm met collega's vindt betreffende openheid, communicatie en relaties belangrijk. Daarnaast is de deelnemer van mening dat verplegen komt vanuit jezelf.

Bijlage 6 Expertraadpleging: visieontwikkeling

In deze bijlage staan de notulen van het gesprek dat de afstudeergroep heeft gevoerd met een expert op het gebied van visie ontwikkeling, op 15 maart 2012.

Gesprek met Miranda Snoeren

Datum: 15-03-2012

Aanwezigen: M. Snoeren, S. van Daal, H. Waarts, T. Cranenbroek, I. van Swelm.

Donderdag 15 maart heeft de afstudeergroep een gesprek gehad met Miranda Snoeren over het ontwikkelen van een visie. De voorzitter heeft een inleiding gegeven over de inhoud van het afstudeerproject waarna aangegeven wordt dat er door de afstudeergroep een aantal vragen zijn opgesteld over het ontwikkelen van een verpleegkundige visie.

Miranda geeft aan dat zij al regelmatig op afdelingen een visie mee heeft ontwikkeld en vertelt dat het regelmatig voor komt dat er door het management een visie van bovenaf op wordt gelegd en deze vervolgens door het team niet wordt gedragen. Miranda benadrukt hierbij het belang van het proces bij het schrijven van een visie, dit is veel belangrijker dan het officiële document. Dit kan bereikt worden door aan het team te vragen wat zij belangrijk vinden (bottom-up) om zo tot een gedeelde visie te komen, enkele methodes hiervoor zijn vooral dialoogvormen, daarnaast kan er ook een SWOT-analyse worden gedaan, een workshop worden uitgevoerd etc.

Miranda geeft als voorbeeld dat zij op een afdeling een metafoor heeft opgehangen, een zon waar een aantal kernwoorden in staan, om zo het team te betrekken bij het ontwikkelen van een visie. Ook is er een andere afstudeergroep geweest die een aantal uittrekkenn op de afdeling hebben uitgedeeld waarin in een tabelvorm de belangen van het team worden weergegeven.

De afstudeergroep vraagt of er nog specifieke criteria zijn voor het schrijven van een verpleegkundige visie. Miranda geeft aan dat zij niet weet of er echt officiële richtlijnen zijn omdat zij altijd zo veel mogelijk gebruik heeft gemaakt van wat het team belangrijk vindt. In het visiedocument is het echter wel belangrijk om het doel (de missie) en de visie te beschrijven. Ook is het belangrijk om te weten wat er verwacht wordt vanuit het team maar ook vanuit het management, wordt er een officieel document verwacht of is een korte beschrijving ook voldoende?

Tenslotte vertelt Miranda dat het belangrijk is om in de verpleegkundige visie niet teveel vakjargon te gebruiken die door het management gebruikt wordt en die nog van weinig betekenis is voor het verpleegkundig team, om de visie zo begrijpelijk mogelijk te maken. Het is daarom ook niet nodig om methodieken te benoemen maar juist de vertaalslag te maken naar de verpleegkundigen waarbij wel verwijzingen gegeven kunnen worden naar de afdelingsvisie of de visie van de organisatie zodat deze zo goed mogelijk aansluit.

De voorzitter bedankt Miranda voor de informatie en de tijd die vrijgemaakt is voor het gesprek. Miranda geeft aan dat ze nog wat literatuur en artikelen heeft die kunnen helpen bij het ontwikkelen van een visie en dat ze deze opstuurt. Ook wordt aangegeven dat de afstudeergroep voor vragen kan mailen.

Bijlage 7 Expertraadpleging: ACM

In deze bijlage staan de notulen van het gesprek dat de afstudeergroep heeft gevoerd met de assistent zorgmanager van FPC 2A, op 19 maart 2012.

Notulen gesprek assistent centrummanager FPC 2A

Datum: 19-03-2012

Aanwezigen: ACM, I. van Swelm (voorzitter), H. Waarts, T. Cranenbroek (notulist), S. van Daal

De afstudeergroep heeft een gesprek gepland met de assistent centrummanager (ACM) om inzichtelijk te krijgen hoe de overkoepelende afdelingsvisie, die recentelijk geschreven is, tot stand gekomen is.

De ACM begon met de uitleg waar de overkoepelende visie van afgeleid is. Leidend voor de afdelingsvisie is de missie en de visie van De Woenselse Poort.

In de afdelingsvisie zijn drie theorieën opgenomen die de boventoon voeren. Dit zijn: best practice, what works principles, waarvan de risk-needs-responsivity (RNR) de eerste drie principes zijn en good lives model. De ACM gaf echter aan dat het, in 2005 geïntroduceerde supportief milieu (model), nog steeds leidend is voor het handelen op de afdeling. Het supportief model komt voort uit het landelijke zorgprogramma psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk.

De ACM gaf aan dat de methode Heijkoop voor afdeling FPC 2A naast de andere methodieken staat. De methode sluit namelijk niet volledig aan bij de cliëntengroep van FPC 2A. Echter kunnen er zaken, die belangrijk zijn uit de methode, toegepast worden.

De ACM gaf aan dat de cliënten op FPC 2A weinig motivatie hebben om naar hun programma te gaan. Er is veel hospitalisatie en weinig resocialisatie. Het is belangrijk om te kijken wat de cliënt nog kan en die vaardigheden aan te spreken. Deze principes passen goed bij het sociotherapeutisch milieu en het good lives model.

Naast het supportief milieu en de andere bijhorende methodieken heeft De Woenselse Poort te maken met Planetree. Dit is een methodiek die GGzE breed wordt toegepast. De GGzE heeft voor deze methode gekozen om zich te kunnen onderscheiden van andere GGZ instellingen, vanwege de marktwerking. De Woenselse Poort heeft echter wel te maken met bepaalde beperkingen, gezien de juridische maatregelen, waardoor Planetree niet volledig kan worden toegepast.

Momenteel wordt er door de verpleegkundigen van FPC 2A gewerkt met een systeem van straffen in plaats van belonen. De ACM is van mening dat een systeem waarin belonen op de voorgrond staat, zoals de community reinforcement approach (CRA), voor deze cliëntengroep beter werkt als stimulans.

Zoals eerder al werd gezegd gaf de ACM aan dat er al jaren volgens het supportief model wordt gewerkt. Bijvoorbeeld tijdens casuïstiek (patiënten)besprekingen. De ACM is echter van mening dat het team zich hier niet altijd van bewust is en dat er onbewust veel ervaring in huis is omtrent het supportief model. De ACM is van mening dat er per cliënt gekeken moet worden wat mogelijk is, ofwel zorg op maat (ZOM) bieden. Bijvoorbeeld hoe krijg je cliënt X in beweging?

Een goede manier om een visie toepasbaar te maken op de afdeling is volgens de ACM om tijdens een teammiddag, aan de hand van verschillende thema's en in subgroepjes, casuïstieken te bespreken die herkenbaar zijn voor het team. Of om dit te doen met gehele team en dan een specifieke casus te bespreken.

Op 1 maart jongstleden is de visie geïntroduceerd onder de verpleegkundigen. Dit is gebeurd aan de hand van een powerpointpresentatie. Naderhand gaven de verpleegkundigen aan dat het verhaal helder was en kwamen ze tot de conclusie dat de manier zoals ze nu werken, overeenkomt met de methodieken en theorieën die werden geïntroduceerd.

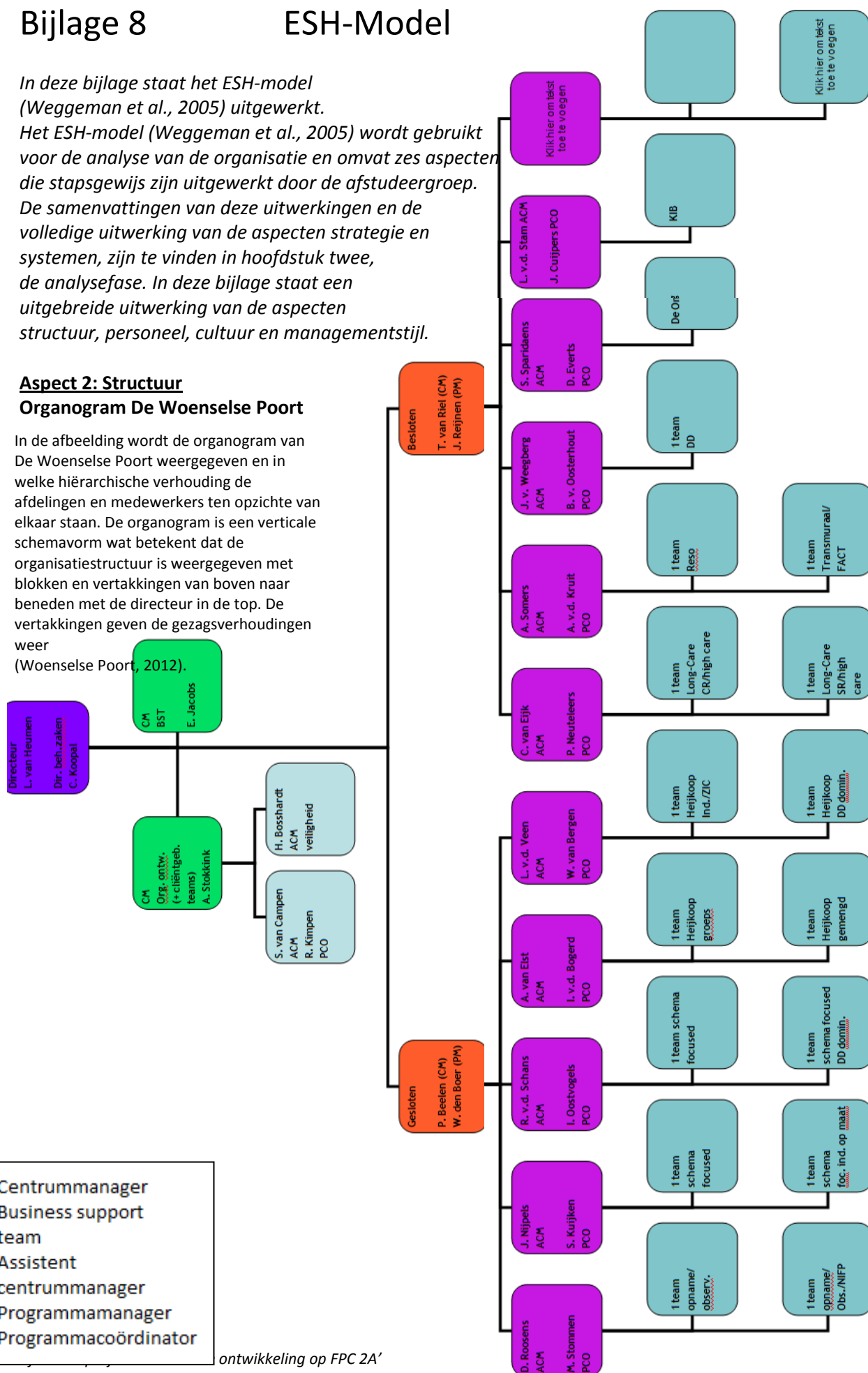
De ACM is van mening dat er op dit moment frustratie bestaat binnen het team, vanwege de krappe formatie. Het verpleegkundig team moet meer doen, in kortere tijd en kunnen hierdoor niet meer alle zorg bieden die ze willen bieden. Ook komt er meer druk vanuit justitie en de zorgverzekeraars, omdat de laatste hun geld goed besteed zien worden. Hierdoor is het belangrijk dat het verpleegkundig team kennis heeft van signaleringsplannen, de risicofactoren en dat de relatie met de cliënt goed is, zodat er beter en eerder gesignaleerd kan wanneer het slechter of beter gaat met de cliënt. Het is dus van belang dat de verpleegkundigen een evenwicht kunnen vinden tussen het administratief werk en het cliëntencontact, waardoor er ook zo veilig mogelijk gewerkt kan worden. Flexibel werken is hierbij belangrijk. Bijvoorbeeld dat wanneer het rustig is op de afdeling, er vier verpleegkundigen in dienst zijn (op afdeling FPC 2A en FPC 2B) en wanneer het drukker is, bijvoorbeeld wanneer er cliënten zijn met kamerprogramma's, er zes verpleegkundigen in dienst zijn. Daarnaast is de reorganisatie in een snel tempo doorgevoerd, wat ook veel weerstanden opriep bij het team, omdat de vierentwintig-uurszorg het hardst werd geraakt.

Bijlage 8 ESH-Model

In deze bijlage staat het ESH-model (Weggeman et al., 2005) uitgewerkt. Het ESH-model (Weggeman et al., 2005) wordt gebruikt voor de analyse van de organisatie en omvat zes aspecten die stapsgewijs zijn uitgewerkt door de afstudeergroep. De samenvattingen van deze uitwerkingen en de volledige uitwerking van de aspecten strategie en systemen, zijn te vinden in hoofdstuk twee, de analysefase. In deze bijlage staat een uitgebreide uitwerking van de aspecten structuur, personeel, cultuur en managementstijl.

Aspect 2: Structuur Organogram De Woenselse Poort

In de afbeelding wordt de organogram van De Woenselse Poort weergegeven en in welke hiërarchische verhouding de afdelingen en medewerkers ten opzichte van elkaar staan. De organogram is een verticale schemavorm wat betekent dat de organisatiestructuur is weergegeven met blokken en vertakkingen van boven naar beneden met de directeur in de top. De vertakkingen geven de gezagsverhoudingen weer (Woenselse Poort, 2012).



CM: Centrummanager
BST: Business support team
ACM: Assistent centrummanager
PM: Programmamanager
PCO: Programmacoördinator

ontwikkeling op FPC 2A'

Aspect 4: Personeel

Verduidelijking disciplines

In onderstaande tabel wordt een verduidelijking gegeven van de disciplines die onderdeel zijn van het multidisciplinaire team die betrokken zijn op afdeling FPC 2A.

De afstudeergroep spreekt van een senior begeleider en junior begeleider en bedoelt hier zowel verpleegkundigen als sociaal pedagogisch hulpverleners (SPH-er) mee.

Discipline	Uitleg
Senior begeleider	De senior begeleider heeft een medische of agogische opleiding genoten op MBO of HBO niveau en heeft minimaal een jaar gewerkt in zijn werkveld alvorens hij/zij het senior traject in kan gaan, dit is echter vrijblijvend. Een senior begeleider heeft meer ervaring binnen de GGZ. Daarnaast hebben ze meer verantwoordelijkheden zoals het coördineren van het bouwdeel en het signaleren en nemen van eindverantwoordelijkheid in onverwachte situaties. Tevens is een senior begeleider van minstens één cliënt persoonlijk begeleider (PB-er). Dit houdt in dat hij zich bezig houdt met de regelzaken van de cliënt, het overzicht behoudt op de behandeling en dit bespreekt met de cliënt. Een SPH-er mag uiteindelijk geen verpleegtechnische handelingen uitvoeren. Dit behoort alleen tot het verpleegkundig taakgebied. Een senior begeleider is ook werkbegeleider van minimaal één student.
Junior begeleider	De junior begeleider heeft een medische of agogische opleiding genoten op MBO of HBO niveau. De junior begeleider voert alle werkzaamheden met betrekking tot de dagelijkse cliëntenzorg uit en draagt hierbij zijn eigen verantwoordelijkheid. Een SPH-er mag uiteindelijk geen verpleegtechnische handelingen uitvoeren. Dit behoort alleen tot het verpleegkundige taakgebied. De junior begeleider is van minstens één cliënt persoonlijk begeleider. Dit houdt in dat hij zich bezig houdt met de regelzaken van de cliënt, het overzicht behoudt op de behandeling en dit bespreekt met de cliënt. De junior begeleider is ook werkbegeleider van minimaal één student.
Duaal koppel	Het duale koppel wordt gevormd door een assistent centrummanager (ACM) en een programmacoördinator (PCO) is de eindverantwoordelijke voor de behandeling van de cliënt. De ACM heeft de taken de operationele aansturing van de dagelijkse werkzaamheden op de behandelafdeling met als doel het realiseren van een optimaal behandelklimaat en optimale zorgverlening binnen het centrum. De taken zijn het coördineren van het zorgproces, het operationeel aansturen van de verpleegkundigen door middel van werkplanning, coaching, overleggen, uitvoering geven van het HRM-beleid ¹⁰ en deskundigheidsbevordering. Daarnaast levert de ACM een bijdrage aan het bewaken en bijsturen van de kwaliteitszorg (Grimbel du Bois & van Herpen, 2010).
Psychiater	De psychiater behandelt (complexe) psychische klachten waarbij ook medicijnen een belangrijke rol (kunnen) spelen in de behandeling. De

¹⁰ HRM-beleid: Humanresourcesmanagementbeleid: de manier waarop de competenties en inzet van de medewerkers optimaal worden benut en ontwikkeld (encyclo, 2012).

	psychiater is een gespecialiseerde arts en psychotherapeut. De psychiater heeft een universitaire opleiding gehad (Praktijk Steveris, 2010).
Arts in opleiding tot specialist (AIOS)	Arts in opleiding tot specialist, in dit geval psychiater.
Maatschappelijk werker	Het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft naast individuele taken als probleemverheldering en inventarisatie, taken die soms ook praktischer zijn (schuldhulpverlening, bemiddeling en individuele belangenbehartiging) en meestal ook een groepsaanbod. De maatschappelijk werker heeft een HBO-opleiding (Praktijk Steveris, 2010).
Centrummanager	Een centrummanager (CM) is een tussenpersoon tussen een zorgaanbieder en de cliënt (Bentvelsen, 2012). De CM is op de hoogte van zorgprocessen en van actuele ontwikkelingen zoals wijzigingen in wet- en regelgeving. De CM geeft leiding aan een veelzijdig team van professionals en zorgt voor een vloeiende samenwerking tussen schakels in het zorgproces. Het beleid is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Tegelijkertijd behoudt de CM het overzicht, bewaakt het budget en zorgt dat er effectief en efficiënt gewerkt kan worden (Erasmus Universiteit Rotterdam, 2012).
MVL-er	Een medewerker veiligheid logistiek (MVL-er) ondersteunt het begeleidingsteam bij de dagelijkse werkzaamheden. Dit kan zijn: het houden van toezicht, het begeleiden van patiëntbewegingen en op aanwijzing van de begeleiders, het mede verzorgen van patiënten in soms complexe situaties tijdens de 24-uurs zorg, bijvoorbeeld het ondersteunen bij kamerprogramma's en separeersituaties. Het uitvoeren van facilitaire processen en dienstverlening. Een MVL-er beschikt over een relevante opleiding op MBO-niveau 2 en affiniteit met de zorg en heeft aanvullende kennis op het terrein van veiligheid en BHV en door training verkregen kennis in de omgang met patiënten. Daarnaast beschikt een MVL-er over mensenkennis en enige ervaringskennis over de patiëntenpopulatie (Dichterbij, 2012).
Studenten HBO-verpleegkundigen	Een stagiaire is een student uit leerjaar twee, drie of vier van de HBO opleiding tot verpleegkundige en loopt voor een periode van 22 weken stage op de afdeling. De stagiaire draait, boventallig, alle diensten mee, met uitzondering van de nachtdienst (deze is optioneel). De stagiaire voert alle werkzaamheden uit die de stagiaire uit mag voeren, onder begeleiding of zelfstandig wanneer het een student betreft van het laatste leerjaar.
Verpleegkundig specialist	Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met een erkende, specifieke masteropleiding en ervaring op het niveau van expert, die individueel en zelfstandig patiënten behandelt. Verpleegkundig specialisten staan met één been in de verpleegkundige wereld en met het andere in de medische wereld. Naast de vier hoofdtaken van een verpleegkundige - het bevorderen van gezondheid, het voorkomen van ziekten, het herstellen van gezondheid en het verlichten van het lijden - richt een verpleegkundig specialist zich op de ziekte zelf, binnen het eigen deskundigheidsgebied. Een verpleegkundig specialist heeft een behandelrelatie met patiënten, is verantwoordelijk voor de werkzaamheden die zij daarbinnen verricht en legt indien nodig

	verantwoording af aan collega's, artsen en leidinggevenden (Nursing, 2009).
Overige en (para)medische disciplines	Geestelijk verzorger, patiëntenvertrouwenspersoon, therapie-begeleiders, tandarts, huisarts, fysiotherapeut, diëtist, kapper, ISS (schoonmaakdienst), pedicure, wondverpleegkundige, medische dienst, beveiliging, advocaten, reclassering, DV&O (Dienst Vervoer & Ondersteuning), huismeesters, technische dienst en lecturer practitioner.

Gedragcode GGzE

'Zo doen wij dat hier'; zo geven mensen vaak aan wat de gewenste waarden en normen binnen een organisatie zijn. Ook concern GGzE heeft zulke waarden en normen. Deze staan omschreven in de gedragscode die gebaseerd is op de Planetree-principes. Uit respect voor elkaar hoort elke medewerker zich aan deze gedragsregels te houden.

De 7 gedragsregels met toelichting

1. Medewerkers van GGzE zijn gastvrij. *Voor een goed behandel- en werkklimaat is gastvrijheid belangrijk. Medewerkers van de GGzE staan voor een vriendelijke en gastvrije ontvangst van cliënten en naastbetrokkenen.*
2. Medewerkers van GGzE gaan correct om met beschikbare middelen. *Om cliënten de zorg te bieden waar ze recht op hebben, moeten alle middelen waarover GGzE beschikt ingezet worden voor goede en verantwoorde zorg. Alle medewerkers van GGzE gaan daarom correct om met de beschikbare middelen.*
3. Medewerkers van GGzE gaan zorgvuldig om met vertrouwelijke informatie. *Zowel cliënten als medewerkers geven persoonlijke informatie in handen van derden binnen GGzE. Zorgvuldig omgaan met vertrouwelijke informatie is voor medewerkers van GGzE dan ook vanzelfsprekend.*
4. Medewerkers van GGzE gaan op professionele en passende wijze onderlinge relaties aan. *Er zijn verschillende soorten relaties. Bij alle relaties is sprake van menselijke interactie. Medewerkers van GGzE zijn zich hiervan bewust en gaan op een professionele en passende wijze relaties aan.*
5. Medewerkers van GGzE gaan respectvol om met anderen en vertonen daarom geen grensoverschrijdend gedrag. *Om goede zorg te kunnen verlenen is een veilige en respectvolle basis nodig. Medewerkers van concern GGzE gaan respectvol met anderen om en daarbij hoort geen grensoverschrijdend gedrag.*
6. Medewerkers van GGzE zien er verzorgd uit. *Het is voor iedereen prettig dat de mensen om je heen zich goed hebben verzorgd. Hiermee toon je respect voor jezelf, voor je collega's en de cliënten.*
7. Medewerkers van GGzE zijn niet onder invloed van geestverruimende of- vernauwende middelen. *Wie onder invloed is van geestverruimende of- vernauwende middelen (alcohol, drugs of medicijnen) kan de ander niet de aandacht geven die hij verdient. Medewerkers van concern GGzE zijn tijdens werktijd niet onder invloed van dergelijke middelen (Claesen et al, 2011).*

Voor de aspecten cultuur en managementstijl heeft de afstudeergroep een cultuurmeting uitgevoerd op FPC 2A. Met deze cultuurmeting kon ook de managementstijl gemeten worden. De cultuurmeting bestond uit het invullen van de OCAI door de teamleden en de ACM van FPC 2A. Om de invulling te vergemakkelijken heeft de afstudeergroep een invulinstructie gemaakt en deze naar de teamleden gestuurd. Deze instructie is hieronder te vinden.

