

Scriptie

Onderzoek naar de verwachtingen van HBO-V
stagiairs en coassistenten over de samenwerking
tussen artsen en verpleegkundigen

Lonne Stegeman

Wenckebach Instituut, UMCG
Hanzehogeschool, Human Resource Management



Groningen, 30 mei 2016

Studentenbureau UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen

Scriptie

“In welke mate komen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen met elkaar overeen?”

Student	Lonne Milou Stegeman
Studentnummer	301514
Organisatie	Universitair Medisch Centrum Groningen
Afstudeerbegeleider	Jan Pols
Instelling	Hanzehogeschool Groningen
Opleiding	Human Resource Management
Afstudeerdocent	Esther Baarda
Eerste beoordelaar	Astrid Boogers
Inleverdatum	30 mei 2016

Managementsamenvatting

Patiënten in ziekenhuizen zijn voor de benodigde zorg afhankelijk van artsen en verpleegkundigen. Ontevredenheid over de samenwerking tussen beide partijen zorgt ervoor dat er niet optimaal zorg kan worden verleend aan patiënten. Hierdoor zijn niet alleen de patiënten, artsen en verpleegkundigen erbij gebaat dat het probleem wordt opgelost, maar ook de organisatie. De interventies die plaatsvinden om de samenwerking te verbeteren kosten de organisatie namelijk veel geld en hebben op de lange termijn niet het gewenste effect (Universitair Medisch Centrum Groningen [UMCG], 2015). Zowel artsen als verpleegkundigen vinden dat de samenwerking beter kan. Langzamerhand ontstaat de gedachte dat de opleiding van artsen en verpleegkundigen een rol speelt bij het in stand houden van bepaalde verwachtingspatronen van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

De doelstelling van dit onderzoek is: “Inzicht krijgen in de verwachtingen die HBO-V stagiairs en coassistenten hebben over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, door middel van het afnemen van interviews met HBO-V stagiairs en coassistenten, zodat een beeld ontstaat over de mogelijke oorzaken van de moeizame samenwerking, en een bijdrage wordt geleverd aan het oplossen van dit probleem.”

De doelstelling vertaalt zich naar de volgende hoofdvraag: “In welke mate komen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen met elkaar overeen?”

De verwachtingen van coassistenten en HBO-V stagiairs over de samenwerking zijn gerangschikt aan de hand van de bewerkte theorie van Leever et al. (2010) en gaan over: communicatie, omgangsvorm, professionaliteit en vakbekwaamheid.

Conclusie resultaten

Er zijn negen half-gestructureerde interviews afgenomen met coassistenten en HBO-V stagiairs om in kaart te brengen wat zij verwachten van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Hoe meer zij hetzelfde van de samenwerking verwachten, hoe groter de kans dat zij later tevreden zijn over de samenwerking (Casanova, et al., 2007).

Naar aanleiding van de resultaten kan geconcludeerd worden dat de verwachtingen van coassistenten en HBO-V stagiairs in eerste instantie overeen lijken te komen, maar dat beide partijen toch een andere invulling geven aan de genoemde aspecten. De meest opvallende resultaten gaan over de omgangsvorm en de vakbekwaamheid. Het eerste opvallende resultaat betreft het verschil in focus van de manier met elkaar omgaan. Coassistenten leggen hier de nadruk op de manier waarop zij met verpleegkundigen omgaan, terwijl HBO-V stagiaires juist verwachtingen hebben over de manier waarop er met hen wordt omgegaan. Ten tweede zijn er wat betreft de taakverdeling verschillende verwachtingen. Het belangrijkste verschil in mening gaat over de afhankelijkheid van de verpleegkundige. Volgens de coassistenten zou een verpleegkundige slechts in opdracht van de arts mogen handelen, terwijl een HBO-V stagiair juist vindt dat de verpleegkundige mee zou moeten denken met de arts. Tot slot is opvallend dat de respondenten het erover eens zijn dat de arts de baas is van de verpleegkundige, terwijl hij zich volgens een HBO-V stagiair tegelijkertijd gelijkwaardig zou moeten opstellen. Dit zijn twee tegenstrijdige verwachtingen die voor een arts wellicht moeilijk uit te voeren zijn.

Al met al wekken de resultaten de indruk dat studenten geneeskunde en HBO-V al aan het eind van hun studie verschillende opvattingen hebben over de kenmerken waaraan goede samenwerking moet voldoen. Daarmee maken zij een slechte start voor prettige samenwerking na hun afstuderen.

Aanbevelingen

Duidelijk is dat de verwachtingen van coassistenten en HBO-V stagiairs over de samenwerking niet op alle punten met elkaar overeenkomen. De aanbevelingen die dit onderzoek doet, gaan dan ook vooral over het op elkaar afstemmen van deze verwachtingen. Hoe hier vorm aan zou moeten worden gegeven, kan dit onderzoek geen concrete uitspraken over doen, omdat dat in dit onderzoek niet aan bod is gekomen. Het afstemmen van de verwachtingen zou waarschijnlijk kunnen plaatsvinden door de programma's van beide opleidingen op elkaar af te stemmen, les te geven over de verwachtingen en door te leren hoe verwachtingen worden besproken en zichtbaar worden gemaakt. Een suggestie voor vervolgonderzoek die dit onderzoek doet, is het dieper ingaan op de aspecten die in dit onderzoek nog niet voldoende aan bod zijn gekomen.

Discussie

De keuze voor de theorie, de kwalitatieve methode en de steekproefselectie hebben ervoor gezorgd dat de resultaten van dit onderzoek binnen de context van het UMCG toepasbaar zijn, maar niet daarbuiten. Sterke punten van dit onderzoek betreffen de keuze voor de theorie en de methode interviews. Zwakkere kanten van het onderzoek gaan over implicaties van de keuze voor half-gestructureerde interviews, effecten van de beschikbare tijd, eigenschappen van de onderzoeker en de toegang tot respondenten. De overige discussiepunten zijn in Hoofdstuk 8 te vinden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1. Inleiding.....	9
1.1 Leeswijzer.....	9
2. Probleem- en organisatieanalyse.....	11
3. Theoretisch kader.....	13
3.1 Theoretische verkenning	13
3.1.1 Professie	13
3.1.2 Samenwerken	14
3.1.3 Opleiding	16
3.1.4 Samenwerken tussen professies.....	17
3.2 Conceptueel model	17
3.3 Doelstelling, hoofdvraag en onderzoeksvragen.....	18
4. Methodologie.....	19
4.1 Dataverzameling.....	19
4.1.1 Interviews	19
4.1.2 Uitwerking en analyse interviews.....	19
4.2 Onderzoekspopulatie	20
4.2.1 Steekproef.....	20
4.2.2 Kenmerken steekproef.....	20
4.3 Variabelen en indicatoren.....	20
4.4 Kwaliteit onderzoek.....	21
4.3.1 Validiteit.....	21
4.3.2 Betrouwbaarheid	22
5. Resultaten.....	23
5.1 Beschrijving steekproef	23
5.2 Onderzoeksresultaten	23
5.2.1 Communicatie	23
5.2.2 Omgangsvorm	24
5.2.3 Professionaliteit	25
5.2.4 Vakbekwaamheid	26
6. Conclusies.....	29
6.1 Deelvraag I	29
6.2 Deelvraag II	29
6.2.1 Communicatie	29
6.2.2 Omgangsvorm	29
6.2.3 Professionaliteit	29
6.2.4 Vakbekwaamheid	30
6.3 Hoofdvraag	30
7. Adviezen	31
7.1 Overeenstemming verwachtingen	31
7.2 Vervolgonderzoek	31
7.3 Conclusie adviezen	32

8. Discussie	33
8.1 Gebruikte theorieën	33
8.2 Methodekeuze.....	33
8.2.1 Interviews	33
8.2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	33
8.2.3 Beschikbare tijd.....	33
8.3 Validiteit en betrouwbaarheid	34
8.3.1 Validiteit.....	34
8.3.2 Betrouwbaarheid en intersubjectiviteit	34
Literatuur.....	35
Bijlage I Organisatieanalyse	41
Bijlage II Extra informatie theoretisch kader	45
Bijlage III Interviewinstructie	47
Bijlage IV Overige citaten.....	49

Voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport voor het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) dat het eindresultaat is van mijn afstudeeropdracht voor de opleiding Human Resource Management aan de Hanzehogeschool Groningen. Het gaat over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is al vaker bekeken, vanuit verschillende invalshoeken. Naar de invloed van professies en opleidingen op de samenwerking is echter nog weinig onderzoek gedaan. Binnen het UMCG ontstond de vraag of de opleiding van artsen en verpleegkundigen mogelijk invloed heeft op het in stand houden van de moeizame samenwerking tussen beide beroepsgroepen.

Mijn zoektocht naar een afstudeeropdracht begon tijdens mijn specialisatie en was al snel succesvol. Op de website van het UMCG las ik dat zij op zoek waren naar een (sociologie) student die een onderzoek uit zou voeren over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, dit wekte mijn interesse. In mijn familie zijn een aantal mensen arts en mijn beste vriendin is verpleegkundige. Zodoende was het onderwerp al vaker ter sprake gekomen. Hoewel ik geen sociologie studeer, werd ik toch uitgenodigd voor een gesprek. Na een eerste gesprek in het ziekenhuis was het enthousiasme wederzijds en kon het concreter vormgeven van de afstudeeropdracht beginnen.

Ten eerste wil ik graag het UMCG bedanken voor de mogelijkheid om mijn afstudeeropdracht hier uit te voeren. Ook wil ik de mensen in het UMCG, aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) en aan de Hanzehogeschool bedanken die bereid waren om met mij het gesprek aan te gaan over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Jullie hebben mij tijdens het oriëntatieproces enorm geholpen. Daarnaast wil ik de studenten geneeskunde en HBO-V bedanken met wie ik een dag heb meegelopen en die deel hebben genomen aan de interviews. Verder wil ik Myrna Molema en Ilse Vos heel erg bedanken voor het sparren. Jullie hebben mijn onderzoeksperiode ook nog eens een stuk leuker gemaakt. Vanuit het UMCG wil ik mijn begeleider Jan Pols bedanken voor het delen van zijn kennis over het doen van onderzoek. Tot slot wil ik Esther Baarda bedanken voor haar begeleiding vanuit de Hanzehogeschool.

Ik wens u veel plezier tijdens het lezen van mijn scriptie!

Lonne Stegeman, mei 2016

1. Inleiding

Dit onderzoek is geschreven naar aanleiding van de ontevredenheid van artsen en verpleegkundigen over hun samenwerking. Patiënten in ziekenhuizen zijn voor de benodigde zorg afhankelijk van artsen en verpleegkundigen. Ontevredenheid over de samenwerking tussen beide partijen zorgt ervoor dat er geen optimale zorg kan worden verleend aan patiënten. Niet alleen patiënten maar ook artsen en verpleegkundigen zijn erbij gebaat dat het probleem wordt opgelost. De zorg is namelijk niet optimaal en artsen en verpleegkundigen zijn minder tevreden over hun werk. Daarnaast is het wenselijk voor de organisatie dat het probleem wordt opgelost omdat de interventies die worden opgezet om de samenwerking te verbeteren de organisatie veel geld kosten en op de lange termijn niet het gewenste effect hebben (UMCG, 2015). Langzamerhand ontstaat de gedachte dat de opleiding van artsen en verpleegkundigen een rol speelt bij het in stand houden van bepaalde verwachtingspatronen van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Dit adviesrapport is geschreven in opdracht van mevrouw Roodbol, hoogleraar Verplegingswetenschappen aan de RUG en tevens hoofd Expertisecentrum Verpleging aan de Hanzehogeschool en mevrouw Jaarsma, hoogleraar Onderzoek en Innovatie van Medisch Onderwijs aan de RUG. Het advies kan via hen bruikbaar zijn voor de opleidingen HBO-V aan de Hanzehogeschool Groningen en geneeskunde aan de RUG. Zij krijgen dankzij dit onderzoek meer inzicht in de oorzaken van de moeizame samenwerking.

De doelstelling van dit onderzoek is: “Inzicht krijgen in de verwachtingen die HBO-V stagiairs en coassistenten hebben over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, door middel van het afnemen van interviews met HBO-V stagiairs en coassistenten, zodat een beeld ontstaat over de mogelijke oorzaken van de moeizame samenwerking, en een bijdrage wordt geleverd aan het oplossen van dit probleem.”

De doelstelling vertaalt zich naar de volgende hoofdvraag: “In welke mate komen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen met elkaar overeen?”

1.1 Leeswijzer

In hoofdstuk twee is een probleemanalyse beschreven aan de hand van de adviesvragen van Nathans (2005). Vervolgens wordt in hoofdstuk drie de voor dit onderzoek relevante theorie uiteengezet en komt in hoofdstuk vier de methode waarop dit onderzoek is uitgevoerd, aan bod. In hoofdstuk vijf zijn de onderzoeksresultaten te vinden, waaruit in hoofdstuk zes conclusies worden getrokken. In hoofdstuk zeven is het advies aan de opdrachtgevers te vinden en in hoofdstuk acht wordt in de discussie de kwaliteit van dit onderzoek besproken. Tot slot is in hoofdstuk negen de gebruikte literatuur uiteengezet.

2. Probleem- en organisatieanalyse

In dit hoofdstuk wordt het vraagstuk geanalyseerd aan de hand van de adviesvragen van Nathans (2005). Een aantal adviesvragen zijn samengevoegd, om herhaling te voorkomen. In Bijlage I volgt een organisatieanalyse aan de hand van het Klaver-6-model (Kouwenhoven, et al., 2005).

Wat zien de opdrachtgevers als probleem?

Artsen en verpleegkundigen in een ziekenhuis zijn samen verantwoordelijk voor de zorg die een patiënt nodig heeft. Om deze zorg optimaal te kunnen verlenen is het belangrijk dat artsen en verpleegkundigen tevreden zijn over de samenwerking. Uit landelijk onderzoek blijkt dat zowel artsen (77%) als verpleegkundigen (95%) vinden dat de samenwerking beter kan (Neggers, 2010). Regelmatig vinden in het UMCG interventies plaats om problemen in de samenwerking op te lossen. Deze hebben op de lange termijn niet het gewenste effect. Bijvoorbeeld interventies zoals interprofessioneel opleiden om te leren samenwerken, leiden ook niet tot het gewenste effect (UMCG, 2015). Naar oorzaken van de ontevredenheid over de samenwerking onder artsen en verpleegkundigen is binnen het UMCG al veel onderzoek gedaan (Bakker & Blokzijl, 2010; Beeksma, 2009; Hoiting, 2010; Leever, et al., 2010; de Vries & Stuurwold, 2007). Toch bestaat het probleem nog steeds en is er geen duidelijke oorzaak aan te wijzen.

