

Communiceren is te leren...



Een explorerend kwalitatief onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren in de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen.

Alma Dijks
1210119

Rianne de Blécourt-de Vries
2710511

Hogeschool
Viaa

11 mei 2015

Communiceren is te leren...

Isala Zwolle

Onderzoekers

Alma Dijks; 1210119

a.dijks@viaa.nl

Rianne de Blécourt- de Vries; 2710511

r.devries@viaa.nl

Begeleider

Drs. Dora Schiphof

Anneke Pullen MscN

Opdrachtgever

Gerdienke IJzerman

Isala Academie Zwolle

Afstudeeronderzoek

Onderzoeksproject

Onderzoeksverslag

Eindrapport

- Aanleiding
- Theoretisch kader
- Methode
- Resultaten
- Conclusie
- Discussie
- Aanbevelingen

Inleverdatum 11-05-2015

Samenvatting

Onderwerp

In dit rapport is het explorerend en kwalitatief onderzoek beschreven naar effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Het onderzoek is gebaseerd op een eerder onderzoek naar effectieve methoden voor het lopen van de artsenvisite (Paalman & Geerts, 2014). Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Isala, in het kader van Excellente Zorg. Excellente Zorg is een begrip dat steeds meer wordt toegepast in zorginstellingen. Eén van de kenmerken daarvan is effectieve communicatie tussen arts en verpleegkundige. Het doel van dit onderzoek is bewustwording creëren bij artsen en verpleegkundigen omtrent hun bijdrage in de communicatie. Ook wil de opdrachtgever de resultaten gebruiken voor gezamenlijk onderwijs met coassistenten en verpleegkundigen en voor het verbeteren van de ontslagprocedure binnen het ziekenhuis. Hiermee kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden en is er zelfs minder kans op sterfte wanneer de communicatie tussen arts en verpleegkundige goed is (Epstein, 2014) (Ricker & Giovannetti, 2005).

Hoofdvraag

Welke factoren zijn van invloed op een effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen?

Opzet

Het onderzoek is kwalitatief van aard, omdat er wordt gevraagd naar beïnvloedende factoren op de communicatie tussen arts en verpleegkundige. Ook is het onderzoek explorerend, omdat er een begin wordt gemaakt met het onderzoeken van beleving rondom communicatie. Het onderzoek bestaat uit twee delen waarvan het eerste deel een literatuuronderzoek is en het tweede deel een praktijkonderzoek. Het praktijkonderzoek is uitgevoerd door artsen en verpleegkundigen werkzaam bij Isala te interviewen. In totaal hebben 14 verpleegkundigen en 3 artsen deelgenomen aan het onderzoek. In zowel het literatuur als praktijkonderzoek is onderzocht wat bevorderende en belemmerende factoren zijn in de communicatie tussen arts en verpleegkundige.

Resultaten en conclusie

Zowel verpleegkundigen als artsen benoemen verschillende beïnvloedende factoren op de effectiviteit van de communicatie. Het gaat onder andere om persoonlijke eigenschappen als assertiviteit en zelfvertrouwen. Ook de luisterhouding speelt een rol in communicatie. Verder zijn kennisniveau en werkervaring bepalende factoren als het gaat om de effectiviteit van de communicatie. Wanneer verpleegkundigen beschikken over meer kennis en werkervaring voelen ze zich meer zelfverzekerd in het contact met artsen. Op interpersoonlijk niveau worden door beide doelgroepen verschillende beïnvloedende factoren genoemd. Het gaat hierbij onder andere om wederzijds respect, gelijkwaardigheid en mate van openheid. Communicatie blijkt effectiever te verlopen wanneer verpleegkundigen en artsen elkaar kennen. Ze zijn dan meer op de hoogte van elkaars professionele rol en durven te vertrouwen op expertise. Daarnaast wordt een effectieve communicatie bevorderd wanneer artsen en verpleegkundigen het onderlinge contact goed voorbereiden. Op organisatorisch niveau wordt onder andere de rol van werkdruk beschreven. Een hoge werkdruk van zowel arts als verpleegkundige belemmert de communicatie. Het gebruik van een communicatiemodel kan juist bij hoge werkdruk de communicatie effectiever maken.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek worden meerdere aanbevelingen gedaan. Op persoonlijk niveau wordt aanbevolen het kennisniveau te verhogen en open te zijn over beperkingen hierin. Op interpersoonlijk niveau zijn aanbevelingen gedaan met betrekking tot het elkaar beter leren kennen, zodat de communicatie beter verloopt. Ook wordt aanbevolen tot meer bewustzijn van de voorbeeldfunctie die men heeft ten opzichte van beroepsbeoefenaars in opleiding. Daarnaast werden aanbevelingen gedaan op organisatorisch vlak. Hierbij ging het erom te hoge werkdruk op tijd te signaleren. Juist bij hoge werkdruk blijkt gebruik van een communicatiemodel de communicatie effectiever te maken. Verder zou er gebruik gemaakt moeten worden van één patiëntdossier waarin zowel artsen als verpleegkundigen rapporteren. Tot slot zou in de opleidingen tot arts en verpleegkundige meer aandacht moeten zijn voor communicatie met andere disciplines.

Abstract

Subject

This report is the result of exploring research done into the subject of effective communication between physicians and nurses. This report is based on previous investigations into effective methods for communicating between physicians and nursing staff (Paalman & Geerts, 2014). This research is performed on behalf of Isala, in light of the theme 'Excellente Zorg' (Excellent care). One of the key aspects of excellent care, which sees an increase in application among health centers, is the effective communication between physicians and nurses. The primary purpose of this investigation is to create awareness among physicians and nurses about their contribution to successful communication. Secondary purposes are to use the results to educate interns and nurses together and to improve the procedures for release of patients from the hospital. Research proves that better communication between physicians and nurses will improve the quality of healthcare which can reduce mortality rates (Epstein, 2014) (Ricker & Giovannetti, 2005).

Main question

Which factors have influence on effective communication between nurses and physicians?

Outline

Because the main question concerns the underlying influences of communication between physician and nurse, the outline of the investigation is qualitative. Because this investigation is the start of research into effective communication, the nature of this research will be explorative. The report is divided in two parts, of which the first part is a literature study. The second part concerns the practical part of the research. For the practical research a total of three physicians and fourteen nurses were interviewed individually. The goal of both parts of the investigation was to find factors that could either promote or hinder effective communication between physicians and nurses.

Results and conclusion

Both nurses and physicians mention multiple promoting factors on effective communication. Among these are personal characteristics like assertiveness and confidence as well as listening attitude, which is an important skill in communication. Further factors are knowledge and work experience. Nurses with more knowledge and experience feel more confident in their interactions with physicians. On an interpersonal level both physicians and nurses mention mutual respect, equality and open communication as influential factors on effective communication. Knowing each other personally and being familiar with each other helps to trust the skills and expertise of coworkers. Sufficient preparation also improves the effectiveness of communication. Pressure due to the high workload was mentioned as a factor on the level of the organization. High workload hinders communication. To make communication more effective, communication methods could be used.

Recommendations

Various recommendations follow from this investigation. On a personal level it is recommended to increase the amount of medical knowledge among professionals. Nurses and physicians should be willing to discuss the limits of their knowledge. On an interpersonal level it is recommended to learn to know each other personally. Experienced nurses and physicians should be more aware of that their attitude is a reference for colleagues who are still in education. On the level of the organization it is recommended to find better ways to recognize when personnel is under high work load. During the pressure from high workloads it is recommended to stick to a communication method. Further recommendations concern the means of communication. It is recommended to use a single patient information system, instead of the multiple systems that cause separation between nurses and physicians. Finally, during the education for physicians and nurses there should be more interaction between the students of these disciplines.

Inhoud

Samenvatting.....	3
Abstract	5
Voorwoord	9
Hoofdstuk 1 Inleiding	10
1.1 Aanleiding	10
1.2 Probleemstelling en onderbouwing.....	10
1.3 Doelstelling.....	11
1.4 Verpleegkundige relevantie	11
1.5 Hoofdvraag en deelvragen	11
1.6 Operationaliseren van begrippen.....	12
1.7 Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	13
2.1 Verantwoording literatuurstudie	13
2.2 Bevorderende factoren in communicatie	14
2.3 Belemmerende factoren in communicatie.....	16
2.4 Excellente zorg.....	18
2.5 Samenvatting	19
Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethoden	21
3.1 Onderzoeksvorm	21
3.2 Onderzoeksgroep.....	21
3.3 Dataverzameling	22
3.4 Onderzoeksprocedure	22
3.5 Kwaliteit van het onderzoek.....	23
3.6 Ethische verantwoording	25
3.7 Haalbaarheid en randvoorwaarden	25
Hoofdstuk 4 Resultaten.....	26
4.1 Bevorderende factoren in communicatie	26
4.2 Belemmerende factoren in communicatie.....	30
4.3 Suggesties en aanbevelingen.....	34
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	36
5.1 Conclusie	36
5.2 Methodologische discussie.....	38
5.3 Inhoudelijke discussie	39
5.4 Aanbevelingen	39

Bibliografie	43
Bijlage 1 Zoekgeschiedenis	45
Bijlage 2 Topiclist bij interviews	46
Bijlage 3 Thema's voor analyse	47
Bijlage 4 Vragenlijst artsen	49
Bijlage 5 Mail aan verpleegkundigen	50

Voorwoord

Dit afstudeeronderzoek is uitgevoerd door Alma Dijks en Rianne de Blécourt-de Vries. Wij volgen beiden een hbo-opleiding tot verpleegkundige aan Hogeschool Viaa te Zwolle. Daarnaast zijn we allebei sinds september 2013 werkzaam geweest als leerling-verpleegkundige bij Isala te Zwolle.

Het onderzoek werd aangeboden vanuit de Isala Academie. In het voorgaande studiejaar was er al onderzoek verricht naar geschikte modellen voor artsenvisites lopen. Dit onderwerp trok onze aandacht en we besloten ons hier verder in te verdiepen. Ons onderzoek is erop gericht om nog meer inzicht te krijgen in communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Dit in samenwerking met de opdrachtgever, Gerdienke IJzerman van de Isala Academie.

Onze dank gaat uit naar Gerdienke IJzerman van de Isala Academie voor ondersteuning en meedenken in ons onderzoeksproces. Ook willen wij onze eerste en tweede beoordelaars, Dora Schiphof en Anneke Pullen bedanken voor hun feedback. Verder gaat onze dank uit naar de verpleegkundigen en artsen die bereid waren tot deelname aan ons onderzoek.

Rianne de Blécourt – de Vries
Alma Dijks

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Aanleiding

1.1.1 Instelling

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Isala te Zwolle. Isala is een topklinisch ziekenhuis, waarbij, behalve basiszorg, ook hooggespecialiseerde zorg geboden kan worden. Isala heeft als doel het optimaal herstellen, handhaven en versterken van de kwaliteit van leven van mensen die aan hun zorg toevertrouwd zijn. De instelling wil mensen verantwoorde zorg bieden op cruciale momenten in hun leven. Kernwaarden binnen Isala zijn openheid, professionaliteit en werken met hart en ziel (Isala Zwolle, 2014).

1.1.2 Achtergronden en behoeften

In 2014 is onderzoek gedaan naar efficiënte en effectieve methoden van visite lopen voor verpleegkundigen en artsen. Hieruit is gebleken dat inzet van een goede communicatiemethode een voorwaarde is voor efficiënte en effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen (Paalman & Geerts, 2014). Om effectieve communicatie te bevorderen wordt binnen Isala gebruik gemaakt van de SBAR-methode. Hierbij wordt informatie uitgewisseld tussen arts en verpleegkundige over de situatie ('situation'), de achtergrond ('background'), de beoordeling van het probleem ('assessment') en de aanbeveling ('recommendation') (Bakker, 2013). Hier wordt vaak een 'R' (repeat) aan toegevoegd, zodat arts en verpleegkundige kunnen nagaan of de aanbeveling duidelijk was. Uit het onderzoek is daarnaast gebleken dat communicatie tussen artsen, verpleegkundigen en patiënten gezien wordt als een belangrijk aandachtspunt. Het is voor het herstel van de patiënt van belang dat er na opname snel een effectief beleid opgesteld wordt en dat afspraken nagekomen worden (Paalman & Geerts, 2014). Effectieve en efficiënte communicatie tussen arts en verpleegkundige is verder één van de kenmerken van Excellente Zorg. Excellente Zorg is het geven van de beste zorg door verpleegkundigen en verzorgenden aan patiënten, met als doel verbeteren van veiligheid en kwaliteit van zorg. (Brouwer & Kieft, 2013).

1.1.3 Vraagstelling van de opdrachtgever

De opdrachtgever vraagt om een verkennend literatuur- en praktijkonderzoek naar beïnvloedende factoren bij communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Resultaten uit het onderzoek hierover zullen gebruikt worden om problemen in de ontslagprocedure van patiënten in kaart te brengen. Verder worden resultaten gebruikt voor de vormgeving van gezamenlijk onderwijs van coassistenten en leerling verpleegkundigen. In het onderzoek is aandacht besteed aan de rol van Excellente Zorg. Bij Excellente Zorg wordt waarde gehecht aan een goede relatie tussen verpleegkundigen en artsen (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2014).

1.2 Probleemstelling en onderbouwing

Uit literatuur blijkt dat samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen nog niet altijd effectief verloopt (Hoiting, 2010). Communicatie, oftewel informatie-uitwisseling, wordt gezien als essentiële factor voor een goede samenwerking. Volgens Hoiting (2010) vond 94% van de ondervraagde verpleegkundigen dat de samenwerking beter kon tegenover 75% van de artsen. Een goede, verbeterde communicatie is om diverse redenen van belang. Artsen en verpleegkundigen zijn namelijk van elkaar afhankelijk en hebben beide een gezamenlijke verantwoordelijkheid: goede kwaliteit van zorg leveren aan de patiënt. Meerdere onderzoeken hebben bevestigd dat de kwaliteit van samenwerken invloed heeft op de uitkomsten voor de patiënt (Ricker & Giovannetti, 2005). Het kan zelfs de sterftekans voor de patiënt verkleinen (Epstein, 2014).

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is de bevorderende en belemmerende factoren in communicatie tussen artsen en verpleegkundigen in kaart te brengen. Hiermee kunnen aanbevelingen gedaan worden om de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen op lange termijn te verbeteren. Daarnaast kan door middel van dit onderzoek bijgedragen worden aan bewustwording. Artsen en verpleegkundigen kunnen op basis van het onderzoek voor zichzelf nagaan hoe hun eigen opstelling is ten opzichte van collega's of andere disciplines.

1.4 Verpleegkundige relevantie

In de zorg wordt steeds meer nadruk gelegd op kwaliteit. Excellente Zorg steekt hierop in: de kwaliteit van zorg stijgt wanneer verpleegkundigen hun werk optimaal kunnen doen. Een voorwaarde hiervoor is effectieve communicatie met artsen. In de eerste plaats kan het sterftecijfer dalen wanneer verpleegkundigen en artsen effectief communiceren (Liaschenko, 2007). In de tweede plaats verkort het de ligduur voor de patiënt (Conigliario, 2014). Patiënten kunnen eerder naar huis en blijken meer tevreden over de geleverde zorg. Verpleegkundigen werken in multidisciplinaire teams, waardoor patiënten kwalitatief goede zorg geleverd krijgen en continuïteit van zorg gewaarborgd wordt (Pool, Pool, & Veltman, 2005). In de derde plaats zorgt goede communicatie en samenwerking voor een verbeterde medewerkerstevredenheid (Epstein, 2014). Ook uit het praktijkonderzoek is gebleken wat positieve gevolgen zijn van effectieve communicatie. Wanneer de arts en verpleegkundige effectief met elkaar communiceren wordt het door de arts vastgestelde beleid juist ingezet. Hierdoor kan de patiënt eerder met ontslag naar huis.

1.5 Hoofdvraag en deelvragen

Vanuit de beschreven aanleiding, probleem- en doelstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Welke factoren zijn van invloed op een effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen?

Om tot beantwoording van de onderzoeksvraag te komen, staan de volgende deelvragen centraal:

- Welke bevorderende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden beschreven in de literatuur?
- Welke belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden beschreven in de literatuur?
- Welke bevorderende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden benoemd door verpleegkundigen en artsen?
- Welke belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden benoemd door verpleegkundigen en artsen?
- Welke suggesties en aanbevelingen doen verpleegkundigen en artsen om communicatie tussen verpleegkundigen en artsen effectiever te maken?