Invulinstructie OCAI

Beste medewerker van FPC 2A,

Voor de analysefase van ons afstudeerproject zijn we bezig met het meten van de cultuur die momenteel heerst op jullie afdeling. Vanwege de reorganisatie en de daarbij horende wisseling van teams, is het voor ons onderzoek én jullie afdeling belangrijk om de cultuur in kaart te brengen. Hiervoor hebben we jullie medewerking nodig in de vorm van een online vragenlijst namelijk: de OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument). Dit instrument meet in 17 minuten de huidige én de gewenste afdelingscultuur.

De OCAI online cultuurmeting levert teams en organisaties:

- inzicht in de dominante organisatiecultuur
- inzicht in hoe marktgericht, hiërarchisch, persoonlijk en/of innovatief de organisatie werkt
- een maat voor tevredenheid; door het verschil tussen huidige en gewenste cultuur
- snel en makkelijk meetpunt voor én na reorganisatie, verandering of fusie
- duidelijke visie op gewenste cultuur als start voor veranderingsplan
- geobjectiveerde en gevalideerde cultuurbeleving: startpunt voor dialoog en verandering!

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 20 minuten duren.

Het is voor ons onderzoek van groot belang dat deze vragenlijst door iedereen wordt ingevuld.

Mocht er iets niet duidelijk zijn omtrent de vragenlijst kun je mailen naar afstudeergroep45@live.nl of bellen naar: 06-47928865.

Hieronder volgt een instructie voor het invullen van de vragenlijst:

Step 1:

Ga naar: <http://www.ocai-online.nl/ocai/?introduction>

Selecteer op de website waar je nu bent in het rechter selectievak **‘introductie’**. Lees deze informatie voorafgaand aan de vragenlijst, door. **Let op: onderaan de pagina niet op ‘volgende’ klikken.** Klik vervolgens op **‘instructie’** in het rechter selectievak. Lees de instructie door, hier vind je de informatie die je nodig hebt bij het maken van de test.



Stap 2:

Klik op 'gegevens' in het rechter selectievak. Lees deze pagina door en vul onderaan de gewenste gegevens in. Er wordt vertrouwelijk met de gegevens omgegaan en deze zullen niet gebruikt worden voor andere doeleinden. Wanneer alle gegevens ingevuld zijn, klik op 'volgende'.

Let op: bij 'voornaam' mag je ook alleen je voorletter invullen.

Geslacht*	☒ vrouw ☐ man
Voornaam*	T
Achternaam*	Cranenbroek
E-mailadres*	t.cranenbroek@student.fontys.nl
Telefoonnummer	
Functie*	Student
Binnen welke sector*	Gezondheids- en welzijnzorg
Deelsector*	Gezondheidszorg
Land*	Nederland
Leidinggevend*	☐ Ja ☒ Nee
Afdeling	
Organisatiegrootte*	☐ Tot 10 werknemers ☒ Tussen 10 en 100 werknemers ☐ Tussen 100 en 1000 werknemers ☐ Meer dan 1000 werknemers
Positie*	ik studeer
Hoe kwam u bij deze test?	
Wat is uw grootste uitdaging m.b.t. organisatiecultuur?	

Stap 3:

Vul de vragenlijst in, verdeel de 100 punten over de 4 stellingen. Doe dit tot je alle vragen hebt gehad. En volg de instructies.

Let op: met 'organisatie' wordt in dit geval de afdeling bedoeld. Dus alle medewerkers van **FPC 2A** (het verpleegkundig en management team.). Met 'leidinggevende' wordt het duale koppel bedoeld.

gereedschap voor verandering

Vraag 1: Dominante kenmerken – Nu

De organisatie heeft een zeer persoonlijk karakter. Ze heeft veel weg van een grote familie. De mensen lijken veel met elkaar gemeen te hebben.

De organisatie is zeer dynamisch en er heerst een echte ondernemingsgeest. De mensen zijn bereid hun nek uit te steken en risico's te nemen.

De organisatie is sterk resultaatgericht. Het werk af zien te krijgen is de grootste zorg. De mensen zijn erg competitief en gericht op het boeken van resultaten.

De organisatie is strak geleid en gestructureerd. Formele processen bepalen in het algemeen wat de mensen doen.

Tip

Bekijk de stellingen 'globaal': dus qua strekking en niet op afzonderlijke woorden. Volg uw eerste impuls; vaak is dit de juiste. Deze test werkt door een snelle, globale en herkenbare typering.

[Introductie](#)
[Instructie](#)
[Gegevens](#)

Situatie nu
Vraag1
Vraag2
Vraag3
Vraag4
Vraag5
Vraag6

Gewenste situatie
Vraag1
Vraag2
Vraag3
Vraag4
Vraag5
Vraag6

Verstuur

Meer informatie
[verloste vragen \(pdf, 380 kb\)](#)

Stap 4:

Als je de eerste 6 vragen hebt ingevuld kom je bij het volgende scherm:



OCAI online

9

Bedankt voor het invullen van het eerste gedeelte

U kunt nu verder gaan met het tweede gedeelte: de gewenste situatie.

Concentreer u een moment op de gewenste situatie.
Als u zou kunnen toveren, hoe zou u willen dat de cultuur in de toekomst zou zijn binnen uw organisatie?

Of vraag u eens af: wat heeft uw organisatie nodig om prettig en succesvol te (blijven) functioneren in de toekomst? Welke trends en ontwikkelingen, uitdagingen en gevaren zijn te verwachten en hoe gaat de organisatie daarmee om?

[naar het tweede gedeelte](#)

Ga hierna door met het tweede gedeelte en vul deze vragen in zoals je de cultuur zou willen zien.

Stap 5:

Als alle vragen ingevuld zijn kom je uit bij het onderstaande scherm, klik op 'verzenden' om de resultaten te ontvangen in je postvak.

Let op: na het klikken op verzenden kom je op een pagina waar ze vragen of je de aanbieding wil kopen. Hier hoeft je verder niets mee te doen en heeft geen invloed op de vragenlijst en de uitslag hiervan.

Controleer of je de mail met de resultaten hebt ontvangen en sluit vervolgens de internetpagina af.



OCAI online

Verzenden

U heeft nu alle vragen ingevuld. U kunt de gegevens nu verzenden.

Hierna ontvangt u een email op het adres tj.waarts@student.fontys.nl ([wijzigen](#): u komt daarna met de knop 'Volgende' weer op deze pagina) met daarin een link naar de resultaten.

[Verzenden](#)

Stap 6:

Stuur de ontvangen mail van ocai@ocai-online.nl, door naar afstudeergroep45@live.nl en bekijk zelf ook even de resultaten!

Heel erg bedankt voor het invullen van de vragenlijst!!!

Groetjes,
Hanne, Iris, Sharmay en Tineke

Bijlage 9 Omgaan met weerstanden

In deze bijlage geeft de afstudeergroep meer informatie over het omgaan met weerstanden, zoals deze worden aangekaart in hoofdstuk drie, de ontwerpfase.

Benoemen: Zeg hardop dat je weerstand voelt. Dat geeft de ander de gelegenheid te reageren en aan te geven wat zijn bezwaren zijn.

Erkennen: Laat weten dat je begrijpt dat de ander weerstand voelt. Dat maakt dat die persoon zich gehoord voelt. Dat neemt een deel van de weerstand vaak al weg.

Bevragen: Vraag rechtstreeks naar de bezwaren zodat je daarop in kunt gaan.

Meebewegen en kantelen (judo): Geef de ander gelijk in zijn bezwaren. Daarmee vergroot je de bezwaren eigenlijk uit. Dat is vaak ook weer niet de bedoeling, dus op dat moment zal de ander iets gaan toegeven.

Vermijden: Ga niet in op de bezwaren. Spreek eventueel af dat je ze parkeert om er later nog op terug te komen. Gebruik deze tactiek vooral in situaties waarin het niet om een heel belangrijk punt gaat.

Draagvlak creëren: Door draagvlak te creëren zorg je ervoor dat de ander bondgenoot wordt van je plannen. Dat vermindert de weerstand enorm.

Van weerstand profiteren. Mensen in organisaties weten vaak precies wat goed loopt en wat beter kan. Medewerkers uiten weerstand tegen verandering als ze vinden dat de verandering niet de goede is. Praat met ze om erachter te komen hoe zij vinden dat het beter kan en leer van hun inzichten (Bentvelsen, 2012).

Bijlage 10 Wetenschappelijk artikel

In deze bijlage beschrijft de afstudeergroep de zoekstrategie en beoordeling die gebruikt is bij het zoeken naar een wetenschappelijk artikel. Bij de zoekstrategie is een PICO geformuleerd, met daarbij de zoektermen waarop gezocht kon worden. Tevens is het gevonden artikel toegevoegd.

§ 10.1 Zoekstrategie

PICO 1:

Onderstaande PICO heeft de afstudeergroep opgesteld om te zoeken naar een wetenschappelijk artikel die aansluit bij het onderwerp van het afstudeerproject

P: De afdeling/ verpleegkundigen

I: werken met visie

C: werken zonder visie

O: kwaliteitsverbetering

Zoektermen: visie, visieontwikkeling, bottom-up implementeren, implementatie, bottom-up benadering, werken met visie, werken zonder visie, visioning development, bottom-up implementation, implementation, bottom-up approach, working with a vision, working without a vision. visioning, nursing with a vision.

Er is gezocht via de databank Cinahl op full tekst aan de hand van de bovenstaande zoektermen. De afstudeergroep heeft het artikel gevonden met de zoektermen; visioning development AND development. De afstudeergroep heeft via 'advanced search' de volgende opties aangeklikt:

- Boolean/phrase
- apply related words
- also search within the full text of the articles.

De afstudeergroep heeft een publicatiedatum gesteld van mei 1992 tot mei 2012. Daarnaast heeft de afstudeergroep 'journal article' aangevinkt. Deze zoekstrategie leverde 219 resultaten op, waarvan het gevonden artikel de tweede hit was. De titel: "i have a dream' A process for visioning in practice development' sprak direct tot de verbeelding. Dit artikel is tevens aangedragen door de expert in visieontwikkeling M. Snoeren en is daarom door de afstudeergroep gekozen.

De afstudeergroep heeft dit artikel willen beoordelen aan de hand van de empirische cyclus, maar kwam er achter dat dit artikel hiervoor niet toepasbaar was. De afstudeergroep heeft er daarom voor gekozen om op zoek te gaan naar een nieuw artikel en op advies van een docent van de opleiding H. van de Leygraaf, heeft de afstudeergroep gezocht naar een artikel geschreven door de auteur: B. McCormack. Deze auteur heeft namelijk veel artikels geschreven over practice development en visieontwikkeling. Hieronder beschrijft de afstudeergroep de tweede zoekstrategie en de daarbij horende PICO die opgesteld is om te zoeken naar het volgend wetenschappelijk artikel.

PICO 2:

P: Afdeling binnen een zorgsetting

I: Cultuuronderzoek

C: Cultuur niet onderzoeken

O: Cultuur onderzoeken draagt bij aan succesvol implementeren

Zoekvraag:

Wat is het effect van het onderzoeken van de cultuur bij het implementeren van veranderingen op een afdeling in vergelijking met het niet onderzoeken van de cultuur?

Zoekstrategie:

De afstudeergroep heeft in de volgende databanken gezocht:

- biep.nu 'de Fontys vindmachine'
- Cinahl

Zoektermen:

Brandon McCormack, cultuur, cultuuronderzoek, implementatie, implementation, culture, culture research practice development, nursing.

De afstudeergroep heeft op bovenstaande zoektermen gezocht

De afstudeergroep heeft de databank ingesteld op 'advanced search' waardoor de afstudeergroep meer mogelijkheden had om te zoeken met bovenstaande zoektermen die zijn opgesteld aan de hand van een PICO. Daarnaast kon de afstudeergroep specifiek en meer gestructureerd zoeken en de zoekstrategie te verbeteren door Booleaanse operatoren¹¹ (Studenthandleiding EBP1, 2012) te gebruiken om de zoektermen te combineren. De afstudeergroep heeft daarom de zoektermen gezocht met het hulpwoord 'AND'.

De afstudeergroep heeft op de volgende zoektermen gezocht; Brendan McCormack AND culture. Daarnaast heeft de afstudeergroep bij 'Show content type' het type tijdschriftartikel aangevinkt. Ook heeft de afstudeergroep bij 'Data' ingevoerd: vanaf 24 mei 1992 tot 24 mei 2012. Volgens de afstudeergroep dient het artikel zo recent mogelijk te zijn, maar gezien het onderwerp 'visieontwikkeling' kiest de afstudeergroep ervoor op de tijdspanne uit te breiden naar 20 jaar.

De zoekopdracht voor 'Brendan McCormack AND culture' heeft 94 resultaten opgeleverd en het artikel betreft de elfde hit. De afstudeergroep heeft voor dit artikel gekozen omdat deze zowel overeen kwam met het onderwerp als met de informatie die de expert op het gebied van visieontwikkeling, heeft gegeven. De afstudeergroep heeft het artikel 'Understanding the workplace culture of a special care nursery' gevonden op de Fontys vindmachine. Om de full text te verkrijgen werd de afstudeergroep doorverwezen naar de online library 'Wiley'. Het betreft een tijdschrift artikel uit het jaar 2004.

Gevonden artikel:

'Understanding the workplace culture of a special care nursery'

Geschreven door:

Valerie J. Wilson
Brendon McCormack
Glenice Yves

§ 10.2 Gevonden artikel

Op de volgende twaalf pagina's staat het door de afstudeergroep gevonden artikel 'Understanding the workplace culture of a special care nursery' van Wilson et al. (2005).

¹¹ Deze operatoren worden gebruikt om zoektermen te combineren, dit zijn er drie; And, OR en NOT. De operator AND wordt gebruikt om artikelen te vinden die zowel over de ene als over de andere zoekterm gaat. De operator OR is om artikelen te vinden die over de ene of over de andere zoekterm gaat. De operator NOT vindt artikelen die wel over de ene maar niet over de andere, maar wel over de andere zoekterm gaat (Studenthandleiding EBP1, 2012).

ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE

Understanding the workplace culture of a special care nursery

Valerie J. Wilson MN BEdSt RN RSCN

PhD Candidate, School of Nursing, Monash University; and Southern Health, Nursing Education and Research, Melbourne, Victoria, Australia

Brendan G. McCormack DPhil BSc PGCEA RGN RMN

Professor of Nursing Research, Univeristy of Ulster; and Director of Nursing Research and Practice Development, Royal Hospital Trust, Belfast, UK

Glenice Ives RN DHNWM DipAppSc BAppSc MEdSt PhD

Associate Professor, School of Nursing, Monash University, Melbourne, Victoria, Australia

Accepted for publication 1 June 2004

Correspondence:

Valerie J. Wilson,
School of Nursing,
Monash University,
McMahons Road,
Frankston,
Victoria 3199,
Australia.

E-mail: valerie.wilson@med.monash.edu.au

WILSON V.J., MCCORMACK B.G. & IVES G. (2005) *Journal of Advanced Nursing* 50(1), 27–38

Understanding the workplace culture of a special care nursery

Aim. This paper presents findings from the first phase of a research study focusing on implementation and evaluation of emancipatory practice development strategies. **Background.** Understanding the culture of practice is essential to undertaking effective developments in practice. Culture is a dominant feature of discussions about modernizing health care, yet few studies have been undertaken that systematically evaluate the development of effective practice cultures.

Method. The study intervention is that of emancipatory practice development with an integrated evaluation approach based on Realistic Evaluation. The aim of Realistic Evaluation is to evaluate relationships between Context (setting), Mechanism (process characteristics) and Outcome (arising from the context-mechanism configuration). This first phase of the study focuses on uncovering the context (in particular the culture) of the Special Care Nursery in order to evaluate the emancipatory practice development processes and outcomes. Data collection methods included survey, participant observation and interview. Cognitive mapping, constant comparative method and coding were used to analyse the data.

Findings. Four key categories were identified: Teamwork, Learning in Practice, Inevitability of Change and Family-Centred Care and collectively these formed a central category of Core Values and Beliefs. A number of themes were identified in each category, and reflected tensions that existed between differing values and beliefs within the culture of the unit.

Conclusion. Understanding values and beliefs is an important part of understanding a workplace culture. Whilst survey methods are capable of outlining espoused workplace characteristics, observation of staff interactions and perceptions gives an understanding of culture as a living entity manifested through interpersonal relationships. Attempts at changing workplace cultures should start from the clarification of values held among staff in that culture.

Keywords: culture, evaluation, family-centred care, learning, nursing, practice development

Introduction

This paper presents findings of the first phase of a research study focusing on implementation and evaluation of emancipatory practice development (ePD) strategies (Manley & McCormack 2003) in a Special Care Nursery (SCN). The SCN was chosen as the site for this study after a call for interest was announced in the organization and a selection process was undertaken. The intent of ePD is to increase effectiveness in patient centred care through enablement of health care teams to transform the culture and context of care (Garbett & McCormack 2002). A study of the culture was an essential starting point for critically evaluating changes that may take place in the SCN as a result of the implementation.

Literature review

Culture is defined by Drennan (1992, p. 3) as 'the way things are done around here', and encompasses a shared understanding of beliefs and actions that are obtained through group socialization and learning (Cooke & Rousseau 1988). Cooke and Rousseau (1988) measured work-group culture using the 'Organization Culture Inventory' and highlighted three factors relating to behaviour and thinking: constructive, passive defensive and aggressive-defensive (Cooke & Rousseau 1988, McDaniel & Stumpf 1993, Stumpf 2001). Constructive, positive cultures value participation and self-actualization (Shortell *et al.* 1991, Scally & Donaldson 1998, Butterworth & Woods 1999), whereas passive-defensive or aggressive-defensive cultures protect the status of those within them (Shortell *et al.* 1991) and hamper their ability to change (Seago 1996). A culture of excellence positively influences job satisfaction (Curren & Miller 1990, Goodridge & Hatch 1996), enhances self-esteem (Kangas *et al.* 1999) and achievement of organizational goals (Vestel *et al.* 1997, Mayer *et al.* 1998). There can exist within culture a sub-culture that negatively influences care, is often resistant to change (Baker *et al.* 2000) and can contribute to staff alienation and reduced commitment to the workplace (Lee & Ashforth 1996).

Organizations are cultures (Bate 1994) that incorporate such things as rules, myths, stories and special language and are defined by Thomas *et al.* (1990, p. 18) as 'ways of thinking, behaving and believing that members have in common'. An organizational climate influences group behaviour and encompasses the value base, policies and procedures that guide care delivery and expectations of workers (Snow 2002). It is directly linked to productivity, job satisfaction, patient satisfaction, staff retention, organizational commitment (Allen & Meyer 1996, Snow 2002, Tzeng *et al.* 2002) and individuals' perceptions of what it is like to work in their

unit (Hofstede 1980, Snow 2002). The work of Litwin and Stringer (1968), validated by Hay/McBer (1995), identified, flexibility, responsibility, standards, rewards, clarity and team commitment as the six key aspects of organizational climate. Each of these contributes to the degree of success of a given organization. Previous studies have stressed the need to understand the culture of the individual unit prior to implementing innovations or educational programmes (Schien 1990, Coeling & Simms 1993, Ingersoll *et al.* 2000) as organizational culture has been found to vary between units within the same organization (Coeling & Simms 1993, Adams & Bond 1997). It is, therefore, evident from the literature that workplace culture is multifaceted and asserts a major influence on individual and group behaviour, patient care, the change process, job satisfaction and ultimately organizational success.

The study

Aim

The aim of this first phase of the study was to gain an in-depth understanding of the culture of the SCN in order to measure any impact that the implementation of practice development strategies might have.

Methodology

The methodology of the overall study (within which this paper is one strand of work) is based on Realistic Evaluation (RE) as developed by Pawson and Tilley (1997). The aim of RE is to evaluate the relationship between context (setting), mechanism (process characteristics) and outcome (arising from context-mechanism configurations). The first phase of RE is that of 'in-depth description' in order to identify the hypotheses that could be measured in later phases of work. This is known as the hypothesis generation phase. McCormack *et al.* (2002) argue that 'culture' is one attribute of practice context and can provide key information to generate hypotheses around 'what [strategies] might work, for whom [may they work] and in what circumstances [will they work]?' (Pawson & Tilley 1997, p. 39). In-depth exploration and description of the SCN culture can provide a useful baseline against which changes in culture can be evaluated and hypotheses generated as a project progresses.

Context

The study reported here was set in a SCN that provided level two services for sick neonates and their families (level two

services are for neonates who require a high level of acute care but do not require intensive care). The unit had undergone an increase in cot numbers and nursing staff, and at the time of the study had 21 permanent and six casual staff, the majority of whom were both Registered Nurses and Midwives. All were female and their length of neonatal experience ranged from months to over 25 years. The nurse unit manager was assisted by five associate unit managers, and one nurse was designated as in-charge on each shift. The staff patient ratio was 1:3.

The researcher

Prior to this study, the lead researcher (VW – a paediatric nurse) had little contact with staff in the SCN; thus, she could act as an outsider during data collection, maintaining some distance from staff whilst ensuring a high level of content knowledge when it came to asking questions about the data and developing dialogues with staff. McCormack and Garbett (2003) suggest that ‘credibility’ of practice developers is a key factor in the success or otherwise of practice development projects. She also had both ‘practice’ and ‘facilitation’ credibility among staff and this enabled engagement with them, whilst simultaneously knowing the boundaries of such interactions in research practice.

Participants

The study site volunteered for inclusion into the study when a request for participation was circulated within the health care organization. Information sessions were held to outline what participation involved and to answer any questions. Once participation was agreed and the manager had given her support, staff were sent a letter outlining the study focus, and the processes of participation, non-participation, consent and withdrawal. The sample ($n = 27$) included all nursing staff.

Procedure

Figure 1 illustrates the data collection and analysis procedure. Originally, data collection was via staff survey and participant observation. However, it became clear during initial analysis that conflicting information was being presented and opposing views of the culture of the unit were being identified. In order to clarify the situation, in addition to examining assumptions and reducing any observer bias, a third data collection method of semi-structured interviews was introduced.

