

De rol van de opleiding tot professional in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

“Nee, ik denk dat je dat met z’n allen moet doen, ik bedoel de patiënt moet het willen en de arts heeft daar zijn eigen rol in, de verpleegkundige ook... .. dat kun je niet alleen!



Myrna Adaja Molema

UMCG, Center for Education Development and Research in Health Professions
RUG, Gedrags- en maatschappijwetenschappen,
Sociologie van gezondheid, zorg en welzijn



rijksuniversiteit
 groningen



Groningen, Januari 2017

© 2017 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

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

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefwoorden: samenwerking, artsen, verpleegkundigen, opleiding, definitie van de situatie, jurisdictieclaim

De rol van de opleiding tot professional in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

“Nee, ik denk dat je dat met z'n allen moet doen, ik bedoel de patiënt moet het willen en de arts heeft daar zijn eigen rol in, de verpleegkundige ook dat kun je niet alleen!

Groningen, januari 2017

Auteur

Myrna Adaja Molema

Studentnummer

1889702

Afstudeerscriptie in het kader van

Rijksuniversiteit Groningen
Gedrags- en maatschappijwetenschappen
Sociologie van gezondheid, zorg en welzijn

Opdrachtgever

Dr. J. Pols
Center for Education Development and
Research in Health Professions

Begeleider onderwijsinstelling

Dr. D.G. van Tol
Gedrags- en maatschappijwetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

Dr. J. Pols
Center for Education Development and
Research in Health Professions

Samenvatting

Inleiding

Een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is van belang voor de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van verpleegkundigen en artsen (Baggs & Ryan, 1990; Baggs, 2007; Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009). Uit onderzoek blijkt dat een grote meerderheid van artsen en verpleegkundigen vindt dat de huidige samenwerking beter kan (Neggers, 2008). In dit onderzoek is onderzocht of de opleiding tot professional een rol speelt in de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Dit is gedaan aan de hand van twee theorieën, de definitie van de situatie (Thomas & Thomas, 1931), en de uit de systeemtheorie voortvloeiende jurisdictieclaims (Abbott, 1988).

Methode

Studenten uit het laatste jaar van de opleidingen verpleegkunde en geneeskunde zijn voor dit onderzoek benaderd om te kijken in hoeverre de manier waarop ze een situatie definiëren en strijden om zeggenschap (jurisdictieclaims), invloed heeft op de samenwerking. Er is bij dertien studenten een semigestructureerd diepte interview afgenomen. Het grootste deel van de studenten liep een eindstage op een beschouwende afdeling (niet-snijdend) van een ziekenhuis. De interviews zijn, op één gesprek na, allemaal face-to-face afgenomen. Na het afnemen van de interviews is gestructureerd gekeken naar de manier waarop beide groepen studenten de samenwerking ervaren, hoe zij een situatie definiëren en naar het al dan niet uiten van een jurisdictieclaim door beide groepen.

Resultaten

Over het algemeen ervaren studenten de samenwerking op de werkvloer als wisselend. Wisselend tussen verschillende afdelingen maar volgens studenten verpleegkunde ook wisselend per persoon. De definitie van de situatie verschilt tussen beide groepen studenten. De interviews brachten nauwelijks jurisdictiestrijd aan het licht. Bij overlap in jurisdictieclaims gaven sommige studenten aan juist aanvulling van elkaar te zien.

Conclusie

Aanvankelijk werd in dit onderzoek op basis van bestaande theorieën verondersteld dat een verschil in de definitie van de situatie tussen studenten verpleegkunde en studenten geneeskunde een negatief effect zou hebben op de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Dit moet echter worden genuanceerd. Wanneer een verschil bestaat in de definitie van de situatie zorgt dit voor verschil in het ervaren van taken en verantwoordelijkheden. Als de definitie van de situatie precies hetzelfde zou zijn voor studenten van beide professies zou de jurisdictieclaim ook op hetzelfde gebied

liggen waardoor jurisdictiestrijd juist kan worden aangewakkerd. Hiernaast blijkt nog een uitkomst mogelijk. In tegenstelling tot de verwachting brachten de interviews nauwelijks jurisdictiestrijd aan het licht. Echter moet rekening worden gehouden met het belang dat geneeskunde studenten geven aan gewoonten op de werkvloer als taakverschuiving aan de orde is. Door verschil in het belang dat wordt gehecht aan gewoonten, wie doet ‘gewoonlijk’ welke taak, kan wrijving ontstaan wanneer taakverdeling verandert. De ontwikkeling tot een professional door middel van de manier waarop studenten de situatie leren definiëren en de manier waarop ze zich in elkaar kunnen verplaatsen, speelt een rol in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

Het onderzoek heeft geleid tot verschillende aanbevelingen op het gebied van het formele curriculum in de opleidingen verpleegkunde en geneeskunde. Het blijkt dat studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde het lastig vinden om zich in te leven in de situatie van de ander. Studenten ervaren moeite met het definiëren van de situatie vanuit het perspectief van de andere professie. Hierin zou een rol kunnen liggen voor de opleidingen om via het formeel curriculum aandacht te besteden aan andere professies. Ook bewustwording van het informele curriculum is volgens Witman (2010) belangrijk om veranderingen door te kunnen voeren. Tot slot worden suggesties gegeven voor vervolgonderzoek rondom de rol van de opleiding in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Sleutelwoorden: samenwerking, artsen, verpleegkundigen, opleiding, definitie van de situatie, jurisdictieclaim

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van mijn afstudeerperiode bij de master sociologie van gezondheid zorg en welzijn aan de Rijksuniversiteit in Groningen. Een jaar geleden begon ik aan deze master na het schakeljaar te hebben doorlopen. De faculteit gedrags- en maatschappijwetenschappen was voor mij geen onbekend terrein. Een aantal jaren geleden behaalde ik hier mijn propedeuse voor de opleiding psychologie. In de jaren die volgden vertoefde ik op het Wiebengacomplex van de Hanzehogeschool Groningen waar ik de opleiding Verpleegkunde volgde. Mede door mijn eindstage in Tanzania werd ik getriggerd om te reageren op de vacature die was uitgezet vanuit het UMCG. Deze was gericht op de rol van de opleiding in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Afgelopen maanden heb ik de kans gekregen om ervaring op te doen met betrekking tot het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. In het schakelprogramma lag vooral de nadruk op kwantitatief onderzoek waardoor ik een uitdaging en leermogelijkheden zag in het uitvoeren van een kwalitatieve scriptie. Naast het doen van onderzoek heb ik mee mogen kijken in de praktijk van sociologie. Het proces rondom het afstuderen heb ik als intensief ervaren met hierin momenten vol enthousiasme, maar ook momenten waarop ik door de bomen het bos niet meer zag. Tijdens een bijeenkomst van de onderzoeksgroep die rond dit thema in het leven werd geroepen, hoorde ik gelukkig dat “verwarring een teken van goed kwalitatief onderzoek” is. Door deze opmerking werkte ik vol vertrouwen en plezier verder aan deze scriptie.

Zonder een aantal personen had deze scriptie hier nu niet gelegen. Dit voorwoord wil ik graag aangrijpen om deze personen te bedanken. Allereerst Donald van Tol als begeleider vanuit de opleiding sociologie. Hij gaf mij veel inzichten in bestaande theoriën en het doen van kwalitatief onderzoek. Ook kreeg ik van hem nuttige feedback op ingezonden stukken en werd meegedacht in het haalbaar maken van de soms iets te overdreven plannings die ik aan mezelf gaf. Jan Pols heeft begeleiding geboden vanuit het UMCG en heeft hierin meer gedaan dan ik van tevoren had kunnen verwachten. Bijeenkomsten waarin overleg en vragen overliepen in brainstormsessies die me van het pad af brachten, máár daarna juist de goede kant op leidden. Daarnaast was het enorme netwerk van Jan Pols aanwezig waarin hij nooit te beroerd was om contacten te zoeken die nuttig zouden kunnen zijn. Ook wil ik graag mijn referent Liesbet Heyse bedanken, zij heeft de scriptie vanuit Amerika willen doorlezen en mij van nuttige feedback voorzien. Verder voor de onderzoeksgroep die ik hieboven al even noemde, alle personen die hier deel van uitmaken of maakten en die mee wilden denken tijdens de afgelopen periode, hartelijk dank. Tot slot voor de participanten en iedereen die verder mee heeft geholpen aan dit onderzoek op welke manier dan ook, of dit nou formeel of informeel, tijdens de stage periode of in een pauze, in de trein, het UMCG of de faculteit was, bedankt!

Myrna Molema

Januari, 2017

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord.....	3
Introductie	9
Aanleiding	9
Sociologische relevantie.....	10
Doelstelling	12
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	13
1.1 Professies.....	13
Kenmerken benadering.....	13
Functionele benadering	14
Machtsbenadering.....	14
Systeembenadering.....	14
Jurisdictie claim.....	15
1.2 Ontwikkeling van artsen en verpleegkundigen	15
Ontwikkeling van de rol van arts en verpleegkundige	16
Ontwikkelingen van taakverdeling tussen arts en verpleegkundige.....	16
1.3 Samenwerken	17
Definitie van een situatie	18
Interdisciplinaire samenwerking.....	19
1.4 Opleiding.....	20
Community of practice	20
1.5 Conceptueel kader	20
Schematisch overzicht	21
1.6 Verwachtingen.....	22
Hoofdstuk 2: Onderzoeksvraag	25
2.1 Onderzoeksvraag	25
2.2 Operationalisering van begrippen.....	25
Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode	29
3.1 Kwalitatief onderzoek	29
3.2 The Qualitative research cycle	30
3.3 Context van het onderzoek	31
3.4 Onderzoeksopzet	31
Vooronderzoek	31

3.5	Participanten	33
	Aantal participanten.....	34
	Benaderingswijze van studenten	34
3.6	Interview.....	35
	Opbouw interview	35
	Interview opzet	37
	Pilot testen	37
3.7	Data verzameling.....	38
	Interview uitvoering	38
	Hoe is de data opgenomen.....	40
	Moeilijkheden gedurende de data verzameling	40
3.8	Kwalitatieve data analyse	40
	Data voorbereiding	41
	Analyseren.....	42
	Thick descriptions	42
3.9	Ethiek, betrouwbaarheid en validiteit.....	43
	Ethiek.....	43
	Betrouwbaarheid.....	44
	Validiteit	44
Hoofdstuk 4: Resultaten		47
4.1	Samenwerking	47
	Samenwerking op de werkvloer	47
	Benoemde aspecten rondom de samenwerking.....	48
	Verwachtingen van samenwerking.....	51
4.2	Definitie van de situatie.....	52
	Inleven in de definitie van de situatie.....	54
	Gemeenschappelijke doelen	57
4.3	Jurisdictieclaim.....	58
	Taakonduidelijkheid.....	61
	Redenen van de taakverdeling.....	63
4.4	Rol van de opleiding.....	65
Hoofdstuk 5: Conclusie en discussie		67
5.1	Samenwerking	67
5.2	Definitie van de situatie.....	68

Inleven in de definitie van de situatie.....	69
Gemeenschappelijk doel.....	70
5.3 Jurisdictieclaim.....	71
Taakonduidelijkheid.....	71
Reden van de taakverdeling.....	72
5.4 Rol van de opleiding.....	73
5.5 Samenvattend	73
5.6 Sterke en zwakke punten	74
Sterke punten.....	74
Beperkingen.....	75
5.7 Aanbevelingen.....	75
Literatuurlijst	77
Bijlagen	81
Bijlage 1 Uitnodigingsmail verpleegkunde	82
Bijlage 2 Uitnodigingsmail geneeskunde.....	85
Bijlage 3 Interview schema	86
Bijlage 4 Codelijst	92
Bijlage 5 Thick descriptions.....	97
Thick description resultaten deel 1	97
Thick description resultaten deel 2.....	107
Thick description resultaten deel 3.....	111

Introductie

“Samenwerking arts en verpleegkundige moet beter” zo luidt de kop van een onderzoek in opdracht van Medisch Contact en vakblad voor verpleegkundigen Nursing. “Maar liefst 95 procent van de verpleegkundigen en meer dan drie kwart van de artsen vindt dat er in de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen verbetering te behalen valt” (Neggers, 2008). De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is een veel besproken onderwerp. Een veelbesproken onderwerp op de werkvloer, in de verpleegpost of in de artsenkamer, maar ook in vakbladen en in kranten. Mede door technologische ontwikkelingen, de opkomst van specialisaties én economische en demografische veranderingen wordt zorg complexer (Zorg Innovatie Platvorm, 2009). Dat maakt een goede samenwerking tussen beroepsgroepen nog essentiëler. Een grote meerderheid van artsen en verpleegkundigen vindt dus dat de huidige samenwerking verbeterd kan worden. Beide groepen vinden dat er vooral verbetering mogelijk is in de communicatie en het wederzijds respect (Neggers, 2008). Een goede samenwerking is belangrijk voor de kwaliteit van zorg en tevredenheid van zowel verpleegkundigen als artsen (Baggs & Ryan, 1990; Baggs, 2007; Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009).

Mogelijk wordt de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen vormgegeven tijdens de opleiding. In de opleiding vindt de professievorming van beide beroepsgroepen plaats. Het socialisatieproces op de werkvloer speelt een grote rol in de professionele ontwikkeling van de studenten (Cox, 2005; Fuller, Hodkinson, Hodkinson, & Unwin, 2005; van Tol, de Bree, Dekker, & van der Molen, 2014). Tevens is de professie verantwoordelijk voor de vorm van het onderwijs. Docenten komen uit het werkveld en hebben via het onderwijs invloed op de jonge professional. Via voorbeeldfuncties en als rolmodel hebben artsen en verpleegkundigen die de studenten begeleiden invloed op wat studenten leren (Jochemsen-van der Leeuw, van Dijk, van Etten-Jamaludin, & Wieringa-de Waard, 2013).

Aanleiding

De samenleving verandert, zorgverleners zijn telkens meer afhankelijk van elkaar en het onderhouden van professionele relaties is steeds belangrijker geworden (van Tol et al., 2014). Een al dan niet goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen heeft invloed op de kwaliteit van zorg en werknemerstevredenheid (Zwarenstein et al., 2009).

In het onderwijs wordt onder de noemer van Inter Professionele Educatie (IPE) al enige tijd aandacht besteed aan het belang van goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. IPE richt zich op het optimaliseren van de samenwerking tussen verschillende professies. Er is binnen IPE veel aandacht voor communicatiestijlen. Uit literatuur blijkt dat de kwaliteit van samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen beïnvloed wordt door onder andere een verschil in communicatiestijlen, ongelijke machtsverhoudingen en slechte conflicthantering (Baker, Egan-Lee, Martimianakis, & Reeves, 2011;

Leever et al., 2010; Paradis & Whitehead, 2015). Macht en conflict komen in de literatuur over IPE nauwelijks aan bod. IPE richt zich voornamelijk op de communicatiestijl. Hiermee wordt slechts één van de aspecten die in de literatuur naar voren komt wanneer het gaat om het beïnvloeden van de samenwerking, aangepakt (Paradis & Whitehead, 2015). Daarnaast blijkt dat IPE vaak geen langdurig effect heeft op het optimaliseren van de samenwerking (Reeves et al., 2008; Robben et al., 2012).

Naar aanleiding van de bestaande kennis over samenwerking tussen professies, is binnen het UMCG de vraag ontstaan in hoeverre de kwaliteit van samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen samenhangt met het feit dat beide beroepsgroepen ook professies zijn. Deze vraag leidde tot een vacature bij het stagebureau van het UMCG waar meerdere studenten op hebben gereageerd. Er zal in dit onderzoek worden gekeken in hoeverre de kwaliteit van de huidige samenwerking al zichtbaar is in de opleiding, hier wordt de professionele identiteit van de studenten immers gevormd.

Sociologische relevantie

Sociologie houdt zich bezig met maatschappelijke problemen. Sociologen proberen met behulp van onderzoek de complexe verschijnselen in een samenleving te begrijpen. Menselijk gedrag komt tot stand in een sociale omgeving en mensen worden beïnvloed door anderen, normen en organisaties (Rijksuniversiteit Groningen, 2015).

Dit onderzoek richt zich op de vraag of en in hoeverre de kwaliteit van de samenwerking tussen arts en verpleegkundige samenhangt met de ontwikkeling van professionaliteit binnen de opleiding. De samenwerking wordt vanuit de opleidingen bekeken en inzichten over professies worden meegenomen in het opstellen van de onderzoeksvraag. Het probleem is de potentieel problematische samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Zowel artsen als verpleegkundigen zijn van mening dat de samenwerking beter kan (Neggers, 2008). Samenwerken in een multidisciplinaire organisatie is essentieel en is een complex verschijnsel dat afhankelijk is van verschillende factoren (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). Daarnaast zijn beide beroepsgroepen professies. Het worden van een professional is een socialisatieproces voor individuen die tot deze professie gaan horen. Dit socialisatieproces begint voor beide beroepsgroepen in de opleiding tot arts of verpleegkundige. Het begin van dit socialisatie proces, de opleiding, is de fase waarnaar wordt gekeken in dit onderzoek.

Vanaf de stage of coschappen zitten studenten verpleeg-en geneeskunde voor het eerst niet meer in de collegebanken maar komen ze in aanraking met de werkvloer. In de theorie van Lave en Wenger over de community of practice wordt gesteld dat de professionele identiteit van studenten zich vormt op de werkvloer via een socialisatieproces (Cox, 2005; Lave, 1991; Wenger, 2011). Een socialisatieproces is het proces waarin iemand bewust of onbewust de waarden en normen van een groep overneemt.¹

¹ Deze normen en waarden worden verder besproken bij de theorie over de definitie van de situatie 1.3 blz. 18.

Socialisatie is het proces van sociale ervaringen dat mensen in staat stelt om zich te ontwikkelen en de cultuur waar ze deel van uit maken zich eigen te maken (Macionis, Peper & Leun, 2010). Het worden van een professional is een socialisatie proces.

Naast een lange sociologische traditie in onderzoek rondom het socialisatieproces, kent ook onderzoek naar professies en professionalisering een lange sociologische traditie. In tabel 1 is een overzicht te zien van de sociale ontwikkelingen en hierbij gepaard gaande ontwikkelingen in de professies. In hoofdstuk 1 zullen verschillende perspectieven op professies vanuit de sociologie worden besproken.

Century	Socio-economic development	Population health needs	Type of knowledge & technology	Type of professionals
16th – 18th century	Feudalism & agriculture	Pestilence & famine	Folklore & anecdotal	Doctores medicinae & barber guilds
19th century	Industrialization/ beginning of modern state	Receding infectious diseases (e.g. cholera, tuberculosis)	External agents (i.e., toxins & organisms)	Generalists & hygienists
20th century	Welfare state	Manmade diseases related to life style	Reductionist-based (i.e., single cause, single disease & single treatment)	Multiple health specialists
21th century	Global knowledge-based economy	Ongoing degenerative diseases & societal stress	System-based (i.e., multiple causes, multi morbidity, individual risks, epigenetics & allostatic load)	????

Tabel 1: Plochg, Klazinga, Schönstein & Starfield OECD 2011

De focus in dit onderzoek ligt onder andere op de ‘definitie van de situatie’ die studenten aan een patiënten situatie geven. De ‘definitie van de situatie’ is een klassiek sociologisch begrip dat werd gebruikt door de sociologen Thomas en Thomas. De interpretatie die iemand geeft aan een situatie of gebeurtenis op basis van geïnternaliseerde waarden, is de ‘*definitie van de situatie*’. Bij het leren definiëren van een situatie kan gedacht worden aan het halen van relevante informatie uit een situatie om een verpleegplan op te stellen, in het geval van een verpleegkundige, of hoe een coassistent zich hoort te gedragen of te kleden bij het meelopen met een zaalarts of in de operatie kamer. Maar ook buiten de opleiding leren mensen situaties definiëren, bij een klassiek concert dans je niet mee op de muziek, bij een popconcert wel, maak je geluid, ben je stil, hoe kleed je je, wat drink je en waar en op welk volume communiceer je met elkaar.

Eenzelfde situatie kan dus op meerdere manieren worden gedefinieerd. Dit geldt ook voor het definiëren van een patiënten situatie. Wanneer een arts een patiënt ziet, zal deze op andere aspecten rondom een patiënt letten dan een verpleegkundige (Keefe, Geron & Enguidanos, 2009). Hierdoor ontstaan mogelijk ook verschillende definities van de (patiënten) situatie, wat mogelijk van invloed is op de onderlinge samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen. De sociale omgeving heeft

daarmee invloed op de manier waarop iemand een situatie definieert. Mensen lopen stage en werken in een sociale omgeving, in deze sociale omgeving zitten situaties die al gedefinieerd zijn door de mensen die al onderdeel waren van deze omgeving, bijvoorbeeld mensen die al werkzaam zijn in de organisatie (Thomas & Thomas, 1931). Mogelijk hangt de manier waarop mensen een situatie leren definiëren samen met het socialisatieproces waarmee iemand professional wordt en daarmee ook met de manier waarop een professional aankijkt tegen samenwerking met collega's en professionals uit andere disciplines.

Daarnaast wordt vanuit de sociologie op verschillende manieren gekeken naar professies en de rol die professies innemen in de samenleving. Wanneer twee professies nauw samenwerken binnen eenzelfde gebied, is het mogelijk dat beide groepen zich situaties willen toe-eigenen om zo hun zeggenschapsgebied te behouden of te vergroten. Er worden dan mogelijk claims gelegd op situaties, Abbott (1988) noemt dit jurisdictieclaims.

Doelstelling

Dit onderzoek richt zich op de rol van de opleiding in het samenwerken tussen artsen en verpleegkundigen. Dit wordt bekeken vanuit de manier waarop studenten een situatie leren definiëren en in hoeverre er aan het einde van de opleiding jurisdictieclaims aanwezig zijn. De doelstelling is om te kijken naar de mogelijke samenhang tussen de kwaliteit van de samenwerking tussen arts en verpleegkundige en de ontwikkeling van professionaliteit binnen de opleiding. Het doel is om een bijdrage te leveren aan de kennis over de achtergronden van onvrede over de samenwerking bij verpleegkundigen en artsen. Dit door vanuit sociologisch perspectief te onderzoeken welke rol de opleidingen spelen. Het onderzoek is gekoppeld aan het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en de Rijksuniversiteit Groningen (RuG). Er zal worden gekeken naar studenten in het laatste jaar van de opleiding verpleegkunde aan de Hanzehogeschool Groningen en studenten in het laatste jaar van de opleiding geneeskunde aan de RuG.

In het volgende hoofdstuk wordt de relevante theorie rondom samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen besproken. Na deze uiteenzetting van de bestaande literatuur zullen de doelstelling, hoofdvraag en deelvraag worden benoemd. In hoofdstuk drie wordt de methodologie van het onderzoek weergegeven gevolgd door de resultaten in hoofdstuk vier. Het onderzoek zal worden afgesloten met de conclusie en discussie waarbij een terugkoppeling naar de hoofd en deelvragen wordt gegeven.

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

Vanuit de vraag in hoeverre de professionalisering in de opleiding samenhangt met de kwaliteit van samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen op de werkvloer, wordt een aantal onderwerpen uitgelicht alvorens over te gaan naar de methoden van het onderzoek. Dit hoofdstuk gaat in op bestaande sociologische literatuur met betrekking tot verschillende benaderingen van het begrip professe, de ontwikkeling van de professies van artsen en verpleegkundigen, de opleiding tot zorgprofessional en samenwerking in de zorg. Vervolgens zal een conceptueel kader worden gevormd waar verwachtingen aan worden gekoppeld.

1. 1 Professies

Verpleegkunde en geneeskunde zijn professies. Vanuit dit oogpunt wordt gekeken naar de samenhang tussen beide groepen. Het woord professe komt van het Latijnse woord ‘profeteri’ wat ‘luid en duidelijk bekendmaken’ betekent. Professional in de sociologische zin verwijst naar een beroep dat specifieke kenmerken bezit (Plochg, Juttmann, Klazinga en Mackenback, 2012). Binnen de sociologie is veel aandacht besteed aan het begrip professe. Een aantal bekende sociologen als Larson, Durkheim, Merton, Weber en Freidson heeft geschreven over dit onderwerp (McDonald, 1995). Er bestaan verschillende invalshoeken om het begrip professe te benaderen. Welke benaderingen mogelijk zijn wordt hieronder toegelicht. Ook de ontstaansgeschiedenis van de professe binnen de sociologie komt hierbij zijdelings aan bod. Bij de verschillende invalshoeken wordt gekeken in hoeverre verpleegkunde en geneeskunde voldoen aan de benoeming tot professe en wat vanuit deze benadering te verwachten is ten aanzien van de samenwerking.

Kenmerken benadering

De kenmerkenbenadering bestudeert professies door te onderzoeken aan welke kenmerken een beroep moet voldoen voordat er gesproken kan worden van een professe. Volgens de kenmerkenbenadering vallen beroepen met een dienstbaarheidsideaal, een gedragscode, tuchtrecht, een wetenschappelijke kennisbasis, een beroepsvereniging, een grote mate van beslissingsruimte en handelingsvrijheid, een beroepsopleiding en een wettelijk beschermde titel, onder de noemer professies (de Jonge, 2015). Deze kenmerken in acht nemend, vallen verpleegkunde en geneeskunde beiden onder de noemer professe. De kenmerkenbenadering vormt de basis voor institutionele analyses, de manier waarop instituties vorm krijgen. Hierbij wordt gekeken naar welke normen en waarden de professionals zich eigen hebben gemaakt en hoe socialisatieprocessen plaatsvinden (Aakster & Groothoff, 2003). Vanuit deze benadering kan samenwerken worden ontleed aan de hand van de kenmerken die een professe toegeschreven heeft gekregen. De kenmerken benadering is een basis van waaruit de volgende benaderingen voortvloeien.

Functionele benadering

De functionele benadering legt de focus op de sociaal-maatschappelijke inbedding van een beroepsgroep. Er wordt bij deze benadering gekeken naar de functie die een professie heeft in de maatschappij. Om deze functie te vervullen wordt status en autoriteit toegekend aan professies (Aakster & Groothoff, 2003; de Jonge, 2015). De functionele benadering gaat ervan uit dat de professies status en autoriteit verdienen omdat ze een functie vervullen in de maatschappij en dat deze niet wordt misbruikt. Vanuit dit gezichtspunt zijn geneeskunde en verpleegkunde professies. Beiden hebben namelijk een maatschappelijke functie, de zorgverlening. Vanuit dit gezichtspunt zou de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen goed kunnen zijn aangezien zij beiden hetzelfde doel voor ogen hebben, het leveren van goede zorg.

Machtsbenadering

Vanuit de machtsbenadering (ook wel de Neo-Weberiaanse benadering) worden professies gezien als beroepsgroepen die privileges hebben. De professies zouden deze privileges, voordelen op sociaal en economisch gebied, ook willen behouden. Freidson en Larson hangen deze meer kritische benadering aan. De status en autoriteit die in de functionele benadering wordt toegekend aan de professies worden in de machtsbenadering gezien als een motief voor misbruik. Vanuit deze benadering is te verwachten dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in potentie problematisch kan zijn. Verschil in macht en het willen behouden of verkrijgen van autonomie speelt hierin immers een rol (McDonald, 1995). Freidson (2001) heeft vijf kenmerken opgesteld voor een beroep een professie genoemd mag worden: de kennis die aan de beroepsgroep wordt toegeschreven moet erkend zijn, er moet controle zijn over het werkveld, de carrièremogelijkheden binnen de beroepsgroep en de opleiding, en er moet een gedeelde ideologie aanwezig zijn binnen de beroepsgroep. Vanuit het oogpunt van de machtsbenadering zouden de beroepsgroepen geneeskunde en verpleegkunde de privileges die ze krijgen willen behouden. In het willen behouden van de verkregen privileges kan een strijd ontstaan die de samenwerking tussen beide groepen ondermijnt.

Systeembenadering

Tot slot is er de systeembenadering van Abbott (1988). Deze benadering legt de nadruk op samenhang tussen verschillende professies. Abbott definieert professies als volgt: “*exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases*” (Abbott, 1988, p. 5). Verpleegkundigen werken samen met artsen. De taken van artsen en verpleegkundigen wisselen elkaar af. In veel gevallen zijn beide professies van elkaar afhankelijk. Dit idee van samenhang wordt uitgewerkt met de term ‘jurisdictie’. Hiermee doelt Abbott op de zeggenschap (jurisdictie) over welk gebied bij welke professie hoort (Abbott, 1988). Er wordt gesproken over jurisdictieclaim of zeggenschapsclaim, dit is de claim op jurisdictie/zeggenschap die een professie doet over een bepaald gebied. Tussen verpleeg- en geneeskunde kunnen jurisdictieclaims naar voren komen tijdens de samenwerking van deze professies in eenzelfde setting (in eenzelfde casus). Het is te verwachten dat het al dan niet hebben van

overeenstemming over jurisdictie de kwaliteit van de samenwerking beïnvloed. Wanneer er geen overeenstemming wordt bereikt over wie zeggenschap heeft over welk gebied ontstaat jurisdictie strijd wat samenwerking kan hinderen.

Jurisdictie claim

In de systeemtheorie van Abbott die hiervoor besproken staat het begrip ‘jurisdictieclaim’ centraal. Onder jurisdictie verstaat Abbott de link tussen de professie en het werk. *‘the central phenomenon of professional life is thus the link between a profession and its work, a link I shall call jurisdiction’* (Abbott, 1988, p.8). De jurisdictie is de zeggenschap die een professie heeft over zijn werkgebied. De geneeskundige is de enige die daadwerkelijk jurisdictie, zeggenschap, heeft over geneeskundige aspecten van zijn werk. Wanneer twee professies samenwerken rondom eenzelfde werkgebied ontstaat de kans dat beide professies hun (professionele) kennis linken aan een bepaald werkgebied of taken. Dit kan jurisdictie strijd opleveren. Strijd die tussen professies aanwezig kan zijn analyseert Abbott aan de hand van deze jurisdictie claim. In het geval van de artsen en verpleegkundigen kan strijd ontstaan doordat artsen en verpleegkundigen zich bedreigd voelen in hun domein (Abbott, 1988; McDonald, 1995; Roodbol, 2005). Bij het analyseren van professies en professionele ontwikkeling moet volgens Abbott gekeken worden naar het ontstaan (en de verschuiving) van de jurisdictie die professies hebben, het gebied waar een professie zeggenschap over heeft. Hoe wordt deze jurisdictie gevormd en hoe is de wisselwerking van jurisdictie tussen verschillende professies. Wanneer professies nauw samenwerken zal een wisselwerking in jurisdictie meer voor de hand liggen dan wanneer professies in een compleet ander werkveld zitten (McDonald, 1995).

In dit onderzoek zal de jurisdictieclaim onderzocht worden aan de hand van mogelijke onduidelijkheid met betrekking tot taken en verantwoordelijkheden rondom de patiënt of patiëntenzorg. Hierbij zal gekeken worden of er bepaalde onderwerpen zijn waarin beide beroepsgroepen zich verantwoordelijk voelen en op deze manier jurisdictie claimen in een situatie. Omdat de jurisdictiestrijd de samenwerking tussen beide professies kan beïnvloeden en dit al zichtbaar zou kunnen zijn bij de studenten aan het einde van de opleiding, is er voor gekozen om in dit onderzoek uit te gaan van de systeembenadering. Het benaderen van beide professies vanuit deze theorie is passend omdat, naast de invloed van de in deze benadering genoemde jurisdictieclaim op samenwerking, beide professies binnen een zorgsetting nauw met elkaar samenwerken.

1.2 Ontwikkeling van artsen en verpleegkundigen

Om de samenwerking tussen de professies van artsen en verpleegkundigen te begrijpen is het van belang te kijken naar de ontwikkelingen die beide professies de laatste jaren hebben doorgemaakt. Vanuit de systeemtheorie (Abbott, 1988) wordt gesteld dat de samenhang tussen twee professies die nauw samenwerken belangrijk is. De samenhang tussen artsen en verpleegkundigen is aan verandering onderhevig geweest.

Ontwikkeling van de rol van arts en verpleegkundige

De geneeskunst bestaat al sinds mensenheugenis maar in de 19^e en 20^e groeit de macht van de geneeskunst aanzienlijk (Roodbol, 2005). De artsen krijgen aanzien door het werk dat zij verrichten en de kennis en kunde die dit vereist. Ook de rol die de arts door de maatschappij krijgt toebedeeld, speelt een rol in het aanzien dat artsen verkregen. De arts is verantwoordelijk voor gezondheid, deze verantwoordelijkheid bracht aanzien met zich mee. Met de groei van het aanzien kreeg de arts al snel de noemer professie. De autonomie die hiermee wordt toegekend aan de arts wordt toegekend door de samenleving (de Jong, 2007). De autonomie van artsen wordt tegenwoordig begrensd door de overheid en verzekeraars. De wet BIG en de WGBO zijn hier voorbeelden van. Verzekeraars proberen artsen kostenbewust te maken en er vindt controle plaats door de Inspectie van de Gezondheidszorg (Clarke, 2010). De arts heeft een bepaalde mate van aanzien en (professionele) autonomie, mede door de mate van specialistische kennis, maar het lijkt alsof controle op het beroep telkens groter wordt.

Verpleegkunde is een jongere professie dan de geneeskunst. Voordat het verpleegkundige beroep ontstond was de ziekenverzorging in de handen van kloosters en gasthuizen. Wanneer in de 19^e eeuw veranderingen plaatsvinden door onder andere de industriële revolutie, begint het verpleegkundig beroep te ontstaan (Roodbol, 2005). Verpleegkundigen hebben de afgelopen jaren een ontwikkeling van professionalisering doorgemaakt. Met professionalisering wordt bedoeld dat een beroepsgroep zich onderscheidt van andere beroepsgroepen en dat dit ook wordt erkend door de samenleving (Hubert 2001). Deze professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep komt bijvoorbeeld tot uiting in het ontstaan van wetenschappelijk onderzoek dat zich richt op verpleging en het feit dat het verpleegkundig domein is beschreven in een beroepsprofiel (V&VN, 2012). Het verpleegkundige beroep komt zo steeds meer op de voorgrond te staan maar wordt nog altijd niet gelijk geplaatst met het beroep van de arts (Roodbol, 2005). Hierin is een verschil in hiërarchie te vinden wat de professionaliteit van de verpleegkundigen mogelijk kan ondermijnen omdat ze niet volledig autonoom zijn.

Ontwikkelingen van taakverdeling tussen arts en verpleegkundige

De arts en de verpleegkundige hebben beiden eigen taken in de zorgverlening van de patiënt. Artsen richten zich doorgaans meer op het biomedische gedeelte van ziekte terwijl verpleegkundigen zich doorgaans meer richten op het psychosociale aspect van ziek zijn. Daarnaast komt door verschil in contact met de patiënt bij beide professies andere informatie naar voren. Een verpleegkundige ziet de patiënt meerdere malen per dag waar contact tussen de patiënt en de arts vaak beperkt blijft. Zowel artsen als verpleegkundigen hebben daarmee eigen taken en bevoegdheden. Bevoegdheden die ook in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) zijn omschreven. De Wet BIG heeft als doel het bevorderen en bewaken van de kwaliteit in de gezondheidszorg: *“Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.”* (Art. 19 Wet BIG) *“Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt*

gerekend: a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging; b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.”(Art. 33 Wet BIG). Volgens een rapport van de Inspectie Gezondheidszorg uit 2007 is de samenwerking in ziekenhuizen onvoldoende. Er blijken geen afspraken te zijn over de verdeling van taken of verantwoordelijkheid. Ook teamgevoel ontbreekt waardoor onvoldoende inzicht is in elkaars handelen (IGZ, 2007). Bij routinehandelingen is er sprake van taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen. Taken die eerst werden uitgevoerd door artsen worden nu uitgevoerd door verpleegkundigen. Vaak zijn dit kleine handelingen als het meten van de bloeddruk. Verpleegkundigen streven in hun professionalisering naar een eigen domein om hun kennis en kunde in te zetten (Roodbol, 2005). Dit streven naar een eigen domein kan een jurisdictiestrijd opleveren met artsen. Deze jurisdictiestrijd kan invloed hebben op de kwaliteit van samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

1.3 Samenwerken

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de samenwerking tussen de professies van artsen en verpleegkunde blijkt dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is veranderd in de loop van de tijd (Roodbol, 2005). Hoogleraar verplegingswetenschappen Petrie Roodbol heeft onderzoek gedaan naar taakherschikking tussen verpleegkundigen en artsen (2005). In haar onderzoek beschrijft ze ook de ontwikkeling met betrekking tot de verhoudingen tussen verpleging en artsen. De verpleging werd vroeger vooral gezien als een assistent van de dokter, maar wanneer de verpleging een eigen beroep wordt ontstaat al snel een strijd tussen beide professies. Artsen en verpleegkundigen zien elkaar als concurrentie. Artsen proberen de verpleegkundige onderdeel te laten blijven van de geneeskunde, en de verpleging zoekt daarentegen juist eigen onderwerpen om haar kennis en kunde op los te laten. Hygiëne is hierbij een belangrijk punt. Naast de eigen onderwerpen worden er ook technische handelingen overgenomen van de geneeskundigen. Vooral routinematige handelingen zijn hiervoor geschikt. Handelingen die nieuw zijn worden eerst door de artsen uitgevoerd maar wanneer de frequentie van uitvoeren toeneemt en de handeling wordt versimpeld verschuift de handeling naar de verpleging (Roodbol, 2005). Het standaardiseren van een handeling geeft het signaal af dat het minder een ‘professionele’ handeling is. De handelingen die worden overgenomen door de verpleegkundige kunnen op deze manier de professionaliteit van de verpleegkundige ondermijnen. Door de ontwikkelingen tussen artsen en verpleegkundigen is de verhouding tussen beide professies veranderd. De kennis van verpleegkundigen is specialistischer geworden en de positie van de arts is veranderd. Artsen en verpleegkundigen hebben beiden hun eigen taken rondom de patiëntenzorg maar de precieze taakverdeling is soms nog onduidelijk. Dit kanrijvingen veroorzaken in de samenwerking.

