

Werkdruk op de afdeling Geriatrie

'Werkdruk of druk werk?'



Colofon

Titel	Werkdruk op de afdeling Geriatrie
Ondertitel	Werkdruk of druk werk
Auteurs	Monica van Buren (111148) Nicoline van de Kamp (110652) Rianne Prins (110581) Miranda van Rooijen (110218)
Opleiding	Christelijke Hogeschool Ede Opleiding Verpleegkunde
In opdracht van	Afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort
Begeleider docent CHE	Gerdine Schep
Beoordelend docent CHE	Martine Klasens
Begeleider Meander Medisch Centrum in Amersfoort	Hendrijanne Achterstraat Gerdien Hermsen Daniëlle Schipper
Datum	9 juni 2015

© 2014-2015

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van de auteurs.

All rights reserved. No portion of this thesis may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means – electronic, photocopy, recording or any other – except for brief quotations in printed reviews without prior permission of the author.

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van ons afstudeeronderzoek op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum in Amersfoort. De afgelopen vijf maanden hebben wij met veel plezier en enthousiasme aan dit afstudeeronderzoek gewerkt zodat dit zou leiden tot een goed eindresultaat.

Wij hebben van februari 2015 tot en met juni 2015 onderzocht hoe de werkdruk op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort wordt ervaren door verpleegkundigen. In het verslag leest u de resultaten van dit onderzoek. Verder leest u in dit verslag welke conclusies zijn getrokken naar aanleiding van het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek. Naar aanleiding hiervan zijn aanbevelingen opgesteld.

Dit onderzoek is geschreven voor de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort en andere geïnteresseerden.

Wij willen graag een aantal mensen bedanken dit een belangrijke rol hebben gespeeld in ons onderzoek. Zonder hun hulp heeft dit onderzoek niet kunnen plaats vinden.

Gerdine Schep, hartelijk bedankt voor jouw begeleiding en kritische blik tijdens ons hele afstudeeronderzoek. Bedankt dat jij ons iedere keer voorzag van opbouwende kritiek, wat ons verder hielp in ons verslag.

Gerdien Hermsen, Hendrijaan Achterstaat en Daniëlle Schipper, bedankt voor jullie enthousiasme over dit onderwerp en het meedenken hoe wij de respondenten gemakkelijk konden benaderen. Daarnaast willen we jullie bedanken voor jullie kritische vragen en begeleiding gedurende het onderzoek.

Martine Klasens, bedankt voor de beoordeling van het plan van aanpak en de opbouwende kritiek waardoor wij verder konden met het onderzoek.

Wij willen verder alle verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort bedanken voor de tijd en moeite die ze hebben genomen om mee te werken aan ons onderzoek.

Tenslotte bedanken wij al onze familie en vrienden voor hun steun en bemoedigende woorden tijdens ons onderzoek.

Dan rest ons alleen nog te zeggen, veel leesplezier!

Monica van Buren
Nicoline van de Kamp
Rianne Prins
Miranda van Rooijen

Ede, juni 2015

Inhoud

Colofon	2
Voorwoord	3
1. Samenvatting.....	6
2. Inleiding	8
2.1 Aanleiding.....	8
2.2 Probleemstelling.....	10
2.3 Vraagstelling	10
2.3.1 Hoofdvraag	10
2.3.2 Deelvragen.....	10
2.4 Doelstelling.....	10
3. Methode.....	11
3.1 Verantwoording keuze onderzoeksmethode.....	11
3.2 Dataverzamelmethode	11
3.2.1 Literatuurstudie	11
3.2.2 Kwalitatieve onderzoeksmethode.....	12
3.3 Populatie omschrijving.....	13
3.4 Data-analyse	13
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	13
3.5.1 Validiteit	13
3.5.2 Betrouwbaarheid.....	14
3.6 Ethische aspecten.....	15
3.7 Randvoorwaarden	15
4. Resultaten.....	17
4.1 Resultaten literatuuronderzoek	17
4.1.1 Begripsafbakening	17
4.1.2 Oorzaken en gevolgen werkdruk.....	18
4.1.2.1 Organisatie	19
4.1.2.2 Communicatie	20
4.1.2.3 Team	20
4.1.2.4 De patiënt	20
4.1.2.5 Persoonlijke factoren	21
4.2 Resultaten praktijkonderzoek	23
4.2.1 Huidige situatie.....	23

4.2.1.1	Verpleegkundig team	23
4.2.1.2	Taken verpleegkundige	26
4.2.1.3	Hulp vragen en bieden	28
4.2.1.4	Communicatie andere disciplines	29
4.2.1.5	Artsenvisite.....	30
4.2.1.6	Gevolgen werkdruk	31
4.2.1.7	Beleving verpleegkundigen	34
4.2.2	Ideale situatie	35
5.	Conclusie	37
6.	Aanbevelingen.....	40
6.1	Formatie	40
6.2	Verstoringsen.....	40
6.3	Materiaal	40
6.4	Vervolgonderzoek artsenvisite.....	40
6.5	Vervolgonderzoek sensoren.....	40
7.	Discussie	41
7.1	Methode.....	41
7.2	Resultaten.....	41
7.2.1	Literatuuronderzoek.....	41
7.2.2	Praktijkonderzoek.....	42
7.3	Validiteit	43
7.4	Betrouwbaarheid.....	43
8.	Tijdsplanning	45
9.	Literatuurlijst	48
10.	Bijlagen	52
10.1	Contract.....	52
10.2	Zoekstrategie.....	56
10.3	Begrippenlijst.....	57
10.4	Vorbereiding individuele verpleegkundige interviews.....	59
10.4.1	Plan van Aanpak	59
10.4.2	Topiclijst.....	60

1. Samenvatting

Op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort wordt door verpleegkundigen een hoge werkdruk ervaren. Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de mate van werkdruk die ervaren wordt door verpleegkundigen die werkzaam zijn op de afdeling. Daarnaast wordt dit in relatie gebracht met kwaliteit van zorg. Verder zijn er aanbevelingen gedaan waarbij duidelijk wordt wat verpleegkundigen nodig hebben om de ervaren werkdruk op de afdeling te verlichten. Om dit doel te realiseren is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Allereerst is literatuuronderzoek gedaan om inzicht te krijgen in werkdruk. Er is gekeken welke onderzoeken hier al over gedaan zijn. Daarbij is gekeken naar oorzaken en gevolgen omtrent het begrip werkdruk binnen de gezondheidszorg. Vervolgens is praktijkonderzoek gedaan, waarvoor elf verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort zijn geïnterviewd door middel van open interviews. Het onderzoek heeft geleid tot een aantal resultaten. Uit literatuuronderzoek is gebleken dat er op verschillende manieren gekeken kan worden naar werkdruk. In dit onderzoek wordt subjectieve kwalitatieve werkdruk onderzocht. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de verpleegkundigen werkdruk ook als subjectief zien, waarbij de draaglast groter is dan de draagkracht.

De literatuur beschrijft dat de personeelsbezetting van invloed kan zijn op het ervaren van werkdruk. Uit praktijkonderzoek is gebleken dat de formatie in eerste instantie te laag werd ervaren om goede patiëntenzorg te leveren. Nadat deze formatie is aangepast, werden er meer flexwerknemers ingezet die voor een verhoogd gevoel van ervaren werkdruk zorgden. Ondanks deze verhoogde formatie, missen de verpleegkundigen nog extra werknemer in de dagdienst. Een opvallende bevinding was dat de literatuur stelt dat wanneer de communicatie gebrekkig verloopt, dit een verhoogd gevoel van werkdruk kan geven. Positieve communicatie verlaagt de werkdruk. Uit het praktijkonderzoek is echter gebleken dat de communicatie en de sfeer onderling en met andere disciplines in principe goed is. Wanneer de werkdruk hoger wordt, blijkt dat de communicatie en sfeer onderling slechter wordt. Hierbij wordt het gesprek over goede zorg gemist.

In de literatuur wordt beschreven dat structureel verhoogde werkdruk niet goed is. Wanneer hoge taakeisen worden verwacht van de werknemer en er weinig ruimte is om die taakeisen te vervullen, ontstaat er een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel. Gevolg hiervan is een slechtere werkprestatie. Vanuit het praktijkonderzoek blijkt dat de taken die gedaan moeten worden op de afdeling een relatie hebben met de werkdruk en de patiëntencategorie. Uit de literatuur blijkt dat door de vergrijzing in Nederland, de zorg voor geriatrische patiënten complexer wordt. Dit komt duidelijk naar voren in het praktijkonderzoek. Deze toename in complexiteit zorgt voor een verhoogd gevoel van werkdruk, gaven verpleegkundigen aan. Mede door de uitgebreide casuïstiek en verstoringen duurt de artsensite langer. Onverwachte situaties, gebrek aan materiaal en apparatuur en verstoringen, zoals sensoren en telefoongebruik zorgen volgens de verpleegkundigen voor het ervaren van een hogere werkdruk. Door persoonlijke factoren kunnen werknemers tegen hun eigen grenzen aanlopen, zo beschrijft de literatuur. Uit het praktijkonderzoek wordt geconcludeerd dat wanneer verpleegkundigen niet goed in hun vel zitten door verhoogde werkdruk of persoonlijke omstandigheden, dit een nadelig gevolg kan hebben voor de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg.

Concluderend kan gezegd worden dat de werkdruk op de afdeling Geriatrie hoger is geweest, maar op dit moment nog steeds in zekere mate aanwezig is. Wanneer deze werkdruk verminderd wordt, zal de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid verbeterd worden, aldus de verpleegkundigen.

De resultaten en conclusie hebben geleid tot vijf aanbevelingen die gedaan worden aan de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort. Ten eerste wordt aanbevolen om de formatie in de dagdienst te verhogen naar vier zorgwerknemers. Ten tweede wordt aanbevolen om verstoringen tijdens de directe patiëntenzorg zoveel mogelijk te voorkomen. Ten derde wordt aanbevolen om zorg te dragen voor voldoende materiaal en apparatuur. In de vierde plaats wordt er aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de artsensite. Tenslotte wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar het binnenkomen van de meldingen van de sensoren.

2. Inleiding

2.1 Aanleiding

Werkdruk is aan actueel probleem (van Horen, 2014). Volgens Oerlemans (2013) is er sprake van werkdruk als er geen balans is tussen werkbelasting en belastbaarheid. Dat gebeurt als de hoeveelheid werk (werkbelasting) en de tijd (tijdsfactor) waarbinnen dat werk af moet zijn, het draagvermogen van de werknemer (belastbaarheid) overstijgt (Oerlemans, 2013).

In de afgelopen jaren zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar werkdruk, waaronder een onderzoek van het Nederlandse instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (Nivel). In 2013 en 2014 heeft Nivel een onderzoek gedaan naar de werktevredenheid onder zorgpersoneel in verschillende sectoren. Hierbij is ook aandacht gegeven aan de werkdruk die wordt ervaren onder zorgmedewerkers. Uit dit onderzoek is gebleken dat 66% van de zorgmedewerkers in het ziekenhuis het werk druk of te druk vindt. Daarnaast slaat bijna de helft van de zorgmedewerkers in het ziekenhuis vaak tot zeer vaak een pauze over wegens drukte en ongeveer 30% werkt vaak tot zeer vaak over in verband met drukte. Bijna 40% geeft aan beter te kunnen functioneren als het minder druk zou zijn op het werk (Maurits, 2014). Ondanks dat veel zorgmedewerkers aangeven het werk als druk of te druk ervaren, geeft het werken in de zorg wel voldoening (Hupkens, 2011).

De ervaren werkdruk kan verschillende oorzaken hebben, die ook nog per zorgsector of per afdeling verschillend kunnen zijn. Volgens de Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV) ontstaat werkdruk als een medewerker niet of met moeite binnen de beschikbare tijd kan voldoen aan de gestelde eisen (FNV, 2011).

In 2011 heeft zorgverzekeraar Menzis in samenwerking met de Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) een nationale enquête gehouden, waaruit gebleken is dat het personeel in de zorg niet positief is over de toekomst van de zorg. Bijna twee derde verwacht dat de kwaliteit van de zorg afneemt. Als belangrijkste redenen komen naar voren; te weinig geld voor de zorg, te hoge werkdruk en teveel administratie (Menzis & V&VN, 2011).

Kijkend naar onder andere geriatrische afdelingen in het ziekenhuis, is er landelijk te zien dat er een stijgende zorgconsumptie is door een verouderende bevolking (Douwes, 2008; Terheggen, 2013). De prognose is dat het aantal 65-plussers in 2041 is toegenomen tot 4,7 miljoen. In 2012 was dit nog 2,7 miljoen. De komende jaren zal met name het aantal 67-79-jarigen sterk stijgen en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe (dubbele vergrijzing). In 2040 zal de vergrijzing op een hoogtepunt zijn, ongeveer 26% van de bevolking zal dan 65-plusser zijn, waarvan een derde ouder is dan 80 jaar (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2014). Daarnaast komt bijna de helft van het aantal ligdagen in ziekenhuizen voor rekening van 65-plussers (Schuurmans & Duijnste, 2003). Dit kan betekenen dat de complexiteit van de zorgvraag op de geriatrische afdelingen toeneemt, met een verhoogde werkdruk als mogelijk gevolg.

Dit onderzoek zal plaatsvinden in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort. In 2013 heeft het ziekenhuis een start gemaakt met een nieuw visiedocument voor wat betreft de visie op de kwaliteit van de patiëntenzorg. De focus in het kwaliteitsbeleid voor de komende jaren ligt op de volgende drie overkoepelende doelstellingen:

- Verhogen van de patiënttevredenheid;
- Verhogen van de medewerkerstevredenheid;
- Verminderen van verspilling (Meander Medisch Centrum, 2014).

Daarnaast heeft het Meander Medisch Centrum te Amersfoort hun missie als volgt omschreven in het jaardocument 2013 (2014): *‘ Meander Medisch Centrum is een topklinisch opleidingsziekenhuis. Meander biedt een compleet pakket hoogwaardige ziekenhuiszorg aan alle patiënten. Meander doet dat klantvriendelijk, deskundig en betrouwbaar’* (Meander Medisch Centrum, 2014).

Het onderzoek zal specifiek plaatsvinden op de geriatrische afdeling van het Meander Medisch Centrum te Amersfoort. Tijdens een gesprek met de opdrachtgevers van dit onderzoek is er meer uitleg gegeven over de situatie op de afdeling. Sinds februari 2014 is deze afdeling heropend. De afdeling is opgeheven geweest sinds november 2012, vanwege het niet kunnen waarborgen van verantwoorde 24-uurs zorg (Smit, 2012).

Deze verpleegafdeling Geriatrie wil voor de oudere patiënt die bedreigd wordt in het zelfstandig functioneren maatregelen treffen die ertoe leiden dat de zelfstandigheid zo groot mogelijk blijft en op een hoger niveau gebracht wordt (Meander Medisch Centrum , 2015).

Sinds de opening van de huidige afdeling Geriatrie is een nieuw team verpleegkundigen gestart. De meeste verpleegkundigen hadden weinig ervaring met geriatrische patiënten in het ziekenhuis. Inmiddels zijn vier van de vijftien verpleegkundigen in opleiding tot Geriatrie verpleegkundige. In april 2015 hopen er twee andere verpleegkundigen te starten met deze opleiding. Daarnaast volgt één MBO-verpleegkundige de opleiding tot HBO-verpleegkundige.

De afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort bestaat uit dertien eenpersoonskamer. De eerste maanden na het openen van de afdeling was er geen volledige bedbezetting, vanaf oktober 2014 is hier wel sprake van. Daarnaast liggen er regelmatig geriatrische patiënten op andere afdelingen in het ziekenhuis.

De teamleider van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort geeft aan dat er een verhoogde werkdruk wordt ervaren onder de verpleegkundigen. In augustus en september 2014 heeft de afdeling zelf gekeken naar de werkdruk, door middel van het bijhouden van turflijsten. De afdeling geeft aan deze turflijsten opgesteld te hebben naar eigen inzicht, zonder gebruik van literatuur. Hierdoor is de turflijst geen valide meetinstrument en zal daarom ook niet meegenomen worden in het onderzoek.

De afdeling wil graag dat de werkdruk onderzocht wordt, zij benoemen hiervoor een aantal redenen. Niet alle redenen zijn benoemd, omdat de afdeling geen tunnelvisie bij de onderzoekers wil creëren. De redenen die wel genoemd worden, zijn de volgende:

- Betere kwaliteit van de patiëntenzorg en uiting geven aan de missie van Geriatrie. Er worden nu essentiële zaken vergeten en doorgeschoven naar volgende diensten wat eigenlijk niet kan;
- Bijna structureel worden er te weinig pauzes (koffie en lunch) genomen en kunnen of gaan medewerkers niet van de afdeling;
- Het is een afdeling die nieuw is, medewerkers zijn nog aan het leren. Het is van belang dat door ook de komende één – twee jaar tijd en ruime voor is;

- Reden voor het aanpakken van de hoge werkdruk ligt naast genoemde redenen ook in een duurzame inzetbaarheid van het personeel.

2.2 Probleemstelling

Op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort wordt door verpleegkundigen een hoge werkdruk ervaren. De afdeling kan niet aantonen dat er werkdruk is, omdat er geen valide nulmeting naar gedaan is. Wil de afdeling de ervaren werkdruk effectief aanpakken, zal er eerst onderzocht moeten worden waardoor de werkdruk ervaren wordt.

2.3 Vraagstelling

2.3.1 Hoofdvraag

Hoe wordt werkdruk onder verpleegkundigen op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort ervaren?

2.3.2 Deelvragen

1. Wat zegt de literatuur over werkdruk onder verpleegkundigen en welke gevolgen heeft dit voor de kwaliteit van zorg?
2. Hoe ervaren de verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort de werkdruk?

2.4 Doelstelling

Begin juni 2015 heeft de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort inzicht in hoe de werkdruk ervaren wordt onder verpleegkundigen op de afdeling Geriatrie en zijn er aanbevelingen gedaan aan het team naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek.

3. Methode

3.1 Verantwoording keuze onderzoeksmethode

De data in dit onderzoek is verzameld door middel van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Bij een kwalitatieve dataverzamelmethode staat de achtergrond van de onderzochte personen centraal. Het onderzoek is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens, maar het gaat om het verkrijgen van inzichten (Verhoeven, 2014). Kwalitatief onderzoek geeft de mogelijkheid tot doorvragen en het verdiepen van de beleving van de verpleegkundigen met betrekking tot hoe werkdruk op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort wordt ervaren. Dit is belangrijk in dit onderzoek, omdat er bij kwalitatief onderzoek de nadruk gelegd kan worden op de ervaren werkdruk van werknemers. Uit de resultaten van kwantitatief onderzoek kan blijken dat er geen feitelijke werkdruk is, terwijl de werkdruk wel degelijk ervaren kan worden.