1.6 Operationaliseren van begrippen

Om de hoofdvraag op een eenduidige manier te interpreteren en beantwoorden, volgt hier een operationalisatie van begrippen die gehanteerd worden in het onderzoek.

Effectiviteit

Effectiviteit wordt in het woordenboek aangeduid als datgene waardoor het beoogde doel bereikt kan worden. Effectiviteit wordt als synoniem genoemd voor doeltreffendheid (Dale, 2010). Oftewel welke factoren zorgen ervoor dat communicatie tussen artsen en verpleegkundigen als doel bereikt wordt.

Communicatie

Bij communicatie gaat het om interactie met twee hoofdfuncties: een zakelijke en een relationele. Het gaat om het delen van inhoudelijke informatie, maar ook om de onderlinge betrekking (Remmerswaal, 2006). Deze beide aspecten zullen in het onderzoek meegenomen worden, wanneer er gevraagd wordt naar de beleving van de respondenten rondom dit thema. Communicatie wordt hierbij breder opgevat dan in het onderzoek van Paalman & Geerts (2014). Dit onderzoek draait niet alleen om artsensite bezoeken, maar om alle werk gerelateerde contacten tussen artsen en verpleegkundigen.

Belemmerende factoren

Hiermee worden factoren bedoeld die verpleegkundigen of artsen ervaren als obstakel of barrière bij effectieve communicatie van verpleegkundige naar arts of andersom.

Bevorderende factoren

Hiermee worden factoren bedoeld die verpleegkundigen of artsen ervaren als helpend of zinvol bij de totstandkoming van effectieve communicatie van verpleegkundige naar arts of andersom.

1.7 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft theoretisch kader, waarin de eerste twee deelvragen beantwoord worden. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksmethoden. Daarnaast wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de kwaliteit van het onderzoek. In hoofdstuk 4 worden resultaten naar aanleiding van afgenomen interviews weergegeven. Hoofdstuk 5 beschrijft de conclusie, discussie en de aanbevelingen. Tot slot zijn enkele bijlagen te vinden.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk volgt de literatuurstudie. In paragraaf 2.1 wordt de onderzoeksmethode verantwoord. Paragraaf 2.2 gaat over bevorderende factoren, waarna paragraaf 2.3 de belemmerende factoren beschrijft. In paragraaf 2.4 wordt kort ingegaan op de betekenis van Excellente Zorg. Als laatste worden in paragraaf 2.5 de eerste twee deelvragen van het onderzoek beantwoord:

- *Welke bevorderende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden beschreven in de literatuur?*
- *Welke belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden beschreven in de literatuur?*

2.1 Verantwoording literatuurstudie

2.1.1 Verantwoording onderzoeksvorm

Er is gekozen voor een literatuurstudie omdat dit een vorm is van kwalitatief onderzoek, waarbij ingegaan wordt op de achtergronden van verzamelde gegevens. Het is een vorm van interpretatief onderzoek (Verhoeven, 2014). Het gaat hierbij dus niet om cijfermatige gegevens, maar juist om het interpreteren van gegevens. Dit past bij de hoofdvraag, omdat deze een vraag stelt naar belevingen en ervaringen.

2.1.2 Doelstelling

Er is onderzocht welke bevorderende en belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen naar voren komen in literatuur. De resultaten van de literatuurstudie zijn gebruikt om een topiclist (bijlage 2) op te stellen. Deze topiclist is ingezet bij het bepalen van onderwerpen voor de half gestructureerde interviews met artsen en verpleegkundigen. Ook vormt de literatuurstudie een theoretische en praktische onderbouwing voor de relevantie van dit onderzoek.

2.1.3 Dataverzameling

Bij het vinden van geschikte literatuur is gebruik gemaakt van het aanbod vanuit Isala. Zoektermen zijn geformuleerd aan de hand van een brainstorm rondom de operationalisatie van begrippen uit paragraaf 1.6. De zoektermen zijn zowel in Nederlands als in Engels ingevoerd, om zo buitenlandse bronnen te vinden. Voor het vinden van geschikte literatuur is verder de zogenaamde sneeuwbalmethode ingezet. Literatuurverwijzingen uit boeken en artikelen zijn gebruikt als aanknopingspunten bij het zoeken. Er is gebruik gemaakt van secundaire literatuur, waarbij door verschillende auteurs gerapporteerd wordt over het onderwerp (Verhoeven, 2014). De literatuur is verkregen door onderzoek in verschillende wetenschappelijke zoekmachines, vakbladen en boeken. Bronnen zijn geselecteerd op jaar van uitgave en zijn veelal niet ouder dan tien jaar. Daarnaast is er geprobeerd zoveel mogelijk conclusies te verkrijgen uit meerdere bronnen, om zo verzadiging op te laten treden en de geldigheid van de bronnen te waarborgen. Een verantwoording van zoekstrategieën is te vinden in bijlage 1.

2.1.4 Analyse van literatuur

De literatuur is geanalyseerd aan de hand van de operationalisatie van begrippen. Er werd gekeken naar belemmerende factoren en bevorderende factoren rondom communicatie tussen verpleegkundigen en artsen. Een nadere toelichting van deze begrippen is te vinden in paragraaf 1.6. Het resultaat van de analyse is een beschrijving van bevorderende en belemmerende factoren voor een effectieve samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Deze opsomming is gebruikt bij het opstellen van de topiclist.

2.2 Bevorderende factoren in communicatie

2.2.1 Bewustzijn van kwaliteiten

Gerritsen (2008) benoemt verschillende factoren om samenwerking te bevorderen. Een goede samenwerking wordt bevorderd wanneer teamleden hun kwaliteiten kennen en zo een rol aannemen die bij hen past en geaccepteerd wordt in de groep. Daarnaast is fysieke nabijheid belangrijk voor een goede samenwerking. Hierbij doelt de schrijver op de daadwerkelijke directe communicatie die plaatsvindt tussen artsen en verpleegkundigen. Door regelmatig werkoverleg te houden zijn mensen in direct contact met elkaar en kan er een betere vertrouwensband worden opgebouwd. Dit is lastiger wanneer men kennis moet uitwisselen via indirect contact zoals mail, telefoon of schriftelijk (Gerritsen, 2008).

2.2.2 Positieve communicatie

Volgens Douma (2008) draait goede samenwerking om openheid, goede communicatie, gelijkwaardigheid, wederzijds respect en regelmatige evaluatie van de samenwerking. Deze voorwaarden zijn beschreven door artsen en verpleegkundigen van het Rotterdamse Erasmus MC- Sophia en worden verwoord in een model dat 'team resource management' heet. Dit geeft aan dat ieder binnen het team toegerust is voor zijn eigen taak. Het model is afkomstig uit de vliegtuigbranche. Manser et al. (2010) geven aan dat veel fouten die gemaakt worden bij een behandeling terug te voeren zijn op slechte communicatie. Daarom zijn ziekenhuizen meer gericht op positieve communicatie, zodat fouten voorkomen worden. Volgens Manser et al. (2010) heeft dit tot gevolg dat mortaliteit kan afnemen en patiënten op psychisch, sociaal en algemeen vlak beter functioneren. Ook leidt het tot vermindering van het aantal heropnames.

2.2.3 Sociale motivatie en veiligheid

Hoiting (2010) heeft onderzoek gedaan naar bevorderende factoren die invloed hebben op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Het gaat om verschillende beïnvloedende factoren, zoals de vraag naar kennis, sociale motivatie, psychologische veiligheid in de groep en statusverschillen. De hypothese in het onderzoek was dat informatie-uitwisseling binnen een team van artsen en verpleegkundigen zou toenemen wanneer er meer vraag naar kennis was. Sociale motivatie zegt vervolgens iets over bereidheid de informatie te delen. Wanneer mensen dus in hoge mate sociaal gemotiveerd zijn, gaan ze meer informatie uitwisselen. Psychologische veiligheid zorgt er dan voor dat mensen binnen een groep hun vragen durven stellen. Uit het onderzoek bleek inderdaad dat een hoge sociale motivatie en voldoende psychologische veiligheid de effectiviteit van communicatie tussen artsen en verpleegkundigen vergroten (Hoiting, 2010).

2.2.4 Positief leiderschap

Epstein (2014) heeft aangetoond dat verbeterde communicatie en samenwerking vanuit een 'top-down-structuur' ontstaat. In de operatiekamer is het bijvoorbeeld de chirurg die teamleden goed moet informeren en instrueren bij een operatie. Wanneer deze een positieve benadering met respectvol en beleefd gedrag laat zien, blijken teamleden beter te kunnen samenwerken. Het ontwikkelen van goede communicatieve vaardigheden is hierbij cruciaal, zowel in het contact met patiënten als in het contact met andere disciplines. Effectieve communicatie kan medische fouten voorkomen (Barnett & Pratt, 2010).

2.2.5 Interprofessionele samenwerking

Volgens Matziou et al. (2014) zou het bevorderend voor samenwerking zijn wanneer artsen en verpleegkundigen beter op de hoogte zijn van elkaars professionele rol in de zorg voor de patiënt. Hierbij zouden verpleegkundigen hun verpleegkundige rol duidelijker moeten neerzetten, zodat artsen weten wat ze kunnen verwachten. Volgens Gerritsen (2008) begint dit leerproces al tijdens de opleiding. Multidisciplinair onderwijs in de gezondheidszorg kan eraan bijdragen dat er meer duidelijkheid is over de verschillende beroepsrollen. Ook Nestel & Kidd (2006) hebben aangetoond dat gezamenlijke training van artsen en verpleegkundigen bijdraagt aan een positief en veilig klimaat binnen het team. Hierdoor kunnen nieuwkomers in het vak een goede beroepshouding aanleren. Volgens Matziou et al. (2014) zouden zowel artsen als verpleegkundigen zich meer bewust moeten zijn van effectieve samenwerking en communicatie in relatie tot patiëntveiligheid. Interprofessionele samenwerking is erg belangrijk in de gezondheidszorg, omdat het gaat om een complexe omgeving, met snel veranderende omstandigheden, onvoorspelbaarheid, ontbrekende gegevens en taakverstoringen (Fuchshuber & Greif, 2012). Wanneer de interprofessionele samenwerking goed is, kunnen betrokken disciplines beter omgaan met de complexiteit van de gezondheidszorg.

2.2.6 Wederzijds respect

Een succesvolle samenwerking kan worden gevormd door wederzijds respect. Een slechte samenwerking is vaak het begin van conflicten. Berendsen et al. (2010) hebben onderzoek verricht op de afdelingen gynaecologie en chirurgie. Ze hebben zowel verpleegkundigen als artsen geïnterviewd over communicatie. Hieruit bleek dat beiden over het algemeen tevreden waren over de samenwerking. Er deden zich weinig conflicten voor. Een conflict werd door respondenten gezien als situatie waarin samenwerking niet meer mogelijk was. Wel was er soms sprake van frictie, waarbij samenwerking verminderd was. Respondenten hadden de indruk dat conflicten vooral veroorzaakt worden door onrealistische verwachtingen ten opzichte van elkaar. Om de effectiviteit van de communicatie te vergroten, zouden artsen en verpleegkundigen beter op de hoogte moeten zijn van elkaars taken. Uit het onderzoek van Berendsen et al. (2010) bleek verder nog dat wederzijds respect, professionaliteit, een goed samenwerkingsklimaat en goede kwaliteit van zorg voorwaarden zijn voor effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen.

2.2.7 Voorbeeldgedrag

Lingard et al. (2002) hebben in hun onderzoek de socialisatie van nieuwkomers op de werkvloer onderzocht. Enerzijds bleken nieuwkomers stereotyperingen vanuit de groep aan te leren, waardoor deze in stand gehouden worden. Anderzijds kunnen nieuwkomers ook positief beïnvloed worden. Nieuwkomers nemen gewoonten en taalgebruik in het team langzamerhand over om zich een professionele identiteit te vormen. Medewerkers moeten zich dus bewust zijn van hun voorbeeldfunctie ten opzichte van nieuwkomers, zo werd aanbevolen naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek. Een reflectieve houding is hierbij belangrijk, omdat deze meer bewust kan maken van de omgang met andere disciplines (Lingard, L., 2002).

2.2.8 Gestructureerde communicatie

Fuchshuber & Greif (2012) pleiten in hun boek voor het gebruik van communicatiemodellen als SBAR (zie paragraaf 1.1.2). Hierbij wordt gestructureerd informatie gegeven over de situatie van de patiënt en wordt concreet gevraagd naar actiepunten rondom de toestand van de patiënt. Dit draagt bij aan effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Bovendien is het voor iedere medewerker in de gezondheidszorg die erin geschoold is mogelijk om het model toe te passen. Dit zou mogelijke communicatiefouten tussen artsen en verpleegkundigen kunnen verminderen (Fuchshuber & Greif, 2012).

2.3 Belemmerende factoren in communicatie

2.3.1 Negatieve beeldvorming

Lingard et al. (2002) hebben onderzoek gedaan naar teamrollen onder medewerkers op de OK. Hieruit blijkt dat medewerkers hun eigen rol anders beoordelen dan dat collega's dat doen. In het onderzoek wordt bijvoorbeeld beschreven dat chirurgen zichzelf zien als teamleider, teamplayer en als iemand die efficiënt kan werken. Wanneer verpleegkundigen echter gevraagd wordt naar hoe ze chirurgen zien, beschrijven zij dat deze niet op tijd letten en juist niet efficiënt kunnen werken. Andersom zien verpleegkundigen zichzelf als multitasker, onderhandelaar en als iemand die efficiënt kan werken. Wordt echter chirurgen gevraagd hoe ze verpleegkundigen zien, dan antwoorden ze dat deze altijd druk zijn en geen oog hebben voor efficiëntie. Hieruit blijkt volgens Lingard et al. (2002) een inconsistentie in beroepsrol. Medewerkers worden blijkbaar niet erkend en herkend in hun rol binnen het team. Er is verschil in perceptie, waardoor minder effectief samengewerkt kan worden. Dit is bevestigd door Stil (2008) en Neggers (2008). Beide onderzoekers hebben de inconsistentie in beroepsrollen aangetoond. Artsen bleken zichzelf te zien als toegankelijke personen, terwijl verpleegkundigen dit anders zeiden te ervaren. Ook beschreven artsen zichzelf als assertief, waar verpleegkundigen dit juist als arrogantie bestempelden.

Opvallend is dat het niet gaat om de technische aspecten van het werk, bijvoorbeeld wie de patiënt voorbereidt op de operatie en wie de operatie uitvoert. De technische taakverdeling is duidelijk en geaccepteerd door alle teamleden. Het gaat juist om de niet-technische aspecten van het werk, zoals autoriteit, motivatie voor het werk en waarde binnen het team. Medewerkers lijken stereotyperingen van elkaar te maken. Ze doen aannames ten opzichte van elkaar. Lingard et al. (2002) beschrijven in het kader hiervan de aannames dat het de arts alleen maar om het geld gaat of dat de verpleegkundige maar een bijrol speelt in het team. Deze aannames blijken heel hardnekkig te zijn. Ze zijn vaak onbewust, maar beïnvloeden de sfeer en de samenwerking negatief. Nestel & Kidd (2006) beschrijven dat er door gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden te weinig respect en waardering is voor de verschillende professionele rollen. Dit werkt de vooroordelen over kennis en vaardigheden van andere disciplines in de hand. Er worden allerlei aannames gedaan over andere disciplines, die niet gecontroleerd kunnen worden door het gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden. Dit zorgt voor een onbevredigend niveau van communicatie (Nestel & Kidd, 2006).