Recent onderzoek van Arbeids- en Organisationspsycholoog Leever (2010) naar hoe artsen en verpleegkundigen omgaan metrijvingen in de samenwerking, stelt datrijvingen tussen

verpleegkundigen en artsen het gevolg zijn van verschillende verwachtingen over de samenwerking met betrekking tot communicatie, respect, professionaliteit, kwaliteit van zorg en het klimaat waarin de samenwerking plaatsvindt. Het blijkt dat beide professies de samenwerking op een verschillende manier beoordelen. Hier kan de koppeling gemaakt worden met het sociologische concept van de 'definitie van de situatie'. Wanneer je een situatie op een bepaalde manier leert definiëren leer je ook andere verwachtingen te hebben in bepaalde situaties. Wanneer studenten geneeskunde en verpleegkunde een situatie op een andere manier definiëren dan kan worden verwacht dat de samenwerkingssituatie ook andere verwachtingen geeft. Daarnaast komt naar voren dat begrip van de rollen en taakuitvoering van de ander leidt tot respect en interprofessioneel vertrouwen, wat samenwerking ten goede komt (Pullon, 2008). Begrip en het kunnen inleven in elkaar, in elkaars definitie van de situatie, zal hierdoor zorgen voor een betere samenwerking.

Definitie van een situatie

'Definitie van de situatie' is een belangrijk begrip in het symbolisch interactionisme. Vanuit de theorie wordt gesteld dat de definitie van de situatie invloed heeft op de betekenis die mensen geven aan al het handelen (Thomas & Thomas, 1931). Eenzelfde situatie of gebeurtenis kan afhankelijk van de context door verschillende mensen op verschillende manieren worden benoemd. Volgens het Thomas-theorema, "*If men define situations as real, they are real in their consequences.*" (Thomas, 1928, p.572), kan het tot misverstanden leiden wanneer mensen een andere definitie van de situatie hebben. Wanneer mensen een definitie aan een situatie geven zullen ze hiernaar gaan handelen wat gevolgen zal hebben voor de situatie. De definitie van een situatie is de interpretatie die iemand geeft aan een situatie of gebeurtenis op basis van geïnternaliseerde waarden (Thomas & Thomas, 1931). Definiëren van situaties kan veranderen over tijd en tussen personen. Bij het definiëren van een situatie zijn alle betrokkenen verantwoordelijk maar kan er sprake zijn van asymmetrie in rollen (Park & Moro, 2006). Wanneer er asymmetrie in rollen is, verschil in machtsverhouding, heeft dit invloed op de manier waarop iemand een situatie definieert. De definitie wordt meer beïnvloed door de persoon met meer macht. De personen met de meeste macht heeft de meeste invloed op de 'definitie van de situatie' die binnen een groep als juist wordt gezien. De definitie van een situatie is verder afhankelijk van geïnternaliseerde normen en waarden. Naarmate mensen sterker geïntegreerd zijn in een groep is de kans groter dat zij dezelfde normen en waarden met elkaar delen en tot een zelfde 'definitie van een situatie' komen. In deze situatie zullen zij dan ook op vergelijkbare wijze handelen. Hoe meer normen en waarden uit een groep geïntegreerd zijn in een persoon, hoe meer deze normen en waarden de manier van definiëren van een situatie bepalen (Durkheim, 1951). Leren hoe leden van een professie een situatie definiëren is onder andere een deel van je socialisatieproces tot professional. Zoals eerder genoemd is de opleiding voor studenten ook een socialisatieproces. Gekoppeld aan wat bekend is over de definitie van de situatie is te verwachten dat studenten aan het einde van hun opleiding de normen

en waarden van de professie hebben geïnternaliseerd en dat dit invloed heeft op de manier waarop studenten een situatie definiëren.

Interdisciplinaire samenwerking

Naast het onderzoek van Leever dat aansluit bij de 'definitie van de situatie', is ook de theorie van Bronstein (2003) over interdisciplinaire samenwerking interessant voor dit onderzoek. Het model van Bronstein geeft voorwaarden voor samenwerking in teamverband met verschillende professies. Er worden in het model twee onderdelen weergegeven: vijf basis componenten voor een goede samenwerking en vier factoren die de kwaliteit van samenwerking kunnen beïnvloeden. Voorwaarden voor een goede samenwerking zijn: afhankelijkheid, nieuwe professionele activiteiten, flexibiliteit, gemeenschappelijke doelen en procesreflectie. Afhankelijkheid is het aspect dat zich richt op het afhankelijk zijn van elkaar bij het uitvoeren van taken of bereiken van een doel, wat hierbij als belangrijk punt wordt gezien is het goed begrijpen van de rol van de eigen professie en die van de ander. De professies verpleegkunde en geneeskunde zijn afhankelijk van elkaar in de zorg rondom de patiënt. In dit onderzoek staat de vraag of beide professies een duidelijk en waarheidsgetrouw beeld hebben over de rol van de ander centraal. Deze vraag wordt bekeken met behulp van de definitie van de situatie. Bij het component van flexibiliteit wordt onder andere aandacht besteed aan 'role blurring behaviour' hiermee wordt het aanpassen aan taken die op dat moment nodig zijn bedoeld. Dit staat in contrast met de jurisdictiestrijd die Abbott (1988) verwacht bij het nauw samenwerken van twee professies. Wanneer deze jurisdictiestrijd aanwezig is zal het component van flexibiliteit niet aanwezig zijn wat de samenwerking niet ten goede komt. Het hebben van een eigen verantwoordelijkheid bij het bereiken van een gezamenlijk doel zal binnen de beide professies aanwezig zijn. Mogelijk bestaat onduidelijkheid over de precieze taak en rol verdeling. De twee overige componenten; nieuwe professionele activiteiten en procesreflectie worden in dit onderzoek niet verder behandeld of gekoppeld aan de hierboven genoemde theorieën. De factoren die de kwaliteit van samenwerken kunnen beïnvloeden zijn: professionele rol, structurele kenmerken, persoonlijke kenmerken en eerdere ervaringen met samenwerking (Bronstein, 2003).

In dit onderzoek wordt gekeken hoe studenten genees- en verpleegkunde een casus definiëren. Waarop gelet wordt is of deze manier van definiëren van de patiëntensituatie overeenkomt of dat beide groepen erg verschillen in het geven van een definitie van de situatie. Bij een groot verschil kan dit, zoals hiervoor werd besproken, misverstanden tussen beide groepen tot gevolg hebben. Tevens kan de definitie van een situatie invloed hebben op het al dan niet uiten van jurisdictieclaims. Wanneer beide professies van elkaar weten waar ze mee bezig zijn, geeft dit blijk van het inleven in elkaars manier van het definiëren van een situatie. Als beide groepen zich kunnen inleven in elkaars definitie van de situatie zal er mogelijk minder wrijving zijn in de verantwoordelijkheid en taakverdeling. Begrip van elkaars rollen heeft een positieve invloed op de interprofessionele samenwerking (Bronstein, 2003).

1.4 Opleiding

De mogelijke rol die de professionalisering in de opleiding speelt in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen maakt dat er hier specifiek wordt gekeken naar de opleiding van beide professies. Vanuit de kenmerkenbenadering werd de opleiding al genoemd als een van de ‘voorwaarden’ waaraan een beroep moet voldoen om onder de noemer professie te vallen. Deze kenmerken waaraan volgens de kenmerken benadering voldaan moet worden, hebben gevolgen voor hoe een opleiding vorm krijgt. Een professie beschermt zichzelf namelijk door via de opleiding te bepalen wie er toegang heeft tot de professie. De normen en waarden die de professie heeft, komen naar voren in het onderwijsprogramma en zullen zo worden doorgegeven aan de nieuwe professionals. De opleiding heeft hiernaast een rol in de socialisatie van studenten. Socialisatie is het proces van sociale ervaringen dat mensen in staat stelt om zich te ontwikkelen en de cultuur waar ze deel van uit (gaan) maken zich eigen te maken (Macionis, Peper & Leun, 2010). Het volgen van een opleiding wordt in deze scriptie opgevat als een socialisatie proces, een proces waarin iemand bewust of onbewust de waarden en normen van een groep overneemt.

Community of practice

De theorie van community of practice, ontwikkeld door onderwijskundige Wenger en antropoloog Lave, wordt in dit onderzoek als uitgangspunt genomen met betrekking tot de invloed van de opleiding tot samenwerken. De theorie is gericht op een groep mensen die een professie of ambacht deelt en gaat uit van situationeel leren. In het geval van verpleeg- en geneeskunde betekent dit dat vorming van studenten plaatsvindt tijdens de stages en coschappen. In deze periode wordt meegewerkt op de werkvloer, waar onder andere de identiteit gevormd wordt van de aankomende professional (Cobb & Bowers, 1999; Cox, 2005; Lave, 1991; Wenger, 2011). Het socialisatieproces op de werkvloer geeft soms andere dingen mee dan het zogenaamde ‘formele curriculum’. Onder het formele curriculum wordt het plan bedoeld dat het doel, de leerinhoud en de werkvorm aangeeft voor educatieve activiteiten. Alles wat hierbuiten wordt meegegeven aan de student wordt aangemerkt als het informele of ‘verborgen curriculum’ (Witman, 2010). Uit onderzoek komt naar voren dat dit ‘verborgen curriculum’ een belangrijke rol speelt in socialisatie op de werkvloer en de ontwikkeling van de professionele identiteit (Jochemsen-van der Leeuw et al., 2013; van Tol et al., 2014; Witman, 2010). Met theorie van de community of practice in het achterhoofd is er in dit onderzoek bewust voor gekozen om studenten in het laatste jaar van de opleiding te spreken. Deze zijn nog niet volwaardige werknemers maar zullen wel al gevormd zijn door het socialisatieproces in de opleiding.

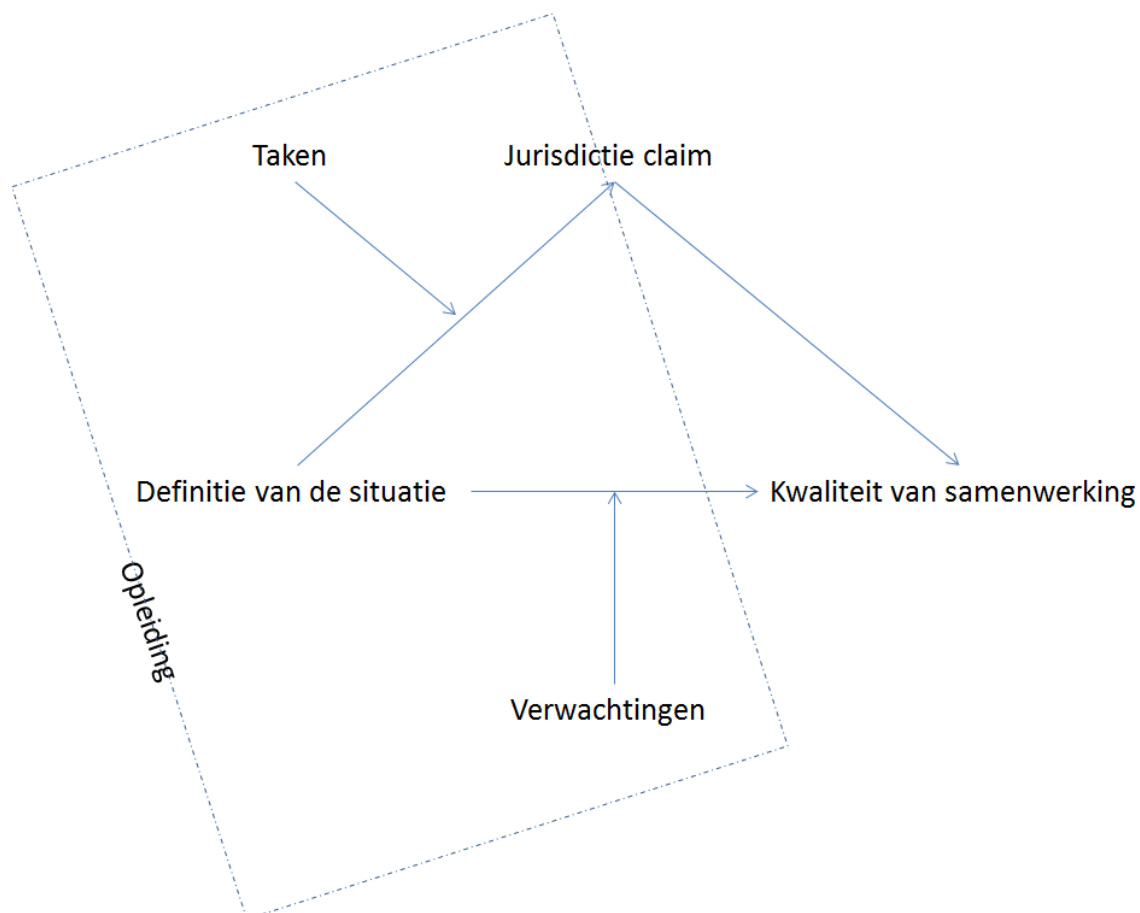
1.5 Conceptueel kader

Studenten worden gevormd tijdens de opleiding, specifiek tijdens de stage (afgaande op de theorie van de communities of practice). Via het socialisatie proces op de werkvloer leren studenten normen en waarden. Deze normen en waarden zorgen voor een definitie van de situatie.

Per professie zullen deze normen en waarden verschillen en zo ook de definitie die wordt gegeven aan de situatie. Verschil in de definitie van een situatie kan tot misverstanden leiden volgens het Thomas theorema. Tevens kan er onvrede ontstaan door verschil in waarden (Marquis & Huston, 2006). Misverstanden zouden voorkomen kunnen worden door te begrijpen wat de ander doet. Er is overeenkomst nodig in de verwachtingen (Leever, 2010), een gedeeld begrip over elkaars rollen (Pullon, 2008; Bronstein, 2003) en een gezamenlijk doel (Bronstein, 2003). Wanneer beide groepen zich in kunnen leven in de andere professie zal dit de samenwerking ten goede komen.

De professies verpleegkunde en geneeskunde werken nauw samen. Om hierin de eigen professionele jurisdictie te behouden/beschermen/vergroten zouden beide groepen jurisdictie kunnen claimen. Hierin zit mogelijk een overlappend gebied waarin jurisdictiestrijd kan ontstaan. Dit zou al naar voren kunnen komen in de definitie van de situatie. Vanuit ideeën over wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft wordt de definitie van de situatie beïnvloed. Dit kan al dan niet tot een jurisdictieclaim leiden. De jurisdictieclaims worden volgens Abbott (1988) geuit door het toepassen van de eigen kennis op een situatie. Naast kennis zijn ook acties en taken verbonden met jurisdictie.

Schematisch overzicht



Figuur 1 schematisch overzicht

1.6 Verwachtingen

Op basis van de theorie en het conceptueel kader kunnen er enkele verwachtingen worden uitgesproken over de vragen. Op deze verwachtingen wordt in de conclusie en discussie teruggekomen. Daar zal dan worden gekeken in hoeverre is gevonden wat verwacht werd, en of er nieuwe en onverwachte aspecten gevonden zijn tijdens het onderzoek. De verwachtingen worden opgesteld met behulp van het conceptuele kader.

Studenten worden gevormd tijdens de opleiding, specifiek tijdens de stage (afgaande op de theorie van de communities of practice). Via het socialisatie proces op de werkvloer leren studenten normen en waarden. Deze normen en waarden zorgen voor een definitie van de situatie.

Als wordt gekeken naar de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen blijkt dat “Maar liefst 95 procent van de verpleegkundigen en meer dan drie kwart van de artsen vindt dat er in de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen verbetering te behalen valt” (Neggers, 2008). Tijdens gesprekken met docenten die voor dit onderzoek zijn gevoerd is naar voren gekomen dat er in beide opleidingen weinig tot geen aandacht wordt besteed aan de samenwerking tussen de professies verpleegkunde en geneeskunde. Volgens de theorie van de community of practice zouden studenten worden gevormd op de werkvloer, en dus tijdens de stage. Aangezien in dit onderzoek studenten in het laatste jaar van de studie worden geïnterviewd, valt te verwachten dat ook de studenten aangeven dat de samenwerking beter zou kunnen.

Per professie zullen deze normen en waarden verschillen en zo ook de definitie die wordt gegeven aan de situatie. Verschil in de definitie van een situatie kan tot misverstanden leiden volgens het Thomas theorema. Tevens kan er onvrede ontstaan door verschil in waarden (Marquis & Huston, 2006). Misverstanden zouden voorkomen kunnen worden door te begrijpen wat de ander doet. Er is overeenkomst nodig in de verwachtingen (Leever, 2010), een gedeeld begrip over elkaars rollen (Pullon, 2008; Bronstein, 2003) en een gezamenlijk doel (Bronstein, 2003). Wanneer beide groepen zich in kunnen leven in de andere professie zal dit de samenwerking ten goede komen.

Wanneer wordt gekeken naar de manier waarop studenten verpleegkunde en geneeskunde een situatie definiëren kan verwacht worden dat hier verschil in aangetroffen wordt. Onder andere op basis van de verantwoordelijkheden die beide professies hebben volgens de wet BIG kan deze verwachting worden uitgesproken. Dit verschil in definitie van de situatie is volgens Leever (2010) nodig voor een goede samenwerking. In een onderzoek van Bronstein (2003) komt naar voren dat verschillende verwachtingen juist nodig zijn, verschil in verwachtingen met betrekking tot eigen taken en verantwoordelijkheden. Wanneer verpleegkundigen en artsen eenzelfde verwachting hebben over de eigen verantwoordelijkheden, beide verwachten verantwoordelijk te zijn voor één taak, zou dit kunnen leiden tot een jurisdictiestrijd wat ten koste zou gaan van de kwaliteit van samenwerking.

De professies verpleegkunde en geneeskunde werken nauw samen. Om hierin de eigen professionele jurisdictie te behouden/beschermen/vergroten zouden beide groepen jurisdictie kunnen claimen. Hierin zit mogelijk een overlappend gebied waarin jurisdictiestrijd kan ontstaan. Dit zou al naar voren kunnen komen in de definitie van de situatie. Vanuit ideeën over wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft wordt de definitie van de situatie beïnvloed. Dit kan al dan niet tot een jurisdictieclaim leiden. De jurisdictieclaims worden volgens Abbott (1988) geuit door het toepassen van de eigen kennis op een situatie. Naast kennis zijn ook acties en taken verbonden met jurisdictie.

Met betrekking tot het inleven in de andere professie kan ook worden teruggekomen op de wet BIG. In artikel 33 wordt het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige besproken. Hierin komt naar voren dat hiertoe ook het verrichten van handelingen in opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van individuele gezondheidszorg behoort. Een verwachting hierbij is dat de verpleegkundige hiervoor bepaalde kennis en inlevingsvermogen moet hebben in deze beroepsbeoefenaar. Hierop voortbordurend zou het deel in de zorg waarin een beroepsbeoefenaar op het gebied van individuele gezondheidszorg opdrachten geeft tot handelingen aan verpleegkundigen, een gemeenschappelijk doel kunnen zijn tussen de artsen en verpleegkundigen.

Abbott (1988) stelt dat professies hun eigen kennis projecteren op een situatie om op deze manier zich de situatie toe te eigenen en op deze manier jurisdictieclaims laten zien. Wanneer er in een situatie meerdere betrokkenen zijn, in het geval van de patiëntenzorg in het ziekenhuis, kijken alle betrokkenen vanuit een eigen perspectief naar de situatie. De situatie ziet er vanuit het perspectief van verschillende professies mogelijk verschillend uit wat kan leiden tot wrijving. Dit is een vorm van competitie tussen de professies, de grenzen van de jurisdictie worden hiermee bepaald. Wanneer een verpleegkundige en een arts eenzelfde situatie zien kunnen ze door hun eigen kennis toe te passen op deze situatie, of de situatie te definiëren met behulp van eigen normen en waarden, zich deze situatie toe-eigenen. Er wordt dan zeggenschap (jurisdictie) geclaimd door een van beide beroepsgroepen. Wanneer beide groepen een verschillende definitie van een situatie geven kan dit de kwaliteit van samenwerken ondermijnen. De ontwikkeling van professionaliteit zorgt voor een bepaalde definitie van een situatie.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksvraag

Wanneer twee professies samenwerken zijn er vaak twee percepties op een situatie. In het geval van twee zorgprofessionals zal deze situatie vaak een patiëntensituatie zijn waar de perceptie op is gericht. Er is veel onderzoek gedaan naar het verschil in percepties tussen zorgverleners en patiënten (Burdall, Bohr, Spray, & Cusick, 2015; Lajara, German & Thurman, 2012; Sanders, 2000). Er is echter nog niet veel onderzoek beschikbaar over mogelijke verschillen in perceptie tussen verschillende zorgverleners. Er wordt in dit onderzoek gekeken naar de uitingsvorm van de ontwikkeling van professionaliteit door te kijken naar op welke manier artsen en verpleegkundigen in het eindstadium van hun opleiding een situatie definiëren.

2.1 Onderzoeksvraag

Vanuit deze doelstelling in combinatie met literatuuronderzoek is de volgende onderzoeksvraag ontstaan:

- Hoe hangt de kwaliteit van de samenwerking tussen arts en verpleegkundige samen met de ontwikkeling van professionaliteit binnen de opleiding wanneer wordt gekeken naar het definiëren van een situatie en het doen van jurisdictieclaims?

Deelvragen

- Wat is het beeld dat studenten verpleeg- en geneeskunde hebben over de samenwerking en de taakverdeling op de werkvloer?
- Wat zijn de verschillen tussen studenten verpleeg- en geneeskunde in de manier waarop zij een situatie definiëren (patiënten casuïstiek)?
- Wat is het beeld dat studenten verpleegkunde en studenten geneeskunde geven wanneer ze zich proberen in te leven in de rol van de andere professie?
- Hoe wordt door de studenten een gemeenschappelijk doel genoemd in de definitie van de situatie van beide groepen?
- In hoeverre komt bij het definiëren van een situatie en bij het praten over werksituaties een jurisdictieclaim naar voren?
- Op welke manier komt er onduidelijkheid omtrent taken en verantwoordelijkheden naar voren in de gesprekken met de studenten, en is hierin een jurisdictiestrijd te zien?

2.2 Operationalisering van begrippen

Professie: In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de systeembenadering en zijn definitie van professie. Deze benadering gaat ervanuit dat professies niet los van elkaar bekeken kunnen worden aangezien ze afhankelijk van elkaar zijn. Dit is zeker het geval bij verpleeg- en geneeskunde. Abbott definieert professies als volgt: “*exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases*” (Abbott, 1988, p. 8).

Samenwerking: Volgens de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg is er sprake van samenwerken wanneer meer dan één zorgverlener bij een patiënt betrokken is. In dit onderzoek zal het gaan om de zorgverleners verpleegkundige en arts (KNMG, 2010).

Student verpleegkunde: In dit onderzoek zal wanneer geschreven over student verpleegkunde gerefereerd worden naar studenten verpleegkunde die in de U2 stage zitten en ziekenhuiservaring hebben gehad of op dit moment opdoen. De U2 is de laatste stage die een student loopt, er zijn eerdere stages, de VT2 en de U1. Er is gekozen voor de studenten in de U2 stage omdat de hoeveelheid praktijkervaring hier het grootst is, waardoor er meer praktijk situaties zijn en er meer ervaring is geweest in samenwerkingssituaties.

Student geneeskunde: De student geneeskunde die in dit onderzoek bedoeld wordt zit minstens in het 6e jaar en heeft al enige tijd coschappen gelopen in een ziekenhuis. Er worden studenten geïnterviewd die in het 6^e jaar zitten en de semiarts stage lopen, M3. Deze hebben meer ervaring op de werkvloer en hierdoor zullen deze studenten meer blootgesteld zijn aan de praktijksituatie.

Casus: Een praktijkvoorbeeld.

Definitie van een situatie: De interpretatie die iemand geeft aan een situatie of gebeurtenis op basis van geïnternaliseerde waarden. Mensen leven en werken in een sociale omgeving, in deze sociale omgeving zitten situaties die al gedefinieerd zijn door de mensen die al onderdeel waren van deze omgeving (Thomas & Thomas, 1931).

Jurisdictie: De jurisdictie is de zeggenschap die een professie heeft over zijn werkgebied. De geneeskundige is de enige die daadwerkelijk jurisdictie, zeggenschap, heeft over geneeskundige aspecten van zijn werk. Wanneer twee professies samenwerken rondom eenzelfde werkgebied ontstaat de kans dat beide professies hun (professionele) kennis linken aan hun werkgebied of taken, jurisdictieclaims. Dit kan jurisdictie strijd opleveren.

Community of practice: De theorie van community of practice ontwikkeld door onderwijskundige Wenger en antropoloog Lave, wordt in dit onderzoek als uitgangspunt genomen met betrekking tot de invloed van de opleiding op samenwerken. De theorie is gericht op een groep mensen die een professie of ambacht deelt en gaat uit van situationeel leren. Toegepast in dit onderzoek wordt hiermee bedoeld dat de professionele identiteit van studenten worden gevormd in de praktijk. In het geval van verpleeg- en geneeskunde vindt vorming van studenten plaats tijdens de stages en co schappen. In deze periode wordt meegewerkt op de werkvloer, waar onder andere de identiteit gevormd wordt van de aankomende professional (Cobb & Bowers, 1999; Cox, 2005; Lave, 1991; Wenger, 2011).

Socialisatieproces: Een socialisatieproces is het proces waarin iemand bewust of onbewust de waarden en normen van een groep overneemt. Socialisatie is het proces van sociale ervaringen die mensen in

staat stelt om zich te ontwikkelen en de cultuur waar ze dele van uit maken zich eigen te maken (Macionis, Peper & Leun, 2010).

Formeel curriculum: met het formeel curriculum wordt het plan bedoeld dat het doel, de leerinhoud en de werkvorm aangeeft voor educatieve activiteiten. Alles wat hierbuiten wordt meegegeven aan de student wordt aangemerkt als het informele of verborgen curriculum (Witman, 2010).

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Bij deze vorm van onderzoek is het van belang dat de werkwijze uitgebreid wordt beschreven zodat het voor de lezer mogelijk is om na te gaan welke stappen de onderzoeker heeft genomen. Transparantie van het onderzoek wordt verkregen door uitgebreide beschrijving van de onderzoeksmethode. Tijdens het onderzoek zijn de stappen gevolgd zoals beschreven in het boek *Qualitative Research Methods* van Hennink, et al. (2011). In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode worden besproken.

3.1 Kwalitatief onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het kijken naar de mogelijkheid dat in de opleiding de basis wordt gelegd voor de wijze waarop artsen en verpleegkundigen later in de praktijk met elkaar samenwerken. Dit wordt onderzocht aan de hand van met name twee theorieën: de definitie van de situatie (Thomas & Thomas, 1931) en de jurisdictie claim van Abbott (1988). Er zal worden gekeken naar de manier waarop studenten een patiënten situatie definiëren. Daarnaast zullen de meningen en ervaringen van de studenten met betrekking tot jurisdictie bekeken worden.

Om dit onderzoek uit te voeren is gekozen voor een kwalitatieve benadering. De keuze voor een kwalitatief onderzoek is genomen om verschillende redenen. Ten eerste is het onderwerp samenwerking vanuit de opleiding een relatief nieuw onderzoeksgebied. Het onderzoek zal dus explorierend van aard zijn, een vorm waarbij een kwalitatieve benadering goed aansluit omdat er een onderzoeksgebied verkend wordt. Daarnaast is het doel van dit onderzoek om te kijken naar ervaringen, meningen en de manier van definiëren van de te onderzoeken groep. Het perspectief van de studenten staat dus centraal. Het is van belang om geen oppervlakkige informatie in te winnen maar diep op de onderwerpen in te gaan om er op deze manier achter te komen hoe de participanten denken over een patiënten situatie, jurisdictie claims, samenwerking en de manier waarop de opleiding hierin een rol speelt. Het exploreren van dit nog onbekende gebied en het naar boven halen van perspectieven van de participanten vraagt om een kwalitatieve benadering. Kwalitatief onderzoek geeft de mogelijkheid om de meningen en interpretaties van de participanten te verkennen (Hennink, Hutter & Bailey, 2011).

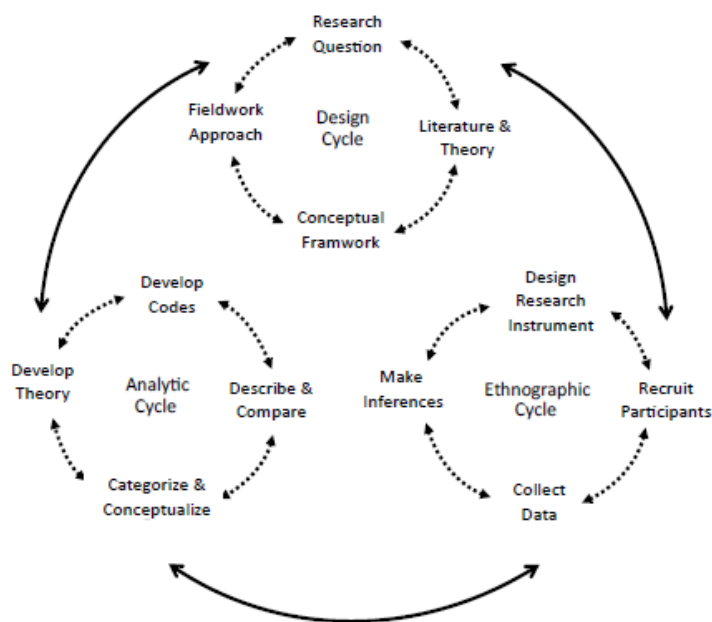
Binnen het doen van kwalitatief onderzoek bestaan er twee belangrijke benaderingswijzen: inductief en deductief. Deze twee benaderingswijzen worden vaak als tegengestelden gezien. De deductieve benaderingswijze werkt vanuit een al bestaande theorie waarbij deze theorie wordt getoetst. De inductieve benadering heeft als doel het ontwikkelen van een theorie die als het ware ontstaat uit de verzamelde data waarbij de data als bron van informatie wordt beschouwd.

In dit onderzoek wordt deels gebruik gemaakt van de inductieve benadering en deels van de deductieve benadering. Aan de hand van de verkregen data wordt een theorie opgesteld. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de inductieve benadering, wordt de structuur van het onderzoek pas

duidelijk bij het verzamelen van data. Om toch tijdens het onderzoek een kader te hebben is voorafgaand van het data verzamelen een theoretisch kader opgesteld. Dit theoretisch kader heeft als doel dat er al een richting zichtbaar is voordat er wordt begonnen met het verzamelen van data. Het theoretisch kader dat is gevormd dient als basis voor de interview opzet.

3.2 The Qualitative research cycle

De kwalitatieve onderzoek cirkel van Hutter en Hennink (2010) is een kader voor het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Het geeft verschillende cirkels weer die met elkaar verbonden zijn binnen het kwalitatief onderzoek. In figuur 2 is de cirkel weergegeven. De kwalitatieve onderzoek cirkel zal als kader dienen voor dit onderzoek.



Figuur 2 Hutter – Hennink qualitative research cycle (2010)

De eerste cirkel is de design cirkel, deze bestaat uit vier onderdelen. Het formuleren van een onderzoeksvraag, het doen van literatuur onderzoek en het zoeken naar theorieën, het opstellen van een conceptueel model voor het onderzoek en het zoeken naar een gepaste benadering. Hierop volgend is de etnografische cirkel weergegeven waarin het ontwikkelen van een onderzoeksinstrument, het verkrijgen van participanten, data collectie en het maken van inferenties centraal staat. De laatste cirkel is de analytische cirkel hierin zijn de taken: ontwikkelen van codes, beschrijven en vergelijken, categoriseren en conceptualiseren en theorie ontwikkeling van belang. De drie afzonderlijke cirkels staan met elkaar in verband en binnen en tussen de cirkels kan tussen taken over en weer worden gewerkt.

3.3 Context van het onderzoek

Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen het Universitair Medisch Centrum (UMCG). Op de stage vacaturelijst van de opleiding sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG), en vanuit het stagebureau van het UMCG kwam een vacature beschikbaar met de vraag om te kijken naar de rol van de opleidingen in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Dit onderzoek richt zich op de wijze waarop studenten verpleegkunde en geneeskunde aankijken tegen situaties waarin verpleegkundigen en artsen met elkaar samenwerken. Het UMCG is een van de grootste ziekenhuizen in Nederland. In het kader van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs wordt nauw samen gewerkt met de RUG. Het UMCG heeft drie kerntaken: zorg, onderwijs en onderzoek (UMCG, 2016). Naast de coassistenten die zijn verbonden aan de RUG, is er ook ruimte voor een tal van andere disciplines om stage te lopen. Ook verpleegkunde studenten van de Hanze Hogeschool lopen stage in het UMCG.

3.4 Onderzoeksopzet

In dit onderzoek kan onderscheid worden gemaakt tussen twee onderzoeksfasen. De fase waarin literatuur onderzoek is gedaan, is de eerste fase. In deze fase is gesproken met sleutelfiguren, en is meegelopen met studenten van geneeskunde en verpleegkunde. De tweede fase is de fase waarin door middel van interviews met studenten data is verzameld. Beide fasen worden kort toegelicht.

Vooronderzoek

In de fase voorafgaand aan de data verzameling is literatuur onderzoek gedaan en gesproken met sleutelfiguren. Ook is er meegelopen in het ziekenhuis (UMCG en Martini) met studenten verpleegkunde en geneeskunde. Aangezien er nog weinig bekend is over de samenwerking van artsen en verpleegkundigen vanuit de opleiding is het doen van vooronderzoek belangrijk. Daarnaast is het vooronderzoek belangrijk om feeling te krijgen met het veld waarin onderzoek wordt gedaan. Wat is er al bekend, hoe staan betrokkenen in het veld, hebben betrokkenen al gedachten of een mening over het onderwerp die meegenomen kan worden in het onderzoek. Door literatuur onderzoek te doen en gesprekken te voeren met sleutelfiguren zijn de onderzoeksvragen en de onderzoeksmethoden verder aangescherpt. Het meelopen met de studenten draagt hier ook aan bij en zorgt voor een beeld van de praktijksituatie. De informatie die is verkregen in het vooronderzoek heeft geleid tot de keuze om dit onderzoek naar de rol van de opleiding in de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen te baseren op de volgende drie theoretische uitgangspunten: de community of practice, de definitie van de situatie en de jurisdictie claim.

Literatuuronderzoek

De eerste stap in dit onderzoek bestond uit het inlezen in het onderwerp. Er is binnen de sociologische literatuur gezocht naar informatie over professies en de verschillende benaderingswijzen van het begrip professie. Binnen de sociologie is veel geschreven over professies. Daarnaast zijn in verschillende databanken vanuit het UMCG en de RUG artikelen gezocht over samenwerking. Via de

site van de bibliotheek van de RuG is gezocht naar databases voor sociologie, de zogenoemde LibGuides. Vanuit hier is, voornamelijk via SocINDEX, met zoektermen gezocht naar relevante artikelen. Er is begonnen met “Brede” zoektermen als: profession, professional, cooperating, healthcare, nurse, physician, e.d. Waarna vanuit titels van relevante artikelen verder is gekeken naar zoektermen die specifiekere waren. Vanuit hier is, eerst door te selecteren op relevante titels daarna door te selecteren via de abstracts, een selectie van relevante artikelen over gebleven. Naast artikelen die rechtstreeks zijn gezocht in data banken is gebruik gemaakt van de “sneeuwbal methode” waarin in de relevante artikelen wordt gekeken in de literatuurlijst naar nieuwe relevante artikelen. Zo is er uiteindelijk gekeken naar artikelen over de invloed en gevolgen van al dan niet goede samenwerking, opleidingsvormen, de geschiedenis van verpleegkunde en geneeskunde en informatie over het doen van kwalitatief onderzoek. Er is besloten om als eerst te starten met literatuur onderzoek zodat wanneer er contact werd opgenomen met de sleutelfiguren er ook gericht informatie gevraagd kon worden. Tijdens de gesprekken met sleutelfiguren is er doorgegaan met het doen van literatuuronderzoek en werd tijdens de gesprekken relevante literatuur aangedragen.

Sleutelfiguren

Tijdens het vooronderzoek is gesproken met uiteenlopende sleutelfiguren, die allen inzicht hebben in en opvattingen hebben over het onderwerp van onderzoek. Met de volgende personen zijn gesprekken gevoerd: een hoogleraar verplegingswetenschappen / hoofd expertisecentrum verpleging UMCG / lector verpleegkundige innovatie en positionering Hanzehogeschool Groningen, PhD student UMCG, onderzoekster aan de school van verpleegkunde en gezondheid UMCG, hoogleraar onderzoek en innovatie van medisch onderwijs, projectmanager van de centrale opleidingscommissie UMCG, onderwijskundige, lid van het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde (UCO), hoofdverpleegkundige UMCG, internist/chef de clinique interne geneeskunde, competentiecoördinator samenwerking/praktiserend huisarts, coördinator studenten geneeskunde, arts-onderwijskundige, coassistenten en stagiaires verpleegkunde. De informatie uit de gesprekken heeft gediend als input voor het onderzoek. Hierbij kan gedacht worden aan of de gevonden theorieën uit de literatuur relevant worden geacht of het meedenken over de vorm van het onderzoek.

Meelopen

Naast het doen van literatuuronderzoek en de gevoerde gesprekken is meegelopen met studenten geneeskunde en verpleegkunde. Door mee te lopen met de studenten kon een beeld gevormd worden van hoe studenten geneeskunde en verpleegkunde in aanraking komen met samenwerking op de werkvloer. Ook is het meelopen gebruikt om gesprekken te voeren met de studenten om zo informatie te verkrijgen die kon helpen bij het opstellen van de interviews. Hierbij kan gedacht worden aan aandachtspunten en onderwerpen die tijdens het meelopen aan bod zijn gekomen.

