



Leerklimaat

gerelateerd aan het magnet-concept

Opdrachtgever: N.C.C.W. Tenbült & E. van de Kimmenade
Projectbegeleider: C.M.M. Cox
Meelezer: A.H. Dekker

Fontys Hogeschool Eindhoven
Studierichting Verpleegkunde

Januari 2010

Leerklimaat

gerelateerd aan het magnet-concept



Opdrachtgever: N.C.C.W. Tenbült & E. van de Kimmenade
Projectbegeleider: C.M.M. Cox
Meelezer: A.H. Dekker

Fontys Hogeschool Eindhoven
Studierichting Verpleegkunde

Januari 2010

M.E. Cuijpers – 2100312
A.M. van Emden – 2092841
J.M.J.M. Lamers – 2092861
S. Sahertian – 2092888

Voorwoord

In het kader van de opleiding HBO- verpleegkunde te Eindhoven is deze afstudeerscriptie geschreven. Dit naar aanleiding van het bachelor afstudeerproject in de integrale leerlijn gericht op de competentie regie op maat (IR401 verpleegkunde innovatie).

Bij het zoeken naar een geschikte opdracht, hebben we de afdeling cardiologie van het Catharina ziekenhuis benaderd. Dit omdat een van de projectleden hier stage heeft gelopen. De afdeling reageerde enthousiast op de vraag om af te studeren op hun afdeling. Allereerst hebben we voorgesteld om onderzoek te doen naar de voorlichting over medicatiegebruik tijdens het ontslaggesprek, dit bleek te uitgebreid te zijn. De afdeling kwam met het voorstel om het onderzoek te richten op het magnet-concept, een Amerikaans concept wat ziekenhuizen daar hanteren om verpleegkundigen aan te trekken en te behouden. In Nederland zijn de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Bezig om dit concept te vertalen naar 'Excellente Zorg', zodat in Nederland eenzelfde cultuuromslag gemaakt kan worden, om hiermee het dreigende tekort aan verpleegkundigen op te vangen.

Gedurende het afstudeerproject hebben we een nieuwe projectbegeleider gekregen in verband met ziekte van de oorspronkelijke projectbegeleider, Siv Goluke. De ziekte van Siv en het wisselen van projectbegeleider hebben geen nadelige gevolgen opgeleverd voor het afstudeerproject. Er was door Siv een vervangende projectbegeleider aangesteld, Karen Cox. De gemaakte afspraken met Siv zijn met Karen besproken en bijgesteld. Naast het wisselen van projectbegeleider is de opdracht gewijzigd. Het onderzoek zou gelijk lopen met de landelijke pilot 'Excellente zorg' van de V&VN en de NPCF, waaraan het Catharina ziekenhuis deelneemt. In overleg met de opdrachtgever is besloten het onderwerp te wijzigen. Bij de keuze voor het nieuwe onderwerp is rekening gehouden met het oude onderwerp, omdat we hier al veel kennis over hadden verzameld. Besloten is om het nieuwe onderzoek te richten op het leerklimaat zoals dit in het magnet-concept staat omschreven. Dit was voor ons een hele omschakeling. Het duurde enige tijd voordat de opdracht helder was voor ons. Voor ons gevoel zijn we hierdoor een beetje achter geraakt op schema. Deze verloren tijd hebben we door hard te werken kunnen inhalen.

Doordat het onderzoek gelijk loopt met de pilot excellente zorg van de V&VN en de NPCF zou het leuk zijn geweest om de resultaten uiteindelijk met elkaar te vergelijken. Helaas worden de resultaten van de pilot excellente zorg pas eind januari gepubliceerd. Wat het niet mogelijk maakt om de resultaten te vergelijken.

Aan het begin van het afstudeerproject werd verteld, dat je tijdens het doen van een onderzoek, vaak dingen schrijft en deze vervolgens nog enkele malen herschrijft of zelfs niet gebruikt. Dit hebben we meerdere malen ondervonden gedurende het project. Het blijft vervelend wanneer bepaalde stukken, waar veel tijd en moeite inzit, achteraf niet (meer) van toepassing blijken. Naarmate het project vorderde kregen we meer en meer het inzicht dat de gemaakte stukken, die niet gepubliceerd worden, niet voor niets zijn. De informatie die hierin uitgewerkt wordt is evengoed relevant en helpt om inzichten te krijgen in de situatie.