Voor wie is het een probleem en wat zijn de gevolgen?

De moeizame samenwerking is ten eerste een probleem voor de artsen en verpleegkundigen zelf. Tevredenheid over de samenwerking gaat gepaard met tevredenheid over het werk (Zwarthoed, 2014), moeizame samenwerking gaat ten koste van de werktevredenheid (Steijn, 2003). Voor de algemene tevredenheid geven verpleegkundigen binnen het UMCG een 6,9 op een schaal van 1 tot 10. Dit is 0,4 punten lager dan het gemiddelde in het UMCG (UMCG, 2012).

Ten tweede is de moeizame samenwerking een probleem voor de betrokken patiënt, diens familie en toekomstige patiënten. Een gevolg van lage werktevredenheid bij artsen en verpleegkundigen is namelijk dat ze fouten maken (Flinkman, Leino-Kilpi, & Salantera, 2010). Daarmee komt de kwaliteit van de patiëntenzorg in het geding.

Ten slotte is het een probleem voor het UMCG omdat een lage werktevredenheid verzuim en uitstroom als gevolg heeft (Rowe & Sherlock, 2005; Steijn, 2003). Door de veranderingen op de arbeidsmarkt (zie Bijlage I) is het voor het UMCG belangrijk om de uitstroom van zorgprofessionals tot een minimum te beperken. De continuïteit van de patiëntenzorg komt onder druk te staan. Daarnaast kosten de interventies, die plaatsvinden om de samenwerking op de korte termijn te verbeteren, de organisatie veel geld (UMCG, 2015).

Hoe groot is het probleem?

Het probleem is niet urgent, maar wel belangrijk. Als er op korte termijn niets aan dit probleem wordt gedaan kunnen patiënten nog steeds de zorg krijgen die zij nodig hebben. Als dit probleem echter langer voortduurt, is de doelstelling van het ziekenhuis in het geding. Eén van de drie kerntaken van het UMCG, patiëntenzorg, kan dan niet goed worden uitgevoerd (zie Bijlage I voor de doelstelling en kerntaken van het UMCG).

Wat zijn de oorzaken van het probleem, en welke krachten houden het in stand?

Uit onderzoek naar oorzaken van de moeizame samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen blijkt dat de verdeling van middelen, de mate van betrokkenheid bij besluitvorming, de werksfeer, het aantal leidinggevenden en (on)duidelijkheid over verantwoordelijkheden een rol spelen bij het beoordelen van de samenwerking (Almost, et al., 2016). Dat de beroepsgroepen van artsen en

verpleegkundigen professies zijn (zie paragraaf 3.1.1) wordt in dit onderzoek meegenomen. Via de opleidingen oefenen de professies invloed uit op de verwachtingen van jonge professionals over de samenwerking. Er wordt gedacht dat de opleidingen op deze manier invloed hebben op het in stand houden van de problemen in de samenwerking.

Wat is de gewenste situatie?

In de gewenste situatie zijn artsen en verpleegkundigen tevreden over de samenwerking. Hierdoor zijn zij in staat om de best mogelijke zorg te leveren aan de patiënt en zijn zij tevreden met hun werk.

3. Theoretisch kader

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de voor dit onderzoek belangrijke begrippen en bijbehorende theorieën uiteengezet. De theoretische deelvragen, die aan deze verkenning ten grondslag liggen, zijn: (1) Wat is een passende definitie van een professie? (2) Wat is een passende definitie van samenwerken? (3) Wat is bekend over samenwerken tussen professies? (4) Welke invloed hebben professies op opleidingen? Vervolgens wordt in de tweede paragraaf het conceptueel model weergegeven, dat de relaties tussen de theorieën onderling schetst. Dit hoofdstuk eindigt met de hoofd- en deelvragen die het theoretisch kader en het conceptueel model oproepen.

3.1 Theoretische verkenning

3.1.1 Professie

Het begrip professie wordt op meerdere manieren gedefinieerd. In deze paragraaf worden drie manieren beschreven.

Ten eerste beschrijft Janssen (2013) een professie als “herkenbare beroepsgroep die over een gedefinieerde basis aan kennis en vaardigheden beschikt, die gezamenlijke normen hanteert over wat wel en niet goed werk is” (Wilmink, 2014, p. 35).

Ten tweede legt Abbott (1988) het accent op de specifieke kennis van professies: “professies zijn exclusieve beroepsgroepen die abstracte kennis toepassen op specifieke gevallen” (p. 312).

Ten slotte legt Freidson (2001) het accent meer op de privileges die professies hebben met betrekking tot specialisatie, rechten, controle, kennis en visie van de beroepsgroep: “een professie is een beroepsgroep met bepaalde privileges” (p. 156). In Tabel 1 zijn de kenmerken van een professie volgens Freidson te lezen. Freidson stelt dat hoe meer kenmerken aanwezig zijn, hoe meer geprofessionaliseerd het beroep is.

Tabel 1 Kenmerken professies volgens Freidson (2001)

Specialisatie	Gespecialiseerd werk, gebaseerd op theoretische kennis en vaardigheden, dat dankzij de aard van het werk een speciale status heeft gekregen binnen de maatschappij.
Rechten	Tuchtrecht, van toepassing op het uitvoeren van het beroep, dat wordt ontwikkeld en beheerst op een specifieke afdeling van de beroepsgroep.
Controle	Een beschermde positie op de arbeidsmarkt, gebaseerd op door de beroepsgroep vastgestelde instapeisen.
Kennis	Een formeel opleidingstraject dat er voor zorgt dat aan de beroepseisen wordt voldaan, gecontroleerd en beheerst door de beroepsgroep zelf, geassocieerd met hoger onderwijs.
Visie	Een ideologie die ‘goed werk doen’ belangrijker acht dan de economische opbrengsten, en kwaliteit boven kwantiteit stelt.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de definitie van Freidson (2001), omdat deze het beste past bij de problematiek die wordt onderzocht. Vanuit deze definitie zijn de beroepsgroepen van artsen en verpleegkundigen beide professies. Zo hebben beide beroepsgroepen sinds de Wet BIG (zie Bijlage I) een beschermde titel (specialisatie) en moeten zij verantwoording afleggen aan een tuchtrechter (rechten).

Voor de samenwerking van artsen en verpleegkundigen is het van belang dat door hun opleiding en het werken binnen het normen en waardensysteem van professies, de beroepsbeoefenaren ook een eigen professionele identiteit ontwikkelen. Deze professionele identiteit

gaat gepaard met twee verschijnselen: professionele inclusiviteit en sociale exclusiviteit. Professionele inclusiviteit, beschrijft de mate waarin iemand het gevoel heeft bij de eigen professie te horen en zich zo behandeld voelt. Sociale exclusiviteit is de afstand tot andere professies. Een sterke professionele identiteit heeft een positieve invloed op de motivatie van de arts of verpleegkundige om het werk goed uit te voeren en verbetert de communicatie binnen de professie. Een sterke professionele identiteit leidt echter ook tot een grotere sociale afstand tot andere professies. Een hoge sociale exclusiviteit leidt tot het gevoel van isolatie en minder openheid naar andere professies (Tajfel & Turner, 1979). Hoe professies samenwerken komt aan de orde in paragraaf 3.1.4.

3.1.2 Samenwerken

Sommige taken vergen de gezamenlijke inspanning van mensen met verschillende kennis en vaardigheden. Samenwerken zal bij zulke taken tot betere uitkomsten leiden dan de som van de individuele bijdragen van elke betrokken partij. Het geheel is meer dan de som der delen (Nauta, 2014). Gray (1989) definieert de eisen die samenwerken stelt als volgt:

Samenwerken vergt dat partijen, die een verschillend perspectief op een probleem hebben, met elkaar communiceren en op een constructieve manier kijken naar de onderlinge verschillen, op zoek naar oplossingen die verder gaan dan de beperkte visie op de mogelijkheden gezien vanuit de eigen partij. (p. 56)

Artsen en verpleegkundigen werken met elkaar samen in de zorgsector, waarin op meerdere manieren wordt samengewerkt. Volgens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) (2010) is sprake van samenwerking als meer dan één zorgverlener bij de cliënt betrokken is. Samenwerking kan intern, extern of een mengvorm zijn. Daarnaast kan samenwerken intra- of interdisciplinair zijn. Ook kan de samenwerking simultaan of volgtijdelijk zijn (zie Tabel 2 voor uitleg over de verschillende vormen van samenwerken).

Samenwerken vindt volgens de KNMG plaats rondom de patiënt en vereist afstemming tussen de betrokken zorgverleners. Deze beschrijving wordt door de beroepsvereniging van verpleegkundigen (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) ook onderschreven. Nauta (2014) schetst de complexiteit van samenwerken in de zorg rondom een patiënt: “Het kan in een team zijn, in een instelling, maar ook tussen zorgprofessionals van verschillende teams of instellingen” (p. 18).

Tabel 2 Uitleg verschillende vormen van samenwerken volgens de KNMG (2010)

Vorm van samenwerken	Uitleg
Intern	Zorgverleners binnen dezelfde instelling
Extern	Zorgverleners uit verschillende instellingen
Mengvorm	Zorgverleners binnen dezelfde instelling en uit verschillende instellingen
Interdisciplinair	Zorgverleners binnen hetzelfde discipline
Intradisciplinair	Zorgverleners uit verschillende disciplines
Simultaan	Meerdere zorgverleners tegelijkertijd betrokken bij een patiënt
Volgtijdelijk	Zorgverleners die elkaar opvolgen omtrent de zorg van een patiënt

Baggs et al. (1999) bekijken samenwerken ook specifiek in de context van de zorg. “Verpleegkundigen en artsen die samenwerken, delen de verantwoordelijkheid over het nemen van beslissingen over oplossingen voor problemen en over het formuleren en uitvoeren van (behandel)plannen wat betreft de zorg voor een patiënt” (p. 1991).

Duidelijk is dat er verschillende definities van het begrip samenwerken bestaan binnen de context van de zorg. De gemeenschappelijke kenmerken van de definities zijn:

- Er is meer dan één (zorgverlenende) partij betrokken;
- Er is sprake van meerdere disciplines (interdisciplinair);
- De werkzaamheden vinden plaats in verschillende vormen;
- Er is sprake van onderlinge afhankelijkheid;
- Er is sprake van een gezamenlijk doel.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de definitie van samenwerken van Baggs et al. (1999). Deze gaat specifiek over het samenwerken tussen artsen en verpleegkundigen, hetgeen centraal staat in dit onderzoek, en dit vanuit beide perspectieven benadert. Daarnaast komen de gemeenschappelijke kenmerken van de genoemde definities hierin naar voren.

Wat opleidingen bij hun studenten willen bereiken, beschrijven ze in de doelstellingen voor de opleiding. CanMEDS¹ beschrijft wat samenwerken voor een arts is. “Samenwerken is het effectief werken in een team met zorgverleners om optimale patiëntenzorg te bereiken” (Frank, 2005, p. 15). Een verpleegkundige ziet samenwerken volgens de CanMEDS als “het handelen vanuit de eigen verpleegkundige deskundigheid op basis van gelijkwaardigheid met de eigen en andere disciplines binnen en buiten de gezondheidszorg met betrekking tot (multidisciplinaire) zorg en behandeldoelen” (LOOV, 2015, p. 25). Samenwerken binnen het UMCG competentieprofiel (zie Bijlage II) wordt op het intranet van het UMCG beschreven als volgt: “De medewerker bouwt effectieve werkrelaties op met interne klanten, opdrachtgevers en collega's. Beseft de eigen beperkingen in kennis, vaardigheden en ervaring; overlegt daarom met of verwijst naar collega's of andere medewerkers. Voorziet andere medewerkers met relevante informatie. Functioneert goed in teamverband en draagt bij aan samenwerkingsvormen” (UMCG, 2007).

Voorwaarden voor samenwerking

Samenwerken gaat niet vanzelf. Naar de kenmerken van en voorwaarden voor goede samenwerking is veel onderzoek gedaan. San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, en Ferrada-Videla (2005) tonen aan dat het succes van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen wordt voorspeld door interactionele, organisationele en systemische determinanten. Met deze determinanten bedoelen zij de inter-persoonlijke relaties tussen de samenwerkende partijen, condities in de organisatie en condities buiten de organisatie (zie Bijlage II).

Voor het huidige vraagstuk is met name het onderzoek van Leever et al. (2010) in het UMCG relevant. Uit haar onderzoek blijkt dat artsen en verpleegkundigen op vijf gebieden verwachtingen hebben van de samenwerking: communicatie, wederzijds respect, professionaliteit, samenwerkingsklimaat en kwaliteit van de zorg. In Tabel 3, op de volgende bladzijde, worden deze gebieden beschreven. Hoe het onderzoek van Leever (2010) past binnen het gedachtegoed van San Martín-Rodríguez et al. (2005) is te vinden in Bijlage II.

¹CanMEDS is een competentiekader voor artsen waarin de competenties die essentieel zijn voor optimale patiëntenzorg worden beschreven. De opleiding geneeskunde (in Nederland) is op deze competenties gebaseerd. Het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV) heeft de CanMEDS vertaald naar competenties en rollen voor verpleegkundigen. Het UMCG heeft de CanMEDS vertaald naar competenties voor alle werknemers in het ziekenhuis (zie Bijlage II voor meer informatie).

Tabel 3 Verwachtingen van de samenwerking volgens Leever et al. (2010)

Communicatie	De uitwisseling van ideeën, meningen en informatie door middel van verbale communicatie.
Wederzijds respect	Een evenwichtige relatie hebben.
Professionaliteit	Verwachtingen rondom de kern van de beroepspraktijk.
Samenwerkingsklimaat	Een gemeenschappelijk doel hebben.
Kwaliteit van zorg	Verwachtingen ten aanzien van de organisatie van de zorg, het beleid ten aanzien van, en de behandeling van de patiënt.