Survey

A staff satisfaction questionnaire developed by Traynor and Wade (1993), modified to the local context by excluding

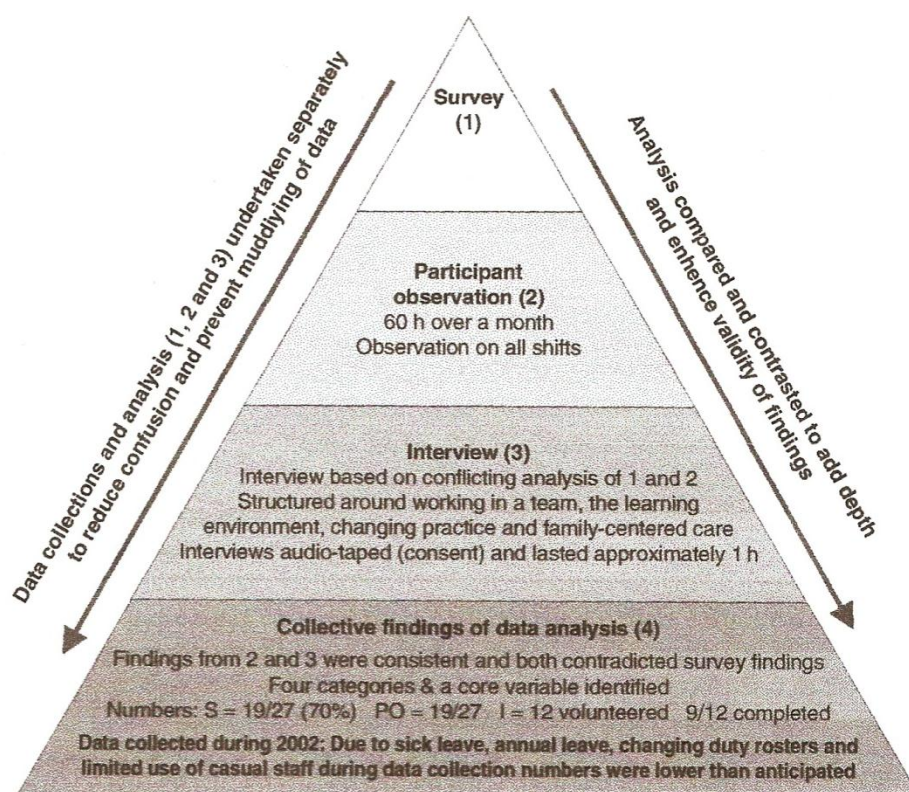


Figure 1 Data collection and analysis process.

V.J. Wilson et al.

extraneous questions, had previously been used within the health care organization to provide pre and post evaluation data during implementation of major structural changes. This survey was therefore thought to be a useful measure of overall staff satisfaction and preparedness for change, and was sent to all SNC nursing staff. No identifying information was collected during the survey. Questionnaire responses used a 4-point Likert scale, that had previously been validated within the health care organization.

Participant observation

Snow (2002) suggested participant observation to be the most accurate way of measuring organizational climate. In the present project, the researcher's role (VW) was that of 'observer as participant', as described by Denzin (1978). Positioning in the unit was important to maximize observational opportunities while minimizing obtrusiveness. Observations of direct patient care, the environment and interactions between nurses, the multi-disciplinary team and families were recorded in detail. Field notes captured the researcher's questions and thoughts about what was being observed and any interactions that took place between researcher and staff.

Interviews

Interviews adopted a conversational style and took place in a private room adjacent to the unit. They were audio-taped and lasted approximately 1 hour. Questions were developed from the conflicting analysis reported from the survey and participant observation, and focused on working in a team, the learning environment, changing practice and family-centred care (Figure 1).

Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the local research ethics committee. Process consent was undertaken, in which the researcher negotiates consent at each new stage of the study (Dewing 2002).

Data analysis

Data from participant observations and field notes were transcribed and compared to identify similarities and differences, leading to the formation of categories. Categories were compared with each other, strengthened when supported by frequent observations in the data and refined with each new set of subsequent data. This enabled the identification of

central themes from the categories and development of a core variable (Streubert & Carpenter 1995).

Interviews were not transcribed; instead cognitive mapping was used to manage and analyse data. Cognitive mapping was defined by Eden *et al.* (1983, p. 39) as a 'modelling technique which intends to portray ideas, beliefs, values and attitudes and their relationship to one another in a form which is amenable to study and analysis'. The cognitive map enabled the constant comparative method to be utilized in the process of map formation and refinement (Northcott 1996). Tapes were listened to, notes were recorded from the data, codes were created and a map was devised that incorporated verbatim quotes as outlined by Garbett and McCormack (2002). An independent researcher examined the labels and refinement of themes to enhance validity. All labels and themes were agreed upon and no changes were made.

Survey data were analysed by obtaining mean scores for each item. Values ranged from strongly disagree (1) to strongly agree (4). Scores for those conveying negative attributes were reversed before mean scores were obtained (Table 1). Higher mean scores were indicative of greater satisfaction, with scores over 3 indicating a positive response. A score of 3 and under contained a mixed response but generally tended towards more positive responses than negative.

Findings

Findings were amalgamated and four categories were identified with a linking central category (core variable), as shown in Figure 2. Quotations from participants are identified by their code numbers.

Participant observation data is not reported separately in this paper. Instead the authentic voices of participants recorded during observation and interviews are used to illustrate the reality of the culture. Categories, with their related central themes, are outlined, together with descriptors from nurses that highlight the contradictions evident in the data and the tensions that existed between differing values and beliefs.

Teamwork

The inference from the survey is of a cohesive and supportive team environment (Table 1). This was not fully supported by the findings from the participant observation and interview data, which suggest a complex and often muddled view of what teamwork means to staff on the unit.

Cooperation vs. individualism

Cooperation was a positive aspect of teamwork, in which 'team dynamics' and 'good democratic leadership made this a

Table 1 The special care nursery culture: survey findings

	Mean	Inference
Teamwork		
Working as part of a team	3.37	Strong sense of effective teamwork
Feeling supported by senior staff	3.26*	Staff feel highly supported within the team, especially by senior members of staff
Learning in practice		
Utilizing nursing skills effectively	3.37	Staff believe they are highly skilled and use skills effectively
I regularly attend in-service/short courses	3.16	Key elements of structural empowerment such as access to information, resources and support, as well as opportunities to learn (Laschinger <i>et al.</i> 2001b, Almost & Laschinger 2002)
Opportunity to regularly attend courses	3.16*	
Access to information to inform practice	2.79	evident from survey findings
In-service meeting staff needs	2.53†	Less positive scores, with not all staff feeling their learning requirements are met within the existing culture
Inevitability of change		
Discussing ideas for change	3.0	Staff were in general positive about discussing ideas for change
Able to cope with change	3.05	Confident in their ability to cope with any changes that may occur
Family-centred care		
Staff/patient ratios	3.16*	Workload is achievable with current ratios
Patient mix	3.16	Acuity level and type of patients suitable for level two nursery
Delivering good quality care	3.0	Staff believe they deliver a high quality of care
Making a valuable contribution to patient care	3.44	Staff believe they make a valuable contribution to overall care
Administrative and routine paperwork	2.55†	Too much time is spent on non-direct patient care

The survey was sent to all staff ($n = 27$) however during the survey collection period a number of staff were absent from the unit and either did not collect or complete the survey on time. Survey return was 19 of 27 (70%).

Higher mean scores indicative of greater satisfaction; with scores over indicating a positive response. Score 3 and under contained a mixed response but generally tended towards more positive responses than negative.

*These scores included one of 19 disagree response.

†These scores included around half positive, half negative responses.

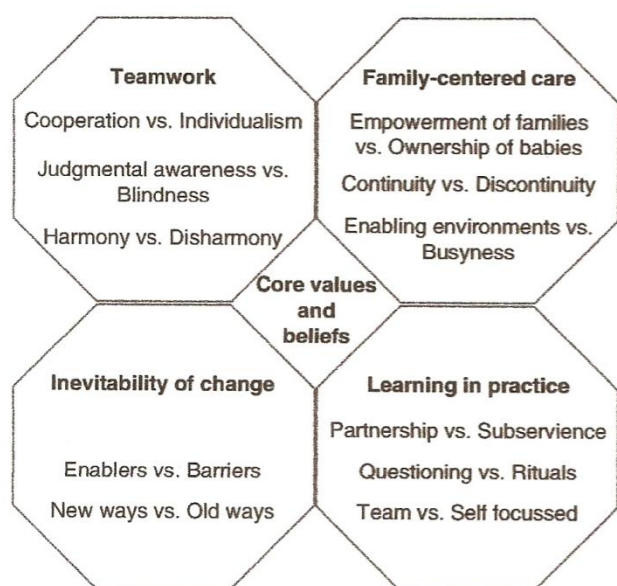


Figure 2 Depiction of the culture of the special care nursery. A conceptual framework.

positive place to work' (4). Much of the data highlighted this, and team support, as the key elements of cooperation. For some, working on the unit had 'very much a team focus' (3), where 'staff are there to help you' (4), and would 'listen to what you have to say' (2). There was evidence, however, of the need to fit in, lack of cohesion and inconsistency in working relationships. There was also a need for staff to comply with the rules – 'new people in the unit had to do things the way they [old staff] always had done it' (5) – with little room for bringing one's own ideas or ways of working. There were staff who were identified as 'one-eyed people, they just get on with their job and go home' (8), and they were perceived as team members but not team players. Some participants identified a 'lack of teamwork' (6), and suggested 'team building' (7) as a means of improving tensions that existed.

Judgemental awareness vs. judgemental blindness

Judgements played a negative and destructive role in both the provision of care and team dynamics. Many nurses discussed the need to 'try not to be judgemental' (9), while

V.J. Wilson et al.

acknowledging that judgements were regularly made by nurses such that 'it's become normal practice' (7). Comments such as 'Oh, this one's (mother) a drug addict' (7) were voiced in handover and in patient-care areas were accompanied by body language such as 'rolling of eyes' (2). There was recognition of the impact of judgemental statements: 'mothers are very attuned to comments and that can change their whole attitude...it probably happens more than it should' (9). For some staff, there was blindness to the detrimental impact that judgements might have: 'Judgements are made about families, but I don't think it affects care' (7). However, for others, making judgements was defended by saying, 'They don't withhold care' (3).

Making judgements extended to staff, with some experiencing problems because they were not midwives: 'Midwives are gold standard...resentment by some if you are not a midwife' (4) and some were openly challenged 'I've been told by some I need to go back and do some training because I'm not a midwife' (5). This left some staff feeling marginalized and undervalued for the skills and experience they brought to the unit. Judging one another was viewed as a destructive and destabilising element of teamwork, which at times manifested as personal attack against an individual.

Harmony vs. disharmony

For some nurses it was evident that working in the unit felt comfortable and the 'sense of team makes it a nice place to work' (3). This, however, was very much in contrast to other nurses who felt that at times that there was tension and unhappiness amongst staff. Even those who highlighted positive aspects hinted at a false perception of team unity: 'There is an underlying feeling of unrest' (9). They discussed the fact that good 'teamwork depends on who you are working with' (9), and suggested that 'to work in harmony, you have to fit in to a certain point' (8). There was resentment amongst staff – 'I don't need to be put down' (5) – with one nurse suggesting that the unit had 'some domineering control freaks' (5), and another saying that 'some people get emotional and start yelling' (8). Other staff members needed to distance themselves from the fracas so as not to 'get involved in the conflict' (9).

Learning in practice

Certain key elements required for structural empowerment were evident within the work culture (Table 1).

Questioning vs. rituals

Rituals were very much part of everyday practice, with nurses suggesting that 'the nature of the area predisposes you to

ritualistic practice' (8). They talked about 'doing my chores' (4), 'getting straight into tasks' (3), 'keeping to the schedule' (2), 'getting the job done' (8) and 'rituals are everything I do, everything' (9). There was a strong emphasis on the routine of the unit and the need for staff, especially new staff, to comply with the way things were 'always done' (7). The task-orientated nature of the work was repetitious and non-stimulating, and there was a sense of frustration about doing rituals, with staff highlighting the 'need to change' (6) and 'get out of ritualistic practice' (7).

Questioning practice and 'giving rationale for my decisions' (4) was very much seen as integral to moving forward, with the need to do this in a non-threatening, non-judgemental way. Staff genuinely believed that they were open to critique and practised in a way that welcomed questioning, although for some this appeared not to be the case: 'If I am challenged, it can cause a reaction in me that can go on for days; it can cause a disruption to teamwork' (9).

Partnership vs. subservience

Questioning practice linked directly to the decision-making process of the unit. There was incongruence in ideas about decision-making, with nurses feeling that they were 'not valued for their input, and have little involvement in the decision-making process' (3). For some, decisions made about the care of neonates were considered as the doctors' domain – it is 'not my place to speak up during rounds' (1) – while others were 'not comfortable challenging decisions' and some were 'scared of medical staff' (7). Some nurses believed they offered valuable insight into the care of patients and were unhappy with a role in which 'consultants decide what they want to do despite arguments from nursing staff' (3). Nurses identified the lack of challenge in the decision-making process as being problematic, and suggested that 'if you stand there being numb dumb, they [doctors] just sort of don't bother talking to you' (2).

In contrast to this, some nurses based their decisions on rationales, 'trying to involve staff in the decision-making process' (7) by challenging the authoritative, autocratic style of decision-making that was prevalent. They were striving for a joint decision-making culture – 'I am now finding they [consultants] are listening to me and asking for my input' (7) – and were feeling more 'confident to speak', especially if there was 'someone else to back me up about my decision-making' (8).

Team-focussed vs. self-focussed

Education was central to learning in practice and generally staff were enthusiastic about the additional resources, access to information and educational opportunities that had recently become available. The need for education was

Issues and innovations in nursing practice

viewed by some as long overdue: 'people haven't been updated for 20 years' (5). Access to education opened up a whole new world, with new ways of learning. One nurse, reflecting on her past experience, said, 'We were never taught, we never had any education, just told off when we did something wrong' (6). She now relished the opportunity to learn through a role model: 'learning from watching the unit manager with students and thinking how I can change my practice' (6). There was an emphasis on learning from one another – 'we need to be more open about our actions, gain opinions on things' (3) – and of encouraging a team approach to learning which was enhanced by 'taking new staff under your wing, guiding' (4) and 'learning from emerging situations' (8). Participating in such activities ensured that staff '(kept) up-to-date, motivates you to learn' (7).

There was concern about the influx of new staff and the strain of continual orientation, preceptorship, education and guidance. This caused some nurses to feel vulnerable, with 'fear of new staff, disequilibrium, having to begin a new teaching role' (7). This, however, was contrasted by the learning opportunities these roles would have for staff who actively participated in them.

Inevitability of change

The survey (Table 1) highlighted optimism amongst staff in relation to change. However, it was evident from the data that tensions existed.

Enablers vs. barriers

Change was generally viewed as inevitable and welcomed, with 'lots of staff working to achieve best practice' (7) and the need for change was seen as a personal goal: 'challenge is exciting, I couldn't go on the way I was going' (6). There was a need to be prepared for change to support staff 'who want to implement change' (7) and to 'challenge practice in a positive way' (3). Change was considered to have a positive impact, improving the way staff worked, as an opportunity to develop practice and as a means of achieving best practice. Despite this, it was acknowledged that 'changes are hard' (5) and that 'staff get defensive when challenged' (4).

New ideas vs. old ways

New ways of working meant that for some the unit was 'not as rigid as it used to be' (2) and was open to ideas and moving practice forward. For others, there was real resistance to change, with an 'old vs. new' mentality being created which split the unit in terms of achieving change: 'I feel torn between the two...I want to move forward with the new team but I feel the others are lagging behind' (9). Generally, but not

Understanding the workplace culture of a special care nursery

universally, the perception was that 'older staff want to hang on to everything they can, they are frightened of more change, vulnerable, they feel unsettled by new staff' (8) and they are 'comfortable with where they are at' (7). However, for some, old ways of working had become tedious and boring: 'the unit has come alive, it was stagnant. I love the change...older staff just do the job, and they are asking questions, they want to know why we do it' (6).

Family-centred care

The results of the survey (Table 1) indicated that, although nurses perceived that they delivered high quality care, observational and interview evidence challenged this.

Empowerment of families vs. ownership of babies

Working with parents and families is complex, demanding and ever-changing, and generally 'family-centred care is practised to a degree' (7) in the unit. Time was spent 'teaching parents the basics' (4), 'forming bonds' (6) and 'establishing trust' (2) in an effort to alleviate anxiety about having a sick baby. It was noted, however, that 'there is not enough reflection or discussion about how we work with families' (9), and there was a need to seek parents' perspectives and involve them in decision-making. There was an emphasis on working 'as a co-partner in the babies care with the parent' (9) in order to facilitate empowerment of families and to 'encourage mother and baby to stay together where possible' (8) to foster bonding.

There were differences in staff attitudes towards the provision of care, which at times was 'centred around the individual nurse rather than the individual baby' (9). This created difficulties for staff committed to family-centred care and gave 'the challenge of working with staff who are nurse-centred' (7). It also contributed to the difficulty of parents identifying with 'their baby' (4). Nursing staff were 'very much in control...mums asking to care for their babies' (8). This disempowered parents and left them seeking permission to participate in care by 'touching, comforting' (8) rather than working with staff to care for their baby. This was central to the issue of ownership and it was suggested that there were 'a few people who would sooner not be with the mums' (5). This behaviour isolated parents as the nurse took on a paternalistic role, referring to 'my baby' and perceiving their role as 'being with babies, to love and nurture them' (2), leaving parents isolated and unsure of their role in giving care to their baby.

Continuity vs. discontinuity

Working with parents and families is not an easy aspect of care and at times it divided staff, as parents were seen to 'play

V.J. Wilson et al.

one nurse off against another' (2). Consistent nurse-patient allocation was used as a means of trying to reduce parental anxiety and promote familiarity with the baby and family. This was especially important with long-term patients, where 'consistency of care would help a lot' (6). Difficulties for parents may also have arisen as a direct result of the differing practices of each nurse: 'it depends on the individual, some involve parents, others find it hard and just want to do it themselves' (7). There appeared to be inconsistency in the way in which care was delivered: some staff were noted to be 'rigid, it's what suits them rather than thinking about the baby' (7) and 'there were a lot of personal opinions offered' (7) to parents rather than evidenced-based information. This left parents and staff feeling confused and unsure about how best to achieve continuity of care.

Enabling environments vs. busyness

Nurses sometimes projected an 'image of busyness' (8) which left parents feeling intimidated and less likely to approach or disturb them. There was no differentiation between day and night because lights were on continuously, the unit was cramped and noisy, and families often competed for space in the 'bonding room' (a room where families could spend time away, from the clinical environment, getting to know their baby). All these factors affected the provision of family-centred care. Some staff endeavoured to overcome these environmental difficulties by trying to 'reduce noise and lights' (4), 'providing cot covers for incubators' (7) and becoming more aware of 'how loud we speak' (7), 'how sound resonates on the incubators' (4), and the reactions of babies to 'soothing music and gentle rhythm' (7) which calmed them. Staff were eager to suggest changes that might improve the environment, such as making the bonding room 'more like home and less clinical' (8), by removing excess equipment and by asking for guidance from an 'external environmental team' (4). While the unit layout was cramped, it could not be made any bigger, and staff acknowledged that they would have to 'work with what they had' (3). There were, however, some who failed to take account of the environmental impact, playing music and chatting at the desk, even during the night, as well as 'removing cot covers' (7) (which resulted in babies being exposed to direct fluorescent light).

Core values and beliefs

Values and beliefs connected the categories and were implicit in the unit's work. However, it was evident that values and beliefs were not clearly defined, often differed and were not universally adopted, resulting in recurring tension amongst

staff. Table 2 illustrates these tensions and gives examples of the contradictions between sets of values and beliefs.

Tensions resulted from staff pulling in different directions (both welcoming and resisting change), being contradictory (staff are there to help you, but only if you fit into their way of working), and espousing values that they did not uphold in practice (mums need to feel it's their baby, I look after my babies). One nurse discussed the notion of family-centred care in the nursery by saying: 'I believe that they [staff] would probably say that's what they do and possibly even be convinced that that's what they do, but I think there is room for maybe broadening their perspective for what the potential is for that type of care' (9).

The core category of 'values and beliefs' acts as a unifying category in illustrating the experience of the workplace culture. Our findings show that there was much confusion amongst staff about the impact that values and beliefs play in delivering care to patients and families. An appropriate beginning strategy for ePD, therefore, may be to work with staff to uncover and clarify their values and beliefs in order to develop a collective vision for nursing practice. The challenge then will be to work towards turning an espoused vision into a reality.

Discussion

The findings of this study of culture in an SCN are supported to varying degrees within the nursing and sociological literature. There exists the notion that teamwork and job satisfaction may be closely linked. The literature suggests that, ultimately, how a team functions depends on the degree of cohesiveness and collaboration within the team (team climate) (Dingwell *et al.* 1988 and MacKay 1993). Job satisfaction is strongly influenced by acknowledgment, approval and support of the team (McNeese-Smith 1997, Kangas *et al.* 1999), characteristics that are central to Wallach's (1983) description of a supportive culture. These characteristics appeared to be evident in the findings of the initial survey; however, a comprehensive view obtained through participant observation and interview revealed a culture where teamwork contrasted with individualism, and this was also evident within the SCN.

The findings indicate a team that was grappling with the complexity of trying to work successfully together in an atmosphere layered with tension and anxiety. This is consistent with previous research suggesting that nursing culture has cliques (McCloskey 1990) and that group pressure, relationship and communication issues all contribute to a 'simmering unrest' in the workplace (Endelman 1993, Rayner & Hoel 1997). These behaviours may be associated with oppression

Table 2 The tensions evident between differing values and beliefs within the culture

<i>Teamwork</i> Cooperation • Staff are there to help you (1) Judgemental awareness • I do not want to get like that (judgemental) but it is endemic and I found myself almost doing it (8) Harmony • We are like a family (2) <i>Learning in practice</i> Partnership • I am now finding they (consultants) are listening to me and asking for my input (7) Questioning • I am trying to challenge practice (3), challenging staff approaches to care in a non-threatening way (4) Team focussed • Sharing information and challenging one another, thats refreshing (3) <i>Inevitability of change</i> Enablers • I wanted change, I welcomed it, I am getting on with it (6) New ideas • The unit has come alive, it was stagnant. I love the change...we (older staff) just do the job, and they are asking questions, they want to know why we do it (6) <i>Family-centred care</i> Empowerment of families • I see myself as a co-partner in the babies care, mum's need to feel it is their baby (4) Continuity • Continuity of care increases parental confidence (2) Enabling environments • Environments need to be less clinical and optimal for growth (OJ)	Individualism • You do have to fit into their way of working (8) Judgemental blindness • Judgements are made about families but I do not think it affects care (7) Disharmony • There is an underlying feeling of unrest (9) Subservience • Nurses are not valued for their input, and have little involvement in the decision-making process (3) Rituals • Keeping to the schedule (2), straight into tasks (3), always done this way (7), do my chores (4) Self focused • Fear of new staff, disequilibrium, having to begin a teaching role (7) Barriers • Some people are resistant, been here a long time, comfortable with where they are at (7) Old ways • New vs. old staff, the older staff want to hang onto everything they can, they are frightened of more change, vulnerable, they feel unsettled by new staff...they (medical staff) are hanging onto their old ways, they are concerned that things are going to change and they are not prepared for that (8) Ownership of babies • Focus is on babies in my care...look after my babies (4) Discontinuity • Some involve parents, others find it hard and just want to do it themselves (7) Busyness • The image of busyness, parents do not want to disturb staff (8), staff remove cot covers, there are lights 24 hours a day, noise levels are high (OJ)
--	---

Numbers in brackets refer to the number given to each interview participant.
OJ, observational journal.

and a reliance on horizontal violence, so that nurses turn to destructive and harassing behaviours (Roberts 1983, Skillings 1992, McCall 1996, Farrell 1997, Quine 1999, Chaboyer *et al.* 2001) such as criticism, undermining, infighting and bickering. Whilst aspects of this were evident in the SCN, there was also a desire to keep the peace which ensured that tensions remained and status quo prevailed. This is similar to what Johns (1992) has described as 'harmonious teams'.