2.3.2 Hiërarchie-cultuur

Uit onderzoek blijkt dat effectieve samenwerking belemmerd wordt door het denken vanuit hiërarchie. Door deze hiërarchie-cultuur zijn betrokken disciplines geneigd niet meer naar elkaar te luisteren, maar vooral naar eigen inzicht te handelen (Epstein, 2014). Dit draagt bij aan een negatieve sfeer. Volgens Conigliario (2014) vergroot een hiërarchie-cultuur de kans dat er fouten gemaakt worden in het medische proces, waardoor er minder effectief en open met elkaar gecommuniceerd wordt. Nestel & Kidd (2006) hebben onderzoek gedaan naar hoe verpleegkundigen samenwerking met artsen ervaren. Uit dit onderzoek komt naar voren dat verpleegkundigen op zoek zijn naar gelijkwaardigheid in de communicatie. Verschillen in

niveau zouden niet bepalend moeten zijn voor de communicatie. Iedere betrokken discipline moet zich deel voelen van het team (Nestel & Kidd, 2006). Gerritsen (2008) spreekt in het kader hiervan van de sociale identiteitstheorie. Mensen kunnen hun sociale identiteit ontleenen aan hun beroep. Dit kan bijvoorbeeld behaald worden door zich af te zetten tegen een andere groep. Hierdoor ontstaat concurrentie in plaats van coöperatie en waardering. Hoiting (2010) heeft aangetoond dat statusverschillen een negatief effect hebben op de communicatie. Statusverschillen werken negatief voor de veiligheid in het team, waardoor er minder informatie uitgewisseld wordt. Dit maakt communicatie tussen artsen en verpleegkundigen minder effectief. Daarnaast leidt statusverschil tot pro-zelf motivatie, waarbij minder rekening gehouden wordt met belangen van anderen (Hoiting, 2010).

2.3.3 Onduidelijkheid over professionele rollen

Er kan aangenomen worden dat zowel artsen als verpleegkundigen een gezamenlijk doel hebben rondom patiëntenzorg, namelijk het waarborgen van goede kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid (Epstein, 2014). Uit onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen en artsen echter niet altijd een gezamenlijke visie hebben over de effectiviteit van hun communicatie. Er bestaat bijvoorbeeld onduidelijkheid over de rol van de verpleegkundige in de besluitvorming rondom de patiënt. Matziou et al. (2014) beschrijven dat artsen het als belemmerend ervaren wanneer ze de verpleegkundige professionele rol niet herkennen. Het is onvoldoende duidelijk welke taken wel en niet aan de verpleegkundige overgelaten kunnen worden. Dit werkt belemmerend voor een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, met als mogelijk gevolg een verhoogd risico op fouten. Ook Nestel & Kidd (2006) beschrijven onduidelijkheid rondom de verpleegkundige rol als belemmerend voor de communicatie met andere disciplines. Verpleegkundigen worden volgens hen vaak geacht buiten hun eigen rol te werken, waardoor de onhelderheid over taken verder versterkt wordt. Dit is een barrière voor effectieve communicatie. Verpleegkundigen ervaren hun werk hierdoor als minder bevredigend.

2.3.4 Beperkt opgeleid rondom communicatie

Gerritsen (2008) heeft beschreven dat er vaak weinig aandacht wordt besteed aan de competentie samenwerken in medische vervolgoopleidingen. Dit wordt bevestigd door Nestel & Kidd (2006). Opleidingen leggen de nadruk op communicatie met patiënten, maar besteden te weinig aandacht aan interdisciplinaire communicatie. Hierdoor doen aankomende professionals in de zorg te weinig vaardigheden op in communicatie met andere disciplines. Ook Lingard et al. (2002) hebben dit aangetoond. Medische disciplines worden apart van elkaar opgeleid en komen pas op de werkvloer met elkaar in contact. Teamleden die in een team met elkaar moeten samenwerken, krijgen los van elkaar training. Dit werkt hiërarchie en stereotypering juist in de hand. Volgens Lingard et al. (2002) worden nieuwkomers in het vak hierdoor negatief beïnvloed. Deze worden gesocialiseerd in de stereotyperingen, waardoor deze in stand gehouden worden.

2.3.5 Tijdsdruk

Hoiting (2010) heeft in haar onderzoek aangetoond dat een hoge tijdsdruk belemmerend kan zijn voor een effectieve communicatie. Hoe meer tijdsdruk, hoe minder informatie-uitwisseling er kan plaatsvinden. Hoewel er dan onder artsen en verpleegkundigen bereidheid is tot effectieve communicatie, zorgt tijdsdruk ervoor dat dit doel uiteindelijk niet bereikt wordt.

2.3.6 Negatief gedrag

Epstein (2014) heeft in haar onderzoek onder andere in de communicatie tussen verschillende disciplines op de operatiekamer (OK) beschreven. Ze beschrijft een situatie waarin zich verbaal onacceptabel gedrag voordoet, zoals belediging of discriminatie op grond van ras, huidskleur, geloof of geslacht. Hiermee wordt een vijandige omgeving gecreëerd, waarin niet meer efficiënt gewerkt kan worden. Dit beïnvloedt de uitkomsten voor de patiënt negatief (Epstein, 2014). Fuchshuber & Greif (2012) bevestigen dit. Negatief gedrag als intimidatie of discriminatie draagt bij aan verminderde patiënttevredenheid. Bovendien kan het medische fouten veroorzaken, die door goede communicatie voorkomen hadden kunnen worden (Fuchshuber & Greif, 2012).

2.3.7 Conflicten op de werkvloer

In 2010 is er door Berendsen et al. (2010) onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in relatie tot conflictmanagement. Hieruit bleek dat samenwerking bepalend is voor de kwaliteit van zorg. Een betere samenwerking is door de jaren heen steeds belangrijker geworden door specialisatie, de steeds ingewikkelde zorgvraag van patiënten en de stijging van kosten in de gezondheidszorg. Hierdoor worden ziekenhuizen gedwongen om efficiënter te werken. Conflicten staan goede samenwerking en effectieve communicatie in de weg, met als gevolg minder efficiënte samenwerking en verminderde kwaliteit van zorg (Berendsen, 2010).

2.4 Excellente zorg

2.4.1 Definitie

In dit onderzoek is verband gelegd met het concept Excellente Zorg. In deze paragraaf wordt hierover aanvullende informatie gegeven om aan te geven in welk kader het onderzoek uitgevoerd is. Excellente Zorg staat voor het geven van de beste zorg door verpleegkundigen en verzorgenden aan patiënten. De beste zorg kan worden gegeven door vakmensen die met volle overgave werken en volgens de laatste inzichten van de wetenschap. Hierdoor kunnen professionals hun verantwoording voor de zorg nemen en waarmaken. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (hierna: V&VN) schrijft over Excellente Zorg:

Dit leidt tot verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg, een organisatieklimaat waarbinnen verpleegkundigen en verzorgenden in hun kracht staan en aangetrokken en behouden worden voor het vak.

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2014)

2.4.2 Ontwikkeling

Het concept Excellente Zorg is ontwikkeld in de VS. Het is onder andere ontstaan door een demografische ontwikkeling als vergrijzing. Hierdoor was er meer vraag naar kwalitatief hoogstaande zorg. In de jaren '80 bleken kwaliteit en kwantiteit van de verpleegkundige beroepsgroep te weinig te stijgen in verhouding tot de toegenomen zorgvraag. Sommige ziekenhuizen slaagden er, ondanks deze ontwikkeling, toch goede kwaliteit van zorg te blijven verlenen. Dit werd verklaard door een betere werkomgeving voor verpleegkundigen. Onderzoek hiernaar heeft aangetoond dat arbeidstevredenheid, arbeidsproductiviteit en kwaliteit van zorg aan elkaar gelinkt zijn en verband houden met mortaliteit en patiënttevredenheid. Deze ziekenhuizen, die het ondanks de groeiende zorgvraag goed bleven doen, werden de zogenoemde 'magnet hospitals' genoemd. De V&VN ging bij deze ziekenhuizen op werkbezoek en introduceerde Excellente Zorg in Nederland. Dit heeft geleid tot een meer wetenschappelijke onderbouwing van het concept Excellente Zorg. Zorgprofessionals zijn in staat goede zorg te verlenen wanneer ze tevreden zijn over hun werkomgeving. Hierdoor dalen ziekteverzuim en personeelsverloop (Brouwer & Kieft, 2013). Met deze uitgangspunten is Excellente Zorg ook in Nederland begonnen.

2.4.3 Toepassing

Excellente Zorg wordt toegepast in organisaties die steeds vooruit willen lopen op de ontwikkelingen in de zorg. Het doel is het gemotiveerd houden van de beroepsgroep, waarmee betere kwaliteit van zorg aan patiënten gegarandeerd kan worden. Volgens Brouwer & Kieft (2013) wordt de beroepsgroep onder andere gemotiveerd door een goede werkomgeving. Een goede werkomgeving voor verpleegkundigen kan onder andere gerealiseerd worden door werken met vakbekwame collega's, opleidingsmogelijkheden en een goede relatie met de artsen. Het huidige onderzoek dat uitgevoerd is binnen Isala steekt in op dit laatste. Het gaat erom bevorderende en belemmerende factoren rondom communicatie tussen artsen en verpleegkundigen in kaart te brengen, met als doel aanbevelingen doen om die communicatie te verbeteren. Dit kan op de lange termijn de relatie tussen artsen en verpleegkundigen verbeteren. Hiermee wordt de werkomgeving voor beide beroepsgroepen verbeterd, waardoor betere kwaliteit van zorg geleverd zal worden (Brouwer & Kieft, 2013).

2.5 Samenvatting

2.5.1 Bevorderende en belemmerende factoren voor effectieve communicatie

In het literatuuronderzoek zijn verschillende bevorderende en belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen naar voren gekomen. Deze volgen hieronder in een schema. Verder zijn de factoren ingedeeld op twee niveaus, namelijk interne en externe factoren. Een toelichting hierop volgt in paragraaf 2.5.2.

<i>Interne, persoonlijke factoren</i>	
Bevorderend ▪ Bewustzijn van eigen kwaliteiten;	Belemmerend ▪ Negatieve beeldvorming van andere beroepsgroep;

<i>Externe, interpersoonlijke factoren</i>	
Bevorderend ▪ Positief leiderschap vanuit top-down; ▪ Positieve communicatie door openheid; ▪ Interprofessionele samenwerking waarbij beroepsrollen duidelijk zijn voor iedereen; ▪ Wederzijds respect tussen beroepsgroep; ▪ Sociale motivatie en veiligheid in de groep; ▪ Positief voorbeeldgedrag vertonen; ▪ Gestructureerde communicatie aan de hand van methoden als SBAR	Belemmerend ▪ Hiërarchie-cultuur vanuit statusverschillen ▪ Onduidelijkheid over professionele rollen; ▪ Negatief gedrag vertonen, waardoor een vijandige omgeving gecreëerd wordt; ▪ Conflicten op de werkvloer; ▪ Beperkt opgeleid rondom communicatie met andere beroepsgroepen; ▪ Tijdsdruk.

2.5.2 Indeling interne en externe factoren

Om structuur aan te brengen, zijn bovenstaande factoren ingedeeld in twee groepen: interne en externe factoren. Hier is bewust voor gekozen om overzicht te creëren in de lijst met factoren. Op basis hiervan zijn de topics voor de interviews geformuleerd, die te vinden zijn in bijlage 2. Deze topics zijn nu onderbouwd vanuit de literatuur en kunnen in het praktijkonderzoek gebruikt worden. Het gaat slechts om een mogelijke indeling in niveaus, waarbij ook gekozen had kunnen worden voor een andere indeling. In dit onderzoek zijn twee niveaus gedefinieerd:

1. Interne, persoonlijke factoren zeggen iets over de persoon zelf. Dit is deels vergelijkbaar met wat Neuman zegt over persoonsgebonden factoren. Hierbij spelen belangen, visies en overtuigingen van de persoon zelf een rol (Verberk & Kuiper, 2002). Hoewel het gaat om interne factoren, wil dit niet zeggen dat deze volledig individueel bepaald zijn. De interne factoren worden door wisselwerking met de omgeving beïnvloed door externe factoren.
2. Externe, interpersoonlijke factoren zeggen iets over de omgeving waarin de persoon zich bevindt. Dit is deels vergelijkbaar met wat Neuman zegt over de omgeving, waarmee informatie uitgewisseld wordt (Verberk & Kuiper, 2002).

Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk worden onderzoeksvorm, onderzoeksgroep en dataverzameling beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de onderzoeksprocedure. Daarnaast wordt beschreven hoe de kwaliteit gewaarborgd is in dit uitgevoerde onderzoek.

3.1 Onderzoeksvorm

In dit onderzoek zijn bevorderende en belemmerende factoren rondom communicatie tussen artsen en verpleegkundigen onderzocht. Hierbij stond de ervaring en beleving van artsen en verpleegkundigen centraal. Omdat er in interviews is gevraagd naar de subjectieve beleving van de respondenten gaat het om kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2014). Het onderzoek is explorierend van aard. Dat wil zeggen dat er een begin gemaakt is met het in kaart brengen van de beleving rondom effectieve communicatie. Het gaat erom theorie te ontwikkelen wat de beïnvloedende factoren zijn (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005). Het onderzoeksonderwerp zelf is bovendien abstract en heeft daarom een nadere definitie nodig. Daarnaast is binnen Isala niet eerder onderzoek gedaan naar beïnvloedende factoren op effectieve communicatie. Deze factoren maken het huidige onderzoek kwalitatief en explorierend.

3.2 Onderzoeksgroep

3.2.1 Populatie

In het onderzoek zijn twee doelgroepen betrokken. In de eerste plaats zijn verpleegkundigen geïnterviewd die werkzaam zijn op verschillende afdelingen binnen Isala. In de tweede plaats zijn artsen geïnterviewd, eveneens werkzaam op verschillende afdelingen binnen Isala. Hierbij kon het gaan om arts-assistenten en om specialisten. Deze betrokken partijen vormen samen de populatie waarover een uitspraak wordt gedaan in dit onderzoek.

3.2.2 Steekproef onder verpleegkundigen

Voor het werven van verpleegkundigen als respondenten van het onderzoek is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Hoewel deze groep respondenten wel als zodanig geregistreerd staat (Verhoeven, 2014) in het ziekenhuis, werd ervoor gekozen om gebruik te maken van het eigen netwerk van de onderzoekers, om zo de respons onder verpleegkundigen te vergroten. Er is een doelgerichte steekproef uitgezet onder de mogelijke respondenten (Evers, 2007). Respondenten zijn geselecteerd op bepaalde inclusiecriteria (Baarda & De Goede, 2001). Ze moesten in vaste dienst zijn, waarmee zogenaamde flex-medewerkers uitgesloten werden van deelname. Verder moest het gaan om gediplomeerde verpleegkundigen. Daarnaast moesten ze minimaal twee dagdiensten per week werken om zodoende regelmatig in contact zijn met artsen.

3.2.3 Steekproef onder artsen

Artsen zijn benaderd door middel van een mailbericht met twee interviewvragen (bijlage 4). De respondenten zijn geworven op basis van aanbeveling. Via de opdrachtgever is een arts benaderd, die namen gegeven heeft van mogelijke respondenten. Door de naam van de betreffende arts te vermelden in de uitnodigingsmail (bijlage 4) werd een hogere respons verwacht. Hiervoor is bewust gekozen, omdat onderzoekers zelf over een te klein netwerk beschikten onder artsen. Desondanks is er wel gebruik gemaakt van het netwerk van de onderzoekers. Op basis daarvan konden opnieuw een aantal artsen persoonlijk of per mail uitgenodigd worden tot deelname. Voor de schriftelijke respons is uitgegaan van een percentage van 20 tot 30%. Voor deelname aan interviews is ook uitgegaan van een respons van 20 tot 30% (Verhoeven, 2014).

3.3 Dataverzameling

3.3.1 Dataverzameling onder verpleegkundigen

In het kader van het onderzoek zijn 17 verpleegkundigen benaderd, van 7 verschillende afdelingen. Vier verpleegkundigen werden door onderzoekers rechtstreeks benaderd; de overige verpleegkundigen kregen een mailbericht met een uitnodiging (bijlage 5). Wanneer na een week nog geen antwoord was, ontvingen de verpleegkundigen een herinnering. Alle 17 verpleegkundigen hebben gereageerd op de uitnodiging. Van de 17 verpleegkundigen gaven er 14 gehoor aan de uitnodiging. De overige 3 gaven aan dat het praktisch niet mogelijk was om deel te nemen, in verband met vakantie, verlof of een andere baan. De non-respons, waarbij niet alle eenheden die tot de steekproef behoren de benodigde antwoorden konden geven (Swanborn, 2006), kwam hiermee te liggen op 3.

3.3.2 Dataverzameling onder artsen

Er zijn 11 respondenten onder artsen benaderd per mail. Wanneer er binnen een week geen reactie volgde, werd een herinnering verstuurd. Van de 11 artsen hebben er 4 een schriftelijke reactie gegeven. Van die 4 was er 1 arts bereid de antwoorden mondeling toe te lichten in een interview. Verder zijn er 2 artsen rechtstreeks benaderd. Deze hebben deelgenomen uit een interview. Van de 13 artsen die in totaal benaderd zijn, werden 7 reacties ontvangen, waarvan 4 schriftelijk en 3 mondeling.