Casanova et al. (2007) tonen aan dat congruente verwachtingen de basis zijn voor een goede samenwerking. Zo heeft iemand een verwachting over hoe de communicatie zou moeten verlopen voor optimale samenwerking. De kans op onvrede, of zelfs conflict, is aanwezig wanneer beide partijen een andere verwachting van de samenwerking hebben. Of als er een (te) groot verschil is tussen de verwachtingen die iemand van de samenwerking heeft en hoe de samenwerking daadwerkelijk is.

Uit het onderzoek van Leever et al. (2010) volgt dat de respondenten het belangrijk vinden dat belangrijke informatie helder en duidelijk wordt gecommuniceerd en dat iedereen hiernaar luistert. Uit het onderzoek van Casanova et al. (2007) blijkt dat artsen wat betreft communicatie andere verwachtingen hebben dan verpleegkundigen. Zo komt uit dit onderzoek naar voren dat artsen het belangrijk vinden dat patiëntgegevens kort en bondig worden gecommuniceerd, terwijl verpleegkundigen juist vinden dat wederzijdse communicatie van belang is voor de zorg van een patiënt.

Volgens de respondenten in het onderzoek van Leever et al. (2010) is het belangrijk dat mensen met elkaar kunnen samenwerken als gelijken wat betreft wederzijds respect, ondanks het verschil in hiërarchische positie. Het onderzoek van Casanova et al. (2007) toont aan dat artsen disrespectvol gedrag in sommige situaties acceptabel vinden. De verpleegkundigen in zijn onderzoek dachten hier heel anders over. Ook wordt in dit onderzoek het stellen van vragen door verpleegkundigen om de context van een patiënt te begrijpen, door artsen gezien als het ondermijnen van de autoriteit van de arts.

De respondenten in het onderzoek van Leever et al. (2010) willen er wat betreft professionaliteit op kunnen vertrouwen dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de veranderingen binnen hun eigen vakgebied. Ook vinden zij het belangrijk dat men zich betrokken voelt bij het welzijn van de patiënt. Tot slot vindt men het belangrijk dat men ook door kledingkeuze en uiterlijke verzorging professioneel overkomt.

Nu gebleken is dat overeenstemming in de verwachtingen over de samenwerking bepalend is voor het succes van de samenwerking ontstaat de vraag wat men binnen het UMCG van de samenwerking verwacht. En in hoeverre deze verwachtingen met elkaar overeenkomen.

3.1.3 Opleiding

De professe beschermt haar positie op de arbeidsmarkt onder andere door te bepalen wie toegang heeft tot het opleidingstraject voor de professe. Dit doet een professe door instapeisen voor het opleidingstraject te formuleren en te hanteren (Hanzehogeschool Groningen, 2016; RUG, 2016). Toetreden tot de professe kan zodra het opleidingstraject en het eindexamen succesvol zijn afgerond (Ministerie van Volksgezondheid en Sport, 1996).

De invloed die de professe op de opleiding uitoefent, gaat via drie verschillende wegen. Ten eerste begint de invloed van de professe al waar het onderwijs wordt gevormd. Het

onderwijsprogramma is gebaseerd op de ideeën van de professie (ten Dam, van Hout, Terlouw & Willems, 1997). Hoe dit in de praktijk werkt, is te vinden in Bijlage II. Verder heeft de professie ook invloed op het onderwijs op een andere manier. Docenten komen uit het werkveld en dragen hun ideeën via de colleges of lessen over op de jonge professional. Ten slotte bestaat een deel van het onderwijs uit het opdoen van praktijkervaring. Dit noemt men bij geneeskunde de coschappen en voor HBO-V studenten heet dit stage lopen. Op het moment dat de studenten in contact komen met de werkvloer oefent de professie de meeste invloed uit (Cox, 2005; Fuller, Hodkinson, Hodkinson, & Unwin, 2005). Concluderend kan gesteld worden dat de ideeën die de professie heeft, zijn verweven met het onderwijs voor de jonge professionals waardoor de beeldvorming van de jonge professionals (over bijvoorbeeld samenwerken) grotendeels al tijdens de opleiding plaatsvindt.

3.1.4 Samenwerken tussen professies

Is het voor professies nu makkelijker of moeilijker om onderling samen te werken, in vergelijking met het samenwerken met beroepsgroepen die geen professie zijn? Belangrijk bij het beantwoorden van deze vraag zijn de kenmerken op het gebied van professionele identiteit, specialisatie en controle.

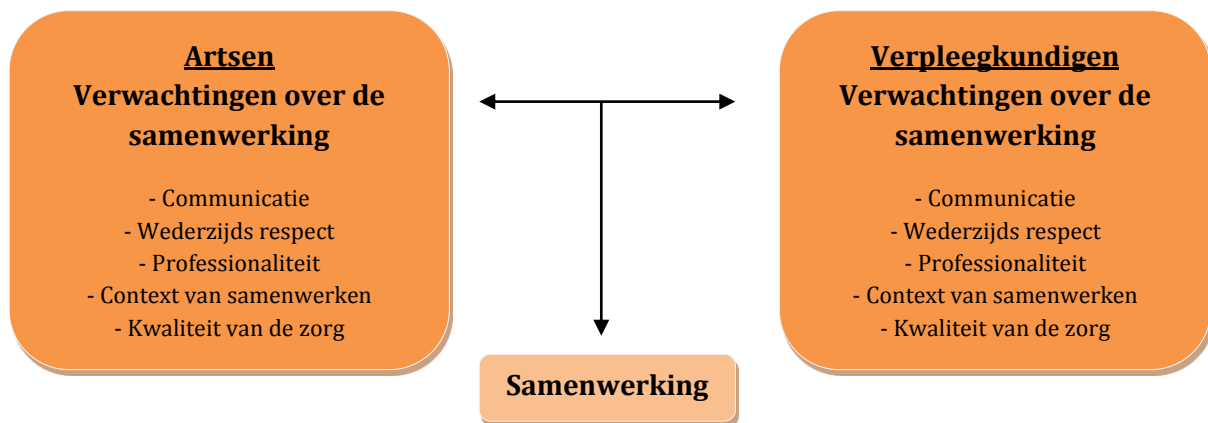
Uit onderzoek blijkt dat artsen en verpleegkundigen met een sterke professionele identiteit alleen met elkaar samenwerken omdat zij dit als een kans zien om hun eigen expertise te tonen aan anderen (Gaertner & Dovidio, 2009) en omdat het oplossen van een complex probleem bijdraagt aan het gevoel van trots op de eigen professie (Molleman, Broekhuis, Stoffels, & Jaspers, 2010).

Artsen en verpleegkundigen zijn vaak in strijd met elkaar over nieuwe taken die prestigieus en waardevol zijn. Taken met een hoge status versterken de professionele identiteit. Het veroveren van een dergelijke taak bevestigt het belang van de professie en de leden van de professie zullen nog meer trots ervaren, om lid te zijn van deze professie (Wackerhausen, 2009).

De visie van Freidson (2001) op professies (zie paragraaf 3.1.1) maakt duidelijk waarom samenwerken tussen professies moeizaam kan verlopen. De beroepsgroep die bepaalde privileges heeft, wil deze behouden. Het kenmerk van een professie op het gebied van controle geeft dit goed aan. Daaruit blijkt dat een professie haar eigen positie op de arbeidsmarkt beschermt. Hieruit is af te leiden dat samenwerken niet in de aard van professies lijkt te liggen.

3.2 Conceptueel model

Op basis van het theoretisch kader kan worden gesteld dat de professie invloed uitoefent op de opleiding. De verwachtingen die artsen en verpleegkundigen op vijf gebieden hebben die bepalend zijn voor het beoordelen van de samenwerking, worden tijdens de opleiding gevormd. De mate waarin de verwachtingen van artsen en verpleegkundigen met elkaar overeenkomen heeft invloed op de samenwerking. Het conceptueel model in Figuur 1, op de volgende bladzijde, laat zien dat dit onderzoek zich richt op het vergelijken van de verwachtingen over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.



Figuur 1 Conceptueel model

3.3 Doelstelling, hoofdvraag en onderzoeksvragen

De doelstelling van dit onderzoek luidt: “Inzicht krijgen in de verwachtingen die HBO-V stagiairs en coassistenten hebben over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, door middel van het afnemen van interviews met HBO-V stagiairs en coassistenten, zodat een beeld ontstaat over de mogelijke oorzaken van de moeizame samenwerking, en een bijdrage wordt geleverd aan het oplossen van dit probleem.”

Naar aanleiding van de doelstelling is de volgende hoofdvraag opgesteld: “In welke mate komen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen met elkaar overeen?”

Naar aanleiding van het theoretisch kader zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Welke verwachtingen hebben HBO-V stagiairs en coassistenten met betrekking tot samenwerken van de communicatie, omgangsvorm, professionaliteit en vakbekwaamheid ten opzichte van elkaar?
- Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten over de communicatie, omgangsvorm, professionaliteit en vakbekwaamheid?

4. Methodologie

Dit hoofdstuk beschrijft de manier waarop dit onderzoek is uitgevoerd en hoe de data zijn verzameld. De eerste paragraaf beschrijft de dataverzamelmethode. In paragraaf twee worden de onderzoekspopulatie en de steekproef beschreven. De gekozen variabelen en indicatoren worden in paragraaf drie toegelicht en beargumenteerd. Tot slot wordt in paragraaf vier beschreven hoe de kwaliteit van dit onderzoek is gewaarborgd.

4.1 Dataverzameling

Dit onderzoek werd vanuit het empirisch-analytisch paradigma uitgevoerd en richtte zich op het in kaart brengen van de verwachtingen die coassistenten en HBO-V stagiairs binnen het UMCG hebben over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Het empirisch-analytisch paradigma betekent dat vanuit een theoretische verkenning naar het vraagstuk is gekeken. Op basis hiervan zijn onderzoeksvragen, onderwerpen en indicatoren geformuleerd. Er zijn in dit onderzoek kwalitatieve data verzameld door interviews af te nemen.

4.1.1 Interviews

Er zijn negen half-gestructureerde interviews afgenomen met coassistenten en HBO-V stagiairs, die op dat moment stage liepen bij het UMCG. Er is gekozen voor half-gestructureerde interviews, omdat dat ruimte gaf voor de inbreng van de respondent.

Het uitgangspunt van het gesprek was de openingsvraag. Vervolgens werd doorgevraagd naar aanleiding van de inbreng van de respondent. Er is bij het afnemen van de interviews gebruik gemaakt van de in Tabel 4 weergegeven onderwerpenlijst (hoe deze onderwerpenlijst tot stand is gekomen, is te lezen in paragraaf 4.3). Indien de respondent het had over een indicator (onderste rijen) van een onderwerp (bovenste, dikgedrukte rij), bood deze tabel handvatten om door te vragen binnen hetzelfde onderwerp, zodat elk onderwerp zo gedetailleerd mogelijk besproken werd. Indien een onderwerp voldoende was besproken, was er ruimte om een volgend onderwerp aan de orde te stellen. Elk interview verliep dus anders, maar begon hetzelfde (een interviewinstructie is te vinden in Bijlage III).

Tabel 4 Onderwerpen en indicatoren

Communicatie	Omgangsvorm	Professionaliteit	Vakbekwaamheid
Verbale communicatie	Respect	Uiterlijk	Rol bij zorg voor patiënt
Spreektaal / jargon	Gelijkwaardigheid	Houding	Eindverantwoordelijkheid
Non-verbale communicatie	Scheiding werk / privé	Gedrag	Beslissingen nemen
Stellig / vragend	Omgaan met fouten		Kwaliteit van zorg
Meningsverschillen (soort argumenten, toon)	Formeel / informeel (u / jij)		Verantwoordelijk voor zorgbeleid
	Iemand onderbreken / kritische vragen stellen		Psychosociale omstandigheden patiënt

4.1.2 Uitwerking en analyse interviews

De interviews werden opgenomen met een audio-opnameapparaat en na afloop werd het gesprek getranscribeerd en geanalyseerd. Het interview is woordelijk uitgetypt, omdat het in dit onderzoek vooral ging om wát de respondenten zeiden. Het ging niet om de manier waarop ze iets zeiden of wat hun non-verbale gedrag uitstraalde. Nadat het interview was uitgeschreven, is het gecodeerd. Dit is op deductieve wijze gedaan. Dat betekent dat de codes vooraf bekend waren vanuit het theoretisch kader.

Hier is voor gekozen omdat er niet werd gezocht naar nieuwe begrippen, maar naar de invulling van de bestaande begrippen: communicatie, omgangsvorm, professionaliteit en vakbekwaamheid.

4.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit coassistenten die coschappen lopen bij het UMCG en uit HBO-V stagiairs die het duale traject volgen en stage lopen bij het UMCG.

4.2.1 Steekproef

De steekproef is tot stand gekomen via de sneeuwbalmethode. Er is op drie manieren gezocht naar coassistenten en HBO-V stagiairs die bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. Er is namelijk gekeken in het eigen netwerk, via de personen met wie is meegelopen en op een van het UMCG gekregen namenlijst. Na afloop van een interview werd de respondenten gevraagd of zij medestudenten kenden die ook aan het onderzoek mee zouden willen doen. Indien de voorgedragen persoon voldeed aan de selectiecriteria, kon diegene worden benaderd voor het onderzoek (zie Tabel 5 **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** voor de selectiecriteria).

4.2.2 Kenmerken steekproef

Tabel 5 Selectiecriteria steekproef

Kenmerk	Coassistenten	HBO-V stagiairs
Moedertaal	Nederlands	Nederlands
Studiejaar	Masterjaar 3	Bachelorjaar 4
Moment in studie	Semi-arts stage	N.v.t.

Er is gekozen voor respondenten die de Nederlandse taal goed beheersen. Op deze manier is geprobeerd te waarborgen dat de respondent zich goed kon uitdrukken tegenover de interviewer. Ook is hiermee geprobeerd verschillen die verklaard kunnen worden vanuit cultuur uit te sluiten. Iemand die de Nederlandse taal als moedertaal heeft, heeft hoogstwaarschijnlijk ook een Nederlandse culturele achtergrond.

Uit de proefinterviews bleek dat coassistenten uit masterjaar 1 en HBO-V stagiairs uit bachelorjaar 3 nog geen uitspraken wilden doen over de verwachtingen die zij hadden van de samenwerking, omdat zij vonden dat zij nog niet genoeg ervaring hiermee hadden. Hierdoor is ervoor gekozen om coassistenten uit masterjaar 3 en HBO-V stagiairs uit bachelorjaar 4 te interviewen.