Er is een literatuurstudie gedaan om te onderzoeken wat het begrip werkdruk inhoudt. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen ervaren werkdruk en feitelijke werkdruk. Daarnaast is in de literatuur onderzocht wat de oorzaken en gevolgen zijn van werkdruk. De resultaten van de literatuurstudie zijn meegenomen in het toepassen van het kwalitatieve meetinstrument. Daarbij droegen de resultaten van het praktijkonderzoek bij aan het schrijven van de conclusie en de aanbevelingen.

Voorafgaand aan het praktijkonderzoek is het verpleegkundig team van de afdeling Geriatrie van het Meander Medisch Centrum te Amersfoort op de hoogte gebracht van de te gebruiken onderzoeksmethode.

3.2 Dataverzamelmethode

De data is op twee manieren verzameld door middel van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek, welke gebaseerd is op een kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk het houden van interviews.

3.2.1 Literatuurstudie

Het literatuuronderzoek is gedaan aan de hand van de 'zes regels voor het zoeken van informatie' van Verhoeven (2014).

- Definiëren van het probleem;
- Zoekplaatsen bepalen;
- Zoekstrategie kiezen;
- Bestuderen informatie en benodigde informatie selecteren;
- Informatie ordenen en rubriceren op relevantie;
- Resultaten evalueren (Verhoeven, 2014).

In dit onderzoek zijn hiervoor de volgende onderzoeksbronnen gehanteerd:

- Pubmed;
- Search academic;
- Invert;
- Google Scholar;
- Mediatheek;
- Cochraine;
- HBO Voorsprong;
- HBO Kennisbank.

Onder andere de volgende termen zijn hierbij gebruikt:

- Werkdruk;
- Workload;
- Work pressure;
- Causes workload;
- Workload health care;
- Nursing workload;
- Werkbeleving;
- Werkdruk beleving;
- Oorzaken werkdruk;
- Gevolgen werkdruk;
- Feitelijke werkdruk en ervaren werkdruk.

Deze lijst met zoektermen is uitgebreid naarmate de literatuurstudie vorderde. Deze uitbreiding is te vinden in bijlage 2. De literatuurstudie is gedurende twee weken uitgevoerd en stopte op het moment dat er genoeg bronnen ter onderbouwing van de deelvragen gevonden waren en er verzadiging optrad. Verzadiging betekent dat er geen nieuwe relevante informatie over het onderzoek meer gevonden wordt (Verhoeven, 2014).

De literatuur is beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- De datum van het onderzoek is jonger dan tien jaar;
- De auteur is beschikbaar voor verdere uitleg;
- De gebruikte bronnen worden genoteerd en zijn benoemd in het artikel;
- Het artikel bestaat uit feitelijke meningen en de meningen zijn onderbouwd;
- De informatie is gevonden via bibliotheken, overheden of universiteiten (Beoordelen informatiebronnen, 2008).

3.2.2 Kwalitatieve onderzoeksmethode

Gedurende het onderzoek speelt praktijkonderzoek een belangrijke rol. Hierbij is een keuze gemaakt tussen een kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethode. Met een kwantitatieve onderzoeksmethode kunnen vooral cijfermatige gegevens verkregen worden. Hierin wordt niet meegenomen hoe een bepaald gegeven daadwerkelijk ervaren wordt. Met een kwalitatieve onderzoeksmethode staat de beleving van de onderzochte centraal en de betekenis die de onderzochte aan de situatie geeft. Kwalitatief onderzoek is daarbij interpretatief van aard. Daarnaast kan een kwalitatief onderzoek gezien worden als een holistisch onderzoek. Dit houdt in dat alle onderzoekseenheden in de omgeving als geheel onderzocht worden (Verhoeven, 2014).

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode omdat hiermee de ervaringen, meningen en beleving van de verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in kaart gebracht kunnen worden.

Tijdens het onderzoek werden open interviews opgesteld en afgenomen onder de verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie. Bij deze interviewvorm krijgt de respondent alle ruimte voor eigen inbreng (Verhoeven, 2014). Voor het afnemen van de interviews is een topiclijst samengesteld op basis van literatuuronderzoek. Bij elk topic is een inleidende vraag geformuleerd. Door middel van doorvragen werd de gegeven informatie verder uitgediept.

Tijdens het onderzoek is er gezocht naar topics die gebruikt kunnen worden in het opstellen van het interview. Door het houden van open interviews, kregen de onderzoekers inzicht in hoe de werkdruk op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort wordt ervaren.

3.3 Populatie omschrijving

Alle verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort, behoren tot de onderzoekspopulatie. Het is nodig om een afbakening te realiseren, omdat het onderzoek anders te uitgebreid wordt voor de beschikbare periode. Om deze reden is gebruik gemaakt van inclusie en exclusie.

Inclusie

Er zijn vijftien verpleegkundigen werkzaam op de afdeling Geriatrie, zowel mbo- als hbo-verpleegkundigen. Omdat de onderzoeksvraag voortkwam uit het verpleegkundig team, is het onderzoek gericht op de verpleegkundigen. Dat betekent dat alle verpleegkundigen die een urencontract op de afdeling hebben, uitgenodigd worden voor een interview. Er is een minimum van tien interviews gehanteerd.

Deze groep verpleegkundigen is benaderd door mailcontact en persoonlijk contact. De onderzoekers hebben deelgenomen aan een teamvergadering en zijn in gesprek gegaan met de verpleegkundigen tijdens overdrachtmomenten. In totaal zijn er elf verpleegkundigen geïnterviewd.

Exclusie

Er is voor gekozen om geen artsen, service-assistenten, planners en andere disciplines te interviewen. Hiervoor is gekozen zodat het onderzoek alleen gericht is op de verpleegkundigen.

3.4 Data-analyse

De gevonden literatuur is geanalyseerd en gestructureerd aan de hand van het onderwerp, datum publicatie, auteur en relevantie voor het onderzoek.

De interviews zijn verwerkt worden aan de hand van de volgende 8 stappen:

- Stap 1: Kies kleine fragmenten vanuit het interview en vat dit in één woord samen;
- Stap 2: Beschrijf welke waarden de onderzochte personen aan de gebruikte termen toekennen;
- Stap 3: Codeer de fragmenten door met het met één woord te beschrijven;
- Stap 4: Groepeer de termen;
- Stap 5: Breng hiërarchie aan;
- Stap 6: Zoek naar verbanden tussen de begrippen, naar associaties en/of combinaties en maak hoofd- en subgroepen;
- Stap 7: Breng structuur aan in de begrippen, zoek naar relaties tussen begrippen, verantwoord dit en breng deze verbanden samen in een model/diagram;
- Stap 8: Breng het model in verband met de probleemstelling (Verhoeven, 2014).

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

3.5.1 Validiteit

Met validiteit wordt bepaald in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten. De twee belangrijkste vormen van validiteit zijn de geldigheid van het gebruikte meetinstrument en die van de onderzoeksgroep (Verhoeven, 2014). Om een uiteindelijk zo valide mogelijk onderzoek te creëren, is de validiteit door de volgende punten vergroot:

- **Interne validiteit.** Bij interne validiteit gaat het erom dat de onderzoekers de juiste conclusie trekken. Dat zijn conclusies die standhouden en de kritiek van collega-onderzoekers weerstaan. In dit onderzoek is de interne validiteit vergroot doordat alle verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort zijn uitgenodigd voor het interview en hier geen selectie van is gemaakt. Daarbij zijn de vragen van het interview (instrumentatie) tijdens het onderzoek niet bijgesteld, waardoor dit geen vertekening van de resultaten heeft opgeleverd (Verhoeven, 2014).
- **Externe validiteit.** Bij externe validiteit wordt gekeken in hoeverre de inhoud toepasbaar is in andere situaties (inhoudelijke generaliseerbaarheid). In dit onderzoek is de externe validiteit vergroot doordat de onderzoekers de werkelijkheid (de situatie die wordt onderzocht) zoveel mogelijk in tact lieten (Verhoeven, 2014). Dit betekent dat de interviews buiten de diensttijd van de desbetreffende verpleegkundige in een prikkelarme omgeving werden gehouden. Verder betekent dit dat de uitkomsten van dit onderzoek waarschijnlijk niet toepasbaar zijn op andere afdelingen, omdat het onderzoek specifiek de ervaringen van de verpleegkundigen op de afdeling Geriatrie bevat. Op andere afdelingen hoeft niet dezelfde werkdruk ervaren te worden.
- **Begripsvaliditeit.** Dit betekent of de onderzoekers daadwerkelijk gaan meten wat er gemeten moet worden (Verhoeven 2014). In dit onderzoek is de begripsvaliditeit vergroot door een goede begripsafbakening. Dit hield in dat er gekeken werd naar de ervaren werkdruk en niet naar de gemeten werkdruk. Een aantal redenen voor een begripsafbakening zijn:
 - De betekenis van het begrip staat vast en is helder gedurende de rest van het onderzoek;
 - De grenzen worden duidelijk aangegeven van het onderzoek, wat al dan niet wordt onderzocht;
 - De afbakening van een begrip bepaalt welke informatie straks tijdens de dataverzameling moet worden verzameld (Verhoeven, 2014).

Bij praktijkgericht onderzoek zijn definities uit de literatuur vaak niet goed te gebruiken, omdat ze algemeen beschreven zijn. Om deze begripsafbakening van werkdruk te realiseren is er gebruikt gemaakt van stipulatieve definities. Dat zijn definities die speciaal aan dit onderzoek worden gegeven (Verhoeven, 2014). De definitie van kwaliteit van zorg is niet opgesteld aan de hand van de stipulatieve definities, omdat hier een heldere definitie van beschreven was in de literatuur.

Daarnaast is er een open interview opgesteld, waardoor het begrip 'ervaren werkdruk' daadwerkelijk werd gemeten. De inleidende vraag die aan de hand van de topiclijst werd opgesteld, werd helder geformuleerd zodat de respondenten wisten wat er met de vraag werd bedoeld.

3.5.2 Betrouwbaarheid

Met betrouwbaarheid wordt bepaald in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Om de betrouwbaarheid te kunnen testen moet het onderzoek herhaalbaar zijn (Verhoeven, 2014). De betrouwbaar is door middel van de volgende punten verhoogd:

- Door middel van peer examination werden de gevonden resultaten gecontroleerd door collega-onderzoekers om vast te stellen of de collega-onderzoeker tot de dezelfde resultaten komt.
- De interviews werden gedaan door twee onderzoekers zodat de onderzoekers elkaar kritisch konden houden tijdens het interview.

- Er werd voor gekozen om geen groepsinterview te doen, omdat het gevaar bestond dat werknemers elkaar hierdoor konden beïnvloeden.
- De onderzoekers hielden een logboek bij, waarin de leermomenten, keuzes en veranderingen in het onderzoek werden beschreven, zodat bij herhaling van het onderzoek, deze fouten vermeden konden worden.
- De gehouden interviews werden opgenomen met een geluidsrecorder en hierna verbatim uitgetypt om verkeerde interpretatie te voorkomen.
- Doordat verschillende onderzoekers aan het onderzoek werkten (onderzoekstriangulatie), hielden de onderzoekers elkaar kritisch, waardoor de kans op aannames werd verminderd.
- Vanuit de literatuur werd de probleemstelling vanuit verschillende theoretische perspectieven bekeken, dit wordt theoretische triangulatie genoemd. Dit was belangrijk zodat er geen tunnelvisie gecreëerd werd.
- De onderzoekers herhaalde de stappen analyseren en interpreteren (iteratie) totdat kon worden geconcludeerd dat de hoofdvraag beantwoord kon worden. (Verhoeven, 2014)

3.6 Ethische aspecten

Binnen dit onderzoek werd rekening gehouden met een aantal ethische aspecten. In de eerste plaats werd er rekening gehouden met de privacy van de respondenten. Dit werd gedaan door middel van het anonimiseren van de namen van de respondenten. Deze namen werden vervangen door codes. Hiermee werd de privacy van de respondenten gewaarborgd, aangezien de gegevens niet te herleiden zijn naar één persoon. Ondanks het gegeven dat geen namen van respondenten genoemd werden, zouden bepaalde gegevens in het onderzoeksverslag mogelijk herleid kunnen worden naar één persoon. Hiermee werd rekening gehouden in het beschrijven van de resultaten door bepaalde niet relevante informatie niet te beschrijven.

In de tweede plaats kan het voorkomen dat respondenten tijdens de interviews gevoelige informatie over patiënten of collega's delen. Dit is tijdens het praktijkonderzoek niet naar voren gekomen.

In de derde plaats lieten de onderzoekers de keuze omtrent het tijdstip van het interview zoveel mogelijk bij de respondenten. Dit om de patiëntenzorg en de ervaren werkdruk zo min mogelijk negatief te beïnvloeden. Het is voorgekomen dat een verpleegkundige een drukke dienst heeft gehad voor ze geïnterviewd werd. Hierdoor zat zij anders in het interview en is zij mogelijk beïnvloed door deze drukke dienst. De onderzoekers konden hier geen rekening mee houden, omdat er altijd externe factoren zullen zijn waardoor verpleegkundigen beïnvloed kunnen worden, zoals persoonlijke omstandigheden. Wat de onderzoekers wel hebben gedaan is gevraagd naar de algemene ervaring omtrent werkdruk en dit niet specifiek richten op de mogelijk drukke dienst.

3.7 Randvoorwaarden

Gedurende dit onderzoek waren er een aantal voorwaarden nodig om het onderzoek succesvol te laten zijn. Dit ging om de volgende voorwaarden:

- Tijdsplanning;
- Begeleiding vanuit school en instelling;
- Begripsafbakening van het onderzoek;
- Gemotiveerd team dat geïnterviewd wordt, maar niet teveel belast wordt tijdens werkzaamheden;

- Kritische houding van de onderzoekers;
- Er is gebruik gemaakt van evidence based literatuur;

Het onderzoeksverslag voldoet aan de criteria die beschreven staan in de afstudeernota van de Academie Gezondheidszorg van de Christelijke Hogeschool te Ede.

4. Resultaten

4.1 Resultaten literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt de literatuurstudie beschreven. Tijdens de literatuurstudie van dit onderzoek is gekeken naar de begrippen *werkdruk* en *kwaliteit van zorg*. Deze begrippen worden uitgelegd in het subhoofdstuk: 'begripsafbakening'. Ook wordt in de literatuurstudie gekeken naar werkdruk. Wat zegt de literatuur over werkdruk en wat is relevant voor dit onderzoek en de doelgroep namelijk verpleegkundigen, gehouden op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort. Ook wordt er gekeken naar werkdruk in relatie tot het ziekenhuis en ouderenzorg. Er is specifiek gekeken naar oorzaken en gevolgen die van toepassing zijn op dit onderzoek. Hiermee wordt antwoord gegeven op de deelvraag 'Wat zegt de literatuur over werkdruk onder verpleegkundigen en welke rol speelt kwaliteit van zorg hierbij'? Aan de hand van de verzamelde literatuur is er een onderverdeling gemaakt in de gegevens.

4.1.1 Begripsafbakening

In dit subhoofdstuk wordt vanuit de literatuur gekeken naar de begrippen *werkdruk* en *kwaliteit van zorg*. Hiermee wordt antwoord gegeven op de deelvraag 'Wat zegt de literatuur over werkdruk onder verpleegkundigen en welke rol speelt kwaliteit van zorg hierbij?'

Om antwoord te kunnen geven op de vraag of er sprake is van werkdruk moet eerst helder zijn wat er onder werkdruk wordt verstaan. In de literatuur (FNV, 2011; Oerlemans, 2013; Blokhuis & Talma, 2014; Van Gend, 2004; Bakker, Oerlemans, Van Vuuren, Van Veldhoven, Van Bakkum & Van Lith, 2013) worden verschillende begrippen door elkaar gebruikt. Naast werkdruk spreekt men over *objectieve* en *subjectieve werkdruk*, *kwalitatieve* en *kwantitatieve werkdruk*, *werkstress*, *werkbeleving*, *werklast*, *werkbelasting* en *psychosociale (arbeids)belasting*.

Volgens Oerlemans (2013) is er sprake van *werkdruk* als er geen balans is tussen werkbelasting en belastbaarheid. Dat gebeurt als de hoeveelheid werk (werkbelasting) en de tijd (tijdsfactor) waarbinnen dat werk af moet zijn, het draagvermogen van de werknemer (belastbaarheid) overstijgt.

In de literatuur (Oerlemans, 2013; Bakker et al., 2013) worden twee benaderingen gehanteerd met betrekking tot het begrip werkdruk: de *objectieve* en de *subjectieve* benadering.

Objectieve werkdruk heeft betrekking op het vaststellen van werkdruk, zonder dat de werknemer zelf wordt ondervraagd. Objectieve gegevens over werkdruk kunnen betrekking hebben op het aantal gewerkte uren, het aantal handelingen, producten of diensten per tijdsperiode of observaties door leidinggevenden (Bakker et al., 2013)

Subjectieve werkdruk heeft betrekking op het vaststellen van werkdruk wanneer aan de werknemer wordt gevraagd naar diens beleving. Werknemers kunnen per vragenlijst antwoord geven bij hun werkgever op de hoeveelheid werkzaamheden die ze moeten verrichten of het tempo waarmee de werkzaamheden verricht moeten worden. Hierbij is het van belang dat de werknemers zelf een afweging maken, gebaseerd op een eigen individuele standaard. Met andere woorden, de mate waarin een werknemer werkdruk ervaart, kan bepaald worden door een combinatie van objectieve kenmerken van het werk en van subjectieve beleving van de werknemer (Bakker et al., 2013).

Daarnaast is er verschil tussen *kwantitatieve* en *kwalitatieve werkdruk*. Van *kwantitatieve werkdruk* is sprake wanneer grote hoeveelheden werk in een korte tijdsperiode moeten worden verricht. *Kwalitatieve werkdruk* heeft vooral betrekking op de moeilijkheidsgraad van de te verrichten werkzaamheden (Bakker et al., 2013).

In dit onderzoek wordt gekeken naar *subjectieve kwalitatieve werkdruk*. In de literatuur is hier geen passende definitie voor te vinden. Daarom wordt gekozen voor een nieuwe definitie, onderbouwd vanuit de literatuur (Oerlemans, 2013; Bakker et al., 2013). De definitie die in dit onderzoek is opgesteld en gehanteerd wordt, luidt als volgt:

‘De werkdruk die wordt ervaren als men het gevoel heeft niet in staat te zijn om binnen de beschikbare tijd te voldoen aan de gestelde eisen (Oerlemans, 2013; Bakker et al., 2013).’