De samenwerking gedurende het project is goed verlopen. Dit is mede te danken aan de goede planning die wekelijks werd opgesteld, maar ook aan de sfeer en wederzijds respect binnen de projectgroep. Iedereen durfde haar mening naar voren te brengen en wist deze ook te onderbouwen, wat heeft geleid tot een goede afstudeerscriptie.

Door het maken van dit project hebben we ons niet alleen als projectgroep ontwikkeld, maar heeft een ieder zich ook persoonlijk ontwikkeld. We hebben elkaars kwaliteiten en valkuilen leren kennen en hebben hierdoor van en vooral met elkaar geleerd. De opgedane kennis en ervaringen tijdens het afstudeerproject, kunnen we meenemen naar onze verdere beroepspraktijk.

We kijken met trots terug op de afgelopen maanden en het tot stand brengen van deze afstudeerscriptie.

We hebben veel geleerd, van het soms moeizame, proces van het afstudeerproject. Gelukkig werden we gedurende het proces gestimuleerd door onze projectbegeleider, opdrachtgevers, medestudenten, familie en vrienden. Zij hebben vertrouwen gehad in onze mogelijkheden, ook op momenten waarop wij daar zelf aan twijfelden. Daarom willen we van deze gelegenheid gebruik maken om een paar mensen speciaal te bedanken.

Allereerst willen we Siv Goluke bedanken. Siv bedankt voor de hulp bij het opstarten van het afstudeerproject. Jammer dat je ons, door omstandigheden, niet tot het eind hebt kunnen begeleiden. We hopen dat alles goed met je gaat. Tot slot bedankt voor de vlekkeloze wisseling van projectbegeleider.

Dit brengt ons bij onze projectbegeleider, Karen Cox. Karen enorm bedankt voor je steun en support gedurende het project. We hebben veel gehad aan je kritische blik en heldere kijk op zaken betreffende het project. Ook willen we je bedanken dat je bij de velen gesprekken met de opdrachtgever aanwezig was, hierin was je echt een steun voor ons. Ook willen we onze opdrachtgevers Nicole Tenbült en Esther van de Kimmenade bedanken dat we bij jullie op de afdeling mochten afstuderen. Bedankt voor jullie steun en support tijdens het project, we hebben prettig met jullie samengewerkt.

Daarnaast willen we Harry Janssen, Hoofdkliniek van de afdeling Cardiologie en voorzitter van de Zorg Advies Raad, bedanken voor zijn steun tijdens het project. Harry bedankt voor je kritische blik, leiding en adviezen. Dit heeft ons enorm geholpen bij de realisatie van het afstudeerproject.

Naast bovenstaande willen we nog al degenen bedanken die onze enquête hebben ingevuld. Zonder deze medewerking hadden we de gegevens niet kunnen verzamelen.

We hopen dat de resultaten van ons onderzoek inspirerend zijn voor de beroepspraktijk.

Tot slot willen we nog enkele personen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van deze afstudeerscriptie. We willen Andre Dekker bedanken als meelezers, Christine de Winter voor het mogen gebruiken van haar meetinstrument, Mieke van Bers voor haar informatie bij het opstarten van het project, Mirjam Baars voor het opsturen van diverse meetinstrumenten over het leerklimaat en tot slot willen we Netty van Os bedanken voor haar informatie en kennis met betrekking tot het magnet-concept.

Eindhoven, januari 2010

Ellen Cuijpers
Susan van Emden
Janneke Lamers
Sanne Sahertian

Samenvatting

Een ziekenhuis dat werkt volgens het magnet-concept werft en behoudt verpleegkundigen die zich kenmerken door een hoge arbeidstevredenheid omdat zij in staat worden gesteld om goede zorg te verlenen. Zij zijn niet alleen geïnteresseerd in hun eigen persoonlijke en professionele ontwikkeling, maar ook in het opleiden van zowel patiënten, studenten als pas afgestudeerde verpleegkundigen. De leeromgeving in een magnet-hospital is stimulerend en biedt veel mogelijkheden tot onderwijs.