3.3.3 Verzadigingspunt

Het verzadigingspunt is bereikt wanneer zich geen nieuwe informatie meer voordoet. Volgens Baarda et al. (2013) moet tot die tijd doorgedaan worden met het verzamelen en analyseren van informatie. Voor het onderzoek zijn 14 verpleegkundigen geïnterviewd. Na ongeveer 9 interviews bleek het verzadigingspunt bereikt en volgde geen nieuwe informatie meer. Behalve verpleegkundigen is ook een aantal artsen geïnterviewd. Dit aantal lag echter veel lager. Hoewel er uit de interviews deels dezelfde informatie naar voren kwam, werd hier het verzadigingspunt niet geheel bereikt. Artsen bleken veel punten van de verpleegkundigen te herkennen, maar droegen in de interviews ook nieuwe informatie aan.

3.4 Onderzoeksprocedure

3.4.1 Half gestructureerde interviews met verpleegkundigen en artsen

Een interview is in de meeste gevallen een vraaggesprek tussen twee partijen, namelijk de onderzoeker en de respondent. De onderzoekers hanteren hierbij een flexibele opstelling en spelen in op de situatie die zich op dat moment voordoet. Er is ruimte voor de eigen inbreng van de respondent (Verhoeven, 2014). Het onderwerp van dit onderzoek is door de onderzoekers ingeschat als complex en mogelijk gevoelig voor de respondent. Door de topiclist, die opgesteld is aan de hand van de literatuurstudie (bijlage 2), hebben respondenten ruimte gekregen voor hun inbreng. Tegelijkertijd zijn onderzoekers door de topiclist in staat gesteld sturing te geven aan het gesprek en door te vragen op relevante onderwerpen.

In de interviews met zowel verpleegkundigen als artsen is dezelfde topiclist gehanteerd. Hiervoor is gekozen met het oog op betrouwbaarheid. Alle respondenten hebben vragen rondom dezelfde thema's gekregen, om een zo compleet mogelijk beeld te verkrijgen van communicatie tussen verpleegkundigen en artsen. Daarnaast is er, zowel bij verpleegkundigen als bij artsen, eerst één proefinterview gedaan. Uit het proefinterview bleek dat respondenten de vragen te breed en te weinig concreet vonden. Naar aanleiding hiervan zijn meer onderwerpen uit de literatuurstudie toegevoegd aan de topiclist. Daarnaast is ervoor gekozen om te starten met een brainstorm, waarbij de respondent de vraag gesteld

is te verwoorden waar hij aan dacht bij 'effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen.' Zo is het onderwerp in ieder interview geïntroduceerd, waarna de topiclist verder gehanteerd kon worden.

3.4.2 Analyse half gestructureerde interviews met verpleegkundigen en artsen

De interviews zijn vastgelegd door opnameapparatuur te gebruiken. Na afloop van het interview is gesproken taal omgezet in geschreven tekst. Vervolgens werden de gegevens geanalyseerd. Tijdens de analyse bleek de topiclist zoals gehanteerd bij het formuleren van interviewvragen (bijlage 2) onvoldoende bruikbaar. Er kwamen namelijk veel nieuwe thema's naar voren die niet pasten in de topiclist. Ook bleken de niveaus interne en externe factoren (zie paragraaf 2.5.2) niet dekkend. Om deze reden is er een niveau toegevoegd (paragraaf 5.5.1). Er is vervolgens voor gekozen de topiclist los te laten en meer met een open blik te analyseren. De uitgeschreven gesprekken werden handmatig verdeeld in fragmenten, die in één woord of in een korte zin samengevat werden (Verhoeven, 2014). Dit deden onderzoekers los van elkaar, waarna in discussie gegaan werd over de interpretatie van tekstfragmenten. Woorden of korte zinnen met eenzelfde betekenis zijn gelabeld onder hetzelfde thema (bijlage 3). Zo kon uiteindelijk een antwoord geformuleerd worden op de deelvragen. Verhoeven (2014) beschrijft dat dit proces van analyseren en coderen een intensief proces is. Gegevens moeten op de juiste manier in verband gebracht worden met elkaar om uiteindelijk de hoofdvraag te beantwoorden.

3.4.3 Inhoudsanalyse mailcontact artsen

Elf artsen zijn per mail benaderd (paragraaf 3.2.3). Vaak is het stellen van vragen via de mail een vorm van enquête en dus meestal een kwantitatief onderzoek, maar wanneer er veel open vragen worden gesteld, mogen de antwoorden kwalitatief geanalyseerd worden. Bij een inhoudsanalyse vormt geschreven taal het uitgangspunt (Verhoeven, 2014). Door de schriftelijke beantwoording konden onderzoekers fragmenten analyseren, wat een voordeel was. Nadeel was wel dat er niet doorgevraagd kon worden bij onduidelijkheid. Er is eenzelfde manier van analyseren toegepast als bij de half gestructureerde interviews. De tekst werd handmatig verdeeld in fragmenten, die getypeerd werden in een woord of een korte zin. Fragmenten met eenzelfde betekenis werden gelabeld. Aan de hand van de labels werd een overkoepelend thema geformuleerd (bijlage 3).

3.5 Kwaliteit van het onderzoek

De kwaliteit van een onderzoek wordt gekenmerkt door geldigheid en betrouwbaarheid. Geldigheid is de mate waarin systematische fouten kunnen worden gemaakt en betrouwbaarheid is in welke mate toevallige fouten voorkomen. Geldigheid is te meten aan geldigheid en zuiverheid, betrouwbaarheid aan herhaling (Boeije, 2009).

3.5.1 Geldigheid

Bij geldigheid gaat het erom dat er inderdaad gemeten wordt wat beoogd was te meten (Baarda & De Goede, 2001). Er zijn verschillende manieren om geldigheid van het onderzoek te vergroten. In de eerste plaats is intersubjectiviteit belangrijk. Verhoeven (2014) geeft aan dat bij het interpreteren van gegevens de persoonlijke mening van de onderzoeker betrokken is. Deze subjectiviteit moet zo klein mogelijk blijven. In dit onderzoek zijn de resultaten steeds door een medeonderzoeker bekritiseerd. Verder zijn de resultaten door opdrachtgever en docent gecontroleerd. Zo werd de subjectiviteit zoveel mogelijk vermeden. Ook werd ervoor gekozen om bij het analyseren van de gegevens de topiclist (bijlage 2) los te laten. Dit om zoveel mogelijk onbevooroordeeld gegevens te analyseren.

In de tweede plaats is het voor de geldigheid belangrijk om verschillende dataverzamelingsmethoden toe te passen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel literatuur- als praktijkonderzoek. Hieruit kwamen grotendeels dezelfde thema's naar voren (bijlage 3). Dit bevestigt de geldigheid van de onderzoeksresultaten.

Daarnaast speelt externe geldigheid een rol. Hierbij gaat het om de vraag of onderzoeksresultaten te generaliseren zijn naar een grotere groep dan alleen de onderzochte groep (Swanborn, 2006). Te verwachten is dat de uitkomsten van dit onderzoek een grotere groep vertegenwoordigt dan alleen de geïnterviewde respondenten onder verpleegkundigen. Bij het interviewen van verpleegkundigen werd het verzadigingspunt bereikt. Dit was bij het interviewen van de artsen niet het geval. Uitkomsten uit interviews met artsen zijn dan ook niet direct generaliseerbaar te benoemen. Er zijn te weinig artsen geïnterviewd om uitspraken te kunnen doen over de beroepsgroep in het algemeen.

3.5.2 Betrouwbaarheid

Volgens Baarda & De Goede (2001) zijn er verschillende factoren die de betrouwbaarheid van het onderzoek kunnen verminderen. De omgeving waarin het interview plaatsvindt, speelt een rol. Een rumoerige of onrustige omgeving leidt de respondent bijvoorbeeld af, waardoor het moeilijker wordt om vragen te beantwoorden. Bij het afnemen van interviews is er zoveel mogelijk naar gestreefd een rustige ruimte te vinden. Dit is in verband met drukte op de afdeling niet in alle gevallen gelukt. De onderzoekers hebben hierop gereageerd door het toepassen van gesprekstechnieken, zoals tussendoor samenvatten. Dit om zoveel mogelijk de hoofdlijn van het gesprek vast te houden en te zorgen voor voldoende diepgang (Evers, 2007).

Het tijdstip waarop het interview plaatsvond, moest zorgvuldig bepaald moeten worden, in overleg met de afdeling. Afspraken met respondenten zijn op tijd ingepland, zodat de respondent ook de tijd en mogelijkheid had voor het interview. Verder kon de betrouwbaarheid negatief beïnvloed worden door onvolledige operationalisatie van begrippen. Er is veel tijd besteed aan het operationaliseren van begrippen (zie paragraaf 1.6), om concreet te maken wat er bedoeld werd met bijvoorbeeld effectieve communicatie. Toch werd er tijdens proefinterviews opgemerkt dat het weergeven van een definitie van effectieve communicatie door de respondenten als lastig werd ervaren. Hierdoor is er voor gekozen om de respondenten niet direct naar een definitie te vragen, maar eerst te gaan brainstormen om zo in kaart te brengen wat zij onder effectieve communicatie verstaan. Door het proefinterview werden hiaten in de operationalisatie ontdekt, waarna nog aanpassingen gedaan zijn (Verhoeven, 2014).

Baarda & De Goede (2001) onderschrijven het belang van een logboek. De onderzoeksactiviteiten zijn dan ook gerapporteerd in hoofdstuk 3, zodat het controleerbaar is hoe het onderzoek uitgevoerd is. Bovendien maakt dit herhaling van het onderzoek mogelijk (Swanborn, 2006). Er is een geluidsopname gemaakt van ieder interview. Alles wat besproken werd, is vastgelegd. Dit maakte de analyse en verwerking van de gegevens mogelijk. De gegevens zijn verwerkt door twee onderzoekers, waarmee voorkomen wordt dat persoonlijke interpretaties een te grote rol gaan spelen (Evers, 2007).

3.6 Ethische verantwoording

Bij de uitvoering van het onderzoek is vertrouwelijk omgegaan met de verkregen gegevens. Deze zijn anoniem verwerkt. Namen die eventueel genoemd werden, zijn geanonimiseerd. Dit om inbreuk op de privacy van deelnemende respondenten te voorkomen. In het onderzoek is dit als zeer belangrijk gezien, omdat het onderwerp gevoelig zou kunnen liggen bij respondenten. In interviews werden positieve en negatieve ervaringen soms concreet beschreven door respondenten. Dit mocht niet herleidbaar zijn tot de respondent. Ook zijn respondenten voorafgaand aan hun deelname op de hoogte gesteld van het feit dat het interview opgenomen zou worden. Dit werd bij de start van het interview opnieuw benoemd. Alle respondenten zijn akkoord gegaan met geluidsopname.

3.7 Haalbaarheid en randvoorwaarden

3.7.1 Haalbaarheid

Bij de opzet van het onderzoek is geprobeerd de haalbaarheid zo groot mogelijk te maken door overleg hierover met de opdrachtgever. Er is geprobeerd goed in kaart te brengen wat de wensen van de opdrachtgever zijn. Daarnaast is er overlegd over de werving van respondenten. De verwachting was dat het voor de uitvoering van het onderzoek haalbaar was om voldoende verpleegkundigen te vinden als respondent voor het onderzoek. Het was echter de vraag in hoeverre artsen bereid zouden zijn tot deelname. Dit is zo goed mogelijk ingedekt, zoals toegelicht wordt in paragraaf 3.2. Randvoorwaarden voor het onderzoek waren overlegmogelijkheden met opdrachtgever en betrokken docenten. Deze overleggen hebben herhaaldelijk plaatsgevonden.

3.7.2 Presenteren van resultaten

De resultaten werden tussentijds gepresenteerd aan de opdrachtgever en docent. Deze ontvingen nieuwe versies van het onderzoek, waarna gevraagd werd om feedback. Op die manier werden de resultaten tussentijds ook getoetst op kwaliteit. Daarnaast zijn de resultaten na daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek gepresenteerd aan de opdrachtgever.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de interviews met artsen en verpleegkundigen aan de hand van thema's beschreven. Per deelvraag worden relevante thema's genoemd.

- Welke bevorderende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden benoemd door verpleegkundigen en artsen?
- Welke belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden benoemd door verpleegkundigen en artsen?
- Welke suggesties en aanbevelingen doen verpleegkundigen en artsen om communicatie tussen verpleegkundigen en artsen effectiever te maken?

4.1 Bevorderende factoren in communicatie

4.1.1 Persoonlijke eigenschappen

Verpleegkundigen en artsen gaven aan dat persoonlijkheid een bevorderende rol kan spelen in effectieve communicatie met artsen. Hierbij werd door verpleegkundigen het belang van een assertieve opstelling benadrukt, waarin de verpleegkundige een boodschap naar de arts duidelijk weet over te brengen:

'Ik laat het mij niet gebeuren. Ik ben daar misschien ook wel een beetje autoritair in ofzo. Ik ga daar wel voor staan, voor mijn boodschap.' (Verpleegkundige).

Ook artsen benadrukten in interviews de rol van persoonlijke eigenschappen bij effectiviteit van de communicatie met verpleegkundigen. Zij spraken niet van assertiviteit, maar van het belang van een goede luisterhouding. Dit door artsen vooral gezien als bepalend voor effectieve communicatie. Daarnaast werd door artsen benoemd dat er verschil zit in persoonlijkheid: de een is meer laagdrempelig te benaderen en hierdoor meer toegankelijk dan de ander:

'Wat ik wel weet is dat niet iedereen zo laagdrempelig toegankelijk is. Waardoor ik me heel goed kan voorstellen dat sommige wel wat meer nadenken, zal ik hiervoor bellen ja of nee.' (Arts in interview)

4.1.2 Werkervaring en kennisniveau

Zowel artsen als verpleegkundigen benoemden dat voldoende kennis en werkervaring bijdragen aan een effectieve communicatie, doordat verpleegkundigen dan meer in staat zijn 'dezelfde taal' te spreken als de arts. Dit zorgt voor wederzijds begrip. Verpleegkundigen gaven aan dat de effectiviteit van communicatie met artsen toeneemt naarmate de werkervaring stijgt:

'En met bellen van de artsen wisselt ook een beetje. Doordat ik nu een opleiding gedaan heb en wat meer ervaring heb, merk ik dat ik er beter mee om kan gaan (...) En dan moet je wel weten wat je vraagt en wat je wilt.' (Verpleegkundige)

Wanneer het kennisniveau of werkervaring nog in ontwikkeling is, bijvoorbeeld bij een stagiaire, coassistent of nieuwe medewerker, werd benadrukt dat dit open uitgesproken zou moeten worden, om irritaties te voorkomen:

'Als ze dat niet doen, weet ik niet dat zij het niet weten. Dan ontstaan er irritaties en frustraties en dan blijf ik bijvoorbeeld vragen, terwijl zij geen antwoord hebben.' (Verpleegkundige)

Artsen gaven aan dat bij meer werkervaring van de verpleegkundige, er vanzelf meer vertrouwen is in elkaars expertise. Dit kan een effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen bevorderen. Negatieve beeldvorming ten opzichte van artsen zou wel een rol kunnen spelen, zo bleek uit de interviews:

‘Als ik naar de groep artsen kijk dat dat niet hele botte, ontoegankelijke lui zijn. Ik hoop dat die drempel er niet is, maar ik kan dat niet helemaal voor verpleegkundigen invullen’ (Arts in interview)

De schriftelijke reacties kwamen grotendeels overeen met de interviews. Ook hier gaven artsen aan het belangrijk te vinden om te kunnen vertrouwen op de expertise van verpleegkundigen:

‘Vertrouwen op elkaars expertise.’ (Arts in schriftelijke reactie)

4.1.3 Wederzijds respect

Vooraf verpleegkundigen gaven aan het belangrijk te vinden om serieus genomen te worden in de communicatie met artsen. Ze zeiden inbreng te willen hebben bij de bespreking van het beleid rondom een patiënt. Het punt van wederzijds respect werd niet concreet benoemd door artsen. Wel werd door artsen aangegeven dat een goede luisterhouding belangrijk is. Dit zou ook gezien kunnen worden als elkaars inbreng respecteren.