3.5 Participanten

Het doel van dit onderzoek is het kijken naar de mogelijkheid dat in de opleiding de basis wordt gelegd voor de wijze waarop artsen en verpleegkundigen later in de praktijk met elkaar samenwerken. Het vooronderzoek heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: Hoe hangt de kwaliteit van de samenwerking tussen arts en verpleegkundige samen met de ontwikkeling van professionaliteit binnen de opleiding wanneer wordt gekeken naar het definiëren van een situatie en het doen van jurisdictieclaims.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden worden interviews afgenomen. De keuze voor interviews is gedeeltelijk gemaakt vanuit de gedachte dat door één op één gesprekken te voeren je de beleving en perceptie van de geïnterviewde beter naar boven krijgt dan in bijvoorbeeld vragenlijstonderzoek (Hennink, et al. 2011). Wat vindt de geïnterviewde en hoe denkt deze over het onderwerp. Voor het beantwoorden van de vraag hoe studenten een situatie definiëren en hoe ze denken over de huidige zeggenschapsverdeling zijn diepte interviews het meest geschikt. De gedachte om onderzoek te doen met behulp van focus groepen is afgefallen wegens praktische bezwaren. De haalbaarheid van het bij elkaar brengen van deelnemers binnen het tijdsbestek van de masterscriptie was niet realistisch. Daarnaast ligt bij focusgroepen de nadruk meer op het vinden van de groepsnormen en groepsprocessen. Dit in tegen stelling tot de meer individuele gedachten die door een interview gevonden kunnen worden (Hennink, et al. 2011). Het vinden van persoonlijke ervaringen en het vinden van de perceptie van studenten kan beter door het afnemen van interviews dan wanneer er focus groepen zouden worden gestart.

De specificatie van de doelgroep is ontstaan gedurende het vooronderzoek. Hierin kwam naar voren dat studenten met meer ervaring op de werkvloer meer informatie konden geven over de door hun ervaren samenwerkin. Studenten die net op de werkvloer staan zullen minder ervaringen hebben en hierdoor minder informatie kunnen geven tijdens de interviews. Er is bewust gekozen om te kijken naar studenten in het laatste jaar van hun opleiding. Dit is een vorm van purposive sampling, een vorm van niet gerandomiseerde steekproeftrekking. Purposive sampling houdt in dat de participanten die worden geselecteerd worden uitgekozen op basis van het oordeel van de onderzoeker over wie de meest bruikbare informatie zullen leveren voor het onderzoek (Hennink, et al. 2011).

Er is gekozen om te kijken naar studenten geneeskunde van de RUG die hun laatste jaar coschap lopen en studenten verpleegkunde van de Hanzehogeschool die in de laatste stage zitten. Er is voor deze groep gekozen aangezien deze studenten nog deelnemen aan de opleiding maar al wel genoeg ervaring hebben op de werkvloer om relevante eigen ervaringen te hebben. Deze groep is verder gespecificeerd naar studenten die op een beschouwende afdeling van een ziekenhuis stage of coschappen lopen. Een beschouwende afdeling is een afdeling van een niet-snijdend specialisme waar geen operaties worden uitgevoerd. Denk hierbij aan afdeling als: cardiologie, geriatrie, interne geneeskunde, neurologie,

reumatologie, dermatologie enz. (Dijkstra et al., 2013). Studenten van snijdende (chirurgie, orthopedie, gynaecologie, urologie enz.) of ondersteunende afdelingen (microbiologie, pathologie, radiologie enz.) behoorden niet tot de gewenste doelgroep. Dit is besloten mede op basis van gesprekken met sleutelfiguren. Op beschouwende afdelingen, zo werd door de sleutelfiguren ervaren, is de wederzijdse afhankelijkheid van verpleegkundige en arts waarschijnlijk groter en is een goede samenwerking van nog groter belang dan op andere afdelingen. Door dat de afhankelijkheid groter is, is er naar alle waarschijnlijkheid ook meer samenwerking aanwezig waardoor studenten van een beschouwende afdeling meer ervaring hebben met samenwerking waardoor studenten van deze afdelingen naar verwachting bruikbare informatie voor het onderzoek zullen opleveren.

Aantal participanten

Het vooraf opstellen van een aantal participanten is bij kwalitatief onderzoek lastig. Wanneer saturatie bereikt wordt, is vooraf moeilijk vast te stellen. Het bereiken van saturatie houdt in dat er geen nieuwe informatie meer wordt gevonden bij het houden van interviews (Hennink, et al. 2011). De onderstaande tabel (Tabel 2.1) geeft een indicatie weer van hoeveel interviews in dit onderzoek afgenomen kunnen worden. Deze indicatie is gebaseerd op wat naar verwachting praktisch haalbaar is en daarnaast hopelijk voldoende om eerste tekenen van saturatie te bereiken. Naast het behalen van de eerste tekenen van saturatie zal ook rekening gehouden moeten worden met het aantal interviews dat praktisch haalbaar is binnen de beperkte tijd die beschikbaar is voor een afstudeer scriptie.

	Oefen interviews	Verpleegkunde U2	Geneeskunde M3
Indicatie	3-4	6-8	6-8
Doel	Goede voorbereiding	Eerste tekenen van saturatie	Eerste tekenen van saturatie

Tabel 2. 1

Benaderingswijze van studenten

Wegens praktische redenen is er voor gekozen om eerst de verpleegkunde studenten te benaderen. Op het moment dat het werven van studenten kon beginnen kwam de zomervakantie voor de studenten verpleegkunde in zicht. De studenten verpleegkunde stoppen met het lopen van de stage gedurende een zomervakantie periode en zijn gedurende deze periode minder goed benaderbaar. Studenten geneeskunde hebben een doorlopende coschap en zullen ook gedurende de algemene zomervakantie te benaderen zijn. Voordat studenten worden benaderd is contact opgenomen met een sleutelfiguur vanuit de opleiding zodat de opleiding akkoord ging met het benaderen van de studenten.

Verpleegkundig stagiairs

De studenten verpleegkunde zijn via de mail benaderd. De mailadressen zijn verkregen via iemand met een coördinerende functie binnen de opleiding verpleegkunde. Er is in twee fasen een mail gestuurd². Eerst zijn de studenten binnen het Martiniziekenhuis en het UMCG benaderd. Een week later is een

² Zie bijlage 1 voor de uitnodigingsmail verpleegkunde

mail verstuurd naar studenten die stage lopen in een perifeer ziekenhuis (Assen, Winschoten, Drachten). Voordat er een mail werd verstuurd vanuit het onderzoek is een mail verzonden vanuit de opleiding dat de studenten benaderd zouden kunnen worden voor deelname aan het onderzoek. Daarnaast stond in deze mail vermeld dat er goedkeuring was vanuit de opleiding dat de studenten benaderd zouden worden. Een kleine week na de eerste mail is een herinneringsmail gestuurd naar de studenten waar nog geen reactie van was ontvangen. Een van de participanten is via het informele netwerk van de onderzoekster gevonden. Via de mail is contact opgenomen. Uiteindelijk zijn 7 interviews afgenomen bij studenten verpleegkunde. In tabel 2.2 is informatie te vinden over benaderde en ingeplande participanten en afgezegde en afgeronde interviews.

Coassistenten

De coassistenten zijn via de mail benaderd³. De mail adressen zijn verkregen via de chef de clinique van de interne geneeskunde binnen het UMCG, de coördinator van de Master studenten van de RuG bij het UMCG en de coördinator van de Master studenten van de RuG binnen het martiniziekenhuis. Vanuit deze ‘gatekeepers’ zijn de inclusie criteria voor de participanten doorgegeven waardoor potentieel geschikte participanten direct konden worden benaderd. Twee van de participanten zijn via het informele netwerk van de onderzoekster gevonden. Met een van deze participanten is via de mail contact opgenomen de ander is telefonisch benaderd. Uiteindelijk zijn 6 interviews afgenomen bij studenten geneeskunde. In tabel 2.2 is informatie te vinden over benaderde en ingeplande participanten en afgezegde en afgeronde interviews.

3.6 Interview

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interviewschema⁴. Bij een semigestructureerd interview wordt geen vaste vragenlijst gebruikt maar wordt gebruik gemaakt van onderwerpen waarover wordt gepraat. Deze onderwerpen worden weergegeven in een topiclijst. Daarnaast kan bij deze topiclijst waar de onderwerpen in staan gebruik worden gemaakt van ‘topical probes’. Topical probes worden gebruikt bij open vragen. De probes worden gebruikt als geheugensteun voor de interviewers. Ze helpen de interviewer specifieke onderwerpen uit te vragen om zo te zorgen dat de verkregen informatie gedetailleerd genoeg is (Hennink, et al. 2011).

Opbouw interview

Het interview-schema vloeide voort uit het vooronderzoek en dient als hulpmiddel tijdens de gesprekken. Na ieder interview werd gekeken of er aanpassingen nodig waren in het interview schema om op deze manier zo diep mogelijk in het onderwerp te komen. Het interview schema is opgebouwd in vier delen. Het eerste deel is de introductie, hierin wordt aangegeven waar het onderzoek over gaat, hoe het interview zal verlopen en ontvangt de participant informatie over de vertrouwelijkheid en

³ Zie bijlage 2 voor de uitnodigingsmail geneeskunde

⁴ Zie bijlage 3 voor het interview schema

anonimiteit van de informatie die wordt verkregen tijdens het interview⁵. Het middenstuk is in dit onderzoek opgedeeld. Het eerste stuk richt zich op de definitie van de situatie en wordt ingeleid met een open vraag. Hierin wordt gevraagd welke associatie de studenten op dit moment hebben wanneer ze denken aan de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Deze vraag is opgenomen in het interview om zo de studenten te prikkelen en de vragen met betrekking tot de casus ook met de samenwerking in het achterhoofd te beantwoorden.

Er is voor gekozen om de vragen te stellen onder andere aan de hand van casuïstiek. Deze keuze is gemaakt om zo te zorgen dat er gepraat wordt over eenzelfde situatie en zodat dat antwoorden van de verschillende respondenten met elkaar vergeleken kunnen worden. De casus is een schets van een representatieve situatie in de patiëntenzorg. Een situatie die de studenten geneeskunde en verpleegkunde tegen kunnen komen tijdens de stage. De casus die in dit onderzoek wordt gebruikt gaat uit van een patiënt met een longaandoening. Er wordt informatie gegeven over medische en psychosociale problematiek rondom deze patiënt⁶.

Na deze openingsvraag wordt een patiënten situatie aangedragen waarbij wordt gekeken op welke manier de studenten de situatie definiëren. Dit wordt gedaan door te vragen naar wat ze belangrijk vinden in de casus en waar ze stappen in zouden willen ondernemen. De definitie van de patiënten situatie wordt afgeleid van de manier waarop ze de situatie benaderen en welke aandachtspunten ze in de situatie benoemen. Er wordt gebruik gemaakt van een patiënten casus om de studenten zo mee te nemen in een concrete situatie. De verwachting is dat de vragen specifiekere antwoorden mogelijk afneemt aangezien mensen bezig zijn met een dagelijkse situatie in plaats van theoretische vragen.

Het middenstuk borduurt hierna voort op de patiënten situatie en richt zich vooral op de jurisdictie claim. Er wordt gevraagd naar ervaringen in de taakverdeling, taakonduidelijkheid en hoe hiermee wordt omgegaan. Er wordt gekeken naar welke taken de studenten toebedelen aan de artsen en de verpleegkundigen. Wanneer hierin overlap zit, wanneer studenten verpleegkundigen taak Q een verpleegkundige taak vinden maar wanneer de studenten geneeskunde ook aan geven dat taak Q de taak van de arts is, duidt dit op een wrijving in de jurisdictie tussen beide professies. Tot slot wordt na de kernvragen een afronding bewerkstelligd waarbij ruimte is om nog toevoegingen te geven op het onderwerp en eventuele vragen te stellen over het zojuist afgenomen interview. Ook wordt gevraagd of de participant het onderzoek wanneer deze is goedgekeurd wil ontvangen en er wordt nogmaals bedankt voor deelname.

De vragen van het interview zijn gebaseerd op de achterliggende theorieën. Daarnaast wordt ruimte geboden voor eigen voorbeelden. Ook kan het al veiliger worden ervaren om over een hypothetische

⁵ De ethische aspecten van dit onderzoek zullen aan bod komen in paragraaf 3.9

⁶ Zie bijlage 3 voor het interview schema waarin de casuïstiek te lezen is.

situatie te praten dan over eigen ervaringen. Tot slot ontstaat door te praten over een situatie en hieruit meningen en percepties te halen minder kans op sociaal wenselijke antwoorden.

Interview opzet

Tijdens het onderzoek zijn de stappen gevolgd zoals beschreven in het boek *Qualitative Research Methods* van Hennink, et al. (2011). Voor het opzetten van de casus is gebruik gemaakt van zowel verpleegkundige literatuur als geneeskundige literatuur. Ook tijdens de gesprekken met sleutelinformanten is advies ingewonnen over mogelijk geschikte casuïstiek. Een samenvoeging van deze informatie leidde tot de eerste versie van de casus. Na een gesprek met een arts bleek de casus nog wat te sterk geschreven vanuit het verpleegkundig perspectief, waarna er aanpassingen zijn gedaan. De casus die uiteindelijk is gebruikt in het interview is doorgelezen door een internist die aangaf de casus duidelijk en representatief te vinden⁷. Door eigen ervaring als (student) verpleegkundige kan vanuit eigen expertise worden aangegeven dat de casus ook representatief is voor de verpleegkundige beroepsgroep. Tijdens gesprekken met sleutelfiguren zijn er nog kleine aanpassingen gedaan waarna de casus klaar was voor gebruik.

Pilot testen

Voordat het interview is ingezet voor het verzamelen van data zijn vijf pilot interviews afgenomen. De participanten waren achtereenvolgens een student bedrijfskunde, een student maatschappelijk werk en dienstverlening, een studente medische sociologie, een afgestudeerd verpleegkundige en een geneeskunde student. Er is specifiek gekozen voor deze volgorde om de participant die het meest op de doelgroep aansloot zo laat mogelijk in de pilot interviews in te zetten. Dit zorgt voor een trechtervorm van informatie waardoor de laatste informatie het meest specifiek aansluit bij de verwachte doelgroep.

Tijdens de pilot interviews is gekeken of de vraagstelling duidelijk was. Hierbij zijn vragen opnieuw geformuleerd, weggelaten of toegevoegd. Een voorbeeld is de vraag: ‘wat is voor jou het meest belangrijk’ deze is veranderd in ‘wat is voor jou als verpleegkundige/geneeskundige het meest belangrijk’. Op deze manier wordt er nadruk gelegd om te kijken vanuit de eigen professie. Ook is gekeken naar de duidelijkheid en representativiteit van de casus en de vragen. Onder andere is er voor gekozen om de casuïstiek die wordt voorgelegd bij de vragen over jurisdictie aan te laten sluiten bij de casus die wordt voorgelegd bij de vragen over de definitie van de situatie. Dit was in de eerdere versies een compleet nieuwe patiënt waardoor de participant zich opnieuw moest inlezen in de patiënt en situatie. Door bij dezelfde casus te blijven is meer consistentie in de situatie aangebracht. Tot slot is gekeken naar de tijdsduur van de interviews en of dit binnen de geplande tijd viel van maximaal een uur. Het bleek dat de pilot interviews korter duurden dan verwacht. Dit is toegeschreven aan het gebrek aan praktijk ervaring met betrekking tot de besproken situaties van de geïnterviewden.

⁷ Zie bijlage 3 voor het interview schema waarin de casuïstiek te lezen is.

Naast het interview zelf is ook kritisch gekeken naar de interviewer zelf. Wat zijn valkuilen met betrekking tot het duidelijk stellen van vragen, welke taal wordt gebruikt en welke achtergrond heeft de interviewer. In dit geval moet bij de interviews worden gelet op het niet aandragen van opties en het durven laten vallen van stilten. Medisch jargon wordt door de vooropleiding (HBO-verpleegkunde) van de interviewer begrepen waardoor er geen extra tijd verloren zal gaan met het vragen om uitleg.

3.7 Data verzameling

Het benaderen van participanten is besproken in tabel 2.1. In tabel 2.2 is deze aangevuld met informatie over benaderde en ingeplande participanten en afgezegde en afgeronde interviews.

	Oefen interviews	Verpleegkunde U2	Geneeskunde M3
Indicatie	3-4	6-8	6-8
Doel	Goede voorbereiding	Saturatie	Saturatie
Gekregen		50	12
Benaderd	5	34	12
Doelgroep	0	28	12
Ingepland	5	8	6
Afgezegd		1	
Afgerond	5	7 (waarvan 1 snijdend)	6

Tabel 2. 2

Interview uitvoering

Verpleegkundig stagiairs

In totaal zijn 49 mailadressen gekregen van de Hanzehogeschool. Deze mail adressen zijn gestuurd na de vraag of er contact opgenomen kon worden met U2 studenten die stage liepen op een beschouwende afdeling. Na het sturen van de eerste mails kwam een reactie terug van een aantal personen dat ze niet de U2 stage liepen of op een chirurgische afdeling stonden. Bij het sturen van de daaropvolgende mails is gekeken of de student binnen de selectie criteria viel. Er zijn daardoor in totaal 34 participanten via de mail benaderd. Uiteindelijk waren 27 van de mail adressen geschikt om te benaderen. Naast de mailadressen van de Hanzehogeschool is er één mailadres via het informele netwerk verkregen. Van de 28 geschikte participanten die benaderd zijn, hebben zeven participanten gereageerd om mee te willen doen aan het onderzoek. Een van de participanten heeft zich voorafgaand aan het interview teruggetrokken en een volgende participant die aangaf mee te willen doen gaf geen reactie meer. Ook kwam de vraag van een participant of het mogelijk was op een later tijdstip opnieuw benaderd te worden, deze is op een later tijdstip weer benaderd en heeft hierop niet meer gereageerd. Tot slot liet een participant gedurende het interview blijken op een chirurgische afdeling te zitten door een wisseling van stageplek. De werving van participanten was gericht op studenten van een beschouwende afdeling en een chirurgische afdeling valt hier niet onder. Dit interview is na overleg

met de begeleider uiteindelijk wel geïnccludeerd in de resultaten. De student heeft wel ervaring op een beschouwende afdeling en geeft hierdoor alsnog bruikbare informatie. Tevens kan informatie uit dit interview mogelijk de beslissing om studenten van een beschouwende afdeling te spreken om zo een zo homogeen mogelijke groep te spreken bevestigen. Een totaal van zeven interviews is afgenomen met studenten verpleegkunde waarvan één interview is afgenomen met een stagiair op een chirurgische afdeling.

Coassistenten

In totaal zijn van tien studenten geneeskunde die de semiarts (laatste/afroldende) stage lopen op een beschouwende afdeling in een ziekenhuis mailadressen verkregen. De mail adressen zijn verkregen via drie sleutel figuren waarvan twee sleutelfiguren binnen het UMCG en één sleutelfiguur binnen het Martiniziekenhuis. Van twee studenten is contactinformatie verkregen via het informele netwerk. In totaal zijn twaalf studenten benaderd waarvan in totaal 6 personen toegezegd hebben om deel te nemen aan het interview. Een totaal van zes interviews is afgenomen met studenten geneeskunde.

Naam interview	Opleiding	Jaar	Geslacht	Universitair, Algemeen	Beschouwend of snijdend	Manier van interviewen	Duur min.
GNK1 (G1)	Geneeskunde	M3	Man	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	30
GNK2 (G2)	Geneeskunde	M3	Man	Universitair	Beschouwend	Face-to-face	35
GNK3 (G3)	Geneeskunde	M3	Vrouw	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	39
GNK4 (G4)	Geneeskunde	M3	Vrouw	Universitair	Beschouwend	Face-to-face	48
GNK5 (G5)	Geneeskunde	M3	Vrouw	Universitair	Beschouwend	Face-to-face	44
GNK6 (G6)	Geneeskunde	M3	Man	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	56
VPK1 (V1)	Verpleegkunde	U2	Vrouw	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	44
VPK2 (V2)	Verpleegkunde	U2	Vrouw	Algemeen	Snijdend	Face-to-face	33
VPK3 (V3)	Verpleegkunde	U2	Man	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	43
VPK4 (V4)	Verpleegkunde	U2	Vrouw	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	45
VPK5 (V5)	Verpleegkunde	U2	Vrouw	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	39
VPK6 (V6)	Verpleegkunde	U2	Vrouw	Algemeen	Beschouwend	Skype	42
VPK7 (V7)	Verpleegkunde	Klaar	Vrouw	Algemeen	Beschouwend	Face-to-face	43

Tabel 2. 3 overzicht participanten

In tabel 2.3 staan de gegevens van de geïnterviewde studenten. Als eerste staat de naam van het interview vermeld. In de resultaten zal met de code die tussen de haakjes staat worden aangegeven om welke participant het gaat die de uitspraak heeft gedaan. Daarnaast staat de opleiding en in hoeverre de participant gevorderd is in de opleiding vermeld met hierbij het geslacht van de geïnterviewde. Vervolgens is informatie opgenomen over het soort ziekenhuis waarin de studenten stage lopen. Algemene ziekenhuizen zijn ziekenhuizen waarin patiënten worden behandeld met aandoeningen die

veel voorkomen. Universitaire (academische) ziekenhuizen verlenen dezelfde zorg maar voeren hiernaast ook zorg uit in complexere gevallen. Hiernaast is een universitair ziekenhuis altijd gekoppeld aan een universiteit via de opleiding geneeskunde. Verder is gekeken naar het specialisme van de studenten. Ook hierin is een tweedeling gemaakt, snijidend of beschouwend. Tot slot is de manier van interviewen opgenomen. Alle studenten zijn face-to-face geïnterviewd op één student na.

Hoe is de data opgenomen

De interviews vonden zoveel mogelijk plaats op een rustige plek waar geen achtergrond geluid was en geen andere mensen mee zouden kunnen luisteren. Voor de meeste gesprekken is daarom gekozen om een ruimte te reserveren in de Centraal Medische Bibliotheek (CMB). Wanneer dit niet mogelijk was is aan de studenten gevraagd of ze zelf een voorkeur hadden voor een plek waar ze het fijn vonden om het interview te houden. Tijdens de interviews is gevraagd aan de participanten of er bezwaar was tegen het opnemen van het gesprek. Alle participanten gaven aan geen bezwaar te hebben tegen de opnames⁸. De interviews duurden gemiddeld 45 minuten, het kortste interview had een opname duur van 30 minuten en het langste interview 56 minuten. De opname werd gestart na de inleiding vanaf het moment dat gevraagd werd of de participant bezwaard had tegen het opnemen van het gesprek. De opnames zijn gemaakt met een opname functie op een mobiele telefoon. Na het interviews zijn de bestanden op een laptop gezet waar de gesprekken volledig zijn uitgetypt. Na het uittypen en anonimiseren van de interviews zijn de geluidsopnames gewist door de onderzoeker.

Moelijkheden gedurende de data verzameling.

Het grootste struikelblok bleek het werven van participanten. Studenten hebben een drukke agenda en een uurtje afspreken bleek moeilijker dan vooraf verwacht. Op den duur is ervoor gekozen om ook de optie tot Skypen aan te bieden. Dit heeft één extra participant opgeleverd. Ook tijdens het afnemen van de interviews zelf bleken er aandachtspunten te zijn. Tijdens het 1^e interviews gaf de participant aan het leuk te vinden om mee te doen aan het onderzoek om zo haar frustraties over de samenwerking te kunnen uiten. Uiteindelijk is door de 1^e vraag ruimte geweest om de participant zich te laten uiten en vanuit hier is de casus besproken. Ook op het einde was er ruimte voor het vertellen van ervaringen. Zowel de participant als de interviewer heeft voldoende uit het gesprek kunnen halen. Ook bleek bij een van de interviews na de tijd, dat de telefoon te ver weg lag bij de participant waardoor af en toe het transcriberen lastig was, maar niet onmogelijk. Bij de daaropvolgende interviews is erop gelet dat de opname apparatuur op een geschikte plek lag.

3.8 Kwalitatieve data analyse

De analytische cirkel is de derde cirkel binnen de kwalitatieve onderzoek cirkel van Hennink en Hutter (2010). Het bevat de hoofdtaken van het analyseren van kwalitatieve data. Bij het analyseren van kwalitatieve data kan op verschillende manieren gekeken worden naar de data, zowel inductief als

⁸ De ethische aspecten van dit onderzoek zullen aan bod komen in paragraaf 3.9

deductief. Er wordt van de data omhoog gewerkt naar theorieën en van theorieën weer omlaag gewerkt naar de data. Er is een aantal taken te onderscheiden maar deze hoeven niet perse in een lineaire volgorde te worden uitgevoerd, vaker gebeurt dit juist in een circulaire tendens. De analytische taken zijn de volgende: transcriberen, anonimiseren, codes ontwikkelen, codes definiëren, data coderen, beschrijven, vergelijken, categoriseren, conceptualiseren en theorie ontwikkeling (Hennink et. al, 2011).

Data voorbereiding

Het transcriberen van de opgenomen geluidsfragmenten heeft wanneer mogelijk direct na het afgenomen interview plaatsgevonden. Wanneer dit niet mogelijk was is alsnog zo snel mogelijk begonnen met het transcriberen. Bij het transcriberen zijn alle namen en afdelingen geanonimiseerd om er voor te zorgen dat de transcripten niet terug zijn te herleiden naar een participant. In totaal zijn dertien transcripten vervaardigd, zeven gesprekken met studenten verpleegkunde en zes gesprekken met studenten geneeskunde.

Code ontwikkeling

Een code wordt gebruikt om te refereren naar een belangrijk idee, mening of punt dat naar voren komt in de data. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen codes die vanuit het theoretisch kader worden geïndiceerd en codes die naar voren komen door de participanten (deductieve versus inductieve codes). Het opstellen van codes is nuttig om te kijken welke issues naar voren komen in de data, maar worden ook gebruikt als markers om de data te ordenen. Het opstellen van een codelijst gebeurt over het algemeen aan de hand van een-derde van de data. In dit onderzoek zullen vier a vijf transcripten worden doorgenomen om de codes op te stellen. Het opzetten van codes gaat door tot er een punt is bereikt van saturatie, wanneer er geen nieuwe onderwerpen meer worden gevonden in de data. Na het opstellen van de codelijst zal alle data worden gecodeerd (Hennink et. al, 2011). Er is als eerst een codelijst opgesteld met deductieve codes. De codes zijn verkregen door de topics van de interviewlijst bij langs te gaan, te kijken naar het theoretisch kader van dit onderzoek en door ervaringen en kennis van de onderzoeker. Na het opstellen van deze eerste codelijst met deductieve codes zijn er vier interviews uitgeprint. Twee interviews met geneeskunde studenten en twee interviews met verpleegkunde studenten. Met behulp van verschillende kleuren en tekens zijn deze interviews met de hand gecodeerd om op deze manier een overzicht te krijgen van de besproken onderwerpen. Door het coderen van deze interviews zijn er nieuwe codes gevormd, inductieve codes. Deze inductieve codes zijn toegevoegd aan de codelijst⁹.

Coderen

⁹ Zie bijlage 4 voor de codelijst

Na het opstellen van de codelijst is begonnen met het coderen van de interviews. Bij dit coderen van de data wordt ook een tweede codeur¹⁰ gevraagd mee te kijken. Er wordt gekeken of er inter-codeer overeenkomst is tussen twee onderzoekers door te kijken of de interviews over het algemeen op eenzelfde wijze werden gecodeerd. Dit werd gedaan om de kwaliteit van de codes te waarborgen. Wanneer door beide codeurs overeenkomst is in wat op welke manier gecodeerd wordt heerst er consistentie. Wanneer er veel inconsistentie is dan kan gekeken worden naar de duidelijkheid van het code boek of de training van de codeurs (Hennink, et al., 2011). Aangezien de eerste versie van de codelijst een groot aantal codes bevatte is aan de tweede codeur de tip meegegeven om eerst globaal te coderen waarna de “subcodes” ingevoegd konden worden. Aan de hand van een gesprek met de tweede codeur is de codelijst aangepast waardoor deze eenduidiger werd. Er bleek medisch jargon in de codelijst te zitten die niet voor iedereen direct te begrijpen zou zijn. Onder andere afkortingen als ADL (algemeen dagelijkse levensverrichtingen), GNK (geneeskundige) en VPK (verpleegkundige). Deze afkortingen zijn vervangen of hebben een toelichting gekregen. Tevens is tijdens dit gesprek gekeken naar welke codes verwijderd zouden kunnen worden en of er codes opnieuw gegroepeerd moesten worden om zo de codelijst beknopter te krijgen. Hierbij kan gedacht worden aan het samenvoegen van de code ‘inleven lastig’ met de code ‘inleven leuk’ tot de code ‘inleven in de definitie van de situatie’. Na de aanpassing van de codelijst is er nogmaals een codeur¹¹ gevraagd om een interview te coderen en te kijken naar de codelijst. Deze tweede persoon vond de codelijst een “duidelijk schema” . De interviews werden door de codeurs over het algemeen op eenzelfde wijze gecodeerd wat de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede komt

Analyseren

Voor het analyseren van de data is een analyse plan opgesteld. Hierbij fungeerde het boek van Hennink (2010) weer als leidraad. Het algemene doel van het onderzoek is opgeschreven waarna het niveau van analyse wordt vastgesteld. Per centraal onderwerp of vraag worden alle codes die relevant lijken opgeschreven. Tijdens het analyseren van de data zijn memo’s bijgehouden in het programma Atlas.ti en in het Word document waar het analyse plan globaal in is opgesteld.

Thick descriptions

Het beschrijven van data is een van de eerste stappen in het analyseren van de data. Vanuit de clusters van codes zijn thick descriptions¹² opgesteld. De term ‘thick description’ is ontwikkeld door de cultureel antropoloog Clifford Geertz, hij omschrijft een thick description als volgt: “een thick description is een beschrijving van gedrag maar hierbij ook de context waarin dit gedrag zich voordoet” (Geertz, geciteerd in Hennink et al., 2011 p.238). In dit onderzoek is dit op verschillende manieren gedaan. Bij een aantal thema’s is in tabelvorm een thick description gemaakt maar ook

¹⁰ Master student Sociologie

¹¹ Schoolpsychologe en trainer

¹² Zie bijlage 5 voor de thick descriptions

beschrijvende thick descriptions hebben geholpen bij het analyseren van de data. Wanneer uit een thick description nog naar voren kwam dat er verdieping gewenst was, werd in sommige gevallen een enkele code ontleed waarna hiervan ook een thick description is opgesteld. Een thick description kan ook worden gebruikt om patronen in de data naar voren te halen. In de thick descriptions die in dit onderzoek zijn opgesteld is bij het ontwikkelen van de thick descriptions ook direct gekeken naar verschil tussen de subgroepen studenten verpleegkunde en studenten geneeskunde. Van sommige thick descriptions is geen gebruik gemaakt in het beschrijven van de data. Deze zijn wel in de lijst met thick descriptions blijven staan om zo het analyse proces inzichtelijk te houden.

3.9 Ethiek, betrouwbaarheid en validiteit

Er bestaat een verschil bij het kijken naar betrouwbaarheid en validiteit tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Het is belangrijk de stappen die gemaakt zijn en de keuzes die zijn genomen duidelijk weer te geven. De keuzes omtrent ethische punten, stappen met betrekking tot betrouwbaarheid en de validiteit worden hieronder besproken

Ethiek

De participant wordt ingelicht over het onderzoek door het krijgen van een korte uitleg van het onderzoek via de wervingsmail. Hierin staat aangegeven dat wanneer de studenten meer informatie wilden ze dit mochten aangeven. Wanneer de participanten aangeven mee te willen werken aan het onderzoek wordt aan het begin van het interview nogmaals uitgelegd wat voor onderzoek het is en welk doel het heeft. De participanten wordt gevraagd of ze instemmen met het maken van geluidsopnamen tijdens het interview en dat ze kunnen stoppen voor, tijdens of na het interview zonder hier gevolgen aan te ondervinden. Ook wordt genoemd dat de data geanonimiseerd zullen worden weergegeven in het onderzoek.

Tijdens het gesprek is het van belang dat er een vertrouwensband wordt opgebouwd en dat de participant ervan kan uitgaan dat de informatie vertrouwelijk blijft. Er is voor gekozen om bij de verpleegkundigen tijdens het voorstellen te noemen dat de interviewer ook een verpleegkundige achtergrond heeft. Het voordeel hiervan is dat er een 'wij' gevoel ontstaat en de participant hierbij ook weet dat de interviewer medische terminologie begrijpt. Een nadeel zou kunnen zijn dat een participant minder gedetailleerd uitlegt omdat de participant er vanuit gaat dat de interviewer wel weet wat er wordt bedoeld. Bij geneeskunde studenten wordt de toevoeging van de verpleegkundige achtergrond niet gedaan wanneer hier niet naar wordt gevraagd, omdat dit zou kunnen leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. De verwachting tot het ontvangen van sociaal wenselijke antwoorden is gebaseerd op het idee dat er mogelijk een wij-zij gevoel heerst tussen de verpleegkundigen en de artsen. Wanneer dit daadwerkelijk zo is kan het feit dat de interviewer tot de "andere groep" heeft behoord, meespelen in de manier waarop antwoord wordt gegeven op de vragen in het interview. Om de studenten

geneeskunde wel te laten weten dat de medisch jargon begrijpt wordt de nadruk gelegd op het medische gedeelte van de Sociologie opleiding en het meelopen met studenten.

Alle persoonlijke informatie wordt weggehaald uit de transcripten zodat er uit deze documenten niet afgeleid kan worden wie wat heeft gezegd. Nadat het transcriberen is voltooid zullen de geluidsopnamen worden verwijderd zodat ook vanuit hier niet achterhaald kan worden wie heeft deelgenomen aan het onderzoek.

Betrouwbaarheid

In hoeverre een kwalitatief onderzoek betrouwbaar is en de mate van geldigheid van de resultaten hangt af van de manier waarop de data is verzameld, verwerkt en geanalyseerd. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de benaderingswijze van Hennink, et al. (2011) om de betrouwbaarheid en geldigheid van dit onderzoek zo veel mogelijk te waarborgen. Tevens zorgt de uitgebreide beschrijving van de methodiek van dit onderzoek voor het verkrijgen van betrouwbaarheid. Tijdens het analyseren van de data zal de betrouwbaarheid worden vergroot door de geanonimiseerde transcripten te laten coderen door een tweede codeur.

Validiteit

Validiteit wordt omschreven als de mate waarin we meten wat we daadwerkelijk willen meten. Er wordt onderscheid gemaakt in externe en interne validiteit. Externe validiteit is de mate waarin we data kunnen generaliseren waarnaar interne validiteit zich richt op de mate waarin een conclusie gerechtvaardigd is. Bij kwalitatief onderzoek is de onderzoeker deel van het instrument van de data verzameling. Uitspraken over validiteit vragen hierdoor om specifieke strategieën. Het beperken van subjectiviteit en het transparant maken van de stappen zijn hierbij belangrijke punten.

Binnen kwalitatief onderzoek worden andere termen gebruikt dan bij kwantitatief onderzoek wanneer het gaat over validiteit en betrouwbaarheid. In de onderstaande tabel 2.4 staan de kwaliteitsprocedures voor kwalitatief onderzoek met hierbij de benoemingen zoals in kwantitatief onderzoek (Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-UvA, 2002). In deze tabel zijn aanpassingen gedaan waardoor de punten gebruikt in dit onderzoek zijn toegelicht. De cursief gedrukte tekst is de specificatie van de uitvoering van de strategie in dit onderzoek.

 criterium	 Strategieën
Geloofwaardigheid (interne validiteit)	Triangulatie: combineren van verschillende databronnen, methoden en theorieën om zoveel mogelijk bevestigend bewijs te verschaffen. Dataverzamelingsgeldigheid wordt hiermee gewaarborgd. <i>In dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende soorten databronnen onder andere is literatuuronderzoek gedaan, zijn gesprekken gevoerd met sleutelfiguren, is meegelopen met de doelgroep en zijn interviews afgenomen.</i>

Beoordeling onderzoek participanten: de onderzoeker vraagt in een dialoog met de participanten naar hun mening over de geloofwaardigheid van interpretaties en bevindingen.

Aan het einde van het de interviews werd gevraagd of de participanten nog toevoeging hadden op wat in de interviews werd uitgevraagd met betrekking tot het onderzoek.

Overdraagbaarheid (externe validiteit)	<p>Gedetailleerde beschrijving van de onderzoekcontext: de rol van de onderzoeker en een heldere omlijning van hoe de context mogelijkheid biedt de onderzoeksvraag te beantwoorden.</p> <p><i>Er is geprobeerd een zo transparant mogelijke beschrijving te geven van de context, de uitvoering van het onderzoek en de rol van de onderzoeker. Hierbij is aandacht geweest voor onder andere de vooropleiding van de onderzoeker. Ook is er een bewuste keuze gemaakt in het kaderen van de onderzoeksgroep.</i></p>
Afhankelijkheid (betrouwbaarheid)	<p>Archiveren van data en controle creëren: de onderzoeker dient te zorgen voor volledigheid en juistheid van de documenten en helder te zijn over het coderingsschema en het data analyse proces. Personen die niet verbonden zijn aan het onderzoek dienen zich toch een duidelijk beeld te kunnen vormen van de ondersteuning voor bevindingen, interpretaties en conclusies.</p> <p><i>Er is geprobeerd zo volledig en juist mogelijk een helder beeld te scheppen van het opstellen van de codelijst, de thick description en de daaropvolgende data analyse.</i></p> <p>Sceptische peer review: een sceptische peer reviewer speelt de rol van de advocaat van de duivel en stelt lastige vragen over methoden, betekenissen en interpretatie van data. Dit zorgt voor een externe controle op het onderzoek</p> <p><i>Zowel van de begeleiders uit de opleiding als de begeleider uit het UMCG zijn kritische vragen gesteld. Daarnaast hebben ook medestudenten hierin een rol kunnen spelen</i></p>
Bevestigingsgraad (objectiviteit)	<p>Triangulatie</p> <p><i>Zie geloofwaardigheid: triangulatie</i></p> <p>Sceptische peer review</p> <p><i>Zie afhankelijkheid: sceptische peer review.</i></p>

Tabel 2. 4 Bewerkt van: Kwaliteitsprocedures voor kwalitatief onderzoek (Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-UvA, 2002).

^a bewerkt en ingekort voor het specificeren en aansluiten bij dit onderzoek.