Het magnet-concept is gericht op een professionele ontwikkeling van zorgverleners. Een mogelijkheid om dit te bereiken is door te werken met practice development. In practice development wordt zowel de organisatie als de praktijkuitvoering, de verpleegkundigen, erop gewezen om verantwoordelijkheid en een leidende rol op zich te nemen.

In deze scriptie wordt onderzoek gedaan naar het leerklimaat, gerelateerd aan het magnet-concept, binnen het Catharina ziekenhuis. Er zijn verschillende meetinstrumenten met elkaar vergeleken. Het meetinstrument van De Winter (2009) is gebruikt. Deze vragenlijst is uitgedeeld aan willekeurige verpleegkundigen van het Catharina ziekenhuis, het onderzoek heeft een respons van 50% opgeleverd.

De gegevens van het onderzoek worden allereerst, onderverdeeld per meetschaal en subschaal, gepresenteerd. Per magneetkracht, die te maken heeft met het leerklimaat, is gekeken welke items uit de vragenlijst hierbij horen en hoe deze scores. Ook is per magneetkracht gekeken naar de gemiddelde scores. De magneetkrachten die het laagst scores, zijn onderverdeeld in drie categorieën: veranderingen en vernieuwingen, interdisciplinaire samenwerking en professionele ontwikkeling.

In de categorie veranderingen en vernieuwingen zijn de resultaten gericht op het verzamelen en selecteren van informatie en het open staan voor het ontwikkelen en gebruiken van nieuwe methoden en werkwijzen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen niet voldoende openstaan voor veranderingen en dat er weinig informatie opgezocht wordt om tot inzichten voor verandering te komen. De categorie interdisciplinaire samenwerking is ook gericht op het verzamelen en selecteren van informatie, maar heeft ook te maken met de sfeer binnen het ziekenhuis. De sfeer binnen een ziekenhuis heeft te maken met de cultuur en of verpleegkundigen zich veilig voelen om fouten te maken en dat deze gezien worden als leerpunt. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden, dat de interdisciplinaire samenwerking en bereidheid om van elkaar te leren tekort schiet. De resultaten in de categorie professionele ontwikkeling geven een vertekend beeld van de realiteit. Bepaalde leeractiviteiten waarop is gescoord, en die laag scores, komen in het Catharina ziekenhuis niet voor of worden anders genoemd. Dit heeft invloed op de gemiddelde score bij een bepaalde magneetkracht. Leren door te veranderen en te vernieuwen scoort laag en is een belangrijk aspect van de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen.

In practice development staat, evenals in het magnet-concept, dat bij een persoonsgerichte cultuur de ontwikkeling van de zorgprofessional belangrijk is. Kwaliteitsprojecten en vernieuwingen zijn nodig om zorg te verbeteren. Uit de resultaten blijkt dat er verschillende mogelijkheden zijn voor de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen, maar dat deze onvoldoende gebruikt worden.

Het belangrijkste verbeterpunt is openstaan voor veranderingen en vernieuwingen en dan voornamelijk het onderdeel openstaan. Openstaan is de eerste stap, van de stappenreeks van gedragsverandering, die genomen moet worden om verbeteringen te laten slagen. De cultuur en voorzieningen die er zijn binnen een ziekenhuis maken het mogelijk om in de praktijk te leren. Verpleegkundigen moeten zich bewust worden van de veranderingen en vernieuwingen, zich ervoor interesseren en erbij betrokken raken. Daarnaast is het belangrijk dat verpleegkundigen het gevoel krijgen dat veranderingen en vernieuwingen van belang zijn voor het eigen werk. Bewustwording is een belangrijk onderdeel van de stap openstaan. Bij verpleegkundigen moet bewustwording gerealiseerd worden ten opzichte van veranderingen en vernieuwingen. Uiteindelijk worden er aanbevelingen gedaan om openstaan te bereiken.