4.1.4 Gelijkwaardigheid

Uit interviews met de verpleegkundigen bleek dat zij een gelijkwaardig contact willen, waarbij ze meedenken over het beleid rondom hun patiënt:

‘Dat hij ingaat op wat jij vraagt en ingaat op je ideeën. En onderbouwt, waarom wel en waarom niet. Dat maakt een contact prettig. Dat ze je serieus nemen. Dat je het samen doet, dat is nog meer denk ik. Dat maakt het prettig.’ (Verpleegkundige)

Artsen hebben gelijkwaardigheid niet als thema genoemd dat de communicatie zou kunnen bevorderen. Wel gaf één arts in een schriftelijke reactie aan dat het belangrijker was dat men respect heeft voor elkaar, dan dat men gelijkwaardig is aan elkaar.

4.1.5 Mate van openheid

Verpleegkundigen bleken openheid te zien als voorwaarde voor effectieve communicatie met artsen. Openheid werd gezien als een situatie waarbij ruimte is om kritische feedback met elkaar te bespreken. Enkele verpleegkundigen benoemden voorbeelden waarbij verstoorde communicatie hersteld werd door kritiek open uit te spreken naar elkaar. Voor een beginnend verpleegkundige zou dit moeilijker kunnen zijn vanwege angst of onbekendheid. Als tip werd gegeven dat steun zoeken bij collega-verpleegkundigen zinvol kan zijn, om te bespreken hoe deze met de situatie om zouden gaan. Ook artsen benoemden het thema openheid. Maar zij gaven dit thema weer in het kader van elkaar benaderen. Het is belangrijk dat daar voldoende openheid in is, om zo laagdrempelig benaderd te kunnen worden door de verpleegkundige.

4.1.6 Voorbeeldgedrag

De verpleegkundigen waren zich bewust van de voorbeeldfunctie die ze hebben tegenover de stagiaires in de communicatie met artsen. Ze gaven aan dat specialisten eveneens een voorbeeldfunctie hebben naar arts-assistenten. Dit zagen verpleegkundigen als bepalend voor de ontwikkeling in beroepshouding van arts-assistenten:

'Ik denk dat dat ook wel uitmaakt. Dat is wel top down. Als de specialisten zichzelf zo gedragen, zullen ze dat min of meer overdragen op de arts-assistenten.' (Verpleegkundige)

Verpleegkundigen hebben concreet benoemd dat artsen zich meer bewust moeten zijn van hun voorbeeldfunctie, zo blijkt uit het bovenstaande citaat. Artsen zijn in interviews niet ingegaan op hun voorbeeldfunctie ten opzichte van arts-assistenten of co-assistenten.

4.1.7 Personeelwisseling

Verpleegkundigen gaven aan bij artsenvisites te maken te hebben met steeds andere arts-assistenten. Hierbij werkte bevorderend dat er wel steeds een vaste specialist betrokken was op de achtergrond. Verpleegkundigen ervaren de aanwezigheid van een vaste specialist op de achtergrond als drempelverlagend bij het communiceren met artsen. Dit werd niet bevestigd door de specialisten zelf die geïnterviewd zijn.

4.1.8 Elkaar kennen

Het kennen van elkaar bleek volgens verpleegkundigen drempelverlagend te werken. Men is bekend met elkaars werkwijze en professionele rol. Dit maakt de communicatie doelmatiger en effectiever. In de schriftelijke reacties van de artsen kwam ook naar voren dat het elkaar kennen een bevorderende factor kan zijn. Artsen noemden in verband hiermee vooral dat eerdere goede samenwerking met een bepaalde verpleegkundige positief werkt. Er ontstaat zo meer vertrouwen, waardoor de communicatie verbetert. Zo lijkt het elkaar kennen gekoppeld te zijn aan vertrouwen hebben in elkaar.

4.1.9 Voorbereiding

Als het gaat om de artsenvisite, werd door de beide doelgroepen voorbereiding als belangrijke voorwaarde gezien voor effectieve communicatie. Dit kan doordat verpleegkundigen goed op de hoogte van de toestand van de patiënt. Andersom verwachtte verpleegkundigen ook die goede voorbereiding van een arts.

'Effectiviteit vind ik als een arts weet over welke patiënt die het heeft, wie heeft hij voor zich. Dat hij zelf al bekeken heeft alle informatie die hij uit zijn gegevens kan halen. En dat hij eigenlijk al wel weet hoe die patiënt ervoor staat.' (Verpleegkundige)

'Dus het is voor ons (...) veel efficiënter als je (...) allebei op de hoogte bent van wat er tot dan toe gespeeld heeft. Dat maakt de communicatie efficiënter.' (Arts in interview)

Door de goede voorbereiding kan de communicatie zo doelmatig en effectief mogelijk verlopen. Hierbij wordt voldaan aan het doel van de visite, namelijk het opstellen van duidelijk beleid rondom de patiënt. Daarnaast benoemde een arts dat door een goede voorbereiding op de visite, vragen al zoveel mogelijk gecombineerd kunnen worden. Hierdoor is het voor verpleegkundigen niet nodig de arts naderhand nog te bellen, wat voor beiden scheelt in werkdruk:

'Niet dringende vragen combineren en in eenmaal vragen.' (Arts in schriftelijke reactie)

Ook betrokkenheid speelt een rol bij een goede voorbereiding. Artsen vinden betrokkenheid vanuit de verpleegkundige belangrijk, zodat deze op de hoogte is van de toestand van de patiënt. Hierbij speelt het hebben van een empathische beroepshouding een belangrijke rol. Als laatste behoort volgens de artsen een goede verpleegkundige overdacht ook tot effectieve communicatie. De startende verpleegkundige is dan goed ingelezen en kent de

situatie van de patiënt, zodat deze vervolgens in staat is de arts te informeren over de patiënt.

4.1.10 Doelmatigheid en effectiviteit

Artsen zagen doelmatigheid en effectiviteit van communicatie als heel belangrijk. Eenmaal werd het voorbeeld gegeven van een acute situatie. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van een communicatiemodel als de SBARR. Vooral het herhalen van de boodschap bleek als belangrijk gezien te worden, om te controleren of een boodschap duidelijk overgekomen is. In een acute situatie werd dit als noodzakelijk gezien. Door het gebruik van een communicatiemodel kan de communicatie snel en concreet verlopen, wat de effectiviteit ervan bevordert, zo gaven meerdere artsen aan:

‘Als je druk bent en haast hebt. Dat je snel snel... voor je gevoel snel iets wilt overbrengen. Ik denk dat dat juist de momenten zijn dat een systematische manier van communiceren juist zou kunnen helpen. Want dan voorkom je onduidelijkheid en dan ben je sneller klaar dan dat je het probeert over te brengen.’ (Arts in interview)

Uit de interviews van verpleegkundigen kwam doelmatigheid naar voren in het thema voorbereiding. Door een goede voorbereiding wordt de visite doelmatiger.

4.1.11 Communicatiemiddelen

Verpleegkundigen waren kritisch over het verpleegkundig dossier, waardoor het thema communicatiemiddel veelvuldig door alleen verpleegkundigen werd benoemd. Het gebruik van één patiëntdossier voor zowel arts als verpleegkundige werd gezien als bevorderend voor de communicatie, zodat opnameverloop eenduidig geregistreerd wordt.

Enkele verpleegkundigen benadrukten dat de arts het beleid dient te rapporteren in het verpleegkundig dossier, zodat het mogelijk is om na afloop van de visite afspraken door te lezen en vast te leggen. Wanneer de verpleegkundige het beleid rapporteert in het verpleegkundig dossier, moet de arts akkoord geven voor ingevoerde afspraken, zodat gecontroleerd wordt of een boodschap inderdaad duidelijk overgekomen is.

4.1.12 Communicatiemodellen

In de meeste interviews van zowel artsen als verpleegkundigen kwam naar voren dat meer gebruik gemaakt zou moeten worden van een communicatiemodel als de SBARR (zie 1.1.2). Volgens verpleegkundigen maakte dit communicatie effectiever, doordat het ervoor zorgt dat een vraag voor de arts concreet geformuleerd wordt. Het helpt om onderscheid te maken in hoofd- en bijzaken.

4.1.13 Organisatie

Al eerder werd benoemd dat het elkaar kennen de effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen bevordert. Verpleegkundigen zouden graag zien dat ze meer gekoppeld werden aan een vaste arts, waardoor meerdere dagen achtereen dezelfde personen visite lopen met elkaar. Enkele verpleegkundigen benadrukten dat het hebben van een vaste werkindeling bevorderend is voor de communicatie. Zo zou voor verpleegkundigen en artsen een vaste volgorde van visite lopen afgesproken kunnen worden, wat zorgt voor duidelijkheid en structuur. Artsen hebben dit thema niet benoemd in de interviews.

4.1.14 Werkdruk

Tot slot werd het thema werkdruk door beide doelgroepen benoemd. Artsen gaven in een schriftelijke reactie aan dat het hebben van weinig werkdruk een effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen kan bevorderen. Verpleegkundigen benoemden dat ze de werkdruk van artsen als hoog inschatten. Hiermee probeerden ze rekening te houden door het stellen van prioriteiten:

'En dan denk ik, moet ik dit nu (...) vragen of kan ik daar ook vanmiddag een assistent voor vragen. Weet je, dan kan ik het ook vanmiddag vragen. Maar als het belangrijk is...' (Verpleegkundige)

4.2 Belemmerende factoren in communicatie

4.2.1 Persoonlijke factoren

Persoonlijke factoren kunnen ook als belemmerend worden ervaren in de communicatie tussen arts en verpleegkundige. Verpleegkundigen gaven aan soms een hoge drempel te ervaren om een arts te benaderen. Deze hoge drempel die als mogelijke gevoelens van angst kunnen worden omschreven, spelen bij de verpleegkundige mee in de communicatie met de arts. Angst werd volgens verpleegkundigen veroorzaakt door onprettige ervaringen in het verleden, maar ook een bepaalde vorm van angst om aan te geven dat de communicatie op dat moment niet prettig verloopt. Daarnaast gaven verpleegkundigen verschillende malen aan artsen met een bepaalde voorzichtigheid te benaderen. Dit werd niet altijd expliciet benoemd:

'Ja, dan zeg ik, ik zie dit en dit staan. Klopt dat? Op zo'n manier probeer ik het dan altijd maar een beetje luchtig te houden.' (Verpleegkundige)

De angst wordt verminderd door goed voorbereid te zijn op de communicatie, zo benoemden verpleegkundigen:

'Ik ben op mijn hoede als ik een specialist benader. Dat is absoluut waar. Terwijl ik denk dat ik goed voorbereid ben en kan anticiperen. Maar ik ben altijd voorbereid.' (Verpleegkundige)

Als tegenhanger werd genoemd de assertiviteit van een verpleegkundige. Wanneer een verpleegkundige assertief is, speelt er ook minder angst in de communicatie. Dit is eveneens bevestigd in de vorige paragraaf. Een verpleegkundige geeft hierover het volgende weer:

'Oh ik weet nog wel, toen ik net van school kwam, dan zag ik er als een berg tegenop als ik een dokter moest bellen. Dan dacht ik echt van, oh... Dat is je eigen drempel. Voor mijn gevoel moest ik dé dokter vragen.' (Verpleegkundige)

Artsen zeggen begrip te hebben voor de drempel die verpleegkundigen kunnen ervaren om artsen te benaderen. Artsen gaven aan dat onzekerheid vanuit verpleegkundigen een rol hierin kan spelen:

'Weet je, er zullen vast bepaalde artsen zijn die daar heel bot en heel lomp mee omgaan en je hebt natuurlijk... als dat een keer gebeurt, dan zit de schrik er in en dan ontstaat die drempel. Dat is natuurlijk wel verkeerd' (Arts in interview)

4.2.2 Werkervaring en kennisniveau

In het vorige hoofdstuk werd het kennisniveau en werkervaring als een bevorderende factor genoemd, maar deze werd eveneens als een belemmerende factor omschreven. Het ging hierbij om zowel onkunde bij de arts als verpleegkundige. Verpleegkundigen gaven aan dat artsen soms een onjuiste inschatting van het kennisniveau van een verpleegkundige maken. Ook het kennisniveau van de artsen is soms ongelijk. Daarnaast is het verschil in kennisniveau tussen arts en verpleegkundige niet bevorderend. Zoals ook in paragraaf 4.1.2 weergegeven helpt werkervaring om bovengenoemde beter op elkaar af te stemmen. Een verpleegkundige heeft hierover het volgende omschreven:

'Het meest effectief is als je op één lijn zit, je praat allebei dezelfde taal, dus je kennisniveau moet hetzelfde zijn, of nagenoeg hetzelfde' (Verpleegkundige)

Artsen gaven in schriftelijke reacties aan een gebrek aan kennis bij de verpleegkundige als belemmerend te ervaren voor een effectieve communicatie. Hierdoor neemt het vertrouwen in elkaars expertise af, wat kan zorgen voor ergernis.

4.2.3 Wederzijds respect

Verpleegkundigen noemden de communicatie niet effectief wanneer ze zich niet gehoord voelden door artsen. Dit was volgens verpleegkundigen het geval wanneer artsen geen rekening hielden met hun werkzaamheden. Verder noemden verpleegkundigen een ongeïnteresseerde houding, het niet toegeven van fouten of gebrek aan betrokkenheid als belemmerend. Gebrek aan wederzijds respect kan hier gezien worden als overkoepelend thema, als het gaat om belemmerende factoren in communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Dit thema van wederzijds respect kwam, evenals in de bevorderende factoren, alleen in een klein gedeelte terug in de interviews met de artsen.

4.2.4 Gelijkwaardigheid en beeldvorming

Naast het ontbreken van wederzijds respect gaven verpleegkundigen aan niet altijd gelijkwaardigheid te ervaren in het contact met de arts, wat soms als denigrerend ervaren werd:

'Ik vind het vervelend om als een klein kind benaderd te worden. Terwijl dat niet terecht is.' (Verpleegkundige)

De toegankelijkheid van een arts bepaalde de gelijkwaardigheid tussen verpleegkundige en arts. Uit interviews bleek dat verpleegkundigen het als belemmerend ervaren wanneer ze niet mogen meedenken over het beleid rondom de patiënt. Hierdoor werd een bepaalde autoriteit of hiërarchie worden ervaren. De gelijkwaardigheid werd anderzijds ook wel eens gehinderd door een bepaalde beeldvorming die de verpleegkundige van een arts heeft. Verpleegkundigen gaven aan dat vooral een beginnend verpleegkundige artsen soms ziet als hoger geplaatste in hiërarchie, zoals ook naar voren kwam in het citaat op de vorige bladzijde. Dit belemmert communicatie en maakt gelijkwaardigheid tussen artsen en verpleegkundigen moeilijker, zo gaven verpleegkundigen aan tijdens interviews. De artsen die deelnamen aan de interviews herkende het beeld van hiërarchie niet. Wel noemde een arts dat gelijkwaardigheid niet altijd belangrijk is, zolang er maar wederzijds respect is.

4.2.5 Mate van openheid

Een andere belemmerende factor in communicatie met de arts was voor veel verpleegkundigen het gebrek aan openheid. Dit was volgens verpleegkundigen vooral het geval wanneer artsen opdrachten niet duidelijk kenbaar maken:

‘...en dan kom je tot een beleid waarvan de verpleegkundige denkt: Hoe is die daar gekomen... Dus echt, voor de arts-assistent vind ik het dan belangrijk dat ze gewoon uitleggen waarom ze bepaalde dingen doen.’ (Verpleegkundige)

Ook was dit het geval wanneer de arts niet open is over eigen kennisniveau of wanneer verpleegkundigen het idee hebben niet terecht te kunnen bij de arts. Daarnaast werd openheid soms gemist wanneer feedback indirect terug wordt gegeven aan de arts. Ook gaven verpleegkundigen aan dat het als onprettig ervaren wordt, wanneer er geen ruimte is om opdrachten terug te koppelen. Een voorwaarde voor bovengenoemde thema's; wederzijds respect, gelijkwaardigheid en mate van openheid, is dat men elkaar goed kent en voorbereid is op de communicatie, zoals ook is aangegeven in de bevorderende factoren door artsen en verpleegkundigen. Een gebrek aan die voorwaarde werkt belemmerend voor een effectieve communicatie, zo bleek uit de interviews.