De geïnterviewde coassistenten liepen op dat moment hun semi-arts stage. In vergelijking met jaargenoten hebben de studenten die hun semi-arts stage lopen een concreter beeld van de samenwerking. De andere geneeskunde studenten in masterjaar 3 zijn namelijk bezig met een wetenschappelijk onderzoek dat een half jaar duurt. In vergelijking met andere coschappen loopt men tijdens de semi-arts stage het langst op één afdeling rond (6-14 weken). Er is, naar aanleiding van de proefinterviews, aangenomen dat de student hierdoor een beter beeld van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen zou hebben.

4.3 Variabelen en indicatoren

De variabelen die in dit onderzoek zijn onderzocht, zijn gebaseerd op de theorie van Leever et al. (2010). De onderwerpenlijst die tijdens de interviews werd gebruikt, is hier ook op gebaseerd. In dit onderzoek is één van de gebieden die Leever et al. onderscheiden, niet onderzocht: samenwerkingsklimaat. Dit gebied betreft de (organisationele) factoren waarop coassistenten en HBO-V stagiairs geen invloed hebben en is daarom buiten beschouwing gelaten. In het onderzoek van

Leever et al. ging het wat betreft samenwerkingsklimaat bijvoorbeeld om een indeling van de ruimte die het mogelijk maakte om met elkaar te overleggen. In overleg met Leever zelf hebben twee van de overige vier onderwerpen een andere naam gekregen, is er een definitie tot stand gekomen (zie Tabel 6) en zijn er indicatoren opgesteld (zie Tabel 4). **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**, op bladzijde 19). De nieuwe namen van de onderwerpen dekten de lading beter en waren minder sturend tegenover de respondent.

Tijdens dit onderzoek werd invulling gegeven aan de door Leever et al. gevonden begrippen. Het definiëren van de begrippen is gebeurd in samenspraak met Leever, die de begrippen voor het eerst in deze context heeft gebruikt. Door een aantal dagen mee te lopen met coassistenten en HBO-V stagiairs, en met behulp van twee proefinterviews is gekeken of de juiste begrippen werden gebruikt. Dit kon eventueel nog worden aangepast, maar dit bleek niet nodig.

Tabel 6 Nieuwe naam en definitie onderwerpen Leever et al. (2010)

Categorie Leever (2010)	Onderwerp in dit onderzoek	Definitie
Communicatie	Communicatie	De uitwisseling van ideeën, meningen en informatie door middel van verbale en non-verbale communicatie.
Wederzijds respect	Omgangsvorm	De manier waarop men met elkaar omgaat.
Professionaliteit	Professionaliteit	Verwachtingen rondom de kern van de beroepspraktijk.
Kwaliteit van de zorg	Vakbekwaamheid	De verwachtingen ten aanzien van de organisatie van de zorg, het beleid ten aanzien van, en de behandeling van de patiënt.

4.4 Kwaliteit onderzoek

De kwaliteit van de onderzoeksresultaten is afhankelijk van de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

4.3.1 Validiteit

Er is bij het doen van onderzoek sprake van interne en externe validiteit. Interne validiteit betreft “de mate waarin de methoden en technieken van onderzoek ervoor zorgen dat de resultaten en onderzoeksconclusies ook werkelijk het beoogde verschijnsel betreffen”. Externe validiteit gaat over “mate van generaliseerbaarheid of verplaatsbaarheid van onderzoeksconclusies naar andere personen, situaties, verschijnselen en tijdstippen dan die van het onderzoek” (van Zwieten & Willems, 2004, p. 632).

De interne validiteit van dit onderzoek is geprobeerd te waarborgen door van te voren richtlijnen op te stellen voor het afnemen van de interviews (zie Bijlage III). Hier heeft de onderzoeker zich tijdens de interviews zo veel mogelijk aan gehouden. Daarnaast zijn de interviews zo snel mogelijk na afname uitgetypt. Hierdoor werd de onderzoeker zich bewust van eventuele sturing. Dit kon bij de volgende interviews verbeterd worden.

Bij kwalitatief onderzoek wordt er geen generalisatie nagestreefd door een zo representatief mogelijke steekproef samen te stellen. De externe validiteit is juist gewaarborgd door de steekproef zo zorgvuldig mogelijk samen te stellen. Er is geprobeerd om factoren die mogelijk van invloed zijn op de verwachtingen van de respondenten over het onderwerp aan bod te laten komen, of juist uit te sluiten. Zo is bijvoorbeeld de factor cultuur geprobeerd uit te sluiten door alleen respondenten te interviewen die Nederlands als moedertaal hebben.

4.3.2 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid kan ook intern en extern worden bekeken. Zo bestaat de interne betrouwbaarheid uit “de mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door de invloed van de individuele onderzoeker. En externe betrouwbaarheid bestaat uit “de herhaalbaarheid van het onderzoek als geheel” (van Zwieten & Willems, 2004, p. 631-2).

De interne betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door zo min mogelijk te sturen tijdens de interviews. Voor de stap van resultaten naar conclusies heeft een tweede onderzoeker naar de onderzoeksresultaten en bijbehorende codes gekeken. Om dit mogelijk te maken is tijdens het coderen gebruik gemaakt van het programma Atlas.ti waarin de definitie van de code duidelijk is vastgelegd. Dit maakte het mogelijk voor een tweede onderzoeker om naar de analyses te kijken, dit noemt men ook wel peer-examination.

De externe betrouwbaarheid is gewaarborgd door zo precies mogelijk te beschrijven hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden in een logboek. Zo kunnen de context waarin het onderzoek plaatsvond en de gemaakte keuzes inzichtelijk gemaakt worden waardoor het onderzoek herhaald kan worden.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews met coassistenten en HBO-V stagiairs beschreven. De kenmerken van de respondenten zijn te vinden in paragraaf 5.1. De tweede paragraaf beschrijft de resultaten van de interviews.

5.1 Beschrijving steekproef

Er hebben in totaal vijf coassistenten en vier HBO-V stagiairs deelgenomen aan het onderzoek. Op het moment van de interviews liepen zij stage op verschillende afdelingen die onderverdeeld zijn in beschrijvende, snijdende en ondersteunende afdelingen volgens het onderzoek van Dijkstra et al. (2013). De kenmerken van de steekproef zijn te vinden in Tabel 7.

Tabel 7 Kenmerken steekproef

	Gemiddelde					
	Man	Vrouw	leeftijd	Beschrijvend	Snijdend	Ondersteunend
Coassistenten	3	2	27,4	3	1	1
HBO-V stagiaires	1	3	22,7	3	1	0

5.2 Onderzoeksresultaten

In de volgende paragrafen zijn de resultaten weergegeven. Het cijfer dat tussen haakjes achter het beschreven resultaat staat, correspondeert met het citaat dat bij het betreffende getal staat. Aanvullende citaten zijn te vinden in Bijlage IV.

5.2.1 Communicatie

De respondenten hebben het wat betreft de uitwisseling van ideeën, meningen en informatie door middel van verbale en non-verbale communicatie over de inhoud van de communicatie maar ook over de manier waarop er wordt gecommuniceerd en het non-verbale gedrag dat gepaard gaat met de communicatie. De manier waarop wordt gecommuniceerd, bestaat bijvoorbeeld uit de woorden die gebruikt worden, de omgeving waar de communicatie plaatsvindt en de toon die gebruikt wordt.

Over de inhoud van de boodschap, vinden zowel coassistenten als HBO-V stagiairs het belangrijk dat men uitlegt waarom iets (niet) gebeurt (1, 2). Over de manier waarop gecommuniceerd wordt, zijn de respondenten van mening dat er direct gecommuniceerd moet worden (3, 4), geen lelijke woorden gebruikt mogen worden (5, 6) en dat er geen sprake mag zijn van een negatieve (onder)toon (7, 8).

De coassistenten hebben het ook over het bespreken van fouten onder vier ogen (9), zij vinden het daarbij belangrijk dat wordt gezocht naar een oplossing (10) en dat men probeert om elkaar niet aan te vallen (11). Volgens de coassistenten is gepast non-verbaal gedrag (12) en respect tonen in de communicatie (13) belangrijk. Communiceren is volgens HBO-V stagiairs een wisselwerking tussen de arts en de verpleegkundige (14).

Citaten ter ondersteuning (communicatie)

1. *“Als iets meerdere keren fout gaat helpt het soms ook om uit te leggen wat je beweegredenen zijn, waarom het belangrijk is om ergens op te letten.”* – Coassistent
2. *“Ik vind het niet fijn als ze geen inhoudelijke argumenten gebruiken en je niet meenemen in de redenering ... alsof je wordt weggewimpeld.”* – HBO-V stagiair

3. *“Het op een directe manier communiceren, toont aan dat we gewoon allemaal mensen zijn en het geeft mij het gevoel dat ik dat ook terug mag doen als het nodig is.”* – HBO-V stagiair
4. *“Artsen en verpleegkundigen moeten direct en helder met elkaar communiceren.”* – Coassistent
5. *“Bijvoorbeeld ‘wat onnozel dat je daar niet aan hebt gedacht’ vind ik geen goede manier van communiceren.”* – HBO-V stagiair
6. *“... je moet dat in nette bewoording kunnen bespreken.”* – Coassistent
7. *“... het is niet normaal als je boos wordt en gaat vloeken.”* – Coassistent
8. *“... het is afhankelijk van de manier waarop je het brengt ... zonder ondertoon.”* – HBO-V stagiair
9. *“... als je dat dan onder vier ogen doet dan straalt dat al meer uit dat je wilt helpen om diegene zichzelf te laten verbeteren ... als er meer ophef aan wordt gegeven met meer mensen is de situatie anders en ga je meer focussen op jezelf en hoe je je eer hoog moet houden en je staande moet houden.”* – Coassistent
10. *“Je probeert in het algemeen met conflicten of moeilijke situaties de oplossing te zoeken. Dus je moet ook uitstralen dat je op zoek bent naar een oplossing en dat je er niet op uit bent om het in te peperen maar dat je er op uit bent om het op te lossen en dat het in het vervolg beter gaat.”* – Coassistent
11. *“Je moet altijd zeggen ‘ik vind’ in plaats van ‘wij vinden’ of ‘je doet het niet goed’.”* – Coassistent
12. *“Je moet niet gaan uitstralen dat je letterlijk moe wordt van iemand, als je bijvoorbeeld gaat zitten zuchten als iemand naar je toe komt kan dat heel vervelend overkomen.”* – Coassistent
13. *“... dat je iemand de tijd geeft om zijn zegje te doen en dat je ook zodra iets niet goed gaat, iemand niet afbrandt.”* – Coassistent
14. *“... goed met elkaar communiceren als je naar elkaar luistert, open staat voor elkaars meningen en ideeën.”* – HBO-V stagiair

5.2.2 Omgangsvorm

De manier waarop men met elkaar omgaat, is vooral besproken aan de hand van de begrippen toegankelijkheid en wederzijds respect. Verder hebben de respondenten het ook over elkaar vertrouwen, serieus nemen, vragen kunnen stellen en op fouten kunnen aanspreken.

Met toegankelijkheid word door coassistenten en HBO-V stagiairs zowel praktische (1) als persoonlijke toegankelijkheid bedoeld (2, 3). Daarnaast zijn elkaar vragen kunnen stellen (4), op fouten kunnen aanspreken (5) en een informele sfeer (6) genoemd.

Zowel de coassistenten als de HBO-V stagiairs gaven aan dat zij wederzijds respect belangrijk vinden. Voor coassistenten gaat dit echter over de zichtbare of hoorbare communicatie tussen artsen en verpleegkundigen (7), terwijl dit voor HBO-V stagiairs meer gaat over de manier waarop men zich opstelt ten opzichte van elkaar (8). Wat betreft vertrouwen, verwachten zowel HBO-V stagiairs als coassistenten dat men niet te snel conclusies trekt, maar dit eerst navraagt (9, 10). Voor HBO-V stagiairs betekent elkaar vertrouwen daarbij dat de arts hen gelooft, als de patiënt iets anders zegt (11). Voor coassistenten bestaat elkaar vertrouwen uit dingen aan een ander over kunnen laten (12), erop kunnen vertrouwen dat iemand doet wat je zegt en dat degene kundig in zijn vak is (13). Elkaar serieus nemen bestaat voor coassistenten meer uit het serieus nemen van de verpleging (14), terwijl dit voor de HBO-V stagiairs meer bestaat uit het serieus genomen worden door de arts (15). Een laatste punt dat HBO-V stagiairs noemen, maar coassistenten niet, is de verwachting dat men gelijkwaardig is (16).

Citaten ter ondersteuning (omgangsvorm)

1. *“Op het moment dat je dan niet je verhaal kwijt kunt omdat zij koffie pauze hebben denk ik wel van ho ho ho.”* – Coassistent
2. *“... bereikbaarheid, en dan bedoel ik niet alleen dat je fysiek aanwezig moet zijn of telefonisch bereikbaar moet zijn ... maar ook: krijg je toegang tot de persoon?”* – HBO-V stagiair
3. *“... waardoor ze de arts niet meer durven of willen benaderen. Dat moet je als arts te allen tijde voorkomen want dat is vaak een opmaat voor nog grotere fouten in de toekomst. Dat je door bruto gedrag niet goed benaderbaar bent.”* – Coassistent
4. *“... ook weer niet te veel vragen, maar als iemand vraagt waarom je iets doet, vind ik dat je verplicht bent om het uit te leggen.”* – Coassistent
5. *“Ik vind dat iedereen elkaar overal op aan moet kunnen spreken.”* – HBO-V stagiair
6. *“... dat je als je u zegt bijna op je kop krijgt.”* – Coassistent
7. *“... respectvol is dat je aanhoort wat iemand te zeggen heeft en daar ook wat mee doet ... niet respectvol is elkaar afsnauwen of afvallen waar de patiënt bij is”* – Coassistent
8. *“Ik vind wel dat je respect voor elkaar moet hebben ... je moet je als arts niet voordoen alsof je er boven staat.”* – HBO-V stagiair
9. *“... hen vertrouwen, en in vertrouwen nemen. Wel direct en helder communiceren maar niet te snel wijzen.”* – Coassistent
10. *“... niet meteen de conclusie trekken dat iemand het is vergeten of dat iets niet goed is gegaan, eerst willen weten hoe iets zit.”* – HBO-V stagiair
11. *“... de arts mag mij altijd vragen of de patiënt dat in de ochtend ook al had. Dan zeg ik dat hij dat toen nog niet had. Daar vertrouwt je elkaar in.”* – HBO-V stagiair
12. *“Hoe meer ervaring, hoe meer je aan iemand durft te vragen of aan iemand over durft te laten.”* – Coassistent
13. *“... dat als ik iets zeg dat het ook gebeurt ... en dat iemand kundig is in zijn vak. Als ik zeg dat er gemobiliseerd moet worden, verwacht ik dat de verpleegkundige ook echt haar best gaat doen.”* – Coassistent
14. *“Dat je aanhoort wat iemand te zeggen heeft ... en daar ook naar luistert.”* – Coassistent
15. *“... waarde hechten aan wat jij zegt en observeert.”* – HBO-V stagiair
16. *“... niet zichzelf boven jou plaatsen of arrogant zijn.”* – HBO-V stagiair

5.2.3 Professionaliteit

De verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten rondom de kern van de beroepspraktijk gaan vooral over de relatie van de arts of verpleegkundige met de patiënt, het delen van informatie met de patiënt en de omgang met elkaar als collega's. Verder noemen zij nog een aantal overige verwachtingen over professioneel gedrag.