Inhoudsopgave

Inleiding	6
1 Werkelijke situatie	7
1.1 Situatieomschrijving	7
1.2 Probleemstelling	7
1.3 Deelvragen	7
2 Theoretisch kader	8
2.1 Magnet-concept	8
2.1.1 <i>Wat houdt het magnet-concept in?</i>	8
2.1.2 <i>De Nederlandse pilot van het magnet-concept: Excellente zorg.</i>	10
2.1.3 <i>Wat is practice development?</i>	12
2.2 Leerklimaat	14
2.2.1 <i>Wat is een leerklimaat?</i>	14
2.2.2 <i>Typen leerklimaat</i>	14
2.2.3 <i>Analyseren van het leerklimaat</i>	15
2.2.4 <i>Voorwaarden van een leerklimaat over het algemeen</i>	15
2.3 Wat zegt het magnet-concept over leren?	16
3 Welke meetinstrumenten zijn er om het leerklimaat te meten?	18
3.1 Leerklimaatscan	18
3.2 Vragenlijst leerklimaat	18
3.3 Leerklimaat vragenlijst	18
3.4 Diagnoselijst van het leerklimaat in het team	19
3.5 Praktijkleerplaatsprofiel (niveau 5)	19
3.6 Teamleren, leerklimaat (context van het team en leeractiviteiten)	20
3.7 Matrix	20
3.7.1 <i>Kwaliteiten van de meetinstrumenten</i>	20
3.7.2 <i>Uitwerking matrix</i>	22
3.7.3 <i>Verantwoording matrix</i>	23
4 Hoe worden onderzoeksgegevens verzameld?	31
4.1 Methode	31
5 Meetinstrument leerklimaat (gekozen instrument)	32
5.1 Samenvatting verantwoording meetinstrument	32
5.2 Uitwerking meetinstrument	33
5.2.1 <i>Schaal teamleren</i>	33
5.2.2 <i>Schaal leerklimaat</i>	34
5.2.3 <i>Schaal waargenomen kenmerken afdeling</i>	34
5.3 Items gekoppeld aan magneetkrachten die betrekking hebben op het leerklimaat	35
6 Verwerking van de onderzoeksgegevens	36
6.1 Onderzoekspopulatie	36
6.2 Gegevensanalyse	36
7 Resultaten van de meting	37
7.1 Populatie	37
7.2 Persoonskenmerken	37
7.3 Scores per schaal en subschaal	38
7.4 Resultaten gekoppeld aan het leerklimaat en het magnet-concept	41

8	Conclusie en discussie	44
8.1	Conclusie	44
8.2	Discussie	46
8.3	Verantwoording keuze verbeterpunt	47
9	Aanbevelingen	48
9.1	Openstaan	48
9.1.1	<i>Passieve activiteiten</i>	49
9.1.2	<i>Actieve activiteiten</i>	49
9.2	Mogelijke knelpunten	51
9.3	Verantwoording keuze aanbeveling	54
10	Literatuurlijst	55
	Artikelen, boeken, proefschriften, scripties e.d.	55
	Critical friend	57
	Internet	58
	Bijlagen	59
	Bijlage A Meetinstrument	59
	Bijlage B Resultaten enquête	67

Inleiding

In de Verenigde Staten was er in de jaren tachtig een dreigend tekort aan verpleegkundigen. Er waren bepaalde ziekenhuizen die het voor elkaar kregen om personeel aan te trekken en te behouden, deze ziekenhuizen werkten als een magneet. Momenteel dreigt er in Nederland een tekort te komen aan verpleegkundigen. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) hebben daarom besloten het concept van het magnet-hospital te vertalen naar de Nederlandse situatie (Van der Peet, 2008).