4.2.6 Doelmatigheid en effectiviteit

Doelmatigheid is vooral een thema dat door de artsen benoemd werd. Het ging hierbij om het slecht voorbereid zijn op het contact met de arts, waarbij de verpleegkundige bijvoorbeeld onvoldoende op de hoogte is van gemaakte afspraken. Dit komt de doelmatigheid en effectiviteit van de communicatie niet ten goede. Doelmatigheid werd door artsen wel gezien als belangrijk:

‘Wat wel zo is, is dat er soms wel momenten zijn, dat ik denk, is dit nou echt nodig om mij hiervoor te bellen. Of is het nodig om dit met mij te delen?’ (Arts in interview)

Hierbij werd ook de eigen rol van artsen benoemd:

‘En een ander punt, en dat ligt niet zozeer bij de verpleegkundige, maar bij het feit dat wij soms ook wel snel doorlopen. Dan hebben we het opgeschreven en loop ik tien minuten later naar de afdeling. Ja, dan is het voor een verpleegkundige niet altijd mogelijk geweest, (...) om dat verhaal er al in te hebben zitten. Dus dat is soms wel eens een reden dat het mis gaat.’ (Arts in interview)

De momenten van overdracht bleken door artsen soms als belemmerend te worden ervaren. De verpleegkundige heeft aan het eind van een dienst taken overgedragen aan een collega, maar deze is dan soms onvoldoende ingelezen. Een onvolledige overdracht of voorbereiding werkt dan belemmerend voor de communicatie met verpleegkundigen, zo gaven artsen aan bij interviews. Daarnaast werd benoemd dat het als belemmerend ervaren wordt wanneer er door verpleegkundigen te vaak gebeld wordt met niet dringende vragen. Dit staat doelmatigheid en effectiviteit van het contact met de arts in de weg.

4.2.7 Communicatiemiddelen

Het thema communicatiemiddel is eveneens een veel genoemd item in de belemmerende factoren. Vooral verpleegkundigen zien het huidige systeem waarmee gecommuniceerd wordt als belemmerend. Dit kwam vooral doordat artsen een ander systeem gebruiken voor rapporteren dan verpleegkundigen. Hierdoor verloopt de communicatie niet efficiënt en doelmatig, omdat de opdrachten niet of onvoldoende worden gedocumenteerd en geaccordeerd. Verpleegkundigen gaven aan dat het gevolg hiervan is dat het beleid niet duidelijk is, waardoor er miscommunicatie ontstaat en de verpleegkundige soms onnodige vragen moet stellen aan de arts:

'Weet je, ik denk dat er door ons computersysteem soms enorm veel ruis zit, omdat er je gewoon niet alles weet. Soms moet je vier, vijf, zes dagen terugzoeken om te zien wat de afspraken waren of wat dan ook. Dan kan ik dat zo gauw 's morgens niet vinden.' (Verpleegkundige)

Artsen hebben over dit thema niet veel gezegd. Mogelijk speelt dit probleem minder bij hen als bij de verpleegkundigen.

4.2.8 Werkdruk

Werkdruk was een thema dat veel benoemd werd in dit onderzoek. Te hoge werkdruk werd als belemmerend ervaren. Verpleegkundigen gaven aan dat het door werkdruk soms niet mogelijk is om goed voor te bereiden op de visite of de arts vragen te stellen. Uit interviews bleek dat de hectiek waar verpleegkundigen en artsen mee te maken hebben belemmerend kan werken. Hectiek uit zich meestal in communicatie die wordt verstoord door telefoon of door vragen van een collega/patiënt, zo gaven verpleegkundigen aan:

'Zijn ze aan het bellen en dan vraag je wat en ondertussen gaat de telefoon en dan zijn ze weer afgeleid. Andersom ook hoor, ik bedoel, wij worden ook gebeld tijdens de artsenvisite.' (Verpleegkundige)

Hierbij kwam, evenals bij de interviews met verpleegkundigen, tijdsdruk naar voren. Door tijdsdruk wordt er minder naar elkaar geluisterd en worden alleen hoognodige zaken besproken, zo gaven artsen aan. De SBARR zou hierin van betekenis kunnen zijn. Artsen gaven evenals verpleegkundigen aan dat deze niet altijd gebruikt wordt:

'Kan beter van twee kanten hoor, want ik denk dat wij als dokters veel te weinig nog daar ook ervaring mee hebben en dus ook te weinig actief zoeken, stimuleren dat er op die manier gecommuniceerd wordt. En de andere kant op ook hetzelfde eigenlijk, dat we nog weinig... het is weinig standaard nog, dus.' (Arts in interview)

4.2.9 Communicatiemodellen

Artsen en verpleegkundigen gaven in het onderzoek aan dat gebruik van de SBARR de effectiviteit van de communicatie positief kan beïnvloeden. Beiden gaven echter aan de SBARR niet altijd te hanteren. Dit bleek vooral te komen door gebrek aan ervaring met het communicatiemodel. Hierdoor mist er, juist op momenten van hoge werkdruk, structuur in de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen.

4.2.10 Organisatie

Verpleegkundigen hebben aangegeven dat de organisatie van contactmomenten met de arts verbeterd zou moeten worden. Ze bleken het als belemmerend te zien om te maken te hebben met veel verschillende artsen. Ook bleek de organisatie van contactmomenten soms drempelverhogend te werken, bijvoorbeeld tijdens nachtdiensten:

'Moet ik hier nu wel voor bellen... Heb ik zelf mogelijkheden om het te voorkomen... dan bel je voor een primperannetje de dokter uit bed.' (Verpleegkundige)

Hierdoor zouden frustraties en ergernissen kunnen ontstaan. Daarnaast bleek uit interviews dat contactmomenten niet altijd effectief georganiseerd zijn voor verpleegkundigen. Dit bleek dan onder andere om het tijdstip van de visite te gaan. Verpleegkundigen zeiden het prettig te vinden wanneer dagelijks dezelfde begintijd gehanteerd wordt, zodat zowel verpleegkundigen als artsen hierop kunnen anticiperen. Ook ging het in enkele gevallen om het aantal artsen waarmee visite gelopen moet worden:

‘Dat ik niet als ik vijf patiënten heb, met vier verschillende artsen visite moet lopen, want daar gaat echt heel veel tijd in zitten...’ (Verpleegkundige)

Artsen hebben in de interviews niet aangegeven of zij deze structuur in de organisatie ook als belemmerend ervaren.

4.2.11 Opleiding

Verder werd in het onderzoek gevraagd naar aandacht voor communicatie tussen artsen en verpleegkundigen in de opleiding. Geen van de geïnterviewde verpleegkundigen of artsen gaven aan dat hier aandacht voor geweest is:

‘Nou, niet eigenlijk. Niet tot nauwelijks. Ik kan me niet herinneren dat ik daar richtlijnen voor heb gehad.’ (Verpleegkundige)

‘Kan ik me niet meer herinneren eigenlijk. Wel genoeg gesprekstechnieken, maar allemaal met de patiënt en niet met de arts. (...) We leren het nu vooral in de praktijk inderdaad...’ (Verpleegkundige)

4.3 Suggesties en aanbevelingen

4.3.1 Werkervaring en kennisniveau

In interviews kwam naar voren dat het voor verpleegkundigen van belang is om te werken aan hun eigen kennisniveau. Door te grote verschillen in kennisniveau tussen verpleegkundigen, is het voor artsen niet altijd duidelijk wat wel en niet verwacht kan worden van een verpleegkundige. Ook kan meer kennis van bijvoorbeeld klinisch redeneren eraan bijdragen dat artsen op tijd ingeschakeld worden met een concrete vraag.

Verpleegkundigen gaven aan dat er meer openheid zou mogen zijn in het contact tussen verpleegkundigen en artsen. Hier bleken ze zelf soms moeite mee te hebben:

‘Toen vond die arts dat heel vervelend, dat ik dat niet gelijk had gezegd, dat ik hem niet had onderbroken. Had gewoon gemogen... Wat is dat voor cultuurtje dat je me niet gelijk hebt aangesproken daarop. Nou, dat moest toch maar eens gauw veranderen.’ (verpleegkundige)

4.3.2 Elkaar kennen

Al eerder werd benadrukt dat elkaar kennen de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen effectiever kan maken. Een verpleegkundige deed de suggestie dat nieuwe arts-assistenten of co-assistenten op de afdeling zich zouden kunnen voorstellen aan het team van verpleegkundigen. Ze zouden dan meteen kennis kunnen maken met de werkwijze op de afdeling, wat de communicatie in de toekomst ten goede kan komen, zo gaf de verpleegkundige aan.

4.3.3 Personeelswisseling

Personeelswisselingen werden door verpleegkundigen als onprettig ervaren. Zij gaven aan dat het zou kunnen helpen om een vaste ‘flexpool’ per afdeling te hebben, zodat ook flexibel werkende verpleegkundigen scholing kunnen krijgen om hun kennisniveau te verhogen. Daarnaast ging het om verlagen van de werkdruk. Door hoge werkdruk is er weinig tijd voor effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen:

‘De rol van arts-assistenten.(...) Dat kun je als ziekenhuis echt verbeteren. Meer mensen aannemen, minder hoge werkdruk.’ (Verpleegkundige)

4.3.4 Communicatiemodellen

Er werd aanbevolen meer aandacht te hebben voor het gebruik van communicatiemodellen als de SBARR. Dit kan bijdragen aan effectieve communicatie, zo bleek uit paragraaf 4.2. Toch worden deze modellen onvoldoende gebruikt. Een arts benoemde het belang van scholingen rondom gebruik van de SBARR. Het zou bijvoorbeeld zinvol zijn om ermee te oefenen in acute situaties, zodat artsen en verpleegkundigen meer vertrouwd raken met het gebruik van een communicatiemodel. Vaste structuren zouden daarnaast ook zinvol kunnen zijn bij bijvoorbeeld overdenken:

'Ik denk dat het goed zou zijn als er bepaalde structuren worden aangehouden bij bepaalde momenten. Bij visite lopen een vaste structuur, bij overdracht aan het bed een vaste structuur. Als we dat allemaal op dezelfde manier doen, denk ik dat de kans van het verliezen van informatie het minste is, het kleinste is.' (Arts in interview)

4.3.5 Organisatie en communicatiemiddelen

Vaste structuren, ook voor bijvoorbeeld de artsenvisite, kunnen bijdragen aan effectieve communicatie, zo gaven veel verpleegkundigen aan. Ook vertelden verpleegkundigen in interviews dat communicatiemiddelen beter zouden kunnen. Er zou ziekenhuisbreed één patiëntdossier moeten zijn waarin zowel artsen en verpleegkundigen rapporteren.

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen de conclusie, discussie en aanbevelingen van dit onderzoek worden weergegeven. De conclusie geeft antwoord op de hoofdvraag door middel van resultaten die verzameld zijn in het literatuuronderzoek en praktijkonderzoek. Hieronder zal de hoofdvraag worden herhaald, met bijbehorende deelvragen.

Welke factoren zijn van invloed op een effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen?

- Welke bevorderende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden beschreven in de literatuur?
- Welke belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden beschreven in de literatuur?
- Welke bevorderende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden benoemd door verpleegkundigen en artsen?
- Welke belemmerende factoren voor effectieve communicatie tussen verpleegkundigen en artsen worden benoemd door verpleegkundigen en artsen?
- Welke suggesties en aanbevelingen doen verpleegkundigen en artsen om communicatie tussen verpleegkundigen en artsen effectiever te maken?

5.1 Conclusie

De conclusie zal op drie verschillende niveaus worden beschreven. Het gaat hierbij om de intern persoonlijk, extern interpersoonlijk en organisatorische niveaus, die hieronder worden toegelicht.

5.1.1 Indeling in drie niveaus

De thema's die uit het praktijkonderzoek naar voren kwamen, konden niet allemaal gerangschikt worden onder de twee niveaus die beschreven zijn in paragraaf 2.5.2. Er werden namelijk veel thema's benoemd die betrekking hadden op organisatorisch gebied. Het ging hierbij om thema's zoals werkdruk en beleid. De eerste twee niveaus zijn gebaseerd op het systeem van Neuman. Voor dit laatste niveau geldt dat het eveneens kan worden verantwoord door de manier waarop Neuman ordening maakt in beïnvloedende factoren (Verberk & Kuiper, 2002). Hierbij gaat het om de omgeving die beïnvloed wordt door externe factoren. Het organisatorisch niveau kan dus worden gezien als externe factor die van invloed is op de communicatie.

5.1.2 Intern persoonlijke factoren

Communicatie tussen artsen en verpleegkundigen wordt beïnvloed door de mate toegankelijkheid. Verpleegkundigen gaven aan een hoge drempel te ervaren wanneer er in het verleden negatieve ervaringen waren opgedaan in het contact met artsen. Negatieve ervaringen bleken angst en onzekerheid bij verpleegkundigen te veroorzaken. Artsen herkenden deze hoogdrempeligheid voor een deel. Ze gaven in interviews aan dat persoonlijke eigenschappen als luisterhouding en persoonlijkheid de communicatie positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden. Dit bleek zowel uit literatuur als praktijkonderzoek. Kennis bleek verder een beïnvloedende factor op communicatie tussen arts en verpleegkundigen. Over het algemeen kan gesteld worden dat meer kennis eraan bijdraagt dat artsen en verpleegkundigen 'dezelfde taal' spreken, waardoor effectiever gecommuniceerd wordt. Berendsen (2010) heeft bevestigd dat een hoger kennisniveau bijdraagt aan het tot stand komen van effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Ook binnen Excellente Zorg wordt veel waarde gehecht aan het kennisniveau. Vakmensen die werken volgens de laatste inzichten van de wetenschap,

bleken de beste zorg te leveren (Brouwer & Kieft, 2013). Bovendien bleek kennis bij te dragen aan effectieve communicatie, waardoor de relatie tussen artsen en verpleegkundigen verbeterd wordt. Dit is ook een belangrijk doel binnen Excellente Zorg (Brouwer & Kieft, 2013).

5.1.3 Extern interpersoonlijke factoren

Op interpersoonlijk niveau bleken meerdere factoren van invloed op de effectiviteit van de communicatie. Hierbij ging het om mate van openheid en gelijkwaardigheid. Hoe meer gelijkwaardig en open de communicatie, hoe effectiever deze is, zo bleek uit onderzoek. Op basis daarvan komt wederzijds respect tot stand, wat door zowel artsen als verpleegkundigen gezien werd als belangrijk. Deze factoren, gelijkwaardigheid, openheid en wederzijds respect zijn ook in de literatuur benoemd als voorwaarden voor effectieve communicatie (Douma, 2008). Daarnaast is gebleken dat de communicatie beter verloopt wanneer men elkaar kent. Dit werd ook in de literatuur als bevorderend benoemd. Want wanneer artsen en verpleegkundigen elkaar kennen, zijn ze beter op de hoogte van elkaars professionele rol (Gerritsen, 2008). Tot slot bleken meer praktische factoren van invloed. Verpleegkundigen en artsen bleken communicatie als effectiever te ervaren wanneer ze goed voorbereid waren op het contact. De beïnvloedende factoren zijn in verband gebracht met Excellente Zorg. Een goede relatie tussen artsen en verpleegkundigen kan tot stand komen door de bevorderende factoren als openheid, gelijkwaardigheid en wederzijds respect toe te passen in de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen (Brouwer & Kieft, 2013). Hierdoor verloopt samenwerking effectiever, waardoor betere kwaliteit van zorg geleverd kan worden aan de patiënt (Ricker & Giovannetti, 2005).