Wanneer er in de literatuurstudie, resultaten of conclusie gesproken wordt over de begrippen *werkstress*, *werkbeleving*, *werklust*, *werkbelasting* en *psychosociale (arbeids)belasting* worden genoemd, wordt tevens bovenstaande definitie gehanteerd.

Naast het kijken naar werkdruk wordt er in dit onderzoek ook gekeken naar de relatie tussen werkdruk en kwaliteit van zorg. Uit onderzoek van De Veer, Francke, De Kruif en Bolle (2005) over de kwaliteit van zorg onder verpleegkundigen en verzorgenden, blijkt dat hoge werkdruk wordt gezien als hoofdoorzaak van een verminderde kwaliteit van zorg. Om de kwaliteit van zorg te waarborgen, is de kwaliteitswet zorginstellingen ingevoerd. In deze wet worden zorginstellingen verplicht een kwaliteitsbeleid te voeren dat gericht is op het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. De kwaliteitswet telt vier belangrijke kwaliteitseisen. Ten eerste verantwoorde zorg, wat inhoudt dat de zorg van een goed niveau is en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Als tweede bewust beleid, wat een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden, geestelijke verzorging en kwaliteit van personeel en materieel inhoudt. Als derde het kwaliteitssysteem, wat betekent dat een instelling de kwaliteit van zorg systematisch moet bewaken, beheersen en zo mogelijk verbeteren. Tenslotte het kwaliteitsjaarverslag, waar in ieder geval de kwaliteit van de verleende zorg en het gevoerde kwaliteitsbeleid in moet staan (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010)

Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag wordt de volgende definitie van kwaliteit van zorg gehanteerd. Dit omdat de afdeling Geriatrie de kwaliteit van patiëntenzorg wil verbeteren.

‘Verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend’ (Hollands, Hendriks & Ariëns, 2011).

4.1.2 Oorzaken en gevolgen werkdruk

Werkdruk staat niet op zichzelf. Werkdruk wordt vaak als negatief ervaren. Toch werkt enige werkdruk stimulerend en is nodig om tot prestaties te komen (Oerlemans, 2013). LePine, LePine en Jackson (2015) geven aan dat er verschillen zijn in uitdagende en belemmerende eisen aan het werk. In de literatuur (Van Gend, 2004; Young, Zavelina, & Hooper, 2008; Kieft, De Brouwer, Francke & Delnoij, 2014; A&O provincies, 2007; Kaddourah, Khalidi, Abu-Shaheen, & Al-Tannir, 2013) worden verschillende oorzaken en gevolgen van werkdruk genoemd. Deze verschillende oorzaken en gevolgen kunnen op de volgende manier onderverdeeld worden, waarbij gekeken is naar relevantie op dit onderzoek.

4.1.2.1 *Organisatie*

Vakbonden schrijven veel over bezuinigingen in de zorg. Door deze bezuinigingen is flexibilisering in de zorg noodzakelijk omdat er niet voldoende personeel is om de kwaliteit van zorg te waarborgen (Leenknecht, 2014). Instellingen hebben een goed beleid voor flexwerknemers nodig (Mellema, 2014), zodat de formatie van het vaste personeel teruggebracht kan worden tot een minimum (Leenknecht, 2014). Bij uitval van vaste werknemers kan een beroep worden gedaan op flexwerknemers. Het beleid voor flexwerknemers moet in deze situatie wel op orde zijn, anders is er geen ruimte om onvoorziene situaties op te vangen (Mellema, 2014). Het risico van deze flexibilisering is dat er regelmatig onbekende werknemers op de afdeling werkzaam zijn. Deze werknemers kennen de afdeling niet (FNV, 2014) waardoor er een negatieve productiviteit kan ontstaan. Deze negatieve productiviteit hangt samen met uitval in het arbeidsproces door langdurige, gecompenseerde werkdruk wat leidt tot stress. Hierdoor ontstaan onsamenhangende praktische problemen, zoals openstaande vacatures en het moeten inwerken van nieuw of vervangend personeel. Deze problemen en afname van de arbeidsmotivatie kan de productiviteit op de werkvloer negatief beïnvloeden, waardoor de werkdruk hoger ervaren wordt (Oerlemans, 2013).

Uit onderzoek (Van Gend, 2004) blijkt dat de organisatiestructuur en – cultuur in het ziekenhuis, waaronder het personeelsbeleid valt, een beïnvloedende factor kan zijn voor het ontstaan van werkdruk. In iedere organisatie kan er een onbalans zijn, maar in ziekenhuisverband zijn er specifieke risico's die het ervaren van werkdruk verhogen. Deze risico's zijn onder andere een te lage personeelsbezetting in de ogen van werknemers, een cultuur met veel waardering voor een groot persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel en een inadequaat verandermanagement. Daarnaast kunnen door direct en frequent patiëntencontact persoonlijke factoren ontstaan die de ervaren werkdruk kunnen verhogen. Hierbij valt te denken aan de emotionele belasting voor werknemers (Van Gend, 2004).

Personeelsbezetting kan een belangrijke factor zijn in het ontstaan van werkdruk. Dit hangt samen met de formatieplanning. Deze formatieplanning is gericht op de personeelsbezetting op korte en middellange termijn, waarbij gekeken wordt hoeveel werknemers er nodig zijn om het werk te doen. Wanneer de beschikbare formatie niet overeen komt met de werklust, ontstaat er ondercapaciteit of overcapaciteit (PlanDat, 2011). Ondercapaciteit ontstaat als werknemers meer en/of moeilijkere taken moeten uitvoeren dan ze aankunnen. Daarnaast kan ondercapaciteit ontstaan als werknemers hun taken regelmatig onverwacht moeten onderbreken (Oerlemans, 2013). Ondercapaciteit of het niet aanpassen van de personeelsbezetting aan de zorgvraag kan leiden tot een hogere ervaren werkdruk (PlanDat, 2011; SDB groep BV, 2014; Geradts, 2014).

Om werkdruk te verlagen kan automatisering een positief effect hebben, maar wanneer apparatuur niet naar behoren werkt, kunnen processen langer duren, waardoor de werkdruk verhoogd wordt (Young et al., 2008). Ook kunnen administratieve redenen een oorzaak zijn van werkdruk. Uit onderzoek (Kieft et al., 2014) naar de werkomgeving van verpleegkundigen in ziekenhuizen blijkt dat de administratieve werkdruk uit balans is. De respondenten geven aan dat het monitoren en registreren van gegevens niet is bedoeld om de patiëntenzorg te verbeteren, maar dat het iets is wat opgelegd is door de overheid en de zorgverzekeraars. Dit met als enige doel om de overheid en de zorgverzekeraars te informeren.

Een andere oorzaak van werkdruk kan samenhangen met een gebrekkig leerklimaat. Wanneer werknemers onvoldoende tijd en ruimte krijgen om zich te ontwikkelen en te leren, ontstaat een verhoogd gevoel van werkdruk. Indien een werknemer in staat is om zich te ontplooien zal deze beter in staat zijn om knelpunten en problemen op te lossen (A&O provincies, 2007).

4.1.2.2 *Communicatie*

Naast oorzaken en gevolgen in de organisatie kan de communicatie ook een rol spelen bij het ontstaan van werkdruk. Er kunnen verschillende problemen in de communicatie zijn, namelijk gebrek aan onderlinge afstemming tussen collega's; gebrekkige communicatie tussen werknemer en werkgever; gebrekkig functioneren van het werkoverleg en gebrek aan waardering door leidinggevende, onvoldoende feedback en ondersteuning of onduidelijke doelen (Van Gend, 2014; A&O Provincies, 2007). Deze problemen in de communicatie geven het gevoel van een verhoogde werkdruk (Van Gend, 2004).

Een onderzoek van Young et al. (2008) toont aan dat positieve communicatie de werkdruk verlaagt. Wel blijkt dat zaken die urgent geregeld moeten worden, die de ervaren werkdruk kan verhogen.

4.1.2.3 *Team*

Een structureel verhoogde werkdruk is niet goed voor de sfeer op een afdeling en voor het plezier dat de werknemers in hun werk hebben (Gend van, 2004). Daarnaast heeft het vervullen van educatieve taken een negatief effect op de werkdruk en speelt het gebrek aan autonomie een belangrijke rol (Young et al., 2008). Deze autonomie is onder meer de mogelijkheden die een werknemer zelf heeft om te bepalen hoe en wanneer hij of zij een taak uitvoert (autonomie) (A&O provincies, 2007). Wanneer een werknemer hoge taakeisen ervaart, weinig ruimte heeft om dat werk te sturen en meerdere verantwoordelijkheden heeft, is er meer kans op het ervaren van werkdruk. (Vagg, Spielberger & Wasala, 2002). Hoe meer autonomie en hoe meer controle over zijn of haar eigen handelen, hoe meer tevreden verpleegkundigen zijn met hun baan (Kaddourah et al., 2013). Daarnaast is autonomie de mogelijkheden om samen met collega's naar oplossingen te zoeken en de mate waarin een werknemer organiserende taken heeft en samen met leidinggevende of andere afdelingen naar oplossingen kan zoeken (A&O provincies, 2007).

Weinig controlemogelijkheden en structureel verhoogde werkdruk leiden tot verminderde werktevredenheid, verminderde motivatie, minder reflectie op eigen werk, minder vernieuwing en creativiteit en meer fouten. Dit heeft slechtere werkprestaties tot gevolg (FNV, 2015; Oerlemans, 2013).

Uit onderzoek is gebleken dat er een verhoogde kans bestaat dat werknemers overstappen naar een andere werkgever ten gevolge van een verhoogde werkdruk. Parttimers en fulltimers stappen minder snel over dan flexwerknemers (Zeytinoghu, Denton, Bauman & Blythe, 2007).

4.1.2.4 *De patiënt*

De geriatrische patiënt is een oudere patiënt, die door een veelvoud van ziektes, stoornissen in lichamelijk en/of geestelijk functioneren en/of ontregelde sociale situatie, een complex ziektebeeld vertoont. De oudere mens is daarnaast kwetsbaarder en heeft een verminderde reservecapaciteit, waardoor herstel na een ziekte steeds moeizamer gaat, meer tijd vraagt (Atrium Medisch Centrum, z.j.). Tegenwoordig is er sprake van vergrijzing. Door hogere leeftijdsverwachting neemt de zorgvraag toe, maar wordt ook complexer (Barr et al., 2014).

Uit verschillende onderzoeken (Daud-Galloti, Costa, Guimaraes, Grillo Padilha, et al, 2012; Bogossian, Winters-Chang, & Tuckett, 2014 ; Duffield, Roche & Diers, 2010) blijkt dat er een verband is tussen de werkdruk van verpleegkundigen en de patiëntveiligheid. Wanneer verpleegkundigen zorg dragen voor meer patiënten dan gewenst, zijn de zorg gerelateerde resultaten slechter. Hierbij valt te denken aan risico op valincidenten, decubituswonden, pneumonie, urineweg infecties, sepsis en overige infecties. Door de verhoogde werkdruk is er minder tijd voor mondhygiëne, huidverzorging en het inlichten van patiënt en zijn of haar naasten. De hierboven genoemde punten verhogen het risico op mortaliteit en onnodig lijden (Daud-Galloti et al., 2012; Bogossian et al., 2014).

Wanneer er meer gekwalificeerde verpleegkundigen worden ingezet, verlaagd dit de kans op complicaties bij de patiënt (Duffield et al., 2010). Als er meer tijd zou zijn voor de patiënt, bevordert dit het genezingsproces (Bogossian et al., 2014). Tevens daalt de patiënttevredenheid naarmate de verpleegkundige meer patiënten moet verzorgen. (Müller de Magalhaes, Dall'Ágnol & Marck, 2012)

4.1.2.5 Persoonlijke factoren

Ook persoonlijke factoren kunnen een rol spelen bij het ervaren van werkdruk. Het gaat om persoonlijke omstandigheden of eigenschappen van de werknemer. Het (regelmatig) voorkomen van traumatische ervaringen en ongewenst gedrag op de werkvloer kan stress veroorzaken bij de werknemer, waardoor er een hogere werkdruk ervaren wordt (Van Gend, 2004). Kijkend naar persoonlijke factoren die van invloed kunnen zijn op het ervaren van een verhoogde werkdruk, zijn de begrippen draagkracht en draaglast van belang. Werknemers die moeilijk 'nee' zeggen, kunnen sneller tegen hun grenzen aanlopen, waardoor de balans tussen draagkracht en draaglast in het geding komt (Blokhuys & Talma, 2014). Ongewenst gedrag en traumatische ervaringen; onvermogen van de werknemer om het werk goed te plannen; te weinig vakinhoudelijke kennis en vaardigheden of te weinig sociale vaardigheden; perfectionisme, onzekerheid, angst voor het oordeel van anderen, hoog verantwoordelijkheidsgevoel voor het werk en problemen in de privésfeer of met de gezondheid kunnen zorgen voor een disbalans in draagkracht en draaglast (Van Gend, 2004).

Belangrijke notitie is dat elk individu anders reageert op werkdruk en dat deze reactie de werkdruk beïnvloedt. Hierbij speelt geslacht een belangrijke rol. Het blijkt dat mannen en vrouwen op verschillende manieren kunnen reageren in vergelijkbare situaties (Vagg et al., 2002).

4.1.2.5.1 Lichamelijke gevolgen

Werkdruk die te hoog ervaren wordt kan leiden tot werkstress. Als werkstress te lang duurt, leidt dit mogelijk tot 'ernstige' gezondheidsklachten (FNV, 2015)

Er is wetenschappelijk bewijs dat werknemers die leiden onder hoge werkdruk een verhoogd risico lopen op coronaire hartziekten (Bakker et al., 2013) en het vergroot de kans op een hartinfarct (Vinkers, 2013). Er is tevens wetenschappelijk bewijs dat werknemers die leiden onder werkdruk vermoeider zijn en een slechtere slaapkwaliteit ervaren (Oerlemans, 2013; Bogossian et al., 2014).

Verder is er onderzoek gedaan naar de relatie tussen kanker en werkstress. Hieruit blijkt dat werkdruk op zichzelf geen risico geeft op kanker. Stress door werkdruk geeft wel een risico op kanker. Ook blijkt dat werkstress leidt tot slechte gewoontes: drinken van alcohol, roken, overmatig medicijngebruik en overmatig eten. Deze slechte gewoontes zijn risicofactoren voor het krijgen van kanker (Eekhof, 2013; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2015).

Andere lichamelijke klachten kunnen zijn: verhoogde bloeddruk, hoofdpijn, duizeligheid, hyperventilatie en een verminderde weerstand (Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid, 2015).

4.1.2.5.2 Psychische gevolgen

Naast lichamelijke gevolgen kan werkdruk leiden tot psychische gevolgen. Op langere termijn kan werkstress ten gevolge van werkdruk leiden tot ongewone vermoeidheidsklachten, gevoelens van uitputting, psychische vermoeidheid, overspanning, depressiviteit en burn-out (Bakker et al., 2013; Van der Klink & Terluin, 2005). Deze gezondheidsrisico's zijn te herkennen aan de volgende stresssignalen: pessimisme, somberheid, doemdenken, neerslachtigheid, gejaagdheid en gevoel van ongemak. Verder kan de werknemer concentratieverlies, motivatieverlies, onnauwkeurigheid en verlies van betrokkenheid bij het werk ervaren (Van der Klink & Terluin, 2005).

Stresssignalen zijn gezonde waarschuwingssignalen van het lichaam. Het is belangrijk stresssignalen niet als negatief te benoemen, maar als een gezond stuurmiddel (Oerlemans, 2013)

Naarmate de werkdruk aanhoudt, worden de signalen van stress structureler en treden ze frequenter op, zonder dat de werknemer hiervan kan herstellen. Het reactiepatroon van stress is zeer uiteenlopend. Vaak ziet men een combinatie van verschijnselen. Wordt er, door de werkgever of de werknemer zelf echter niet adequaat met deze signalen omgegaan en blijven de stressklachten aanhouden, dan nemen de klachten toe en loopt men het gevaar om vanwege gezondheidsrisico's uit het arbeidsproces te vallen (Oerlemans, 2013).

Als gevolg van psychische en lichamelijke klachten door een verhoogde werkdruk is er veel ziekteverzuim (Van Gend, 2014). Werknemers gaan met minder plezier naar hun werk en hebben last van concentratieproblemen. Hierdoor daalt de kwaliteit van het werk, vermindert de productiviteit en neemt het risico op fouten en ongelukken toe (Van Gend, 2014; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2015).

Door een toename van werkdruk neemt de herstelbehoefte onder werknemers toe. Een belangrijke factor in het herstel is het niet terugdenken aan 'vervelende' werksituaties (psychologisch loskomen). Als men positieve gevoelens heeft over het werk kunnen deze gedachten het herstel bevorderen. Dit herstel hangt mede af van de activiteiten die werknemers buiten werktijd ondernemen (Oerlemans, 2013).

4.2 Resultaten praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat de uitkomsten uit het praktijkonderzoek zijn. Om de tweede deelvraag *'Hoe ervaren de verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort de werkdruk?'* te beantwoorden, zijn er verschillende onderwerpen aan bod gekomen tijdens het praktijkonderzoek (zie bijlage 4). Deze onderwerpen zijn aangekaart om inzicht te krijgen in de situatie op de afdeling en om te onderzoeken hoe de verpleegkundigen de werkdruk ervaren. In dit hoofdstuk is onderscheid aangebracht in toenmalige, huidige en ideale situatie. De toenmalige situatie beslaat de tijd van de start van de afdeling tot februari 2015. Onder de huidige situatie valt de periode vanaf februari 2015 tot heden. De ideale situatie is de gewenste situatie zoals de verpleegkundigen die graag zouden zien in de toekomst.

De toenmalige situatie is opgenomen in deze inleiding, omdat dit niet direct relevant is voor het onderzoek. Om de leesbaarheid van dit hoofdstuk te vergroten, wordt vanuit de huidige situatie met enige regelmaat terugverwezen naar de toenmalige situatie.

Toen de afdeling Geriatrie heropend werd, waren de verpleegkundigen nog niet bekend met de procedures en protocollen van de afdeling. Hierdoor kwam er een gevoel van extra druk van bij de verpleegkundigen omdat deze dingen uitgezocht moesten worden. Dit leidde ertoe dat er onrust was op de afdeling en stress bij de verpleegkundigen. Daarnaast werden de pauzes niet goed benut doordat er veel verwarde patiënten op de afdeling lagen. Dit had als resultaat dat verpleegkundigen een gebrek aan veiligheid ervoeren en niet toekwamen aan hun rustmoment. Inmiddels lopen de organisatie en de afdeling beter, maar de verpleegkundigen geven aan dat het werk nog steeds een druk gevoel geeft.

Op de vraag welke definitie de verpleegkundigen geven aan werkdruk, gaven de meeste verpleegkundigen aan dat werkdruk ontstaat als de draaglast groter is dan de draagkracht.