Hoofdstuk 4: Resultaten

Dit hoofdstuk richt zich op de resultaten die zijn verkregen uit de afgenomen interviews en zal worden opgedeeld in drie delen. De resultaten zullen worden behandeld per thema. Het eerste deel behandelt de samenwerking en een aantal aspecten met betrekking tot samenwerken die naar voren kwam tijdens het afnemen van de interviews. Hierna wordt gekeken naar de definitie van de situatie. Tot slot wordt aandacht besteed aan de taakverdeling tussen beide professies en het al dan niet voorkomen van een jurisdictieclaim in het spreken hierover. De interview fragmenten die worden genoemd zullen worden afgesloten met een V of G gevolgd door een cijfer. Hierdoor is te zien of het fragment is uitgesproken door een student verpleegkunde (V) of geneeskunde (G).

4.1 Samenwerking

Naast de twee hoofdtheorieën die in de interviews naar voren kwamen, zijn er tijdens de gesprekken punten naar voren gekomen die belangrijk zijn met betrekking tot het onderwerp samenwerking en de rol van de opleiding. Een aantal van deze onderwerpen is naar voren gekomen tijdens het coderen en bleek door meerdere studenten genoemd te worden, onder andere codes die aspecten rondom de samenwerking benoemden. In het laatste deel van de resultaten sectie zal aandacht worden besteed aan de mogelijke rol van de opleiding met betrekking tot de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Samenwerking op de werkvloer

Als openingsvraag is in de interviews gevraagd hoe de studenten over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen denken en hoe deze wordt ervaren. Een van de eerste reacties van veel studenten was dat de samenwerking wisselend was. Door een deel van de studenten, zowel verpleegkunde studenten als geneeskunde studenten, werd hieraan toegevoegd dat de samenwerking over het algemeen wel goed was.

*“Dat samenwerking minder goed of beter kan zijn. Maar over het algemeen denk ik dat ie wel goed is”
(G2)*

Dat de samenwerking als wisselend wordt ervaren wordt door studenten verpleegkunde en geneeskunde vooral toegeschreven aan verschil tussen afdelingen

“Heel erg wisselend per afdeling. Ja dat klinkt een beetje flauw. Maar het is gewoon euhm. sommige artsen en ook sommige verpleegkundigen werken van nature gewoon makkelijker samen.”(G6)

Een aantal verpleegkunde studenten noemt in plaats van het verschil tussen afdelingen het verschil tussen personen. Dit is door studenten geneeskunde niet benoemd.

“Alleen het nadeel is dat dit zit in de persoon zelf. De ene cardioloog is de andere niet de ene ervaart het wel en de ander niet,”(V3)

Een geneeskunde student noemt dat de samenwerking wisselend is voor coassistenten en stagiairs. In vergelijking met afgestudeerde werknemers wordt de samenwerking als minder prettig beschouwd voor de nog studerende verpleegkundigen en artsen.

“Er zijn ook wel een paar verpleegkundigen waar, bij wie ik heel erg het gevoel krijg, dat ze [de verpleegkundigen, MM] denken: ah nog niet eens afgestudeerd, ik ben al heel lang verpleegkundige en dan gaat zij [de verpleegkundigen, MM] mij vertellen wat ik moet gaan doen.”(G3)

Uit theoretisch vooronderzoek kwam naar voren dat de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen verbeterd zou kunnen worden. Ook uit de interviews blijkt dat studenten verbetermogelijkheden zien. Beide groepen studenten zijn niet perse negatief over de samenwerking maar ruimte voor verbetering is aanwezig. Ook vanuit de theorie van de community of practice valt dit te verwachten. De studenten zijn gevormd tijdens de stage en zullen dus vergelijkbaar met afgestudeerde zorgwerknemers antwoorden.

Benoemde aspecten rondom de samenwerking

Tijdens het coderen kwam een aantal aspecten rondom de samenwerking naar voren. Aspecten die studenten hebben aangedragen tijdens de interviews die gericht zijn op de samenwerking op de werkvloer. Er werd gesproken over (machts-)verhoudingen, het afhankelijk van elkaar zijn en het elkaar aanvullen in de zorg. Ook het al dan niet overleggen en aspecten als aanspreek vorm en communicatiestijl werden genoemd. In deze paragraaf zal als eerste aandacht worden besteed aan wat studenten hebben gezegd over (machts-)verhoudingen. Per punt is aangegeven op welke manier dit invloed heeft op de kwaliteit van de samenwerking

(Machts-)verhoudingen: Bijna alle studenten hebben zich uitgelaten over machtsverhoudingen. Er is op verschillende manieren verwezen naar machtsverhoudingen. Er wordt gesproken over machtsverhoudingen richting de patiënt. Hierbij zijn studenten zich bewust van het feit dat de machtsverhouding tussen arts en verpleegkundige invloed heeft op, of wordt opgemerkt door, de patiënt. Deze verhouding wordt genoemd in combinatie met de patiëntenzorg. Hierbij komt naar voren dat deze vorm van machtsverhouding positief of negatief kan uitpakken voor studenten. De rol van de verpleegkundige kan groter worden aangezien de patiënt meer durft te zeggen

“Maar ik vind het altijd wel fijn als er een verpleegkundige bij zit want die.. euhm.. ik heb soms het idee dat patiënten soms meer durven zeggen tegen verpleegkundigen, makkelijker durven zeggen dan tegen een arts. Dus als er dan een verpleegkundige bij zit en ze praten even met een verpleegkundige, dan merk ik meteen, ja daar komt meer naar boven dan dat ze tegen een arts zeggen. En dat valt me wel op”(G1)

Daarnaast bestaan er machtsverhoudingen in de samenwerking tussen de verpleegkundige en de arts an sich. Deze uiten zich op verschillende manieren en worden aangegeven als wisselend per situatie.

“Alleen ja er zijn ook, er zijn artsen die heel erg, nou, ik ben de baas en jullie werken voor mij en zich zo opstellen. En er zijn ook verpleegkundigen die ik, waarvan ik het idee krijg dat ze artsen een beetje als noodzakelijk kwaad zien, noem maar als extra ondersteuning voor hun werk.” (G6)

Deze machtsverhouding zoals hierboven besproken is heeft een negatieve uitwerking op de kwaliteit van de samenwerking. Er klinkt een gevoel uit van niet gewaardeerd worden. Deze geneeskunde student noemt zowel machtsverhouding en samenwerking vanuit artsen die een scheve machtsverhouding aannemen maar ook verpleegkundigen die deze houding aannemen. Het ervaren van meer gelijkwaardigheid zou een positieve invloed hebben op de kwaliteit van samenwerking (Baker, Egan-Lee, Martimianakis, & Reeves, 2011; Bronstein, 2003; Makaram, 1995).

Aanspreekvorm: (Machts-)verhoudingen worden onder andere geuit in de manier van aanspreken van elkaar. De manier waarop verpleegkundigen en artsen elkaar aanspreken heeft invloed op de manier waarop studenten de samenwerking op de werkvloer ervaren. Er wordt veel gesproken over het al dan niet gebruiken van de voornaam van collega's. Het mogen aanspreken van de voornaam wordt geassocieerd met collegialiteit.

“Vooral omdat je iemand [verpleegkundigen, MM] als je ook iemands naam [verpleegkundigen, MM] op den duur ook kent. Dat je iemand [verpleegkundigen, MM] kan aanspreken van he. Wat vind jij nou. In plaats van: ja sorry ik ben je naam kwijt” (G4)

“samenwerking is heel goed en je spreekt elkaar met de voornaam aan. En op de afdeling is het wel vaak dat artsen en verpleegkundigen echt apart van elkaar zijn. En dat je de arts met u aan moet spreken, dat [aanspreken met u i.p.v. met de voornaam, MM] wel heel anders is.”(V7)

Zowel studenten geneeskunde als studenten verpleegkunde lijken het tutoyeren te associëren met collegialiteit. Een gevoel dat wordt geassocieerd met een positieve invloed op de kwaliteit van de samenwerking. Het creëert een gelijkwaardige sfeer wat samenhangt met bovengenoemd aspect van (machts-)verhoudingen. *“Het ervaren van meer gelijkwaardigheid zou een positieve invloed hebben op de kwaliteit van samenwerking (Baker, Egan-Lee, Martimianakis, & Reeves, 2011; Bronstein, 2003) Makaram, 1995).”*

Sociaal werkklimaat: Collegialiteit kan zich op meerdere manieren uiten. Studenten van beide professies noemen het koffiemoment een belangrijk moment op de dag om elkaar op persoonlijk vlak te leren kennen. Het geïnteresseerd zijn in elkaar als persoon, respectvol zijn naar elkaar en het functioneren als een team in plaats van losse professies worden genoemd als aspecten die het samenwerken kunnen beïnvloeden.

“Nou ik denk als je euhm mekaar ook wat meer ziet, dan heb je ook al wat meer neiging om op persoonlijk vlak elkaar wat meer te spreken. Dan heb je wat meer verbinding met elkaar en dan wordt de communicatie denk ik ook beter.”(G6)

Vergrote collegialiteit wordt door de studenten geassocieerd met betere communicatie, wat de kwaliteit van de samenwerking ten goede komt (Leever, et al., 2010)

Communicatiestijl: De manier van communiceren heeft voor studenten van beide professies een waarde in hoe de samenwerking wordt beoordeeld. Wanneer wordt gekeken naar een directe manier van communiceren wordt deze gewaardeerd wanneer dit plaatsvindt rondom de patiëntenzorg.

“Ik heb het een paar keer meegemaakt dat ik euhm de behandeling heb verlengd omdat ik het gewoon niet vertrouwde dat die patiënt naar huis zou gaan, en dat ie gewoon het weekend overheen getild werd en op basis van de argumentatie natuurlijk” (V3)

Ook openheid in communicatie wanneer het gaat over samenwerking wordt gewaardeerd. Kritiek die niet openlijk wordt geuit wordt ervaren als een belemmering voor de kwaliteit van samenwerking.

“Want ik heb ook wel eens meegemaakt dat de verpleegkundige en artsen dat, als ze dan uit elkaar zijndat de artsen vervolgens, ja die verpleegkundige die heeft dat en dat weer niet gedaan en dan zoveel gemopper en dat, niet tegen elkaar inderdaad, alleen in de communicatie merk, dat is toch iets wat er tussen staat.” (G6)

Een manier van spreken die kortaf is en als ‘bazig’ kan worden omschreven, wordt door de studenten ook afgekeurd. Hiertegenover staat dat het belang van ‘small talk’ wordt gewaardeerd. Dit zou de collegialiteit ten goede komen.

“Euhm nou ik vind bij de afdeling, dat we het daar heel erg leuk hadden, dat je elkaar stimuleert om wel met elkaar te gaan koffiedrinken. Want dan zit je ook even naast elkaar. Te kletsen over andere dingen. En dan wordt je steeds meer collega’s. in plaats van, nou hoe zeg je dat, nou ja, je hebt er ook een andere vorm van collega’s het sociale gedeelte, anders zit je alleen maar op het medische gedeelte collega’s dat staat toch iets verder van elkaar af.” (G4)

Afhankelijkheid en elkaar aanvullen: In het samenwerken wordt de noodzaak van elkaars vakgebied erkend door bijna alle studenten. Studenten geneeskunde en verpleegkunde geven aan dat beide professies elkaar aanvullen en dat ze afhankelijk zijn van elkaar. Studenten geneeskunde zien hierin vooral dat beide professies elkaar aanvullen, terwijl door de verpleegkunde studenten ook overlap werd benoemd.

“Dat je er samen heen gaat. De ene brengt het slechte nieuws, de andere vangt op en kan dan ook nog weer terug halen. Dat het juist heel mooi is als je dat samen doet.” (G4)

“als goede arts ook wel een beetje meer kijkt dan alleen het stukje klinisch, ik denk dat je ook meer naar verpleegkundig domein moet kijken, meer het sociale, ik denk dat daar wel een beetje overlap in zit”(V2)

Noodzaak voor het leveren van goede zorg en het verkrijgen van informatie over de patiënt werd genoemd wanneer er wordt gesproken over de afhankelijkheid van beide professies en het aanvullen. Het leveren van goede zorg is een gemeenschappelijk doel tussen beide professies en heeft een positief effect op de kwaliteit van de samenwerking volgens Bronstein (2003).

“Nee ik denk dat je dat met z’n allen moet doen. ik bedoel de patiënt moet het willen en euhm nou de arts heeft daar zijn eigen rol in. De verpleegkundige ook... dat kun je niet alleen”(V6)

Verwachtingen van samenwerking

Studenten hebben op verschillende terreinen verwachtingen over de samenwerking. De manier waarop studenten samenwerking verwachten heeft invloed op de manier waarop ze de samenwerking in gaan. Er wordt onder andere aangegeven dat studenten anticiperen op wat de andere professie belangrijk vindt.

“Nee, meestal echt wel het zelfde, ik heb altijd wel een standaard lijstje wat ik dan weet, hoe gaat het met de ademhaling, vooral op de XXXX afdeling, en hoe gaat het met de ademhaling, zijn ze nog benauwd hoe is de saturatie en hoe benauwd zijn ze bij inspanning. Dat soort dingen. Dus ik heb eigenlijk altijd een standaard lijstje in mijn hoofd.” (V4)

Deze verpleegkunde student geeft aan te denken dat een arts de punten uit het lijstje, ademhaling, benauwdheid, saturatie, belangrijk vindt. Hierop anticipeert deze student door deze informatie al te verzamelen. Verder worden verwachtingen uitgesproken over wat studenten denken waar de andere professie de prioriteit legt. Zo vertelt een student geneeskunde het volgende:

“een keer de verpleegkundige hoorde zeggen van: ja ik was gisteren ook al pas om kwart over 4 kon ik weg. En dat ik dank denk: ja joh, wees blij dat je maar een kwartier later bent en dan weg kunt. En dat je dan, of dat je het dan druk hebt en dat je dan zegt van, zullen we visite lopen. En dat ze dan zeggen van: ja nou ja over 5 minuten heb ik eigenlijk wel koffie pauze. Maar dat je dan denkt. Maar ik zat hier gisteren nog tot half 8. Zeg maar dat, daar zit denk ik een heel groot deel van de wrijving wel, daarin. Maar dat is natuurlijk niet de schuld van de verpleegkundige, maar dat is de schuld van de management eigenlijk, of de planning.” (G3)

Daarnaast zijn verwachtingen over de collegialiteit en communicatie genoemd. Wat alleen door verpleegkunde studenten is genoemd zijn ervaringen die de verwachtingen beïnvloeden.

“Ja want dat had ik niet verwacht. Ik had gedacht dat artsen afstandelijk, gewoon die komen alleen voor de patiënten, dit en dat vertellen, dan is het klaar, ons vertellen wat we moeten doen. Maar ja toe op de XXXX, ow ze kunnen ook anders zijn, gewoon meer betrokken, van hoe gaat het met jou, en ook vragen hoe het met hun [de patiënten, MM] gaat”(V5)

De genoemde ervaringen vooraf zijn negatief, de verwachting die dit oproept voor de samenwerking wordt daardoor ook negatief. Van de studenten verpleegkunde die aangeven dat de negatieve ervaring

de verwachting beïnvloedt gaf de helft aan uiteindelijk positief verrast te zijn door de daadwerkelijke samenwerking. De negatieve verwachting heeft in het begin mogelijk een negatief effect op de kwaliteit van de samenwerking maar wanneer de studenten het positieve verassingseffect ervaren zou uiteindelijk een positief effect hebben op de samenwerking.

4.2 Definitie van de situatie

Het eerste deel van de resultaten bespreekt de samenwerking vanuit het gezichtspunt van de studenten verpleegkunde en geneeskunde. In dit tweede deel wordt aandacht besteed aan de theorie van de definitie van de situatie, voor dit deel is gebruik gemaakt van een casus¹³. In deze casus is een patiënt met een longaandoening besproken die wordt opgenomen op een verpleegafdeling. Hierbij is een zo compleet mogelijk beeld geschetst van de patiënt door biomedische en psychosociale gegevens te benoemen. De studenten gaven aan de casus helder te vinden en representatief voor een daadwerkelijke situatie. Een aantal studenten geneeskunde en verpleegkunde gaf aan gegevens te missen, zoals de saturatie die niet vermeld stond in de casus, evenals de GOLD-klasse van COPD. Dit heeft verder geen directe gevolgen voor de definitie van de situatie.

De interviews zijn afgenomen bij studenten geneeskunde en verpleegkunde die een stage of co-schaplopen in een ziekenhuis. De voornaamste reden dat een patiënt wordt opgenomen in een ziekenhuis, is lichamelijke/medische problematiek. Wanneer wordt gevraagd naar de punten die de studenten van een patiënt willen weten is het niet opmerkelijk dat de medische aspecten door alle studenten worden genoemd.

“Nou ten eerste. Ze moet geen koorts meer hebben. Ze moet hemodynamisch stabiel zijn. zuurstof moet afgebouwd zijn. ik weet niet in hoeverre dat gaat lukken. Soms moeten ze met zuurstof naar huis. CRP moet gedaald zijn. ze moet gewoon weer een beetje op de benen kunnen komen.” (G1)

“Euhm ik wil sowieso weten wat de voorgeschiedenis is, dat is iets wat ik belangrijk vind, bloedsuikerslagen tuurlijk saturatie of ze zuurstof heeft, euhm medicatie nou meer de algemene dingen denk ik wel.” (V2)

Psychosociale aspecten: Een groot deel van de studenten verpleegkunde noemt de psychosociale aspecten. Bij het spreken over de prioritering in de patiënten casus worden de psychosociale aspecten van de patiënt niet door beide groepen studenten genoemd. Wanneer zowel studenten verpleegkunde als studenten geneeskunde psychosociale aspecten benoemen zit hierin een overeenkomst in de definitie van de situatie. Vanuit de theorie die zich richtte op de wet BIG werd verwacht dat vooral studenten verpleegkunde zich richten op de psychosociale aspecten. Dit is inderdaad naar voren gekomen uit de interviews. Hierbij moet de opmerking worden geplaatst dat er een onderscheid te maken is in de manier waarop de studenten verpleegkunde de psychosociale problematiek benoemen.

¹³ Zie bijlage 3 voor de gebruikte casus

Een deel van de verpleegkunde studenten die de psychosociale aspecten noemen geeft hierbij de toevoeging dat dit niet de prioriteit heeft.

“en pas later zou ik pas kijken naar haar achtergrond, dat ze het moeilijk vind om over te praten dat ze bang is om te stikken, ik zou eerst richten op de medische handelingen en dan pas op sociaal, ” (V2)

Het andere deel van de verpleegkunde studenten noemt de psychosociale aspecten zonder voorwaarde.

“Nou wat ik heel erg belangrijk vind is euhm dit laatst stukje dat euhm ze zich goed kan uitdrukken en is duidelijk in haar beslissingen omtrent wat ze niet meer wil, ze wil wel graag over haar problemen omtrent haar ziekte praten en ik vind dat echt een belangrijk stuk waarvan ik denk dat moet je echt wel wat mee als verpleegkundige ” (V1)

Het aantal geneeskunde studenten dat de psychosociale problematiek benoemt is kleiner. Zoals hierboven werd genoemd is dit vanuit de wet BIG te verwachten, aangezien volgens deze wet *“Het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst”* (Art. 19 Wet BIG), tot het gebied van de deskundigheid van de arts hoort. Eén student noemt psychosociale problematiek als belangrijk aspect in de casus.

“ze wil graag over de problemen omtrent haar ziekte praten, lijkt alsof ze daar over wil praten maar dat dat niet gedaan is. Dus nja. ” (G1)

De rest van de studenten geneeskunde die wel het psychosociale gedeelte noemen, hebben het over de psychosociale aspecten maar hierbij specifiek met de toevoeging, dat het voor hen niet direct relevant is of met het bewustzijn van dat het niet genoemd wordt bij de prioritering in de patiënten casus.

“ik zie ook dingen terug in de sociale situatie. Dat heeft voor mij op dit moment nog geen prioriteit.” (G5)

“maar haha waarschijnlijk ga ik nu alleen maar, ga je straks denken, had ik iets moeten zeggen over, of tenminste, je mist dat hele stuk over sociaal. Maar ik zou wel eerlijk zijn.” (G3)

Met betrekking tot psychosociale aspecten is er gedeeltelijk sprake van eenzelfde manier van het definiëren van de situatie. De psychosociale aspecten worden zowel door studenten verpleegkunde als door studenten geneeskunde benoemd. Dit zou de samenwerking tussen beide professies ten goede komen. Wel blijkt dat de studenten verpleegkunde de psychosociale aspecten vaker noemen en meer als prioriteit zien dan de studenten geneeskunde. Hierin zit een verschil in de manier waarop de situatie wordt gedefinieerd. Wanneer zowel studenten geneeskunde als studenten verpleegkunde een patiënt willen helpen op biomedisch en psychosociaal gebied, maar beide groepen hebben wel een verschil in wat prioritering verdient in een situatie, kan dit voor een mindere kwaliteit van samenwerking leiden.

Medische aspecten: Zoals hierboven werd genoemd zijn de medische aspecten door zowel studenten verpleegkunde als studenten geneeskunde benoemd. Beide groepen hebben het bij de medische

aspecten over de controles, medicatie en de ziekte zelf. Toch blijkt er ook verschil te zitten tussen de manier waarop studenten verpleegkunde en studenten geneeskunde medische aspecten bespreken. Wanneer het over de voeding en vochtinhouding van de patiënt ging refereerden vooral de studenten verpleegkunde hiernaar.

“Oké euhm, ik vind haar euhm, even denken hoor. Ik wilde zeggen dat ze zeer mager is, maar, de koorts die is belangrijk, de tensie nou die kan er mee door. Maar dat ze erg mager is en dat ze ondervoed is.”
(V4)

Studenten geneeskunde spraken vooral over het beleid, lab waarden en de voorgeschiedenis.

“Ik wil in ieder geval nog dat het lab nog verder daalt. CRP is nog wel hoog. Dus ze heeft een longontsteking denk ik, en dat moet wel hersteld zijn. Antibiotica zou waarschijnlijk nu eerst IV zijn en dat zou over moeten naar oraal moeten gaan. En natuurlijk als ze koortsvrij is en het CRP nog steeds een dalende trend heeft zonder dat er andere complicaties bij zijn gekomen, dan euhm, dan zou ze weer naar huis mogen.” (G4)

Wanneer het over de medische aspecten rondom de patiënt gaat, bestaat hierin verschil tussen de studenten geneeskunde en verpleegkunde. Dit verschil uit zich in welk gedeelte van de medische aspecten wordt besproken.

Zowel psychosociale aspecten als medische aspecten zijn door studenten verpleegkunde als studenten geneeskunde genoemd. Hierin komt een gemeenschappelijke definitie van de situatie naar voren wat de kwaliteit van samenwerking bevordert. Er zijn wel verschillen in de manier waarop studenten verpleegkunde en studenten geneeskunde het hebben over de psychosociale aspecten en de medische aspecten. Studenten verpleegkunde noemen de psychosociale aspecten vaker en zonder toevoeging dat dit minder relevant zou zijn. Studenten geneeskunde hebben het over psychosociale aspecten met toevoeging dat dit iets is waar later aandacht aan wordt gegeven. Dit verschil in prioritering zorgt voor een verschil in de definitie van de situatie. Dit kan tot misverstanden leiden.

Inleven in de definitie van de situatie

De manier waarop studenten een patiënten situatie definiëren is beschreven. Ook is een vraag gesteld over de vaardigheid om je te verplaatsten in de ander: ‘probeer je eens in te beelden dat je een verpleegkundige/coassistent bent, wat zou je belangrijk vinden in deze situatie? Deze vraag wordt gesteld met het oog op de theorie van Bronstein (2003) waarin naar voren komt dat als beide groepen zich kunnen inleven in elkaars definitie van de situatie er mogelijk minder wrijving zal zijn in de verantwoordelijkheid en taakverdeling. Begrip van elkaars rollen heeft volgens Bronstein (2003) een positieve invloed op de interprofessionele samenwerking. Voor veel studenten was de eerste reactie op deze vraag dat ze de opdracht lastig vonden.

“Dat lijkt me wel erg lastig” (G2)

“Euhm ja, ik weet natuurlijk niet wat artsen de hele dag doen” (V2)

Uit deze reacties lijkt het dat de studenten niet gewend zijn om zich in te leven in de andere professie. Mogelijk doen ze dit weinig maar dit kan ook komen omdat ze simpelweg geen duidelijk beeld hebben van de andere professie.

Een andere reactie die naar voren kwam was het tonen van gemak bij het inleven in de andere professie. Een aantal studenten reageerde positiever dan bovenstaande studenten op de opdracht. Eén student koppelde dit aan opdrachten die tijdens de stage werden gegeven. De koppeling tussen de opleiding en samenwerking zal later in dit hoofdstuk verder worden besproken.

“Ja nou wat ik in XXXX Ziekenhuis wel leuk vond, want daar heb ik mijn 2e coschap gedaan, en dat vond ik wel leuk want daar hadden we af en toe onderwijs met verpleegkundigen en artsen samen. En dat deden we dan denkbeeldig visite lopen en dan moest de één een patiënt spelen de ander was de verpleegkundige en de arts en dan moest je rollen wisselen. Dus dat je dan ook wat meer euhm, dat je andere opdrachten had van wat vind je dan belangrijk in deze situatie, en casus bespreken. Dat soort dingen vond ik wel heel leuk.” (G3)

Verder was opvallend dat de geneeskunde studenten bij het inleven in de verpleegkundige oog hadden voor samenwerkingsaspecten, Dit zijn aspecten waarbij een samenwerkingssituatie met de andere professie wordt benoemd. Bijvoorbeeld het noemen van de toegevoegde waarde van een professie ten opzichte van de eigen professie of ten opzichte van de situatie om hier (samen) een zo optimaal resultaat in te bereiken. Bij het inleven in de ander werd het samenwerkingsaspect met de geneeskundige gezien en benoemd.

“Nou heel vaak vragen wij dan aan de patiënt en de verpleegkundige ook. Wat is dan precies de thuissituatie. En ik vraag ook vaak aan de verpleegkundige van: hoeveel zorg zou deze patiënt nou thuis nodig hebben. Hoeveel thuiszorg. En dan hebben verpleegkundige vaak hele goede antwoorden op. En dat vind ik zelf vaak moeilijk te zeggen want: kijk ik was geen patiënten en ik geef ze geen eten en ik geef ze geen pillen. En dat is wel iets waar je een beetje inzicht in moet hebben” (G1)

Een waardering voor het perspectief van de andere professie, de verpleegkundige, komt hierbij naar voren. Het wordt gezien als een relevante aanvulling voor het leveren van goede zorg. Samenwerking, het gebruiken van beide perspectieven, is hiervoor noodzakelijk.

Wanneer wordt gekeken naar het beeld dat beide professies hebben van elkaar, zien we dat verpleegkundigen veronderstellen dat artsen zich richten op medische zaken rondom de patiënt. Hierbij kan gedacht worden aan controles, lab-waarden en medicatie. Daarnaast werd door alle

studenten verpleegkunde de medische aspecten genoemd. Zo noemt een verpleegkundige op de vraag wat zij denkt waar een arts naar kijkt:

“ Euhm, nou ik denk sowieso dat ze een piepende ademhaling heeft, dat ze rochelt dus dat ze sputum heeft, ze willen dan vaak de kleur van de sputum heeft, dat de CRP is gedaald, dan gaan ze snel al weer de antibiotica oraal geven, want zolang het naaldje er in zit hoe meer kans op infectie er is. Vaak is er ook wel veel gericht op welke medicatie er is en welke weg kan, ze proberen altijd zo min mogelijk medicatie te geven, bijvoorbeeld de prednison dat mag over een tijdje wel stoppen. Ze zijn wel heel erg gericht op de lab waarden, de medicatie en de vitale functie, dus de harde waarneming, de sputum, kleur van sputum daar vragen ze vaak naar tijdens artsensites.” (V4)

Als een verpleegkundige zich inleeft in wat een arts belangrijk vindt, noemen twee studenten verpleegkunde het psychische aspect. Dit komt ongeveer overeen met het aantal geneeskunde studenten die het psychische aspect benoemden in de prioritering.

“Euhm, nou ik denk sowieso gewoon denk ik de situatie van haar. Met haar, met alle metingen, maar ik denk dat het voor hun ook echt belangrijk is dat ze echt die angst heeft om te eten. Want als ze de oorzaak kunnen wegnemen, ja want de oorzaak wegnemen is beter dan de symptomen bestrijden. ” (V7)

Het beeld dat verpleegkunde studenten hebben van wat artsen belangrijk vinden, komt overeen met wat coassistenten aangeven belangrijk te vinden. Verpleegkunde studenten lijken zich dus goed te kunnen inleven in het artsen perspectief. Begrip van elkaars rollen heeft een positieve werking op de interprofessionele samenwerking volgens Bronstein (2003). De studenten geneeskunde die zich verplaatsten in de rol van de verpleegkundige hadden oog voor de ‘randvoorwaarden’(G2). Hieronder wordt onder andere de sociale problematiek en de thuissituatie verstaan. Daarnaast wordt de ADL zorg door de helft van de geneeskunde studenten genoemd tijdens de inlevingstaak .

“ja ik denk ook, of die mw. niet benauwd is, of dat ik daar dan iets meer zuurstof moet geven. Nou ook wel of ze goed eet en drinkt hoe dat gaat. Met de ontlasting. Plassen of dat loopt. Ja hoeveel hulp ze nodig heeft bij aankleden enz. maar misschien ook wel iets meer euhm. iets meer ook het sociale denk ik, dat je even wat sneller vraag van euhm: ja hoe voelt u zich hier nou bij, ofzo. Denk dat dat, dat je je daar als verpleegkundige ook iets meer mee bezig houdt.” (G3)

Ook noemde de helft van alle geneeskunde studenten medische aspecten en controles als aandachtspunt waar ze op zouden letten wanneer ze zich inleefden in de rol van de verpleegkundige. In combinatie met het noemen van deze medische aspecten werd het bewustzijn geuit dat dit een samenwerkingsaspect zou zijn rondom de zorg van de patiënt.

“Ik zou toch denken dat een verpleegkundige ook in eerste instantie de medisch inhoudelijke dingen het belangrijkste vindt in een casus. Dus dingen als hoe mw. erbij ligt. De eerste indruk en hoe de temp is. Pols dat soort dingen. Toch enigszins hetzelfde ja. ” (G2)

“Nou zeker als een patiënt echt euhm onderuit gaat zeg maar. Dat ze klinisch heel slecht gaat. Dan hebben zowel de arts als de verpleegkundige daar natuurlijk de eerste prioriteit in. Ja als dat niet zo is, dan gaat het niet goed.”(G5)

Dus ondanks dat studenten het inleven in de andere professie lastig vinden, lijkt het dat zowel bij de studenten verpleegkunde als de studenten geneeskunde het beeld dat bestaat van de andere professie overeenkomt met de werkelijkheid. Studenten vinden het inleven in de definitie van de situatie van de andere professie lastig, maar ze kunnen dit wel. Dit zou een positieve werking op de interprofessionele samenwerking hebben volgens Bronstein (2003).

Gemeenschappelijke doelen

Naast wat studenten belangrijk vinden in de casus is gevraagd naar welk doel studenten zouden hebben als zij bij deze casus betrokken zouden zijn: *“Wat zou je als verpleegkundige/coassistent met mw. Pieterse willen bereiken?”*. Hier is naar gekeken omdat het hebben van een gemeenschappelijk doel tussen verschillende professionals de samenwerking kan bevorderen. De vraag in het interview was gericht op wat de studenten met de patiënt wilden bereiken voor ze met ontslag zou mogen voor ze naar huis kon. Hierdoor is de nadruk gelegd op de thuissituatie van de patiënt waardoor dit veel genoemd is door zowel studenten verpleegkunde als studenten geneeskunde.

“Dan moet je natuurlijk veel meer weten hoe ze is, en euhm dat euhm. Het is natuurlijk ook wel fijn om weer thuis in de flat te gaan wonen, maar daar heb je trappen, maar misschien ook wel een lift” (G1)

Bij het stellen van doelen is door verpleegkunde studenten een aantal keer het psychosociale aspect als doel genoemd. Dit doel werd door weinig geneeskunde studenten aangekaart. Een gemeenschappelijk doel met betrekking tot psychosociale aspecten komt niet direct naar voren uit de interviews. Dit betekent niet automatisch dat studenten geneeskunde dit niet als doel zien, mogelijk speelt ook hier prioritering een rol net als bij de bovenstaande informatie over de definitie van de situatie.

“Ja en dan hopelijk dat ze dan uiteindelijk met de familie wat kan praten en met alles dat ze zich beter voelt en met de familie kan praten” (V7)

“En ja ze, ik zou ook wel graag met haar praten over hoe ze de ziekte nou ervaart. Want als je het zo leest, ja ze heeft toch angst en ja, dat zou ik ook wel bespreken, en kijken wat je daar nog aan kan doen.” (G2)

Doelen die gerelateerd zijn aan de medische aspecten rondom de patiënt worden door beide groepen studenten benoemd. Hierin kan een gemeenschappelijk doel worden gezien. Door een klein deel van de geneeskunde studenten wordt bij het vaststellen van het doel de mening gevraagd van de patiënt of mede professional. Er wordt bijvoorbeeld door een geneeskundige informatie aan een verpleegkundige gevraagd met betrekking tot de sociale omgeving van de patiënt. Het definiëren van het doel door de student krijgt hierbij de kans om beïnvloed te worden door de definitie die de andere professional geeft aan de situatie. Er is bij deze geneeskundestudenten oog voor het aspect van samenwerken bij het bereiken of vaststellen van de doelen.

“Nou meestal vraag ik dan wel hoeveel hulp heeft iemand nodig bij wassen enz., bij ADL. Verpleegkundige die kan dat vaak wel goed inschatten. En als de verpleegkundige zegt soms ook wel: die patiënt doet alles zelf... ... en dat vind ik dan wel iets voor de verpleegkundige om in te schatten.”
(G3)

“We vragen ook vaak bij de visite zijn er mensen om deze persoon heen en gaat het goed als we deze persoon naar huis sturen. Dus we lezen en bespreken het wel, maar we geven het ook wel weer terug aan de verpleegkundige” (G4)

Naast het spreken over doelen rondom de hierop gerichte vraag, werden er ook doelen en gemeenschappelijke punten genoemd gedurende de rest van het interview. Een goede kwaliteit van zorg rondom de patiënt is een doel dat door beide groepen is benoemd. De studenten van beide professies zijn zich bewust van dat dit een doel is dat door beide professies wordt nagestreefd. Het hebben van dit gemeenschappelijk doel tussen de professionals is bevorderlijk voor de samenwerking (Bronstein, 2003).

4.3 Jurisdictionclaim

Aan de hand van de casus maar ook buiten de casus om is de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen aan bod gekomen. In de onderstaande tabel is te vinden hoe vaak een bepaalde taak door respectievelijk een student geneeskunde of een student verpleegkunde, aan een professie is “gehangen”. Er is met de co-ocurrence tabel (een functie in Atlas.ti) gekeken hoe vaak de code ‘taak verpleegkundige’ en ‘taak arts’ genoemd werd in combinatie met de codes voor de taken ‘contact familie’, ‘contact patiënt’, ‘logistiek/coördinatie zorg’, ‘informatieoverdracht’ en ‘signaleren’. Vervolgens is gekeken per groep studenten, verpleegkundestudenten en geneeskundestudenten, welke van deze taken gekoppeld worden aan welke professie.

	Taak arts			Taak verpleegkundige		
	Totaal	GNK	VPK	Totaal	GNK	VPK
Contact familie	13	11	2	29	18	11
Contact patiënt	4	4	--	22	14	8
Logistiek/coördinatie zorg	6	5	1	13	6	7
Informatie overdracht	5	--	5	25	14	11
Signaleren	5	1	4	30	16	14

Tabel 4. 1 Co-ocurrence tabel taken en professies

De getallen in de tabel geven aan hoe vaak de taak in de linker kolom is genoemd in combinatie met de professie uit de bovenste rij. In het geval van de code ‘contact familie’ is deze dertien keer genoemd in combinatie met de code ‘taak arts’. Elf keer is dit genoemd door studenten geneeskunde en twee keer door studenten verpleegkunde. Vanuit de tabel kunnen in Atlas.ti de bijbehorende quotes opgezocht worden. In het geval van de dertien quotes waarin ‘contact familie’ is gekoppeld aan ‘taak arts’ worden alle dertien bijbehorende quotes weergegeven. Aan de hand van deze quotes kan een beeld worden gevormd van hoe studenten verpleegkunde en studenten geneeskunde tegen de taken en verantwoordelijkheden van beide professies aankijken.

Door middel van hoe studenten van een professie kijken naar een bepaalde taak en wie daar verantwoordelijk voor is kunnen mogelijke jurisdictieclaims gevonden worden. Wanneer wordt gekeken naar het contact met de familie wordt dit door alle studenten een aantal keer beschouwd als een taak voor de verpleegkundige. Ook wordt ‘contact met de familie’ dertien keer als taak voor de arts gezien. Bij opsplitsing per groep studenten blijkt dat er een redelijk gelijke verdeling is tussen het aantal verpleegkunde en geneeskunde studenten die dit een taak voor de verpleegkundige vindt, respectievelijk elf en achttien, maar wanneer we kijken naar de groep participanten die contact met de familie een taak voor de arts vindt blijkt dat dit grotendeels de geneeskunde studenten zelf zijn, namelijk elf co-assistenten en twee verpleegkundigen. Ditzelfde patroon is te vinden bij de taken contact patiënt en logistiek/coördinatie zorg. Dit patroon laat zien dat er mogelijk sprake is van jurisdictiestrijd. De studenten verpleegkunde vinden het dikwijls *hun* taak en niet van de artsen. De artsen zien het als een *gedeelde* taak. Wanneer hier inderdaad sprake is van jurisdictiestrijd waar Abbott (1988) over spreekt, heeft dit een negatief effect op de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

De quotes die horen bij de koppeling tussen het contact met de familie en patiënt en de taak van de arts, geven aan dat dit contact gaat over uitzonderingssituaties. Uitzonderingssituaties zijn situaties waarin een patiënt in een kritieke toestand verkeerd. Ook waren quotes te lezen over situaties waarin er medisch inhoudelijke kennis moet worden overgebracht.