5.1.4 Organisatorische factoren

Een aantal factoren op organisatorisch niveau zijn van belang wanneer men wil spreken van effectieve communicatie. Beide doelgroepen hebben te kennen gegeven dat te hoge werkdruk voor zowel artsen als verpleegkundigen een negatieve uitwerking heeft op de communicatie. Er ontstaat zo gemakkelijker ruis door allerlei afleidende factoren. Het efficiënt organiseren van de visite, door bijvoorbeeld vaste momenten en indelingen af te spreken, kan de werkdruk en ruis omlaag brengen. Artsen en verpleegkundigen blijken dan beter te weten waar ze aan toe zijn, wat rust brengt in de drukte. Daarnaast is eveneens door beide doelgroepen benoemd dat het communicatiemiddel dat men momenteel hanteert binnen Isala, onhandig en onduidelijk is. Momenteel wordt er namelijk gewerkt met minstens twee patiëntendossiers, wat voor inefficiënte communicatie zorgt. De SBARR wordt volgens zowel artsen als verpleegkundigen te weinig gebruikt in de communicatie. Dit is jammer, want de literatuur toont aan dat het gebruik van de SBARR juist bijdraagt aan effectieve communicatie (Fuchshuber & Greif, 2012). Verder kan de aandacht voor communicatie in de opleiding van invloed zijn op de effectiviteit van communicatie. Uit onderzoek van Nestel & Kidd (2006), blijkt dat gezamenlijke training van beide beroepsgroepen bijdraagt aan een positief en veilig klimaat voor communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Binnen Excellente Zorg wordt waarde gehecht aan het zorgen voor een goede werkomgeving, waardoor arbeidstevredenheid, arbeidsproductiviteit en kwaliteit van zorg toenemen. Wanneer de communicatie op effectieve wijze georganiseerd wordt, verbetert de werkomgeving. Uit de literatuurstudie bleek dat arbeidstevredenheid, arbeidsproductiviteit en kwaliteit van zorg in verband staan met elkaar. Tevreden medewerkers bleken productiever te zijn in hun werk en leverden meer kwaliteit (Brouwer & Kieft, 2013).

5.2 Methodologische discussie

5.2.1 Aantal respondenten

In dit onderzoek zijn artsen en verpleegkundigen werkzaam op verschillende afdelingen binnen Isala te Zwolle geïnterviewd. Deze twee groepen vormen de populatie. Voor het onderzoek zijn echter veertien verpleegkundigen geïnterviewd, tegenover drie artsen. Een aantal artsen heeft schriftelijk gereageerd, waarmee het totale aantal respondenten onder artsen in het onderzoek op zeven komt. De verdeling tussen het aantal verpleegkundigen en artsen is dus niet evenwichtig te noemen. In het onderzoek is geen sprake van populatiegeldigheid, omdat de steekproef onder artsen geen volledige afspiegeling kan vormen. Hierdoor zijn onderzoeksresultaten niet te generaliseren naar een grote groep (Verhoeven, 2014). Volgens Verhoeven (2014) wil dit niet meteen zeggen dat het onderzoeksresultaat daarmee onbruikbaar is, omdat het juist bij kwalitatief onderzoek niet in de eerste plaats gaat om generaliseerbaarheid van resultaten. Het doel van dit onderzoek was een verkenning te doen naar bevorderende en belemmerende factoren rondom communicatie tussen verpleegkundigen en artsen. Dit doel is behaald. Dit maakt het onderzoeksresultaat toch bruikbaar. Er is ook geprobeerd de bruikbaarheid zo groot mogelijk te maken door contact met de opdrachtgever te onderhouden (Verhoeven, 2014). Er is steeds overleg geweest om het resultaat bruikbaar voor de opdrachtgever te maken.

5.2.2 Werkdruk

De respondenten zijn geïnterviewd onder werktijd. Vrijwel alle respondenten gaven aan te maken te hebben met hoge werkdruk. Het is de vraag in hoeverre dit iets zegt over de betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten. Respondenten zouden door werkdruk zelf ook afgeleid kunnen zijn tijdens hun deelname aan het interview. Ook konden de interviews hierdoor soms minder lang duren, omdat de respondent niet meer tijd had. Volgens Baarda & De Goede (2001) leidt een rumoerige omgeving respondenten af, waardoor ze moeilijker vragen kunnen beantwoorden. Er is voor gekozen om voor zoveel mogelijk rust te zorgen tijdens interviews. Interviews vonden bij voorkeur plaats aansluitend aan werktijden, zodat de respondent niet meer of nog niet in functie was. Ook zijn gesprekstechnieken, bijvoorbeeld tussendoor samenvatten, toegepast om ervoor te zorgen dat de respondent zo min mogelijk afgeleid werd (Evers, 2007). Bovendien was het ook noodzakelijk om respondenten tijdens of rondom hun werktijd te interviewen. Dit om de laagdrempeligheid voor deelname aan het onderzoek te vergroten.

5.2.3 Sneeuwbalmethode

De respondenten zijn geworven middels de sneeuwbalmethode. Hierbij is gebruik gemaakt van eigen netwerk van collega's en stagebegeleiders (Verhoeven, 2014). Verhoeven (2014) geeft aan dat bij de sneeuwbalmethode sprake is van een niet-representatieve steekproef die niet willekeurig is samengesteld. Hierdoor zijn onderzoeksresultaten niet generaliseerbaar. Zoals hierboven beschreven is generaliseerbaarheid ook geen hoofddoel geweest van het onderzoek. Het ging erom respondenten te vragen om hun beleving rondom communicatie, om op basis daarvan aanbevelingen te doen naar de organisatie. Aan dit doel is voldaan. Daarnaast heeft het werken met de sneeuwbalmethode ook positieve effecten gehad. Verhoeven (2014) beschrijft dat het bij interviewen belangrijk is om te werken aan de relatie met de respondent, zeker waar het gaat om mogelijk gevoelige of persoonlijke informatie, zoals in dit onderzoek het geval was. Mogelijk was voor veel respondenten de drempel lager om die informatie te delen, omdat deze al bekend waren met de onderzoekers. De onderzoekers hebben respondenten geworven in hun eigen netwerk, door vooral oud-begeleiders te vragen. Respondenten hadden langere tijd werkervaring, hadden vervolgopleiding gehad en waren bekend met de organisatie. Dit zou de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten juist kunnen vergroten, omdat respondenten goed in staat waren de vragen te beantwoorden.

5.3 Inhoudelijke discussie

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat zowel verpleegkundigen als artsen meer gebruik zouden willen maken van een model als de SBARR (zie paragraaf 1.1.2). Hierdoor kunnen veranderingen in de klinische situatie van de patiënt snel en concreet uitgewisseld worden tussen verpleegkundige en arts (Bakker, 2013). Het gebruik van een methode als de SBARR vergroot de effectiviteit van de communicatie en kan fouten hierin voorkomen, zo bleek uit de literatuurstudie (Fuchshuber & Greif, 2012). De methode zou toegepast kunnen worden om, ondanks hoge werkdruk, toch een effectieve communicatie te behouden. Wat opvalt aan de SBARR is dat dit een heel medische benadering is, gericht op klinische symptomen (Bakker, 2013). Het gaat om fysiologie, om lichaamsstructuren en het functioneren hiervan. Dit zou een beperking kunnen zijn van veelvuldig gebruik van de SBARR in de gezondheidszorg. Het begrip *gezondheid* is begin 2015 opnieuw gedefinieerd als het vermogen zich aan te passen aan en regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele, sociale uitdagingen (Maastricht University, 2015). Hierbij staat de patiënt centraal, niet het specialisme. Het gaat niet enkel om ziektebestrijding, maar juist ook om gezondheidsbevordering (Gaag, 2015). Dit vormt een nieuwe uitdaging voor de gezondheidszorg, waarin eerder een technisch mensbeeld gehanteerd wordt. Post (2009) beschrijft dit als extrinsieke gezondheidszorg, waarbij de mens op een technische manier benaderd wordt, met fysieke problemen die 'gerepareerd' moeten worden. Een model als de SBARR zou dit in de hand kunnen werken. Er worden metingen gedaan, op basis waarvan beredeneerd wordt wat er met de patiënt aan de hand is.

Voor verpleegkundigen die werken in zo'n technische context is het belangrijk om verder te kijken dan dat. Vanuit de rol van zorgverlener in de intensief klinische zorg moet er ook aandacht zijn voor bijvoorbeeld psychosociale of spirituele aspecten en de patiënt hierin te begeleiden (Pool, Pool, & Veltman, 2005). Het is een verpleegkundige taak om stressoren in te schatten: de fysiologische, maar ook de psychologische of de ontwikkelingsbepaalde stressoren in de toestand van de patiënt (Verberk & Kuiper, 2002). De kennis rondom stressoren kan meegenomen worden in de communicatie met artsen. Dit zorgt ervoor dat er aandacht is voor de gehele persoon van de patiënt, met alle beïnvloedende factoren. Het voorkomt een eenzijdige kijk op de fysiologische toestand. Verpleegkundigen zijn dan in staat om de patiënt de beste zorg te geven. Op de lange termijn zal dit de kwaliteit van zorg verbeteren, wat aansluit bij het doel van Excellente Zorg (Brouwer & Kieft, 2013).

5.4 Aanbevelingen

5.4.1 Aanbevelingen op persoonlijk niveau

[Kennishierover](#)

Uit het onderzoek is gebleken dat kennisniveau en werkervaring bepalende factoren zijn, waarmee de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen staat of valt. Een suggestie die met name door verpleegkundigen genoemd werd, ging over openheid over kennisniveau. Die openheid zou miscommunicatie tussen artsen en verpleegkundigen kunnen voorkomen. Openheid zou bereikt kunnen worden door bijvoorbeeld bij het begin van de visite kort kennis te maken. Hierbij kunnen bijvoorbeeld co-assistenten, leerling-verpleegkundigen en nieuwe medewerkers aangeven dat ze nog niet het kennisniveau hebben dat mogelijk van hen wordt verwacht. Ook is in het onderzoek naar voren gekomen dat het kennisniveau in het algemeen soms niet voldoende is. Hierbij werd met name bedoeld op kennis rondom klinisch redeneren. Dit zou ondervangen kunnen worden door (meer) scholing aan te bieden op afdelingen. De scholing kan bijvoorbeeld worden voorbereid door een arts en/of verpleegkundige van de afdeling zelf. Hierdoor wordt er onderling kennis uitgewisseld, met als bijkomend voordeel dat medewerkers elkaar leren kennen. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

5.4.2 Aanbevelingen op interpersoonlijk niveau

Elkaar kennen

Zowel in de literatuur als in het praktijkonderzoek is gebleken dat communicatie effectiever verloopt wanneer medewerkers elkaar kennen (Berendsen, 2010). Artsen en verpleegkundigen die op dezelfde afdeling werken, zouden elkaar beter moeten leren kennen. Een verpleegkundige gaf aan dat nieuwe medewerkers zich op de afdeling zouden moeten laten rondleiden. Enerzijds raakt de nieuwe medewerker zo vertrouwd met de gang van zaken op de afdeling. Anderzijds leren de al werkzame medewerkers de nieuwkomer kennen. Dit maakt het contact in de toekomst laagdrempeliger. Ook kan kennis met elkaar gemaakt worden door middel van een korte, schriftelijke introductie. Door deze onder medewerkers te verspreiden, ontstaat bekendheid. Meerdere verpleegkundigen hebben aangegeven dat artsen en verpleegkundigen bijvoorbeeld af en toe gezamenlijke koffiepauzes zouden moeten hebben om meer in contact met elkaar te zijn. Door laagdrempelig contact worden stereotyperingen ten opzichte van elkaar verminderd (Gerritsen, 2008). De communicatie wordt op die manier gelijkwaardig en er ontstaat meer wederzijds respect (Nestel & Kidd, 2006).

Voorbeeldfunctie

Begeleiders van een verpleegkundige in opleiding of een arts assistent of coassistent, zouden zich meer bewust moeten zijn van hun voorbeeldfunctie rondom communicatie met anderen (Epstein, 2014). Dit is gebleken uit zowel de literatuurstudie als de interviews. Begeleiders kunnen voorbeeldgedrag laten zien, onder andere waar het gaat om effectieve communicatie, zodat leerlingen en assistenten dit over kunnen nemen (Lingard, L., 2002).

Voorbereiding en terugkoppeling

Artsen en verpleegkundigen zouden zich meer moeten richten op een goede voorbereiding op de communicatie met elkaar. Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de communicatie als veel effectiever ervaren wordt wanneer de betrokkenen goed voorbereid zijn en weten waar ze het over hebben. Dit betekent dat vooraf de tijd genomen is om het dossier van de patiënt goed in te lezen en eventuele vragen te noteren. Wat hierbij helpt, is om het visite lopen volgens een vast model te doen (Paalman & Geerts, 2014). Dit verkleint de kans op onvolledigheid en achteraf opnieuw moeten vragen, waarmee irritaties ten opzichte van elkaar voorkomen worden. Met name verpleegkundigen hebben aangegeven dat artsen wijzigingen in beleid niet altijd terugkoppelen, waardoor er onduidelijkheid ontstaat. Het blijft dus ook belangrijk om eventuele veranderingen in de patiëntsituatie te melden bij elkaar. Dit maakt de communicatie meteen effectiever en doelmatiger.

5.4.3 Aanbevelingen op organisatorisch niveau

Werkdruk

Zowel verpleegkundigen als artsen geven aan dat hoge werkdruk een belemmerend effect heeft op de effectiviteit van de communicatie. Door werkdruk is er onvoldoende tijd om de communicatie goed voor te bereiden en terug te koppelen. Uit literatuuronderzoek is daarnaast gebleken dat bij hoge werkdruk minder informatie uitgewisseld wordt. Medewerkers worden minder gemotiveerd om een bepaald communicatiemodel als de SBARR toe te passen (Hoiting, 2010). Zonder een goede communicatiestructuur kunnen communicatiefouten ontstaan. Vanuit de organisatie is het dus van belang te zorgen dat de werkdruk niet te hoog oploopt, omdat hierdoor meer fouten gemaakt worden. Dit zou kunnen door te (blijven) monitoren hoe medewerkers de werkdruk ervaren en tijdig maatregelen te nemen wanneer de druk te hoog wordt. Maatregelen zouden onder andere genomen kunnen worden door te zorgen voor vaste werkindelingen rondom het visite lopen. Zo weten artsen en verpleegkundigen waar ze aan toe zijn, waardoor niet onnodig gebeld hoeft te worden. De werkdruk wordt op die manier niet verder verhoogd.

Communicatiemodellen

Hierboven is beschreven dat medewerkers door hoge werkdruk minder gemotiveerd zijn een communicatiemodel als SBARR te gebruiken. Toch kan juist op zo'n moment gebruik van de SBARR de effectiviteit van de communicatie vergroten, waarmee miscommunicatie voorkomen wordt (Fuchshuber & Greif, 2012). De SBARR is een model dat al geïntroduceerd is in het ziekenhuis. Uit interviews met zowel artsen als verpleegkundigen is echter gebleken dat het model lang niet altijd gebruikt wordt. Dit lijkt nog onvoldoende geïmplementeerd in de organisatie. Verdere implementatie kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door meer scholing aan te bieden over de SBARR. Dit zou kunnen in de vorm van gezamenlijk onderwijs met zowel artsen als verpleegkundigen. Hiermee kan meteen ook bijgedragen worden aan het elkaar leren kennen (paragraaf 5.5.2) en het vergroten van kennis (paragraaf 5.5.1). Mogelijk is het een optie om een themamaand te organiseren rondom communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Effectieve communicatie houdt verband met hoge patiëntveiligheid (Liaschenko, 2007). De themamaand zou dus gekoppeld kunnen worden aan een van de thema's uit het veiligheidsmanagementsysteem (VMS).

Communicatiemiddelen

Binnen het ziekenhuis worden verschillende digitale programma's naast elkaar gebruikt om patiëntgegevens te verwerken. Verpleegkundigen hanteren Apenio en verwerken hierin opdrachten van de arts. Artsen gebruiken op hun beurt Eridanos of Cardiodanos om het beleid te vermelden. Van artsen wordt verwacht dat ze opdrachten in Apenio zetten en accorderen. Dit wordt echter niet altijd zorgvuldig gedaan. Het gebruik van verschillende systemen voor artsen en verpleegkundigen leidt tot onduidelijkheid over het beleid rondom de patiënt. Hierdoor worden opdrachten soms niet of niet volledig uitgevoerd of kost het veel tijd om opdrachten terug te vinden. Het zou aan te raden zijn om één elektronisch patiëntendossier (EPD) te hanteren waarin zowel artsen als verpleegkundigen rapporteren. Opdrachten van de arts zijn dan meteen geaccordeerd. Ook is het voor de verpleegkundige beter inzichtelijk om welke opdrachten het gaat. Dit kan irritatie en ergernis voorkomen. Verpleegkundigen hoeven minder lang te zoeken naar opdrachten. Voor artsen zijn patiëntgegevens als metingen, anamneses of rapportages, meteen inzichtelijk. Zo kan sneller en gemakkelijker een totaalbeeld gevormd worden van de gezondheidstoestand van de patiënt.