4.2.1 Huidige situatie

4.2.1.1 Verpleegkundig team

Bij de start van de afdeling Geriatrie is er begonnen met een nieuw, jong en ambitieus verpleegkundig team die bestaat uit verschillende niveaus. Veel verpleegkundigen waren nieuw in het Meander Medisch Centrum en hadden geen ervaring met geriatrische patiënten in het ziekenhuis. Dit had als resultaat dat de verpleegkundigen in het begin erg zoekende waren naar veiligheid binnen het team. Ze misten overzicht en basisvertrouwen in het team en de onderlinge verhoudingen waren niet optimaal. Daarnaast was er veel miscommunicatie binnen het team omdat die nog niet goed op elkaar was afgestemd. Doordat een aantal verpleegkundigen weinig ervaring hadden, voelde men zich niet altijd even bekwaam. Verpleegkundigen hadden het gevoel dat ze alles zelf moesten redden. In een acute situatie misten een aantal verpleegkundigen een stabiele factor zoals een ervaren verpleegkundigen.

Inmiddels is de beginsituatie afgesloten en kijken de verpleegkundigen anders tegen het team aan. Het team is open en eerlijk naar elkaar toe, geeft elkaar waardering, staat open voor veranderingen, luisteren naar elkaar en de onderlinge verhoudingen zijn verbeterd.

4.2.1.1.1 Formatie

Toen de afdeling werd geopend in februari 2014 was er een bezetting van drie verpleegkundigen in de dagdienst, twee verpleegkundigen in de avonddienst en één verpleegkundige in de nachtdienst. Er wordt aangegeven dat dit een te krappe bezetting was voor de afdeling wat zorgde voor veel onrust.

Op dit moment bestaat de bezetting uit drie verpleegkundigen in de dagdienst, drie verpleegkundigen in de avonddienst en twee verpleegkundigen in de nachtdienst. Op woensdag zijn er in de dagdienst vier verpleegkundigen aanwezig, vanwege de grote visite en het multidisciplinaire overleg (MDO). Deze extra verpleegkundige op woensdag zorgt ervoor dat de dag vlotter verloopt, dingen eerder worden gesignaleerd en taken makkelijker worden verdeeld, zodat het in de gaten houden van de sensoren en het lopen van de bellen.

Consultverpleegkundigen van de dagkliniek komen de verpleegkundigen 's morgens ondersteunen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Tijdens de middagpauze van de verpleegkundigen helpen zij ook op de afdeling, zodat de verpleegkundigen even van de afdeling kunnen.

Naast de consultverpleegkundigen die komen helpen, zijn er elke dag- en avonddienst twee serviceassistenten ter ondersteuning. De bezetting in de dagdienst vinden de meeste verpleegkundigen te laag, maar de bezetting in de avond- en nachtdienst vinden alle verpleegkundigen goed.

Een aantal verpleegkundigen geven aan dat het team op dit moment minder stabiel is vanwege flexwerknemers. Bijna iedere dienst werkt er een flexwerknemer op de afdeling, wat verpleegkundigen voor een specialistische afdeling niet handig vinden, omdat zij de wederzijdse verwachtingen van de flexwerknemer niet kennen. Dit zorgt voor spanning en angst bij een aantal verpleegkundigen. Ook geven een aantal verpleegkundigen aan dat de formatie krap is, wat bij een onverwachte situatie uit balans kan raken. Er wordt aangegeven dat de constante gedachte van een te krappe formatie zorgt voor een negatieve sfeer op de afdeling.

4.2.1.1.2 Communicatie

De verpleegkundigen vinden dat zij in een gezellig team werken, waar de sfeer goed is. Wanneer het druk is op de afdeling verandert de sfeer en de communicatie. Collega's worden klagerig en mopperig naar elkaar toe. Zij vinden dit een nadelig gevolg van de werkdruk.

In de interviews geven verpleegkundigen aan dat over het algemeen de communicatie onder collega's goed is. Een aantal verpleegkundigen geven aan soms hun woordje te snel klaar te hebben en snel te oordelen. Volgens een verpleegkundige mag roddelen niet een onderdeel van gesprek zijn, maar kan dit wel eens voorkomen. Een andere verpleegkundige geeft aan soms de dialoog te missen over hoe het met elkaar is.

Het team van verpleegkundigen heeft allemaal dezelfde visie, aldus een aantal verpleegkundigen. De patiënt staat centraal en daar gaat iedere verpleegkundige binnen het team voor. Het team gaat voor kwaliteit van zorg, ondanks de druk die ervaren wordt tijdens de werkzaamheden.

4.2.1.1.3 Evaluatie

Een aantal verpleegkundige geven aan dat in vergelijking met de beginsituatie tijdens het werken minder geëvalueerd wordt over hoe het gaat. Doordat het veel tijd kost om iedereen bij elkaar te krijgen en er niet meer op de afdeling wordt gegeten. Voor een dagoudste is evaluatie fijn om overzicht te houden, ook is het goed voor de teamspirit. Een andere verpleegkundige geeft aan dat er meer met elkaar geëvalueerd mag worden. Als voorbeeld wordt genoemd als iemand is overleden: *‘Wat hadden we beter kunnen doen? Hadden we dit kunnen zien aankomen?’* Deze verpleegkundige mist daarbij het gesprek over goede zorg en het bespreken van moeilijke casuïstiek.

4.2.1.1.4 Feedback

Het overgrote deel van de verpleegkundigen geven aan dat er verbetering mag komen in het geven en ontvangen van feedback. Niet alle verpleegkundigen voelen zich altijd veilig om feedback aan een andere collega te geven. Een verpleegkundige geeft aan dat een jong team een belemmering kan zijn in het geven van feedback, omdat het leeftijdsgenoten zijn. Feedback kan dan op een lacherige manier worden gegeven. Daarnaast heeft een andere verpleegkundige het gevoel gehad dat het geven van feedback heeft gezorgd voor escalaties waarbij een verpleegkundige fel en bot kan reageren.

Feedback wordt regelmatig via de mail gegeven. Dit heeft als nadeel dat verpleegkundigen elkaar pas later er over kunnen spreken en dat mailtjes anders opgevat kunnen worden dan wat er bedoeld wordt. Toch zegt een verpleegkundige ook niet een week te kunnen wachten met het geven van de feedback.

Ook zijn er een aantal verpleegkundigen die het geven en ontvangen van feedback goed vinden gaan. Er wordt aangegeven dat er veel ruimte is om feedback te geven. Een verpleegkundige geeft aan dat het goed is om een klimaat te creëren om feedback aan elkaar te durven geven. Hierdoor kunnen verpleegkundigen beter reageren op gegeven feedback en kan het team groeien.

4.2.1.1.5 Leerklimaat

Na de opening van de afdeling moesten de verpleegkundigen in korte tijd veel kennis opdoen, waardoor de afdeling kwalitatief groeide. Er was geen mogelijkheid om de verpleegkundigen in te werken. Het huidige leerklimaat voor de verpleegkundigen wordt als positief gezien, de verpleegkundigen leren veel van elkaar en van de artsen. Hierdoor wordt er onzekerheid weggenomen bij de verpleegkundigen en groeit het team nog meer in kennis. De verpleegkundigen geven aan dat er een open leerklimaat heerst. Eens in de drie maanden wordt er een klinische sessie gehouden. Er worden wel kritische noten geplaatst bij het leerklimaat. Door het zelfstandige werken is er niet altijd de mogelijkheid om van collega's te leren, en als er stagiaires begeleid worden is het leerklimaat voor de verpleegkundigen ook niet altijd optimaal. Bij drukte is het vermoeiend om een stagiaire te begeleiden. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat het positief is dat het geven van feedback aan stagiaires makkelijk gaat, omdat de verpleegkundigen nog niet zo lang van school zijn.

Er wordt aangegeven door een verpleegkundige die in opleiding is, dat zij begeleid wordt door een verpleegkundige van de dagkliniek en door een jongere collega. Dit wordt als lastig ervaren omdat haar collega niet altijd antwoorden heeft op haar vragen.

Stagiaires

Kort na de opening konden stagiaires niet goed begeleid worden, omdat het team zelf nog veel

leerde, nog aan elkaar moest wennen en omdat er in die periode veel flexwerknemers op de afdeling waren. Over het algemeen vinden de verpleegkundigen dat de stagiaires nu goed en uitgebreid worden begeleid, dat ze enthousiast worden meegenomen en dat ze met hun vragen terecht kunnen bij collega's. Er wordt aangegeven dat er goed contact is tussen de praktijkopleider, stagiair en werkbegeleider. De verpleegkundigen geven aan dat het leerklimaat met name voor derde- en vierdejaars stagiaires goed is, omdat zij al richting het zelfstandig werken gaan, de afdeling leerzaam en uitdagend is en omdat er veel klinisch geobserveerd en geredeneerd wordt. Een aantal verpleegkundigen vinden dat er niet altijd voldoende tijd is om stagiaires te begeleiden. De verpleegkundigen zouden hier graag meer tijd voor willen hebben.

Twee verpleegkundigen geven aan dat een stagiaire voor minder werkdruk zorgt, omdat deze bijvoorbeeld kan reageren op bellen of sensoren. Hierdoor kan het leerproces van de stagiaire wel in gevaar komen, denkt een verpleegkundige. Anderzijds geven twee andere verpleegkundigen aan dat een stagiaire juist extra tijd kost, om veiligheid te kunnen garanderen.

Een deel van het team is niet geschoold om stagiaires te begeleiden. Zij vinden dit dan ook lastig, omdat ze zich niet bekwaam voelen.

Opleiding klinisch geriatrische verpleegkunde

Een aantal verpleegkundigen volgen de opleiding tot klinisch geriatrisch verpleegkundige. Zij krijgen tijd om op de afdeling te werken aan opdrachten. De verpleegkundigen vinden dat hier meer tijd voor vrijgemaakt mag worden, hierdoor zou de opleiding makkelijker zijn. Omdat de stages in eigen tijd gedaan moeten worden, worden de verpleegkundigen belemmerd om hier meer uit te halen. Ook moeten de verpleegkundigen een groot deel van de opleiding thuis doen. Dingen die tijdens de opleiding geleerd worden, kunnen op de afdeling toegepast worden. Dit geeft de afdeling ook nieuwe inzichten. Op de afdeling wordt er regelmatig om terugkoppeling gevraagd, ook doordat collega's interesse tonen in de inhoud van de opleiding. Hierdoor wordt er gemakkelijk bespreekbaar gemaakt of een collega wil helpen met het aftekenen van een opdracht of het nakijken van een reflectie.

In de planning wordt er rekening gehouden met de verpleegkundigen die de opleiding tot klinisch geriatrisch verpleegkundige doen. De 'overige' verpleegkundigen krijgen weinig mee van de planning en invulling van de opleiding. Er wordt aangegeven dat er op dit moment veel verpleegkundigen in opleiding zijn en dat dit beter verdeeld had kunnen worden.

4.2.1.2 Taken verpleegkundige

4.2.1.2.1 Taken verpleegkundige afdeling Geriatrie

De verpleegkundigen geven aan dat veel van hun werkzaamheden overeenkomen met werkzaamheden op andere afdelingen. Het gaat om werkzaamheden als, zorg voor medicatie, patiëntenzorg en overlegmomenten met familie en andere disciplines. Specifiek voor een geriatrische afdeling geven verpleegkundigen aan dat observatie, persoonlijke begeleiding, activeren, stimuleren en beschermen heel belangrijk is. Door cognitieve problematiek bij de patiëntencategorie is het geven van instructies lastig. Zo geeft een verpleegkundige het volgende voorbeeld:

'Als ik tegen iemand zeg: Nou was uw bovenlichaam maar, dan gaat er een keer met een veegje een washand over de wang en kijken ze van: wat moet ik met die washand?'

Vrijwel alle verpleegkundigen geven aan dat de werkzaamheden en de werkhoeveelheid vooral afhangt van de patiëntencategorie. Het verschilt of patiënten nog veel zelf kunnen, of dat er veel geholpen moet worden. Daarnaast geven sensoren veel extra werk. De sensoren gaan regelmatig af, waardoor verpleegkundigen heen en weer moeten lopen, wat vaak voor niets is.

De meeste verpleegkundigen geven aan dat het met name in de ochtend druk is, omdat dan alles bij elkaar komt, zoals overdracht, sensoren, het inlezen van de patiënten en de ADL. Daarnaast is er elke dag een verpleegkundige die de taak van dagoudste op zich neemt. Deze verpleegkundige wordt regelmatig gebeld en heeft daarnaast als taak om in de gaten te houden of collega's hulp nodig hebben.

Overzicht is een onderdeel wat 's morgens gecreëerd moet worden. Doordat de verpleegkundige 's morgens veel taken op zich moet nemen, is het creëren van overzicht met betrekking tot informatie en werkzaamheden lastig. Wanneer het overzicht ontbreekt, wordt er een verhoogd gevoel van werkdruk ervaren. Wanneer de ochtendzorg goed afgerond is, is het makkelijker om het overzicht te krijgen en zijn de overgebleven werkzaamheden te overzien. Wanneer er door drukte taken blijven liggen, wordt dit overgedragen of blijft dit liggen.

Het overdragen van taken vinden verpleegkundigen niet erg, omdat het 24-uurszorg is. Taken mogen overgedragen worden, maar een aantal verpleegkundigen vinden dat er een aantal taken zijn die moeten gebeuren in een dagdienst, zoals het wegen en een urinekweek afnemen. Doordat deze taken eigenlijk niet overgedragen kunnen worden naar een andere dienst, geeft dit een verhoogd gevoel van werkdruk. Het overdragen van taken gaat makkelijker in een rustige dienst, dan in een drukke dienst. Bij een drukke dienst komt de gedachte op dat de collega ook een drukke dienst heeft.

Soms komen verpleegkundigen ook voor onverwachte situaties te staan, zoals het geven van morfine aan een patiënt in een acute situatie of het helpen van collega's. Hierdoor kunnen andere of eigen werkzaamheden opstapelen. Dit geeft een verhoogd gevoel van werkdruk, mede doordat verpleegkundigen het gevoel hebben achter feiten aan te lopen. Als voorbeeld noemt een verpleegkundige een situatie waaruit blijkt dat er sprake kan zijn van onverwachte taken:

'Je bespreekt het ontslag in de visite om half twaalf 's morgens, dan heb je net je zorg afgerond met een beetje geluk, want je zit eigenlijk op het puntje van je stoel omdat je medicatie moet delen en aan pauze moet. En dan hoor je dat je de familie nog moet informeren over een familiegesprek, je moet nog langs de patiënt om te vragen hoe die er overdenkt en je moet eigenlijk ook nog een point-aanvraag doen, want het is wel fijn als het weg is voor het familiegesprek. Dat soort situaties, als je dat dan bij twee patiënten afsprekt, dan is dat wel even, hoe gaan we dat doen, want dat kan even niet.'

Het schrijven van overdrachten voor andere afdelingen of een voor andere instelling wordt vaak in de nachtdienst gedaan. Er wordt aangegeven dat dit lastig is, omdat de verpleegkundige de patiënt minder goed kent. Hierdoor gaat er veel tijd zitten in het schrijven van overdrachten.

Op de afdeling zijn regelmatig andere disciplines te vinden, zoals de activiteitenbegeleidster en serviceassistenten. De verpleegkundigen vinden het prettig dat de activiteitenbegeleidster aandacht en controle over de patiënt houdt. Wel zouden verpleegkundigen meer tijd willen hebben voor het

invullen van het Mini-Mental Stage Examination (MMSE), in plaats van dat de activiteitenbegeleidster dit doet.

Serviceassistenten helpen, net als de consultverpleegkundigen, mee met de ochtendzorg. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat zij wat meer verwachten van de serviceassistenten, zoals het opmaken van bedden. Deze afspraak wordt niet altijd nageleefd. Maar door het inzetten van twee serviceassistenten ziet de afdeling er wel beter en overzichtelijker uit.

4.2.1.2.2 Prioriteiten stellen

Meer dan de helft van de verpleegkundigen geeft aan dat ze regelmatig worden gestoord tijdens hun werkzaamheden. Dit gebeurt door vragen van familie of andere disciplines, een telefoon die af gaat of een sensor. Een aantal verpleegkundigen ervaren dit als vervelend. Zij kunnen hierdoor hun werkzaamheden niet goed afronden, het werk blijft stilliggen en dit moet op een later moment ingehaald worden. Het regelmatig overgaan van de telefoon kan bovendien voor onrust bij patiënten zorgen.

Uit de interviews blijkt dat meer dan de helft van de verpleegkundigen regelmatig prioriteiten moet stellen in de taken die van hen verwacht worden, met name als het druk is. Belangrijke taken zoals de ADL, artsenvisite, wondzorg en rapporteren worden als eerste gekozen. 'Minder belangrijke' taken zoals een pleister van een venflon verwisselen, wegen en het legen van een katheterzak worden volgens een aantal verpleegkundigen vooruitgeschoven en overgedragen naar de volgende dienst. Verpleegkundigen vinden dit wel belangrijk, maar geven het niet de hoogste prioriteit. Een verpleegkundige omschrijft het stellen van prioriteiten als volgt: *'Je kan niet vliegen en je kan niet delen'*.

Doordat de verpleegkundigen prioriteiten moeten stellen, komen ze regelmatig voor ethische kwesties te staan: *'Je bent iemand aan het douchen, maar dan gaat er een sensor bij een andere patiënt af, eigenlijk moet daar op gereageerd worden. Dan moet ik een keuze maken: of ik laat mijn patiënt alleen onder de douche of ik ren er zelf snel naar toe. Want soms staat een andere collega ook vast.'* Ook komt het voor dat er meerdere sensoren tegelijk afgaan en dat de verpleegkundige dan moet kiezen waar ze als eerste heengaat.

4.2.1.3 Hulp vragen en bieden

4.2.1.3.1 Inspraak

Vrijwel elke verpleegkundige geeft aan dat er een open cultuur is om problemen aan te kaarten. Er wordt aangegeven dat er goed naar de verpleegkundigen geluisterd wordt als zij een probleem aankaarten. Tijdens een teamoverleg wordt gekeken of een probleem individueel is of dat het bij meerdere verpleegkundigen speelt. Hierbij kan iedereen zijn mening of gedachtes uiten. De verpleegkundigen voelen zich gehoord en met aangekaarte problemen wordt, indien mogelijk, iets gedaan.

De meeste verpleegkundigen geven aan dat ze een probleem meestal eerst met collega's bespreken. Hierbij wordt gevraagd hoe collega's over bepaalde dingen denken en ervaren. Wanneer het probleem in het team is besproken gaat men hiermee naar de seniorverpleegkundige. Deze pakt het probleem dan verder op. Soms duurt het dan wat langer voordat een probleem wordt aangepakt, maar in principe zien de verpleegkundigen hier iets van terug. De seniorverpleegkundige pakt dingen aan die uit het team komen en waar ze zelf tegen aan loopt en speelt dit door naar de teammanager.