Learning played a central role in the SCN and nursing staff were enthusiastic for the additional resources, access to

information and educational opportunities that had recently become available. Laschinger *et al.* (2001a) described these elements as the basis for structural empowerment which, together with effective questioning strategies, lead to innovative practice (De Drue & West 2001). Despite the evidence of structural empowerment, nursing staff often appeared reluctant to question one another or members of the multi-disciplinary team. This is consistent with previous studies, which suggest that nurses have difficulty in speaking up during 'rounds' (Manias & Street 2001), whilst doctors may

What is already known about this topic

- Workplace culture is multifaceted and asserts a major influence on individual and group behaviour, patient care, the change process, job satisfaction and, ultimately, organizational success.
- Understanding the culture of an individual unit is important prior to implementation of any education or development programme.

What this paper adds

- Use of multiple data collection methods allowed identification and understanding of tensions and contradiction that were masked by initial staff reports of harmonious working.
- The espoused values of teamwork and client-centred care were not put into practice by all nursing staff.
- Clarification of values and beliefs is an essential basis for practice development work.

be reluctant to be challenged (Salvage & Smith 2000). Sociological studies have shown that the power balance between medical and nursing staff varies with the type of speciality (MacKay 1989, 1993). When medical interventions are less predominant, nurses become more autonomous and may establish collaborative relationships with medical staff (Pearson *et al.* 1992, Titchen & Binnie 1995).

Whilst some staff in the SCN appeared enthusiastic for change to occur, this was contrasted by those who wanted to stay with familiar ways of working. Nurses who perceive themselves as powerless, believe they have little control, rely on others and stick rigidly to rules (Kanter 1977, 1993) may cling to a task-centred mentality and be reluctant and fearful of change (Baggs & Schmitt 1997). This, together with nurses' passivity and lack of confidence in discussions, may result in ineffective decision-making (Busby & Gilchrist 1992, Whale 1993, Wright *et al.* 1996, Felten *et al.* 1997).

Family-centred care was evident to some degree; however, inconsistency, disempowering practice and an image of busyness detracted from the efforts of family-centred practitioners and created a tension between them and staff who favoured a nurse-centred approach to care. Evidence suggests that parents are more satisfied with care when it is sensitive to their individual family (Casey 1995, Tomlinson *et al.* 2002), and where relationships are based on respect with open and honest communication (Hutchfield 1999, Van Riper 2001). Ambiguity about parents' roles in caring for babies contributes to tension within nurse-family relationships (Mishel

1983, Miles *et al.* 1989, Mu & Tomlinson 1997). Whilst nurses in the SCN espoused a philosophy of family-centred care, there was inconsistency in translating this into practice and this resulted in a disorganized approach to care delivery.

The findings of this study apply to one SCN, and their generalizability is limited. However, the processes by which the culture was explored may be transferable to workers in other environments wishing to undertake a change in practice.

Conclusion

Identifying the culture of the unit prior to the implementation of emancipatory practice development activities was a fundamental step in order to evaluate effectively the impact that ePD activities might have on the culture of the SCN over time. To understand how best to approach such changes, exploring nurses' individual perceptions of the unit environment rather than relying solely on objective measures was important because it enabled identification of espoused cultural values and the way these are experienced by staff.

Uncovering these values and beliefs opened up the opportunity for staff to check their assumptions about their role in the unit and how they deliver patient care. The findings suggest that working with staff values and beliefs is a crucial first step in developing practice and affecting cultural change. Little evidence exists in the literature of the participation of service users in clarifying cultural values in care environments. The findings suggest that, in the context of SCN practice, it is essential to include parents in values clarification work if sustained cultural shift is to occur through ePD processes.

Acknowledgements

We would like to acknowledge all staff within the special care nursery and thank them for their generosity in inviting us into their unit and enabling us to undertake our research studies.

Author contributions

Study conception and design/Data analysis – VW, BM; Data collection/Drafting of manuscript – VW; Administrative support – VW, GI; Supervision – BM, GI; Critical revisions of the manuscript – VW, BM, GI.

References

- Adams A. & Bond S. (1997) Clinical specialty and organizational features of acute hospital wards. *Journal of Advanced Nursing* 26, 1158–1167.

Issues and innovations in nursing practice

- Allen N. & Meyer J. (1996) The measurement of antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology* 63, 1–18.
- Almost J. & Laschinger H.K.S. (2002) Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 14, 408–420.
- Baggs J. & Schmitt M. (1997) Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in a MICU. *Research Nurse Health* 20, 71–80.
- Baker C., Belinger J., King S., Salyards M. & Thompson A. (2000) Transforming negative work cultures: a practical strategy. *Journal of Nursing Administration* 30, 357–363.
- Bate P. (1994) *Strategies for Cultural Change*. Butterworth Heinemann, Oxford.
- Busby A. & Gilchrist B. (1992) The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of Advanced Nursing* 17, 339–346.
- Butterworth T. & Woods D. (1999) *Clinical Governance and Clinical Supervision: Working Together to Ensure Safe and Accountable Practice*. A briefing paper, University of Manchester, Manchester.
- Casey A. (1995) Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing* 22, 1058–1062.
- Chaboyer W., Najman J. & Dunn S. (2001) Cohesion among nurses: a comparison of bedside vs. charge nurses perceptions in Australian Hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 35, 526–532.
- Coeling H. & Simms L. (1993) Facilitating innovation at the nursing unit level through cultural assessment, part 1: how to keep management ideas from falling on deaf ears. *Journal of Nursing Administration* 23, 46–53.
- Cooke R.A. & Rousseau D.M. (1988) Behavioral norms and expectations: a quantitative approach to the assessment of organizational culture. *Group Organizational Studies* 13, 245–273.
- Curren C. & Miller N. (1990) The impact of corporate culture on nurse retention. *Nursing Clinics of North America* 25, 537–549.
- De Drue C. & West M. (2001) Minority dissent and team innovation: the importance of participation in decision making. *Journal of Applied Psychology* 86, 1191–1201.
- Denzin N.K. (1978) *The Research Act*, 2nd edn. McGraw-Hill, New York.
- Dewing J. (2002) From ritual to relationship: a person-centred approach to consent in qualitative research with older people who have dementia. *Dementia* 2, 157–171.
- Dingwell R., Rafferty A. & Webster C. (1988) *An Introduction to the Social History of Nursing*. Routledge, London.
- Drennan D. (1992) *Transforming Company Culture*. McGraw-Hill, London.
- Eden C., Jones S. & Sims D. (1983) *Messing About in Problems*. Pergamon, Oxford.
- Endelman R. (1993) *Interpersonal Conflicts at Work*. British Psychological Society, London.
- Farrell G. (1997) Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing* 25, 501–508.
- Felten S., Cady N., Metzler M. & Burton S. (1997) Implementation of collaborative practice through interdisciplinary rounds on a general surgery service. *Nursing Case Management* 2, 122–126.
- Garbett R. & McCormack B. (2002) The qualities and skills of practice developers. *Nursing Standard* 16, 33–36.

Understanding the workplace culture of a special care nursery

- Goodridge D. & Hatch B. (1996) Assessing the congruence of nursing models with organizational culture: a quality improvement perspective. *Journal of Nursing Care Quality* 10, 41–48.
- Hay/McBer (1995) *The Organizational Climate Dimensions*. McBer & Co., Boston, MA.
- Hofstede G. (1980) *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Sage, Beverly Hills, CA.
- Hutchfield K. (1999) Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1178–1187.
- Ingersoll G., Kirsch J., Merk S. & Lightfoot J. (2000) Relationships of organizational culture and readiness for change to employee commitment to the organization. *Journal of Nursing Administration* 30, 11–20.
- Johns C. (1992) Ownership and the harmonious team: barriers to developing the therapeutic nursing team in primary nursing. *Journal of Clinical Nursing* 1, 89–94.
- Kangas S., Kee C. & McKee-Waddle R. (1999) Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Administration* 29, 32–42.
- Kanter R.M. (1977) *Men and Women of the Corporation*. Basic Books, New York.
- Kanter R.M. (1993) *Men and Women of the Corporation*. Basic Books, New York.
- Laschinger H., Finegan J., Shamian J. & Wilk P. (2001a) Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *JONA* 31, 260–272.
- Laschinger H., Finegan J., Shamian J. & Almost J. (2001b) Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life. *JONA* 31, 233–243.
- Lee R. & Ashforth B. (1996) A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology* 81, 123–133.
- Litwin G. & Stringer R. (1968) *Motivation and Organizational Climate*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- MacKay L. (1989) *Nursing A Problem*. Open University Press, Milton Keynes.
- MacKay L. (1993) *Conflicts in Care: Medicine and Nursing*. Chapman and Hall, London.
- Manias E. & Street A. (2001) Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing* 10, 242–250.
- Manley K. & McCormack B. (2003) Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in Critical Care* 8, 22–29.
- Mayer T., Cates R., Mastorovich M. & Royalty D. (1998) Emergency department patient satisfaction: customer service training improves patient satisfaction and ratings of physicians and nurse skills. *Journal of Healthcare Management* 43, 427–441.
- McCall E. (1996) Horizontal violence in nursing: the continuing silence. *Lamp* 53, 28–31.
- McCloskey J. (1990) Two requirements for job contentment: autonomy and social integration. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 22, 140–143.
- McCormack B., Garbett R. (2003) The characteristics, qualities and skills of practice developers. *Journal of Clinical Nursing* 12, 317–325.

V.J. Wilson et al.

- McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A. & Seers K. (2002) Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing* 38, 94–104.
- McDaniel C. & Stumpf L. (1993) The organizational culture: implications for nursing service. *Journal of Nursing Administration* 23, 54–60.
- McNeese-Smith D. (1997) The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration* 27, 47–55.
- Miles M.S., Carter M.C., Hennessey L., Eberly T.W. & Riddle I. (1989) Testing a theoretical model: correlates of parental stress in the pediatric intensive care unit. *Maternal-Child Nursing Journal* 18, 207–219.
- Mishel M. (1983) Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child: reliability and validity of scale. *Nursing Research* 32, 324–330.
- Mu P.F. & Tomlinson P.S. (1997) Parental experience and meaning construction during a pediatric health crisis. *Western Journal of Nursing Research* 19, 608–636.
- Northcott N. (1996) Cognitive mapping: an approach to qualitative data analysis. *Nursing Times Research* 1, 456–463.
- Pawson R. & Tilley N. (1997) *Realistic Evaluation*. Sage Publications Ltd, London.
- Pearson A., Puntun S. & Durant T. (1992) *Nursing Beds: An Evaluation of the Effects of Therapeutic Nursing*. Scutari Press, Harrow.
- Quine L. (1999) Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal* 318, 228–232.
- Rayner C. & Hoel H. (1997) A summary review of the literature relating to workplace bullying. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 7, 181–191.
- Roberts S. (1983) Oppressed group behavior: implications for Nurses. *Advanced Nursing Science Journal* 5, 21–30.
- Salvage J. & Smith R. (2000) Doctors and nurses: doing it differently: The time is ripe for a major reconstruction. *British Medical Journal* 320, 1019–1020.
- Sally G. & Donaldson L.J. (1998) The NHS's 50 anniversary: clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal* 317, 61–65.
- Schlen E.H. (1990) Organizational Culture. *American Psychologist* 45, 109–119.
- Seago J. (1996) Work group cultures, stress, and hostility: correlations with organizational outcomes. *Journal of Nursing Administration* 26, 39–47.
- Shortell S., Rousseau D. & Gillies R. (1991) Organizational assessment in intensive care units (ICU's): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. *Medical Care* 29, 709–726.
- Skills L. (1992) Perceptions and feelings of nurses about horizontal violence as expression of oppressed group behavior. In *Critique, Resistance and Action Working Papers in the Politics of Nursing* (Thomson J., Allen D. & Rodrigues-Fisher L., eds), National League for Nursing, New York, pp. 167–186.
- Snow J. (2002) Enhancing work climate to improve performance and retain valued employees. *Journal of Nursing Administration* 32, 393–397.
- Streubert H.J. & Carpenter D.R. (1995) *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. JB Lippincott Co., Philadelphia, PA.
- Stumpf L.R. (2001) A comparison of governance types and patient satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration* 31, 196–202.
- Thomas C., Ward M., Chobra C. & Kumiega A. (1990) measuring and interpreting organizational culture. *Journal of Nursing Administration* 20, 17–24.
- Titchen A. & Binnie A. (1995) The art of clinical supervision. *Journal of Clinical Nursing* 4, 327–334.
- Tomlinson P.S., Thomlinson E., Peden-McAlpine C. & Kirschbaum M. (2002) Clinical innovation for promoting family care in pediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice. *Journal of Advanced Nursing* 38, 161–170.
- Traynor M. & Wade B. (1993) The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing* 18, 127–136.
- Tzeng H-M., Ketefian S. & Redman R. (2002) Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction and patient satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing Studies* 39, 79–84.
- Van Riper M. (2001) Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart & Lung* 30, 74–84.
- Vestel K., Fralich R. & Spreier S. (1997) Organizational culture: the critical link between strategy and results. *Hospital and Health Services Administration* 42, 339–365.
- Wallach E.J. (1983) Individuals and organizations: the cultural match. *Training Develop Journal* 2, 29–36.
- Whale Z. (1993) The participation of hospital nurses in the multidisciplinary ward round on a cancer-therapy ward. *Journal of Clinical Nursing* 2, 155–163.
- Wright S., Bowkett J. & Bray K. (1996) Development in practice. The communication gap in ICU – a possible solution. *Nursing in Critical Care* 1, 241–244.

§ 10.3 Beoordeling wetenschappelijk artikel ‘Understanding the workplace culture of a special care nursery’

Hieronder beoordeelt de afstudeergroep aan de hand van de empirische cyclus een wetenschappelijk artikel. Om dit artikel te beoordeling heeft de afstudeergroep gebruik gemaakt van de empirische cyclus die staat beschreven in de studentenhandleiding van Cxx12, EBP1.

Stap 1 aanleiding

Wat is de aanleiding van het onderzoek?

De aanleiding van dit artikel is dat op de Special Care Nursery (SCN) de emancipatoire Practice Development (ePD) strategie wordt geïmplementeerd. De bedoeling van ePD is de effectiviteit bevorderen in de patiënt gecentreerde zorg door het in staat stellen van zorgteams om cultuur en context van de zorg te veranderen.

Een onderzoek naar de cultuur was een essentieel startpunt voor het kritisch evalueren van de veranderingen die mogelijk kunnen plaatsvinden binnen de SCN als gevolg van deze implementatie.

Stap 2 doelstelling

Wat is de doelstelling?

Het doel van de eerste fase van het onderzoek is het begrijpen van de cultuur op de afdeling SCN. Dit wordt onderzocht om het gevolg te meten die de implementatie van ePD zou kunnen hebben.

Stap 3 Methode

3a soort onderzoek

Wat is het type onderzoek en waarom?

Het artikel betreft een exploratief onderzoek omdat er een participerende observatie heeft plaatsgevonden en semi-gestructureerde interviews binnen het team, zijn afgenomen. Daarnaast zijn er literatuurbronnen geraadpleegd. Met deze technieken is er gezocht naar de samenhang en verschillen met betrekking tot de waarden en overtuigingen van de onderzoekspopulatie en het gevolg hiervan op de cultuur afdeling. Vervolgens is dit beschreven in woorden.

Is er sprake van een kwalitatief of kwantitatief onderzoek en waarom?

Er is sprake van een kwalitatief onderzoek omdat de onderzoeker de aard der dingen beschrijft. In dit geval wordt onderzocht hoe de verpleegkundigen de cultuur op de afdeling beleven. Het onderzoek voldoet aan de vier criteria waar een kwalitatief onderzoek aan moet voldoen namelijk;

- geloofwaardigheid (credibility) omdat er gebruik is gemaakt van triangulatie;
- verplaatsbaarheid (transferability) de resultaten zijn gebonden aan plaats, tijd en context;
- plausibiliteit (dependability), er is gebruik gemaakt van tape recorders en er zijn meerdere onderzoekers betrokken en
- verifieerbaarheid (confermability), er is een logboek bijgehouden met ideeën, aannames en veldaantekeningen (Cox et al.,2005).

Hoe wordt er geoperationaliseerd?

- Wat zijn de variabelen (afhankelijk of onafhankelijk)?

De afhankelijke variabele in het onderzoek is de cultuur, de onafhankelijke variabelen zijn de waarden en overtuigingen van de verpleegkundigen van de afdeling.

- Hoe worden de data verzameld, welk meetmethode of meetinstrument is gebruikt?

Zowel de afhankelijke als de onafhankelijke variabelen zijn verzameld middels participerende observatie en notities die tijdens deze observatie zijn gemaakt. Daarnaast zijn er ook semi-gestructureerde interviews afgenomen.

De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van triangulatie omdat er meerdere onderzoeksmethoden zijn gebruikt, hierdoor wordt de geloofwaardigheid van het onderzoek vergroot.

3b Bias/vertekening (interne validiteit)

- Hoe is de betrouwbaarheid van het meetinstrument vastgesteld?

In het onderzoek is geen gebruik gemaakt van methodes om de betrouwbaarheid van een meetinstrument vast te stellen zoals; interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, interne consistentie en test-hertest. Daarentegen is de vragenlijst (survey) die gebruikt is aangepast aan de context waarin deze gebruikt is.

- Hoe is de validiteit van het meetinstrument vastgesteld? Inhoudsvaliditeit of criteriumvaliditeit?

In het artikel wordt niet beschreven of de validiteit van de vragenlijst is vastgesteld, de vragenlijst is ontwikkeld door Traynor and Wade (1993) en is aangepast aan de context van de afdeling. Echter is de '4 point Likert scale' bij een vorige toepassing binnen de organisatie, gevalideerd. Het is niet duidelijk hoe dit gebeurd is, dit staat niet beschreven in het artikel.

- Is de steekproef select of a-select? Wat is de grootte van de onderzoekspopulatie?

De steekproef is a-select omdat er vooraf geen criteria zijn opgesteld waaraan de deelnemers moesten voldoen. De grootte van de onderzoekspopulatie betreft 27 verpleegkundigen en verloskundigen (n=27) waarvan 21 van het vaste team en 6 invallers.

- Is er een duidelijke beschrijving gegeven van het onderzoeksproces?

Ja, er is in het artikel duidelijk beschreven hoe het proces is verlopen. Hieronder geeft de afstudeergroep puntsgewijs aan hoe het proces is verlopen.

Aanleiding

De aanleiding van dit artikel is dat op de Special Care Nursery (SCN) de emancipatoire Practice Development (ePD) strategie wordt geïmplementeerd. De bedoeling van ePD is de effectiviteit bevorderen in de patiënt gecentreerde zorg door het in staat stellen van zorgteams om cultuur en context van de zorg te veranderen.

Een onderzoek naar de cultuur was een essentieel startpunt voor het kritisch evalueren van de veranderingen die mogelijk kunnen plaatsvinden binnen de SCN als gevolg van deze implementatie.

Doel

Het doel van de eerste fase van het onderzoek is het begrijpen van de cultuur op de afdeling SCN. Dit wordt onderzocht om het gevolg te meten die de implementatie van ePD zou kunnen hebben.

Onderzoeksmethoden

- De survey: Er is een tevredenheidsvragenlijst onder het personeel uitgedeeld, die ontwikkeld is door Traynor en Wade (1993) en aangepast aan de context waarbij overbodige vragen zijn weggelaten en waarbij gebruik gemaakt wordt van een '4 point Likert scale'.
- Interviews: De interviews vonden plaats in een aparte ruimte aangrenzend aan de afdeling en werden in de vorm van een gesprek gehouden. De interviews zijn opgenomen en duurden ongeveer een uur, de vragen kwamen voort uit de analyse van de vragenlijst en de participerende observatie. De vragen richtten zich op het werken binnen een team, leeromgeving, verandering van werkzaamheden en zorg waarbij familie centraal staat.
- Participerende observatie: De onderzoeker V. Wilson heeft rekening gehouden met de plek waar zij zich in de ruimte bevond om de observatiekansen te maximaliseren en zo min mogelijk te storen. Alle observaties zijn in detail opgeschreven. De onderzoeker heeft een logboek bijgehouden waarin veld aantekeningen en gedachten van de onderzoeker over de observatie en de interactie tussen de onderzoeker en het personeel zijn weergegeven.

Data analyse

Van de data die zijn verzameld middels participerende observatie en veldaantekeningen zijn transcripties gemaakt en met elkaar vergeleken om overeenkomsten en verschillen te formuleren die leiden tot het vormgeven van categorieën. Vervolgens zijn deze categorieën met elkaar vergeleken en aangevuld om ze te versterken en te nuanceren met aanvullende data. Dit zorgde ervoor dat er centrale thema's uit de categorieën en ontwikkeling van een kernvariabele. Er zijn geen transcripties van de interviews gemaakt maar er is gebruik gemaakt van 'cognitive mapping'. Deze techniek, ontworpen door Eden et al (1983), is gebruikt om waarden en overtuigingen te analyseren. Er is een onafhankelijke onderzoeker ingeschakeld die heeft bijgedragen aan de verbetering van de validiteit, deze onderzoeker heeft alles goed gekeurd en er zijn geen wijzigingen aangebracht. Vervolgens zijn de waarden en overtuigingen gerangschikt van volkomen mee eens tot volkomen oneens, dit is gedaan aan de hand van de '4 point Likert scale'.

Resultaten

De onderzoeksresultaten zijn samengevoegd en daaruit volgen vier categorieën die worden gelinkt aan een kernvariabele. Deze resultaten zijn weergegeven in een figuur. Per categorie worden de resultaten van de deelnemers weergegeven in de vorm van quotes, die voortkomen uit de participerende observatie en interviews. Per categorie staat ook beschreven van wat de tegenstrijdigheden zijn en de spanningen die ontstaan tussen de verschillende waarden en overtuigingen.