In eerste instantie wilde de projectgroep op de afdeling cardiologie van het Catharina ziekenhuis te Eindhoven gaan onderzoeken in hoeverre de afdeling voldoet aan de criteria die gesteld zijn aan het magnet-concept. Aangezien de V&VN en de NPCF gedurende diezelfde periode met een soortgelijk onderzoek bezig waren, welke onder andere uitgevoerd werd in het Catharina ziekenhuis te Eindhoven, heeft de projectgroep samen met het hoofdkliniek van de afdeling, de opdrachtgever en de projectbegeleider besloten het onderwerp te veranderen en zich te richten op het leerklimaat zoals dit in het magnet-concept is omschreven. Het leerklimaat speelt een belangrijke rol binnen het magnet-concept, hierbij gaat het erom dat een afdeling zijn personeel kan behouden. Om dit te realiseren moet het werk voldoende ontwikkelingsmogelijkheden bieden, dit kan door het leerklimaat te bevorderen. De sfeer ofwel cultuur die op het werk heerst ten aanzien van het leren bepaalt hoe verpleegkundige zich op de werkvloer ontwikkelen (Baars, 2004; Brouwer e.a., 2009).

De uiteindelijke probleemstelling luidt als volgt:

Hoe kan het Catharina ziekenhuis te Eindhoven door middel van een meetinstrument nagaan in hoeverre haar afdelingen voldoet aan het leerklimaat gerelateerd aan het magnet-concept en wat moet het Catharina ziekenhuis eventueel doen om het leerklimaat te optimaliseren?

Bij dit onderzoek wordt het leerklimaat van het Catharina ziekenhuis in kaart gebracht. Het leerklimaat is een belangrijk item uit het magnet-concept. Gedurende het gehele onderzoek legt de projectgroep de link tussen het magnet-concept en het leerklimaat.

In dit product wordt in hoofdstuk 1 de werkelijke situatie, de probleembeschrijving, de samenvatting van de probleem- en organisatieanalyse, de probleembeschrijving en de deelvragen geformuleerd. In hoofdstuk 2, het theoretisch kader, zijn de deelvragen uitgewerkt. De onderwerpen magnet-concept en leerklimaat worden hierin uitgewerkt, tevens wordt de link gelegd tussen beide. In hoofdstuk 3 wordt er gekeken welke meetinstrumenten er zijn om het leerklimaat te meten en wordt er een matrix opgesteld waarin verschillende meetinstrumenten worden gescoord op verschillende kwaliteitseisen. Hieruit volgt een verantwoording voor het gekozen meetinstrument. In hoofdstuk 4 wordt informatie uitgewerkt over verschillende methoden om onderzoeksgegevens te verzamelen die relevant zijn voor het onderzoek. In hoofdstuk 5 wordt het gekozen meetinstrument nader toegelicht. In de hoofdstukken 6 en 7 worden de onderzoeksopzet en de resultaten gepresenteerd. In hoofdstuk 8 worden er conclusies getrokken uit de resultaten en worden bepaalde zaken uit het onderzoek ter discussie gesteld. In hoofdstuk 9 worden er tot slot aanbevelingen gedaan.

1 Werkelijke situatie

In de werkelijke situatie komt de situatieomschrijving naar voren, hoe het nu in de werkelijkheid eruit ziet. Hierna zal de probleemstelling omschreven worden met de bijbehorende deelvragen.

1.1 Situatieomschrijving

In het proces om het Amerikaanse magnet-concept te vertalen naar de Nederlandse situatie, is in de zomer van 2009 een pilot gestart, genaamd 'Excellente zorg'. Deze pilot wordt uitgevoerd in verschillende Nederlandse zorginstellingen, waaronder het Catharina ziekenhuis te Eindhoven. Er wordt onderzoek gedaan naar een praktisch instrument waarmee de noodzakelijke cultuuromslag gemaakt kan worden om excellente patiëntgerichte, verpleegkundige zorg te realiseren (V&VN, 2009).

Volgens Baars (2004) en Brouwers e.a. (2009) bepaalt het leerklimaat of een afdeling zijn personeel kan behouden. Om dit te realiseren moet het werk voldoende ontwikkelingsmogelijkheden bieden, dit kan door het leerklimaat te bevorderen. De sfeer die op het werk heerst ten aanzien van het leren bepaalt hoe verpleegkundigen zich op de werkvloer ontwikkelen (Baars, 2004; Brouwer e.a., 2009).