Zij moet zorgen dat dit onderbouwd wordt. Soms kunnen verpleegkundigen ook zelf een probleem aanpakken, waarvan ze de teammanager op de hoogte stellen.

De meeste verpleegkundigen geven aan dat de teammanager iets doet met de problemen die aangekaart worden, maar dat dit soms erg lang duurt. De aanvraag van een saturatiemeter heeft volgens een verpleegkundige zo'n half jaar geduurd. Als de verpleegkundigen weinig tot niets terug zien van de aanpak van een probleem, wordt er een mail gestuurd naar de teammanager, of wordt het aangekaart in de teamvergadering.

Een verpleegkundige geeft aan dat het contact met de Raad van Bestuur via de teammanager loopt. De teammanager is daarin afhankelijk van de Raad van Bestuur. Als zij vindt dat er meer personeel moet komen, maar de Raad van Bestuur staat hier anders in, dan heeft de teammanager hier verder geen zeggenschap in. Bij grotere beslissingen, zoals een extra personeelslid, is er vaak eerst een proefperiode.

4.2.1.3.2 Stoplichtsysteem

Sinds april 2015 werken de verpleegkundigen met een stoplichtsysteem. Met dit systeem kan de verpleegkundige aan de hand van de kleuren rood, oranje of groen aangeven hoe druk zij is. Uit de interviews blijkt dat meer dan de helft tevreden is met het stoplichtsysteem. Op deze manier wordt er duidelijkheid gecreëerd naar andere collega's en naar de consultverpleegkundigen. Er wordt op deze manier eerder hulp geboden. Volgens twee verpleegkundigen kan het evalueren of iedereen op de juiste kleur staat verbeterd worden.

4.2.1.3.3 Hulp vragen

Uit de interviews blijkt dat over het algemeen de meeste verpleegkundigen het niet moeilijk vinden om hulp te vragen of hulp te bieden en dit ook regelmatig doen. Dit bijvoorbeeld voor hulp tijdens de ADL. Een verpleegkundige geeft aan dat het bewaken van eigen grenzen hierin belangrijk is. Door elkaar te helpen kan de druk worden verlaagd tijdens het werken. Een verpleegkundige geeft dat zij het gevoel heeft alleen te staan wanneer zij op een afgezonderde zijgang het gevoel werkt waardoor hulp vragen wordt belemmerd. Het wordt als een nadeel ervaren dat verpleegkundigen elkaar moeten storen tijdens werkzaamheden. Het om hulp vragen wordt laagdrempeliger ervaren dan tijdens de opening van de afdeling. Het is nu duidelijker bij wie men hulp kan vragen en wat het team van elkaar kan verwachten. Een verpleegkundige geeft aan dat het durven hulp vragen een kracht van het team is. Vanaf de polikliniek Geriatrie wordt regelmatig hulp aangeboden, voornamelijk tijdens de ochtendzorg. Deze hulp wordt als prettig ervaren.

4.2.1.4 Communicatie andere disciplines

Over het algemeen vinden verpleegkundigen de communicatie met andere disciplines goed. Het is niet moeilijk om contact op te nemen met andere disciplines om vragen te stellen of te overleggen. Er wordt aangegeven dat dit soms te snel gedaan wordt, terwijl er ook eerst zelf nagedacht kan worden. Soms is het lastig om afspraken te maken als een andere discipline niet aanwezig is, maar aan de andere kant weten andere disciplines dat zij niet lang kunnen overleggen als het druk is op de afdeling.

Uit de interviews blijkt dat verpleegkundigen de communicatie met de geriaters goed vinden. Er wordt aangegeven dat verpleegkundigen zich veilig voelen om een mening te geven, serieus

genomen worden als er dingen gesignaleerd worden. Wel is de communicatie met de ene arts beter dan met de andere arts, maar er wordt tussen artsen en verpleegkundigen geen hiërarchie ervaren.

De communicatie met de activiteitenbegeleidster is goed, maar kan beter door de activiteitenbegeleidster te informeren over patiënten. Hierdoor kan zij meer zorg dragen voor de patiënten door ze mee te nemen naar de huiskamer.

Volgens een aantal verpleegkundigen kan de communicatie met de serviceassistenten verbeterd worden. Hierbij wordt aangegeven dat de verwachtingen naar elkaar niet altijd op één lijn liggen. Er ontstaan soms irritaties, doordat er dingen gezegd worden die beter anders gezegd konden worden. Er wordt vaak wel op deze irritaties teruggekomen.

Communicatie met de maatschappelijk werker via de computer kan beter. Er wordt niet duidelijk gerapporteerd, waardoor onduidelijkheid ontstaat hoe ver de gemaakte afspraken gevorderd zijn.

Volgens een aantal verpleegkundigen kan de communicatie met het transferbureau verbeterd worden. Zo werd er in een situatie een beslissing over het beleid van een patiënt genomen door meerdere disciplines, waarbij het transferbureau niet aanwezig was. De transferverpleegkundige ging mee in de verwachtingen van de familie, wat uiteindelijk niet haalbaar was en voor teleurstelling zorgde bij de familie. Daarom is goed overleg met de betrokken disciplines en terugkoppeling via rapportage belangrijk.

Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) biedt voor- en nadelen voor verpleegkundigen. Het EPD geeft herinneringen en notities bij belangrijke taken, zodat deze niet vergeten worden. Maar opdrachten van artsen worden vaak laat in het EPD gezet, zodat taken pas later uitgevoerd worden.

Verpleegkundigen kunnen laagdrempelig problemen aankaarten bij de seniorverpleegkundige. Wel wordt een stukje coaching en het zien van de seniorverpleegkundigen op de werkvloer gemist, wat deels komt door de opleiding die de seniorverpleegkundige volgt.

De communicatie met de teammanager verloopt goed, doordat de teammanager direct en open is. De teammanager luistert naar de verpleegkundigen, maar als verpleegkundige moeten grenzen wel aangegeven worden.

4.2.1.5 Artsenvisite

Op maandag, woensdag en vrijdag wordt er de zogenoemde grote visite gelopen. Tijdens deze visite nemen de geriateren ook deel aan het bespreken van de patiënten op de afdeling. De andere dagen houden alleen de arts-assistenten de visite.

Vrijwel alle verpleegkundigen op de afdeling Geriatrie zien het moment van visite lopen als oorzaak van de werkdruk. Deze verpleegkundigen geven aan dat de visite te lang duurt. De visite duurt bijvoorbeeld regelmatig de hele ochtend. Dit betekent dat er gedurende de hele ochtend twee verpleegkundigen aanwezig zijn op de afdeling en er telkens één verpleegkundige in de visite zit. Deze uitloop van visite geeft een extra druk voor de verpleegkundigen en het zorgt voor een gevoel alsof de patiëntenzorg tussendoor een keer moet gebeuren. Dit is nadelig voor de kwaliteit van patiëntenzorg, aldus de verpleegkundigen. Daarnaast zien de artsen de patiënt pas 's middags voor het eerst. Verpleegkundigen vinden dit niet rendabel en zouden graag willen dat artsen de patiënt eerder zien.

Verpleegkundigen vinden het vervelend dat er tijdens de visite veel verstoringen zijn. Tijdens de grote visite geeft de geriater veel uitleg aan de arts-assistenten. De verpleegkundigen begrijpen dat dit noodzakelijk is voor het leerproces van de arts-assistenten, maar zouden dit liever op een ander moment zien, bijvoorbeeld als de verpleegkundigen hier niet bij aanwezig zijn. Zij hebben hier namelijk vaak geen tijd voor. Tijdens de visite worden de geriater en de arts-assistent regelmatig gestoord door de telefoon. Ook regelen zij veel zaken voor de patiënt tussendoor. Verpleegkundigen hebben het gevoel dat zij dan een tijd zitten te wachten, terwijl zij andere dingen voor de patiënt tussendoor zouden kunnen doen. De meeste verpleegkundigen vinden het lastig om hier wat van te zeggen. Wanneer er wel wat van wordt gezegd, doen hier een aantal artsen vervolgens niets mee.

Op de afdeling Geriatrie verblijven patiënten met een uitgebreide casuïstiek. Verpleegkundigen hebben het gevoel dat zij alles moeten weten, zeker bij de grote visite. Verpleegkundigen geven aan dat zij te weinig tijd hebben om goed in te lezen en het overzicht van patiënten te krijgen. Als het de eerste werkdag is, na een paar dagen vrij te zijn, vinden zij dit vooral lastig. Doordat de verpleegkundigen hierdoor druk ervaren, hebben zij het idee dat zij sneller dingen vergeten of over het hoofd zien.

De laatste tijd vindt er een sterke wisseling van arts-assistenten plaats, aldus de verpleegkundigen. Dit vinden zij niet prettig en het geeft ook een gevoel van werkdruk, doordat zij niet weten wat zij aan een arts-assistent hebben. Ook levert dit soms vertraging op, omdat er geen duidelijke beslissingen worden gemaakt. Sommige arts-assistenten waren, volgens een aantal verpleegkundigen, niet assertief genoeg of nog zoekende hoe taken gedaan moesten worden. Dit vroeg van de verpleegkundige extra energie en assertiviteit. Een vaste arts-assistent is wenselijk.

Er is al gekeken om de tijdsduur van de visite te veranderen, zodat dit korter duurt. Er is een verpleegkundige van een andere afdeling wezen kijken en zij heeft gekeken waar tijdswinst te behalen valt tijdens de visite. Het is belangrijk dat er geen uitleg gegeven wordt, geen telefoontjes gepleegd worden en er op een strakke manier visite gelopen wordt. Uit de interviews blijkt dat dit nog niet goed gebeurt. Een tijdslimiet voor de visite stellen heeft, aldus verpleegkundigen, ook geen zin, omdat er op deze manier dingen vergeten worden. Daarnaast hebben een aantal verpleegkundigen het idee dat er al veel dingen door de geriaters en arts-assistenten besproken zouden kunnen worden, zonder dat de verpleegkundigen hierbij aanwezig hoeven zijn.

Na de artsenvisite moet alles uitgewerkt worden. Soms worden opdrachten doorgeschoven omdat er geen tijd is om ze te doen, terwijl dit eigenlijk niet kan. Daarnaast is er niet altijd tijd om de nazorg goed te inventariseren.

4.2.1.6 *Gevolgen werkdruk*

4.2.1.6.1 Team

Door de werkdruk wordt de sfeer in het team minder, waardoor het team elkaar naar beneden haalt. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat ze door de werkdruk minder tijd hebben om collega's te helpen. Andere verpleegkundigen geven juist aan dat er sneller hulp wordt gevraagd en wordt geboden bij het ervaren van meer werkdruk en dat ze daarin ook meer samenwerken. Daarbij verloopt de communicatie beter. Door de werkdruk heeft het team het idee dat ze beter op elkaar zijn afgestemd.

Een ander gevolg van de werkdruk binnen het team is meer ziekteverzuim en meer langdurig zieken. Anderzijds gaven een aantal verpleegkundigen aan dat de verpleegkundige die ziek thuis zaten de druk voelden om weer terug te komen, omdat ze wisten dat de werkdruk voor hun collega's alleen maar groter werd.

Door de werkdruk weten collega's wat ze aan elkaar hebben en worden ze gedwongen om te groeien in vooruitplannen en timemanagement. Deze aspecten worden door de verpleegkundigen als positief ervaren. Een verpleegkundige geeft aan dat ze een stuk efficiënter denkt door de werkdruk en dat ze scherper en alerter is. Een andere verpleegkundige geeft aan dat ze door de werkdruk kritischer wordt op processen op de afdeling en hoe deze beter kunnen.

4.2.1.6.2 Verpleegkundigen

De verpleegkundigen vinden het vervelend om taakgericht bezig te zijn tijdens het werk. Door taakgericht bezig te zijn, doet de verpleegkundige haar taken goed, maar heeft ze op een dag de patiënten maar tien minuten gezien. Een verpleegkundige geeft aan dat er soms wordt vergeten dat het om mensen gaat en niet om taken. Daarnaast worden deze taken vaak doorgeschoven naar de volgende dag. Daarnaast gebeurt het weleens dat de nachtdienst langer moet blijven om de controles te doen, omdat de dagdienst daar niet aan toe gaat komen. Wel geven alle verpleegkundigen aan dat ze enige werkdruk fijn vinden, omdat ze juist bij een rustige dienst kleine dingen vergeten.

Er worden interventies ingezet ter preventie of het beperken van letsels, zoals een laag-bed, valmat, valbroek en sensor. De sensor zorgt voor veel verpleegkundigen voor een verhoogde werkdruk, omdat deze sensoren veel afgaan. Een verpleegkundige geeft aan dat ze door het vele lopen naar de sensoren veel tijd verliest. De verpleegkundigen zijn van mening dat de sensoren handig zijn, maar dat de verpleegkundige wel de tijd moet krijgen om te kunnen reageren op de sensor. Sommige interventies kunnen niet in iedere situatie worden toegepast, zoals een toiletbezoek van de patiënt. Volgens alle verpleegkundigen voorkomt de sensor veel valincidenten, maar verpleegkundigen denken ook dat er andere manieren zijn om valincidenten te voorkomen. Verpleegkundigen weten nu beter wat ze moeten doen als een patiënt delirant is, zoals een valbroek, een laag-bed en een sensor. Een verpleegkundige denkt dat de verpleegkundigen hoge verwachtingen hebben ten opzichte van de valincidenten. De verpleegkundigen doen er alles aan om een patiënt in haar dienst niet te laten vallen. Uit rapporten van de commissie van Veiligheid Incidenten Meldingen (VIM) bleek, volgens een verpleegkundige, dat ondanks deze maatregelen de valincidenten op de afdeling hoog zijn.

Doordat er weinig tijd is voor de patiënt en daardoor weinig tijd voor extra dingen, zoals familiegesprekken, krijgt een verpleegkundige voor haar gevoel minder waardering voor haar werk en minder voldoening van haar werk. Hierdoor ervaart het overgrote deel van de verpleegkundigen een schuldgevoel, omdat ze niet even de tijd hebben gehad om aan de patiënt te vragen hoe het nu met de patiënt gaat. Ze gaan hierdoor met een ontevreden gevoel naar huis en nemen hun werk mee naar huis. Dit heeft als gevolg dat sommige verpleegkundigen er tegen op zien om de volgende dag weer te gaan werken. De verpleegkundigen nemen hun werk ook mee naar huis als ze hun taken niet hebben kunnen afronden. Een verpleegkundige geeft aan dat ze dan thuis nog een spanning voelt en dat ze zich afvraagt of ze haar collega niet met extra werk heeft opgezadeld. Ze loopt dan vaak haar lijstje nog langs of ze al haar taken heeft kunnen afronden.

Een verpleegkundige geeft aan dat ze soms over haar eigen grenzen heen gaat en dat dit één dienst nog wel gaat, maar als ze drie diensten moet werken, ze na drie diensten lichamelijk voelt dat ze over haar eigen grenzen is heen gegaan. Een andere verpleegkundige heeft het idee dat sommige verpleegkundigen binnen het team over hun eigen grenzen heen gaan.

Om te herstellen van een dienst hebben verpleegkundigen tijd nodig. Een verpleegkundige geeft aan dat het scheelt hoeveel vrije diensten er zitten tussen twee reeksen van diensten. Deze verpleegkundige is van mening dat een verpleegkundige niet kan uitrusten wanneer een verpleegkundige maar één of twee vrije dagen heeft tussen twee reeksen van vier diensten. Om te ontspannen gaan de verpleegkundigen sporten, ze proberen ontspanning te vinden op de bank of ze praten over hun dienst met familie of collega's. Andere verpleegkundigen bellen naar de afdeling om te weten hoe het op de afdeling is, zodat zij hun werk kunnen loslaten.

Verder geven een aantal verpleegkundigen aan dat ze soms minder kunnen hebben van de patiënten door de werkdruk. Een verpleegkundige zegt dat de patiënten er niets aan kunnen doen dat ze steeds hetzelfde vragen, maar dat de verpleegkundigen hierdoor weleens geïrriteerd kunnen reageren, waardoor er frustratie ontstaat tussen de verpleegkundigen en de patiënt. Dit heeft de patiënt dan niet verdiend, vindt de verpleegkundige en het zorgt voor een stijging van de werkdruk.

4.2.1.6.3 Patiënt

Het is een aantal verpleegkundigen opgevallen dat sommige patiënten niet meer bellen als ze zien dat de verpleegkundigen druk zijn, omdat patiënten zich dan bezwaard voelen. Dit heeft als gevolg dat patiënten proberen om bijvoorbeeld zelfstandig naar het toilet te gaan. Dit is niet verantwoord, omdat de patiënten valgevaarlijk kunnen zijn.

De verpleegkundigen zijn van mening dat wanneer de verpleegkundigen onrustig zijn, de patiënten hier ook onrustig van worden. Als het personeel rustiger is, heeft dit een positieve invloed op de patiënten. Juist bij deze patiëntencategorie is het belangrijk om rust uit te stralen, volgens een verpleegkundige, omdat deze patiënten sneller achterdochtig of onrustig worden als ze gespannen verpleegkundigen zien. Daarbij komt de patiëntveiligheid in het geding als verpleegkundigen niet genoeg tijd hebben om met een patiënt op een rustige manier en veilige manier naar het toilet te lopen. Een verpleegkundige vindt het een nadeel dat er zo weinig toezicht is op de patiënten en is daarom van mening dat het beter is om patiënten naar de woonkamer te brengen zodat de patiënten in de gaten gehouden kunnen worden.

Een voorbeeld waarbij de patiëntveiligheid in het geding komt, is dat twee verpleegkundigen zo druk waren met een delirante patiënt dat de verpleegkundigen niet doorhadden dat twee andere patiënten heel ziek werden wat resulteerde dat één patiënt op de intensive care belandde. Ook wordt aangegeven dat er soms eerst iets moet misgaan voordat er een probleem aangepakt wordt. Soms kiezen de verpleegkundigen er daarom voor om te laten zien: *'Kijk dit gebeurt er met werkdruk.'*

Over het algemeen vinden alle verpleegkundigen dat door de werkdruk de kwaliteit van zorg achteruit gaat. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat ze door de werkdruk weinig tijd hebben voor de patiënten. Bij drukte hebben de verpleegkundigen een vast ritme waardoor er minder snel taken worden vergeten. Alhoewel alle verpleegkundigen ook aangeven dat ze juist wel dingen vergeten wanneer er een hoge werkdruk wordt ervaren. Het gaat dan om werkzaamheden als

orthostase meting, aanmeten van steunkousen, wegen of het doen van geriatrie testen. Hierdoor gaan patiënten te laat met ontslag, omdat dingen te laat worden geobserveerd of gesignaleerd. Dit heeft, samen met het inventariseren van nazorg, als gevolg dat de patiënten een langere ligduur hebben, wat de kwaliteit van zorg niet ten goede komt.