Discussie

De verpleegkundige en de sociologische literatuur onderstreept de resultaten van het onderzoek. De literatuur zegt dat de tevredenheid in het werk en teamwork niet los van elkaar kunnen worden gezien. Daarnaast wordt werktevredenheid sterk beïnvloed door erkenning, goedkeuring en steun van het team. Deze kenmerken komen naar voren uit de resultaten van de vragenlijst. Echter, uit de participerende observatie en interviews komt een cultuur naar voren waarin er juist sprake is van individualisme in plaats van teamwork. De onderzoekers hebben de resultaten vergeleken met de literatuur en ander wetenschappelijk onderzoek. Daarbij zijn verschillen en overeenkomsten beschreven.

Conclusie

Als laatste is er in het artikel een conclusie getrokken uit het onderzoek, waarbij teruggekeken wordt naar het doel van het onderzoek en waarvan de belangrijkste conclusies beschreven worden uit de gevonden onderzoeksresultaten.

- Is er uitval? Zo ja, is hiervoor gecorrigeerd?

Ja er is 30% uitval, dit houdt in dat er acht van de 27 verpleegkundigen en verloskundigen de vragenlijst niet of te laat heeft ingevuld of teruggegeven door afwezigheid op de afdeling.

- Survey: 19 van de 27 verpleegkundigen en verloskundigen hebben deelgenomen.
- Participerende observatie: 19 van de 27 verpleegkundigen en verloskundigen hebben deelgenomen.
- Interviews: 12 verpleegkundigen en/of verloskundigen hebben zich vrijwillig aangemeld voor interviews waarvan er uiteindelijk negen zijn afgerond en zijn meegenomen in de resultaten.

Het is niet duidelijk of er is gecorrigeerd voor deze uitval.

- Is er blinding toegepast?

Er is geen blinding toegepast omdat dat niet van toepassing is op het onderzoek.

Welke methoden zijn gebruikt om bias te voorkomen?

Er zijn methoden gebruikt om bias te voorkomen er is namelijk triangulatie toegepast in de vorm van een vragenlijst, participerende observatie en interviews. Daarnaast is er gebruik gemaakt van researcher triangulation bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten. Tevens is er reflectie

toegepast omdat er een logboek is bijgehouden en veld aantekeningen zijn gemaakt. De hoofdonderzoeker had voorafgaand aan het onderzoek weinig contact met het personeel van het SCN en kon daardoor de rol van een buitenstaander aannemen. Hierdoor kon ze een afstand houden van het personeel, maar had toch een hoge mate van deskundigheid omtrent het onderwerp. Daarnaast had de hoofdonderzoeker in de ogen van het personeel een hoge geloofwaardigheid met betrekking tot de praktijkuitvoering en het faciliteren, waardoor ze zich makkelijk kon inlaten met het personeel. Tegelijkertijd kende ze hierbij de grenzen van interactie met personeel tijdens onderzoek.

Stap 4 Resultaten

- Hoe groot is het effect van het resultaat?

Het toonbaar maken van de waarden en overtuigingen van de onderzoekspopulatie gaf hen de kans om hun vermoedens, over hun rol als zorgverlener op de afdeling met betrekking tot de patiëntenzorg, te controleren. De onderzoeksresultaten suggereren dat werken met waarden en overtuigingen van het team een cruciale eerste stap is in de ontwikkeling van de uitvoering en beïnvloeding van cultuurverandering.

Stap 5 Conclusie en discussie

- Is de steekproef representatief?

De onderzoeksresultaten zijn toegepast op een SCN, waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is. Ondanks de beperkte toepasbaarheid is het proces dat doorlopen is, om de cultuur te onderzoeken, mogelijk bruikbaar voor mensen in andere werkvelden die ook een cultuurverandering door willen voeren.

- Wat is er methodologisch gezien goed/minder goed gegaan tijdens het onderzoek?

- Wat is de relevantie van het artikel voor de praktijk, ofwel:

Stel je bent senior van een afdeling, zou je de resultaten implementeren? Waarom wel en waarom niet?

Niet goed: het is voor de afstudeergroep niet duidelijk hoe de uitkomsten van de survey zijn berekend. Daarnaast is het onduidelijk welke vragen er zijn gesteld. Uit het onderzoek blijkt dat bij de verschillende onderzoeksmethoden verschillende resultaten naar voren komen met betrekking tot de categorie teamwork. De afstudeergroep vraagt zich af hoe deze discrepantie is ontstaan. Dit is namelijk niet duidelijk omschreven.

Goed: de afstudeergroep vindt dat de resultaten overzichtelijk zijn weergegeven in het tabellen en figuren, dit verduidelijkt de onderzoeksresultaten.

De onderzoekers hebben meerdere onderzoeksmethoden toegepast, toen bleek dat de survey niet voldoende resultaat gaf. De afstudeerproject is van mening dat dit de geloofwaardigheid (credibility) en toepasbaarheid van het artikel in de praktijk bevordert. De literatuur zegt namelijk dat het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden, de resultaten van een onderzoek geloofwaardiger maakt (Cox et al, 2008). Met het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden zijn de onderzoekers steeds dichterbij de kern van de afdelingcultuur gekomen.

De onderzoekers hebben stil gestaan bij het ethische vraagstukken, na elke stap die doorlopen is. Dit vindt de afstudeergroep positief, omdat dit passend is bij het cultuuronderzoek, waarbij op deugdelijke manier moet worden omgegaan met informatie.

De afstudeergroep is van mening dat de gevonden resultaten geïmplementeerd zouden kunnen worden op een afdeling, aangezien de resultaten vergaard zijn middels meerdere onderzoeksmethoden en dat de resultaten zijn getoetst aan wetenschappelijke literatuur.

De afstudeergroep ziet tevens overeenkomsten tussen, in het artikel beschreven onderzoek en het onderzoek dat zijzelf hebben uitgevoerd.

De gebruikte literatuur in het artikel is volgens de afstudeergroep te gebruiken ter onderbouwing van de vervolgstappen van hun afstudeerproject.

Bijlage 11 Mindmapbijeenkomst teamdag

In deze bijlage staan de door de afstudeergroep gemaakte stukken ter voorbereiding en uitwerking van de bijeenkomst met het team op 26 april 2012. Het betreft een huiswerkopdracht, de voorbereiding op de teamdag, de ijsbreker die gebruikt is tijdens de bijeenkomst, het evaluatieformulier voor de bijeenkomst en de uitwerking van de bijeenkomst.

§ 11.1 Huiswerkopdracht

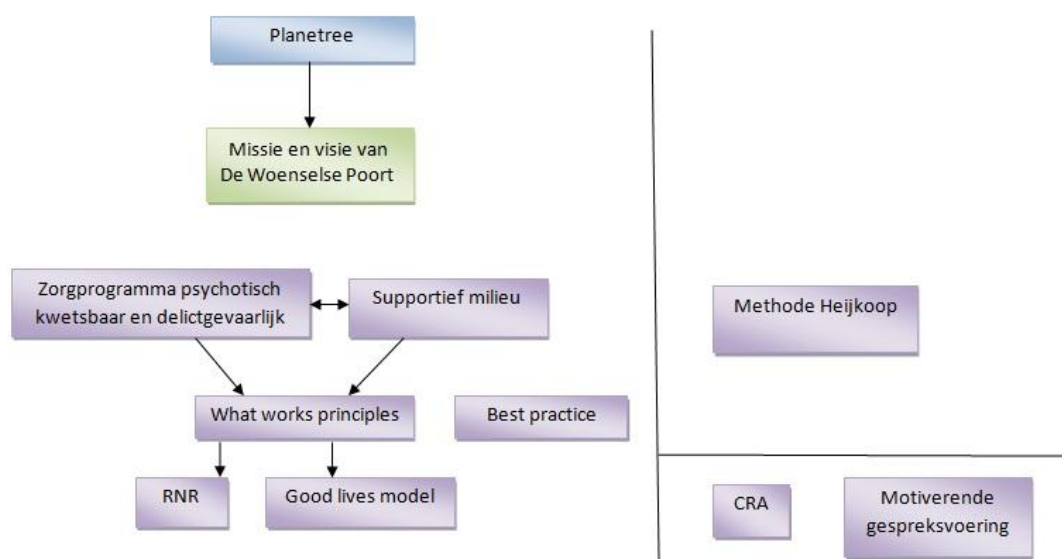
Toelichting methodieken

In onderstaand figuur staan de methodieken afgebeeld die worden toegepast binnen De Woenselse Poort.

Bovenaan staat Planetree, dit wordt GGzE breed nageleefd. Vanuit hier is de missie en visie van De Woenselse Poort opgesteld.

Voor de overkoepelende afdelingsvisie (visie management) is het landelijk zorgprogramma psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk en het supportief milieu gebruikt. Daarnaast komen de volgende modellen aan bod die deze twee methodieken ondersteunen: What works principles en best practice. Good lives model en RNR komen voort uit What works principles.

De Methode Heijkoop staat naast al deze methodieken en kan dus gebruikt worden waar nodig. Community Reinforcement Approach (CRA) en motiverende gespreksvoering staan niet op de voorgrond in de overkoepelende afdelingsvisie van FPC 2A en zijn daardoor door de afstudeergroep niet meegenomen in de toelichting.



Figuur 1: Methodiekenstructuur De Woenselse Poort. De eenrichtingspijlen geven aan welke methodieken voortkomen uit elkaar. De tweerichtingspijlen geven de methodieken aan die samenhangen met elkaar.

Planetree

Planetree is een filosofie en aanpak die de best mogelijke mensgerichte zorg nastreeft. Bij Planetree staat de mens voorop.

Zorgprogramma psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk

Het landelijke zorgprogramma psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk is geschreven door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Het zorgprogramma bestaat uit drie fasen; de diagnostische fase, de behandelingsfase en de resocialisatiefase. Binnen De Woenselse Poort is het

individuele zorgplan voor de cliënt gebaseerd op dit zorgprogramma en komen de drie fasen hierin terug.

Supportief milieu

Het supportieve milieu biedt ruimte voor de resocialiserende, verzorgende en medicamenteuze aanpak. Supportief staat voor ondersteunend en dragend. Centraal in de benadering is het leren, oefenen en trainen om competenties op te bouwen, te versterken of te behouden.

What Works Principles – Risk Needs Responsivity model (RNR-model)

De 'what works principles' bieden algemene richtlijnen voor diagnose, risicomanagement, behandeling en resocialisatie. Hierbij wordt steeds afgewogen wat deze principes precies inhouden voor de individuele cliënt.

De eerste drie principes staan ook wel bekend als het risk-needs-responsivity model. Het RNR model omvat de drie principes:

- het risicoprincipe; de behandeling van de mensen met een hoog risico moet intensiever en meer gestructureerd zijn dan die van mensen met een laag risico, waarbij het ook om de beveiliging gaat
- het behoefte principe; de behandeling moet zich richten op de behoeften die de kans op een recidive vergroten
- het responsiviteitsprincipe; de behandeling moet zijn afgestemd op de individuele cliënt.

De kracht van dit model is de steeds terugkerende vertaalslag naar de individuele cliënt, welke steeds worden geëvalueerd in de behandeling en worden aangepast waar nodig.

Good lives model

Dit model is ontwikkeld om toe te passen op alle typen cliënten, maar wordt vooral toegepast bij seksuele delinquenten. Het Good lives model (GLM) biedt ruimte aan mechanismen waar het what-works-model niet direct oog voor heeft. Voorbeelden hiervan zijn de vertrouwensband tussen therapeut en cliënt en cliënten motiveren actief mee te werken. Het GLM richt zich op zowel het welzijn van de cliënt als op de reductie en beheersing van het recidive risico. Het GLM stelt daartoe sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal.

Best practice

Binnen paramedische beroepen, waaronder verpleegkunde, wordt best practice gezien als een alternatief voor evidence based medicine. Ontbreekt het wetenschappelijk bewijs, dan zal de paramedicus een besluit moeten nemen op grond van ervaring. Concreet betekent dit dat de paramedicus handelt volgens het best mogelijk wetenschappelijke bewijs.

Sociotherapie

Sociotherapie is het op methodische wijze creëren van een therapeutisch woon-/leefklimaat, met als doel een omgeving te bieden waarin cliënten kunnen genezen en/of leren omgaan met hun ziekte of handicap(s). Hierbij worden geldende waarden en normen uit de maatschappij nageleefd. De sociotherapeut vervult de rol van voorbeeld en bekrachtigen gewenst gedrag, maar grijpen ook in bij grensoverschrijdend gedrag. De sociotherapeut vervult de rol van observator en rapporteur, motivator en begeleider, grenzensteller en klankbord.

Methode Heijkoop

De methode Heijkoop gaat uit van het principe dat je cliënten aan moet spreken op de verantwoordelijkheden en de draagklacht die zij aan kunnen. Je moet hierbij de vergelijking trekken van de 'echte' leeftijd en de geestelijke leeftijd. Je kijkt per gebied en vraagt je af hoe de cliënt functioneert op verschillende gebieden.

§ 11.2 Voorbereiding teamdag 26 april 2012

Tijdsduur: 90 minuten

Deelnemers: verpleegkundig team FPC2A (+/- 10 personen)

Locatie: Riethoven

Thema: visieontwikkeling

Voorbereiding brainstormsessie

Rolverdeling maken(voorzitter etc.)

Mindmap voorbeeld en 2 mindmaps maken

Voorbereiden en oefenen presentatie/ijsbreker

Inhoud bepalen/verdieping aanbrengen

10 Lege A4 vellen papier wit – Tineke

Plakband/lijmstift – Tineke

Gekleurd papier (10 groene en 2 rode) – Sharmay

Gele post its – Sharmay

2 cakes en slagroom – Hanne

Stiften – Hanne

Pennen – Iedereen

Uitprinten huiswerkopdracht 2x -

Auto – Iris

Indeling bijeenkomst (90 minuten)

1. Drinken en cake uitdelen (Hanne)

Welkomstwoord (Iris)

Tijdsduur 90 minuten, pauze van 5 tot 10 minuten, kleine opdracht van tevoren, mindmap in groepjes, evaluatie.

2. Rolverdeling en indeling bijeenkomst kenbaar maken
- Voorzitter (Iris)

3. Ijsbreker instructies (Tineke)

Papier uitdelen (Sharmay)

Bijlage Papier scheuren (zie pagina 4)

4. Doel ijsbreker: Deze ijsbreker toont het belang van communicatie aan. Door middel van deze ijsbreker willen wij jullie bewust maken van de onduidelijke communicatie tussen het management team en het verpleegkundig team met betrekking tot de overkoepelende afdelingsvisie. Daarnaast willen wij jullie hiermee duidelijk maken dat wanneer de communicatie niet helder is iedereen dit verschillend kan interpreteren waardoor er het gevaar bestaat dat iedereen zijn eigen invulling geeft aan bepaalde zaken (Sharmay).

Doel van de bijeenkomst vertellen (linken aan ijsbreker) (Sharmay)

Samen met het verpleegkundig team het fundament leggen voor de ontwikkeling van de verpleegkundige visie die aansluit op de overkoepelde afdelingsvisie.

5. Opdracht mindmap uitleggen aan de hele groep (Hanne)

Middels een mindmap willen we samen met jullie tot gemeenschappelijk gedeelde

kernwoorden komen. De kernwoorden dragen bij tot het ontwikkelen van een

gemeenschappelijk gedeelde visie met betrekking tot de benadering en behandeling van de

doelgroep en samenwerking met het verpleegkundig team. Aangeven dat ze 20 minuten de tijd krijgen voor het maken van een mindmap.

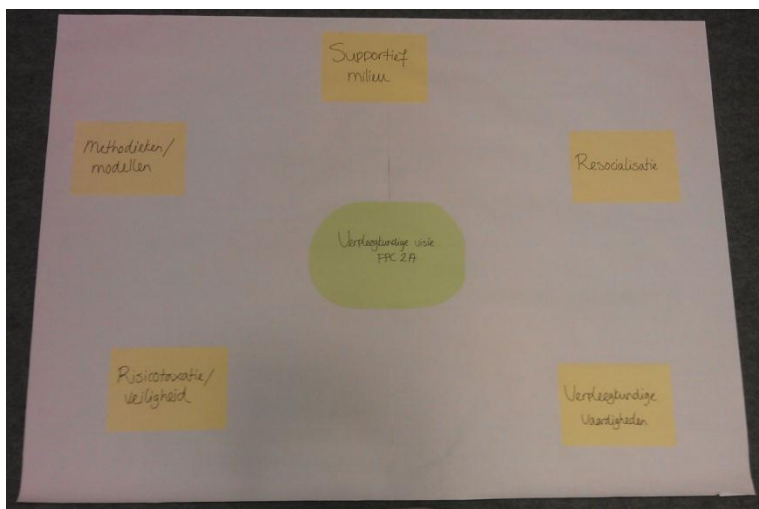
6. Groepjes vormen (Iris)
 - 2 groepjes van 4
 - Groep 1: P. v. d. H., L. B., M. H., M. B. (*Hanne&Iris*)
 - Groep 2: H. v. d. B., G. K., N. G., J. v. d. V. (*Sharmay&Tineke*)

7. Uitdelen huiswerkopdracht en uitleggen (*Hanne*)

8. Opdracht 1: mindmappen in groepjes (*iedereen*)

Voorstel doen tot het maken van een mindmap in groepjes. Hanne & Iris sluiten aan bij groep 1 en Sharmay & Tineke sluiten aan bij groep 2. Aangeven dat ze 20 minuten de tijd krijgen voor het maken van een mindmap. Interactie onderling teweeg brengen. Benoemen dat ze zoveel mogelijk woorden op mogen plakken en dat ze onderling mogen overleggen.

Nadenken over een symbool wat centraal staat voor het verpleegkundig team (*Reorganisatie/voldoende personeel hoort niet in de verpleegkundige visie, frustraties van uit de reorganisatie.*)



Voorzitter: Na de pauze gaan we verder met het bespreken van de mindmap, deze gaan jullie aan elkaar vertellen.

5/10 minuten pauze (loopt uit)

9. Plenaire bespreking van de uitkomsten van opdracht 1.

Ieder groepje verteld in het kort hun eigen mindmap aan de andere groep. Voorzitter vraagt aan een persoon van het groepje om uitleg te geven de anderen mogen hierop een aanvulling geven.
10. Eén iemand naar voren laten komen om te clusteren (zo nodig wisselen per onderwerp) de rest geeft instructies (*Tineke*).
11. Na het clusteren aan het team vragen om per cluster een kernwoord te bedenken die een samenvatting geeft van het cluster. Het kernwoord wordt toegepast in de verpleegkundige visie (*Tineke*).
12. Evalueren (*Sharmay*) uitdelen evaluatie thermometer (*Hanne*)
13. OCAI Resultaten vragen om in te vullen vóór 7 mei. Benadrukken dat het belangrijk is voor het schrijven van een visie.

Team bedanken (*Iris*).

§ 11.3 Ijsbreker

Papier scheuren

Doel: een goede inleiding op communicatie onderwerpen.

Duur: ongeveer vijf minuten.

Benodigdheden: A4'tje per deelnemer.

1. Vertel het volgende: Pak het velletje papier en hou het voor je. Doe nu je ogen dicht en volg de instructies exact. Niet stiekem kijken en geen vragen stellen.

2. Geef nu de volgende aanwijzingen, doe hetzelfde met je eigen vel papier en geef ruimte na elke aanwijzing om de instructie goed uit te voeren:

"Eerst wil ik dat je het papier dubbel vouwt.

Vouw het nog een keer dubbel en scheur de linker bovenhoek van het papier af.

Vouw het nogmaals dubbel en scheur nu de rechter onderhoek van het papier af."

3. Nadat het scheuren gebeurt is vraag je iedereen om de ogen open te doen, en het papier uit te vouwen. En kijk wat het resultaat is. Zeg: "Als ik goed gecommuniceerd heb, en jullie hebben goed geluisterd, dan zou het resultaat vergelijkbaar moeten zijn." Hou het vel papier omhoog. Weinig kans dat iemand hetzelfde resultaat heeft.

4. Bekijk de verschillen. Er zal waarschijnlijk gelachen worden, of het eerste gemor is hoorbaar.

5. Vraag de groep waarom niemand z'n papier lijkt op dat van u. U krijgt waarschijnlijk reacties zoals: "Maar we mochten geen vragen stellen" of "Uw aanwijzingen klopten niet" (Sigma-M, 2009)

§ 11.4 Evaluatieformulier bijeenkomst FPC 2A 26 april 2012

Wat vond je ervan? Kleur of streep op de thermometer aan hoe 'warm' (hoe goed) of hoe koud (niet zo goed) je de bijeenkomst vond. In het vak er naast mag je aangeven waarom je dit vindt en kun je eventueel verbeterpunten aangeven.



Indien warm, waarom?

0

Indien koud, waarom?

☐ Mogen we je opmerkingen gebruiken? (kruis aan, indien *ja*)

☐ Mogen we je naam gebruiken? Naam/titel: _____

Heel erg bedankt voor je deelname aan de bijeenkomst en het invullen van dit evaluatieformulier!!

Groetjes, Hanne, Iris, Sharmay en Tineke

§ 11.5 Uitwerking bijeenkomst 26 april 2012

Inleiding

De afstudeergroep heeft op 26 april 2012 tijdens een teamdag een bijeenkomst met het team georganiseerd. Het doel van deze bijeenkomst was om samen met het verpleegkundig team het fundament te leggen voor de ontwikkeling van de verpleegkundige visie die aansluit op de overkoepelde afdelingsvisie.

Vorbereiding bijeenkomst teamdag

Ter voorbereiding op de bijeenkomst heeft de afstudeergroep gebrainstormd over hoe de bijeenkomst vorm gegeven zal worden. Hierbij heeft de afstudeergroep gekeken naar het doel van de bijeenkomst en welke werkvorm hierbij aansluit. Het doel van de bijeenkomst was om samen met het verpleegkundig team tot gemeenschappelijk gedeelde kernwoorden te komen. De kernwoorden dragen bij aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde visie met betrekking tot de benadering en behandeling van de doelgroep en samenwerking met het verpleegkundig team.

De afstudeergroep heeft gekozen voor een interactieve bijeenkomst waarbij de teamleden middels een mindmap hun gedachten kunnen opschrijven. Mindmappen is een adequaat middel om te helpen informatie een plek te geven. Informatie van buitenaf of die uit het brein komt 'opborrelen' is snel te verwerken met mindmaps (Mindmap Nederland, 2012).

De volgende onderwerpen zijn verwerkt in de mindmap: methodieken/modellen, supportief milieu, resocialisatie, risico-taxatie/veiligheid en verpleegkundige vaardigheden. Deze onderwerpen komen voort uit de waardeverhelderingsoefeningen, expertraadpleging en de overkoepelende afdelingsvisie.