“Ik denk dat de verpleegkundige dat prima kan. En als er veel inhoudelijke vragen nog zijn. Dan kan eventueel de arts later nog terugbellen of ze komen inderdaad voor een gesprek. Dat ze, dat de verpleegkundige dat ook in kan plannen. Ja. Mijn eigen ervaring is ook wel dat ik ook, zelf wel eens, familie heb gebeld van een patiënt. Maar dat was eigenlijk ook altijd echt wel in overleg dan met de verpleegkundige.” (G5)

“Maar de verpleegkundige, als ze kan is ze daar dan wel bij. Maar echt de gesprekken over, met de familie, dat is echt wel, ja meer dan, tenminste als het echt over beleid gaat is dat dan echt wel een euhm artsen taak.”(G3)

“ja ik vind, nou ja als een patiënt in een kritieke toestand is, nou ja ik zeg maar wat, dat die koorts nog hoger zou zijn, en die bloeddruk nog hoger, nou ja dat ze echt dat het een beetje kantje boord is zeg maar, dat vind ik het wel een taak als arts om euhm de familie over in te lichten” (V1)

Wanneer de quotes worden gelezen blijkt dus dat artsen het contact met de familie wel naar zich toe trekken maar dat dit in overleg gaat, in een uitzonderingssituatie is of wanneer er specifiek medische kennisoverdracht plaats moet vinden. Waar het lijkt alsof er een jurisdictiestrijd is in de co-occurency tabel, blijkt na het openen van de quotes dat er juist een grens is tussen het takenpakket van de verpleegkundige en de arts. In dit geval: het contact met de familie gebeurt door de verpleegkundige, maar zowel studenten geneeskunde als studenten verpleegkunde zeggen daarnaast dat dit ook door artsen wordt uitgevoerd, maar in uitzonderingsgevallen.

Met betrekking tot de logistiek vinden zowel studenten geneeskunde als studenten verpleegkunde dit vooral een taak voor de arts wanneer dit over het medisch gebied gaat of wanneer vanuit de arts een familiegesprek opgezet dient te worden. Een ander soort patroon zien we bij informatieoverdracht. Waar bij de hiervoor besproken taken de artsen zichzelf een taak toewezen en de verpleegkundige dit niet als een taak voor de artsen zag, zien we hier juist dat de studenten verpleegkunde informatie overdracht als taak voor verpleegkundigen zien maar ook als taak voor de artsen zien, terwijl de studenten geneeskunde de informatie overdracht niet als artsen taak zien maar alleen zien als verpleegkundige taak.

“Want nou ja, bij mij op de afdeling is het geval dat je achter de arts aangaat om dat te vragen, maar aan de andere kant vind ik, ik bedoel, de arts zou dat ook best wel zelf kunnen aangeven van, nou ik denk dat het nog zoveel dagen is, of zoiets, eigenlijk vind ik dat ook wel de taak van de arts.” (V1)

In de quotes van de verpleegkundestudenten komt vooral naar voren dat ze de informatie overdracht van de artsen erg zouden waarderen. Hierin zou gedeelde jurisdictie kunnen ontstaan waarin informatieoverdracht zowel een taak voor verpleegkundigen is als een taak voor artsen. Hierin zou de kwaliteit van samenwerking niet verloren gaan wanneer beide professies op deze manier kijken.

Mogelijk beïnvloedt het de kwaliteit van samenwerking wel wanneer de verpleegkundigen verwachten dat artsen een taak uitvoeren maar de artsen dit niet als hun taak zien.

Taakonduidelijkheid

Door te praten over de taakverdeling wordt gekeken naar de manier waarop studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde bezig zijn met zeggenschap en verantwoordelijkheid naar bepaalde taken toe, de jurisdictie. In het praten over de taakverdeling komen verschillende aspecten naar voren. Vanuit beide groepen komt naar voren dat bepaalde taken goed gescheiden zijn. Maar er worden ook uitingen gedaan over onduidelijke grenzen met betrekking tot de taakverdeling. Wanneer de taakverdeling als onduidelijk wordt aangegeven door de studenten, zijn er twee soorten onduidelijkheid te vinden. Ten eerste taken die onduidelijk zijn omdat er een dubbele verantwoordelijkheid wordt gevoeld door beide professies.

“Nou meestal wordt de medische overdracht door ons [dokters, MM] gedaan. En de verpleegkundige overdracht doen de verpleegkundige maar dat is meestal wel overlap. Ook daar staat ziektes en medicatie. En het ging nu beide mis. En je ziet dan ook dat het helemaal mis gaat en iedereen, nou ja de zorgcoördinator had vind ik ook eigenlijk de patiënt niet mogen laten gaan zonder overdracht.” (G1)

Dit wordt genoemd bij taken als overdracht, contact met de familie, contact met de patiënt en medicatie. Ten tweede zijn er taken waarbij studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde aangeven dat juist niemand de verantwoordelijkheid voelt. Hierbij kan gedacht worden aan infuusprikken, bepaalde administratie en ook weer contact familie.

“Nou infuusnaaldje prikken dat is wel een goeie... ...dus bij ons op de afdeling is daar heel vaak onduidelijk van wie gaat nu het naaldje prikken... ...en zo zit soms iemand wel 2 uur lang zonder een naaldje terwijl je antibiotica wilt geven. Omdat niemand het wil doen of kan doen. dus daar is vaak onduidelijkheid over, dat merk ik tenminste.” (V4)

Er zijn taken die door de ene participant worden aangegeven als ‘dubbele verantwoordelijkheid’ en door een ander juist als een taak waar niemand zich verantwoordelijk voor voelt. Een voorbeeld hiervan is contact met de familie, wanneer de grens van medische kennis en kunde niet duidelijk is,¹⁴ kan het voorkomen dat er of ‘dubbele verantwoordelijkheid’ wordt ervaren, of dat niemand zich verantwoordelijk voelt. Een heel aantal studenten uit beide groepen ondervangen de onduidelijkheid door te overleggen.

¹⁴ Zie toelichting tabel 4.1

“Maar dat was eigenlijk ook altijd echt wel in overleg dan met de verpleegkundige. Of dat inderdaad de verpleegkundige eerst belde en dan euhm, ja zeg maar dat werd best wel goed afgestemd met elkaar.” (G5)

Hierin is een klein gedeelte van de studenten verpleegkunde die aangeeft dat deze communicatie over taken verbeterd zou kunnen worden

“Het is alleen de communicatie daarover, over die taken. Dat zou verbeterd kunnen worden.”(V1)

Naast de ervaring of de taakverdeling duidelijk is of niet, kan er ook een mening worden gegeven aan de verdeling van de hoeveelheid taken en het soort taken tussen artsen en verpleegkundigen. In hoeverre de studenten het eens zijn met deze taakverdeling is wisselend. Het grootste deel van de studenten is het eens met de taakverdeling. Dit zou betekenen dat er geen jurisdictie strijd is. Wanneer beide groepen studenten, zowel verpleegkunde als geneeskunde, aangeven het eens te zijn met hoe de taken zijn verdeeld, is de jurisdictie die wordt geuit door beide groepen en toegewezen aan elkaar niet belemmerend voor de kwaliteit van de samenwerking. Er is echter een aantal studenten geneeskunde dat bij een aantal taken aangeeft het niet helemaal eens te zijn met de taakverdeling. Hierin gaat het vooral om taken die de andere professie óók zou mogen doen en niet om taken die de eigen professie juist wil behouden.

“Euhm maar bijvoorbeeld dingen als afspraken neer zetten euhm, bijvoorbeeld controles op de polikliniek of afspraken voor scans ect. Dat zou een verpleegkundige op zich ook prima kunnen doen. Alleen dan vergt dat wel weer een stukje extra communicatie.” (G6)

In deze situatie wordt juist jurisdictie aan de andere professie toegewezen in plaats van dat jurisdictie wordt geclaimd door de eigen beroepsgroep. Dit is tegengesteld aan wat Abbott (1988) stelt in zijn systeemtheorie. Mogelijke redenen voor deze taakverdeling worden behandeld in de volgende paragraaf. Tot slot is er een gedeelte rondom de taakverdeling waarin overlap te vinden is in de verantwoordelijkheid. Dit is eerder besproken in deze paragraaf. Wat onderscheidend is voor de overlap die eerder werd besproken en de overlap die hier aan bod komt, is dat bij de onderstaande voorbeelden van overlap specifiek wordt benoemd dat beide professies elkaar kunnen aanvullen.

“Dat het wel belangrijk is dat je daar... als een verpleegkundige bijvoorbeeld meer taken krijgt dat je dan niet als arts je aangevallen moet, gaat voelen van: ow nee nu doet ze een deel van mijn werk, nu doet hij een deel van mijn werk. Want dan krijg je denk ik weer dat het er tussen in gaat staan in de communicatie. En als je mekaar daar in ondersteunt.” (G6)

“Ja grotendeels qua ziekte, dat zeker die heeft gewoon veel meer kennis daarvan daar stopt het bij mij... ... ik merk in de familie gesprekken die ik dan houd met de arts dat die heel vaak terugkoppeling naar mij doet omdat wij zien op de afdeling hoe iemand is... ...Al die dingen een combinatie van hebben wij als verpleegkundige een hele goede indruk bij, maar de arts op medisch gebied ook.”(V3)

“Nee ik denk dat je dat met z’n allen moet doen. ik bedoel de patiënt moet het willen en euhm nou de arts heeft daar zijn eigen rol in. De verpleegkundige ook, dat kun je niet alleen”(V6)

Een overlap in de taakverdeling zou kunnen duiden op jurisdictiestrijd. De bovenstaande quotes laten echter zien dat overlap ook kan voorkomen zonder dat er direct jurisdictiestrijd wordt ervaren. Overlap in taken kan volgens een aantal studenten verpleegkunde en geneeskunde juist versterkend werken. Deze houding is bevorderend voor de kwaliteit van samenwerking omdat beide groepen elkaar hierin niet als bedreiging zien en dus geen jurisdictiestrijd aangaan.

Redenen van de taakverdeling

De taakverdeling an sich en de ervaringen van studenten zijn hierboven besproken. Tijdens de interviews werden door de studenten ook redenen voor de taakverdeling aangedragen. Er zijn vijf redenen gevonden die door studenten zijn genoemd. De studenten spreken over de aanwezigheid op de afdeling (1) en over dagindeling en tijdsbeperking (2). Deze aspecten maken volgens de studenten dat taken ofwel door de arts ofwel door een verpleegkundigen worden uitgevoerd. Ook gewoonte (3) wordt veel genoemd. Daarnaast wordt de verdeling van taken opgehangen aan (kennis over) medische of psychosociale aspecten rondom de patiënt (4). Tot slot zijn ontwikkelingen in de zorg aangedragen als reden voor de taakverdeling (5). De meest voorkomende reden van taakverdeling is de aanwezigheid op de afdeling en de dagindeling en tijdsbeperking.

“En bij ons [op de afdeling, MM] is het ook als we denken, bij de familie schort wat. Want ik kom met de familie in aanraking, de arts vaak niet. En als ik denk daar schort wat of ik zie op de afdeling dingen waarvan ik denk, het zou goed zijn, dan zet ik daarvoor een familiegesprek op”(V3)

“Ja het is ook wel een beetje afhankelijk van de tijd soms. Maar soms hebben ze daar meer ruimte voor dan de andere. Meer tijd om echt in gesprek te gaan met een patiënt.”(V6)

Op basis van de interviews ontstaat de indruk dat met betrekking tot taakverdeling en jurisdictie dat het lijkt alsof beide groepen studenten tijdsdruk ervaren. Hierbij geven vooral de geneeskundestudenten aan open te staan om taken uit te besteden aan de andere groep.

“En er gaat toch wel weer wat tijd in zitten, dus dat is het meer bij beiden denk ik. Dat je gewoon denkt van: nou liever dat de ander het doet, dan kan ik weer wat anders doen.”(G3)

Wanneer studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde de aanwezigheid op de afdeling aangeven als reden voor de taakverdeling, hangt dit vaak samen met de mogelijkheid tot het signaleren. Daarnaast wordt het krijgen van een band met de patiënt en het krijgen van een band met de familie veel genoemd.

“Alleen omdat de verpleegkundigen heel vaak toch de hele dag door contact heeft, en dan tussendoor zo nu en dan een praatje maakt. Weten die aan het eind van de opname denk ik meer [over de patiënt, MM].”(G6)

Vooraf voor studenten geneeskunde bleek de dagindeling en tijdsbeperking van artsen en verpleegkundigen een veel genoemde reden voor de taakverdeling zoals die op dat moment was. Ook blijkt dat een aantal studenten geneeskunde wrijving ervaart door (verschil in) de dagindeling.

“Euhm, nou het enige punt dat ik weet waar ik tegen aan loop is dat verpleegkundige heel vaak met hun vragen komen binnen lopen dat ik denk: is dat nu een acute vraag om dat nu te stellen? Euhm, want daardoor loopt onze dag niet. Als je om de kwartier iemand komt van: he kan ik even u storen met dit en dit en dit. Wat eigenlijk niet perse op dat moment gedaan hoeft te worden. Dan komen je taken niet af. Euhm, ik zou zeggen of je verzamelt je vragen tot dat je, tot het visite moment is. En we hebben aan het eind van de middag nog altijd plek dat je de vragen kunt bundelen. Dus dat is het enige wat ik denk dat is, dat is iets organisatorisch”(G4)

De verdeling van taken kan ook worden toegeschreven aan het gebied waarop de taak is gericht. Dit kan medisch of psychosociaal zijn. Deze reden voor de verdeling van taken is door beide groepen studenten genoemd. Hierbij werd ook het niveau van (medische) kennis als reden voor de taakverdeling genoemd. Wanneer iets medisch is hoeft dit niet automatisch te betekenen dat de taak door de arts wordt uitgevoerd. Als dit een bepaald niveau van kennis vereist valt dit wel onder de taken van de arts.

“maar ik verwacht toch dat ik meer medisch inhoudelijke kennis heb[dan een verpleegkundige, MM] over wat COPD is en wat exacerbatie is en ja.” (G2)

“maar ik laat het wel enigszins over aan de arts, en als ik daar verandering in zie dan geef ik dat door en dan beredeneer ik wel, maar ik weet dat mijn kennis gewoon stopt op een bepaald moment.” (V3)

Ook kwam naar voren dat “gewoonte” meer door studenten geneeskunde werd aangedragen als reden voor de verdeling van taken, dan door studenten verpleegkunde.

“Maar als ik dan denk van ja, die rollen zijn natuurlijk wel zo.. euhm zodat je echt wel verpleegkundige taken hebt en een artsen taak.”(G3)

“in ieder geval de situatie ontstaan dat bepaalde mensen dat gewoon doen”(G6)

Gewoonte als reden voor een bepaalde taakverdeling kan nadelig zijn voor de kwaliteit van samenwerking. Wanneer bijvoorbeeld een taakverschuiving plaatsvindt kan wegens het vasthouden aan gewoonte of cultuur deze taakverschuiving niet geaccepteerd worden. Op deze manier ontstaat jurisdictiestrijd met een negatief gevolg voor de kwaliteit van samenwerking. Ook door verwachtingen die ontstaan bij studenten verpleegkunde en geneeskunde over welke taken ‘gewoon’ bij een bepaalde

professie hoort kan miscommunicatie ontstaan wat de kwaliteit van samenwerking kan benadelen (Bronstein, 2003) .

Tot slot zijn er de ontwikkelingen in de zorg, veranderingen met betrekking tot de patiënt die mondiger wordt, de opkomst van mantelzorg, nieuwe disciplines en het ervaren van telkens meer drukte.

“Ook meer omdat de mantelzorg meer in opkomst komt. Samenleving is veranderd en mantelzorgers zijn steeds belangrijker. Waardoor ze dan denk ik ook meer erbij, euhm, willen weten van hoe gaat het thuis en wat doet de mantelzorg voor de patiënt.”(V5)

“Euhm, nou ja, eigenlijk, dat is wat ik al aan het begin zei is dat inderdaad die samenwerking omdat die steeds meer begint te overlappen. Meer vanuit de overheid en de zorgverzekeraar wordt ook steeds meer afgedwongen wordt dat dat zorg goedkoper wordt dat verpleegkundigen meer taken gaan overnemen van de arts. Dat het wel belangrijk is dat je daar... als een verpleegkundige bijvoorbeeld meer taken krijgt dat je dan niet als arts je aangevallen moet, gaat voelen van: ow nee nu doet ze een deel van mijn werk, nu doet hij een deel van mijn werk.”(G6)

Deze ontwikkelingen in de maatschappij zijn ook bepalend voor de taakverdeling of verschuivingen in de taakverdeling in de zorg.

4.4 Rol van de opleiding

Tot slot is tijdens de interviews bij sommige studenten de rol van de opleiding naar voren gekomen. Naast de indirecte rol van de opleiding, is er ook nog de directe rol van de opleiding, het formele curriculum. Zowel studenten geneeskunde als studenten verpleegkunde geven in de gesprekken aan dat de rol van de opleiding beperkt is wanneer word gekeken naar het formele curriculum.

“Het [aandacht voor samenwerking, MM] zou zeker wel toevoeging kunnen zijn. Want je krijgt zoveel communicatie trainingen met patiënten met collega's eigenlijk is daar eigenlijk geen aandacht voor.”(G6)

Daarnaast komt naar voren dat ervaringen met samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen pas tijdens de stage, in de praktijk plaatsvinden.

“En pas bij een semiartsstage of eigenlijk pas bij je laatste stage kom je erachter dat je moet gaan communiceren met verpleegkundigen en dan loop je er tegen aan wat soms wel goed gaat en wat niet goed gaat.” (G4)

“Ik denk [dat je samenwerking leert, MM] meer vanuit de stages denk ik. Niet vanuit school. Gewoon meer de stages, over hoe je ermee [samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, MM] omgaat.” (V5)

Dit sluit aan bij de theorie van de community of practice van Lave en Wenger. Een aantal geneeskunde studenten heeft tijdens het coschap door de stageplek opleiding gekregen met betrekking tot de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Dit door middel van het meelopen op een IC afdeling met verpleegkundigen of door het behandelen van casuïstiek met meerdere professies die werkzaam zijn rondom de patiëntenzorg in een ziekenhuis.

“Nou in het eerste jaar moet je allemaal als geneeskunde student een verpleegstage doen. Dus dat sowieso wel. En verder ja soms ook wel eens tijdens coschappen. Bijvoorbeeld een coschap IC. Dan hoort het er gewoon bij dat je ook een dag met de verpleging meegaat. Dat vond ik ook altijd wel boeiend. En dat is ook wel heel anders die doen eigenlijk alles”(G3)

Hoofdstuk 5: Conclusie en discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de rol van de opleiding tot professie in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Om hier onderzoek naar te doen is specifiek gekeken naar “de rol van de definitie van de situatie” en “het uiten van jurisdictieclaims”. In dit hoofdstuk zal de onderzoeksvraag worden beantwoord. De doelstelling van dit onderzoek is te kijken naar of en hoe de kwaliteit van de samenwerking tussen arts en verpleegkundige samenhangt met de ontwikkeling van professionaliteit binnen de opleiding. Deze doelstelling wordt gecombineerd met de literatuur waarin de theorie van het definiëren van een situatie (Thomas & Thomas, 1931) naar voren kwam en waarbij de systeembenadering van Abbott (1988) ook als invalshoek werd gebruikt. Hieruit is de volgende onderzoeksvraag ontstaan: Hoe hangt de kwaliteit van de samenwerking tussen arts en verpleegkundige samen met de ontwikkeling van professionaliteit binnen de opleiding wanneer wordt gekeken naar het definiëren van een situatie en het doen van jurisdictieclaims? Dit hoofdstuk is aan de hand van de deelvragen die uit deze hoofdvraag zijn voortgekomen gestructureerd. Eerst zal er antwoord gegeven worden op de deelvragen om vervolgens de hoofdvraag te beantwoorden.

5.1 Samenwerking

De eerste deelvraag richt zich op het beeld dat studenten verpleeg- en geneeskunde hebben over de samenwerking tussen de artsen en verpleegkundigen op de werkvloer. Volgens de theorie van de community of practice (Lave, 1991; Wenger, 2011) zouden studenten worden gevormd op de werkvloer, dus tijdens de stage. De verwachting die naar voren kwam in het theoretisch kader was dat de studenten zouden aangeven dat de kwaliteit van samenwerking beter zou kunnen. Uit de interviews blijkt dat studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde de samenwerking als erg wisselend ervaren. De studenten vinden dus inderdaad dat de samenwerking beter kan. De reden van het ervaren van wisselende samenwerking wordt door bijna alle studenten gegeven aan verschil in samenwerking per afdeling. Daarnaast is in de gesprekken naar voren gekomen dat de verwachting over de samenwerking samenhangt met de ervaring die studenten hebben. Een aantal verpleegkunde studenten had negatieve verwachtingen van de samenwerking maar de daadwerkelijke samenwerking bleek (een positieve verassing) mee te vallen.

Verschillende aspecten van samenwerken zijn besproken. Een aspect is de machtsverhoudingen tussen artsen en verpleegkundigen. Een groot verschil in machtsverhouding tussen beide professies wordt als negatief ervaren voor de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Wanneer wordt gekeken naar de machtsverhouding tussen artsen en verpleegkundigen richting de patiënt, blijkt dit volgens de studenten soms in het voordeel van de verpleegkundige. Dit voordeel wordt benoemd omdat volgens zowel studenten verpleegkunde als studenten geneeskunde patiënten meer loslaten bij een verpleegkundige dan bij een arts. Daarnaast worden door studenten genees- en verpleegkunde de

communicatiestijl, aanspreekvorm en collegialiteit als indicatoren beschouwd die de samenwerking kunnen beïnvloeden.

Vanuit de theorie van de community of practice (Lave, 1991; Wenger, 2011) wordt verwacht dat de vorming van studenten tot professional plaatsvindt op de werkvloer en dus tijdens de stages en coschappen. Het verborgen curriculum speelt een grote rol in het socialisatie proces op de werkvloer en de ontwikkeling van de professionele identiteit. Studenten uit het laatste jaar van de opleidingen geneeskunde en verpleegkunde geven inderdaad aan dat de verwachtingen die ze hebben over de samenwerking samenhangen met de eigen ervaringen die ze hebben opgedaan tijdens de stages. Daarnaast blijkt dat de studenten net als gecertificeerde verpleegkundigen en artsen vinden dat de samenwerking beter kan.

5.2 Definitie van de situatie

In de theorie over de definitie van de situatie (Thomas & Thomas, 1931) staat dat de manier waarop mensen een situatie definiëren afhankelijk is van hun normen en waarden. Er is in de interviews gekeken naar welke aspecten studenten belangrijk vinden in een casus en welke prioritering hierin wordt aangebracht. Op basis van de verantwoordelijkheden die beide professies hebben volgens de wet BIG, kan worden verwacht dat er verschillen zijn in de manier waarop studenten een situatie definiëren. De arts heeft als verantwoordelijkheid “*Het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst*”(Art. 19 Wet BIG) waardoor de manier waarop artsen een situatie definiëren naar verwachting gericht is op de medische aspecten. De verpleegkundige heeft volgens de wet BIG deskundigheid op het gebied van “*begeleiding, verpleging en verzorging*” en “*ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg het verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.*” waardoor de manier waarop verpleegkundigen een situatie definiëren naar waarschijnlijkheid minder gericht is op de biomedische aspecten. Beide groepen studenten benoemden medische aspecten rondom de patiënt. Hierin zit overeenkomst met betrekking tot de manier waarop studenten een situatie definiëren. Deze overeenkomst in de definitie van de situatie zou een positieve werking hebben op de kwaliteit van de samenwerking: ze hebben op dit punt een gedeeld perspectief op de situatie waarin ze beide werkzaam zijn.

Bij het analyseren van de manier waarop studenten spreken over de psychosociale aspecten rondom de patiënt is wel een verschil gevonden. Studenten verpleegkunde noemen de psychosociale aspecten op twee manieren. De verpleegkundigen spreken over de psychosociale aspecten rondom de patiënt met hierbij een toevoeging dat dit niet direct prioriteit heeft. De tweede manier is dat psychosociale aspecten als prioriteit worden gezien. Studenten geneeskunde geven direct aan dat het geen prioriteit heeft als er überhaupt aandacht wordt besteed aan de psychosociale aspecten. Zoals verwacht werd is er dus een verschil te vinden in de manier waarop studenten een situatie definiëren. Dit heeft mogelijk

te maken met het takenpakket dat beide professies hebben volgens de Wet BIG. Dit verschil in definitie van de situatie heeft mogelijk een negatieve werking op de kwaliteit van samenwerking. Een aantal studenten geneeskunde is zich bewust van het bredere perspectief op patiënten maar geeft daar niet direct prioriteit aan. Dit bredere perspectief rondom de patiënt is misschien ook wel een gebied waar een taak voor de verpleegkundigen is weggelegd¹⁵.

Zoals werd genoemd zijn de medische aspecten door zowel verpleegkunde studenten als geneeskunde studenten besproken. Hier was een verschil in te vinden. Wanneer het over de voeding en vochtthuishouding van de patiënt ging, waren dit vooral de studenten verpleegkunde die hiernaar refereerden. Studenten geneeskunde spraken over beleid, lab waarden en de voorgeschiedenis. Dit zou tot situaties kunnen leiden waarin beide groepen denken hetzelfde voor ogen te hebben maar toch iets anders bedoelen. Concluderend kan er gesteld worden dat er een verschil is in het definiëren van de medische aspecten rondom de patiënt met een mogelijk negatief gevolg voor de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Het verschil in definiëren van de situatie ligt in de lijn der verwachtingen wanneer gekeken wordt naar de bevoegdheden die worden gegeven aan de beide professies in de wet BIG¹⁶. Deze wet kan invloed hebben op de manier waarop opleidingen hun studenten onderwijzen, en leren een situatie te benaderen/ definiëren.

Inleven in de definitie van de situatie

Goede samenwerking is mogelijk wanneer mensen vanuit een ander perspectief werken (Bronstein, 2003). Het kan lastig worden wanneer beide groepen zich niet in elkaars situatie kunnen verplaatsen. Een groot deel van de studenten heeft aangegeven het lastig te vinden om te bedenken wat de andere professie belangrijk zou vinden. Er werd op basis van de toegeschreven deskundigheid verwacht dat studenten verpleegkunde zich makkelijker in de situatie van een geneeskundige zouden kunnen verplaatsen dan andersom. Maar ook een aantal studenten verpleegkunde gaf aan het lastig te vinden te bedenken wat een arts zou doen.

Verskil in resultaten tussen de groep geneeskunde- en verpleegkunde studenten was te vinden op het gebied van 'oog hebben voor het samenwerkingsaspect'. Dit 'oog hebben voor samenwerkingsaspecten' is beoordeeld door te kijken in hoeverre de studenten bij het inleven in de andere professie uitingen deden over de afhankelijkheid, aanvulling, overleg en samenwerking. Wanneer geneeskunde studenten zich inleefden in de verpleegkundige en moesten benoemen waar een verpleegkundige op zou letten bij de casus die voorgeschreven was, werden ook deze samenwerkingsaspecten benoemd. Hieruit zou kunnen worden opgemaakt dat de studenten geneeskunde het idee hebben dat verpleegkundigen meer belang hebben bij de samenwerking met artsen, of mogelijk dat de artsen zelf meer belang hebben bij de samenwerking met verpleegkundigen.

¹⁵ Hier zal later meer over worden gezegd bij het gedeelte over de jurisdictie claim.

¹⁶ Paragraaf 5.2 blz. 64

De studenten verpleegkunde lieten in de interviews bij het inleven in de artsen geen aanknopingspunten vallen over samenwerkingsaspecten. Het bewust zijn van het belang van samenwerking kan de kwaliteit van samenwerking positief beïnvloeden.

De verdeling van het praten over medische aspecten en psychosociale aspecten bij de groep die zich inleefde in de andere professie was even groot als de daadwerkelijke verdeling onder de groep studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde. Het inleven in wat de andere professie (verpleegkunde of geneeskunde) belangrijk zou vinden wordt dus als lastig ervaren maar was wel in overeenstemming met wat de andere professie (verpleegkunde of geneeskunde) daadwerkelijk omschrijft als belangrijk. Volgens Bronstein (2003) is het begrip hebben in elkaars rollen van belang voor een goede samenwerking. Het blijkt dat studenten over het algemeen begrip hebben in de rollen van de ander ook al geven ze aan dit inleven lastig te vinden. Dit is een positieve bevinding voor de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Gemeenschappelijk doel

Tot slot is gekeken naar het al dan niet aanwezig zijn van een gemeenschappelijk doel in het definiëren van de situatie. Ook hierin is dezelfde verdeling te zien als bij het definiëren van de situatie en het bij elkaar inleven. Er is door beide groepen studenten aandacht voor het medische doel, genezing of verbetering van de medische aspecten voordat een patiënt naar huis kan. Hierbij wordt het medische aspect concreet besproken. Het gaat in het medische aspect vooral over meetbare aspecten, hierbij kan gedacht worden aan controles, bloeddruk, saturatie, lab waarden en ontstekingsniveaus. Daarnaast is door een aantal verpleegkunde studenten het psychosociale aspect benoemd waar dit ook door een klein aantal geneeskunde studenten is gedaan. Met betrekking tot de samenwerking viel op dat door een klein deel van de studenten bij het vaststellen van de doelen door de studenten werd “gevraagd” om de mening van de andere professie. Hierbij kan gedacht worden aan dat een geneeskunde student aangaf aan een verpleegkundige bepaalde informatie te vragen die de geneeskunde student dan mee nam in het vaststellen van het doel. Dit is een positief punt omdat hierin de doelstelling samen wordt vastgesteld. Een gemeenschappelijk doel heeft een positief effect op interdisciplinaire samenwerking (Bronstein, 2003)

Concluderend kan over het deel met betrekking tot de definitie van de situatie worden gesteld dat verpleegkunde studenten een situatie anders definiëren dan geneeskunde studenten dit doen. Er zijn overeenkomsten gevonden wat betreft de medische aspecten rondom de patiënt waarnaast een klein deel overeenkomst te vinden is in het praten over psychosociale aspecten. Dit is zowel bij het definiëren van de situatie het geval als bij het opzetten van doelen. Voordat studenten hun professie daadwerkelijk uitvoeren is er al een verschil in hoe de studenten een situatie definiëren/prioriteren. Volgens het Thomas-theorema (Thomas, 1928, p.572), kan het tot misverstanden leiden wanneer mensen een andere definitie van de situatie hebben. Ook is er overeenkomst nodig in verwachtingen

tussen twee groepen voor een goede kwaliteit van samenwerking (Leever, 2010). Bij het inleven in elkaars manier van definiëren van de situatie geven de studenten aan dit lastig te vinden. Mogelijk is het beter wanneer studenten meer vertrouwen hebben in het inleven in elkaars rollen en professie. Het blijkt dat de studenten zich kunnen inleven in de andere professie, maar studenten zijn hier onzeker over. Volgens de literatuur zou de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkunde onder andere benadeeld kunnen worden door het verschil in definitie van de situatie. Dat beide groepen wel een juist beeld hebben van elkaars definitie zou wel positief kunnen werken voor de kwaliteit van de samenwerking (Pullon, 2008).

5.3 Jurisdictionclaim

In samenwerking kan wrijving ontstaan. Wrijving tussen twee professies kan worden verklaard door te kijken naar de jurisdicties die beide groepen hebben (Abbott, 1988). Vanuit de theorie over de jurisdictionclaim wordt verwacht dat in het praten over werksituaties met studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde jurisdictionclaims naar voren komen. Verwacht wordt dat dit het meest zichtbaar is wanneer er onduidelijkheid in taken is.

In hoeverre komt bij het definiëren van een situatie en bij het praten over werksituaties een jurisdictionclaim naar voren? In eerste instantie lijken er geen jurisdictionclaims aanwezig. Wanneer het gaat over taakverdeling is de eerste reactie van zowel de studenten verpleegkunde als de studenten geneeskunde dat deze prima is. Als het al anders kan wordt er vaak geopperd dat de andere professie juist meer taken zou mogen overnemen wegens tijdsdruk. Na het opstellen van een co-ocurrence tabel¹⁷ lijkt juist wel een jurisdictionstrijd te spelen tussen beide groepen. Het aanwezig zijn van een jurisdictionstrijd zou negatief zijn voor de kwaliteit van de samenwerking. Wanneer wordt gekeken naar de taken: contact familie, contact patiënt en logistieke organisatie, blijken de geneeskunde studenten aan te geven dat dit ook door de arts wordt gedaan terwijl de verpleegkundigen dit niet tot nauwelijks noemen als taak voor de arts. Wanneer dit op de werkvloer ook op deze manier speelt zou kunnen worden geconcludeerd dat er een jurisdictionstrijd speelt over deze taken. Echter blijkt bij het analyseren van de bijbehorende quotes dat dit gaat over uitzonderingssituaties. Hierdoor zou het geen jurisdictionstrijd zijn maar juist een grens tussen de jurisdictie van verpleegkundigen (in de normale situatie) en de jurisdictie van de artsen (in de uitzonderingssituatie). Bronstein (2003) noemt in haar onderzoek dat flexibiliteit een van de componenten is van goede interdisciplinaire samenwerking. Het overnemen van taken in uitzonderingssituaties zou hier een voorbeeld van kunnen zijn waardoor dit een positief effect heeft op de kwaliteit van de samenwerking tussen de artsen en verpleegkundigen.

Taakonduidelijkheid

Taakonduidelijkheid wordt op twee manieren ervaren. Volgens de studenten zijn er taken waar iedere professie zich verantwoordelijk voor voelt en taken waar niemand zich verantwoordelijk voor voelt.

¹⁷ Paragraaf 4.3 blz.56

Wanneer er taakonduidelijkheid speelt geeft een deel van de studenten aan te overleggen over deze taakonduidelijkheid. Ook geeft een gedeelte aan dat de communicatie over de taken verbeterd zou kunnen worden. Wanneer er over overlap in taakverdeling wordt gesproken wordt door een groot deel van de studenten benoemd dat hierin er aanvulling is van beide professies. Als voorbeeld de taak om contact te hebben met patiënten. De overlap van de taak ‘contact patiënten’ bevindt zich op de grens tussen de verantwoordelijkheden voor de verpleegkundige en verantwoordelijkheden voor de arts. Wanneer de verpleegkundige een grens ervaart in medische kennis is hier een aanvullende taak in voor de arts die meer medische kennis heeft en hierin dus medische informatie kan verschaffen waar de medische kennis van de verpleegkundige stopt. Dit verschil in kennis en kunde sluit aan bij de redenen die studenten geven voor de taakverdeling. Ook dit sluit aan bij de flexibiliteit die Bronstein (2003) noemt in haar model voor interdisciplinaire samenwerking. Wanneer studenten flexibel zijn in taakverdeling zou dit een positief effect hebben op de kwaliteit van samenwerking. De flexibiliteit hangt hier samen met de verschuiving van de verantwoordelijkheid om contact te hebben met de patiënt. Deze verantwoordelijkheid is volgens de studenten uit dit onderzoek afhankelijk van de kennis en kunde van de verpleegkundige dan wel arts.

Reden van de taakverdeling

Naast de hierboven naar voren gekomen reden van het verschil op gebied van kennis en kunde, zijn er nog vier andere redenen gevonden voor de taakverdeling die door de studenten werden genoemd. Aanwezigheid op de afdeling, dagindeling en tijdsbeperking, gewoonte en ontwikkelingen in de zorg zijn naast bepaalde kennis en kunde aangedragen. De meeste verwijzingen in de interviews waren naar de aanwezigheid op de afdeling, de dagindeling en tijdsbeperking. Waar de studenten de aanwezigheid op de afdeling aangeven als reden voor de taakverdeling hangt dit samen met taken als signaleren, het krijgen van een band met de patiënt en de familie. Een aantal geneeskunde studenten gaf aan wrijving te ervaren door (verschil in) de dagindeling. De kennis en kunde kwam naar voren zoals in de paragraaf hierboven. Medische aspecten zijn niet automatisch taken voor een arts vinden zowel studenten geneeskunde als studenten verpleegkunde. Maar wanneer hierbij een grens in de kennis en kunde van de verpleegkundige wordt ervaren valt dit volgens beide groepen studenten wel onder de taken van een arts. Dit is een subjectieve grens die wisselend kan worden geïnterpreteerd en hierdoor vatbaar is voor het ontstaan van jurisdictiestrijd. Wanneer de interpretatie van elkaars taken hierin niet overeenkomt heeft dit een negatief effect op de kwaliteit van de samenwerking (Pullon, 2008).

Gewoonte als reden van taakverdeling is vooral door de studenten geneeskunde benoemd. Woorden als “gewoon”, “die rollen zijn natuurlijk zo ” en “de cultuur is gewoon zo” kwamen hierin naar voren. Hieruit kan worden opgemaakt dat studenten geneeskunde meer vasthouden aan gewoonten, ook in de taakverdeling. Een gewoonte is een handeling, verdeling of manier van doen die algemeen geaccepteerd is zonder dat deze is opgeschreven als regel. Het is een niet expliciet gemaakte manier van doen en hierin speelt het verborgen curriculum een grote rol. Gewoonten zijn niet expliciet en dus

lastig te vangen in een formeel curriculum maar hebben wel invloed op de kwaliteit van de samenwerking. Wanneer er een verschuiving in taken plaatsvindt zou dit strijd kunnen opleveren, op het moment dat de ene groep meer openstaat voor verandering dan de andere groep. Daarbij moet worden meegenomen dat een student noemde dat de nieuwe lichte artsen meegroeit in de veranderingen (denk aan de invoering van de verpleegkundig specialist) en hier ook meer open voor staan dan de artsen die al langer op de werkvloer staan. Dit zou kunnen betekenen dat de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen beter wordt naarmate de jaren verstrijken.