Zowel coassistenten als HBO-V stagiairs vinden dat artsen en verpleegkundigen de patiënt centraal moeten stellen (1, 2). Ook vinden zij het belangrijk dat men naar de patiënt toe eerlijk is over wat men wel en niet weet (3). Daarnaast hebben de respondenten een aantal professionele verwachtingen van elkaar als collega's. Zo vinden zij het belangrijk dat men eerlijk is over waar men wel en niet bekwaam in is (4) en weet waar de eigen verantwoordelijkheid over gaat naar een ander (5).

Coassistenten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat een arts deskundig overkomt (6) en zich inleeft in de patiënt (7). Ook vinden zij het belangrijk dat zorgprofessionals alleen juiste informatie verstrekken aan de patiënt (8) en dat iedereen medisch-inhoudelijk mee kan praten over het beleid (9). HBO-V stagiairs vinden het belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de kwetsbaarheid van de patiënt (10) en dat elke patiënt gelijk wordt behandeld (11). Daarnaast vinden

HBO-V stagiairs dat men zijn werk goed moet uitvoeren (12). Eén HBO-V stagiair noemt artsen geen collega's (13).

Citaten ter ondersteuning (professionaliteit)

1. *“Ik denk dat het heel belangrijk is dat je de patiënt centraal stelt, allebei het beste wilt voor de patiënt.”* – HBO-V stagiair
2. *“Als je echt professioneel met elkaar omgaat, ben je gefocust op de patiënt en wat die nodig heeft.”* – Coassistent
3. *“... er zijn genoeg dingen die je niet weet. Daar moet je eerlijk over zijn en proberen duidelijkheid over te geven aan de patiënt.”* – Coassistent
4. *“... dat je duidelijk bent in wat je wel en niet weet, en wat je wel en niet kunt. Dan weten zij ook wat ze met je aan kunnen.”* – HBO-V stagiair
5. *“... dat je weet waar jouw verantwoordelijkheid ligt, en waar die over gaat naar een collega.”* – Coassistent
6. *“... dat jij als arts uitstraalt dat je weet waar je mee bezig bent en ook een gezonde vorm van autoriteit hebt.”* – Coassistent
7. *“Bedenk hoe het op de patiënt overkomt ... als dat afwijkt van wat hij verwacht, neem er dan de tijd voor en zorg dat het duidelijk is.”* – Coassistent
8. *“Je moet er echt aan werken om het geven van onjuiste informatie tot een minimum te beperken.”* – Coassistent
9. *“... spreken van dezelfde taal, en daarmee samenhangend het snappen van het beleid.”* – Coassistent
10. *“Sommige patiënten zijn heel kwetsbaar ... dat je uitgaat van de kwetsbaarheid van de patiënt.”* – HBO-V stagiair
11. *“... je moet elke patiënt gelijk behandelen. Ik kan me voorstellen dat dat soms lastig is omdat patiënten soms ontevreden zijn.”* – HBO-V stagiair
12. *“Je hebt allemaal je eigen taken en die moet je goed doen.”* – HBO-V stagiair
13. *“Ik noem een arts geen collega. Die heeft toch voor iets heel anders gestudeerd. Het is niet te vergelijken met het werk dat wij doen.”* – HBO-V stagiair

5.2.4 Vakbekwaamheid

De verwachtingen ten aanzien van de organisatie van de zorg, het zorgbeleid en de behandeling van de patiënt gaan voornamelijk over de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen.

Over een aantal taken hebben de respondenten dezelfde mening. Van artsen verwachten zij bijvoorbeeld dat ze het beleid bepalen en dat zij de eindverantwoordelijkheid over de patiënt dragen. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij informatie verzamelen over de patiënt, op tijd signaleren dat het niet goed gaat en het beleid uitvoeren dat de arts heeft bepaald (1, 2). Ook vinden de respondenten dat de verpleegkundige de oren en de ogen van de arts is (3, 4) en dicht bij de patiënt staat (5, 6). Daarnaast vinden ze dat de arts eindverantwoordelijk (7) en zelfs de meerdere van de verpleegkundige is (8, 9). Tevens vinden de respondenten dat het in de gaten houden van de psychosociale omstandigheden van de patiënt een gedeelde verantwoordelijkheid is (10, 11).

Over wie de manager is van de verschillende disciplines rondom een patiënt, hebben de respondenten verschillende meningen (12, 13). Daarbij zegt een coassistent dat de arts verantwoordelijk is voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt (14) en noemt een HBO-V stagiair dat de verpleegkundige probeert het zo draaglijk en comfortabel mogelijk te maken voor de patiënt (15). Ten slotte vinden coassistenten dat verpleegkundigen alleen in opdracht van de arts mogen handelen (16), terwijl de HBO-V stagiairs vinden dat zij mee kunnen denken over het beleid van de arts (17).

Citaten ter ondersteuning (vakbekwaamheid)

1. *“De arts bepaalt het beleid en is verantwoordelijk voor de behandeling en diagnose. De verpleegkundige voert het uit.”* – Coassistent
2. *“De verpleegkundige doet observaties en de arts checkt dat soms even en past het beleid daarop aan. De verpleegkundige voert dat beleid dan weer uit. De arts bedenkt het en de verpleegkundige voert het uit.”* – HBO- V stagiair
3. *“De verpleegkundige ziet de patiënt het meest, dus die moet het zeggen als er iets tijdens de visite niet naar voren komt dat wel belangrijk is. De verpleegkundige is mijn oren en ogen.”* – Coassistent
4. *“Als verpleegkundige ben je de oren en de ogen van de arts. Als je iets ziet dan koppel je dat terug naar de arts.”* – HBO-V stagiair
5. *“... de verpleegkundige is laagdrempeliger voor de patiënt. De patiënt ziet de verpleegkundige vaak meerdere keren op een dag, en de arts vaak maar één of hooguit twee keer.”* – Coassistent
6. *“Zij zien een patiënt maximaal 45 minuten per dag. Wij zijn eigenlijk 24/7 beschikbaar voor de patiënt.”* – HBO-V stagiair
7. *“Je hebt als arts de eindverantwoordelijkheid over de patiënt en al helemaal als specialist ... uiteindelijk als dingen echt mis gaan zal de supervisor het grootste gedeelte moeten verantwoorden.”* – Coassistent
8. *“... ik zie de arts als mijn meerdere.”* – HBO-V stagiair
9. *“Artsen hebben supervisie over de verpleegkundige, die moeten kijken hoe ze functioneren en of dat goed gaat. Als je merkt dat daar dingen niet goed in gaan bespreek je dat met de hoofdverpleegkundige.”* – Coassistent
10. *“... als arts zie je de patiënt een paar minuten en misschien nog overdag als er iets is. Maar de verpleegkundigen zijn degenen die de hele dag verdeeld over diensten rondlopen. Dus zij hebben wat betreft de psychosociale toestand van de patiënt een belangrijke signalerende functie.”* – Coassistent
11. *“In principe doen beide disciplines iets met de psychosociale omstandigheden maar vaak zie je dat de verpleegkundige het opmerkt.”* – HBO-V stagiair
12. *“Wij kijken wat er ingeschakeld moet worden ... heel vaak ben je de schakel tussen verschillende disciplines.”* – HBO-V stagiair
13. *“Ieder heeft zijn eigen regelstukje. Artsen doen aanvragen voor andere disciplines en verpleegkundigen brengen zorg in kaart, bijvoorbeeld de thuissituatie als iemand naar huis kan.”* – Coassistent
14. *“Als arts bewaak en verbeter je de kwaliteit van leven van de patiënt.”* – Coassistent
15. *“Een verpleegkundige probeert het zo dragelijk en comfortabel mogelijk te maken voor de patiënt. Ondertussen bewaak je de functies die de arts heeft gevraagd.”* – HBO-V stagiair
16. *“... ze mogen zonder opdracht van de arts niet eens de paracetamol geven die je zelf nog in de Albert Heijn kunt kopen.”* – Coassistent
17. *“Natuurlijk voer je de opdrachten van de arts uit, maar je kunt als verpleegkundige ook heel veel inbrengen in het beleid omdat je de patiënt de hele dag ziet.”* – HBO-V stagiair

6. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beantwoord.

6.1 Deelvraag I

“Waarover gaan de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten wat betreft de samenwerking over communicatie, omgangsvorm, professionaliteit en vakbekwaamheid?”

De verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten gaan over dezelfde aspecten. Bij communicatie hebben beide groepen het over de inhoud waarover zij communiceren en de manier waarop men verbaal en non-verbaal communiceert. Bij de manier waarop men met elkaar omgaat, hebben zij het vooral over toegankelijkheid en wederzijds respect. Over de professionaliteit hebben zij het met name over de relatie met de patiënt, de omgang met informatie en professionaliteit tussen collega's. Wat betreft vakbekwaamheid hebben beide groepen het over de taakverdeling en verantwoordelijkheid.

6.2 Deelvraag II

“Welke overeenkomsten en verschillen zijn er tussen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten van de communicatie, omgangsvorm, professionaliteit en vakbekwaamheid?”

6.2.1 Communicatie

Waar beide groepen respondenten het over eens zijn, is dat men moet uitleggen waarom iets (niet) gebeurt. Ook verwachten zij dat er op een directe manier gecommuniceerd wordt, waarbij geen lelijke woorden worden gebruikt en er geen sprake is van een negatieve (onder)toon in de communicatie.

De coassistenten verwachten daarnaast dat de communicatie over fouten onder vier ogen gebeurt, waarbij de nadruk ligt op het zoeken van een oplossing en dat men elkaar niet aanvalt. Gepast non-verbaal gedrag en respect zijn daarnaast volgens hen belangrijk.

6.2.2 Omgangsvorm

In eerste instantie lijken beide groepen hetzelfde te denken over de manier waarop men met elkaar omgaat en noemen zij wederzijds respect, elkaar vertrouwen, elkaar serieus nemen en toegankelijkheid als belangrijke kenmerken. Bij de nadere invulling van de begrippen treden verschillen op.

Coassistenten zien wederzijds respect als de manier waarop artsen en verpleegkundigen communiceren, terwijl het voor HBO-V stagiairs meer gaat over de manier waarop men zich opstelt tegenover collega's. Elkaar vertrouwen betekent voor coassistenten dat men dingen aan een ander over kan laten, dat iemand doet wat hij zegt en dat iemand kundig in zijn vak is. Terwijl dit voor de HBO-V stagiairs meer gaat over vertrouwd worden door de arts, bijvoorbeeld dat de arts hen gelooft. Serieus genomen worden, houdt voor coassistenten meer het serieus nemen van de verpleging in terwijl dit voor HBO-V stagiairs juist betekent dat zij serieus genomen worden door de arts. Daarnaast verwachten HBO-V stagiairs dat de arts zich als gelijke opstelt.

6.2.3 Professionaliteit

Zowel coassistenten als HBO-V stagiairs hebben het over de professionele relatie met de patiënt en de relatie met collega's. Ook praten zij over het omgaan met informatie. Beide groepen vinden het belangrijk dat de patiënt centraal staat en dat men eerlijk is naar de patiënt toe.

HBO-V stagiairs verwachten dat men rekening houdt met de kwetsbaarheid van de patiënt en dat elke patiënt gelijk wordt behandeld. Van collega's (artsen en verpleegkundigen) verwachten de HBO-V stagiairs dat ze hun werk goed uitvoeren, terwijl coassistenten verwachten dat collega's medisch inhoudelijk mee kunnen praten. Tot slot noemt een HBO-V stagiair artsen geen collega

omdat die voor iets heel anders hebben gestudeerd en het werk van artsen niet te vergelijken is met dat van verpleegkundigen.

6.2.4 Vakbekwaamheid

Wat vakbekwaamheid betreft hebben de respondenten het vooral over de taakverdeling en de verantwoordelijkheid. Ze zijn het erover eens dat de psychosociale omstandigheden van de patiënt in de gaten gehouden moeten worden door zowel artsen als verpleegkundigen. Ook zijn ze het erover eens dat de arts eindverantwoordelijk en de baas van de verpleegkundige is. De verpleegkundige is de oren en de ogen van de arts en staat dicht bij de patiënt.

De respondenten zijn het oneens over wie de disciplines coördineert, die rondom een patiënt worden ingeschakeld. Coassistenten zien dit als hun taak, maar HBO-V stagiairs ook. Daarnaast zijn ze het oneens over de afhankelijkheid van de verpleegkundige. Coassistenten vinden dat de verpleegkundigen alleen handelen in opdracht van de arts, terwijl de HBO-V stagiairs vinden dat zij ook mee mogen denken met de arts.

6.3 Hoofdvraag

“In welke mate komen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen met elkaar overeen?”

Zoals uit de beantwoording van de deelvragen al naar voren komt, komen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en coassistenten over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen op veel gebieden in eerste instantie met elkaar overeen maar leggen zij bij elk onderdeel andere accenten, of geven zij er een verschillende invulling aan.