Om zo snel en effectief mogelijk van start te gaan heeft de afstudeergroep het team een 'huiswerkopdracht' toegestuurd om voorafgaand aan de bijeenkomst door te lezen. Hierin is in het kort en in begrijpelijke taal een toelichting gegeven van de methodieken die staan beschreven in de overkoepelende afdelingsvisie.

Voorafgaand aan de bijeenkomst heeft de afstudeergroep twee groepen gevormd waarbij rekening is gehouden met de indeling van de verschillende groepen van de waardeverhelderingsoefeningen. De afstudeergroep heeft er voor gezorgd dat de verpleegkundigen die bij elkaar zaten tijdens de waardeverhelderingsoefening, tijdens de bijeenkomst niet bij elkaar zaten en dat de teamleden van de verschillende afdelingen verdeeld waren over de twee groepen. Er is voor deze verdeling gekozen om iedereen binnen het team een kans tot spreken te geven. Daarnaast kan de afstudeergroep hiermee verschillen tussen de twee groepen aantonen.

De afstudeergroep heeft er voor gekozen om aan de hand van verschillende rollen de bijeenkomst vorm te geven. De afstudeergroep heeft hiervoor gekozen om de structuur en het overzicht te bewaren, opdat de bijeenkomst goed zou verlopen. Dit sluit tevens aan bij de leerdoelen van de projectleden. Elk projectlid heeft ten minste één onderdeel van de bijeenkomst geleid en er is gekozen voor één voorzitter die de verantwoordelijkheid droeg voor het verloop van de hele bijeenkomst.

Ter voorbereiding heeft de afstudeergroep geoefend met het verloop van de bijeenkomst, om de bijeenkomst zo soepel mogelijk te laten verlopen.

De bijeenkomst

De afstudeergroep is begonnen met een welkomstwoord waarin het team werd bedankt dat de afstudeergroep aanwezig mocht zijn op de teamdag.

De afstudeergroep is begonnen met een ijsbreker in de vorm van een groepsactiviteit. Fysieke spelletjes in teamverband scoren hoog op de energieladder. Op deze manier blijven deelnemers geïnteresseerd en geconcentreerd en leren en onthouden ze meer (Highmore Sims, 2009). Tevens hebben Boomer et al. (2008) in hun artikel over visieontwikkeling binnen practice development, ook gebruik gemaakt van een ijsbreker in een workshop. Deze ijsbreker is een goede inleiding op communicatieonderwerpen. Er wordt namelijk een spel gespeeld die het belang van communicatie

aantoont (Sigma-M, 2009). De afstudeergroep wil door middel van de ijsbreker het team bewust maken van de onduidelijke communicatie tussen het management team en het verpleegkundig team met betrekking tot de overkoepelende afdelingsvisie. Daarnaast wil de afstudeergroep de deelnemers hiermee duidelijk maken dat wanneer de communicatie niet helder is, iedereen dit verschillend kan interpreteren waardoor er het gevaar bestaat dat iedereen zijn eigen invulling geeft aan bepaalde zaken.

Na de ijsbreker heeft de afstudeergroep het doel van de bijeenkomst uitgelegd en is de opzet van de bijeenkomst toegelicht. Hierbij is aangegeven waarom er gekozen is voor een mindmap, hoeveel tijd beschikbaar is voor de mindmap en is aan het team gevraagd of zij willen nadenken over welk symbool voor hen centraal staat voor de afdeling.

Vervolgens heeft de afstudeergroep gepolst bij het team of de 'huiswerkopdracht' is gelezen. Dit bleek niet het geval. De afstudeergroep heeft er voor gekozen om deze voorafgaand aan het mindmappen door te laten lezen door het team, zodat zij op de hoogte zijn van de inhoud van de verschillende methodieken.

Tijdens het werken aan de mindmap sloten twee leden van de afstudeergroep aan bij elke groep, om onderlinge interactie teweeg te brengen en ondersteuning te bieden. De twee groepen zijn aan de slag gegaan met het plakken van post-its bij de verschillende onderwerpen. Hierna volgde een korte pauze, gezien de duur van de bijeenkomst en het verslappen van de aandacht. Voor de pauze had de afstudeergroep voor een versnapering gezorgd.

Na de pauze hebben de groepen hun gemaakte mindmap kort gepresenteerd om de verschillende groepen te betrekken bij elkaars mindmap.

Na deze korte presentatie werden de post-its samengevoegd op één mindmap, om vervolgens geclusterd te worden. De afstudeergroep heeft twee personen gevraagd om deze taak op zich te nemen. Echter waren er hiervoor geen vrijwilligers, waardoor de afstudeergroep twee teamleden heeft aangewezen.

Na het clusteren werd het team bij elkaar geroepen om bij de verschillende clusters gemeenschappelijk gedeelde kernwoorden te formuleren. Het team kwam uiteindelijk tot de volgende kernwoorden:

- Beheersen tegenover het nemen van risico's
- Kennis psychopathologie
- Gesprekstechnieken
- Autonomie van de cliënt
- Met de handen in de zakken
- Gekwalificeerd personeel
- EBP
- Profileren van de functie

Om de bijeenkomst te evalueren heeft de afstudeergroep gebruik gemaakt van een evaluatiethermometer. De afstudeergroep heeft gekozen voor een kort en overzichtelijk evaluatieformulier, in plaats van een evaluatieformulier met vragen, omdat het verpleegkundig team een intensieve bijeenkomst achter de rug heeft. Op dit evaluatieformulier kunnen de deelnemers kort hun bevindingen weergeven. Uit de evaluatie kwam naar voren dat de afstudeergroep goed voorbereid was. Waarbij goed gebruik is gemaakt van een grote groep. Daarnaast werd aangegeven dat de presentatie goed opgezet was, interactief, creatief, helder, duidelijk en passend was bij het onderwerp. Daarnaast werkte de bijeenkomst stimulerend, zette het aan tot denken en tot zinvolle discussie over het onderwerp. Alle leden van het team hebben de bijeenkomst als positief ervaren.

Het artikel "I have a dream': a process for visioning in practice development' onderstreept de werkwijze die de afstudeergroep heeft gehanteerd tijdens de voorbereiding en uitvoering van de bijeenkomst. Deze werkwijze heeft betrekking op onder andere het gebruik van een ijsbreker, het werken in verschillende groepjes, groepjes die presenteren aan elkaar en het gebruik maken van een

creatieve opdracht. De deelnemers in het artikel hebben deze werkwijze als positief ervaren. Daarnaast zegt het artikel dat een duidelijke visie de werknemers kan stimuleren en motiveren. Tenslotte is de betrokkenheid van het team in het ontwikkelen van een visie essentieel (Boomer et al., 2008).

Naderhand heeft de afstudeergroep met elkaar geëvalueerd over het verloop van de bijeenkomst. De afstudeergroep heeft met de bijeenkomst het gestelde doel behaald. Daarnaast zijn ook de persoonlijke leerdoelen van de projectleden, met betrekking tot het vervullen van verschillende rollen, bereikt.

De afstudeergroep is tevreden over hun aandeel tijdens de bijeenkomst. De afstudeergroep was goed voorbereid, enthousiast en had een duidelijke rolverdeling gemaakt waardoor de bijeenkomst soepel kon verlopen.

Echter kwam tijdens de evaluatie naar voren dat de afstudeergroep moeilijk de regie kon behouden, de aandacht was matig doordat er een jolige stemming heerste onder het team. Het team was tevens nauwelijks tot de orde te roepen. De afstudeergroep heeft gemerkt dat enkele teamleden wel degelijk input hadden tijdens de mindmapsessie, maar dat het merendeel van het team niet gemotiveerd overkwam op de afstudeergroep. Mede hierdoor is er veel kostbare tijd verloren gegaan waardoor aan het einde van de bijeenkomst de sessie enigszins afgeraffeld werd. De leden van de afstudeergroep hebben het gevoel dat zij niet respectvol behandeld zijn omdat er veel tijd en energie in de voorbereiding is gestopt en er naar hen idee weinig voor terug is gekregen. De afstudeergroep is daarentegen tevreden met de resultaten die uit de mindmapsessie zijn verkregen. Daarbij geeft het team aan dat zij de kernwoorden gemeenschappelijk dragen.

Omdat de afstudeergroep niet met een gevoel van onvrede wilde blijven zitten, was de afstudeergroep van mening dat dit teruggekoppeld moest worden naar het team. De afstudeergroep is hierover in gesprek gegaan met de projectbegeleidster, die het volkomen eens was met de afstudeergroep. In eerste instantie is er een gesprek geweest met de lecturer practitioner van de afdeling. Tijdens het gesprek heeft één iemand van de afstudeergroep het woord gevoerd waardoor het gesprek gestructureerd zou verlopen. Deze persoon heeft de situatie zo objectief mogelijk voorgelegd en heeft daarna het gevoel van de afstudeergroep hierbij benoemd. Op advies van de lecturer practitioner is de opdrachtgever er ter plekke bij gehaald en is door een ander lid van de afstudeergroep het verhaal nogmaals voorgelegd. De opdrachtgever gaf aan de situatie erg vervelend te vinden voor de afstudeergroep en gaf aan zich niet bewust te zijn van de sfeer tijdens de bijeenkomst en hoe dit voor de afstudeergroep voelde. Achteraf gezien herkent de opdrachtgever dit vervelende gevoel. Ook is de opdrachtgever van mening dat de rest van het team zich niet bewust is geweest van deze houding, met name omdat er veel positieve reacties zijn gegeven op de bijeenkomst en het team zelf aangaf dat er een goede input was vanuit henzelf.

Na het gesprek vonden de projectbegeleidster en de lecturer practitioner het de taak van hen om dit verder op te pakken en kenbaar te maken bij de assistent centrummanager. De afstudeergroep was echter van mening dat zij dit zelf ook prima konden verwoorden.

Na dit besluit heeft er op dat moment nog een gesprek plaatsgevonden met een verpleegkundige van de afdeling die de afstudeergroep heeft uitgenodigd tijdens de teamdag invulling te geven aan het onderdeel deskundigheidbevordering wat een verplicht onderdeel is van de teamdag.

In het gesprek is aangegeven dat de persoon in kwestie zich herkent in de feedback en dat deze wordt meegenomen in een volgende bijeenkomst.

Om alle betrokkenen te bereiken heeft de afstudeergroep een gesprek gehad met de assistent centrummanager, in het bijzijn van de projectbegeleidster. De assistent centrummanager schrok van de feedback die werd gegeven, maar herkende, net als de opdrachtgever en de verpleegkundige van de afdeling, het gedrag wel.

Tenslotte heeft de afstudeergroep in het werkoverleg de rest van het team aangesproken op hun gedrag. De aanwezigen reageerden verbouwereerd omdat ze zich op dat moment niet bewust waren van hun ongepaste gedrag. De afstudeergroep vond het prettig dat de feedback goed werd

ontvangen, de aanwezigen gaven aan dit vervelend te vinden voor de afstudeergroep en nemen dit mee naar een volgende bijeenkomst.

De afstudeergroep is tevreden over de erkenning die is gegeven door het team waardoor de samenwerking met het team positief kan worden voortgezet.

Bijlage 12 Hand-out introductiebijeenkomst

In deze bijlage staat de hand-out die uitgedeeld is aan de aanwezige teamleden tijdens de introductiebijeenkomst van het afstudeerproject. De teamleden die niet aanwezig waren, hebben de hand-out ontvangen in hun postvak.

Inleiding

De afstudeergroep bestaat uit vier eindejaarstudenten van de opleiding verpleegkunde aan Fontys Hogescholen te Eindhoven. In het derde leerjaar van de opleiding heeft de afstudeergroep de minor Forensische Psychiatrie gevolgd en heeft hiervoor een verbeterproject geschreven voor afdeling 2A van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) binnen De Woenselse Poort te Eindhoven. Naar aanleiding van deze kennismaking heeft de afstudeergroep op deze afdeling werkplekleren (WPL) 3 doorlopen.

Aanleiding

Via de WPL 3 stage heeft de afstudeergroep een afstudeeropdracht gekregen op afdeling FPC 2A. De lecturer practitioner (LP'er¹²) signaleerde dat er wegens de reorganisatie niet eenduidig wordt gewerkt en er op de afdeling geen duidelijke verpleegkundige visie aanwezig is die aansluit bij de cliëntenpopulatie en het verpleegkundig team.

Probleembeschrijving

Afdeling 2A van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) van De Woenselse Poort te Eindhoven, heeft te maken gehad met een reorganisatie, waardoor er een nieuwe groep cliënten is op de afdeling. Daarnaast zijn er ook enkele wijzigingen doorgevoerd in het verpleegkundig team. Hierdoor ontbreekt er een duidelijke verpleegkundige visie op de afdeling wat als gevolg heeft dat er door het verpleegkundig team gewerkt wordt volgens verschillende methodieken, welke soms gedateerd zijn.

Voorlopige analyse

Wegens de reorganisatie heeft afdeling FPC 2A te maken gekregen met een vrijwel geheel nieuwe cliëntengroep, de psychiatrische problematiek is echter hetzelfde gebleven. Tevens zijn er ook enkele wijzigingen in het verpleegkundig team doorgevoerd. Het huidige team is samengesteld uit personeelsleden van verschillende teams binnen De Woenselse Poort. De helft van het team heeft echter voor de reorganisatie met elkaar op één afdeling gewerkt.

Er bestaat op dit moment geen duidelijke verpleegkundige visie welke aansluit bij de bijbehorende cliëntengroep. Daarnaast is ook onduidelijk via welke methodiek(en) gewerkt gaat worden. Deze methodiek dient aan te sluiten bij de gekozen visie. Vele methodieken worden genoemd (supportief werken, motiverende gespreksvoering, methode Heijkoop, Gordon). Echter is er geen enkele methodiek bij die goed door meerdere teamleden wordt beheerst.

Binnen De Woenselse Poort wordt gewerkt volgens Planetree¹³. Omdat zowel de visie als de methodiek niet duidelijk is, is niet inzichtelijk hoe er gewerkt dient te worden en waarnaar gestreefd wordt. Daarbij is de kans aanwezig dat de verschillende medewerkers ieder hun eigen werkwijze gaan hanteren. Dit gevaar bestaat mogelijk ook als de visie en methodiek via een top-down¹⁴ benadering worden ingevoerd. Beide punten kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Als de visie en bijbehorende methodiek(en) helder zijn en door de betrokken stakeholders

¹² De LP'er is een verpleegkundige die ervaring heeft in praktijkvoering, onderwijs, management en onderzoek en is de schakel tussen school en het werkveld (Fontys Hogescholen, 2007).

¹³ Planetree is zowel een innovatief zorgmodel als een snelgroeiend internationaal netwerk van zorginstellingen, die vastbesloten zijn de best mogelijke zorg voor cliënten te realiseren en tegelijkertijd een inspirerende cultuur voor medewerkers te scheppen (Planetree, 2011).

¹⁴ Van bovenaf wordt bepaald welke praktijkveranderingen beoogd dienen te worden en op welke wijze deze moeten worden bereikt (Nivel, 2003).

(verpleegkundig team en management) worden gedragen, kan er gekeken worden wat er organisatorisch nodig is om de gekozen methodiek(en) in de praktijk te brengen en met name te behouden.

Voorlopige probleemstelling

Het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort te Eindhoven, werkt momenteel zonder duidelijke verpleegkundige visie. Hierdoor worden er door de individuele teamleden verschillende methodieken gehanteerd in de dagelijkse werkzaamheden, waardoor er geen eenduidigheid bestaat in het handelen.

Voorlopige wenselijke situatie

De afstudeergroep heeft een verpleegkundige visie geschreven voor het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A. In dit document staat beschreven dat het team werkt volgens eenzelfde methodiek(en), om eenduidigheid in de werkwijze te waarborgen, waardoor de kwaliteit van zorg wordt verbeterd. Dit document sluit aan bij de visie en de vastgelegde methodieken die beschreven zijn door het management team.

De afstudeergroep wil bereiken dat de methodiek(en) en de visie helder zijn voor het verpleegkundig team. Door middel van een waardeverhelderingsoefening, die bijdraagt aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde visie, wil de afstudeergroep onderzoeken wat het team belangrijk vindt en wat hun normen en waarden zijn.

De afstudeergroep gaat bottom up¹⁵ te werk, waardoor de implementatie van de methodiek(en), die beschreven staat/staan in de verpleegkundige visie, meer kans van slagen heeft.

Uiteindelijk wordt door de teamleden een gemeenschappelijk doel nagestreefd, waarin ruimte is voor individuele waarden en normen.

Voorlopige doelstelling

Binnen drie maanden ligt er een verpleegkundige visie voor het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort, waarin de methodiek(en) staat/staan beschreven die aansluit(en) bij de waarden en normen van het team, de cultuur van de afdeling en de behoeften en juiste zorg ten aanzien van de cliëntenpopulatie.

Het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A streeft een gemeenschappelijk doel na en werkt volgens eenzelfde methodiek(en) die beschreven staat/staan in de nieuwe verpleegkundige visie.

Eerste ideeën beoogd product

De afstudeergroep schrijft een verpleegkundige visie, in samenspraak met het duale koppel, waarin aandacht is voor de waarden en normen van het verpleegkundig team en welke methodiek het beste gehanteerd kan worden door het team.

Afstudeergroep 45 is:

Tineke Cranenbroek
Sharmay van Daal
Iris van Swelm
Hanne Waarts

E-mailadres: afstudeergroep45@live.nl

¹⁵ Bottom-up gaat uit van de diversiteit aan behoeften in de praktijk (Nivel, 2003) en de implementatie wordt vanuit de werkvloer aangepakt.

Bijlage 13 Nieuwsbrieven

§ 13.1 Nieuwsbrief 29 februari 2012

HET LAATSTE NIEUWS

Hallo allemaal!

Dit is onze eerste nieuwsbrief voor ons afstudeerproject. Met deze nieuwsbrieven willen we jullie op de hoogte houden van de ontwikkelingen van ons project.

Met het afstudeerproject zullen wij een verpleegkundige visie gaan schrijven voor jullie afdeling. Hiervoor hebben we inmiddels de oriëntatiefase doorlopen en zijn we nu begonnen aan de analysefase. En in deze fase komen jullie in beeld! We zullen namelijk onderzoek gaan doen op de afdeling. Onder andere door middel van een groepsinterview.

Komende maandag zullen we aanwezig zijn bij het werkoverleg. Hierin zullen we het afstudeerproject introduceren en zullen we uitleg geven over wat jullie de komende maanden van ons kunnen verwachten.

We zullen iedere twee weken aanwezig zijn op de afdeling, tijdens het werkoverleg, om jullie op de hoogte te houden van de voortgang van het project. Hierbij hebben jullie uiteraard de mogelijkheid om vragen te stellen.

We hebben er veel zin in om met deze opdracht aan de slag te gaan. We zijn blij dat dit op jullie afdeling mogelijk is!

Voor vragen en opmerkingen zijn we te bereiken via het volgende e-mailadres:
afstudeergroep45@live.nl

Groetjes,

Hanne Waarts, Iris van Swelm, Sharmay van Daal en Tineke Cranenbroek

HET LAATSTE NIEUWS

Hoi allemaal,

Hierbij de tweede nieuwsbrief om jullie op de hoogte te stellen van onze voortgang. Zoals jullie weten zijn we druk bezig geweest met het onderzoeken van jullie waarden en normen met betrekking tot goed verplegen op afdeling FPC 2A, aan de hand van een waardeverhelderingsoefening.

We willen jullie allemaal heel erg bedanken voor jullie input de afgelopen weken. Jullie bijdrage is een groot aandeel geweest in ons onderzoek. Zowel het team als het management zitten op één lijn en streven dezelfde doelen na. Voor de volledige uitkomsten en de conclusie van de waardeverhelderingsoefeningen, zie de bijlage.

Gisteren, 2 april, is er in overleg met de opdrachtgever besloten dat wij ons onderzoek mogelijk zullen voortzetten tijdens de teamdag op 26 april. Met dit onderzoek willen we met jullie samen tot een gezamenlijk gedeelde visie komen die aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie van het management. Wij houden jullie hiervan op de hoogte.

Eventuele vragen en opmerkingen zien wij graag tegemoet op het e-mailadres: afstudeergroep45@live.nl

Tot de volgende keer!

Groetjes,

Hanne Waarts, Iris van Swelm, Sharmay van Daal en Tineke Cranenbroek

HET LAATSTE NIEUWS

Hoi allemaal,

Donderdag 26 april om 13.00u zullen wij aanwezig zijn op de teamdag!
We zullen ongeveer 1,5 uur van jullie tijd in beslag nemen om gezamenlijk aan de slag te gaan met het ontwikkelen van een verpleegkundige visie.
Hiervoor hebben wij uitsluitend het verpleegkundig team van FPC 2A nodig.

Om meteen zo effectief mogelijk te beginnen, sturen wij jullie in de bijlage een korte 'huiswerkopdracht' mee. Wij willen jullie vragen om deze theorie aandachtig door te lezen. Deze kennis heb je nodig voor de bijeenkomst.

Alvast bedankt voor jullie medewerking, we verheugen ons op deze middag.

Groetjes,

Hanne Waarts, Iris van Swelm, Sharmay van Daal en Tineke Cranenbroek
afstudeergroep45@live.nl

HET LAATSTE NIEUWS

Hallo allemaal!

Hierbij sturen we een update van ons afstudeerproject.

Inmiddels zijn we alweer 4 maanden bezig met het afstudeerproject. Wat gaat de tijd toch snel!

We hebben de analysefase officieel afgerond en gaan nu beginnen met de ontwerpfase.

In deze fase gaan we onder andere een **conceptvisie** schrijven. Deze schrijven we aan de hand van de kernwoorden die jullie tijdens de teamdag hebben geformuleerd.

Door jullie mening op dit concept kan ervoor gezorgd worden dat de visie aansluit bij jullie waarden en overtuigingen en daarmee ook gedragen wordt door iedereen uit het team.

Om deze reden is het erg belangrijk dat we voldoende inhoudelijke feedback krijgen op de visie om de implementatie te laten slagen.

We zullen de conceptvisie uiterlijk begin volgende week naar jullie opsturen. Dus houd je mailbox in de gaten! ☺

Groetjes,

Hanne Waarts, Iris van Swelm, Sharmay van Daal en Tineke Cranenbroek
afstudeergroep45@live.nl

HET LAATSTE NIEUWS

Hallo allemaal!

Hierbij sturen wij onze laatste nieuwsbrief! Het afstudeerproject is afgerond en inmiddels ook al beoordeeld. We zijn erg tevreden met het eindresultaat en met veel vreugde kunnen we vertellen dat het project is beoordeeld met een *GOED!*

We willen jullie nogmaals erg bedanken voor jullie inzet tijdens ons project, zonder jullie was het niet gelukt.