5.4 Rol van de opleiding

In dit onderzoek is specifiek de rol van de opleiding belangrijk. Hiervoor is de keuze gemaakt om studenten te interviewen. Dit onderzoek is vooral gericht op het informele of verborgen curriculum, maar met een aantal studenten is ook gesproken over het formele curriculum. Uit het vooronderzoek bleek al dat het formele curriculum niet direct veel aandacht had voor de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. In de theorie van de community of practice wordt ook de nadruk gelegd op de rol die een stage-omgeving kan spelen op de ontwikkeling van een professionele identiteit, de rol van het informele curriculum. Het formele curriculum is, in overeenstemming met het vooronderzoek, met betrekking tot samenwerking tussen artsen en verpleegkunde door beide groepen aangeduid als beperkt. Sommige stageplekken bieden opleiding aan waarin via opdrachten soms deze samenwerking aan bod komt. De meeste studenten geven aan dat ervaringen met samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen pas tijdens de stage, in de praktijk plaatsvinden. Dit is geheel in lijn der verwachting wanneer wordt gekeken naar de theorie van de community of practice.

5.5 Samenvattend

De definitie van de situatie verschilt tussen studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde. Aanvankelijk werd in dit onderzoek gesteld dat verschil in de definitie van de situatie een negatief effect zou hebben op de kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Dit moet echter worden genuanceerd. Wanneer een verschil bestaat in de definitie van de situatie zorgt dit waarschijnlijk ook voor verschil in het ervaren van taken en verantwoordelijkheid. Als de definitie van de situatie precies hetzelfde zou zijn voor studenten van beide professies zouden eventuele jurisdictieclaims ook op hetzelfde gebied liggen waardoor jurisdictiestrijd wordt aangewakkerd. De taakverdeling en hoe deze wordt ervaren door studenten heeft hier invloed op. Wanneer wordt gekeken naar de jurisdictieclaims werd gesteld dat overlappende jurisdictieclaims leiden tot jurisdictiestrijd. Hiernaast blijkt nog een uitkomst mogelijk. Bij overlap in jurisdictieclaims gaven sommige studenten aan juist aanvulling van elkaar te zien. Naast overlap in jurisdictieclaims komt ook het blijven liggen van jurisdictie voor.

De vraag of en hoe de kwaliteit van de samenwerking tussen arts en verpleegkundige samenhangt met de ontwikkeling van professionaliteit binnen de opleiding kan naar aanleiding van dit onderzoek op de

volgende manier worden beantwoord. De ontwikkeling tot professie door middel van de manier waarop studenten de situatie leren definiëren en vooral de manier waarop ze zich in elkaar kunnen verplaatsten, speelt een rol in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Een jurisdictie strijd is niet direct te vinden waarbij wel oog moet zijn voor het gewicht dat studenten geneeskunde hangen aan gewoonten en cultuur op de werkvloer wanneer taakverschuiving aan de orde is.

5.6 Sterke en zwakke punten

De methodologie van het onderzoek zal worden besproken aan de hand van de sterke en zwakke punten die dit onderzoek kent. Eerst zullen de sterke punten van dit onderzoek worden besproken gevolgd door de beperkingen van dit onderzoek.

Sterke punten

De brede manier van het doen van vooronderzoek heeft gezorgd voor een goed beeld van het onderzoekgebied waarin gewerkt kan worden. Naast het doen van literatuuronderzoek is er gesproken met een grote groep sleutelfiguren. Ook is er een aantal dagen meegelopen met studenten geneeskunde en verpleegkunde. Dit zorgde voor een breed beeld van het onderzoeksgebied waardoor het onderzoek een solide basis had om op voort te borduren.

De keuze om kwalitatief onderzoek te doen is passend voor dit onderwerp. Zoals eerder werd genoemd is dit een explorerend onderzoek waarvoor een kwalitatieve methode een juiste keuze is. Het afnemen van interviews is een kwalitatieve onderzoeksmethode die resultaten geeft die de deelvragen beantwoorden. Hierbij is de bewuste keuze van de participanten, purposive sampling, te verantwoorden (Hennink, et al. 2011). De studenten zaten allemaal in het laatste jaar van de opleiding waardoor ze al vorming van stageplekken en opleiding hadden ondergaan waarnaast de participanten op een beschouwende afdeling stage liepen (op één student na) wat de 'soort' samenwerking gelijk hield. Tijdens het vooronderzoek suggereerden de sleutelfiguren dat er waarschijnlijk verschil zou zitten in de samenwerking tussen beschouwende en snijdende afdelingen. De participanten hebben bruikbare informatie kunnen leveren.

Tijdens het onderzoeksproces stond de onderzoeker open voor verschillende invalshoeken. Gedurende het proces zijn aanpassingen gedaan wanneer dit nodig was om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten. Het toevoegen van extra theorie, een andere manier van kijken naar de data en het blijven brainstormen tijdens de analyses over mogelijkheden en interpretatie van de data zijn hier voorbeelden van. Door open te blijven staan voor verschillende invalshoeken wordt voorkomen dat met een tunnelvisie wordt gekeken naar bijvoorbeeld de data.

De intersubjectiviteit van het onderzoek is vergroot door een tweede codeur te vragen¹⁸. Deze tweede codeur heeft meegekeken naar de codelijst. Daarnaast heeft de tweede codeur een interview gecodeerd

¹⁸ Master student Sociologie

zodat gekeken kon worden naar de mate waarin de data op dezelfde manier werd geïnterpreteerd. Na het gesprek met de 2^e codeur zijn aanpassingen gedaan in de codelijst. Vervolgens is nog een extra codeur gevraagd¹⁹. Dit om nogmaals mee te kijken naar de codelijst en een interview te coderen. Bij het bespreken van het gecodeerde interview bleek dat er geen fundamentele verschillen meer optraden in interpretatie.

Bij alle interviews is interactie geweest tussen de onderzoeker en de geïnterviewde. Door de interactie die heeft plaats gevonden tijdens de interviews zijn invloeden vanuit de onderzoeker, maar ook de geïnterviewde, deel van de dataverzameling. Er is geprobeerd inzicht te geven in de methodiek en data verzameling.

Beperkingen

Ten eerste kan worden gekeken naar de werving van de participanten. De studenten die benaderd zijn studeren aan de RuG of aan de Hanzehogeschool in Groningen. De ziekenhuizen waarin stage wordt gelopen liggen in Groningen, Friesland of Drenthe. Hierdoor kunnen de resultaten in het onderzoek niet gegeneraliseerd worden naar elke situatie. Dit onderzoek is echter kwalitatief en explorierend in de opzet, waardoor het generaliseren van de resultaten niet direct het doel is van dit onderzoek. Wanneer rekening wordt gehouden met de context van het onderzoek kunnen de gevonden resultaten als basis gebruikt worden bij vervolgonderzoek. De context van het onderzoek is belangrijk. Het is van belang om dit onderzoek in andere contexten te repliceren.

Ten tweede heeft slechts een klein deel van de benaderde participanten aangegeven mee te willen werken aan het onderzoek. Er is een verpleegkundige geïnterviewd die al afgestudeerd was, wegens de moeite die het kostte om participanten te vinden. Deze verpleegkundige zette net haar eerste stappen als werkneemster en had nog weinig ervaring als gediplomeerd verpleegkundige waardoor ze is opgenomen in de participanten groep.

Een ander aandachtspunt is de vooropleiding van de onderzoeker. De onderzoeker heeft een vooropleiding in de zorg, HBO-Verpleegkunde. Hierdoor zou de onderzoeker mogelijk bevooroordeeld zijn in het voordeel van de verpleegkundigen. Door hier bewust van te zijn en te letten op mogelijke teken van bevooroordeeling is geprobeerd hiervoor te controleren. Hierbij is tijdens het analyseren van de data en het schrijven van de resultaten door de onderzoeker gemerkt hierin te ver door te schieten waardoor mogelijk het vooroordeel in voordeel van de geneeskundigen ging gelden. Ook dit is opgemerkt waarna een zo'n eerlijk mogelijke middenweg is gezocht.

5.7 Aanbevelingen

In het onderzoek is naar voren gekomen dat studenten geneeskunde en studenten verpleegkunde het lastig vinden om zich in te leven in de situatie van de ander. Studenten ervaren moeite met het

¹⁹ Schoolpsychologe en trainer

definiëren van de situatie vanuit het perspectief van de andere professie. Hierin zou een rol kunnen liggen voor de opleidingen om via het formeel curriculum aandacht te besteden aan andere professies. Mogelijk is het meelopen met een verpleegkundige tijdens iedere coschap voor geneeskunde studenten interessant, net als het mee laten lopen met een arts bij iedere stage van de verpleegkunde studenten. Verder gaven studenten aan dat er überhaupt in het formele curriculum weinig tot geen aandacht wordt besteed aan de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. De studenten die hier via de stageplek wel oefening in kregen, gaven aan dit prettig te vinden. Mogelijk kunnen naast stageplekken ook opleidingen zelf kijken naar methodiek waarin de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen wordt behandeld. Daarnaast speelt natuurlijk het verborgen curriculum een rol, een rol die zeker niet onderschat mag worden volgens arts en organisatieadviseur Witman (2010). Ze noemt het verschil tussen de structuur van een organisatie die uit te werken is maar ook een innerlijk model van een sociale omgeving, en dus ook de samenwerking met andere professies in die omgeving. Bewustwording van de onderschatte rol van het informele curriculum is volgens Witman (2010) belangrijk om veranderingen door te kunnen voeren.

Naast praktische aanbevelingen kunnen naar aanleiding van dit onderzoek ook aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek. In dit onderzoek is aandacht besteed aan studenten van beschouwende afdelingen. Interessant zou zijn om te kijken in hoeverre er verschil zit tussen studenten van beschouwende en snijdende specialismen en naar de manier waarop studenten op deze afdelingen de samenwerking ervaren en welke aspecten hierin naar voren komen.. Uit het vooronderzoek kwam naar voren dat er verschil wordt verwacht in de samenwerking tussen deze beide specialismen. Er werd genoemd dat dit kwam door een mogelijk groter belang aan informatie van verpleegkundigen van de artsen op beschouwende afdelingen in vergelijking met artsen van snijdende specialismen. De manier van het definiëren van de situatie en het uiten van jurisdictieclaims kunnen dan vergeleken worden tussen beide soorten afdelingen. Wanneer hier daadwerkelijk verschil in blijkt te zitten zou bijvoorbeeld informatie behoefte, een gedeeltelijke verklaring geven voor de kwaliteit van samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Tot slot is er nog de gedachte dat beginnende studenten al aan het begin van de studie een bepaald beeld hebben hoe een situatie te definiëren en wat al dan niet taken zijn van een verpleegkundige of arts (Ten Hoeve, Jansen & Roodbol, 2013). Het zou interessant zijn om te kijken naar de beginnende professionele identiteit van studenten in het eerste jaar. Er kan dan gekeken worden naar verschil tussen beginnende studenten en studenten aan het einde van de studie om zo de ontwikkelingen van studenten tijdens de studie in kaart te brengen.

Literatuurlijst

- Aakster, C., & Groothoff, J. (2003). *Medische sociologie*. Groningen/Houten: Wolters Noordhoff.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor* University of Chicago Press.
- Altheide, D. L. (2000). Identity and the definition of the situation in a mass-mediated context. *Symbolic Interaction*, 23(1), 1-27.
- Babbie, E. (2010). *The practice of social research*. Belmont, CA: Cengage learning.
- Baggs JG. (2007). Nurse-physician collaboration in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 35(2), 641-2.
- Baggs JG, & Ryan SA. (1990). ICU nurse-physician collaboration & nursing satisfaction. *Nursing Economic*, 8(6), 386-92.
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A. (., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: Implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98-104.
- Bronstein, L.R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48, 297-306. doi: 10.1093/sw/48.3.297
- Burdall, O., Bohr, C., Spray, C., & Cusick, E. (2015). Parent, patient and professional perception of issues for children living with a stomas. *International Journal of Surgery*, 23(Supplement 1), S90.
- Clarke, A. (2010). *The sociology of healthcare*. Pearson Education.
- Cobb, P., & Bowers, J. (1999). Cognitive and situated learning perspectives in theory and practice. *Educational Researcher*, 28(2), 4-15.
- Cox, A. (2005). What are communities of practice? A comparative review of four seminal works. *Journal of Information Science*, 31(6), 527-540.
- Dijkstra, I. S., Pols, J., Rimmelts, P., Bakker, B., Mooij, J. J., Borleffs, J. C. C., & Brand, P. L. P. (2013). What are we preparing them for? Defelopment of an inventory of tasks for medical, surgical and supportive specialities. *Medical Teacher*, 35 (4) E1068-E1077. DOI: [10.3109/0142159X.2012.733456](https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.733456)
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (JA spaulding & G. simpson, trans.). Glencoe, IL: Free Press.(Original Work Published 1897),
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge* University of Chicago press.
- Fuller, A., Hodkinson, H., Hodkinson, P., & Unwin, L. (2005). Learning as peripheral participation in communities of practice: A reassessment of key concepts in workplace learning. *British Educational Research Journal*, 31(1), 49-68.
- Hoeve, Y. Ten., Jansen, G., & Roodbol, P. (2013) The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (2), 295-309.

- Hubert, S. (2001) 'Voelt u zich al professional? De verpleging professionaliseert en eist haar territorium op. Hoe ver zijn we op weg naar de status van professie?' *Nursing*, 2001
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2007) Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming. Onderzoek van de Inspectie van de Gezondheidszorg, 2007 retrieved from http://www.igz.nl/15451/475693/2007-02_Rapport_Preoperatie1.pdf
- Jochemsen-van der Leeuw, H. G., van Dijk, N., van Etten-Jamaludin, F. S., & Wieringa-de Waard, M. (2013). The attributes of the clinical trainer as a role model: A systematic review. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(1), 26-34.
- Jong, M. de. (2007, June 25). *De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen*. Bachelor scripties (iBMG). Retrieved from <http://hdl.handle.net/2105/4422>
- Jonge, E. de (2015). Benaderingen van professionaliteit. Retrieved from <http://bodyofknowledgesociaalwerk.nl/benaderingen-van-professionaliteit>
- [Keefe, B., Geron, S., & Enguidanis, S. \(2009\) Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits and challenges. *Social work in health care*.48\(6\), 579-596.](#)
- Lajara, R., Guerrero, G., & Thurman, J. (2012). Healthcare professional and patient perceptions of a new prefilled insulin pen versus vial and syringe. *Expert Opinion on Drug Delivery*, 9(10), 1181-1196.
- Lave, J. (1991). Situating learning in communities of practice. *Perspectives on Socially Shared Cognition*, 2, 63-82.
- Leever, A. M., Hulst, M. V. D., Berendsen, A. J., Boendemaker, P. M., Roodenburg, J. L. N., & Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 612-624. doi:10.3109/13561820903550762
- Makaram, S. (1995). Interprofessional cooperation. *Medical Education*. 29(1), pp 65-69..
- Macionis, J., Peper, B., van der Leun, J. (2010) *de samenleving, kennismaking met de sociologie* Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- McDonald, K. M. (1995). *The sociology of the professions*. London: SAGE Publications.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2006). *Leadership roles and management function in nursing: theory and application*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins
- Neggers, H. J. M. (2008). Samenwerking kan veel beter; arts is niet zo toegankelijk, verpleegkundige heeft weinig aanzien. *14*, 598-600.
- Paradis E, & Whitehead CR. (2015). Louder than words: Power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. *Medical Education*, 49(4), 399-407.
- Park, D., & Moro, Y. (2006). Dynamics of situation definition. *Mind, Culture, and Activity*, 13(2), 101-129.

- Plochg, T., Juttmann, R. E., & Klazinga, N. S. (2012). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: key features of succesful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of interprofessional care*, 22 (2), 133-147
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, & Koppel I. (2008). Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD002213.
- Rijksuniversiteit Groningen. (2015). Sociologie. Retrieved from <http://www.rug.nl/gmw/sociology/education/>
- Robben, S., Perry, M., van Nieuwenhuijzen, L., van Achterberg, T., Rikkert, M. O., Schers, H., . . . Melis, R. (2012). Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3), 196-204.
- Roodbol, P. F. (2005). *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen; onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen* (Doctor of Philosophy).
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1/May 2005), 132-147.
- Sanders, J. (2000). A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. the implications for current minor injury service provision in england and wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1097-1105.
- Thomas, W. I., (1928). *The child in America: behavior problems and programs*. New York: A. A. Knopf. p. 572
- Thomas, W. I., & Thomas, D. S. (1931). The definition of the situation. *Symbolic Interaction. A Reader in Social Psychology*, 2nd Edn. Jerome G. Manis and Bernard N. Meltzer, Eds. Boston, MA: Allyn and Bacon, , 331-336.
- van Tol, D. G., de Bree, M. J., Dekker, H., & van der Molen, T. (2014). *Handboek medische professionaliteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- V&VN (2012) *Profiel verpleegkundige*. Retrieved from http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- Wenger, E. (2011). Communities of practice: A brief introduction.
- Witman, Y. (2010). Het verborgen curriculum, een onderschat fenomeen. In: *Leren in organisaties. Als leren het antwoord is, wat is dan de vraag?* Red: G. Schuiling, H. Vermaak, H. Tours. Deventer: Kluwer.

Zorg Innovatie Platvorm. (2009). Zorg voor mensen, mensen voor de zorg; arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. Retrieved from <http://www.mijnvakbond.nl/Documenten%20MijnVakbond.nl/Zorg/Ouderenzorg%20Thuiszorg%20Kraamzorg/ZIPZorgvoormensenmensenvoordezorg%20arbeidsmarktbeleid%202025.pdf>

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3)

Bijlagen

Bijlage 1 Uitnodigingsmail verpleegkunde

Bijlage 2 Uitnodigingsmail geneeskunde

Bijlage 3 Interview schema

Bijlage 4 Codelijst

Bijlage 5 Thick descriptions

Bijlage 1 Uitnodigingsmail verpleegkunde

Beste studenten U2,

Momenteel zitten jullie in de eindfase van je U2 stage. Graag wil ik jullie (namens ook de Academie voor Verpleegkunde) vragen of je wilt meewerken aan het onderzoek van Myrna Molema. Myrna doet onderzoek naar samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Zij wil voor haar onderzoek graag U2 studenten hierover interviewen. Het gaat om studenten die hun stage doen bij een beschouwend specialisme zoals Interne geneeskunde en neurologie.

Myrna zal jullie mogelijk dus via je Hanze mail benaderen voor uitleg van het onderzoek en vragen of je aan het onderzoek wilt deelnemen.

We hopen vanuit de opleiding dat je voor deelname aan het onderzoek tijd kunt en wilt vrijmaken.

Mocht je dus door Myrna benaderd worden dan weet je dat hierover is gecommuniceerd met de opleiding.

Met vriendelijke groeten,

?????? ???????

Docent Academie voor Verpleegkunde/????

Hanzehogeschool Groningen

tel.:050-???????

mail: ?.??????@pl.hanze.nl

Eyssoniusplein 18

9714 CE Groningen

Beste

Gisteren heb je een mail gekregen van Albert Pranger waarin werd aangegeven dat ik contact met je kon opnemen. Ik ben op dit moment op zoek naar studenten verpleegkunde in de U2 stage lopen in een ziekenhuis, én die mij willen helpen met mijn onderzoek. Mijn onderzoek doe ik voor het afstuderen bij de opleiding sociologie. Het doel van dit onderzoek is meer inzicht krijgen in de rol van de opleiding bij het samenwerken van artsen en verpleegkundigen.

Vanaf komende week ga ik interviews houden die maximaal een uurtje zullen duren. Van de interviews maak ik geluidsopnames die alleen gebruikt worden voor het uittypen van de gesprekken. Namen en persoonlijke gegevens worden geanonimiseerd. Het zou heel fijn zijn als je mee wilt helpen. Graag hoor ik van je of je dit zou willen. Mocht je mij willen helpen kijken we wanneer het voor jou het beste uitkomt om deel te nemen aan het interview. Ook wanneer het voor jou niet mogelijk is om geïnterviewd te worden zal ik een mailtje op prijs stellen. De interviews worden ingepland in de weken 24, 25, 28 en 29.

Wanneer je meer informatie wilt over het onderzoek kun je dit ook aangeven zodat ik je dit kan opsturen.

Met vriendelijke groet,

Myrna Molema

Hallo

Vorige week vrijdag heb ik een mail gestuurd met de vraag of je mee zou willen helpen aan mijn onderzoek. Dit onderzoek zal ongeveer een uurtje in beslag nemen en ik ben nog op zoek naar een aantal studenten verpleegkunde die aan dit onderzoek mee zouden willen werken. In overleg met mijn hoofdbegeleider is besloten dat wanneer het lastig is een face-to-face interview in te plannen, het ook een optie is om via Skype een gesprek te voeren.

Heb je in week 25, 28 of 29 toevallig dagen dat je denkt dat je een uurtje kan missen, dan hoor ik het graag. Ook wanneer het je niet lukt zou ik graag een mailtje terug krijgen.

Met vriendelijke groet,

Myrna

Bijlage 2 Uitnodigingsmail geneeskunde

Beste

Van ??? ????/???? ?????? heb ik je mail adres gekregen. Ik heb hem/haar benaderd om me te helpen bij mijn afstudeer onderzoek binnen de master medische sociologie. Het doel van dit onderzoek is meer inzicht krijgen in de rol van de opleiding bij het samenwerken van artsen en verpleegkundigen.

Ik ben op dit moment op zoek naar studenten geneeskunde die de semi-arts stage (gaan) lopen of net hebben afgerond, én die mij willen helpen met mijn onderzoek. In de periode van 18 juli tot 2 september wil ik graag interviews afnemen die hooguit een uurtje in beslag zullen nemen. Van de interviews maak ik geluidsopnames die alleen gebruikt worden voor het uittypen van de gesprekken. Namen en persoonlijke gegevens worden geanonimiseerd.

Het zou heel fijn zijn als je me wilt helpen. Graag hoor ik van je of dit mogelijk is. Mocht je mij willen helpen dan kijken we wanneer het voor jou het beste uitkomt om deel te nemen aan het interview. Ook wanneer het voor jou niet mogelijk is om geïnterviewd te worden stel ik een mailtje op prijs.

Wanneer je meer informatie wilt over het onderzoek dan hoor ik dit graag.

Alvast bedankt voor je reactie.

Met vriendelijke groet,

Myrna Molema

Bijlage 3 Interview schema

Introductie

Als eerst natuurlijk welkom en heel erg leuk dat je tijd kon en wilde vrijmaken om mee te werken aan mijn onderzoek. Ik heb in de mail al wat informatie gestuurd maar het lijkt me goed om eerst even kort wat te vertellen over het onderzoek en hoe het komende uur is ingepland, dan kunnen we daarna beginnen.

Zoals ik al had verteld ben ik aan het afstuderen voor de master medische sociologie. Voor mijn afstudeeronderzoek heb ik gereageerd op een vacature waarbij de vraag was te kijken naar de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen vanuit de opleiding. De samenwerking is een onderwerp dat van belang is, goede zorg is afhankelijk van goede samenwerking van alle betrokkenen. Er worden veel interventies gedaan op de werkvloer zelf, maar in de opleiding wordt mogelijk de basis gelegd voor de wijze waarop artsen en verpleegkundigen later in de praktijk met elkaar samenwerken.

In dit onderzoek ga ik kijken naar hoe studenten geneeskunde en verpleegkunde een patiënten situatie definiëren/benaderen. Daarnaast zal ik kijken naar in hoeverre er onduidelijkheid bestaat over de taken die verpleegkundigen en geneeskundigen uitvoeren en wie er wanneer verantwoordelijk is. Ik ga hier naar kijken met behulp van een casus die ik aan je wil gaan voorleggen en waar ik enkele vragen over wil stellen.

Voor ik begin wil ik vragen of je het goed vindt als ik een opname van het interview maak. Ik wil dat doen om mij tijdens het interview zo goed mogelijk op het gesprek te kunnen richten en niet tegelijkertijd hoeft te schrijven. Na afloop heb ik dan de tijd om alles uit te typen en daarna zal ik de opnames verwijderen. Het gesprek zal vertrouwelijk behandeld worden en zal alleen worden gebruikt voor dit onderzoek. Verder zal ik de gesprekken anonimiseren zodat de gesprekken niet terug te herleiden zijn naar jou. Het gesprek zal ongeveer 45 tot 60 minuten duren. Hierbij kan je geen goed of fout antwoord geven, alles wat je zegt zal nuttig voor mij zijn. Daarnaast is het goed om te weten dat wanneer je iets niet wilt beantwoorden je altijd vrij bent dit aan te geven. Heb je verder nog vragen of opmerkingen?

3 min.

Vragen Definitie van de situatie

‘Voor we beginnen aan de casus ben ik benieuwd hoe je nu over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen denkt...’

1. Welke associatie heb je nu bij: samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen?
(Probes: Wat vind je ervan? Positief/negatief? Onduidelijkheden in de situatie?
Taakverdeling?) **5 min.**

‘ik wil je nu een casus voorleggen. Je komt na een weekend vrij op maandagmorgen op de afdeling. vrijdag avond is mw. Pieterse opgenomen.’

Mw. Pieterse (70 jaar) was vrijdag aan het einde van de middag op de SEH opgenomen met een longontsteking en exacerbatie COPD. De longarts heeft toen vrijdag avond besloten dat mw. wordt opgenomen op de afdeling.

2. Wat wil je op z'n minst lezen in de overdracht/haar dossier?
(Probes: Wat is er voor jou belangrijk? Prioritering?) **5 min.**

‘Je krijgt de volgende informatie. Neem even kort de tijd en lees de situatie rustig door’

Casus deel 1*

3. Welke punten zijn voor jou als verpleegkundige/ coassistent het meest belangrijk?
(Probes: Prioritering? Wat? Hoe? Wie verantwoordelijk?)
4. Wat zou hier een volgende stap kunnen zijn om dit aandachtspunt aan te pakken?
(Probes: Wat, Hoe, Wie verantwoordelijk?) **10 min.**
5. Wat zou je als verpleegkundige/coassistent met mw. Pieterse willen bereiken?
(Probes: Lichamelijk, Psychisch, Sociaal? Verantwoordelijkheid?)

‘We hebben nu de casus van Mw. Pieterse besproken en wat voor jou als verpleegkundige/coassistent de aandachtspunten zijn.’

6. Wat denk je dat een verpleegkundige/ arts belangrijk zou vinden in deze situatie ?
(Probes: Welke dingen? Welke punten neem je aan dat de ander doet? Gezamenlijke punten?)

7 min.

Vragen Jurisdicteclaim

1. Wat zijn volgens jou punten rondom de patiënt/patiëntenzorg waarover soms onduidelijkheid bestaat wie verantwoordelijk is?

(Probes: Zorgtaken? Zorgcoördinatie? Aanspreekpunt? Gezamenlijk behandelplan?)

3 min.

‘Om verder te gaan heb ik nog een uitbreiding van de situatie van mw. Pieterse. Hierin bestaat onduidelijkheid bestaat over het takenpakket van de verpleegkundige en geneeskundige ´

Casus deel 2 **

2. Er is een aantal dingen in de casus geregeld en ik vraag me af wie dat doet?

(Probes: Wie besluit/ Waarom? Andere situatie?)

3. Nu dit helder is; de contact persoon moet nog worden gebeld..

(Probes: Wie? Afstemming?)

5 min.

4. Kun je een situatie bedenken waarin je mening over wie wat doet anders zou zijn?

(Probes: familie kent arts niet? Drukte arts?)

3 min.

Afsluiting

Bijna tijd om af te ronden: ‘We hebben het net gehad over situaties waarin soms een verschil van mening kan ontstaan over wie waar verantwoordelijk voor is’

1. Wat vind je als verpleegkundige/coassistent van de verdeling van de taken zoals ze nu zijn?

(Probes: eigen ervaringen? bevoegd bekwaam? wat verwacht je?)

2. Heb je een voorbeeld van goede/slechte samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

(Probes: concretiseren? Voorbeeld?)

7 min.

3. Wil je nog dingen kwijt over het onderwerp?

‘Heb je nog vragen over het gesprek & Vind je het fijn als ik de uiteindelijke versie opstuur?’

Heel erg bedankt voor je tijd.

Succes met het afronden van de coschap/stage.”

2 min.

Totaal: 50 min.

* Casus deel 1

Observaties/anamnese

Mevrouw is zeer mager (gewicht: 45 kg. ; lengte: 1.76 meter) en heeft een blauw/grauwe kleur. Ze heeft een piepende ademhaling en is benauwd en kan daardoor moeilijk een gesprek voeren. Ze heeft een naar voren gebogen houding. Ze rochelt en heeft een zuurstofslangetje (neusvorkje) in haar neus, 2 liter zuurstof. Haar pols is 92 per minuut, temperatuur 39,5°C en haar bloeddruk 160/90 mm/Hg. Haar huid is dun en droog, de huidturgor is slecht, blijft staan. Ze heeft droge lippen en korstjes in haar mondhoeken.

Zondag

Reden van opname: COPD exacerbatie met luchtweginfectie

Observatie: Mevrouw knapt iets op en geeft zelf aan dat ze minder benauwd is. Dyspneu verminderd

LAB: CRP licht gedaald (150-120)

Conclusie: Lijkt iets te herstellen

Beleid: Antibiotica door

Na een paar stappen lopen is zij uitgeput en kan enkele minuten niet praten. Zij zit op een vezelkussen ter voorkoming van decubitus. Ze ziet er moe uit met donkere kringen onder haar ogen. Mevrouw Pieterse heeft een hechte band met haar man, kinderen en kleinkinderen. Haar vriendin komt haar wekelijks bezoeken. Samen met haar man woont mevrouw Pieterse in een flat, Met de medebewoners heeft het echtpaar een goed contact. Mevrouw wil niet al haar problemen met haar familie bespreken, met name haar angst om te stikken wil ze met hen niet bespreken. Zij voelt zich erg afhankelijk.

Mevrouw kan zich goed uitdrukken en is duidelijk in haar beslissingen omtrent wat ze wel en niet meer wil. Ze wil graag over haar problemen omtrent haar ziekte praten. Soms praat ze over dingen heen of lijkt ze bepaalde zaken niet te horen. Een gesprek met de partner en andere familie over andere dan praktische zaken gaat zeer moeizaam en wordt ontweken.

Medicatie:

- ipratropium (Atrovent), unit-dose a 0,5 mg in 2 ml } samen vernevelen 6x daags
- salbutamol (Ventolin), inhalatie vloeistof 5 mg/ml } met 1 ml fysiologisch zout
- beclomethason (Becotide), 4 x daags een pufje met voorzetkamer
- prednison, 1x daags 5 mg oraal

- theophylline, 2x daags 300 mg
- acetylcysteïne, (Fluimucil), 2x daags 600 mg bruistablet
- temazepam (Normison), 1x daags 10 mg (voor het slapen)
- oxazepam (Seresta), zo nodig 10 mg
- calcium, 1x daags 1000 mg
- alendroninezuur (Fosamax), 1x daags 10 mg
- amoxicilline/clavulaanzuur, 1000/100 mg, iedere 12 uur

****Casus deel 2**

Het is dinsdag aan het einde van de middag. Mw. Pieterse is plotseling erg onrustig. Ze blijkt een delier te hebben er wordt besloten dat er wordt gestart met haldol en antibiotica. Na overleg wordt besloten dat ze op de kamer moet blijven zodat ze in de gaten gehouden kan worden, hiervoor is toestemming nodig van de familie. Met de familie is afgesproken dat er in dit soort situaties contact wordt opgenomen wordt met de dochter.

Bijlage 4 Codelijst

<u>Code</u>	<u>Type code</u>	<u>Beschrijving code</u>	<u>Voorbeeld</u>
1. Probleem definitie	Deductief	Wanneer de participant een situatie omschrijft en hierin	een definitie geeft aan de situatie,
2. Prioritering casus	Deductief	Waar de participant aangeeft welke punten hij/zij belangrijk vind in een situatie en noemt welke stappen hij/zij zou ondernemen; waar de participant de situatie definieert en vormgeeft. Wanneer een prioritering naar voren komt bijten de casus, en <u>over punten in de samenwerking!</u>	“met name ’s ochtend als we samen met de verpleegkundige visite lopen. Dan komen ze altijd bij ons op de kamer en vertellen ze hoe het met de patiënt gaat enzo, dat is het belangrijkste moment wat mij betreft.”
3. Inleven definitie van de situatie	Deductief	Uitingen van het inleven in hoe de andere professie zou handelen naar een situatie kijkt en prioriteiten stelt. Hieronder vallen ook ‘verwachtingen’ van hoe de ander zou reageren in een bepaalde situatie	“Ja ik weet natuurlijk niet of ze op die manier ernaar kijken, maar ik denk dat ze voornamelijk op het medische stuk gaan kijken ”
4. Doel	Deductief	Als de participant het heeft over wat hij/zij wil bereiken met de patiënt(voordat deze met ontslag gaat). Of wanneer de participant aangeeft een doel te hebben in de samenwerking omtrent de patiënt.	“Ja dat ze euhm, vitaal en sterk genoeg is om weer naar huis te gaan, dat ze aangesterkt is, dat die exacerbatie zeg maar euhm en die luchtweginfectie zeg maar weg is”“ euhm ja zijn beide partijen ook heel belangrijk voor elkaar om goede zorg te leveren voor patiënten.”
5. Medische aspecten	Deductief	Biologische of medische aspecten rondom de patiënt(zorg), lichamelijke problematiek en gezondheid.	“Nou kijken hoe de medicatie is ingesteld. Dus euhm, nu vernevelt ze 6 keer daags. Nou ja je zou kunnen zeggen als ze nog echt heel benauwd is zou je misschien zelfs elk uur wel moeten vernevelen.”
6. Psychosociale aspecten	Deductief	Bij het noemen van psychosociale aspecten rondom de patiënt, geestelijke gezondheid, coping en psychologische of psychiatrische problematiek het netwerk van de patiënt, de woonsituatie en de activiteiten van de patiënt.	“maar ik denk dat het voor hun ook echt belangrijk is dat ze echt die angst heeft om te eten. Want als ze de oorzaak kunnen wegnemen, ja want de oorzaak wegnemen is beter dan de symptomen bestrijden. ”
7. Thuissituatie patiënt	Inductief	Wanneer er wordt gesproken over de thuissituatie van de patiënt in de zin van hoe deze is of wat er moet gebeuren voordat de patiënt kan terugkeren naar huis.	“euhm voornamelijk voor mij vind ik de thuissituatie heel belangrijk, hoe gaat het thuis door, krijgt ze controle, komt ze op de poli terecht bij de long verpleegkundige, dat vind ik hieruit het belangrijkste.”
8. Voorgeschiedenis	Deductief	Eerdere ervaringen met de gezondheidszorg van de patiënt. Ziekte voorgeschiedenis zowel psychosociaal als medisch.	“Nou ik zou me willen verdiepen in de voorgeschiedenis van de patiënt. Ja überhaupt het dossier even goed kennen. Euhm, en ja, denk dat dat op dit moment het belangrijkste is.”
9. Huidige situatie	Deductief	Wanneer de participant de huidige situatie benoemd, het heeft over de huidige opname en wat in de huidige	“ Euhm even kijken. Ja lijkt iets te herstellen, nou ja euhm wat ik sowieso ook vind, wat ik graag zou willen weten is hoelang ze hier nog zou moeten blijven

			situatie gebeurd of speelt.	liggen, dus dat zou ik overleggen met de arts, en euhm nou ja als ze daarna naar huis kan of niet.”
10.	Nazorg	Deductief	Bij het spreken over de situatie na het ontslag in het ziekenhuis. Nazorg, polikliniek, thuiszorg, revalidatie. <u>De code niet gebruiken bij het spreken over de thuissituatie wanneer hierbij niet het inschakelen van de thuiszorg wordt genoemd.</u>	“G: Ja eigenlijk wel, ze als we visite lopen gaan toch altijd, nou ja hoe gaat ze naar huis, gaat ze naar revalidatie, of gaan ze naar een verzorgingstehuis, dus op zich wordt er wel heel veel rekening mee gehouden tijdens euhm, het opname op de afdeling, ”
11.	Taakverdeling	Deductief	Als de participant spreekt over de verdeling van taken tussen de verpleegkundige en arts of andere zorgprofessionals. Ook bij het spreken over grensgebieden over taken en verantwoordelijkheden.	“Dat is, ja qua taakverdeling, de een doet dit en de ander doet dat, dat er een bepaalde opdracht gegeven wordt dan gebeurd het ook wel, dat denk ik over het algemeen dus.”
12.	Taak andere professie	Inductief	Wanneer door de participant een andere professie wordt genoemd die een taak heeft in of rondom de patiëntenzorg.	“Nou ik zou daar bijvoorbeeld maatschappelijk werk of geestelijk verzorger maar ik denk dat die vrouw ook, aangezien ze vragen heeft over praktische dingen dat ik denk, nou een artsens gesprek zou ook niet verkeerd zijn om wat uitleg te krijgen over de situatie.”
13.	Taak arts	Deductief	Wanneer de arts wordt benoemd als verantwoordelijke voor taken rondom de patiënt	“Nou ja weet ik veel dat ze op het lab of iets erachter komen dat er nog iets mis is zeg maar, dan vind ik opzicht dat de arts daar eigenlijk wel uitslag van geeft.”
14.	Taak verpleegkundige	Deductief	Wanneer de verpleegkundige wordt benoemd als verantwoordelijke voor taken rondom de patiënt	“de arts heeft van ik wil binnenkort een gesprek met de familie om uit te leggen hoe de situatie is en hoe het ervoor staat, en ik denk dat je als verpleegkundige, dat je daar tussen bemiddeld.”
15.	Taak onduidelijkheid	Deductief	Als de participant zich uit over de taakverdeling en hierbij praat over het al dan niet duidelijk hebben van de verdeling/verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van taken.	“Dan denk ik van: is dat dan iets wat ik moet zeggen van: ik wil dit echt. Of moet ik het dan zelf doen. Want ik kan prima ook zelf controles doen. Euhm terwijl volgens mij wel de bedoeling is dat dat een verpleegkundige taak is.”
16.	Uitzonderingen taken	Deductief	Wanneer de taakverdeling anders is dan de participant gewend is. Een uitzondering op de normale taakverdeling.	“G: Euhm nou als iemand echt volledig onderuit gaat op de afdeling, plotseling, bijvoorbeeld een hartstilstand krijgen en het is niet bekend of diegene wel of niet reanimeren beleid heeft, dan zou, dan vind ik dat het aan de arts is om dat te overleggen met de familie, dat zou niet aan de verpleegkundige moeten zijn, omdat het toch meer medisch lijst is”
17.	Beleid makend	Inductief	Wanneer de participant spreekt over beleidsmatige aspecten rondom de patiënt en het maken van beleid.	“Nou allereerst wat de overwegingen zijn, welke diagnostiek gedaan is. Welke diagnostiek er niet gedaan is, om welke redenen. Waarom gekozen is voor een bepaald antibioticum.”
18.	Beslissingen	Inductief	Het praten over beslissingen die genomen (moeten) worden in of om de zorgsetting.	“Dus je bent ook een soort van, iemand die dingen signaleert voor de arts. En daar werk je natuurlijk ook in samen. Ik kan niet overal op medisch vlak beslissingen