Ten eerste gaan de verwachtingen van coassistenten op het gebied van communicatie meer in op de inhoud en de verwachtingen van HBO-V stagiairs meer in op de vorm van de communicatie. Ten tweede valt vanuit de verwachtingen van coassistenten en HBO-V stagiairs over de manier waarop men met elkaar omgaat, te concluderen dat de coassistenten zich bewust zijn van de manier waarop zij met verpleegkundigen om zouden moeten gaan en hoe belangrijk dit voor hen is. Terwijl de HBO-V stagiairs met name verwachtingen hebben van hoe de arts met hen om zou moeten gaan, zij leggen de nadruk meer op het gedrag van de arts. Ten derde hebben de respondenten grotendeels dezelfde verwachtingen op het gebied van professionaliteit. Opvallend is wel dat een HBO-V stagiair artsen geen collega's noemt. Ten vierde hebben de respondenten verschillende verwachtingen over de vakbekwaamheid van artsen en verpleegkundigen. Zo vinden coassistenten en HBO-V stagiairs dat de disciplines rondom een patiënt worden gecoördineerd door de eigen beroepsgroep. Dit zou een conflict kunnen veroorzaken. Daarnaast zijn de respondenten het oneens over de afhankelijkheid van de verpleegkundige. Volgens de coassistenten zou een verpleegkundige slechts in opdracht van de arts mogen handelen, terwijl een HBO-V stagiair juist vindt dat de verpleegkundige mee zou moeten denken met de arts. Tot slot is opvallend dat de respondenten het erover eens zijn dat de arts de baas is van de verpleegkundige, terwijl hij zich volgens een HBO-V stagiair tegelijkertijd gelijkwaardig zou moeten opstellen. Dit zijn twee tegenstrijdige verwachtingen die voor een arts wellicht moeilijk uit te voeren zijn.

Al met al wekken de resultaten de indruk dat studenten geneeskunde en HBO-V al aan het eind van hun studie verschillende opvattingen hebben over de kenmerken waaraan goede samenwerking moet voldoen. Daarmee maken zij een slechte start voor prettige samenwerking na hun afstuderen.

7. Adviezen

In dit hoofdstuk worden de adviezen naar aanleiding van dit onderzoek uiteengezet.

7.1 Overeenstemming verwachtingen

De verwachtingen van coassistenten en HBO-V stagiairs lijken in eerste instantie overeen te komen maar beide partijen vullen de gebieden toch anders in. De theorie leert dat het voor goede samenwerking belangrijk is dat de verwachtingen die beide partijen hebben over de samenwerking, overeenkomen of in ieder geval niet tegenstrijdig zijn (Casanova, et al., 2007). Er zijn verschillende manieren denkbaar waarop overeenstemming tussen de verwachtingen over de samenwerking kan worden bereikt. Voordat manieren in praktijk worden gebracht om overeenstemming te bereiken, wordt geadviseerd om een vervolgonderzoek in te stellen (zie paragraaf 7.2). Suggesties om overeenstemming te bereiken zijn:

1. Uit het theoretisch kader is gebleken dat de verwachtingen over de samenwerking grotendeels worden gevormd tijdens de opleiding. De opleidingen geneeskunde en HBO-V zouden hun programma's zodanig op elkaar af kunnen stemmen dat dezelfde verwachtingen over de samenwerking ontstaan. Hoe dit precies moet worden gedaan, zou moeten worden onderzocht. Op dit moment besteden de opleidingen geen (of niet expliciet) aandacht aan de vorming van de verwachtingen over de samenwerking.
2. Een aantal punten waarop de verwachtingen van coassistenten verschillen met die van de HBO-V stagiairs gaan over de taakverdeling en verdeling van verantwoordelijkheden. Er zijn hier vanuit de Wet BIG duidelijke richtlijnen voor. Kennis hierover zou conflicten, die voortkomen uit verschillende verwachtingen over de taakverdeling, kunnen voorkomen. De kennis kan in de vorm van (werk)colleges aan de studenten worden aangeboden. Hoe de kennis over de taakverdeling en verantwoordelijkheden het beste kan worden aangeboden, zou moeten worden onderzocht.
3. Ook zou studenten geneeskunde en HBO-V kunnen worden geleerd om verwachtingen naar elkaar uit te spreken. Zo krijgen ze meer inzicht in de onderlinge verschillen en overeenkomsten en krijgen zij de kans om gezamenlijke verwachtingen te creëren. Hoe dit precies moet worden gedaan, zou moeten worden onderzocht.

7.2 Vervolgonderzoek

Dit onderzoek biedt richtingen waarop volgend onderzoek zich zou kunnen richten:

1. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de manieren waarop verwachtingen over de samenwerking ontstaan tijdens de opleidingen geneeskunde en HBO-V. Op die manier zou kunnen worden uitgezocht hoe verwachtingen kunnen worden beïnvloed, zodat dat zij op elkaar afgestemd kunnen worden.
2. Volgend onderzoek zou kunnen onderzoeken wat de beste manier is om bij studenten geneeskunde en HBO-V duidelijkheid te creëren over de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen.
3. De manier waarop geneeskundestudenten en HBO-V studenten kan worden aangeleerd om verwachtingen uit te spreken, zou kunnen worden onderzocht in een vervolgonderzoek.

4. Volgend onderzoek zou zich kunnen richten op het nader onderzoeken van de verwachtingen over de samenwerking, zoals bij het huidige onderzoek. Zo is het mogelijk om het onderwerp kwantitatief te benaderen. Op die manier worden bijvoorbeeld verschillen in verwachtingen tussen de studiejaren inzichtelijk. Ook wordt dan duidelijk of andere eigenschappen een rol spelen, zoals geslacht, leeftijd of cultuur van de respondenten, of verschillende afdelingen in verschillende ziekenhuizen. Een nadeel hiervan is dat het moeilijk is om verwachtingen kwantitatief in kaart te brengen.
5. Een vervolgonderzoek zou hetzelfde onderwerp ook op dezelfde manier kunnen onderzoeken met andere soorten respondenten. Zo kan er bijvoorbeeld worden gedacht aan een onderzoek onder artsen en verpleegkundigen. Dit zou de resultaten van dit onderzoek kunnen bevestigen, ontkrachten of verduidelijken.
6. Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er nog een aantal aspecten die dieper kunnen worden onderzocht. Zo is voor sommige aspecten slechts bekend hoe de ene partij er over denkt, omdat het onderwerp bij de andere partij niet aan bod is gekomen tijdens de interviews. Indien deze zouden worden onderzocht, wordt aangeraden om zo veel mogelijk gebruik te maken van dezelfde onderzoekspopulatie. De methode kan echter wel worden aangepast aan de behoeften. Zo zou het kunnen dat wat meer gestructureerde interviews beter aansluiten bij de onderzoeksvraag. Er kan bij het ontwerpen van dat onderzoek ook rekening gehouden worden met de gebreken van dit onderzoek (zie Hoofdstuk 8). Zo zou er in vervolgonderzoek gebruik gemaakt kunnen worden van een tweede onderzoeker die een blanco interview codeert, ten behoeve van de intersubjectiviteit.
7. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de verschillen en overeenkomsten tussen de verwachtingen van coassistenten en artsen, en tussen de verwachtingen van HBO-V stagiairs en verpleegkundigen. Daarmee zou inzichtelijk worden of zij daadwerkelijk dezelfde verwachtingen hebben over de samenwerking en wordt duidelijk hoe groot de invloed van professies op de jonge professionals is.

7.3 Conclusie adviezen

Er wordt aanbevolen om een vervolgonderzoek in te stellen dat een aantal aspecten nog dieper onderzoekt (zie punt 6). Op die manier kan optimaal gebruik gemaakt worden van de uitkomsten van dit onderzoek en levert het nog meer duidelijkheid in de problematiek op.

8. Discussie

In dit hoofdstuk volgt een kritische reflectie op dit onderzoek. De gebruikte theorie, de methode, de validiteit en betrouwbaarheid en de bruikbaarheid van de aanbevelingen worden ter discussie gesteld.

8.1 Gebruikte theorieën

Een sterke kant van dit onderzoek is het gebruik van de kenmerken van samenwerking van Leever et al. (2010). Er had ook gebruik gemaakt kunnen worden van het onderzoek van San Martín-Rodríguez et al. (2005), maar dat is ouder en afkomstig uit Amerika. Leever et al. deden recenter onderzoek in het UMCG en daardoor sluit haar theorie goed aan bij de werksituatie en –cultuur van de respondenten.

8.2 Methodekeuze

8.2.1 Interviews

Door gebruik te maken van interviews is goed zicht gekregen op de verschillende invullingen die studenten HBO-V en geneeskunde geven aan verschillende kenmerken van de samenwerking van artsen en verpleegkundigen. Met behulp van vragenlijsten zou dit niet gelukt zijn. Het nadeel van half-structureerde interviews is dat hierdoor niet elk onderwerp bij beide groepen respondenten aan bod is gekomen. Hierdoor lijkt het alsof ze het over sommige punten oneens zijn, terwijl niet elk onderwerp aan bod is gekomen bij beide groepen respondenten.

Verder vormen de kenmerken van de onderzoeker nog een beperking. Het is belangrijk dat de onderzoeker zo objectief mogelijk is en het stellen van sturende vragen tot een minimum beperkt. De onervarenheid van de onderzoeker op dit gebied is geprobeerd te compenseren door twee maatregelen. Ten eerste is geprobeerd zo veel mogelijk door te vragen tijdens de interviews waardoor sociaal wenselijk antwoorden bijna onmogelijk werd. Ten tweede zijn de interviews na afloop zo snel mogelijk getranscribeerd en geanalyseerd. Hierdoor werd de onderzoeker zich bewust van de mate van sturing en kon dit verbeterd worden tijdens het daaropvolgende interview. Door een gebrek aan tijd was het niet altijd mogelijk om de interviews meteen uit te typen. Soms vonden er twee interviews op één dag plaats.

8.2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Het verzamelen van data werd bemoeilijkt door de grootte van de (HBO-V)onderzoekspopulatie en de beschikbare tijd. In het UMCG liepen op het moment van de interviews slechts 15 HBO-V stagiairs stage die voldeden aan de selectiecriteria, het bleek moeilijk om de respondenten te werven. Van de 15 benaderde HBO-V stagiairs reageerden er twee. Via hen zijn de overige twee respondenten bereikt. Ook werd het verzamelen van data bemoeilijkt door de korte tijd die beschikbaar was voor het empirische deel van het onderzoek. De interviews zijn in een tijdsbestek van zes weken afgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd. Als hier langer de tijd voor was, waren mogelijk meer respondenten bereikt.

Een andere beperking van dit onderzoek heeft te maken met de benadering van de respondenten. Doordat de (geneeskunde)onderzoekspopulatie niet massaal benaderd mocht worden, is gebruikgemaakt van de sneeuwbalmethode om tot een steekproef te komen. Dit heeft effecten op de representativiteit van de steekproef. Toch zijn de onderzoeksresultaten voor het UMCG wel relevant.

8.2.3 Beschikbare tijd

Ten slotte is het door een gebrek aan tijd niet mogelijk geweest om de hele cyclus van kwalitatieve resultatenanalyse te doorlopen (inhoudsanalyse – categorisering – interpretatieve analyse). Het was hierdoor niet mogelijk om een verdiepingsslag toe te passen na de eerste coderingsronde. Dit heeft als

gevolg dat de resultaten en conclusies oppervlakkig blijven. Desalniettemin is dit onderzoek een goede basis om op voort te bouwen voor vervolgonderzoeken.

8.3 Validiteit en betrouwbaarheid

8.3.1 Validiteit

Er kan wat betreft de validiteit getwijfeld worden aan de subjectiviteit van de onderzoeker tijdens de interviews en aan de kenmerken van de steekproef. Zo heeft de onderzoeker geprobeerd zich zoveel mogelijk te houden aan de interviewinstructie (zie Bijlage III), maar is hier gezien de onervarenheid van de onderzoeker toch soms van afgeweken.

Daarnaast is het de vraag of de kenmerken van de steekproef zorgvuldig genoeg zijn uitgekozen en toegepast. Zo is het door praktische redenen niet mogelijk geweest om te selecteren op geslacht. Dit heeft als resultaat dat bijvoorbeeld de man-vrouw ratio niet overeenkomt met de onderzoekspopulatie.

De validiteit van het onderzoek had beter gewaarborgd kunnen worden door het bespreken van de resultaten met de respondenten, zodat zij eventuele interpretatiefouten hadden kunnen herkennen.

8.3.2 Betrouwbaarheid en intersubjectiviteit

Doordat een tweede onderzoeker naar de onderzoeksresultaten en bijbehorende codes heeft gekeken kan worden gesteld dat de interne betrouwbaarheid van dit onderzoek goed is. Minder sterk is dat er geen onafhankelijke onderzoeker was die met de ontwikkelde codes een blanco interview heeft gecodeerd. Bij vervolgonderzoek is dat wel wenselijk om de intersubjectiviteit van de resultaten te borgen.

De externe betrouwbaarheid is goed gewaarborgd door het bijhouden van een onderzoekslogboek. Daarnaast is geprobeerd zo goed mogelijk inzicht te geven in hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden. De betrouwbaarheid was nog beter geweest als de transcripten van de interviews inzichtelijk waren. Helaas is dit niet mogelijk in verband met de privacy van de respondenten. Ook had dit onderzoek gebruik kunnen maken van data triangulatie. Zo had dit onderzoek een combinatie kunnen maken tussen observatie en interviews.

8.4 Bruikbaarheid van de aanbevelingen

Door het exploratieve karakter van het onderzoek en de eerder beschreven beperkingen kunnen aan dit onderzoek nog geen concrete aanbevelingen verbonden worden. Wel is naar aanleiding van dit onderzoek inzichtelijk geworden dat de verwachtingen die coassistenten en HBO-V stagiairs in het UMCG hebben van de samenwerking niet op elk gebied met elkaar overeenkomen. Hoe die op elkaar afgestemd kunnen worden, geeft dit onderzoek geen antwoord op. Daar is meer onderzoek voor nodig.