4.2.1.7 Beleving verpleegkundigen

4.2.1.7.1 Ervaren werkdruk

Alle verpleegkundigen uit dit onderzoek geven aan dat zij werkdruk ervaren of dat zij werkdruk hebben ervaren. Wat veel naar voren komt, is dat verpleegkundigen aangeven dat de werkdruk vanaf de zomer 2014 – februari 2015 erg hoog is geweest. Dit had deels te maken met de patiëntencategorie. In die periode verbleven veel verwarde patiënten op de afdeling, wat voor de verpleegkundigen een verhoogde druk. Ze werden vaak uit hun werk gehaald en hadden zij het gevoel nooit iets af te kunnen krijgen. In deze periode waren zij ook nog veel op zoek naar dingen in de nieuwe werkomgeving. Vergelijkbaar met andere afdelingen is de werkdruk extreem op deze afdeling, geven een aantal verpleegkundigen aan.

Een verhoogd gevoel van werkdruk hangt samen met eigen normen en waarden. Hier spelen verantwoordelijkheidsgevoel, perfectionisme en karakter een rol bij. De ene verpleegkundige voelt zich hierdoor sneller druk dan de andere. Dit maakt ook dat verpleegkundigen de werkdruk als een subjectief onderwerp zien, wat zij heel lastig vinden om te benoemen.

Werkdruk heeft ook te maken met persoonlijke redenen. Wanneer verpleegkundigen, zo geven zij aan, niet lekker in hun vel zitten of gespannen zijn, wordt er een hogere werkdruk ervaren. Deze gespannenheid kan overgedragen worden op de patiënten. Hierdoor bellen patiënten vaker, waardoor verpleegkundigen vaker naar de patiënt toe moeten, wat een verhoogd gevoel van werkdruk geeft.

Verpleegkundigen die meerdere dagen achter elkaar werken, ervaren ook meer werkdruk. Zij hebben minder tijd om zich te herstellen dan verpleegkundigen die minder dagen achter elkaar werken.

Inmiddels is deze werkdruk wat verlaagd, geven verpleegkundigen aan. Maar de werkdruk is soms nog steeds aanwezig. Hierdoor kan niet altijd de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid worden gewaarborgd en blijven een aantal verpleegkundigen niet altijd bij hun visie op goede zorg.

Daarnaast hebben een aantal verpleegkundigen ook werkdruk nodig om te kunnen presteren. Ook al is de werkdruk soms erg hoog, de verpleegkundigen proberen positief te blijven.

4.2.1.7.2 Tevredenheid baan

Over het algemeen zijn de verpleegkundigen tevreden over hun baan. De cijfers die de verpleegkundigen geven aan hun baan variëren van een zes tot een acht. Gemiddeld geven verpleegkundigen hun baan een zeven. De verpleegkundigen vinden de afdeling Geriatrie leuk en uitdagend omdat ze leren hoe ze patiënten moeten observeren, omdat patiënten niet altijd hun klachten aangeven terwijl ze wel ziek zijn. Daarnaast is Geriatrie een goede afdeling waar alle verpleegkundigen zich constant ontwikkelen vanwege de combinatie klinisch redeneren, reflecteren en het bewust zijn van hun eigen houding. Verpleegkundigen kijken ook welke invloed dit heeft op de patiënt in combinatie met de psychologische en klinische kant van de patiënt. Verder geven een

aantal verpleegkundigen aan dat ze door de werkdruk op de afdeling het werk op de afdeling niet altijd even leuk vonden en dat de patiënt nog centraler mag staan.

De patiëntencategorie, complexiteit van de afdeling en het team zijn ook redenen waardoor de verpleegkundigen tevreden zijn met hun baan, ondanks dat de verpleegkundigen het soms lastig vinden om met verwarde patiënten te werken. De verpleegkundigen vinden het leuk dat de rol als verpleegkundige op deze afdeling veel centraler is dan op andere afdelingen.

4.2.2 Ideale situatie

Meer dan de helft van de verpleegkundigen zou graag zien dat er elke dag een extra medewerker in de dagdienst komt, in ieder geval in de morgen. De verpleegkundigen geven aan dat ze op deze manier meer tijd aan de patiënt kunnen besteden en dat ze eerder kunnen reageren op bijvoorbeeld sensoren die afgaan. Daarnaast zullen er minder onveilige situaties voorkomen, doordat de verpleegkundige minder hoeft te kiezen tussen twee patiënten. De gewenste medewerker hoeft niet per se een verpleegkundige te zijn, maar mag ook een verzorgende of helpende zijn volgens een aantal verpleegkundigen. Dit omdat volgens de verpleegkundigen meer dan de helft van het aantal bellen gaat om toiletgang en omdat vrijwel elke patiënt hulp nodig heeft met wassen en aankleden. Een aantal verpleegkundigen geven aan dat er ook een keerzijde is aan het inzetten van verzorgenden en helpenden, namelijk dat er een stuk observatie gemist kan worden. Daarnaast is de zorg van sommige patiënten hoogcomplex en kan daardoor niet altijd door een verzorgende of een helpende gedaan worden. Als er meer personeel is in de dagdienst, vinden de verpleegkundigen het geen probleem als er meer patiënten zijn. De meeste verpleegkundigen zouden graag in koppels werken, om zo terug te kunnen vallen op elkaar. Per koppel kunnen zij dan meer patiënten verplegen.

Met het oog op de formatie beschrijft een verpleegkundige een voorbeeld waarin zij en een collega overuren maakten, omdat de nazorg voor een patiënt geregeld moest worden. Ook de avonddienst kwam eerder. Bij elkaar opgeteld waren dit acht uren. Voor deze uren had er een extra verpleegkundige een hele dag kunnen werken en was de manier van werken veel prettiger geweest.

Ook de artsenvisite zouden veel verpleegkundigen anders willen zien. De meeste verpleegkundigen willen dat de visite korter duurt. Een aantal oplossingen die hiervoor aangedragen worden zijn: visite lopen op de kamer bij de patiënt, de arts voorafgaand aan de visite langs de patiënten laten lopen, zodat de arts de patiënten kent en om acht of negen uur beginnen met de visite. In ieder geval willen de verpleegkundigen graag na de visite met de arts meelopen langs de patiënten en dat de gerieters bij de visite minder gestoord worden. Verder geeft een verpleegkundige aan dat zij het fijn zou vinden als er minder vaak dan drie keer per week grote visite zou zijn. Daarnaast willen de verpleegkundigen graag dat het MDO niet plaats vindt op dezelfde dag als een grote visite.

Een aantal verpleegkundigen geven aan graag weer in zalen te willen werken, zodat patiënten minder eenzaam zijn, op elkaar kunnen letten en zodat de verpleegkundigen minder tijd kwijt zijn met heen en weer lopen.

Een andere frustratie zijn de telefoons. Een kleine minderheid van de verpleegkundigen ziet graag verandering in de telefoons. Ze weten niet zo goed hoe dit moet veranderen, omdat het heel handig is om elkaar te bellen indien er hulp nodig is. Dit probleem speelt met name bij de dagoudste. Een

verpleegkundige geeft aan dat het handig zou zijn als de secretaresse de telefoon opneemt en opschrijft wie er heeft gebeld, zodat de dagoudste op een rustig moment kan terugbellen.

Ongeveer de helft van de verpleegkundige geeft aan te weinig materiaal te hebben. Zo zien zij graag een derde 'cow' (Computer On Wheels) en een tweede controlepaal (bloeddrukmeter). Verder geeft een verpleegkundige aan graag nog een thermometer, een saturatiemeter, een aantrekhelp voor steunkousen en een toilet-zitverhoger te willen hebben. Een andere verpleegkundige geeft aan meer infuuspompen en kantelrolstoelen te willen hebben.

Een aantal punten die minder vaak genoemd worden, maar wel belangrijk zijn voor verpleegkundigen zijn:

- Het EPD dat uitgebreid nazorgprogramma en uitgebreide activiteitenplannen heeft. Dit kost veel tijd en zouden sommige verpleegkundigen graag anders zien;
- Een camera bij de patiënt plaatsen, zodat de verpleegkundige niet elke keer langs hoeft om te kijken wat er gebeurt als bijvoorbeeld de sensor afgaat;
- MDO op een andere dag, of niet op een dag van de grote visite;
- Zo min mogelijk onderbroken worden tijdens de ochtendzorg;
- Meer vanuit de patiënt denken (eenzaamheid, paniekaanvallen, slecht eten en verwardheid kunnen door simpele dingen als extra aandacht voorkomen worden);
- Over een aantal maanden een teambuilding, zodat de verpleegkundigen weer stimulans krijgen om met z'n allen de schouders eronder te zetten;
- Ondanks dat het druk is, een kwartier de tijd nemen voor de koffie of om even bij te komen;
- Meer toezicht kunnen houden op patiënten;
- Zo snel mogelijk na opname inventariseren welke hulp de patiënt thuis kreeg, zodat je weet wanneer de patiënt naar huis kan.

Een verpleegkundige geeft een omschrijving van de ideale werksituatie: *'Dat je gewoon de tijd hebt voor de patiënt om, dat je kan wassen, dat je nog net even iets meer aandacht kan geven en dat je dan doorgaat naar de volgende patiënt. Ik denk dat ik om half 10 klaar was met het wassen van vier patiënten. Nou dan heb ik nog tijd om zelf koffie te drinken, maar dan heb ik ook tijd om nog te bellen en ja dan heb ik ook echt tijd voor de visites, dan zit ik niet ongeduldig in de visite.'*

5. Conclusie

In dit hoofdstuk worden de resultaten geïnterpreteerd en verklaard. Uiteindelijk wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: *‘Hoe wordt werkdruk onder verpleegkundigen op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort ervaren?’*

Dit onderzoek is opgedeeld in een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. De resultaten van het praktijkonderzoek vertonen overeenkomsten en verschillen met het literatuuronderzoek.

De verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort geven aan dat zij een verhoogde werkdruk ervaren. Er wordt aangegeven dat de werkdruk vanaf de zomer 2014 tot februari 2015 hoger werd ervaren en dat de werkdruk vooral met pieken aanwezig was. Dit kwam doordat het team in een beginnende fase zat waarbij onderlinge verhoudingen nog niet optimaal waren, structuur ontbrak en er overzicht gecreëerd moest worden. Daarnaast zorgde het aantal delirante patiënten in die periode voor een verhoogd gevoel van werkdruk. Ook uit de literatuur blijkt dat wanneer de organisatiestructuur- en cultuur in onbalans zijn, er een verhoogd gevoel van werkdruk kan ontstaan.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er een verschil is tussen objectieve en subjectieve werkdruk. Daarnaast is er een verschil tussen kwantitatieve en kwalitatieve werkdruk. Tijdens het literatuuronderzoek is gekozen om te kijken naar subjectieve kwalitatieve werkdruk, waarbij de begrippen draaglast en draagkracht van toepassing zijn. Ook uit praktijkonderzoek blijkt dat de verpleegkundigen werkdruk omschrijven als een subjectief begrip, waarbij de draaglast groter is dan de draagkracht.

Bij de opening van de afdeling is er gestart met een lagere personeelsbezetting dan de huidige bezetting. Deze formatie is opgehoogd, maar verpleegkundigen vinden dit nog te laag om goede zorg te leveren aan de patiënten. Uit literatuuronderzoek blijkt dat de toenemende bezuinigingen in de zorg en de personeelsbezetting samenhangen met de ervaren werkdruk. Uit praktijkonderzoek blijkt dat het team minder stabiel is doordat er flexwerknemers die de afdeling niet goed kennen, worden ingezet op de afdeling. Hierdoor ervaren de verpleegkundigen een verhoogde werkdruk. Verder komt uit de literatuur dat het teamverband een belangrijke rol speelt in de ervaring van werkdruk. Zowel uit literatuur- als praktijkonderzoek blijkt dat de sfeer binnen het team minder goed wordt naarmate het gevoel van werkdruk stijgt. Toch vindt het team het wel belangrijk om zich in te zetten voor de kwaliteit van zorg, waarbij een op de patiënt gerichte visie centraal staat.

Volgens het literatuur- en praktijkonderzoek blijkt communicatie een grote rol te spelen in het ervaren van werkdruk. De literatuur stelt dat een positieve communicatie de werkdruk verlaagt, maar dat een gebrekkige communicatie kan zorgen voor een verhoogde werkdruk. Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de communicatie met andere disciplines over het algemeen goed is. Wel blijkt dat de sterke wisseling van arts-assistenten de verpleegkundigen belemmert in de communicatie, wat bijdraagt aan een verhoogd gevoel van werkdruk. Ook geven verpleegkundigen aan dat de communicatie slechter wordt wanneer ze een hogere werkdruk ervaren. Het gesprek over goede zorg met collega's onderling wordt gemist in het proces van de zorgverlening. Daarbij kan er verbetering plaatsvinden in het geven en ontvangen van feedback. Het team vraagt elkaar makkelijk om hulp en er is de openheid om problemen aan te kaarten. Het krijgen van hulp is niet altijd mogelijk, maar het stoplichtsysteem helpt hierbij.

Een gebrek aan materiaal en apparatuur geeft wel een verhoogd gevoel van werkdruk, volgens het praktijkonderzoek. Doordat verpleegkundigen vaak misgrijpen naar materiaal en er niet voldoende hulpmiddelen voor patiënten zijn, zijn verpleegkundigen veel tijd kwijt aan het zoeken naar materiaal en het toezicht houden op patiënten.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat wanneer een werknemer hoge taakeisen moet vervullen en daarbij weinig ruimte heeft om hieraan te voldoen, dit zorgt voor slechtere werkprestaties en een gevoel van verhoogde werkdruk. In het praktijkonderzoek kwam naar voren dat de werkzaamheden die de verpleegkundigen moeten doen grotendeels overeenkomen met andere afdelingen. Het ervaren van verhoogde werkdruk hangt samen met de patiëntencategorie, omdat de verpleegkundigen een groot aantal taken van de geriatrische patiënt moeten overnemen. Daarnaast komen er op de afdeling veel onverwachte taken voor, is de zorg in de ochtend druk, lopen diensten vaak uit en worden verpleegkundigen vaak onderbroken in hun taken. Tenslotte zorgen de sensoren voor veel verstoring bij de verpleegkundigen.

Onder andere door de vergrijzing wordt de zorg steeds complexer, zo blijkt uit literatuur- en praktijkonderzoek. In het praktijkonderzoek kwam naar voren dat verpleegkundigen het lastig vinden om het overzicht te krijgen, terwijl ze dit wel belangrijk vinden. Vanwege de complexiteit en het verhoogde gevoel van werkdruk moeten de verpleegkundigen prioriteiten stellen en komen daardoor voor ethische dilemma's te staan, namelijk het kiezen tussen twee patiënten. De uitgebreide casuïstiek van de patiënten wordt dagelijks besproken met de arts-assistenten, waarbij driemaal per week de geriater hierbij aanwezig is. Als conclusie kan getrokken worden dat de verpleegkundigen de artsensite te lang vinden duren, waardoor de arts de patiënt te laat op de dag ziet en andere taken van de verpleegkundige blijven liggen. De te lang durende artsensite heeft vooral te maken met verstoringen en uitleg die gegeven wordt tijdens de site.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat een gebrekkig leerklimaat de werkdruk kan verhogen. Uit het praktijkonderzoek kan de conclusie getrokken worden dat het huidige leerklimaat op de afdeling over het algemeen goed is voor verpleegkundigen. Verpleegkundigen vinden het door de werkdruk lastig om stagiaires te begeleiden en zouden hier graag ook meer tijd aan willen besteden. Anderzijds verlagen de stagiaires voor een deel de werkdruk, omdat zij op een sensor of een bel kunnen reageren.

Uit het literatuur- en praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat persoonlijke factoren zowel een oorzaak als een gevolg van het ervaren van werkdruk kunnen zijn. Wanneer verpleegkundigen niet goed in hun vel zitten door persoonlijke factoren, kunnen zij een verhoogd gevoel van werkdruk ervaren, wat weer nadelige gevolgen heeft voor de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg. Uit praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen door de verhoogde werkdruk hun eigen grenzen gaan verleggen, er verminderd toezicht is op patiënten en de patiëntveiligheid vermindert.

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat verpleegkundigen, ondanks de hoge ervaren werkdruk, tevreden zijn met hun baan. De werkdruk maakt het werk op de afdeling echter niet altijd even leuk.

Als conclusie kan getrokken worden dat de verpleegkundigen werkdruk ervaren of ervaren hebben sinds de start van de afdeling. Verpleegkundigen geven aan dat de werkdruk vanaf de zomer 2014 tot februari 2015 een stuk hoger was en dat deze werkdruk een stuk verminderd is. Toch is de werkdruk

nog wel steeds aanwezig. Wanneer deze ervaren werkdruk verlaagd zou worden, zou de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid verbeterd worden. Verpleegkundigen geven aan dat deze werkdruk verlaagd kan worden door onder andere een extra werknemer in de dagdienst, het werken in koppels, het beschikken over meer materiaal en minder verstoringen tijdens de zorg.

6. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten en de conclusie worden aanbevelingen opgesteld voor de afdeling Geriatrie van het Meander Medisch Centrum te Amersfoort.

6.1 Formatie

Uit het onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen van de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort de huidige formatie in de dagdienst onvoldoende vinden. Aanbevolen wordt om de formatie in de dagdienst op te hogen naar vier zorgwerknemers. Dat betekent dat er per dagdienst een extra zorgwerknemer wordt ingepland. Deze extra zorgwerknemer mag een verzorgende zijn. Het nadeel hiervan is dat er observatie bij de patiënten gemist kan worden. Een verpleegkundige zou daarom wenselijker zijn. Als er extra formatie mogelijk is, dan kunnen de verpleegkundigen in koppels werken, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt.

6.2 Verstoringen

Aanbevolen wordt om verstoringen tijdens de directe patiëntenzorg zoveel mogelijk te voorkomen, waardoor de kwaliteit van zorg gewaarborgd kan worden. Deze verstoringen hebben met name betrekking op de telefonie. Een manier waarop dit aangepakt kan worden, is om de baliewerknemer van de afdeling Geriatrie de telefoon op te laten nemen. Zij kan opschrijven wie er gebeld heeft, zodat de verpleegkundige op een later tijdstip terug kan bellen. Als het gaat om acute zaken kan de baliewerknemer de telefoon doorschakelen, dan wordt de verpleegkundige minder gestoord in haar werkzaamheden, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt.