			<u>Ook wanneer het gaat over inbreng en ideeën aandragen rondom te nemen beslissingen.</u>	nemen. Daar heb je de arts voor nodig. Maar je ziet wel dingen en die kun je overleggen.”
19.	Contact familie	Inductief	Bij het noemen van contact met de familie	“Ik denk dat dat moet allemaal uitgesproken worden, misschien eerst, alleen met de patiënt en daarna met de familie. Dat de familie op de hoogte is”
20.	Contact patiënt	Inductief	Bij het noemen van contact met de patiënt	“als jij het idee hebt, ja, soms kan het best zijn dan hun niet, dat hun de patiënt zo kort zien dat hun niet op die ideeën kunnen komen”
21.	Informatie overdracht	Inductief	Wanneer er wordt gesproken over het overbrengen van informatie tussen beide professies.	“Sowieso zijn de controles wat aan de hoge kant dat zou ik ook melden bij de arts.”
22.	Logistiek/Coördinatie zorg	Deductief	Als de participant verwijst naar het regelen en coördineren van de zorg rondom de patiënt	“Dus al een beetje over nadenken: wat heeft deze patiënt nodig waarin ik ook een spil in ben zeg maar.”
23.	Signaleren	Deductief	Het noemen van signalerende activiteiten rondom de patiënt of stukken tekst waaruit signalering van de patiënt nodig blijkt	“Euhm weet ik eigenlijk niet zo goed. Kijk je hebt het MDO en heel vaak is dat toch iets dat, nou ja. Verpleegkundige setting. Die signaleren het vaak als eerste.”
24.	Uitvoerend/ ADL/ praktische zorg	Deductief	Bij expliciet noemen van uitvoerende taken rondom de patiënten zorg en het helpen van een patiënt bij de dagelijkse bezigheden (wassen, eten, verzorgen). Tevens bij expliciet gerefereerd naar praktische kennis en zorg.	“ Ja en natuurlijk medicatie, dat is ook iets wat wij natuurlijk niet doen. Wat als verpleegkundige je uitvoert. Dus dat zou wel goed zijn om even te checken wanneer moet je wat aan haar geven. ”
25.	Reden taakverdeling	Inductief	Wanneer participanten op welke manier dan ook een reden geven voor de verdeling van taken	
26.	Aanwezigheid op afdeling/bij patiënt	Inductief	Bij verwijzingen naar de tijd die een zorgverlener heeft op de afdeling of doorbrengt bij patiënten en/of familie	“Nou ja het lijkt mij dat nou ja een arts die kan natuurlijk de patiënt niet altijd zien en die kan niet alles weten.”
27.	Dagindeling/tijdsbeperking	Inductief	Bij het refereren naar de dagindeling op een zorgafdeling van zowel de zorgverlener als de patiënt. daarnaast deze code gebruiken wanneer wordt gesproken over het ervaren van beperkte tijd bij het uitvoeren van taken	“G: Euhm, nou het enige punt dat ik weet waar ik tegen aan loop is dat verpleegkundige heel vaak met hun vragen komen binnen lopen dat ik denk: is dat nu een acute vraag om dat nu te stellen? Euhm, want daardoor loopt onze dag niet. Als je om de kwartier iemand komt”
28.	Gewoonte	Inductief	Als er wordt gesproken over gewoonten die spelen in de zorg. Gewoonten met betrekking tot handelingen, taken, omgangsnormen e.d..	“G: Nee alsnog niet, het is toch iets wat vind ik wel, tot de verpleegkundige taken behoren, wat ik heb meegemaakt op de afdeling, is dat artsen eigenlijk, eigenlijk bijna nooit met de familie contact hebben, ”
29.	InterMed	Inductief	Als er wordt gesproken over medische of psychosociale aspecten en dit als reden wordt aangedragen voor een taakverdeling. vb. dat is een sociaal aspect dus voor de verpleegkundige.	“G: Euhm nou ik denk dat dat echt de verpleegkundige ook doet eigenlijk, en euhm dat soms niet eens de arts daar van op de hoogte wordt gesteld. Dat merk ik dan bij mij op de afdeling. kijk die haldol nou dat vind iedereen echt een medisch is.”
30.	Ontwikkelingen in	Deductief	Wanneer maatschappelijke veranderingen of ontwikkelingen in de zorg worden genoemd als reden	“Euhm, nou ja, eigenlijk, dat is wat ik al aan het begin zei is dat inderdaad die

de zorg			voor hoe de taakverdeling plaatsvind	samenwerking omdat die steeds meer begint te overlappen. Meer vanuit de overheid en de zorgverzekeraar wordt ook steeds meer afgedwongen wordt dat dat zorg goedkoper wordt dat verpleegkundigen meer taken gaan overnemen.”
31. Samenwerking	Deductief	Wanneer er wordt gesproken over samenwerking		“En daar overlegde je heel veel mee maar af en toe kwamen de chirurgen ook langs en euhm daarbij vond ik de samenwerking heel leuk en, en heel duidelijk”
32. (Machts-) verhouding	Deductief	Wanneer er wordt gesproken over verhoudingen tussen personen in houding, taakverdeling of aanspreekvorm. Ook bij verwijzingen naar hiërarchie, inbreng mogelijkheden en prioritering van taken.		“Nee, nee en het scheelt ook wel heel erg welke arts je voor je hebt. Maar wat ik heb gezien, zijn de artsen vooral: ik weet hoe het moet en jullie geven antwoord op m’n vragen. ”
33. Afhankelijkheid aan elkaar/Aanvullen	Inductief	Het naar voren komen van uitingen waarin het elkaar aanvullen van beide professies naar voren komt.		“Je moet met elkaar samenwerken. Want alleen kan je het niet. Puur het artsen gedeelte dat kun je niet, en alleen het verpleegkundige deel loopt ook vast. Dus ik denk dat het een hele mooie manier is om samen te werken.”
34. Overleg / Inbreng	Inductief	Als er wordt gesproken over het hebben van inbreng van meningen of ideeën bij de andere professie en bij overleg situaties.		“dus ik vind juist het heel fijn als ze meedenken”” Nou het komt eigenlijk zelden voor, maar euhm de keren dat het is gebeurd was natuurlijk heel veel overleg geweest”
35. Samenwerking wisselend	Deductief	Bij het benoemen van de samenwerking en als hierbij wordt benadrukt dat deze niet eenduidig is maar kan wisselen in kwaliteit (per afdeling, per persoon, e.d.).		“ Ja eigenlijk vind ik dat het heel erg verschilt qua afdeling. Waar ik nu zit vind ik het eigenlijk heel goed gaan, ik heb ook wel eens in andere ziekenhuizen, andere afdelingen gemerkt dat dat toch wel veel wrijving is.”
36. Verwachtingen samenwerking	Inductief	Wanneer de participant zijn/haar verwachtingen uitspreekt over samenwerking, verhoudingen, sfeer, taken en/of verantwoordelijkheden op de afdeling.		“Ja, aangeven wel, vanuit jezelf kun je wel wat. Maar ik denk niet dat ze er veel mee zullen doen”
37. Persoonskenmerk en - eigenschappen	Inductief	Bij het noemen van persoonlijke eigenschappen van een participant zelf of van andere professionals.		“Maar daar ben ik zelf nooit tegen aangelopen. Ik denk omdat ik zelf ook wel vrij bescheiden ben. Dat, ja dat ik nooit, dat ik altijd gewoon fijne samenwerking heb kunnen hebben en mijn ding kond doen. En zij mij toegankelijk vinden om, euhm, te vertellen wat zij denken over de patiënt.”
38. Kennis en kunde	Inductief	Wanneer de kennis en kunde van een professional ter sprake komt		“ik denk dat daar inderdaad ook speelt dat die bepaalde kennis heeft en dat dat ook meegenomen wordt, ik denk dat dat zeker helpt.”
39. Vertrouwen & verantwoordelijkheids id	Inductief	Wanneer er wordt gesproken over vertrouwen in zorg professionals en over het nemen van verantwoordelijkheden als persoonskenmerk.		“G: Ja, ja, ja zeker, nou ik heb een echt zieke patiënt gehad. En, nou de verpleegkundige, die daarbij stond, die euhm maakte zich wel zorgen maar deed dan niet om de zoveel uur een controle. Dus dat vond ik dan vervelend, dan kan ik daar niet op bouwen.”
40. Werkervaring en of	Inductief	Wanneer het aantal jaar werkervaring aan bod komt of		“Ja, misschien komt het ook wel dat als ik wat meer werkervaring krijg, dat het dan

	leeftijd		wanneer leeftijd aan bod komt van de professionals.	misschien beter is qua samenwerking, maar nu op het moment”
41.	Sociaal werk klimaat	Inductief	Bij uitingen over de sfeer op de afdeling of uitingen m.b.t. collegialiteit: handelingen, (informele) communicatie, verwachtingen en wensen.	“Ja dat je de andere kant ook terugkrijgt. En ook ja, gewoon je merkt het gewoon ergens in de sfeer op deze afdeling.... .. Maar het is ook wel zo dat als we tijd hebben. proberen we ok gewoon mee te gaan koffie drinken met de verpleging. Ik denk dat dat ook wel heel erg scheelt.”
42.	Aanspreekvorm	Inductief	Waar een aanspreekvorm wordt besproken. Denk hierbij aan tutoyeren of het al dan niet aanspreken bij de voornaam.	“Op de IC is de samenwerking heel goed en je spreekt elkaar met de voornaam aan en op de afdeling is het wel vaak dat artsen en verpleegkundigen echt apart van elkaar zijn en dat je de arts met u aan moet spreken, dat dat wel heel anders is.”
43.	Communicatiestijl	Deductief	Kenmerken of eigenschappen van communicatie.	“ Euhm. Ik denk wel in de manier van communiceren. Euhm de ene arts is, ja dat verschil natuurlijk sowieso per persoon ook onder verpleegkundigen, maar die is daar empathische in dan de ander. Dus de ene arts zal sowieso een gesprek al meer beginnen van: goh he wat rot dat u hier bent en op die manier de insteek.“
44.	Conflicthantering	Deductief	Waar wordt gesproken over conflicten op of rond de werkvloer en hoe hiermee is omgegaan.	“G: Nee, dat zou ik wel willen maar ja, maar ik ben wel een soort van bang voor de artsen dus dan doe je maar een beetje ja en amen en ja, ja ik weet het is heel slecht, en ik weet dat ze dat ook niet accepteren van een stagiaire”
45.	Opleiding	Deductief	Als er wordt gesproken over de rol van de opleiding in de huidige samenwerking.	“G: Qua opleiding is het heel beperkt over de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen. Eigenlijk heel beperkt.”

Bijlage 5 Thick descriptions

Thick description resultaten deel 1

1 Thick description van: benoemde feiten in de casus

Zoektochten naar definitie van de situatie 1. Feiten = code biomedische en psychosociale aspecten eerst doorlezen. Hierna is de code thuissituatie doorgelezen.

Zoektochten naar definitie van de situatie 1. Feiten = Er is gekeken naar de verschillende tijdsaspecten rondom de patiënt die genoemd kunnen worden. De voorgeschiedenis, de huidige situatie en de Nazorg.

Er is per code gezocht en daarin gekeken naar de quotes die hoorden bij het beschrijven van de casus.

Diepte = de kwestie zijn de benoemde feiten in de casus . Dit is een kwestie omdat er op verschillende manieren gesproken kan worden over de casus, er kan worden gekeken naar de casus. Op deze manier kan gekeken worden naar welke aspecten veel naar voren komen en hoe er feitelijk wordt gekeken naar de casus zonder dat hier direct een prioritering aan wordt gegeven.

Breedte = de manier waarop over de casus gesproken kan worden kan verschillen persoon en dan gericht op medische aspecten maar ook naar psychosociale aspecten. Tevens is de thuissituatie meegenomen waar over gesproken kan worden. Verder is er nog verschil mogelijk in tijdsoriëntatie. Van voorgeschiedenis tot nazorg. Er lijkt meer gesproken te worden over de persoonsaspecten dan de tijdsoriëntatie. En de manier waarop wordt gesproken over psychosociale aspecten lijkt minder daadkrachtig dan wanneer het gaat over de medische aspecten. Verder is er op het eerste gezicht in de tijd oriëntatie niet een verschil tussen de subgroepen maar is mogelijk de context waarin dit gebeurd wel wisselend voor beide groepen. Mogelijk kan worden gezegd dat er door verpleegkundigen vaker over psychosociale aspecten word gesproken dan door de artsen.

Context = de context is hoe er over de casus wordt gesproken. Het is een patiënten situatie die wordt geschetst en hoe hier door de participanten over wordt gepraat in de breedste context van het woord. De participanten beschrijven feiten en laten hierin weinig emoties zien. Soms wordt er gesproken over een andere discipline met betrekking tot feiten die participanten naar voren halen. Participanten benoemen zelf de aspecten ook als ‘medisch inhoudelijk’ of ‘sociale problematiek’ en maken dus zelf ook onderscheid in de verschillende aspecten die ze noemen. Er wordt zelf al gegroepeerd.

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie	Welke andere codes zijn gerelateerd
Medische aspecten	De medische aspecten rondom de patiënt wanneer gevraagd wordt naar de patiënten casus; wordt gezien als belangrijk in de patiëntzorg en gezamenlijk doel, in context met het gebied van de arts	Wordt waarde aan gehecht om aandacht aan te besteden, vaak in het begin genoemd.	2 x = VPK2 3 x = VPK1, VPK4, VPK6 4 x = GNK2, GNK3, GNK5, VPK3 5 x = GNK1, GNK4, VPK5, VPK7 7 x = GNK6	Doel: prioritering ; informatie overdracht (van de vpk)
Psychosociale aspecten	de psychosociale aspecten worden soms als losstaand aspect besproken maar ook in de context van een holistisch mensbeeld. <i>Wordt de prioritering van de verpleegkundigen ook beïnvloed door de geneeskundigen?</i>	Er wordt meer twijfelachtig, minder doelkrachtig over gesproken dan over de medische aspecten. Het wordt op waarde geschat maar heeft geen top prioriteit	1 x = GNK6 2 x = GNK5, VPK3, VPK5 3 x = GNK1, GNK2, VPK1, VPK2, VPK6 4 x = GNK4 5 x = VPK4, VPK7	Prioritering, taak verpleegkundige, aanvullen. <i>Qua aantal niet direct verschil maar wanneer je kijkt naar wat eromheen wordt gezegd door de vpk of de gnk = prioritering van verpleegkundigen hoger</i>
Thuisituatie	De thuisituatie wordt besproken als reverentiekader van hoe de situatie van de patiënt eerst was en om rekening mee te houden bij ontslag in combinatie met psychosociale situatie (mantelzorg) en als reverentiekader voor ontslag	Kijk naar verschil in hoe ze erover praten??	1 x = VPK1 2 x = GNK6, VPK4, VPK6, VPK7 3 x = GNK2, GNK4, GNK5, VPK2, VPK3, VPK5 4 x = GNK1, GNK3	Doel; psychosociale situatie (mantelzorg); taak verpleegkundige <i>Thuis situatie vpk richt zich vooral op naar huis gaan ook psychosociaal en mantelzorg.</i>
Voorgeschiedenis	Puur als extra informatie, dit zouden de zorgprofessionals willen weten van de patiënt	Abstract, informatie vergaren	1 x = GNK1, GNK4, GNK5, VPK2, VPK5 2 x = GNK2,	Thuisituatie
Huidige situatie	Puur als extra informatie, dit zouden de zorgprofessionals willen weten van de patiënt	Abstract, informatie vergaren	1 x = GNK1, GNK2, GNK5, VPK3, VPK4, VPK7 3 x = GNK4, VPK1,	
Nazorg	Bij het praten over de patiënten casuïstiek komt Nazorg ter sprake als aspect.		1 x = GNK4, VPK1, VPK2, VPK3 2 x = GNK3, GNK6	Taak verpleegkundige; contact familie; thuisituatie

2 Thick description van: Interpretatie van de situatie

Zoektochten naar prioritering casus. Hierin worden meerdere aspecten genoemd dus de thick description moet anders worden weergegeven. Er wordt binnen de code prioritering gekeken hoe de medische aspecten worden benoemd en de psychosociale aspecten en hoe vaak dit gebeurt door wie. Er wordt hierbij dus niet de codes van medische aspecten e.d. bekeken maar puur naar de code prioritering casus. Dit omdat de codes apart ook buiten de prioritering van de casus aan bod komen en zo een vertekend beeld geven. De code prioritering casus geeft alleen weer wat er direct en als eerste wordt beantwoord.

Diepte = De kwestie is het geven van prioritering aan de casus, dit gebeurt door twee ‘groepen’ de studenten verpleegkunde en de studenten geneeskunde die beiden eenzelfde casus krijgen. De beide groepen noemen in de prioritering verschillende aspecten die ze belangrijk vinden. Deze kwestie over de prioritering wisselt van de andere kwesties aangezien het zich richt op wat de studenten belangrijk vinden in een casus en niet alleen het beschrijven van de casus maar hier een waardeoordeel aangeven.

Breedte = er zijn verschillende dimensies binnen de prioritering te vinden. Er wordt gesproken over medische en psychosociale aspecten, daarnaast is er een verschil aan waarde wat hieraan wordt gegeven. Ook wordt genoemd door een participant GNK dat ze eigenlijk denkt dat ze ook de andere dimensie moet noemen. De eerste focus ligt zoals het lijkt op het medische aspect, bij de geneeskundigen wordt in eerste instantie het psychosociale niet genoemd de verpleegkundige richt zich eerder op.

Context = er wordt direct gevraagd naar wat de participant belangrijk vindt in de casus, eerst na een korte inleiding en later na het lezen van een casus. De psychosociale situatie en de thuissituatie worden samen genoemd. Soms wordt de thuissituatie genoemd met de medische aspecten maar dan in de context van het zijn van een referentiekader voor hoe het medisch met de patiënt moet gaan.

Nuance = de kwestie van de prioritering van de casus wordt besproken wanneer er direct gevraagd wordt naar wat de participant belangrijk vindt, maar deze komt later ook aan bod bij wat de student belangrijk vindt met de patiënt te bereiken voor dat deze naar huis mag. Hier is meer aandacht te zien voor de psychosociale situatie en de thuissituatie van de patiënt.

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie	Welke andere codes zijn gerelateerd
Prioritering casus	De prioritering wordt gevraagd voor de casus wordt gelezen en wanneer de casus gelezen is. Uit de prioritering van de casus wordt de manier van definiëren van de situatie afgelezen.	Er wordt zelfverzekerd gereageerd, mensen weten wat ze willen weten en wat ze belangrijk vinden. 1 participant noemt mogelijke verwachtingen van de	Prioritering wordt door iedereen gegeven, is aan iedereen gevraagd.	Doel, huidige situatie (informatie)

		interviewer.		
Medische aspecten	Medische aspecten rondom de patiënt worden als belangrijk ervaren bij wat de participanten willen weten in de casus	Medische aspecten worden concreter benoemd. Ook handelingen bij de medische aspecten. V2 Dus een beetje wat je euhm de medische dingen waar je echt iets mee kan de handelingen mee kunt doen	G1 1x, G2 3x, G3 2x, G4 2x, G5 3x, G6 4x V2 2x V3 2x, V4 2x V5 2x, V6 2x, V7 2x	Taakverdeling; psychosociaal (V4)
Psychosociale aspecten	Psychosociale aspecten rondom de patiënt worden als belangrijk ervaren bij wat de participanten willen weten in de casus	G3 noemt psychosociaal: je denkt straks vast dat.. maar ik zal eerlijk zijn . G4 met toevoeging dat is niet relevant voor mij maar meer vpk deel. G5 maar dat heeft nu nog geen prioriteit	G1, V1 2x, V2 (pas later), V3, V4 2x (holistisch) V6 2x (sneeuwt vaak onder) V7	Taakverdeling;
Huidige situatie	De huidige situatie van de patiënt krijgt de focus wanneer wordt gevraagd naar wat participanten belangrijk vinden in de casus, dit wordt benoemd in de context van informatie behoefte en beloop tijdens opname		G1, G2, G4, G5, G6 V1, V2, V3, V4, V5, V7	Informatie overdracht (G1)
Thuisituatie	De thuisituatie wordt genoemd door participanten wanneer wordt gevraagd naar de belangrijke punten in de casus. De thuisituatie wordt genoemd als reverentie kader (door g2, G4, V4 Genoemd als geen prioriteit G5 V3 noemt thuisituatie in contact van nazorg		G2, G4, G5 V3, V4 2x, V5, V7	Contact familie, psychosociale aspecten

3 Thick description medische aspecten

Wanneer wordt gekeken naar de medische aspecten is hier in de benaming verschil in te ontdekken. De artsen spreken over medische aspecten vooral in combinatie met beleid terwijl de verpleegkundigen zich richten op de controles (wat de artsen willen weten!?)

Aspecten = klinisch, controles, koorts, beleid/beslissingen, medicatie, voorgeschiedenis, lab, zuurstof handelingen

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Medicatie / zuurstof	Als studenten spreken over de medische situatie wordt gerefereerd naar medicatie of zuurstofgebruik		G1, G1, G2, G3, G3, G3, G4, G5 V2, V3, V3, V4, V4, V5, V5, V6, V7
Klinisch (of ze opknapt)	Bij het spreken over de medische situatie wordt de klinische situatie besproken		G1, G3, G5, G5, G6, G6 V1, V1, V3, V4, V5, V5, V5, V7
Voeding en Vocht	Het aspect van voeding en vocht komt ter sprake als medisch aspect rondom de patiënt		G1, G2, G3, G6 -- V1, V1, V3, V4, V4, V5, V5, V5, V6, V6, V7 (lange termijn)
Voorgeschiedenis en opname		Hoe is ze in deze situatie terecht gekomen	G1, G2, G2, G4, G4, G5, G6 -- 1, V2, V4
Controles	De controles worden door de studenten genoemd bij het bespreken van de patiënt		G1, G2, G2, G3, G3, G3, G4, G4, G5, G6, G6, G6 -- V1, V1, V2, V3, V3, V4, V4, V5, V7
Lab waarden	De lab waarden worden genoemd bij het bespreken van de patiënt		G1, G2, G3, G3, G4, G4, G5, G6, G6 -- V2, V4, V5, V5
Beleid	Er wordt gesproken over beleid		G1, G2, G4, G5, G6 -- V3, V7
Ziekte zelf	De ziekte zelf komt aan bod, wanneer er wordt gesproken over de patiënt	dat die exacerbatie COPD over is, dat de infectie op basis waarvan ze die heeft,	G2, G3, G4, G4, G5, G6 V1, V3, V3, V5, V7
Medische is voor de arts		V4 (wij kijken persoon arts kijkt ziekte), V4 (dat zijn dingen die artsen willen weten in de visite,	V2, V2, V4, V4, V4 (met medische punten naar de arts de rest niet) V5 Wat zegt een arts allemaal over de patiënt V7 Nou dat die situatie nu slecht is,
Medisch samenwerken		Tijdens de visite (V2,, Dat zorgt er ook voor dat onze medische kennis vergroot en zelfstandiger kunnen werken. (V3)	V2, V3

4 Thick description thuissituatie

Mogelijk is er verschil in hoe studenten verpleegkunde over de thuissituatie praten en hoe studenten geneeskunde dat doen. In de thick description van deze code dat uitwerken.

Ik dacht te zien dat: met betrekking tot de thuissituatie was het verschil in hoe de beide groepen studenten dit noemden wanneer het over de thuissituatie ging. Studenten verpleegkunde waren gefocust op de thuissituatie in hoeverre de patiënt weer naar huis zou kunnen gaan. De praktische kant van de thuissituatie. Wanneer wordt gekeken naar hoe studenten geneeskunde de thuissituatie benoemen is dit meer als referentie kader van hoe de medische situatie voor opname was. Zowel de studenten geneeskunde als de studenten verpleegkunde richten zich op de thuissituatie maar beide groepen doelen op een ander aspect van de thuissituatie/gebruiken de thuissituatie om iets anders te omschrijven. Maar komt niet uit de thick description

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie	Welke andere codes zijn gerelateerd
Hoe was de thuissituatie	Wanneer in de casus wordt gerefereerd naar de thuissituatie wordt dit genoemd in de context van informatie willen hebben van hoe het thuis gaat	'die weet hoe het in de thuissituatie gaat G1' Moeten ook even kijken hoe dat, hoe ze thuis altijd het al deed V6	G1, G6, V4, V5, V6	(voorgeschiedenis?)
Hoe was de thuissituatie, wat is nieuw nu	Het verschil met de huidige situatie en de situatie thuis	ik denk dat ze geen koorts meer moet hebben en ik weet niet of ze in de thuissituatie ook al zuurstof had. G3	G2, G3	Medische aspecten
In de staat als daarvoor weer naar huis (basis om vanuit te werken	De thuissituatie wordt als referentie kader gebruikt. Als doel om naar te streven.	dus dat ze weer in de staat als daarvoor weer naar huis gaat G2	G2, G3 V3	Doel
Kan ze weer naar huis (omgeving, trap, medisch gezien	Wanneer het gaat over het ontslag van de patiënt word er over de thuissituatie gepraat als afweging	want de praktische zaken gaan blijkbaar moeizaam v3	G1, G3, G4, G5 V1, V3,	Medische aspecten; ADL, Uitvoerend
Hulp in huis, thuiszorg,	Bij het spreken over de thuissituatie wordt gekeken naar mogelijkheden tot hulp die nodig zou kunnen zijn	Thuiszorg langs laten komen, die helpt ook met wat meer motiveren tot inname V4	G1, G1, G3, G3, G4, G5 V4, V6, V7	Taak verpleegkunde,
Nazorg Ha poli	Er worden uitingen gedaan over de	hoe gaat het thuis door,	G4,	Nazorg

	thuisituatie in combinatie met de nazorg.	krijgt ze controle, komt ze op de poli terecht	V3	
Kan ze weer naar huis Hoe is de thuisituatie psychosociaal	De aspecten rondom de sociale ondersteuning worden meegenomen in de afweging in hoeverre terugkeren naar de thuisituatie passend is voor de patiënt	Of moet er ook gekeken worden naar thuiszorg he, hoe belast is de partner? G6	G5, G6, G4 V1 V2, V2, V3, V5, V5	Psychosociale aspecten

5 Thick description van: benoemde (gemeenschappelijke) doelen

Zoektochten onder de code Doel. Hierin worden meerdere aspecten genoemd dus de thick description moet anders worden weergegeven. Er wordt binnen de code doel gekeken hoe de medische aspecten worden benoemd en de psychosociale aspecten en hoe vaak dit gebeurt door wie. Er wordt hierbij dus niet de codes van medische aspecten e.d. bekeken maar puur naar de code doel. Dit omdat de codes van de aspecten apart ook buiten de code van het doel aan bod komen en zo een vertekend beeld geven.

Diepte = de doelen die worden gegeven wanneer er wordt gevraagd wat participanten willen bereiken met de patiënt. Dit is een kwestie omdat hier verschillende aspecten aan zitten en wanneer de doelen te veel van elkaar wisselen zou dit de kwaliteit van de samenwerking kunnen ondermijnen. Er is een situatie geschetst, een casus, waarbij de participanten gevraagd wordt te vertellen wat ze willen bereiken. Het verschilt van de prioritering omdat dit is wat ze direct willen weten van de patiënt en voor het doel is het tijdsbestek anders.

Breedte = er zijn verschillende dimensies rondom het doel. Er kan gekeken worden naar eigen doelen of doelen van andere professies kunnen genoemd worden. Daarnaast is ook hier weer het onderscheid te maken tussen medische en psychosociale aspecten waarbij de participanten zich kunnen richten op de situatie in het ziekenhuis of juist ook de thuissituatie of andere nazorgmogelijkheden voor ogen kunnen hebben

Context = Het doel wordt genoemd in de context van de vraag wat er bereikt moet worden met de patiënt voor ze deze met ontslag zouden laten gaan. Er wordt goed over gedacht omdat met heropname wil voorkomen en er is mogelijk een dilemma tussen korte ligduur en veilig naar huis sturen (verantwoordelijkheidsgevoel) er wordt ook aan de patiënt zelf gevraagd. De mening die naar voren komt wisselt van medisch georiënteerd tot het kijken naar de sociale situatie, van lab waarden tot de mening van de patiënt.

Nuance = de thuissituatie, mening patiënt, contact familie, doel lange termijn en psychosociale aspecten worden veel samen genoemd en doel acuut, medische aspecten en mening mede professional worden veel samen genoemd. Het is hier de tijdsoriëntatie die het verschil in nuance maakt.

verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak genoemd en door wie
Doel	Wat participanten met de patiënt willen bereiken voor ze naar huis kan, welke aspecten worden genoemd		13 quotes in totaal
Medische aspecten	Medische aspecten die bereikt moeten worden bij de patiënt worden gezien als prioriteit	Concreet; lab waarden CRP, controles, koorts	G1, G1 G2 G3 G4 G6 V1 V2 V4 V5 V7
Psychosociale aspecten	Psychosociale aspecten die bereikt moeten worden	G2 kijken wat je daar nog kunt doen- uitleg geven over ziekte V2 ze kijken toch niet naar het	G1, G2 V2 V3 V4 V7

		sociale (SNIJDEN) V2, V3, V4, V7 Psychosociaal goed zodat iemand goed naar huis kan	
Thuisituatie	De thuisituatie wordt gebruikt als reverentiekader en hierin off de patiënt zelfstandig thuis kan functioneren is een meetpunt voor de professionals en als doel dat dit geregeld moet zijn → THUISZORG		G1 G2 G3 V1 V2 V3 V4 V6 V7
Contact familie	Een gesprek met de familie zodat deze volledige informatie hebben en informatie kunnen geven voordat de patiënt naar huis kan.		G1 V3 V7
Mening patiënt	De mening van de patiënt wordt gevraagd in de beslissing of de patiënt naar huis kan en hierin als punt meegewogen	<i>'en daarnaast ook van he hoe voelt ze zich daarbij om naar huis te gaan. En euhm is dat iets wat je direct aan een patiënt vraag'</i>	G3 G6 V5
Mening mede professional	De mening en informatie van de mede professional wordt genoemd en als belangrijk geacht in het vaststellen van het doel	Er wordt een grens aangegeven in hoeverre de eigen professie informatie heeft met betrekking tot wat bereikt moet worden.	G3 G4 V2

6 Thick description van: kwaliteit van zorg(samengevoegd met oude code doel gezamenlijk)

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Thuisituatie goed geregeld	Wanneer het gaat over iets samen regelen wordt de thuisituatie benoemd door studenten	G1 Euhm ik denk dus ik denk een beetje over de thuisituatie. Ik denk dat wel dat beiden wel zouden noemen.	G1
Zelfde doel Dat ze beter wordt	Bij het stellen van een gezamenlijk doel wordt de patiënt als referentie punt genomen.	G3 op een IC afdeling loopt alles gewoon vloeiend in elkaar over, met hetzelfde doel	G2, G3 G4 G5 V6, V6
Zelfde doel taken	Bij het hebben van een gezamenlijk doel wordt gesproken over taakuitvoering en het hierin eens zijn met elkaar	G3 want dan ben je het wel gewoon er over eens wat er moet gebeuren	G3 V5
Kwaliteit van zorg	De kwaliteit van de zorg staat centraal als gezamenlijk doel. Dat zien beide groepen.	G3 Ja maar ook omdat de patiëntenzorg, zeggen hun dan, in het geding komt. Dus dat zien ze sowieso, daarom week ik ook wel dat ze dat sowieso wel zien.	G3, G4 G5 G6 V1 V6

7 Thick description van: inleven in de definitie van de situatie

Diepte = de kwestie gaat over het inleven van de professional in de belevingswereld van de andere professional, dit is een kwestie omdat dit van invloed is op de kwaliteit van samenwerking (wanneer je je in kunt leven in de ander is het samenwerken makkelijker) er wordt gevraagd aan de participanten of ze zich in willen beelden dat ze tot de andere professie horen en om dan te kijken wat ze dan benoemen als belangrijke punten in de casus.

Breedte = er zit verschil in eerste reactie op de opdracht, van lastig tot doelkrachtig met een antwoord komen. Er wordt soms heel praktisch gereageerd en door anderen word de opdracht breder gezien en naast de persoonsaspecten ook verder gekeken dan directe taken. Geneeskundigen reageren vaker dat ze het lastig vinden dan verpleegkundigen. De geneeskundigen richten zich meer op het samenwerkingsaspect en zien hier de rol van de andere duidelijk in.

Context = er wordt gesproken over de taken en belevingswereld van de andere professional binnen een patiënten casuïstiek. Door een aantal participanten wordt twijfelend gereageerd op wat de andere professie zou doen. Soms wordt er aangegeven dat iets samen wordt opgepakt.

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Reactie op de opdracht lastig	de opdracht wordt als lastig ervaren door de participant	Tja vind ik heel lastig	G2 G3, G5, G6, V2, V5,
Reactie positief	De participant uit positief	G2 dat wil ik best proberen haha	G2, G3 (voorbeeld opleiding), V4 goeie vraag
Samenwerkingsaspecten	In het inleven van de ander wordt het samenwerkingsaspect gezien en benoemd.	V4 eigen perceptie denkt dat artsen dat zien,	Thuisituatie G1 medisch inhoudelijk G2 G5, G6 (decubitus) V4 V6 scherp op thussit. meedenken
Wat verpleegkundigen zouden doen genoemd door de geneeskundigen		G4 Meer oog voor angst (randvoorwaarden, wat er verder nog speelt)	Sociale problematiek en thuisituatie G1, G3, G5 Medisch inhoudelijk en controles G2, G3, G2 G4 Spil G5 Eten, drinken ontlasting ALD, decubitus, G3, G4, G6 Contact familie G4, G5
Wat gnk zouden doen genoemd door vpk		Zouden meer moeten kijken naar Patiënt om het medische gedeelte heen V4, V2 = snijdend specialisme	Controles en Lab V1, V4, V5, V6 Medicatie en Medisch stuk V1 V2, V3, V4, V5, V6, V7 Thuis V6, Thuis op later moment V5 Psychisch V6, V7

Thick description resultaten deel 2

8 Thick description van: ervaringen in de taakverdeling

Zoektochten onder de code taakverdeling.

Wat zijn de aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Goed gescheiden	Er wordt aangegeven dat de taakverdeling prettig en duidelijk is	Gaat goed, duidelijk, meteen daadkrachtig antwoord op vragen wie wat doet .. - echte artsen taken en echte vpk taken G3	G1, G1, G2, G3, G3 G4, G5 , G5, G6, V1 contact familie en patiënt, V1 in stages alles duidelijk V2 coördinatie naar huis thuiszorg, V3 aanspreekpunt, V3 medisch vs ander gebied, V4 nieuws brengen. V5, V5, V6 ieder heeft daar zijn eigen rol in. V6, V6V7 contact patiënt
Onduidelijke grens	De participant noemt de taakverdeling onduidelijk en kan geen duidelijke grens vinden		G1 ontslag overdracht, G1 infuus, G2 wie wat aanvraagt, G3 wie wie in consult vraagt, G3 infuus prikken G4 medicatie G4 controles, G5 soms verwarring contact familie bellen G6 bloedprikken V1 met ideeën komen wel of niet V2 formulieren ondertekenen, V2 zuurstof toedienen, V4 infuusnaaldje prikken, V6 consult vragen, V6 door veranderingen in de zorg, V7 injecties, V7 contact familie,
Jurisdictie	In het praten over de taakverdeling komt het 'dit is ons gebied naar voren'	grens is nodig ook ons gebied., Elkaars werkgebied een beetje respecteren. Dat kunnen sommige mensen beter dan anderen heb ik het idee	G1, G6, G6 je krijgt getouwtrek V1 met ideeën komen wel of niet V1 als je medische dingen aandraagt V1 arts mag wel meer op vpk gebied komen!! V2 nee artsen mogen meer doen in ons gebied. Er gebeurt toch niets met ons deel, V4 arts brengt medisch nieuws, V6 meedenken, wij vergeten ook wel eens wat
Eens met taakverdeling	De taakverdeling komt naar voren als een aspect waarover de studenten het eens zijn over hoe de taakverdeling geregeld is.		G1 G2, omdat vpk patiënt veel ziet G3 verdeling goed maar wel verschil cultuur.- kost me anders veel tijd. G5 G5 slecht nieuws gesprek arts, wel lastig maar wel hoe het hoort G6 zij doen hun ding wij doen ons ding, V3, goed verdeeld artsen soms wel druk. V4 ook wanneer je nieuws al weet, slecht nieuws vertelt arts, V4 we mogen best veel doen als vpk, V4 zij bedenken wij uitvoeren. V6, V6 beiden hartstikke druk, V7
Oneens met taakverdeling	De participant geeft aan het niet eens te zijn met de	Euhm maar bijvoorbeeld dingen als afspraken neer zetten euhm,	G2 taakverdeling om regels verz. G6 controles inplannen e.d. kan prima; wie verantw. Voor info overdracht naar elkaar mbt naar huis gaan. V2 het is veel

	huidige taakverdeling.	bijvoorbeeld controles op de polikliniek of afspraken voor scans ect. Dat zou een verpleegkundige op zich ook prima kunnen doen.	bij drukte kan arts wel fam bellen toch? V2 arts meer om de patiënt heen kijken V6 dan mogen wij die toch wel in consult vragen V7 wij signaleren altijd weer via de arts aanvragen consult
Overleg	De participant geeft aan dat er in overleg wordt gekomen tot een taakverdeling	anders blijven dingen liggen, G3	G1, G2, G2, G3 G3, G4, G4, G4 vpk = familie maar medische vragen dan arts, G5 familie gebeld, G5,G6, V2, V2, V3 delier observeren in overleg wat dan verder, V5 bij bellen familie, V5 overleg in wat te doen, V6 vaak overleg je dan toch wel even,
Verantwoordelijkheid dubbel	Als er bij de taakverdeling twee groepen verantwoordelijk kunnen zijn voor eenzelfde taak	G6 steeds meer overlap G6 vpk specialist.	G1 ontslag overdracht G2 O2 maar geen probleem G6, G6, G6 registratie ontslag sociale situatie bij revalidatie traject V3 familie gesprekken overlapt beetje, ook aanvullend, V6 meedenken, wij vergeten ook wel eens wat, V7 infuus prikken
Niemand verantwoordelijk	Er wordt aangegeven door e participant dat beide groepen niemand de verantwoordelijkheid neemt/wil		G1 infuus G1 ontslag overdracht G3 dingen blijven liggen. V1 inlichten patiënt anders sneu lang wachten? V4 infuusnaaldje prikken soms 2 uur wachten.
Langs elkaar heen prioriteren	Wanneer de taken van beide professies uitgevoerd moeten worden alleen deze elkaar in de weg zitten	Alle twee hun eigen schema hoe de dag door elkaar gaat, en dat moet maar net in elkaar passen anders is het soms wat zuchten en steunen van he. Ik wil nu even visite lopen maar dan zegt de verpleegkundige van: maar ik ben nog aan het wassen.	G3, G4, G4)vragen stellen als we bezig zijn) V4 beetje achter de kont aan opruimen
Bewust samen		De ene brengt het slechte nieuws, de andere vangt op en kan dan ook nog weer terug halen. Dat het juist heel mooi is als je dat samen doet.	G3 familie gesprek maar aanvullend G4, G4, G4 fam gesprek praktische zorg. G5, G5, G6 daar in elkaar ondersteunen G6 sociale gedeelte, V1, V2 wij signaleren artsen doen beleid, V3 bij naar huis gaan terugkoppeling, V4 want ik weet wat de arts wil weten, V6 ieder heeft daar zijn eigen rol in dat kun je niet alleen. V6 meedenken, wij vergeten ook wel eens wat

9 Thick description van: Uitzondering taken

Gekeken naar de code: uitzondering taken Wat zijn dingen die studenten belangrijk achten, wanneer wordt iets een uitzondering. Hieruit kun je naast jurisdictie ook zien hoe ze een situatie definiëren.