We hebben ook vernomen dat de visie inmiddels op het kantoor is opgehangen. Dit vinden wij natuurlijk fantastisch nieuws! We hopen dat de visie jullie handvatten biedt om jullie werk uit te kunnen voeren.

Als laatste willen we jullie nogmaals van harte uitnodigen voor de eindpresentatie aanstaande dinsdag van 16.00u tot 17.00u, bij ons op school. We hopen dat jullie kunnen komen, aangezien we helaas niet op de afdeling kunnen presenteren.

Groetjes,

Hanne Waarts, Iris van Swelm, Sharmay van Daal en Tineke Cranenbroek
afstudeergroep45@live.nl

Bijlage 14 Voorbereidingen bijeenkomsten team en experts

In deze bijlagen staan alle stukken die de afstudeergroep heeft gemaakt ter voorbereiding op de bijeenkomsten met het team en gesprekken met de experts gedurende het afstudeerproject. De voorbereidingen zijn kladversies voor de afstudeergroep voor houvast tijdens de bijeenkomsten.

§ 14.1 Introductiebijeenkomst maandag 5 maart 2012

Voorzitter: Iris

Notulist: Sharmay

Voorlopige analyse (Tineke)

Wegens de reorganisatie heeft afdeling FPC 2A te maken gekregen met een vrijwel geheel nieuwe cliëntengroep, de psychiatrische problematiek is echter hetzelfde gebleven. Tevens zijn er ook enkele wijzigingen in het verpleegkundig team doorgevoerd.

Er bestaat op dit moment geen duidelijke verpleegkundige visie welke aansluit bij de bijbehorende cliëntengroep. Daarnaast is ook onduidelijk via welke methodiek(en) gewerkt gaat worden. Deze methodiek dient aan te sluiten bij de gekozen visie. Vele methodieken worden genoemd (supportief werken, motiverende gespreksvoering, methode Heijkoop, Gordon). Echter is er geen enkele methodiek bij die goed door meerdere teamleden wordt beheerst. Binnen De Woenselse Poort wordt gewerkt volgens Planetree. Omdat zowel de visie als de methodiek niet duidelijk zijn, is niet inzichtelijk hoe er gewerkt dient te worden en waarnaar gestreefd wordt. Daarbij is de kans aanwezig dat de verschillende medewerkers ieder hun eigen werkwijze gaan hanteren. Dit gevaar bestaat mogelijk ook als de visie en methodiek via een top-down benadering worden ingevoerd. Beide punten kunnen gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Als de visie en bijbehorende methodiek(en) helder zijn en door de betrokken stakeholders (verpleegkundig team en management) worden gedragen, kan er gekeken worden wat er organisatorisch nodig is om de gekozen methodiek(en) in de praktijk te brengen en met name te behouden.

Voorlopige probleemstelling (Tineke)

Het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A van De Woenselse Poort te Eindhoven, werkt momenteel zonder duidelijke verpleegkundige visie. Hierdoor worden er door de individuele teamleden verschillende methodieken gehanteerd in de dagelijkse werkzaamheden, waardoor er geen eenduidigheid bestaat in het handelen.

Voorlopige wenselijke situatie (Hanne)

De afstudeergroep heeft een verpleegkundige visie geschreven voor het verpleegkundig team van afdeling FPC 2A. In dit document staat beschreven dat het team werkt volgens eenzelfde methodiek(en), om eenduidigheid in de werkwijze te waarborgen, waardoor de kwaliteit van zorg wordt verbeterd. Dit document sluit aan bij de visie en de vastgelegde methodieken die beschreven zijn door het management team.

De afstudeergroep wil bereiken dat de methodiek(en) en de visie helder zijn voor het verpleegkundig team. Door middel van een waardeverhelderingsoefening, die bijdraagt aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedeelde visie, wil de afstudeergroep onderzoeken wat het team belangrijk vindt en wat hun normen en waarden zijn. De afstudeergroep gaat bottom up te werk, waardoor de implementatie van de methodiek(en), die beschreven staat/staan in de verpleegkundige visie, meer kans van slagen heeft.

Uiteindelijk wordt door de teamleden een gemeenschappelijk doel nagestreefd, waarin ruimte is voor individuele waarden en normen.

Afspraken (Sharmay)

- Eens in de twee weken komen we langs en vragen we een kwartiertje de tijd tijdens het werkoverleg.
- Eerste vervolgstap: waardeverhelderingsoefening → komen we woensdag voor langs, uitleg/doel aangeven; stellingen.
- E-mailadres: afstudeergroep45live.nl
- Nieuwsbrief

Vragen en/of opmerkingen?

§ 14.2 Bijeenkomst waardeverhelderingsoefening 07-03-2012

Voorzitter: Tineke

Notulist: Iris

Welkomstwoord

Toelichting waardeverhelderingsoefening:

Een waardeverhelderingsoefening is een middel dat vaak gebruikt wordt binnen de praktijk voor de ontwikkeling van gemeenschappelijk gedeelde visies en doelen.

Een waardeverhelderingsoefening is ook een startpunt voor cultuurverandering omdat onze waarden en overtuigingen ons gedrag beïnvloeden. Door het expliciet maken van onze waarden en overtuigingen nemen we de eerste stap om het te gaan toepassen in de praktijk. Een overeenkomst tussen wat we zeggen, we geloven en wat we doen is een van de kenmerken van een effectief individu, team of organisatie.

Benodigheden

- Camera met bijbehorende disk
- Apart papier met daarop de stellingen

De oefening

- Wie leidt de oefening: Tineke → doel kenbaar maken, 'regels' uitleggen, we gaan 7 stellingen bespreken, stellingen opnoemen, samenvatting geven na elke stelling: welke waarden en overtuigingen zijn genoemd.
- Notulist: Iris → aan het eind van de oefening alles samenvatten: welke waarden en overtuigingen zijn genoemd.
- *Doel:* duidelijk krijgen wat de gemeenschappelijke overtuigingen en waarden zijn, die dingen waar iedereen het over eens zijn.
- 4 deelnemers (verpleegkundigen)

'Regels':

- Iedereen krijgt de gelegenheid om te participeren, zo verkrijg je meer ideeën en helderheid bij het vergelijken van de resultaten.
- Deelnemers gebruiken 'ik vind' → zo stimuleer je deelnemers om hun eigen overtuigingen en waarden te benoemen.
- Deelnemers vragen door
- Waarden en overtuigingen op schrijven (kernwoorden en ideeën)
- 1^e stelling: om vast te stellen wat het ultieme doel is
- 2^e stelling: om te verduidelijken hoe het doel bereikt kan worden

Als laatste willen we graag feedback vragen op deze bijeenkomst/waardeverhelderingsoefening.

§ 14.3 Bijeenkomst waardeverhelderingsoefening 12-03-2012

Voorzitter: Sharmay

Notulist: Hanne

Welkomstwoord

Toelichting waardeverhelderingsoefening

Een waardeverhelderingsoefening is een middel dat vaak gebruikt wordt binnen de praktijk voor de ontwikkeling van gemeenschappelijk gedeelde visies en doelen.

Een waardeverhelderingsoefening is ook een startpunt voor cultuurverandering omdat onze waarden en overtuigingen ons gedrag beïnvloeden. Door het expliciet maken van onze waarden en overtuigingen nemen we de eerste stap om het te gaan toepassen in de praktijk. Een overeenkomst tussen wat we zeggen, we geloven en wat we doen is een van de kenmerken van een effectief individu, team of organisatie.

Benodigheden

- Camera met bijbehorende disk
- Apart papier met daarop de stellingen

De oefening

- Wie leidt de oefening: Sharmay
 - Doel kenbaar maken: duidelijk krijgen wat de gemeenschappelijke overtuigingen en waarden zijn, die dingen waar iedereen het over eens zijn.
 - 'regels' uitleggen,
 - duur van de oefening: ongeveer 30 minuten, afhankelijk van de inbreng van de deelnemers en of de antwoorden duidelijk zijn voor ons.
 - We gaan 7 stellingen bespreken
- Notulist: Hanne → aan het eind van de oefening alles samenvatten: welke waarden en overtuigingen zijn genoemd.
- 3 deelnemers (2 verpleegkundigen, 1 SPH'er)
- We gaan een *transcriptie* maken en *member checking* doen, zodat de informatie die we hebben geschreven klopt met wat de deelnemers hebben gezegd.

'Regels':

- Iedereen krijgt de gelegenheid om te participeren, zo verkrijg je meer ideeën en helderheid bij het vergelijken van de resultaten.
- Deelnemers gebruiken 'ik vind' → zo stimuleer je deelnemers om hun eigen overtuigingen en waarden te benoemen.
- Deelnemers vragen door
- Waarden en overtuigingen op schrijven (kernwoorden en ideeën)
- 1^e stelling: om vast te stellen wat het ultieme doel is
- 2^e stelling: om te verduidelijken hoe het doel bereikt kan worden

Als laatste willen we graag feedback vragen op deze bijeenkomst/waardeverhelderingsoefening.

§ 14.4 Voorbereiding gesprek met ervaringsdeskundige in visieontwikkeling 15 maart 2012

Iedereen voorzitter, gesprek is opgenomen.

Uitleg geven over het project

Vragen:

- Wat is er belangrijk in een verpleegkundige visie?
- Hoe ziet een verpleegkundige visie er inhoudelijk uit?
- Bestaan er criteria waaraan een visie moet voldoen?
- We hebben nu een waardeverhelderingsoefening gedaan om duidelijk te krijgen welke normen en waarden het team heeft. Zijn er nog andere onderzoeksmethoden of onderzoeken nodig die van belang zijn voor het schrijven van de visie?
- Kunnen we ergens literatuur vinden over het schrijven van een visie?
- Kunnen we ergens voorbeelden vinden van een verpleegkundige visie?
- Kunnen we ergens wetenschappelijke artikelen vinden voor het schrijven van een verpleegkundige visie?
- Moeten we methodieken noemen in de visie? Uitleggen wat ze in houden of moeten we de vertaalslag maken naar de waarden en overtuigingen van het team?

Kunnen we bij jou terecht wanneer we nog vragen hebben verderop in het project?

§ 14.5 Voorbereiding gesprek met management 19 maart 2012

Voorzitter: Iris

Notulist: Tineke

Mogelijke vragen die we kunnen stellen aan de hand van de informatie die we krijgen:

- Hoe is de visie tot stand gekomen?
- Wat is de rol van de organisatie geweest?
- Hoe is het team betrokken bij het schrijven van de visie?
- Hoe wordt de vertaalslag gemaakt naar het team? Hoe wordt er draagvlak gecreëerd voor het team?
- Hebben jullie te maken gehad met weerstanden?
Hoe zijn jullie hiermee om gegaan?

§ 14.6 Werkoverleg maandag 19 maart 2012

Voorzitter: Hanne

Notulist: Sharmay

Inleiding door voorzitter

- Update
- Waar gaan we het over hebben tijdens dit werkoverleg?

Waar zijn we de afgelopen weken mee bezig geweest?

- Analysefase: wat is de oorzaak van het probleem?
- Waardeverhelderingsoefeningen uitgevoerd binnen het team.
 - 7 stellingen voorgelegd
 - transcripties gemaakt en member checking uitgevoerd
- Komende woensdag nog twee interviews en mogelijk later in de week nog één
- Uitkomsten van de waardeverhelderingsoefeningen

Stelling 1 en 2: Iris

Stelling 3 en 4: Hanne

Stelling 5, 6 en 7: Tineke

Hoe gaan we verder? Wat gaan we nog doen?

- Conclusies schrijven wanneer alle resultaten van de waardeverhelderingsoefeningen binnen zijn
- Analysefase afronden
- Team op de hoogte stellen van de conclusies

Hoe kunnen we er voor zorgen dat de visie niet in de kast belandt?

- Hoe willen jullie betrokken worden in het project? Hebben jullie ideeën voor andere onderzoeksmethoden? Zijn jullie een team voor bijvoorbeeld enquêtes?

§ 14.7 Interview waardeverheldering 21-03-2012

Voorzitter: Iris

Notulist: Tineke

Welkomstwoord

Toelichting waardeverhelderingsoefening:

Een waardeverhelderingsoefening is een middel dat vaak gebruikt wordt binnen de praktijk voor de ontwikkeling van gemeenschappelijk gedeelde visies en doelen.

Een waardeverhelderingsoefening is ook een startpunt voor cultuurverandering omdat onze waarden en overtuigingen ons gedrag beïnvloeden. Door het expliciet maken van onze waarden en overtuigingen nemen we de eerste stap om het te gaan toepassen in de praktijk. Een overeenkomst tussen wat we zeggen, we geloven en wat we doen is een van de kenmerken van een effectief individu, team of organisatie.

Benodigheden

- Camera met bijbehorende disk
- Apart papier met daarop de stellingen

Het interview

- Wie leidt het interview: Iris → doel kenbaar maken, we gaan 7 stellingen bespreken, stellingen opnoemen, samenvatting geven na elke stelling: welke waarden en overtuigingen zijn genoemd.

- Notulist: Tineke → aan het eind van de oefening alles samenvatten: welke waarden en overtuigingen zijn genoemd.
- *Doel:* duidelijk krijgen wat de gemeenschappelijke overtuigingen en waarden zijn, die dingen waar iedereen het over eens zijn.
- 2 deelnemers (2 verpleegkundigen)

‘Regels’:

- Iedereen krijgt de gelegenheid om te participeren, zo verkrijg je meer ideeën en helderheid bij het vergelijken van de resultaten.
- Deelnemers gebruiken ‘ik vind’ → zo stimuleer je deelnemers om hun eigen overtuigingen en waarden te benoemen.
- Deelnemers vragen door
- Waarden en overtuigingen op schrijven (kernwoorden en ideeën)
- 1^e stelling: om vast te stellen wat het ultieme doel is
- 2^e stelling: om te verduidelijken hoe het doel bereikt kan worden

Transcriptie maken en member checking doen

Als laatste willen we graag feedback vragen op deze bijeenkomst/waardeverhelderingsoefening.

§ 14.8 Werkoverleg 2 april 2012

Voorzitter: Tineke

Notulist: Sharmay

- Welkomstwoord

- Wat hebben we gedaan afgelopen weken:

- Waardeverhelderingsoefening; 2x een groepje van 3
1x een groepje van 2
1x een individu

→ Gesprek met expert in visieontwikkeling, lid van de kenniskring van de Fontys; expert op het gebied van visieontwikkeling

→ Gesprek met ACM, voor informatie over de inhoud van de overkoepelende afdelingsvisie

→ Van alle gesprekken hebben we of een transcriptie gemaakt of de notulen uitgewerkt. Deze hebben we opgestuurd naar de desbetreffende persoon, voor member checking om te verifiëren of het correct is wat we hebben geschreven.

→ Hiervan hebben we conclusies geschreven die in het project komen te staan.

- Uitkomsten onderzoek (Hanne)

→ Waardeverhelderingsoefeningen: uitkomsten gesprek expert in visieontwikkeling en ACM er in verweven

- Vervolg project uitleggen

We komen mogelijk langs voor een vervolgonderzoek, we weten nog niet precies hoe we dit gaan vormgeven. Maar mogelijk via:

- een groepsinterview
- SWOT analyse

- Nieuwsbrief

- Vragen?

§ 14.9 Werkoverleg 16 april 2012

Voorzitter: Tineke

Notulist: Sharmay

- Welkomstwoord

- Wat hebben we gedaan afgelopen weken:

→ We zijn nog steeds bezig met de analysefase

→ Visgraatdiagram gemaakt met de oorzaken van het probleem

→ Probleemstelling geformuleerd

- Vervolg project uitleggen

- Vragen?

§ 14.10 Werkoverleg 14 mei 2012

Voorzitter: Iris

Notulist: Hanne

- Welkomstwoord (Iris)

-Wat hebben we gedaan afgelopen weken gedaan (Tineke)

→ Werkelijke situatie en wenselijke situatie beschreven

De werkelijke situatie is hoe de situatie nu is op de afdeling. De wenselijke situatie is hoe de afstudeergroep het graag zou willen zien. Dit is allebei tot stand gekomen door de uitslagen van de waardeverhelderingsoefening, gesprekken met experts en het uitgewerkte ESH-model.

→ Definitieve probleemstelling

'Na de reorganisatie binnen De Woenselse Poort werken de verpleegkundigen op afdeling FPC 2A met een overkoepelende afdelingsvisie geschreven door het management team. De verpleegkundigen geven hier naar eigen inzicht invulling aan omdat een verpleegkundige visie die aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie, ontbreekt.'

→ ESH-model

Model om de organisatie van De Woenselse Poort in kaart te brengen. Voor het onderdeel cultuur en leiderschap hebben wij naar jullie de OCAI opgestuurd, dit met uiteindelijk weinig respons waardoor wij dit niet mee hebben kunnen nemen in ons verdere onderzoek.

→ Vergelijking werkelijke en wenselijke situatie

Hierbij hebben wij onderzocht wat er nog ontbreekt bij het bereiken van de wenselijke situatie en wat het gevolg hiervan is. Hieruit kunnen wij concluderen dat de wenselijke situatie niet strookt met de werkelijke situatie omdat er geen gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie aanwezig is en de verpleegkundige van afdeling FPC 2A hier wel behoefte aan hebben. Daarnaast zijn de methodieken in de overkoepelende afdelingsvisie niet helemaal duidelijk, het is daarom zaak dat de verpleegkundige visie aansluit bij de overkoepelende afdelingsvisie zodat deze methodieken bewust kunnen worden toegepast.

- Wat gaan we doen? (Iris)

→ Analysefase afsluiten. Vervolgen met de ontwerpfase.

→ Maatregelen opstellen

→ Aanbeveling schrijven die wij vervolgens willen gaan implementeren op de afdeling (gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie)

- Terugkoppeling teamdag (Iris)

→ Resultaat bereikt. *Kernwoorden: beheersen tegenover het nemen van risico's, kennis van psychopathologie, gesprekstechnieken, autonomie van de cliënt, met de handen in de zakken, gekwalificeerd personeel, EBP en profileren van de functie. Met de kernwoorden die jullie samengesteld hebben wil de afstudeergroep toewerken naar een gemeenschappelijk gedeelde verpleegkundige visie die op de afdeling geïmplementeerd kan worden.*

→ Conclusie evaluatiethermometer: *Gebleden dat jullie allemaal positief waren over de uitvoering van de mindmap, de presentatie was informatief en goed voorbereid volgens jullie feedback.*

→ Feedback team: *verloop van de presentatie, gevoelens benoemen en vanuit de projectgroep spreken. Het als leerpunt meegeven aan het team.*

- Gesprek ACM (Tineke)

→ Terugkoppeling teamdag. Verloop van de presentatie, gevoelens benoemen en vanuit de projectgroep spreken. Rol ACM tijdens de teamdag en verantwoordelijkheid hiervan benoemen.

§ 14.11 Werkoverleg 18 juni 2012

Verteller: Tineke

Notulist: n.v.t.

Welkomstwoord

Dit is het laatste werkoverleg waarbij we aanwezig zullen zijn
Afstudeerproject is af en voorzien van feedback door opdrachtgever

Wat hebben we de afgelopen weken gedaan

- implementatietraject doorlopen
- de concept visie geschreven en aangepast aan de hand van de verkregen feedback.

Hoe nu verder?

- De afstudeergroep heeft nog geen officiële visie kunnen schrijven, i.v.m. de tijd. Voor een goede visie moet er eerst getoetst worden hoe het werken met deze visie in de praktijk verloopt en of deze daadwerkelijk overeen komt met jullie waarden en normen.

De visie kunnen jullie uitdragen naar nieuwe medewerkers en stagiaires.

We willen een kartrekker aanwijzen om de visie te ontwikkelen tot een officiële verpleegkundige visie die jullie allen dragen.

De afstudeergroep heeft een plan van aanpak geschreven voor deze kartrekker en criteria opgesteld om de behoud van innovatie te bewerkstelligen.

- Uitnodiging presentatie op school en diploma-uitreiking

Dankwoord

We hebben er met plezier aan gewerkt en hopen dat jullie met deze visie werken.

Eindproduct (verpleegkundige visie) in fotolijst met strik overhandigen → Het idee hierbij is om deze op te hangen in het kantoor om de visie levendig te houden. (Hanne)

Bijlage 15 Logboek

In deze bijlage staat het logboek weergegeven die de afstudeerproject..

Datum	Wat	Wie	Tijdsduur
Maandag 06-02-2012	Startbijeenkomst	Iedereen	75 min.
	N@Tschool werkruimte aangevraagd	Sharmay	10 min.
	Gezamenlijk e-mailaccount aangemaakt	Iedereen	10 min.
	Gesprek projectbegeleidster:	Iedereen	45 min.
	+ Probleem + Samenwerkingsafspraken + 15-02-2012 oriëntatieverslag verzenden		
	Oriëntatieverslag: + Probleembeschrijving + Persoonlijke gegevens	Iedereen	60 min.
Dinsdag 07-02-2012	Oriëntatieverslag: + Aanpassing probleembeschrijving + Voorlopige probleemstelling + Voorlopige analyse + Voorlopige wenselijke situatie + Samenwerkingsafspraken, algemene afspraken, feedbackafspraken met projectbegeleiders en opdrachtgever + Lay out bepaald + Literatuurlijst	Iedereen	240 min.
	Contact met Johan van Herk (meelezer) over de goedkeuring van de opdracht door het management.	Iedereen	30 min.
	Afspraak met opdrachtgever gepland.	Iedereen	15 min.
	Afstudeerproject: + Hoofdstuk 1: - Organisatiebeschrijving - Verpleegkundig team - Cliëntenpopulatie	Sharmay	45 min.
Woensdag 08-02-2012	Presentatie verbeterproject WPL 3 voorbereid	Iedereen	180 min.
Donderdag 09-02-2012	Contact Johan van Herk m.b.t. goedkeuring afstudeeropdracht	Iris	10 min.
	Afronding presentatie verbeterproject	Iedereen	90 min.

Maandag 13-02-2012	Gesprek met Johan v. Herk (meelezer)	Hanne, Sharmay en Tineke	25 min.
Dinsdag 14-02-2012	Oriëntatieverslag:  Voorlopige wenselijke situatie aangepast  Voorlopige doelstelling geformuleerd  Leerdoelen geformuleerd 	Hanne, Sharmay, Tineke Hanne, Sharmay, Tineke Iedereen	45 min. 30 min. 30 min.
Woensdag 15-02-2012	Oriëntatieverslag:  Leerdoelen in verslag  Gedragsindicatoren competenties beschreven  Feedbackafspraken geformuleerd	Iedereen Iedereen Iedereen	30 min. 120 min. 20min.
Donderdag 16-02-2012	Gesprek met projectbegeleidster Oriëntatieverslag:  Inleiding  Instelling en afdeling  Aanleiding  Mogelijke modellen en expertise  Overige aanpassingen a.d.h.v. feedback	Iedereen Iedereen Iris is eerder naar huis gegaan vanwege ziekte.	50 min. 180 min.
Maandag 27-02-2012	Brainstorm benodigde literatuur en literatuur opgezocht en uitgewerkt Start analysefase:  Informatieverzameling  Onderzoeksmethode  Hoe het team te betrekken?  Introductie afstudeergroep Gesprek projectbegeleidster	Iedereen Iedereen Iedereen	150 min. 120 min. 20 min.
Dinsdag 28-02-2012	Voorbereiding analysefase:  Onderzoeksmethode  Groepsinterview  Terugkoppeling team  Introductie Voorbereiding afspraak projectbegeleidster en opdrachtgever (rolverdeling)	Iedereen Iedereen	120 min. 10 min.
Woensdag 29-02-2012	Gesprek opdrachtgever en projectbegeleidster op de afdeling Oriëntatieverslag aangepast Nieuwsbrief geschreven	Iedereen Iedereen Hanne, Sharmay en Tineke	60 min. 45 min. 120 min.