6.3 Materiaal

Het wordt aanbevolen om zorg te dragen voor voldoende materiaal en apparatuur. Het gaat hierbij onder andere om een tweede controlepaal, een derde COW, een aantrekhulp voor steunkousen, kantelrolstoelen en een toilet-zitverhoger. Daarbij is het raadzaam om zorg te dragen voor een voldoende voorraad van incontinentiemateriaal. Als er zorg gedragen wordt voor voldoende materiaal en apparatuur, dan wordt het zorgproces versneld.

6.4 Vervolgonderzoek artsensite

Aanbevolen wordt om een vervolgonderzoek te doen naar de artsensite. Uit onderzoek is gebleken dat de visites met de artsen erg lang duren en er veel verstoringen plaatsvinden tijdens de visite. Als er onderzoek gedaan wordt naar de artsensite, dan zou dit kunnen bijdragen aan het verlagen van de ervaren werkdruk.

6.5 Vervolgonderzoek sensoren

Aanbevolen wordt om een vervolgonderzoek te doen naar het binnenkomen van de meldingen van de sensoren. Uit het onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen veel tijd kwijt zijn met het heen en weer lopen om te kijken welke sensor afgaat en waarom deze afgaat. Als er onderzoek gedaan wordt naar het binnenkomen van de meldingen van de sensoren, dan wordt de toezicht op de patiënten vergroot, wat de patiëntveiligheid ten goede komt.

7. Discussie

Het doel van het onderzoek was om begin juni 2015 de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort inzicht te geven in hoe de werkdruk ervaren wordt onder verpleegkundigen. Verder zijn er aanbevelingen gedaan aan het team naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek.

Naar aanleiding van de resultaten kan worden geconcludeerd dat de doelstelling voor een groot gedeelte behaald is. De interviews die afgenomen zijn, hebben inzicht gegeven in hoe de werkdruk ervaren wordt onder verpleegkundigen op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort. Aan de hand van de uitkomsten van het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek zijn aanbevelingen opgesteld.

7.1 Methode

Tijdens het kennismakingsgesprek kwam naar voren dat het Meander Medisch Centrum te Amersfoort graag inzichtelijk wilde hebben wat de versturende factoren zijn die de werkdruk verhogen en welke veranderingen zij kunnen implementeren ter verlaging van de werkdruk. Hieruit kwam de volgende hoofdvraag naar voren: *‘Wat zijn versturende factoren die de werkdruk op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort verhogen en welke veranderingen kunnen een verbetering geven aan de deze werkdruk?’*

Na het gesprek met de begeleidende docent kwam de kritische vraag of er wel werkdruk aanwezig is op de afdeling. De hierboven genoemde hoofdvraag impliceert dat er al werkdruk is, alleen was hier op de afdeling nog geen onderzoek naar gedaan. Om de versturende factoren op de afdeling in kaart te brengen, is het van belang dat er eerst werkdruk is geconstateerd.

Naar aanleiding van deze feedback en onderzoek in de literatuur, waar in naar voren komt dat werkdruk feitelijk of ervaren kan zijn, hebben de onderzoekers de hoofdvraag aangepast naar het volgende: *‘Hoe wordt werkdruk onder verpleegkundigen op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort ervaren?’*

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden is de methode aangepast. In plaats van het doen van observatieonderzoeken, werden interviews afgenomen. Door het doen van observatieonderzoeken kan namelijk de ervaren werkdruk niet gemeten worden, met als gevolg dat het team van de afdeling Geriatrie geen bruikbare resultaten en aanbevelingen in ontvangst kan nemen.

7.2 Resultaten

7.2.1 Literatuuronderzoek

Tijdens het literatuuronderzoek konden de onderzoekers weinig betrouwbare en relevante literatuur vinden over werkdruk in relatie tot Geriatrie of de geriatrische patiënt. Hierdoor was het lastig voor de onderzoekers om vanuit de literatuur oorzaken te kunnen aantonen dat geriatrische patiënten kunnen bijdragen aan het ervaren van een hogere werkdruk. Daarnaast werd er door de onderzoekers weinig relevante en betrouwbare literatuur gevonden over de invloed die werkdruk heeft op het team. Hierdoor kunnen er relevante gegevens ontbreken.

7.2.2 Praktijkonderzoek

In de literatuur werd er gesproken over automatisering. Automatisering kan helpend zijn bij het verlagen van de werkdruk, maar als apparatuur niet naar behoren werkt, kan dit de werkdruk verhogen. In de interviews is dit onderwerp niet uitgevraagd, omdat het de onderzoekers is ontschoten. Hierdoor kunnen de onderzoekers niet concluderen of automatisering invloed heeft op de werkdruk.

Vanaf de afdeling Geriatrie van het Meander Medisch Centrum te Amersfoort werd aangegeven dat de interviews niet langer dan dertig tot vijfenveertig minuten mochten duren. Dit had als gevolg dat de onderzoekers niet altijd de gegeven informatie verder konden uitdiepen, waardoor bepaalde informatie niet naar voren is gekomen tijdens de interviews. Daarnaast zorgde het tijdslimiet ervoor dat er regelmatig gesloten vragen werden gesteld om zoveel mogelijk verschillende informatie binnen het tijdbestek te verkrijgen. Bij het stellen van gesloten vragen neemt het risico op aannames toe, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek in het geding komt. De onderzoekers gaven elkaar hier kritische feedback op, zodat tijdens het volgende interview de onderzoeker hier bewuster mee om kon gaan.

Voorafgaand aan het praktijkonderzoek is er door de onderzoekers een topiclijst opgesteld. Voorafgaand aan het eerste interview hebben de onderzoekers een proefinterview gehouden om zo te ontdekken hoe de vragen werden geïnterpreteerd door de interviewer. Na aanleiding van dit eerste interview hebben de onderzoekers de vragen aangepast, waardoor de vragen concreter en relevanter werden voor het onderzoek. Ondanks dit proefinterview bleek dat er een aantal vragen anders geïnterpreteerd konden worden. Hierdoor bestond het risico dat de respondent met informatie kwam die niet aansloot bij de bedoeling van de vraag.

Verder bleek tijdens het houden van de interviews dat sommige vragen heel open waren, waardoor de respondenten niet goed wisten welke voorbeelden ze moesten noemen. Hierdoor moesten de onderzoekers met regelmaat een invulling geven aan de vraag, met als gevolg dat het interview minder open werd.

Tijdens het interview moesten de onderzoekers er alert op zijn om objectief te blijven en niet de antwoorden uit vorige interviews te toetsen aan de antwoorden van de andere verpleegkundigen, om te kijken hoe zij over de aspecten dachten. De onderzoekers gaven elkaar hier kritische feedback op, zodat de onderzoeker hier in het volgende interview op kon anticiperen.

Het kwam met enige regelmaat voor dat de respondent vergeten was dat zij een interview had. Het interview vond uiteindelijk wel plaats. Ook kwam het voor dat een aantal respondenten nog maar kort gediplomeerd waren, waardoor zij weinig werkervaring hadden. Daarnaast hadden een aantal respondenten weinig tot geen ervaring met het werken op de afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort, doordat zij later op de afdeling aangenomen werden. Dit had als gevolg dat de respondenten soms niet goed antwoord konden geven op de gestelde vragen.

Een aantal respondenten waren een geruime tijd niet aanwezig op de afdeling waardoor er een vertekend beeld is ontstaan over het ervaren van de werkdruk. Hierdoor kan er ook een vertekend beeld zijn ontstaan in de informatie die zij gaven aan de onderzoekers.

Het kan voorkomen dat bepaalde resultaten niet betrouwbaar zijn, vanwege het moment waarop het interview gehouden werd. Wanneer een verpleegkundige net een rustige dienst heeft gehad, zit zij met een ander gevoel in het interview dan wanneer zij een drukke dienst heeft gehad. Hierdoor kan het accent van het interview veranderen en daardoor de uitkomsten van het onderzoek. De onderzoekers hebben geprobeerd dit te ondervangen door naar de algemene ervaren werkdruk te vragen en niet naar de ervaren werkdruk van de afgelopen dienst.

In de resultaten zijn een aantal gegevens niet gebruikt, omdat de gegeven informatie gevoelige informatie bevat over respondent, collega's, patiënt of familie. Dit heeft geen invloed gehad op de betrouwbaarheid van het onderzoek omdat de gegeven informatie niet relevant was.

7.3 Validiteit

De interne validiteit is niet in het geding gekomen, omdat de interviewvragen tijdens het praktijkonderzoek niet zijn bijgesteld, zodat de resultaten met elkaar vergeleken konden worden.

Tijdens het praktijkonderzoek was de ruimte waarin sommige interviews werden afgenomen voor een gedeelte open. Dit kon een belemmering zijn voor de respondent om alle informatie te geven die relevant was voor de vraag. Daarnaast werden respondenten met enig regelmaat gestoord door een collega of een telefoon. Hierdoor werden de respondenten en onderzoekers afgeleid en werden de respondenten en onderzoekers belemmerd om dieper op gegeven informatie in te gaan. Door dit alles kwam de externe validiteit in het geding.

Daarnaast is de externe validiteit beïnvloed, doordat het onderzoek moeilijk herhaalbaar is. Dit omdat het onderzoek een moment opname is en er gevraagd wordt naar de ervaren werkdruk. Mocht er op een andere geriatrie afdeling werkdruk ervaren worden, is het mogelijk dat de gebruikte methode van toepassing kan zijn op deze afdeling.

De begripsvaliditeit met betrekking tot de definities '*werkdruk*' en '*kwaliteit van zorg*' is niet in het geding gekomen door een goede begripsafbakening. Daarnaast is de begripsafbakening met betrekking tot het begrip '*ervaren werkdruk*' niet in het geding gekomen, doordat er een heldere, inleidende vraag werd gesteld bij iedere topic van het interview.

7.4 Betrouwbaarheid

Een aantal respondenten spraken zichzelf tijdens de interviews tegen. Hier werd door de onderzoeker tijdens het interview niet altijd op geanticipeerd, wat invloed heeft gehad op de betrouwbaarheid van de resultaten, omdat er van die gegevens geen duidelijke conclusie getrokken kon worden.

Gedurende het onderzoek hebben de onderzoekers elkaar kritisch gehouden door elkaars stukken te voorzien van opbouwende feedback. Daarnaast werden de interviews afgenomen door twee onderzoekers, zodat de onderzoekers elkaar konden aanvullen en kritisch konden houden. Dit om de kwaliteit van het geschreven stuk en de interviews te bevorderen.

Tijdens het praktijkonderzoek is er gebruikt gemaakt van twee verschillende voice-recorders. Dit om te ondervangen dat interviews niet goed werden opgenomen. De opgenomen en verbatim getypte interviews zijn gearchiveerd, zodat eventueel, in een later stadium van het onderzoek, een heranalyse van de gegevens plaats kan vinden.

Daarnaast is geprobeerd de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen door regelmatig de geschreven stukken en het verloop van het proces te communiceren met de opdrachtgever en de begeleidende docent.

8. Tijdsplanning

Wanneer	Wat	Gereed	Aandachtspunten
Februari	• Toewijzing onderwerp en begeleider • Kennismaken groepje	Week 5	
	• 1^e Gesprek in instelling • Ondertekening contract tot projectuitvoer	Week 6	
	• Kennismaking begeleider en studenten • Concept plan van aanpak begeleider (uiterlijk maandag de 16 maart)	Week 7	
	• Plan van aanpak verbeteren. • Literatuurstudie (oriëntatie onderwerp)	Week 8/9	• Maandag 16 februari deadline leerdoelen en concept plan van aanpak
Maart	• Literatuurstudie starten • Plan van aanpak verbeteren • Groepsevaluatie	Week 10	
	• Literatuurstudie • Plan van aanpak opsturen naar begeleider en opdrachtgever (9 maart)	Week 11	
	• Definitieve plan van aanpak opsturen naar beoordelaar (Uiterlijk vrijdag de 20 maart) • Naar teamvergadering Meander voor uitleg onderzoek (17 maart) • Literatuurstudie	Week 12	
	• Literatuurstudie • Interviewvragen opstellen • Interviewvragen opsturen naar begeleider • Groepsevaluatie	Week 13	

	• Voortgangsgesprek individuele ontwikkeling en participatie in de groep	Week 13/14	De student maakt een samenvatting van dit gesprek en neemt dit op in het portfolio (max. 2 A4).
April	• Interviewvragen verbeteren • Literatuur opsturen	Week 14	
	• Interviews afnemen	Week 15	Maak afspraken met je begeleider en beoordelaar over in te leveren documenten en datum/tijd voor het eindgesprek. Vergeet niet het formulier afstuderen, dat je tegen die tijd krijgt, op tijd te retourneren.
	• Interviews afnemen • Groepsevaluatie	Week 16	
	• Interviews afnemen	Week 17	
	• Uitwerken interviews	Week 18	
Mei	• Labelen/coderen • Groepsevaluatie	Week 19	
	• Resultaten, conclusie en aanbevelingen beschrijven	Week 20	
	• Verslag schrijven • Concept verslag inleveren (uiterlijk vrijdag de 22 mei) • Inschrijven diplomering, uiterlijk 26 mei!	Week 21	
	• Presentatie voorbereiden • Concept verslag aanpassen naar aanleiding van de feedback • Groepsevaluatie	Week 22	
Juni	• Concept verslag aanpassen naar aanleiding van de feedback • Inleveren definitieve verslag • Portfolio op orde maken	Week 23	
	• Inleveren definitieve verslag 9 juni! • Afstudeergesprek op school (hiervoor portfolio analyse ingeleverd hebben) Hierover afspraken maken met begeleider	Week 24	

	en beoordelaar.		
	• Invoeren cijfers iris, uiterlijk 23 juni! • Presentatie bij opdrachtgever	Week 26	
	• Posterpresentatie van het onderzoek maken.	Week 27	
Juli	• 7 JULI DIPLOMERING	Week 28	

9. Literatuurlijst

- A&O Provincies. (2007). *Oorzaken van werkdruk*. Opgehaald van: <http://provincies.arbocatalogus.net/content/pagina/risicos/psa/werkdruk-en-werkstress/oorzaken-van-werkdruk>
- Atrium Medisch Centrum. (z.j.). *De geriatrische patiënt*. Opgehaald van <http://www.atriummc.nl/index.php?id=951>
- Baarda, B. G. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, A.B., Oerlemans, W.G.M., Vuuren, C.V. van, Veldhoven, M.J.P.M. van, Bekkum, P.W.J. van, Lith, et al. (2013). *Multidisciplinaire Richtlijn Werkdruk*. Opgehaald van: http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Richtlijnen/Werkdruk/13-02-01_Richtlijn_Werkdruk_def.pdf
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2014). *The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model*. *Hospital Quarterly*, 7, 73–82.
- Beoordelen informatiebronnen*. (2008). Opgehaald van Hogeschool Utrecht: <http://www.bibliotheek.hu.nl/ondersteuning/beoordelen%20informatiebronnen.aspx>
- Blokhuis, A., & Talma, D. (2014). *Draagkracht en veerkracht in de zorg*. Tiel: LannooCampus
- Bogossian, F., Winters-Chang, P., & Tuckett, A. (2014). The pure hard slog that nursing is. *Journal of nursing scholarship*, 377-388
- Daud-Galloti, R.M., Costa, S.F., Guimaraes, T., Grillo Padhilha, K. et al. (2012). *Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU*. Louisville, United States of America: Laxmaiah Manchikanti.
- Douwes, M. H. (2008). *Het grote gevaar van de zorg*. Hoofddorp: TNO.
- Duffield, C., Roche, M., & Diers, D. (2010). *Nursing resources, workload, the work environment and patient outcomes*. Sydney, Australia: University of Sydney
- Eekhof, J. (2013). Leidt werkstress tot een verhoogd risico op kanker? *Huisarts en Wetenschap*, 152
- E.E.M. Maurits, A. d. (2014). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2013*. Utrecht: Nivel.
- Federatie Nederlandse Vakbeweging. (2011, december 7). *Werkdruk*. Opgeroepen op 12 februari, 2015, van FNV: https://www.fnv.nl/site/dossiers/veilig_en_gezond_werken/werkdruk/downloadblok/downloads/werkdruk-definities.pdf
- Federatie Nederlandse Vakbeweging. (2011). *Werkdruk: definities en begrippen op een rij*. Opgehaald van: http://www.fnv.nl/themas/Veilig_en_gezond_werken/werkdruk/

- Federatie Nederlandse Vakbeweging. (2015). *Gevolgen van werkdruk*. Opgehaald van http://www.fnv.nl/themas/Veilig_en_gezond_werken/werkdruk/gevolgen_van_werkdruk/
- Gend, J.S.M. van. (2004). *Werkmap werkdruk en psychische belasting in ziekenhuizen*. Utrecht: JCM Tekstproducties, Sectorfondsen Zorg en Welzijn
- Geradts, L. (2014). Inspectie SZW over psychosociale arbeidsbelasting. Opgehaald van <http://werknemersindezorg.nl/overzicht-inhoud/arbeidsomstandigheden/inspectie-szw-over-psychosociale-arbeidsbelasting-2014?start=1>
- Hollands, L, Hendriks, I.I., Ariëns, H. (2011). *Elementen van kwaliteitszorg: begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma
- Horen, van J. (2014). Grip op werkstress [Electronic version]. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23, 107-121.
- Hupkens, C. J. (2011, Januari 24). *Werken in de zorg zwaar, maar geeft veel voldoening*. Opgehaald van Nivel: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3287-wm.htm>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2010). *Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)*. Opgehaald van: http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/
- Jong, L. de. (2008). Signaleringsmethode Werkdruk. Expertise Centrum van de Arbeidsinspectie. Opgehaald van home.concepts.nl/~kl47693/downloads/files/SMW200801-print.pdf
- Kaddourah, B.T., Khalidi, A., Abu-Shaheen, A.K., & Al-Tannir, M.A. (2013). Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 21-22
- Kieft, A.M.M., Brouwer, B.J.M. de, Francke, L., & Delnoij, M.J. (2014). *How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study*. BMC Health Services Research
- Klink, J.L. van der, & Terluin, B. (2005). *Psychische problemen en werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Kumar, R. (2005). *Research methodology*. London: SAGE publications.
- FNV. (2014). *Kwaliteit ouderenzorg ook onder de maat door hoge werkdruk personeel*. Opgehaald van <http://www.fnvvoorzorg.nl/nieuws/2014/06/12/kwaliteit-ouderenzorg-ook-onder-de-maat-door-hoge-/>
- Leenknecht, J.P. (2014). *Bezuinigingen vragen structurele flexibilisering*. Opgehaald van <http://www.skipr.nl/blogs/id1875-bezuinigingen-vragen-structurele-flexibilisering.html>
- LePine, J.A., LePine, M.A., & Jackson, C.L. (2015). *Challenge and Hindrance Stress: Relationships With Exhaustion, Motivation to Learn, and Learning Performance*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2004-19456-011>

Maurits, E. V. (2014). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2013*. Utrecht: Nivel.