Diepte = De kwestie is de uitzondering van de taakverdeling. Het gaat hier over taken die normaal door de ene professie worden gedaan maar nu door uitzondering door de andere professie worden uitgevoerd.

Breedte = er zijn verschillende taken die worden genoemd die soms door de ene en soms door de ander professie worden gedaan, veelal gaat het over het contact met de familie opnemen. Daarnaast worden er op verschillende manieren gepraat over de redenen waarom de taken soms verschuiven. Dit zijn verschillende aspecten.

Context = een situatie waarin de taak door de andere professie wordt uitgevoerd rondom een patiënten casuïstiek. Er wordt gepraat vanuit bevoegd en bekwaamheid en daarom is in de expressie die wordt gebruikt ook overtreffende trappen zichtbaar om de uitzonderingssituatie te benadrukken en de keuze te justificeren.

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Niveau van prioritering / weging	De prioritering/ waarde/ zwaarte/ weging die een participant geeft aan een situatie zorgt ervoor dat de taak een uitzondering wordt.	als ik een fout zou maken, als het acuut niet goed gaat, kritiek, kantje boord	G2, G4, G5, V1, V2, V3 medische noodzaak
Omgevingsaspecten situationeel	Door een bepaalde situatie buiten de zorg om wordt de taak een uitzondering	Tijdsdruk afdeling, familie die niet kan komen lichamelijk, arts even niet aanwezig om te bellen	G4 , V2, V5
Kennis	De participant geeft het kennis niveau als reden voor taakverschuiving.	Omdat het meer medisch is, als kennis tekort schiet	V2, V2, V3, V4 medisch/beleid
Band met patiënt en familie	De participant geeft als reden van de uitzondering van taakverdeling het al dan niet hebben van een band met de patiënt	En het scheelt ook natuurlijk als jij al een week daar zit en je kent de mensen en je hebt de familie bijvoorbeeld gezien en je hebt daar contact mee dan maak je sneller de inschatting van ik kan de situatie kort uitleggen	V3

10 Thick description van: Redenen van de taakverdeling

Zoektocht onder aanwezigheid afdeling, daarna de code: dagindeling/tijdsbeperving, gewoonte, intermed en ontwikkelingen in de zorg. Wanneer deze thick description is gemaakt word gekeken naar of er voor een van de codes ook nog een thick description moet worden gemaakt om te kijken naar onderscheid .

aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd
Aanwezigheid afdeling	De reden van de taakverdeling wordt door de participant opgehangen aan de aanwezigheid op de afdeling van de verpleegkundige of de geneeskundige	<ul style="list-style-type: none"> - Band patiënt G1 (gewend zijn aan) G2 (vertrouwd veel aanwezig) G2), G2, V1, V2 V6 (ik ben toegankelijker) - informatie patiënt & signaleren G1 G2 G5 G5 G5 G6, V1 V3 V6 V6 V7 V7 V7 V7 - Coördinatie zorg G6 G6, V6 - Band familie V1, V1, V1, V3, V4 V7 	
Dagindeling/tijdsbeperving	Er wordt gesproken over de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen, deze verdeling wordt toegewezen aan de tijdsbeperving en dagindeling van beide professies	<ul style="list-style-type: none"> - Het is afhankelijk van de tijd om een band op te bouwen met een patiënt dit kost tijd G1 V6 - Verpleegkundigen hebben vaak goed inzicht in situatie omdat ze patiënt veel zien G1 G5, V7 - Het laten overnemen van taken door de andere professie i.v.m. tijdsdruk G1 G3, G3, G6 - Het overnemen van taken van de andere professie i.v.m. tijdsdruk G4 G6 V2 - Door aanwezigheid op de afdeling is de verpleegkundige aanspreekpunt G2, G6, G6, V2 - Wrijving door dagindeling G3, G4, G4, G5, G5, G6, G6, G6 - Artsen hebben het heel druk V3, V5, V5, V5 	
Gewoonte	Gewoonte wordt als reden aangegeven dat de taakverdeling is zoals die is. verschillende aspecten →	<p><i>Gewoonten worden meer door de arts aangedragen van het hoort zo dan door de VPK</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het is gewoon zo volgens de regels verzekering G2 (vind ik stom) regels arts V4 (handig) - Kan me niet herinneren dat het anders is gebeurd, mijn ervaring gewend aan Het hoort zo, de rollen zijn zo, cultuur G2 G3 G3 G2 G5 G6 G6 V2 V3 - Verschilt per afdeling cultuur, bij ons is het zo.. G6 V3 V7 	
Intermed	Bij het spreken over taakverdeling wordt de intermed scheiding aangegeven als reden voor de verdeling van taken	<ul style="list-style-type: none"> - Medisch en beleid arts G1, G3, G6, V1, V2, V3, V3, V5, V7, V7 - Medische kennis arts groter G2, G6, V3, V3 - Psychosociaal vpk G2, G3, V3 - Thuiszorg familie gesprek ontslag V4, - decubitus V7 (arts gaat niet heel erg met decubitus zitten) 	
Ontwikkeling in de zorg	Door veranderingen in de zorg zijn de taken verdeeld zoals ze zijn	<ul style="list-style-type: none"> - Telkens drukker vpk hebben dit gezien voor ons G3 - Vpk specialist in opkomst, overlap en wennen G6, G6 - Aangevallen voelen Door vpk zorg moet goedkoper G6, G6 -Mantelzorg in opkomst thussit belangrijker V5 - Patiënten mondiger tegen arts, V6, V6 	

Thick description resultaten deel 3

11 Thick description van: de samenwerking

Code s samenwerking eerst uitgewerkt, daarna is de code samenwerking wisselend aan bod gekomen. → samenwerking wisselend. KOMT NIETS UIT TE GROOT OPSPLITSEN IN KLEINE DELEN

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
taakverdeling	De student refereert naar het al dan niet duidelijk zijn van de taakverdeling	Er wordt gesproken over het respecteren van elkaars werkgebied, en de opkomst van medisch specialisten die voor extra overlap zorgen.	G1, G2 G5 duidelijk afspraken maakt wie doet wat G6 elkaars werkgebied respecteren.. G6 overlap met vpk specialist V1 ook vpk specialisten V1 je mag niet op medisch gebied komen V1 medisch willen gnk zelf doen V2 overlap
Positief/soepel		G2 Ik denk dat idee over het algemeen wel goed is	G1, G2, G3 deze afdeling is echte afdeling V6 goed maar kan altijd beter
Wisselt	Thick description		G2, G3 G6 V4 V5
Negatief		G1 negatief, verkeerde info. G2 ze brengen spoed info en dan valt het mee (WOLF)G4 willen ze dat we komen valt het mee, G5 strijd, overruled door vpk met ervaring	G1, G2 G4, G5 G5 dan gaan ze op pauze!? G6 vpk zien artsen soms als noodzakelijk kwaad V1 kan anders, werd niets met mijn opmerking gedaan V1 cijfer 4,
Twee groepen	Wanneer er een scheiding is tussen vpk en gnk of verschillende specialisten	G3 dat je toch wel dat andersom ook wel weer veel kritiek is op de artsen, dus dat het eigenlijk van beide kanten wel.. euhm veel kritiek is	G3, G4 , G5 beschouwend versus chirurgie! G6 sommige specialismen zijn toch andere types mensen G6 V3 beschouwend snijdend V5 chirurgen anders dan cardiologen
Taakuitvoering	Door de taakuitvoering kan de samenwerking goed dan wel slecht worden ervaren.	G1 Ze verzorgen de patiënt goed, en houden deze goed in de gaten en euhm. G2 Maar dan ben je in zo'n situatie blij als een verpleegkundige datgene signaleert.	G1, G2, G6 Ja, sommige kunnen dat gewoon beter dan anderen, ik bedoel, ja het zijn mensen dus iedereen heeft zijn eigen kwaliteiten V2 wij vragen arts op afdeling, is hij 1 min dan weer weg V4 samen inbreng samen opruimen?
Meedenken, samenwerken	De samenwerking wordt beïnvloed door het meedenken en vooruitdenken) van de andere discipline <u>WAUW meedenken dan</u>	G5 Bijvoorbeeld: bij patiënten met astma die heel benauwd zijn of verneveld moeten worden dat de verpleegkundige zegt van: ow ik ben bijna weer toe aan de verneveling. Wil jij van tevoren en daarna weer even luisteren. Dat je het heel goed	G1 maar wel grens. G1, juiste info, adequate handelingen. G3 gezamenlijke taak G3, overleggen met VPK hun info. G4 je MOET samenwerken alleen kan het niet G4 juist leuk als iemand meedenkt, G4, G4, G5 G6 vpk goede info is fijne visite voor ons V2 overlap in waar je naar kijkt samen V1 V4 weten wat ze willen weten V5 we werken goed samen V7 echt samen naar de casus kijken en

	<u>moet je in kunnen leven in de ander!!!! leuk dit</u>	afstemt en zegt van: nou kan wel wat uitgebreid worden en dat de verpleegkundige daar goed op inhaakt	meedenken V7 observaties beiden
<u>Toevoeging</u> <i>Aanvulling afhankelijkheid</i>	De studenten noemen specifiek de toevoeging die beide professies op elkaar hebben in het samenwerken	G1 Patiënten zeggen meer bij vpk, Vpk zag iets wat wij niet zagen G5 beide partijen belangrijk voor goede zorg. V3 Maar de arts heeft op zo'n punt weer de medische inbreng. Dus dan heb je zo een volledig verhaal''	G1, G2 G5, G5 V3 Al die dingen een combinatie van hebben wij als verpleegkundige een hele goede indruk bij, maar de arts op medisch gebied ook. '' V3 V4 patiënt neemt dingen wel aan van de arts
<u>Omgeving</u>	Bij het spreken over de samenwerking worden omgevingsfactoren benoemd als invloed aspecten.	G4 Ja vind ik wel. Ja, ja Vooral omdat je iemand als je ook iemands naam op den duur ook kent. Dat je iemand kan aanspreken van he. Wat vind jij nou. In plaats van: ja sorry ik ben je naam kwijt euhm, en op een gegeven moment weet je ook gewoon aan wie je echt veel hebt.	G3 positief benomen samenwerking is belangrijk G3 leeftijd daardoor aanspraak. G3 koffie drinken samen G3 cultuur is star G4 kletsen koffiedrinken, G4. G4 aanspreekvorm G6 je ziet elkaar alleen bij de visite, G6 cultuur, wringt soms G6 dagindeling V1 chirurgen zag je niet V2, V5 collegialiteit pers interesse V5 de tijd die mensen nemen V6, V6
Samen doel vs eigen doel VANAF G5	<u>Gemeenschappelijk doel!?</u>	Nou zeker als een patiënt echt euhm onderuit gaat zeg maar. Dat ze klinisch heel slecht gaat. Dan hebben zowel de arts als de verpleegkundige daar natuurlijk de eerste prioriteit in.G5	G5, V6 artsen die hun ding belangrijker vinden

12 Thick description van: Samenwerking wisselt

Zoektocht onder de code samenwerking wisselt. Binnen de quotes van deze code zijn verschillende aspecten die naar voren komen. Er wordt gesproken over wisselende samenwerking tussen afdelingen maar door een aantal verpleegkundigen wordt ook juist een wisselende samenwerking ervaren tussen personen (binnen een afdeling). Een student geneeskunde geeft aan verschil in samenwerking te ervaren door de status van coassistent. Wanneer we verder kijken komt dit later nog terug bij kennis, kunde en werkervaring.

G2, G3, G3, G4, G5, G6, G6, V1, V1, V2, V2, V3, V4, V5, V5, V5, V5, V6, V6, V7, V7

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie	Welke andere codes zijn gerelateerd
Maar over algemeen goed	De studenten ervaren verschil in samenwerking, maar vinden (waar ze nu zitten) het goed gaan	G2 Dat samenwerking minder goed of beter kan zijn. Maar over het algemeen denk ik dat ie wel goed is	G2, G3 , V2, V4, V5	Samenwerking
Wisselende reactie coassistent/ stagiaire zijn	De samenwerking die wisselend is hangt af van de status als coassistent of stagiaire.	G3 Er zijn ook wel een paar verpleegkundigen waar, bij wie ik heel erg het gevoel krijg, dat ze denken: ah nog niet eens afgestudeerd, ik ben al heel lang verpleegkundige en dan gaat zij mij vertellen wat ik moet gaan doen.	G3	Kennis en kunde; werkervaring leeftijd
Afdelingsverschil	De wisselende samenwerking wordt toegeschreven aan verschil in afdelingen	Nou bij de XXXX-IC zit je echt samen. Dat vloeit heel erg in elkaar over en euhm op de afdelingen is het echt wel twee kampen een beetje, dus de artsen zitten ergens apart en de verpleegkundigen zitten ergens apart te werken.	G4, G5 chirurgie anders , G6 afdeling, G6 specialisten V1, V1, V5, V5, V5, V5, V7, V7	Sociaal werkklimaat
Persoons verschil	De wisselende samenwerking wordt toegeschreven aan verschil in afdelingen	V2 ligt er ook echt wel aan welke arts je hebt, sommige artsen komen welk gewoon langs en die zeggen van kunnen we nog dingen voor je doen, kunnen we nog iets, maar je hebt ook artsen die dat dus niet doen, dus dat verschil wel erg per persoon	V2, V3, V4, V4, V6, V6	(Machts-) verhouding; eigenschappen

13 Thick description van: aspecten rondom samenwerking

Codes: (Machts-)verhoudingen, Aanspreekvorm, Sociaal werkklimaat, afhankelijkheid, overleg. Per code is eerst algemeen bekeken hoe vaak en door wie het benoemd is waarna daarna bekeken is op welke manier de studenten hebben gesproken over de code, in welke aspecten deze kan worden opgedeeld. De codes aanspreekvorm en sociaal werkklimaat zijn globaal toegevoegd. Deze

Wat zijn verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie	Welke andere codes zijn gerelateerd
Machtsverhouding	Tijdens het spreken over de samenwerking wordt gesproken over machtsverschillen		G1, G1, G2, G4, G4, G5, G5, G6, G6, V1, V1, V1, V2, V3, V4, V4, V4, V4, V5, V6, V7, V7	
Naar patiënt toe macht	Er speelt nog machtsverhouding, dit komt naar voren in het contact met de patiënt	Fijn als er een verpleegkundige bij zit, dan durft de patiënt meer te zeggen	G1, G2, G4 (duidelijkheid naar patiënt, niet Sjakie maar dokter boom) G4 vpk voornaam arts niet, V4, V4 ze luisteren wel naar arts, V4 pat vertelt veel aan jou, V7 families nemen alleen aan v.d. arts	Contact patiënt; Contact familie; taakverdeling;
Tussen verpleegkunde en arts algemeen	De machtsverhouding komt naar voren in de samenwerking tussen arts en verpleegkundige	G1 als taak gegeven wordt gebeurd dat V1 ze willen dat je meteen komt	G1, G5 vpk met ervaring overruled de arts G5 minder relevante dingen voor vpk.... G6 beide kanten op G6 chirurgie macho cultuur ,V1, V1 je hoeft eigenlijk niest in te brengen V1 stagiaires accepteren ze niets V4 dan kijken ze je aan van wie ben jij om dat te zeggen V6 ik heb ook m'n taken, V7	Samenwerking wisselend; aanspreekvorm; taakverdeling; jurisdictie; reden taakverdeling
Geen ervaring	De studenten noemen dat machtsverhouding invloed heeft maar zelf geen ervaring.	V3 Nou ik heb geluk ik heb hele goeie stages gehad waarbij der geen hiërarchie was tussen arts en verpleegkundige en waarbij je alle contact kon zoeken die je wilde.	V2 nu meevallen!! V3 geen hiërarchie gehad in stages V5 positief verrast	Verwachting samenwerking
Aanspreekvorm	De manier waarop collega's worden aangesproken heeft invloed op de manier waarop studenten de samenwerking /sociaal werkklimaat ervaren.	G3 met arts assistent op een kamer, weekend bespreken G4 vpk is collega G4 namen kennen G4 arts assistent met voornaam, bij patiënt achternaam G4 verpleegkundige voornaam (staat dicht bij patiënt)V2 heel sociaal arts aanspreken voornaam V7 je spreekt elkaar aan met voornaam V7 arts met u maakt het heel anders V7 jonge artsen lossen: voornaam.		
Sociaal werkklimaat	Bij het spreken over de samenwerking kwamen	- G2, collega arts meer collega dan collega verpleegkunde, G2 iemand aanspreken met zelfde niveau of hoger is niet aan mij		

	aspecten over het sociale werkklimaat naar voren. Wat algemene dingen maar ook specifiek de aanspreekvorm e.d. dit aspect sociaal werkklimaat gaat over algemene meningen van de studenten over aspecten die invloed hebben over het werkklimaat.	<ul style="list-style-type: none"> - G3 feedback over de samenwerking dat het goed ging van vpk, G3 laten we koffie drinken met elkaar G3 cultuur is star, G3 echt een afdeling in plaats van los samenwerken G3 met de arts assistent zit je op een kamer, vragen hoe weekend was e.d. G3 de verpleegkundigen zagen dat we het druk hadden hebben hier iets van gezegd, - G4 aan de collega vragen, vpk is ook collega, G4 koffie drinken met elkaar, G4 afdelingsuitje waren geen artsen - G5 wederzijds respect - G6 coassistenten overruled door verpleegkundigen G6 chirurgie = macho cultuur G6 elkaar op persoonlijk vlak kennen = goed voor communicatie en samenwerking G6 verschil tussen vpk groep elkaar ondervangen en GNK groep je staat er alleen voor. G6 niet achter elkaar om praten G6 je hebt beiden een taak te vervullen en elkaar nodig, respecteer elkaar en laat elkaar in de waarde - V1 niet luisteren, de hoorn op de telefoon gooien, V1 ze weten het vaak beter en weet niet of er überhaupt op mij zou zijn gereageerd - V2 ja was u nou op de afdeling of was u alweer verder, ja zeg ie, ik keek even om het hoekje, bij de afdeling, maar toen was er even niemand, - V3 Ik kan alles vragen wat ik wil als er tijd is en ik wordt als gelijke gezien zelfs al stagiair - V4 ik ligt een arts in, krijg je, los het zelf maar op V4 staan niet open zelf met andere dingen bezig V4 samen drain zetten ik moet troep op ruimen, V4 ze weten wel dat wij het toch op ruimen - V5 ja ze betrekken je bij gesprek, hoe het met je gaat, V5 geïnteresseerd in jou als persoon - V6 de ene is respectvoller dan de andere - V7 als fam niet luister zeggen soms arts, prima maar je luistert naar de vpk V7 anders kon ik er net zo goed niet zijn 		
Afhankelijkheid en aanvullen	Tijdens het spreken over samenwerken wordt het van elkaar afhankelijk zijn van de professies gezien als invloed		G1, G1, G2, G4, G4, G4, G5, G6, G6, G6, V1, V2, V3, V3, V3, V4, V5, V6	
Informatie over patiënt	Door de andere professie komt er meer informatie over de patiënt naar boven	En dan hebben verpleegkundige vaak hele goede antwoorden op. kijk ik was geen patiënten en ik geef ze geen eten en ik geef ze geen pillen.	G1, G1, G2, G5 V3 volledig verhaal V3,	Informatie overdracht; taakverdeling; kwaliteit v zorg
Je moet samen anders loop je vast	Wanneer het gaat over het aanvullen aan elkaar wordt dit als essentieel beschouwd omdat het anders niet kan.	V6 euhm nou de arts heeft daar zijn eigen rol in. De verpleegkundige ook, dat kun je niet alleen	G4, G4, G6, V4, V6	Samenwerking;
Je vult elkaar aan	Er wordt letterlijk gesproken over het samen doen en hier een aanvullende taak in voor beide professies	G4 Dat je er samen heen gaat. De ene brengt het slechte nieuws, de andere vangt op en kan dan ook nog weer terug halen. Dat het juist heel mooi is als je dat samen doet.	G4, G5, G5, G6, G6, V5	Taakverdeling ; samenwerking
Samen stukje overlap	Je doet het samen en daarin heb je overlap in waar je naar	V2 als goede arts ook wel een beetje meer kijkt dan alleen het stukje klinisch, ik denk dat je ook meer naar	V1, V2, V3, V6 wij vergeten ook wel eens wat	

	kijkt	verpleegkundig domein moet kijken, meer het sociale, ik denk dat daar wel ene beetje overlap in zit		
Overleg	Bij gesprekken over samenwerking word het hebben van overleg aangekaart.		G1, G1, G1, G1, G3, G3, G3, G3, G3, G5, G5, G5, G6, V1, V2, V2, V3, V3, V3, V4, V4, V4, V4, V5, V5, V6, V6, V6, V7. V7	
Over taken wie wat doet	Wanneer er overleg wordt genoemd mbt samenwerking wordt overleg over taken bedoeld	G5 euhm he dat het echt heel relevant wordt dat er gebeld wordt. Dan stem ik dat wel met elkaar af.	G1, G1, G3, G3, G3, G5, G5, V4, V5, V5, V5	Communicatie stijl
Over samenwerking	Er wordt specifiek overlegd over de samenwerking door de beide professies	V3 we hebben het er ook over gehad over het vervolg hoe we dat gaan aanpakken,	G1, V2, V3, V6 wanneer visite	Communicatie stijl; samenwerken
Over patiënten situatie / mening van de andere meenemen	Wanneer er overleg wordt genoemd mbt samenwerking wordt overleg over de situatie van de patiënt bedoeld	G3 nou ja we hebben dit probleem enz. en we vragen ons af hoe dat moet. Vaak ook vragen we dan regie psychiatrie erbij. Ja dat gaat wel in overleg.	G1, G3, G3, G3, G5, G6, V1, V2, V3, V3, V4 maar ze kijken je aan van boeiend, V4, V4, V6, V6, V7, V7 maar ze doen er niets mee	Informatie overdracht; Samenwerken

14 Thick description van: communicatiestijl

verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Direct, concreet,	De student geeft aan een directe en concrete communicatie stijl prettig te vinden rondom de patiëntenzorg	G1 ze belde me meteen op en zei gelijk de belangrijke dingen die we moeten dan weten. Hoe is de patiënt er klinisch bij, wat zijn de controles. V7 Dit zie ik, ik denk dat dit er aan de hand is, ik wil dat dit gebeurd. Dan laat je wel zien dat je kennis hebt en weet wat de situatie inhoud waardoor ze je denk ik wel sneller serieus zullen nemen	G1, G5 G5 samenwerking hangt af van concrete communicatie rondom patiënt G6 communiceren met oog op patiëntenzorg G6 ik had het concreter uit kunnen leggen. G6 overdracht is belangrijk V2, V3 argumentatie, V3, V4, V4 Standaard lijstje wat ze willen weten V4, V7, V7, V7
Kritiek die niet openlijk wordt geuit	Negatieve communicatie die binnen de subgroep wordt gehouden, respectvol zijn,	G6 Want ik heb ook wel eens meegemaakt dat de verpleegkundige en artsen dat, als ze dan uit elkaar zijn dat de vpk tegen een andere vpk, en weer mopperen en weet ik veel. En dat je dan, en dat de artsen vervolgens, ja die vpk die heeft dat en dat weer niet gedaan en dan zoveel gemopper en dat, niet tegen elkaar inderdaad, alleen in de communicatie merk, dat is toch iets wat er tussen staat.	G3, G6, G6
Openheid in communicatie over de manier van samenwerken	De communicatie omtrent de patiëntenzorg wordt besproken. De manier waarop de communicatie en samenwerking plaatsvind kan feedback op worden gegeven.	G3 feedback van een verpleegkundige die zei van, die zei, nou nu gaat het goed, en dan wil ik dat ook tegen je zeggen. Want het is ook vervelend als je altijd hoort dat het niet goed is. Dus die zei: zoals het nu gaat vind ik het heel fijn.	G3,G3, G4 wilde concreter bespreken, G4 duidelijk grenzen aangeven, G4, G5, G6, V1, V2 V6 als je het er niet normaal over kunt hebben V7 kreeg feedback
'bazige toon'	In de manier van communiceren wordt kortaf gesproken en op een bazige manier opdrachten gegeven	G4 maar we geven het ook wel weer terug aan de verpleegkundige van: ga het eens even inventariseren. En ga eens kijken wat, en of we iets moeten.	G4, G5 tegen ok assistenten e.d. V2, V2, V5 had ook anders gezegd kunnen worden V6 als je het er niet normaal over kunt hebben...
Collega talk	Bij de stukken waarin communicatie aan bod komt wordt gesproken over het belang van collegialiteit praten. Koffie drinken, aanspreekvorm	G6 Nou ik denk als je euhm mekaar ook wat meer ziet, dan heb je ook al wat meer neiging om op persoonlijk vlak elkaar wat meer te spreken. Dan heb je wat meer verbinding met elkaar en dan wordt de communicatie denk ik ook beter.	G4, G4 G6, V4 zo emotioneel anders

15 Thick description van: verwachtingen in de samenwerking

Code verwachtingen samenwerking (het gaat over verwachtingen in de samenwerking goed of slecht)

verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie	Welke codes zijn gerelateerd
Anticiperen	Bij het uitspreken van verwachting over samenwerking wordt anticiperen en adequaatheid benoemd als belangrijk aspect dat een positieve invloed heeft op samenwerking	- anticiperen wat de arts wil weten - anticiperen signaleren hoe het met de patiënten situatie gaat, adequaat handelen	G2, G2, G4, V1, V4 Nee, meestal echt wel het zelfde, ik heb altijd wel een standaard lijstje wat ik dan weet, hoe gaat het met de ademhaling	Inleven in de definitie;
Prioritering verschil	Een verschil in prioritering wordt door de studenten als negatieve invloed ervaren op de samenwerking	- Dagindeling vpk en gnk - patiënt gaat slecht, geen praatje gaan maken met collega's	G3, G4, V1 wat meer prioriteit op vpk gebied V5 meer tijd voor patiënt nemen	(Machts-) verhoudingen
Collegialiteit	Naast de 'normale' taken zijn er ook collegialiteit uitingen die invloed hebben op de verwachtingen van de samenwerking.	- Afdelingsuitje niet samen zou je idealiter wel willen	G4 V4 (Opruimen)	Sociaal werkklimaat
communicatie		De kwaliteit van de samenwerking is voor een groot deel ook afhankelijk, meer van de communicatie. Dus dat je mekaar, dat je mekaar wel gewoon normaal bejegend	G6 (overdracht loopt dan minder soepel) V4 kun je dan diegene niet wat meer informeren ofzo	Communicatie; Sociaal werkklimaat
Negatieve ervaring beïnvloed de verwachting	De ervaringen beïnvloeden de manier waarop studenten kijken naar de samenwerking. Dit kan positief en negatief zijn	Nou ik denk, ik weet niet of ze überhaupt hadden gereageerd, dat is ten eerste altijd maar even de vraag zeg maar, en euhm nou ja vaak weten ze het ook beter dan dat jij het weet zeg maar, dat ze dus net iets anders zeggen. Als ik bijvoorbeeld zou zeggen, zou u nog even naar de patiënt kunnen gaan om dat uit te leggen, dan had hij gewoon kei hard gezegd dat ga ik niet doen, of dat moet jij maar doen of zoiets zou hij er dan van maken	V1, V4 ik had verwacht het heel erg, nou heel, dat ze echt wel een beetje de baas waren van je. Dat idee had ik over artsen, van ze geven een opdracht en jij voert het uit. Dat idee had ik van artsen.. V4, V5 positief verrast dat ze geïnteresseerd zijn V7 denk niet dat ze iets met mijn info	Samenwerking

16 Thick description van: opleiding

Wat zijn de verschillende aspecten	Wat is de context en betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie	Welke andere codes zijn gerelateerd
Door de opleiding beperkt	Wanneer er wordt gesproken over de rol van de opleiding in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen geven studenten aan deze rol beperkt te vinden		Verpleegstage G2, G3, G4 Qua opleiding is het heel beperkt over de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen. Eigenlijk heel beperkt. G6 Het zou zeker wel toevoeging kunnen zien. Want je krijgt zoveel communicatie trainingen met patiënten met collega's eigenlijk is daar eigenlijk geen aandacht voor. V4 is er niet V7 meer aandacht vanuit school	
Tijdens coschappen Opleiding met vpk tijdens/door stage	Opleidingsvormen geregeld door de stageplek: wordt positief op gereageerd		G3 En verder ja soms ook wel eens tijdens coschappen. Bijvoorbeeld een coschap IC. Dan hoort het er gewoon bij dat je ook een dag met de verpleging meegaat. Leuk! Interessant G3, G3	
praktijk	Studneten geven aan pas tijdens de stage of coschap in aanraking te komen met de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen		G4 En pas bij een semiarts stage of eigenlijk pas bij je laatste stage kom je erachter dat je moet gaan communiceren met verpleegkundigen en dan loop je er tegen aan wat soms wel goed gaat en wat niet goed gaat. G6 je leert in de praktijk V5 meer vanuit de stage's V7 niet leuk er pas in stage tegenaan te lopen V4 MEDIA EN PROGRAMMA'S	

17 Thick description van: conflicthantering

Aspecten	Wat is de context / betekenis	Hoe is ieder aspect benoemd	Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Conflicthantering	<p>Studenten vertellen hoe er wordt (gezien dat er wordt) omgegaan met conflicten op de werkvloer</p> <p><i>Conflicthantering niet gebruikt!!</i></p>	<p>G1 er over gehad met de vpk , volgende keer zou ik zelf assertiever zijn</p> <p>G2 niet in gesprek gaan met vpk, anders blijf onkunde, G2 niet aan mij, G2 bij iemand eigen niveau ook niet aan mij</p> <p>G3 conflict over uitloop werktijd, maar schuld van management en cultuur</p> <p>G4 Ik wil zeggen dat ik het besproken heb, maar niet zo concreet als had moeten. G4 consequent in aangeven van grenzen bij vpk die binnenkomt G4 teruggekoppeld aan hfd vpk en besproken.</p> <p>G6 dingen moeten worden uitgesproken, anders gaat het ten koste van de overdracht bijvoorbeeld en dus van kwaliteit van zorg</p> <p>V1 zou wel iets willen zeggen maar ben bang voor de artsen, V1 van vpk accepteren ze wel maar stagiaires,,</p> <p>V2 uiteindelijk vragen telefonisch kunnen stellen (niet conflict besproken)</p> <p>V3 Besproken excuses gekregen</p> <p>V4 accepteren dat het zo is, het is lastig maar niet anders</p> <p>V7 er is iemand anders gekomen, niet besproken.</p>	

18 Thick description van: persoonskenmerken

verschillende aspecten	Hoe is ieder aspect benoemd Hoe vaak is ieder aspect genoemd en door wie
Eigenschappen	<p>G1 ik probeer zo open mogelijk te zijn</p> <p>G3 dat je opener bent en het dan beter gaat</p> <p>G5 ik ben vrij bescheiden ik denk dat ze me toegankelijk vinden</p> <p>G6 van nature fijner samen werken, sommige specialismes andere types</p> <p>V4 emotionele arts, de patiënt snapt de info niet. V4 emotioneel, oppervlakkig, u haalt volgende maand niet met artsen over elkaar</p> <p>V5 verschil chirurgen en cardiologen, misschien het gedrag hoe ze zijn, V5 bepaalde chirurgen gewoon lief, maar sommige co's voelden zich heel wat</p> <p>V6 staat open voor praten over de samenwerking, V6 sommige artsen heel toegankelijk</p> <p>V7 jonge artsen zijn wat losser</p>
Kennis en kunde	<p>G1 ik kan misschien beter bepaalde (medische) vragen beantwoorden (dus ik bel de fam ook even. G1 doordat wij bloedgas prikken blijven we het kunnen,</p> <p>G2 ik heb meer medische inhoudelijke kennis. G2 een verpleegkundige kan ook prima een diëtiste aanvragen G2 als een vpk vaak onnodig je haalt vind je dat onkundig.</p>

	<p>G4 de IC verpleegkundigen zijn hoger opgeleid, veel kennis en kunde, G4 ik kan zelf ook controles doen. G4 vpk vroeg aan mij contact fam te doen omdat ze inhoudelijke vragen kunnen stellen. G4 lastig wel niveau vpk zijn.</p> <p>G6 soms goed als arts update geeft, voor overzicht ipv losse info van de vpk,</p> <p>V3 in Duitsland vroegen ze mij omdat ik blijkbaar kennis had V3 er wordt anders op je gereageerd als je langer werkt meer kennis hebt, V3 mijn kennis rijkt tot bepaald punt V3 ik weet dat mijn kennis stopt op bepaald moment V3 artsen hebben meer kennis, wij worden geleerd verpleegkundige kant op de patiënt te kijken V3, V3, V3, V3</p> <p>V4 dan moet ik het op koetjes en kalfjes manier uitleggen V4 blij dat ik slechte uitslag niet hoeft te vertellen,</p> <p>V7 natuurlijk arts weet veel meer, maar wij zijn bij de patiënt de hele dag, V7 Arts moet weten wat die aan kennis van vpk heeft. V7 kennis IC</p>
Vertrouwen en verantwoordelijkheid	<p>G2 fijn als een vpk iets doet wat je zelf zou hebben gedaan, G2 soms wordt je geroepen voor niets G2 blijft gaan niet risico lopen WOLF</p> <p>G4 als iets mis gaat wie is verantwoordelijk G4 vpk deed niets bij een zieke patiënt ik zelf om uur langsgelopen, G4 vpk wilde een handeling niet doen.. G4 bij sommige vpk weet je als ze zeggen gaat niet goed, dan gaat niet goed</p> <p>G5 eerst vpk laten zeggen dan zelf oordelen, G5 vpk telkens met pauze.</p> <p>G6 Vpk samen verantwoordelijk gnk alleen G6 visite loopt goed als je vpk kunt vertrouwen G6 getouwtrek vpk spec voelt zich niet vertrouwd</p> <p>V1 dan hoor je vd patiënt dat de arts niet is geweest</p> <p>V3 arts zat in slecht nieuws gesprek en kwam niet in een kritieke situatie</p> <p>V4 niet mijn verantwoordelijkheid slecht nieuws V4 we hebben veel verantwoordelijkheid</p> <p>V5 dan staan de medicijnen er nog niet in, moet de arts er in zetten V5 ons op de hoogte brengen als ze ons zien, ipv in t systeem zetten</p> <p>V7 je wilt dat de arts je serieus neemt, V4 arts moet je gewoon vertrouwen V7 als je belt dat ze zeggen wacht maar een paar uur... V7 vertrouwen te maken met werkduur</p>
Werkervaring en leeftijd	<p>G2 oudere arts enger, jonge arts zien ze ook meer, zaalarts altijd jong</p> <p>G3 sommige vpk denken bij mij: ah nog niet eens afgestudeerd G3 die vpk heeft moeite met mij omdat ik jong ben G3 vaak vpk jonger en staan dicht bij mij</p> <p>G4 op de afdeling jonge vpk, nog zoekende hoe moet ik dit doen G4 lastig hoeveel kennis iemand heeft, leeftijd zegt ook niet, werkervaring</p> <p>G5 vpk overrulen coassistenten, vpk zegt: wij hebben al veel ervaring</p> <p>V3 met werk ervaring wordt je serieuzer genomen</p> <p>V4 ervaring in de samenwerking zorgt dat je dat meeneemt naar volgende samenwerking situatie</p> <p>V5 voel me vrijer dingen aan te geven met meer werkervaring V5 da tik niet genoeg werkervaring heb dan denk ik hmm</p> <p>V6 oude artsen minder toegankelijk dan de jonge, vpk nog makkelijker te praten voor patiënt V6 nog geen goed beeld van de samenwerking</p> <p>V7 samenwerking met jonge artsen beter, losser, V7 jonge artsen meer open, V7 de arts moet doorhebben dat vpk het snapt V7 arts vertrouwen vpk meer na lange werkduur.</p>