Opleiding

Het is opvallend te noemen dat er in de opleiding tot arts of verpleegkundige weinig aandacht wordt besteed aan onderlinge communicatie. Door effectieve communicatie verbetert de patiëntveiligheid (Liaschenko, 2007). Dat de communicatie tussen arts en verpleegkundige effectiever kan, is inmiddels naar voren gekomen in dit onderzoek. Het zou aan te bevelen zijn om artsen en verpleegkundigen gezamenlijke scholingen aan te bieden over het belang van communicatie. Dit kwam ook al naar voren onder het kopje *communicatiemodellen*. In de gezamenlijke scholing kan dan 'live' geoefend worden met communiceren door bepaalde casuïstiek te behandelen. Daarnaast zouden opleidingen tot verpleegkundige of arts anders ingericht kunnen worden. In de opleidingen is vaak wel aandacht voor communicatie. Deze aandacht is echter vooral gericht op communicatie met de patiënt en niet op communicatie met andere disciplines. Enerzijds zouden opleidingen dit

zelf kunnen veranderen, door als landelijke onderwijsinstellingen meer samen te werken. Anderzijds zou dit veranderd kunnen worden door gezamenlijk onderwijs op de stageplekken. Zo kunnen coassistenten en leerling-verpleegkundigen direct in de praktijk werken aan hun communicatie.

Vervolgonderzoek

In dit onderzoek zijn beïnvloedende factoren op communicatie tussen artsen en verpleegkundigen naar voren gekomen. Er zijn bevorderende en belemmerende factoren beschreven. Vervolgonderzoek kan gericht zijn op het ontwerpen en implementeren van een verbeterplan voor communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Ook zou verder praktijkonderzoek gedaan kunnen worden naar de gevolgen van effectiviteit van communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Dit kan gekoppeld worden aan een onderzoek naar hoe de ontslagprocedure van patiënten verbeterd kan worden. Mogelijk speelt hierbij communicatie een grote rol.

Bibliografie

- Baarda, B. et al. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Teunissen, J., & De Goede, M. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Baarda, D., & De Goede, M. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen/ Houten: p/a Wolters-Noordhoff bv.
- Bakker, M. (2013). *ProActive Nursing: klinisch redeneren in zes stappen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Barnett, S., & Pratt, S. (2010). Professionalism, Safety and Teamwork. In J. Ehrenfeld, & et al., *Anesthesia Student Survival Guide. A Case-Cased Approach*. (pp. 471-482). Springer.
- Berendsen, A. P. (2010). Conflict and conflict management in the collaboration between nurses and psysicians- a qualitative study. *Journal of interprofessional care*, 612-624.
- Boeije, H. H. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Brouwer, B. d., & Kieft, R. (2013, april). V&VN. Opgeroepen op oktober 30, 2014, van Excellente zorg: <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=rztGc3fDRfE%3d&tabid=3911&mid=9855>
- Brouwer, B., & Kieft, R. (2013). Vijf jaar excellente zorg. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 31-33. Opgehaald van Vijf jaar excellente zorg.
- Conigliario, J. (2014). Teamwork and communication. In A. Agrawa et al., *Patient Safety: a case-based comprehensive guide* (pp. 19-33). Springer.
- Dale, V. (2010). *Het groot woordenboek van Nederlandse taal*. Utrecht: Van Dale uitgevers.
- Douma, L. (2008). Samenwerken voor gevorderen. *Nursing*, 12-15.
- Epstein, N. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, 5: 295-303.
- Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: Kunst en kunde*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Fuchshuber, P., & Greif, W. (2012). Creating effective communication and teamwork for patient safety. In D. e. Tichansky, *The SAGES manual of quality, outcomes and patient safety* (pp. 93-104). Springer.
- Gaag, v. R. (2015). *Gezondheid bevorderen, niet alleen ziekte bestrijden*. Opgehaald van KNMG: <http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Columns/Column/147938/Gezondheid-bevorderen-niet-alleen-ziekte-bestrijden-1.htm>
- Gerritsen, A. N. (2008). Samenwerken is te leren! Maar hoe? *Tijdschrift voor medisch onderwijs*, 109-119.
- Hoiting, M. (2010). *Samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen*. Groningen: Studentenbureau UMCG publicaties Groningen.
- Isala Zwolle. (2014). *Isala*. Opgeroepen op 2014, van Hartklepoperaties: www.isala.nl
- Liaschenko, J. S.-P. (2007). Understanding Collaboration Between Nurses and Physicians as knowlegde at work. *American Journal of critical care*, 470-477.
- Lingard, L., e. (2002). Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room. *Medical Education Journal*, 36(8): 728-34.
- Maastricht University. (2015). *Nieuwe definitie van gezondheid ontwikkeld*. Opgehaald van Maastricht University: <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Main1/SiteWide/SiteWide4/NieuweDefinitieVanGezondheidOntwikkeld1.htm>
- Manser, T. M. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a differennce in patient outcome. *Swiss Medical Weekly* , 1-12.

- Matziou, V. e. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. Abstract. *Informa Healthcare*, Vol. 28. No. 6. Pag. 526-533.
- Neggers, H. (2008). Samenwerken kan veel beter. *Nursing*, 599-600.
- Nestel, D., & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, Vol. 5. No 1.
- Paalman, H., & Geerts, M. (2014). *Visite lopen: Communicatie tussen artsen en verpleegkundigen tijdens het visite lopen*. Zwolle: Isala Academie.
- Pool, A., Pool, C., & Veltman, F. (2005). *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*. Den Haag: NZIW.
- Post, D. (2009). *De derde weg. Een analyse en toekomstvisie vanuit vijftig jaar ervaring in de zorgsector*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Remmerswaal, J. (2006). *Handboek groepsdynamica. Een linleiding op theorie en praktijk*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research and Practice*, 74-84.
- Stil, J. (2008). Wat vinden we van elkaar? *Nursing*, 16-17.
- Swanborn, P. (2006). *Basisboek Sociaal Onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Verberk, F., & Kuiper, M. d. (2002). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model. Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2014). *Dossier Excellente Zorg*. Opgeroepen op december 15, 2014, van V&VN.

Bijlage 1 Zoekgeschiedenis

PubMed

History

[Download history](#)[Clear history](#)

Recent queries

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#4	Add	Search ((nurse) AND doctor) AND ward round	16	04:43:33
#3	Add	Search ((nurse) AND doctor) AND wardround	0	04:43:33
#2	Add	Search (excellent care) AND cooperation	146	04:41:52
#1	Add	Search ((cooperation) AND doctor) AND nurse	437	04:37:15

#4 bruikbaar, maar door technische storing geen artikelen kunnen downloaden

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#16	Add	Search "Case Reports"[pt]	1691800	05:20:31
#6	Add	Search ((teamwork) AND nurse) AND doctor	281	05:19:52
#14	Add	Search (((((communication) OR cooperation) AND nurse) AND doctor) AND improvement) OR improve	474110	05:17:49
#12	Add	Search (((communication) AND nurse) AND doctor) AND improve	530	05:05:31
#11	Add	Search ((communication) AND nurse) AND doctor	2989	05:04:30
#4	Add	Search ((nurse) AND doctor) AND ward round	16	04:43:33
#3	Add	Search ((nurse) AND doctor) AND wardround	0	04:43:33
#2	Add	Search (excellent care) AND cooperation	146	04:41:52
#1	Add	Search ((cooperation) AND doctor) AND nurse	437	04:37:15

#6 bruikbare artikelen, maar niet allemaal verkrijgbaar. Samenvattingen bewaard.

SpringerLink

- Gezocht op 'samenwerking' 'artsen' en 'verpleegkundigen.' --> Veel algemene artikelen (van Alma)
- 'Teamwork' AND 'nurse' AND 'doctor' AND 'communication' --> Artikel van onderzoek in Australië naar samenwerking, gezien vanuit vpk. --> Boek gevonden over medische fouten ([Joseph Conigliaro M.D., M.P.H., F.A.C.P.](#) in [Patient Safety](#) (2014)) - -> Nog een boek gevonden (The SAGES Manual of Quality, Outcomes and Patient Safety, 2012, pag 93-104) --> artikel 6 gevonden
- 2,852 **Result(s) for** 'hierarchy AND nurse AND doctor AND (communication)' --> teveel artikelen gevonden, toch gekeken: artikelen over ervaringen van vpk mbt communicatie met andere disciplines, knelpunten waar tegenaan gelopen wordt.

Bijlage 2 Topiclist bij interviews

Effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen

Bevorderende factoren

Interne, persoonlijke factoren

- Bewustzijn van eigen kwaliteiten

Externe, interpersoonlijke factoren

- Positief leiderschap vanuit top-down
- Positieve communicatie door openheid;
- Sociale motivatie en veiligheid in de groep;
- Interprofessionele samenwerking waarbij beroepsrollen duidelijk zijn voor iedereen;
- Wederzijds respect tussen beroepsgroepen;
- Positief voorbeeldgedrag vertonen;
- Gestructureerde communicatie aan de hand van methoden als SBAR.

Belemmerende factoren

Interne, persoonlijke factoren

- Negatieve beeldvorming van andere beroepsgroep.

Externe, interpersoonlijke factoren

- Hiërarchie-cultuur, waarbij statusverschillen een rol spelen;
- Onduidelijkheid over professionele rollen;
- Negatief gedrag vertonen, waardoor een vijandige omgeving gecreëerd wordt;
- Conflicten op de werkvloer;
- Beperkt opgeleid rondom communicatie met andere beroepsgroepen;
- Tijdsdruk.

Bijlage 3 Thema's voor analyse

1. Microniveau = intrapersoonlijk niveau

<i>Thema</i>	<i>Uitwerking</i>
A. Persoonlijke eigenschappen	Hierbij gaat het om eigenschappen die iemand aan zichzelf of aan een ander toeschrijft. Dat kan bijv. gaan om zelfverzekerdheid of om gemakzucht.
B. Werkervaring en kennisniveau	Hierbij gaat het om de werkervaring die iemand heeft binnen de organisatie. Het kennisniveau speelt hierbij een rol, er vanuit gaande dat een ervaren medewerker een hoger kennisniveau heeft, omdat deze meer bekend is met het specialisme.
C. Gevoelens	Hierbij gaat het om gevoelens die door een respondent benoemd worden. Het kan bijv. gaan om angst. Dit hoeft niet altijd expliciet zo beschreven te worden, maar kan ook meer indirect zijn.

2. Mesoniveau = interpersoonlijk niveau

<i>Thema</i>	<i>Uitwerking</i>
A. Wederzijds respect	Hierbij gaat het om respect dat betrokkenen tonen aan elkaar. Het gaat bijvoorbeeld om een goede luisterhouding laten zien of de ander serieus nemen in het contact.
B. Gelijkwaardigheid	Hierbij gaat het om de gelijkwaardigheid van het contact. Wat centraal staat is de vraag in hoeverre alle betrokkenen inbreng hebben en zich gehoord voelen in het contact.
C. Beeldvorming	Hierbij gaat het om de rol die betrokkenen elkaar toebedelen en welk beeld er bestaat ten opzichte van elkaar.
D. Mate van openheid	Hierbij gaat het om de vraag in hoeverre er sprake is van openheid in het contact. Hoe wordt er omgegaan met feedback? Kan deze direct uitgesproken worden?
E. Elkaar kennen	Hierbij gaat het erom dat betrokkenen elkaar kennen/ gezien hebben (meer dan alleen telefonisch contact).
F. Collegiale steun	Hierbij gaat het om de mogelijkheid tot collegiale steun, kunnen collega's gevraagd worden mee te denken? Is er steun binnen het team?
G. Voorbeeldgedrag	Hierbij gaat het om het tonen van voorbeeldgedrag naar leerlingen/ stagiaires of collega's toe.
H. Voorbereiding	Hierbij gaat het erom in hoeverre betrokkenen zich voorbereiden op het contact met anderen.
I. Terugkoppeling	Hierbij gaat het erom of gemaakte of gewijzigde afspraken naar elkaar teruggekoppeld worden.

J. Doelmatigheid en effectiviteit	Hierbij gaat het erom in hoeverre het doel van het contact bereikt wordt. Verloopt de informatieoverdracht efficiënt? Communiceren zender en ontvanger op dezelfde lijn?
-----------------------------------	--

3. Macroniveau = organisatie- en omgevingsniveau

<i>Thema</i>	<i>Uitwerking</i>
A. Werkdruk	Hierbij gaat het om de werkdruk die betrokkenen ervaren. Het gaat erom in hoeverre er tijd genomen kan worden voor de communicatie en om drukte op de afdeling.
B. Ruis	Hierbij gaat het om afleidende factoren, die zorgen voor ruis in de communicatie. Dit kan bijv. de telefoon zijn die steeds gaat of het gebrek aan een goede werkplek.
C. Communicatiemiddelen	Hierbij gaat het om beschikbare communicatiemiddelen. Dit gaat bijvoorbeeld om het verpleegkundig dossier, de mail of de telefoon.
D. Communicatiemodellen	Hierbij gaat het om het hanteren van een communicatiemodel tijdens het contact, bijvoorbeeld de SBARR of het ABCDE-model.
E. Opleiding	Hierbij gaat het om de vraag in hoeverre iemand geschoold is als het gaat om communicatie met verpleegkundige of arts.
F. Personeelwisseling	Hierbij gaat het om het verloop of wisselingen in personeel.
G. Organisatie	Hierbij gaat het om de wijze waarop contactmomenten tussen arts en verpleegkundige georganiseerd zijn. Dit kan bijvoorbeeld gaan om werkindeling.

Bijlage 4 Vragenlijst artsen

Geachte Arts-assistenten en specialisten,

Als arts heeft u samen met de verpleegkundige de verantwoordelijkheid om goede kwaliteit van zorg te leveren aan de patiënt. Een goede communicatie tussen u en de verpleegkundige is hierbij van groot belang. In het kader van dit thema willen we u dan ook vragen deel te nemen aan ons onderzoek, door bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Eveneens worden verpleegkundigen ook bevraagd over dit thema en we hopen samen met uw antwoorden een volledig beeld omtrent dit thema. Doel van het onderzoek is om uiteindelijk aanbevelingen te doen die bijdragen aan een effectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Het invullen van de vragenlijst zal maximaal 10 minuten in beslag nemen. Daarnaast stellen we het zeer op prijs als u bereid zou zijn om uw motivatie mondeling toe te lichten, hiervoor kunt u zelf de keuze maken.

We hopen op uw medewerking!

Met vriendelijke groet,
Rianne de Vries
Alma Dijks

Leerlingen HBO Verpleegkunde (duaal), vierdejaars.

Vragenlijst: Communicatie tussen artsen en verpleegkundigen

1. Wat zijn voor u **belemmerende** factoren in de communicatie met verpleegkundigen?
2. Wat zijn voor u **bevorderende** factoren in de communicatie met verpleegkundigen?

Bent u bereid uw motivatie mondeling toe te lichten?

☐	Ja
☐	Nee

Bijlage 5 Mail aan verpleegkundigen

Beste collega (naam),

Als verpleegkundige heb je samen met de arts de belangrijke verantwoordelijkheid om goede kwaliteit van zorg te leveren aan je patiënt. Een goede communicatie tussen jou en de arts is hiervoor onmisbaar. Jouw mening hierover is voor ons belangrijk. Hiermee hopen we uiteindelijk aanbevelingen te doen om de communicatie waar nodig te verbeteren of te versterken.

We zijn bezig met deze opdracht in het kader van ons afstudeeronderzoek. Waarschijnlijk heb je hierover al gehoord van één van ons, tijdens een eerdere stageperiode. We benaderen verschillende (oud) werkbegeleiders om deel te nemen, vandaar ook deze uitnodiging.

We zouden graag een afspraak met je willen maken voor een kort gesprekje (van maximaal een half uur) over communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Wat betreft het tijdstip, wij zijn flexibel en kunnen ons aanpassen aan je werktijden. Wat betreft het tijdstip kunnen wij de volgende voorstellen doen: (....)

We horen graag van je wanneer we eventueel langs zouden kunnen komen voor een kort interview.

Het gesprek zal opgenomen worden om de betrouwbaarheid van het onderzoek te kunnen vergroten. Opnames worden na afloop gewist.

We hopen op je medewerking. Mocht je vragen hebben, dan horen wij dit graag.

Groet,
Alma Dijks
Rianne de Vries
(HBO-V dual vierdejaars)