Literatuur

- Abbot, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., D'Souza, C., McCormick, L. G., & Strachan, D. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 00-00. doi:10.1111/jan.12903
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D., & Hutson, A. D. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27(9), 1991-1998. doi:10.1097/00003246-199909000-00045
- Bakker, A., & Blokzijl, S. (2010). *Een systematisch overzicht van artikelen over de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen in ziekenhuizen* (Bachelor's thesis, Hanzehogeschool Groningen). Verkregen van http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/anderestudie/2010/bakkeranna/Bakker_en_Blokzijl_2010_binnenwerk.pdf
- Beeksmas, J. (2009). *Interprofessionele samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen* (Masters's thesis, Rijksuniversiteit Groningen). Verkregen van <http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/anderestudie/2009/beeksmajildert/Beeksmas2009vierkant.pdf>
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Onderzoeken en veranderen van organisatiecultuur* (2e herz. ed.). Den Haag, Nederland: Academic Service.
- Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., & Wiesman, S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *The Journal of Nursing Administration*, 37(2), 68-70. doi:10.1097/00005110-200702000-00007

- Cox, A. (2005). What are communities of practice? A comparative review of four seminal works. *Journal of Information Science*, 31(6), 527-540. doi: 10.1177/0165551505057016
- ten Dam, G., van Hout, H., Terlouw, C., & Willems, J. (1997). *Onderwijskunde hoger onderwijs: Handboek voor docenten*. Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Dijkstra, S., Pols, J., Remmelts, P., Bakker, B., Mooij, J. J., Borleffs, J. C. C., & Brand, P. L. P. (2013). What are we preparing them for? Development of an inventory of tasks for medical, surgical and supportive specialties. *Medical Teacher* 35, e1068-e1077. doi: 10.3109/0142159X.2012.733456
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., & Salantera, S. (2010). Nurse's intention to leave the profession: Integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1422-1434. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05322.x
- Frank, J. R. (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Verkregen van The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada website: http://www.ub.edu/medicina_unitateducaciomedica/documentos/CanMeds.pdf
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Cambridge, England: Polity 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. doi: 10.1080/0141192052000310029
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (2009). A common ingroup identity: A categorization-based approach for reducing intergroup bias. In T. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice*. Philadelphia, PA: Taylor and Francis.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. San-Francisco, CA: Jossey-Bass.

Hanzehogeschool Groningen (2016). *Decentrale selectie verpleegkunde* [voorlichtingsinformatie op een website]. Verkregen van <https://www.hanze.nl/nld/onderwijs/gezondheid/academie-voor-verpleegkunde/opleidingen/bachelor-voltijd/verpleegkunde/studiekeuze/toelatingseisen/decentrale-selectie>

Hoiting, M. (2010). *Samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen* (Master's thesis, Rijksuniversiteit Groningen). Verkregen van http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/anderestudie/2010/HoitingM/Scriptie_Marloes_Hoiting.pdf

Janssen, L. (2013). *Op weg naar een nieuwe ambtelijke status* (Master's thesis, Universiteit van Tilburg). Verkregen van <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=133451>

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2010). *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Verkregen van <http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/72200/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>

Kouwenhoven, C. P. M., van Hooft, P. L. R. M., & Hoeksema, L. H. (2005). *De praktijk van strategisch personeelsmanagement* (2e ed.). Deventer, Nederland: Kluwer.

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

Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (2015). *Bachelor of nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0*. Verkregen van <https://www.actiz.nl/stream/bachelor-nursing-2020-4-0.pdf>

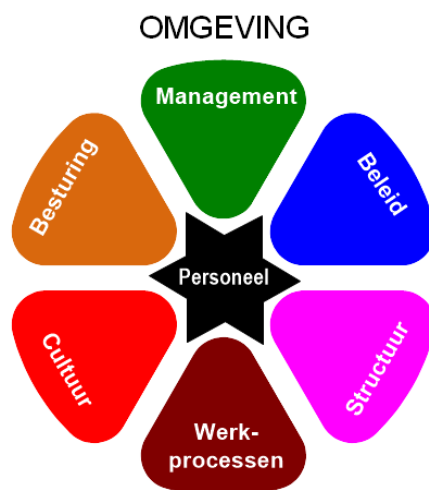
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996). *Hoofdpijnen van de wet beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Verkregen van <http://www.startwondverzorging.nl/Pdf/Hoofdpijn%20BIG.pdf>
- Mintzberg, H. (2013). *Organisatiestructuren* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux B.V.
- Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R., & Jaspers, F. (2010). Consequences of participating in multidisciplinary medical team meetings for surgical, nonsurgical, and supporting specialties. *Medical Care Research and Review*, 67(2), 173-193. doi: 10.1177/1077558709347379
- Nathans, H. (2005). *Adviseurs als tweede beroep* (3e herz. ed.). Deventer, Nederland: Kluwer.
- Neggers, H. (2008). Samenwerking kan veel beter. *Medisch Contact* 63(14), 598-600. Verkregen van <http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/58147/Samenwerking-kan-veel-beter.htm>
- Nauta, N. (2014) Definities, terminologie en meten van samenwerking. In Hammelburg, R., Lubbers, W. J., Nauta, N. (Red), *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 17-21). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pols, J. (2015). *Student voor analyse samenwerking verpleegkundigen en artsen vanuit professies* [vacature]. Verkregen van <http://www.umcg.nl>
- Rijksuniversiteit Groningen (2016). *Decentrale selectie 2016-2017* [voorlichtingsinformatie op een website]. Verkregen van <http://www.rug.nl/umcg/education/medicine/decentrale-selectie-geneeskunde>
- Rowe, M., & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242-248. Verkregen van <http://web.a.ebscohost.com.proxy.hanze.nl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=98c54f1d-562a-465e-9313-34cc5121a6fb%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4204>

- 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(Sup1), 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J. P. (2013). *Methoden en technieken van onderzoek* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson.
- Steijn, B. (2003). De rol van het management bij arbeidssatisfactie en mobiliteit. In Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Personeels- en mobiliteitsonderzoek 1999-2002* (pp. 23-37). 's-Gravenhage, Nederland.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *The Social Psychology of Intergroup Relations*, 33(47), 74. Verkregen van https://www.researchgate.net/profile/Jonathan_Turner4/publication/226768898_An_Integrative_Theory_of_Intergroup_Conflict/links/568b161508ae051f9afa8d50.pdf/download?version=vs
- Universitair Medisch Centrum Groningen (2012). *Samenvatting medewerkersonderzoek 2012*. Verkregen van <http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/medewerkersonderzoek/store/pdf/Factsheet2012.pdf?subwebbranch=>
- Universitair Medisch Centrum Groningen (2015). *Jaarverslag 2014*. Verkregen van <http://www.umcg.nl/NL/UMCG/publicaties/umcg-jaarverslagen-2014/Paginas/default.aspx>
- Universitair Medisch Centrum Groningen (2007). *UMCG Competenties*. Verkregen van <http://cms.umcg.nl/personeel/Competentiemanagement/themas/45952/49974/?subwebbranch=51486>
- Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (2015). *Arbeidsmarktprognose 2015-2016*. Verkregen van http://www.uwv.nl/overuwv/Images/UWV_Arbeidsmarktprognose%202015-2016.pdf

- Veelo, P. (2010). *Interpersonal emotions and citizenship behavior between nurses and medical students* (Master's thesis, Rijksuniversiteit Groningen). Verkregen van http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/anderestudie/2010/VeeloP/Scriptie_Patrick_Veelo.pdf
- de Vries, M., & Stuurwold, L. (2007). *Het beeld dat coassistenten hebben van verpleegkundigen* (Bachelor's thesis, Hanzehogeschool Groningen). Verkregen van <http://scripties.umcg.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/anderestudie/2007/stuurwoldendevries/DeVrieseStuurwold2007.pdf>
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455-473. doi: 10.1080/13561820902921720
- Wilmink, H. (2014). Verder op weg naar een professie voor de beleidsambtenaar? *Bestuurskunde* 2014 (23)4, 35-44. Verkregen van <http://docplayer.nl/14905002-Inhoudsopgave-bestuurskunde-2014-23-4-artikelen-de-ambtenaar-als-professional-3-thijs-jansen-luc-janssen-tobias-kwakkelstein.html>
- Zwarthoed, C. (2014). *Teamprestaties in de zorg. De relatie tussen communicatie, besluitvorming, samenwerking, werktevredenheid en teamprestaties van verpleegkundigen* (Master's thesis, Universiteit Utrecht). Verkregen van <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/301593>
- van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap* 47(13), 631-635. Verkregen van http://www.myravanzwieten.nl/pdf/pub_artikelen_hoofdstukken/Waardering_van_kwalitatief_onderzoek_HenW_2004-13-631.pdf

Bijlage I Organisatieanalyse

In deze bijlage wordt het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) geanalyseerd aan de hand van het veelgebruikte Klaver-6-model (Kouwenhoven, et al., 2005), dat te zien is in Figuur 2. Er wordt aandacht besteed aan het beleid, de structuur, de werkprocessen, de cultuur, de besturing, het management, het personeel en de omgeving van het UMCG. De analyse is gemaakt aan de hand van informatie van de website en het jaarverslag van 2014 van het UMCG (UMCG, 2015; www.umcg.nl).



Figuur 2 Klaver-6-model (Kouwenhoven, et al., 2005)

Het Klaver-6-model, bewerkt van 2Reflect.nl, door Drs. ing. O.J. Pijl, 2010, verkregen van <http://www.2reflect.nl/klaver-6-model/>

Algemene informatie

Het UMCG is een groot ziekenhuis in het noorden van Nederland, dat naast reguliere patiëntenzorg en opleiding van medisch specialisten ook een topreferentie-, werkplaats- en ontwikkelingsfunctie heeft. Er zijn in totaal in Nederland 120 ziekenhuizen, waarvan acht academische ziekenhuizen. Het UMCG is hier één van. Er zijn in 2014 ruim 34.671 patiënten opgenomen in het UMCG die 307.420 dagen in het ziekenhuis verbleven. Er zijn zo'n 4.021 studenten via hun studie verbonden aan het UMCG. Hiervan studeren 3.020 geneeskunde.

Beleid

De missie van het UMCG is 'bouwen aan de toekomst van gezondheid'. Hiermee wil het ziekenhuis bijdragen aan een gezonde samenleving met een bevolking die tot op hoge leeftijd participeert. Het UMCG bouwt aan de toekomst van gezondheid in patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en vervolgopleidingen. In deze drie kerntaken wil het UMCG excelleren en innoveren.

Drie uitgangspunten zijn vanzelfsprekend voor het UMCG:

- De patiënt als mens is leidend. Alle activiteiten dragen bij aan de best mogelijke gezondheid voor de mens.
- Pionieren in onderzoek. Het UMCG wil één van de beste (bio)medische kennisinstellingen ter wereld zijn en hiermee bijdragen aan nieuwe kennis over gezondheid, preventie, ziekte en behandeling.
- Kennis delen in Noord-Nederland en (inter)nationaal.

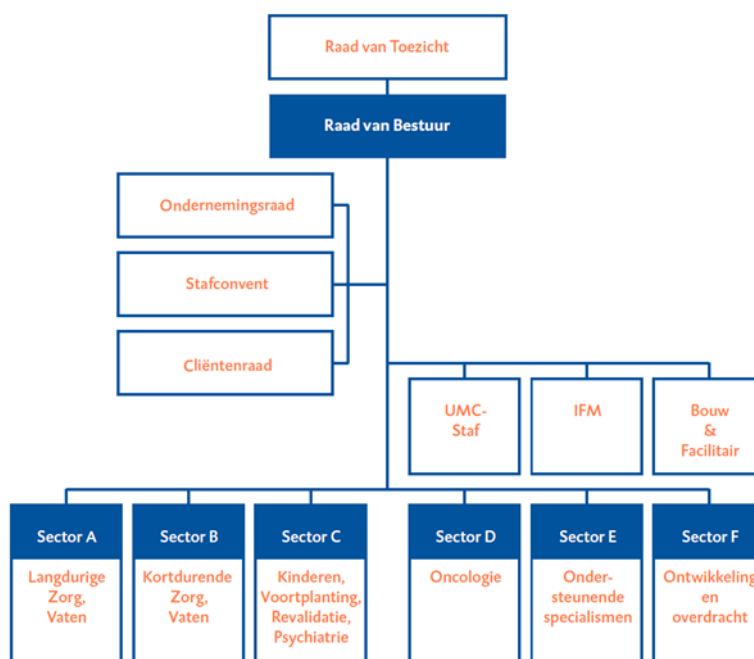
Twee drijfveren zijn van belang voor de werknemers van het UMCG:

- Werken voor en met mensen bij alles wat wordt gedaan in de patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en opleiding. Het belang van de mens is leidend;
- Healthy Ageing: mensen helpen om langer gezond en actief te blijven. Er wordt ook gekeken naar preventie, oorzaken van veroudering en er wordt voorlichting gegeven over gezondheid, preventie en kwaliteit van leven.

De kernwaarde van het UMCG is samenwerken op een veilige, betrokken, betrouwbare en respectvolle manier.

Structuur

De organisatiestructuur van het UMCG is in het organogram in Figuur 3 weergegeven. Volgens de theorie van Mintzberg (2013) vertoont het UMCG kenmerken van een divisiestructuur. Het ziekenhuis is opgedeeld in zes sectoren die verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur. Binnen de divisiestructuur is er sprake van een professionele bureaucratie. In de professionele bureaucratie speelt de uitvoerende kern de belangrijkste rol. In het UMCG zijn dit de zorgverlenende professionals zoals bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen. De besluitvorming is grotendeels naar hen gedecentraliseerd. Dit betekent dat zij zelf de meeste zeggenschap over de uitvoering van hun werk hebben. Standaardisatie van vaardigheden is het belangrijkste coördinatiemechanisme.



Figuur 3 Organogram UMCG

Het Organogram UMCG 2014, van UMCG jaarverslag 2014, door UMCG (2015)

Werkprocessen

De werkprocessen in het UMCG zijn gecentreerd rondom de drie kerntaken: patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs en vervolgoopleidingen. Voor dit onderzoek is de patiëntenzorg het meest relevant omdat het vraagstuk zich in deze context afspeelt. Werkprocessen binnen deze kerntaak richten zich op poliklinische of ambulante patiënten en opgenomen patiënten. Voor poliklinische en ambulante patiënten valt te denken aan werkprocessen in de functiecentra, op diagnostische afdelingen en op functieafdelingen. Voorbeelden hiervan zijn radiotherapie,

dagbehandelingen en behandelingen op de polikliniek. Werkprocessen rondom opgenomen patiënten zijn in te delen in operatie werkzaamheden, werkzaamheden op verpleegafdelingen en op de Intensive Care.