Donderdag 01-03-2012	Afstudeerproject: ✚ Hoofdstuk 1 geschreven ✚ Hoofdstuk 2 + bijlage 2	Iedereen Iedereen	120 min. 120 min.
	Vorbereiding bijeenkomst met team 5-3-'12 Mailcontact met Johan van Herk (bron literatuur) en projectbegeleidster	Iedereen	20 min.
Maandag 05-03-2012	Introductie project tijdens werkoverleg voorbereid	Iedereen	90 min.
	Introductie project tijdens werkoverleg op de afdeling	Iedereen	20 min.
Dinsdag 06-03-2012	Werkoverleg 05-03 geëvalueerd	Iedereen	10 min.
	Projectbegeleidster gemaild i.v.m. werkoverleg	Sharmay	10 min.
	Bijeenkomst waardeverhelderingsoefening (WVO) voorbesproken	Iedereen	10 min.
	Stellingen WVO besproken binnen de groep en aangepast	Iedereen	90 min.
	Stellingen WVO besproken met projectbegeleidster en aangepast	Iedereen	30 min.
Woensdag 07-03-2012	Management gemaild voor visie	Iedereen	5 min.
	Toelichting geschreven bij WVO	Iedereen	45 min.
	Bijeenkomst voorbesproken (rolverdeling e.d.)	Iedereen	15 min.
	Theorieën uitgewerkt: ✚ Good Lives Model ✚ Supportief milieu ✚ Motiverende gespreksvoering ✚ Methode Heijkoop	Hanne Sharmay Iris Tineke	45 min. 45 min. 45 min. 45 min.
	Handout project voor het team uitgeprint	Tineke	10 min.
	WVO groep 1 gehouden	Iedereen	60 min.
Donderdag 08-03-2012	WVO 07 maart geëvalueerd	Iedereen	10 min.
	WVO uitgewerkt: Transcripties getypt en in n@tschool gezet ✚ 0.00min. tot 7.30min. ✚ 7.30min. tot 15.00min. ✚ 15.00min. tot 22.30min.	Sharmay Hanne Iris	35 min. 30 min. 70 min.

	22.30min. tot einde Gesprek met projectbegeleidster : terugkoppeling WVO Deelnemers WVO gemaïld voor member checking Theorieën verdeeld (en evt. uitgewerkt) Stages of change What works principles Verpleegkundige visie Planetree	Tineke Iedereen Sharmay Hanne	70 min. 10 min. 30 min.
Maandag 12-03-2012	Bijeenkomst WVO groep 2 voorbereid: Management gemaïld voor afspraak. Miranda Snoeren gemaïld i.v.m. info over visie WVO groep 2 gehouden	Iedereen Iedereen Iedereen Iedereen	20 min. 10 min. 10 min. 75 min.
Dinsdag 13-03-2012	Miranda Snoeren terug gemaïld om afspraak te maken Management terug gemaïld om afspraak te bevestigen Projectbegeleidster gemaïld i.v.m. mogelijke 3^e WVO WVO geëvalueerd WVO uitgewerkt: Transcripties getypt en in n@tschool gezet 0.00min. tot 10.15min. 10.15min. tot 20.30min. 20.30min. tot 30.45min. 30.45min. tot einde	Iedereen Iedereen Iedereen Iedereen Sharmay Iris Hanne Tineke	5 min. 5 min. 5 min. 10 min. 60 min. 150 min. 40 min. 120 min.
Donderdag 15-03-2012	Gesprek met projectbegeleidster Vragen gesprek Miranda formuleren Opdrachtgever terugmailen Interview Miranda Laatste 3 teamleden mailen voor WVO Transcripties WVO 2 opsturen	Iedereen Iedereen Iedereen Iedereen Iedereen Iedereen	30 min. 30 min. 5 min. 25 min. 10 min. 5 min.

	Uitkomsten waardeverhelderingsoefeningen (stelling 1-3)	Iedereen	120 min.
Maandag 19-03-2012	Mails beantwoorden	Iedereen	10 min.
	Uitkomsten waardeverhelderingsoefeningen (stelling 4-7)	Iedereen	120 min.
	Gesprek Leontien voorbereiden	Iedereen	30 min.
	Werkoverleg voorbereiden	Iedereen	30 min.
	 Rolverdeling  Wat gaan we vertellen?		
Dinsdag 20-03-2012	Werkoverleg 19-03-2012 en gesprek Leontien geëvalueerd	Iedereen	10 min.
	Stand van zaken besproken	Iedereen	30 min.
	Opdrachtgever teruggemild, nieuwe afspraak	Iedereen	5 min.
	Notulen werkoverleg 19-03-2012 uitgewerkt	Sharmay	15 min.
	Notulen gesprek Miranda 15-03-2012 uitgewerkt	Hanne	20 min.
Woensdag 21-03-2012	Interview waardeverheldering voorbereid:	Iedereen	20 min.
	 Rolverdeling  Wat gaan we vertellen?		
	Stand van zaken besproken	Iedereen	30 min.
	Feedbackformulieren opdrachtgever uitgeprint	Tineke	15 min.
	Feedbackformulieren ingevuld	Iedereen	25 min.
Donderdag 22-03-2012	Evaluatie van de waardeverhelderingsoefening 21-03	Iedereen	10 min.
	Kwaliteitscyclus van Norma Lang besproken en theorie opgezocht. Aangepast in het project.	Iedereen	90 min.
	projectbegeleidster gemild over de stand van zaken.	Iedereen	5 min.
Maandag 26-03-2012	Gesprek projectbegeleidster:	Iedereen	90 min.
	 Voortgang besproken  Contact met meelezer over de opdracht  Analysefase aangepast  Bijlagen aangemaakt	Iedereen	60 min.
	(waardeverhelderingsoefening en PARISH raamwerk)	Iedereen	15 min.

Dinsdag 27-03-2012	Voorbereiding interview waardeverhelderingsoefening	Iedereen	10 min.
	Gesprek projectbegeleidster: ✚ Contact met Johan gehad over de door hem geschreven opdracht. ✚ Analysefase doorgesproken, hoe nu verder?	Iedereen	60min.
	Notulen gesprek opdrachtgever en projectbegeleidster	Sharmay	30 min.
Woensdag 28-03-2012	Interview Maurice WVO.	Iedereen	40min.
	Uitwerking WVO	Sharmay	45 min.
	Uitwerking notulen 21-03-2012	Tineke	20 min.
	Conclusie geschreven gesprek Miranda	Hanne & Iris	20 min.
	Aanpassingen gedaan in het afstudeerproject.	Hanne & Iris	30 min.
Donderdag 29-03-2012	Samenvatting uitkomsten waardeverhelderingsoefening	Iedereen	150 min.
	Uitkomsten notulen verwerkt	Sharmay	10 min.
	Gedeelte conclusie a.d.h.v. groepsinterview en expertraadpleging	Sharmay	15 min.
Maandag 02-04-2012	Conclusie waardeverhelderingsoefening aangevuld	Iedereen	15 min.
	Conclusie onderzoek	Iedereen	60 min.
	Bijeenkomst opdrachtgever, projectbegeleidster, teamlid voorbereid	Iedereen	15 min.
	Werkoverleg voorbereid	Iedereen	10 min.
	Feedbackmoment projectbegeleidster	Iedereen	30 min.
	Bijeenkomst opdrachtgever, projectbegeleidster, teamlid	Sharmay, Hanne, Tineke	45 min.
	Werkoverleg	Sharmay, Hanne, Tineke Iris afwezig vanwege toetsondersteuning.	15 min.
Dinsdag 03-04-2012	Nieuwsbrief geschreven	Iris en Sharmay	15 min.

	Team gemaild voor nieuwsbrief en uitkomsten WVO	Sharmay	10 min.
	Notulen gesprek opdrachtgever, projectbegeleidster en teamlid 02-04-2012	Hanne	30 min.
	Notulen werkoverleg 02-04	Sharmay	10 min.
Woensdag 04-04-2012	Werkoverleg 02-04-2012 geëvalueerd	Iedereen	10 min.
	WVO 21-03-2012 uitgewerkt: Transcripties getypt en in n@tschool gezet		
	0.00 min. tot 12.00 min.	Sharmay	80 min.
	12.00 min. tot 18.00 min.	Iris	60 min.
	18.00 min. tot 24.00min.	Tineke	100 min.
	24.00 min. tot einde	Hanne	45 min.
	Organisatie-analyse besproken	Iedereen	75 min.
	Tussentijdse evaluatie samenwerking afstudeergroep	Iedereen	20 min.
Donderdag 05-04-2012	Brainstormsessie inhoud/opzet analysefase	Iedereen	120 min.
	Vorbereiding 26 april teamdag	Iedereen	60min.
	2.1 visie beschreven aan de hand van artikels.	Iedereen	30 min.
	Gesprek projectbegeleidster over stand van zaken.	Iedereen	20min.
Dinsdag 10-04-2012	Visgraatdiagram opgesteld	Iedereen	120 min.
	Toelichting visgraatdiagram	Hanne, Sharmay en Tineke	90 min.
Woensdag 11-04-2012	Toelichting visgraatdiagram	Hanne, Iris en Tineke Sharmay afwezig wegens ziekte	90 min.
	Deel van de werkelijke situatie geschreven	Iris, Hanne en Tineke	15 min.
	Projectbegeleidster gemaild voor feedback	Hanne	2 min.
Donderdag 12-04-2012	Werkelijke situatie	Hanne, Iris en Tineke	30 min.
	Probleem- en doelstelling geformuleerd	Hanne, Iris en Tineke	45 min.
	Informatie OCAI opgezocht	Hanne, Iris en Tineke	45 min.
	Gesprek projectbegeleidster	Hanne, Tineke en Iris Sharmay afwezig wegens ziekte	30 min.
Vrijdag 13-04-2012	OCAI uitzoeken	Hanne, Iris en Tineke	30 min.

	Organisatieanalyse a.d.h.v. ESH- model	Hanne, Iris en Tineke	30 min.
	Instructie OCAI gemaakt	Hanne, Iris en Tineke Sharmay afwezig wegens ziekte	60 min.
Maandag 16-04-2012	Instructie OCAI aangepast	Iris, Sharmay en Tineke	20 min.
	Mail gestuurd naar team voor OCAI	Iris, Sharmay en Tineke	60 min.
	Afdeling gebeld i.v.m. teamoverleg (ging niet door)	Sharmay	5 min.
	Gebeld en poster opgestuurd naar medewerker FPC 2A om op te hangen	Tineke Hanne afwezig wegens ziekte	5 min.
Dinsdag 17-04-2012	Beschrijving strategie ESH-model	Iedereen	10 min.
	Management team gemaild i.v.m. organogram De Woenselse Poort + Powerpoint presentatie overkoepelende afdelingsvisie	Sharmay	5 min.
	Brainstormsessie invulling teamdag	Iedereen	90 min.
Woensdag 18-04-2012	Opdrachtgever gemaild i.v.m. planning teamdag	Sharmay	1 min.
	Transcripties toegevoegd in afstudeerproject	Iris	15 min.
	ESH model beschreven	Iedereen	90 min.
Donderdag 18-04-2012	Gesprek projectbegeleidster en opdrachtgever over de teamdag	Hanne, Sharmay en Tineke	30 min.
	Brainstorm teamdag	Hanne, Sharmay en Tineke	240 min.
	Afstudeerproject: ✚ Toelichting visgraatdiagram aangepast ✚ Visgraatdiagram aangepast	Hanne, Sharmay en Tineke Tineke Iris afwezig wegens ziekte	5 min.
Vrijdag 19-04-2012	Vorbereiding teamdag ✚ Brainstormsessie m.b.t. invulling van de bijeenkomst - Ijsbreker - Mindmap ✚ Huiswerkopdracht (toelichting methodieken) geschreven ✚ Nieuwsbrief opgesteld ✚ Opdrachtgever gemaild m.b.t. organogram ✚ Management gemaild m.b.t.	Tineke en Sharmay Tineke, Hanne en Sharmay Hanne en Sharmay Tineke Tineke	80 min. 30 min. 10 min. 5 min. 5 min.

	onderzoeksresultaten		
Maandag 23-04-2012	Verantwoording bijeenkomst teamdag Management team gemaaild i.v.m. OCAI cultuurmeting Afbeelding mindmap gemaakt	ledereen ledereen ledereen	80 min. 10 min. 15 min.
Dinsdag 24-04-2012	Vorbereiding bijeenkomst  Rolverdeling  Verloop	ledereen	120 min.
Woensdag 25-04-2012	Mindmappen gemaakt	ledereen	120 min.
Donderdag 26-04-2012	Vorbereiding presentatie Presentatie teamdag	ledereen ledereen	120 min. 120 min.
Maandag 07-05-2012	Evaluatie teamdag Projectbegeleidster op de hoogte gesteld van presentatie teamdag Verantwoording bijeenkomst Verantwoording OCAI cultuurmeting	ledereen ledereen ledereen ledereen	15 min. 30 min. 90 min. 15 min.
Dinsdag 08-05-2012	Voorlopige planning / tijdspad Coördinatoren afstudeerproject gemaaild i.v.m. planning eindpresentatie Tabel methodieken structuur aangepast Uitwerking ESH  Organogram De Woenselse Poort  Management gemaaild i.v.m. afkortingen in organogram  Systemen  Personeel  Cultuur en managementstijl  OCAI Literatuurlijst aangepast Opmaak gewijzigd	ledereen Tineke Tineke Iris Sharmay ledereen ledereen ledereen ledereen Tineke Tineke	30 min. 5 min. 10 min. 10 min. 2 min. 15 min. 10 min. 10 min. 20 min. 10 min. 5 min.
Woensdag 09-05-2012	Bijeenkomst afstuderen Gesprek Johan en projectbegeleidster i.v.m. bijeenkomst teamdag	ledereen ledereen	45 min.
Donderdag 10-05-2012	Vergelijking wenselijk en werkelijke situatie	ledereen	100 min.

	Begin gemaakt met het opstellen van de maatregelen	Hanne, Sharmay en Tineke (Iris moet eerder weg)	30 min.
	Kleine zaken in het project bijgewerkt.	Hanne, Sharmay en Tineke	30 min.
Maandag 14-05-2012	Visgraat aangepast a.d.h.v. feedback	Tineke	10 min.
	Opdrachtgever gemailld	Iris	5 min.
	Projectbegeleidster gemailld	Hanne	5 min.
	Feedback van opdrachtgever verwerkt	Hanne en Iris	45 min.
	Vorbereiding werkoverleg	Hanne en Iris	20 min.
	Kleine aanpassingen analysefase	Hanne en Iris Tineke afwezig vanwege afspraak tot 12.00	15 min.
	Gesprek management en projectbegeleidster	Hanne, Tineke en Iris	30 min.
	Werkoverleg	Hanne, Tineke en Iris Sharmay afwezig vanwege ziekte.	15 min.
Dinsdag 15-05-2012	Evaluatie werkoverleg en gesprek projectbegeleidster en management	Iedereen	30 min.
	Maatregelen en conclusie maatregel schrijven	Tineke afwezig: 10.30 tot 12.30 Hanne afwezig: vanaf 13.15	240 min.
	Begeleider opdrachtgever mailen	Iris	5 min.
Woensdag 16-05-2012	C. Hoogendoorn geraadpleegd m.b.t. kwaliteitscyclus	Iris en Sharmay	15 min.
	Indeling /volgorde afstudeerproject aangepast	Iedereen	60 min.
	Inleiding afstudeerproject	Iedereen	30 min.
	Hoofdstuk 2  Inleiding  Onderbouwing en conclusie ESH-model  Samenvatting analysefase	Iedereen	180 min.
	Analysefase verzonden naar projectbegeleidster en meelezer	Iedereen Tineke afwezig vanaf 13.40	5 min.
Donderdag 17-05-2012	Hemelvaartsdag <i>school gesloten</i>	Iedereen	vrij

Maandag 21-05-2012	Matrix opgesteld	Iedereen	100 min.
	PICO opgesteld en wetenschappelijke artikelen gezocht + gevonden	Iedereen	60 min.
	Beschrijving gesprekken na aanleiding van de mindmap bijeenkomst	Sharmay en Hanne	45 min.
Dinsdag 22-05-2012	Gesprek met projectbegeleidster over wetenschappelijk artikel	Tineke, Sharmay en Hanne (Iris huisarts tot 10.00)	30 min.
	Gesprek tijdelijk vervangend opdrachtgever over feedback en afspraak gemaakt voor 30 mei om 14.30uur.	Tineke, Sharmay en Hanne	15 min.
	Afstudeerproject bijgewerkt en fouten verwijderd	Tineke, Sharmay en Hanne	30 min.
	Beschrijving bijeenkomst afronden	Iedereen	20 min.
	Wetenschappelijk artikel beoordelen	Iedereen	60 min.
	Gesprek docent EBP	Sharmay en Hanne	10 min.
	Feedback tijdelijk vervangend opdrachtgever verwerkt.	Iedereen	30 min.
Woensdag 23-05-2012	Wetenschappelijk artikel lezen	Iedereen	100 min.
	Empirische cyclus toepassen tot 3B.	Iedereen	60 min.
Donderdag 24-05-2012	Empirische cyclus afronden	Iedereen	240 min.
	Gesprek opdrachtgever	Iedereen	15 min.
Zaterdag 26-05-2012 (?)	Inhoudsopgave aangepast	Iris	?
Dinsdag 29-05-2012	Gesprek projectbegeleidster	Iedereen	30 min.
	Wetenschappelijk artikel afgerond	Iedereen	120 min.
	Aanbevelingen ontwerpfase en omgaan met weerstanden	Hanne en Tineke	30 min.
	Gesprek opdrachtgever voorbereid	Hanne en Tineke	15 min.
	Wetenschappelijk artikel in project gezet	Tineke	60 min.
Woensdag 30-05-2012	Gesprek vervangend opdrachtgever	Hanne, Sharmay en Iris	30 min.
Donderdag 31-05-2012	Concept visie schrijven	Iedereen	200 min.

	Gesprek projectbegeleidster	Iris en Sharmay	
Vrijdag 01-06-2012	Concept visie aanpassen en opsturen	Iedereen	80 min.
	Feedback meelezer aangepast	Iedereen	
Maandag 04-06-2012	Feedback meelezer afgerond	Iedereen	120 min.
	Uitnodiging presentatie opgestuurd naar team	Iedereen	20 min.
	Mails beantwoord	Iedereen	10 min.
	Stappen 1 en 2 van Grol en Wensing	Iedereen	150 min.
Dinsdag 05-06-2012	Stap 2 van Grol en Wensing	Iedereen	150 min.
	Stap 3 van Grol en Wensing	Iedereen	
	Mails beantwoord	Iedereen	15 min.
Woensdag 06-06-2012	Stap 3,4 en 5 van Grol en Wensing	Sharmay, Tineke en Hanne	200 min.
	Gesprek met projectbegeleider over de gegeven feedback op het implementatietraject.	Sharmay, Tineke en Hanne	20 min.
	Telefonisch contact met opdrachtgever om het eindgesprek te plannen (20 juni om 9:00 uur).	Tineke, Sharmay en Hanne	10 min.
Donderdag 07-06-2012	Beschrijving implementatiefasen volgens Grol en Wensing afgerond.	Iedereen	200 min.
	Hoofdstuk 4 uitvoeringsfase gestart	Iedereen	60 min.
	Taken verdeeld (voor- nawoord etc.)	Iedereen	2 min.
	Opdrachtgever gemaild	Iedereen	2 min.
Zondag 10-06-2012	Voorwoord	Sharmay	100 min.
	Nawoord	Hanne	100 min.
	Inleidingen bij de hoofdstukken geschreven	Tineke	40 min.
Maandag 11-06-2012	Voorwoord, nawoord en inleidingen besproken	Iedereen	60 min.
	Gesprek projectbegeleidster	Iedereen	20 min.
	Eindbeoordelingsformulier doorgenomen	Iedereen	
Dinsdag 12-06-2012	Eindbeoordelingsformulier ingevuld en samenvatting en conclusie geschreven	Iedereen	360 min.
	Inleiding	Iris	80 min.

Woensdag 13-06-2012	Inleiding besproken en kleine aanpassingen gedaan in het project.	Iedereen	120 min.
	Inhoudsopgave	Iris	30 min.
Donderdag 14-06-2012	Elkaar feedback gegeven op het eindbeoordelingsformulier	Iedereen	240 min.
	Project doorlezen	Iedereen	60 min.
Vrijdag 15-06-2012	Afronding project, 'puntjes op de i zetten'	Hanne, Sharmay en Tineke	180 min.
	Eindbeoordeling afronden	Iris	120 min.
	Project en beoordelingsformulieren opgestuurd naar projectbegeleidster, mee-lezer en opdrachtgever.	Iedereen	10 min.
	Informatiebijeenkomst eindgesprek	Iedereen	90 min.
Maandag 18-06-2012	Vorbereiden werkoverleg	Iedereen	15 min.
	Laatste werkoverleg Visie overhandigd in lijst met strik	Iedereen	30 min.
	Brainstorm eindpresentatie	Iedereen	120 min.
Dinsdag 19-06-2012	Eindpresentatie voorbereiden	Iedereen	300 min.
Woensdag 20-06-2012	Gesprek opdrachtgever en projectbegeleidster <i>beoordeling afstudeerproject en beoordelingsformulieren</i>	Iedereen	45 min.
	Eindgesprek voorbereid	Iedereen	120 min.
Donderdag 21-06-2012	Eindpresentatie afgerond en geoefend	Iedereen	360 min.
Maandag 25-06-2012	Vorbereidingen presentatie	Sharmay, Tineke, Hanne	120 min.
Dinsdag 26-06-2012	Eindgesprekken alle projectleden	Iedereen	180 min.
	Vorbereiding eindpresentatie en oefenen	Iedereen	120 min.
	Eindpresentatie afstudeerproject	Iedereen	60 min.
Woensdag 27-06-2012	Laatste aanpassingen project en opgestuurd naar fhv afstudeerprojecten en naar het team de Volte 2a	Iedereen	180 min.