Meander Medisch Centrum . (2015). *Verpleegafdeling Geriatrie* . Opgehaald van Meander Medisch Centrum : https://www.meandermc.nl/wps/portal/patientenportaal/patienten/afdelingen-specialismen/GER/verpleegafdeling-geriatrie/!ut/p/a1/1VNJU8lwGP0rcvDI5OtCyLWAQKnS0eJCL0xa2pJu6Rlr8OsNHS_qgDhyMbfkLfO-lwS56AW5OW1YRAXjOU0PexvZgomU8OB2WTQH4BBTAXjh_HEHmJJWEoCHfKfNbb

Meander Medisch Centrum. (2014, juni 16). Jaardocument 2013. Amersfoort, Utrecht, Nederland.

Mellema, A. (2014). *Een zekere mate van flex...* Opgehaald van <https://www.mijnvakbond.nl/Een-zekere-mate-van-flex>

Menzis & V&VN. (2011). *Werken in de zorg*. Opgehaald van Menzis: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/toekomst/>

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2015). *Werkdruk*. Opgehaald van <http://www.arboportaal.nl/onderwerpen/werkdruk>

Müller de Magalhaes, A.M., Dall'Ágnol, C.M, & Marck, P.B. (2012). *Nursing workload and patient safety*. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Nieswiadomy, R. M. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden* . Amsterdam : Pearson Education Benelux .

Oerlemans, W.G.M. (2013). *Dossier Werkdruk*. Opgehaald van: www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/dossiers/psa/d_werkdruk.pdf

PlanDat. (2011). *Personeelsbezetting en personeelsformatie*. Opgehaald van <http://www.personeelsbezetting.nl>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014, Juni 23). *Bevolking: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst?* Opgehaald van Nationaal Kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/toekomst/>

Schuurmans, M., & Duijnste, M. (2003). Ouder worden Blijvend in balans Een dagelijkse zorg . Hogeschool Utrecht.

SDB Groep BV, (2014). Afstemmen zorgvraag en zorgaanbod. Opgehaald van <http://www.sdbgroep.nl/afstemmen-zorgvraag-en-zorgaanbod.html>

Smit, M. (2012, oktober 9). *Geriatrie meander door 'werkdruk'*. Opgeroepen op februari 12, 2015, van Medisch contact: <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/121948/Geriatrie-Meander-gesloten-door-werkdruk.htm>

Terheggen, S. (2013). Ontwikkelingen in zorg en welzijn. Calibris.

V&VN. (sd). *Beleidsplan 2011 - 2016, V&VN Geriatrie*.

Vagg, P.R., Spielberger, C.D., & Wasala, C.F. (2002). Effects of organizational level and gender on stress in the workplace. *International Journal of stress management*, 243-261

Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Kruif, A. de, Bolle, F. (2005). Verpleegkundigen en verzorgenden over kwaliteit van zorg. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 7/8, 40-42

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Werknemers in de zorg ziek door stress op het werk. (2012, april 11). *Skipr Daily* .

Young, G., Zavelina, L., & Hooper, V. (2008). Assessment of workload using NASA Task Load Index in perianesthesia nursing [Electronic version]. *Journal of perianesthesia nursing*, 2, 102-110

Zeytinoghu, I., Denton, M., Baumann, A., & Blythe, J. (2007). Deteriorated External Work Environment, Heavy Workload and Nurses' Job Satisfaction and Turnover Intention [Electronic version]. *Canadian Public Policy*, 31-48

10. Bijlagen

10.1 Contract

Bijlage 6 Contract projectonderwijs

Christelijke Hogeschool Ede

Bezoekadres: Oude Kerkweg 100, 6717 JS Ede

Postadres: Postbus 80, 6710 BB, Ede

Telefoon: 0318 - 696 300

Telefax: 0318 - 696 396

Projectopdracht Academie Gezondheidszorg / Verpleegkunde

A. *Ondergetekenden,*

1. Student(en)

Naam:	Monica van Buren
Adres:	W.P. Speelmanweg 37
Postcode / woonplaats:	2441 CB, Nieuwveen
Telefoon:	0623452763
E-mail:	monicavburen@hotmail.com
Naam:	Nicoline van de Kamp
Adres:	Vurenboomweg 10
Postcode / woonplaats:	3882 LH, Putten
Telefoon:	0653235766
E-mail:	nicolinevandekamp@hotmail.com
Naam:	Rianne Prins
Adres:	Van Heutzslaan 54-1
Postcode / woonplaats:	6711 KR, Ede
Telefoon:	0639226410
E-mail:	rianne-prins@hotmail.com
Naam:	Miranda van Rooijen

Adres: Pijlkruid 26
Postcode / woonplaats: 3628 NP, Kockengen
Telefoon: 0618548970
E-mail: mirandavanrooijen@live.nl

Algemeen e-mailadres: afstuderenmeander@gmail.com

2. Instelling

Naam: Meander Medisch Centrum Amersfoort, afdeling C3
Adres: Maatweg 3
Postcode / woonplaats: 3813 TZ Amersfoort
Telefoon: 033-8507335

Begeleider instelling

Naam: Hendrijanne Achterstraat, Gerdien Hermsen, Daniëlle Schipper
Telefoon: 033-8505050
E-mail: h.achterstraat@meandermc.nl;
mg.hermsen@meandermc.nl; d.schipper@meandermc.nl

3. Christelijke Hogeschool Ede

Afstudeerbegeleider: Gerdine Schep – Struik
E-mail: gschep@che.nl

komen overeen dat de studenten van de CHE een projectopdracht uitvoeren in de hiervoor genoemde instelling volgens de hierna genoemde projectbeschrijving en voorwaarden.

B. Product-, onderzoek- of productiebeschrijving

1. Onderwerp:
Op de afdeling Geriatrie van het nieuwe Meander ziekenhuis wordt een grote werkdruk ervaren. Het verplegen van zorgvragers in éénpersoonkamers is nieuw en vraagt om een andere manier van werken. Het team is jong en ambitieus en wil graag samen met studenten HBOV naar

mogelijke oplossingen zoeken. Wat veroorzaakt nu echt de werkdruk op C3, hoe kan het werk beter verdeeld worden, bv met inzet van helpenden op de afdeling. De interesse gaat uit naar de methode van Productive Wards, zou die passende oplossingen bieden?
2. Beoogd product:
Doelstelling: Aan het eind van het afstudeertraject heeft de afdeling Geriatrie in Meander Medisch Centrum te Amersfoort inzicht in de verstorende factoren die de hoge werkdruk veroorzaken. De afdeling Geriatrie krijgt aanbevelingen die er op gericht zijn om de hoge werkdruk te verlagen.
3. Werkwijze:
• Plan van aanpak • Literatuuronderzoek • Praktijkonderzoek, bestaande uit observatieonderzoeken en interviews. • Onderzoeksverslag met resultaten vanuit literatuur- en praktijkonderzoek, conclusie en aanbeveling. • Presentatie te geven in de instelling

C. Begeleiding vanuit de CHE

De Christelijke Hogeschool Ede geeft begeleiding aan de student(en) in de projectopdracht volgens het programmaboek.

D. Begeleiding vanuit de instelling

De instelling geeft minimaal 20 uur begeleiding aan de student(en).

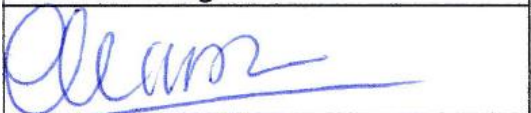
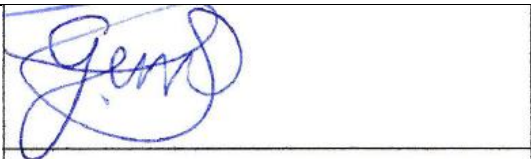
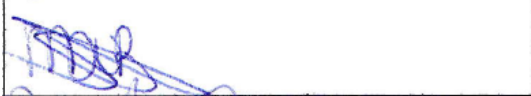
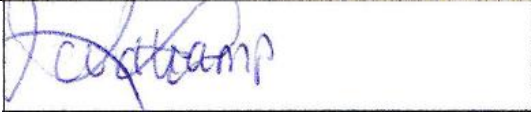
E Voorwaarden

- Betrokkenen hebben kennisgenomen van het programmaboek projectstage of de afstudeernota en houden zich aan de instructie.
- De student(en) gaat/gaan professioneel (je bent in opleiding tot verpleegkundige) om met alles wat hem/haar ter kennis komt binnen de instelling. Informatie uit onderzoek en opbrengsten van onderzoek mogen niet zonder overleg met de coördinator op school en de opdrachtgever door de studenten naar buiten gebracht worden. Projecten maken vaak deel uit van grotere verbanden van innovaties in het werkveld.
- De studiebelasting voor de projectstage is 240 SBU (waarin opgenomen hoor- en werkcolleges en tutorbijeenkomsten)

of

De studiebelasting voor het afstuderen bestaat 840 SBU voltijd en 560 SBU deeltijd/duaal per student.

F. Akkoordverklaring

Plaats: Amersfoort		
Datum: 05-02-2015		
	Naam	Handtekening
Begeleider instelling	Gerdien Hermesen	
Begeleidend docent CHE/ Academie Gz	Gerdine Schep	
Studenten	Monica van Buren	
	Nicoline van de Kamp	
	Rianne Prins	
	Miranda van Rooijen	

10.2 Zoekstrategie

10.2.1 Zoekmachines

- Narcis
- Google scholar
- Pubmed
- Academic search
- Hbo kennisbank
- Cochraine
- Hbo voorsprong
- Invert
- Cinahl
- Google

10.2.2 Tijdschriften

- TvV (tijdschrift voor verpleegkundigen)
- Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie

10.2.3 Boeken

- De verpleegkundige in de geriatrie
- Met oog op de toekomst
- Verpleegkundige zorgverlening en ouderen

10.2.3 Zoektermen

- Werkdruk
- Geriatrie
- Versturende factoren werkdruk
- Versturende factoren werkdruk
- Werkstress
- Beroepsprofiel in de geriatrie
- V&VN missie geriatrie
- Werkdruk in de zorg
- Oorzaken werkdruk
- Gevolg werkdruk
- Invloed werkdruk
- Ervaren werkdruk
- Subjectieve werkdruk
- Werkdruk geriatrie patiënt
- Gevolg werkdruk team
- Lichamelijke gevolgen werkdruk
- Psychische gevolgen werkdruk
- Werkdruk communicatie
- Kwaliteit van zorg
- Werkdruk team
- Marieke Schuurmans geriatrie
- Risico's werkdruk
- Werkdruk ziekenhuis
- Werkbeleving geriatrie
- Objectieve werkdruk
- Werkbeleving in zorg
- Geriatrie patiënt definitie

10.3 Begrippenlijst

Autonomie	<i>zelfstandigheid</i>
Bedbezetting	<i>aantal met patiënten bezette bedden op de afdeling</i>
Burn-out	<i>toestand van geestelijke uitputting ten gevolge van langdurige stress</i>
COW	<i>Computer-On-Wheels, computer naar patiënten gereden kan worden</i>
Decubituswonden	<i>beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel door druk of schuifkrachten bij een (ten dele) immobiele patiënt</i>
Depressiviteit	<i>gedurende langere tijd neerslachtig</i>
Doemdenken	<i>moedeloosheid</i>
Dubbele vergrijzing	<i>de toename van het aandeel 80-plussers binnen de groep mensen van 65 jaar en ouder</i>
Flexwerknemers	<i>iemand die werkt op basis van een contract waarin werktijden en duur van het dienstverband niet zijn vastgelegd</i>
Geriatrische afdeling	<i>medisch specialisme voor de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis</i>
Geriatr	<i>medisch specialist voor de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis</i>
Hyperventilatie	<i>te snel en/of te diep ademen</i>
Interpretatief	<i>interpretatie, de uitleg die personen aan een situatie geven</i>
Kwaliteitsbeleid	<i>omschrijving van de doelstellingen ten aanzien van kwaliteit, het kwaliteitsniveau, en de wegen die daarnaar moeten leiden</i>
Leerklimaat	<i>cultuur van leren</i>
Ligdagen	<i>aantal dagen dat een patiënt op de afdeling ligt</i>
MDO	<i>Multidisciplinair Overleg, met verschillende disciplines</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination, screeningsmethode om de ernst van cognitieve stoornissen vast te stellen.</i>
Mortaliteit	<i>sterftecijfer</i>
Orthostase	<i>meting van de bloeddruk in verschillende houdingen</i>
Peer examination	<i>collega onderzoekers de resultaten laten controleren</i>
Pneumonie	<i>longontsteking</i>
Point-aanvraag:	<i>programma voor het inventariseren en aanvragen van nazorg</i>
Prognose	<i>voorspelling</i>

Saturatiemeter	<i>apparaat wat het zuurstofgehalte in het bloed meet</i>
Sensor	<i>apparaat wat beweging waarneemt</i>
Sepsis	<i>bloedvergiftiging</i>
Service-assistenten	<i>ondersteunende discipline voor verpleegkundigen</i>
Tunnelvisie	<i>benadering van een probleem waarbij je je slechts op één aspect van iets richt en niet openstaat voor andere mogelijkheden</i>
Urineweginfecties	<i>de verzamelnaam voor alle infecties die betrekking hebben op de urinewegen: nier, nierkelk, urineleider, blaas en urinebuis</i>
Valide (nulmeting)	<i>eerste opmeting van punten of lijnen waaraan latere metingen aan gerelateerd worden</i>
Venflon	<i>intraveneuze katheter waardoor vloeistoffen of medicatie gegeven</i>
Visiedocument	<i>document met het toekomstbeeld dat de organisatie voor wenselijk houdt</i>
Vochtbalans	<i>evenwicht tussen vloeistof die ingenomen wordt en uitgescheiden wordt</i>
Zorgconsumptie	<i>zorgaanbod dat een verzekerde gebruikt, producten of diensten in de gezondheidszorg waar een verzekerde gebruik van maakt</i>
Zorgmedewerkers	<i>personeel wat in de zorg werkt</i>
Zorgsector	<i>de bedrijven, instellingen en medewerkers die zich bezighouden met ziekenzorg, ouderenzorg, medische hulpverlening en hulpmiddelen</i>
Zorgzwaarte	<i>hoeveelheid zorg die een patiënt nodig heeft</i>

10.4 Voorbereiding individuele verpleegkundige interviews

10.4.1 Plan van Aanpak

10.4.1.1 Doel

Vanuit het Meander Medisch Centrum te Amersfoort, afdeling Geriatrie, speelt de vraag hoe de werkdruk door verpleegkundigen ervaren wordt en hoe dit aangepast kan worden.

De doelen van de interviews zijn:

- Duidelijkheid krijgen wat de verpleegkundige verstaat onder werkdruk.
- Inventariseren bij verpleegkundigen hoe de ervaren werkdruk zich vormgeeft en wat er voor zorgt dat de werkdruk als hoger doet ervaren.
- Inventariseren welke gevolgen het gevoel van de verhoogde werkdruk geeft voor
- Duidelijk krijgen of de ervaren werkdruk in relatie staat met kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.
- Inventariseren welke mogelijke oplossingen de respondenten zien, zodat de werkdruk die ervaren wordt, verlaagd kan worden.

10.4.1.2 Populatie

De populatie van het onderzoek bestaat uit een team van verpleegkundigen welke werkzaam zijn op afdeling Geriatrie in het Meander Medisch Centrum te Amersfoort.

10.4.1.3 Houding

De houding van de interviewer is belangrijk tijdens het gesprek. Het is belangrijk dat de houding van de interviewer belangstellend en meelevend is. De houding van de interviewer moet ook gericht zijn op wat de respondent vertelt. Door de respondent zal dit niet bewust waargenomen worden, maar het stelt de respondent wel op diens gemak. De interviewer zit het beste schuin tegenover de respondent, wat minder confronterend en prettiger kan zijn voor de respondent (Verhoeven, 2014).

10.4.1.4 Rollen

De onderzoekers nemen de interviews in tweetallen af, namelijk de woordvoerder en de assistent.

De woordvoerder

- Zorgt voor een inleiding voor het interview;
- Zorgt dat het onderwerp van het gesprek bij de opgestelde topics blijft;
- Communiqueert duidelijk naar de respondent toe;
- Speelt in op de situatie door zich flexibel op te stellen;
- Vat het gesprek tussendoor samen.

De assistent

- Vult de woordvoerder aan waar nodig;
- Ondersteunt de woordvoerder bij eventueel doorvragen;
- Bewaakt de tijdsplanning;
- Is verantwoordelijk voor de opnameapparatuur.

10.4.1.5 Tijdsplanning

De introductie met algemene achtergrondinformatie van de respondent zal vijf minuten duren. Het interview aan de hand van de topics zal 25 tot 35 minuten kosten. De afsluiting van het interview zal ongeveer vijf minuten in beslag nemen.

10.4.1.6 Benodigdheden

- Voicerecorder om het interview op te nemen
- Topiclijst
- Pen
- Papier

10.4.2 Topiclijst

Algemeen

- Voorstellen
- Bedanken dat diegene mee wil werken.
- Interview zal ongeveer 30-45 minuten duren.
- Interview zal worden opgenomen, dit om nog terug te kunnen luisteren en niks te missen.
- Met de gegeven informatie wordt vertrouwelijk om gegaan

1. Persoonlijke informatie

Leeftijd, opleidingsniveau, geslacht, jaren werkervaring, specialisaties, hoelang op deze afdeling, nevenfuncties, hoeveel uur ze werken per week.

2. Werkdruk 1

Wat verstaat u onder werkdruk?

3. Werktempo en werkhoeveelheid

Wat kunt u vertellen over de werkhoeveelheid op de afdeling?

4. Invloed op de werkvloer

In hoeverre kunt u meebeslissen over dingen die met het werk op de afdeling te maken hebben?

5. Leermogelijkheden/loopbaanmogelijkheden

Wat kunt u vertellen over het leerklimaat op de afdeling? (Dit in relatie tot werkdruk)

6. Communicatie

Wat kunt u vertellen over de communicatie op de afdeling?

7. Team

Hoe ervaart u de onderlinge verhoudingen binnen het team?

8. Gevolgen

In hoeverre ervaart u positieve of negatieve gevolgen naar aanleiding van de werkdruk?

9. Concluderend

In hoeverre ervaar je werkdruk?

10. Werkdruk

Als je de ideale situatie mag omschrijven waarbij geen werkdruk ervaren word en waarbij je alles mag beslissen. Hoe zou je dat dan aanpakken?

11. Werkbeleving/werktevredenheid

Hoe tevreden bent u met uw baan op een schaal van 0-10?