Cultuur

De cultuur die binnen het UMCG heerst, wordt in kaart gebracht met behulp van het concurrerend waardenmodel van Cameron en Quinn (2011), dat wordt weergegeven in Figuur 4. Binnen het UMCG is sprake van een adhocratiecultuur en een hiërarchische cultuur. De adhocratiecultuur is te vinden op de plaatsen waar onderzoek wordt gedaan. Bij de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is vaak sprake van een hiërarchische cultuur, hoewel de cultuur per afdeling kan verschillen. De bedrijfskleding is gestandaardiseerd voor artsen (doktersjas) en verpleegkundigen (wit pak). Men spreekt elkaar bijna altijd aan met je en jij.



Figuur 4 Concurrerend waardenmodel (Cameron & Quinn, 2011)

Het Concurrerend waardenmodel, verkregen van Management Platform, via <http://managementplatform.nl/model-van-concurrerende-waarden-ocai/22/06/2015>

Besturing

Zoals te zien in het organogram in Figuur 3, op de vorige bladzijde, is de Raad van Toezicht het hoogste orgaan binnen het UMCG. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het dagelijks bestuur en legt verantwoording af aan de Raad van Toezicht. Overige spelers in de besturing van het UMCG zijn de Ondernemingsraad, het Stafconvent en de Cliëntenraad. Er zijn een aantal centrale diensten die werkzaam zijn voor het hele UMCG. Verder is het UMCG verdeeld in zes sectoren. Deze sectoren zijn ingedeeld door samenhangende specialismen te clusteren.

Management

Een sector is te zien als een autonoom onderdeel van het ziekenhuis en is te vergelijken met een aparte organisatie. Sector A bijvoorbeeld heeft alleen al 1200 fte, dat zijn bijna vijf Midden en Klein Bedrijven (MKB)² bij elkaar. Elke sector heeft een eigen sectordirectie, afdelingen, taakgroepen en zorgfaciliteiten. De manier van managen verschilt per afdeling. Er is per afdeling een afdelingshoofd,

² Een MKB bedrijf heeft 0-250 werknemers.

hoofden van onderafdelingen, een chef de clinique, een zorg manager en een manager bedrijfsvoering. De medisch specialisten en arts-assistenten worden aangestuurd door de chef de clinique. De manager zorg stuurt de hoofdverpleegkundige aan en die stuurt op zijn beurt de verpleegkundigen, voedingsassistenten en afdelingsassistenten aan.

Personeel

Het UMCG is de grootste werkgever van Noord-Nederland. In 2014 waren er 12.203 mensen werkzaam bij het UMCG die samen 8.745 fte werkten. Van alle werknemers was 64,2% patiëntgebonden. Er was een ziekteverzuim van 3,6%. Van de werknemers was 70% vrouw en 30% man. Er zetten zich 472 vrijwilligers in voor het UMCG.

Omgeving

In deze paragraaf worden omgevingsfactoren in de contextuele omgeving beschreven. Dit betreft factoren waarop de organisatie geen invloed heeft, maar wel rekening mee moet houden.

Arbeidsmarkt

Op de korte termijn (tot eind 2016) verwacht men een krimp in de werkgelegenheid in de zorg. Maar op de lange termijn verwacht men door vergrijzing een groei in de zorgvraag, waardoor er een grotere vraag naar medisch personeel wordt verwacht (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, 2015).

Wet BIG

Vroeger was de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst (WUG) van toepassing op artsen en verpleegkundigen. De WUG verbood onbevoegden om de geneeskunst uit te oefenen. Artsen werden tot de bevoegden gerekend, verpleegkundigen niet. Later werd dit verruimd door de 'verlengde arm constructie'. Andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen, mochten nu toch geneeskundige handelingen verrichten, echter alleen in opdracht van een arts. Sinds 1993 is het Wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) aangenomen. De Wet BIG bevat regels voor zorgverlening door beroepsbeoefenaren en beoogt de bevordering van de kwaliteit van de beroepsbeoefening en de bescherming van de patiënt. Bepaalde beroepen komen door de Wet BIG voor het eerst onder het tuchtrecht te vallen, bijvoorbeeld verpleegkundigen. Zij handelen nog steeds in opdracht van de arts, maar zijn nu echter zelf verantwoordelijk (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996).

Bijlage II Extra informatie theoretisch kader

In deze bijlage vindt u de informatie waar naar wordt verwezen in het theoretisch kader.

Samenwerken

De zeven competenties voor artsen vanuit de CanMEDS zijn: medische deskundigheid, communicatie, samenwerken, organiseren, gezondheid bevorderen, academische vorming en professionaliteit (Frank, 2005).

De competentiegebieden voor verpleegkundigen zijn: communicator, samenwerkingspartner, reflectieve professional, gezondheidsbevorderaar, organisator en professional en kwaliteitsbevorderaar (LOOV, 2014).

De UMCG-competenties per competentiegebied zijn: vakbekwaamheid, communicatie, maatschappelijke verantwoordelijkheid, samenwerking, organisatie, kennis ontwikkelen en delen en professionaliteit (UMCG, 2006).

Voorwaarden voor samenwerken

Volgens San Martín-Rodríguez et al. (2005) zijn er drie soorten determinanten bepalend voor succesvol samenwerken: interactionele, organisationele en systemische determinanten. Onder deze drie categorieën vallen een aantal aspecten die van invloed zijn op de samenwerking (zie Tabel 8).

Tabel 8 Aspecten bepalend voor samenwerken volgens San Martín-Rodríguez et al. (2005)

Interactioneel	Organisationeel	Systemisch
Wederzijds respect	Structuur van de organisatie	Professioneel systeem
Bereidheid om samen te werken	Filosofie van de organisatie	Sociaal systeem
Vertrouwen	Administratieve ondersteuning	Onderwijs systeem
Communicatie	Beschikbare middelen	Cultureel systeem
	Coördinatie en communicatie mechanismen	

De door Leever et al. (2010) genoemde gebieden waarover artsen en verpleegkundigen verwachtingen hebben, passen grotendeels in het beeld dat San Martín-Rodríguez et al. (2005) hebben geschetst. Communicatie en wederzijds respect vallen onder de interactionele determinanten. Samenwerkingsklimaat valt onder de organisationele determinanten. Het gedachtegoed over professies is een systemische determinant. De overige twee categorieën professionaliteit en kwaliteit van zorg zijn persoonskenmerken en passen niet binnen het beeld van San Martín-Rodríguez et al. (2005).

Opleiding

De invloed van de professie op de opleiding werkt in de praktijk als volgt: het opzetten van een onderwijsprogramma begint met het vaststellen van de eisen van het werkveld. Hierbij kan men denken aan een drietal aspecten: een beroeps-, tekortkomingen- en toekomstanalyse. Deze drie aspecten leiden tot het formuleren van een visie op het beroep. Hier komt de invloed van de professie in het proces duidelijk naar voren. Vanuit deze visie worden de opleidingsdoelen geformuleerd. De stappen die vervolgens worden genomen bestaan uit het steeds meer concretiseren van de doelen. Eerst per onderwijsjaar, vervolgens per onderwijsblok en ten slotte per vak. Totdat er uiteindelijk een

onderwijsprogramma is ontworpen, waarin de visie op het beroep geconcretiseerd wordt in vakken, kerntaken en leertaken en onderwijsvormen (ten Dam, van Hout, Terlouw, & Willems, 1997).

Bijlage III Interviewinstructie

In deze bijlage vindt u de interviewinstructie die werd gebruikt ter ondersteuning bij het afnemen van de interviews.

Introductie

Mijn naam is Lonne Stegeman en ik studeer momenteel af in het UMCG vanuit de studie HRM (Hanzehogeschool). Mijn afstudeeronderzoek gaat over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Ik wil erachter komen hoe studenten geneeskunde en HBO-V aan het einde van hun studie aankijken tegen de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Vind je het goed dat ik het interview opneem? Ik zorg er (met mijn begeleider) voor dat jij en de mensen en afdelingen waar we het over hebben niet herkenbaar zijn in geschreven teksten en presentaties. Ook wil ik graag benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden zijn. Heb jij tot nu toe vragen?

Wie ben jij? Kun je iets over jezelf vertellen?

- Hoe oud ben je?
- Op welke afdeling loop je nu je semi-arts- / stage?
- Op welke andere afdelingen heb je coschappen / stage gelopen?

Interview

Kun je iets vertellen over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen? Welke ervaringen heb jij met het samenwerken met verpleegkundigen?

Tabel 9 Onderwerpen en indicatoren

Communicatie	Omgangsvorm	Professionaliteit	Vakbekwaamheid
Verbale communicatie	Respect	Uiterlijk	Rol bij zorg voor patiënt
Spreektaal / jargon	Gelijkwaardigheid	Houding	Eindverantwoordelijkheid
Non-verbale communicatie	Scheiding werk / privé	Gedrag	Beslissingen nemen
Stellig / vragend	Omgaan met fouten		Kwaliteit van zorg
Meningsverschillen (soort argumenten, toon)	Formeel / informeel (u / jij)		Verantwoordelijk voor zorgbeleid
	Iemand onderbreken / kritische vragen stellen		Psychosociale omstandigheden patiënt

De onderwerpen bespreken aan de hand van het, door de respondent gegeven, voorbeeld. Nadruk leggen op hoe diegene er over denkt, en hoe diegene zelf handelt. Doorvragen over waardeoordelen, welke waarde zit er achter.

Afsluitende vragen

- Zou je het beeld dat jij hebt van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen kunnen samenvatten?
- Zijn er nog dingen waar ik niet naar heb gevraagd die je toch wilt noemen als het over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen gaat?

Einde

Bedankt voor je deelname aan dit onderzoek.

- Hoe heb je het gesprek ervaren?
- Ken jij medestudenten die ik zou kunnen benaderen om deel te nemen aan dit onderzoek?
- Vind je het leuk om het eindresultaat van dit onderzoek te ontvangen?

Bijlage IV Overige citaten

In deze bijlage zijn aanvullende citaten te vinden, behorend bij Hoofdstuk 5.

Communicatie

Over de inhoud van de boodschap, vinden zowel coassistenten als HBO-V stagiairs het belangrijk dat je uitlegt waarom iets (niet) moet gebeuren (1). Daarnaast vinden coassistenten het belangrijk om te zoeken naar een oplossing (2) en dat er geen negatieve (onder)toon is (3).

1. *“... dat vinden ze heel prettig als je terugkoppelt waarom je iets niet hebt gedaan ... wij leggen uit waarom we iets doen en ik zie dat de verpleging dat ook waardeert.”* – Coassistent
2. *“Door te benoemen wat er niet goed is gegaan en hoe het wel had moeten ... geen rare toevoegingen doen die niets bijdragen aan een oplossing vinden.”* – Coassistent
3. *“... normaal vind ik op een rustige toon.”* – Coassistent

Omgangsvorm

Over de manier waarop men met elkaar omgaat, hebben de coassistenten en de HBO-V stagiairs een aantal verwachtingen. Zo hebben ze het bijvoorbeeld over toegankelijkheid. Hiermee wordt onder andere persoonlijke toegankelijkheid bedoeld (1). Daarnaast vinden zij dat men elkaar op fouten moet kunnen aanspreken (3).

Elkaar serieus nemen bestaat voor coassistenten meer uit het serieus nemen van de verpleging (5, 6, 7), terwijl dit voor de HBO-V stagiairs meer bestaat uit het serieus genomen worden door de arts (8). Een laatste punt dat HBO-V stagiairs noemden, maar coassistenten niet, is de verwachting dat men gelijkwaardig is (9).

1. *“Je kunt naar ze toe lopen, je kunt ze bellen, dat vind ik toegankelijk ... Met je neus de lucht in ben je al gelijk een stuk minder toegankelijk.”* – HBO-V stagiair
2. *“Heel vaak zijn het jonge zaalartsen en je bent zelf ook nog jong dus dan kun je wel makkelijker met elkaar communiceren ... die spreek je makkelijker ergens op aan. Ook omdat je weet dat zij ook nog in opleiding zijn.”* – HBO-V stagiair
3. *“... je moet wel respectvol zijn en geen rare toevoegingen er bij gaan doen die verder niets helpen bij een oplossing vinden.”* – Coassistent
4. *“... dat ieder in zijn waarde wordt gelaten.”* – HBO-V stagiair
5. *“... als de verpleegkundige het gevoel heeft dat de arts naar haar luistert, ze ook naar de arts toe zal komen.”* – Coassistent
6. *“... zij moeten zich veilig voelen om hun mening te geven.”* – Coassistent
7. *“Als jij tot andere conclusies komt dan de verpleegkundige ... duidelijk communiceert waarom je een andere afweging hebt gemaakt.”* – Coassistent
8. *“Dat je je serieus genomen voelt en niet het gevoel hebt dat je allemaal overbodige dingen zegt.”* – HBO-V stagiair
9. *“... omdat het hier minder hiërarchisch is zeg je ook sneller dingen tegen de arts.”* – HBO-V stagiair

Professionaliteit

Zowel coassistenten als HBO-V stagiairs vinden dat artsen en verpleegkundigen de patiënt centraal moeten stellen (1, 2). Ook vinden zij het belangrijk dat je eerlijk bent over wat je wel en niet kunt (3) en weet waar jouw verantwoordelijkheid over gaat naar een ander.

Coassistenten geven aan dat zij van hun collega's verwachten dat zij medisch inhoudelijk mee kunnen praten over het beleid (4).

1. "... hij zei: 'dit is het probleem en deze oplossing gaan we toepassen. Zet hem maar op de lijst voor OK'... niet netjes dat hij niet heeft gekeken naar of de patiënt nog wel behandeld wilde worden." – HBO-V stagiair
2. "*Zij hadden op een gegeven moment pauze maar dat sloegen ze af en dat vond ik wel echt goed... terwijl iemand daar dood ligt te gaan.*" – Coassistent
3. "Stel we moeten samen een handeling doen en ik heb die nog nooit gedaan, dan moet je dat wel aangeven." – HBO-V stagiair
4. "... als ze dat niet kunnen dan heb ik liever dat ze alles komen vragen en overleggen ... als onze denkwijze niet duidelijk is voor hen en andersom dan wordt het lastig." – Coassistent