Het Catharina ziekenhuis weet niet hoe het is gesteld met het leerklimaat op haar afdelingen. Naar aanleiding van de pilot excellente zorg die momenteel loopt, wil het Catharina ziekenhuis te weten komen hoe het is gesteld met het leerklimaat op haar afdelingen, zoals dit is omschreven in het magnet-concept.

1.2 Probleemstelling

Door vele gesprekken met de opdrachtgever en het hoofdkliniek Cardiologie is duidelijk geworden wat er precies onderzocht moet worden. Dit heeft geleid tot de volgende probleemstelling:

Hoe kan het Catharina ziekenhuis te Eindhoven door middel van een meetinstrument nagaan in hoeverre haar afdelingen voldoen aan het leerklimaat gerelateerd aan het magnet-concept en wat moet het Catharina ziekenhuis eventueel doen om het leerklimaat te optimaliseren?

1.3 Deelvragen

De probleemstelling zal te complex zijn om in één keer te beantwoorden. Vandaar dat de probleemstelling ontleed wordt in een aantal deelvragen, welke het mogelijk maken om uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden (EUR, 2008). De deelvragen worden hieronder beschreven en worden in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt.

- 1) Wat houdt het magnet-concept in?
- 2) Wat is practice development?
- 3) Wat houdt de pilot over het magnet-concept in?
- 4) Wat is een leerklimaat?
- 5) Wat zegt het magnet-concept over leren?
- 6) Welke meetinstrumenten zijn er om het leerklimaat te meten?
- 7) Hoe is het gesteld met het leerklimaat in het Catharina ziekenhuis?

2 Theoretisch kader

Het doel van het theoretisch kader is literatuur onderzoeken en gebruiken om inzicht te krijgen in de werkelijke situatie (Achterberg, 2006). In dit hoofdstuk worden de deelvragen, die in hoofdstuk 1 benoemd zijn, uitgewerkt. De twee hoofdonderwerpen die hierbij naar voren komen zijn het magnet-concept en het leerklimaat.

2.1 Magnet-concept

In magnet-hospitals is de arbeidstevredenheid bij verpleegkundigen hoger. De NPCF en de V&VN willen een certificaat uitbrengen voor ziekenhuizen die opereren volgens het Amerikaanse concept 'magnet-hospitals' (Van den Elsen, 2007). In Nederland is een pilot gestart om te kijken of Nederlandse zorginstellingen kunnen werken volgens dit concept, deze pilot wordt 'Excellente zorg' genoemd (V&VN, 2009).

2.1.1 Wat houdt het magnet-concept in?

Om een uitgebreid beeld te krijgen van wat het magnet-concept precies inhoudt, heeft de projectgroep gekeken naar verschillende onderwerpen die ermee te maken hebben. Zo is allereerst gekeken naar wat het magnet-concept inhoudt. Op deze wijze is getracht het concept te verhelderen.

Veel verpleegkundigen en verzorgenden verlaten het werk vroegtijdig en pas afgestudeerden blijven vaak maar een beperkte periode in de zorg werkzaam. De vraag naar zorg blijft in de tussentijd stijgen waardoor er een personeelstekort en een bedreiging voor de kwaliteit van zorg ontstaat (Brouwer e.a., 2009; Van der Peet, 2008). In de jaren tachtig kampte de Verenigde Staten ook met een tekort aan verpleegkundigen, desondanks waren bepaalde ziekenhuizen beter in het aantrekken en behouden van het verpleegkundig personeel dan andere. De ziekenhuizen werkten als het ware als een magneet, ze konden voldoende personeel aantrekken en behouden. Deze ziekenhuizen werden magnet-hospitals genoemd (Aiken & Patrician, 2000; McClure e.a., 2002; Van der Peet, 2008). De definitie van magnet-hospital luidt als volgt:

"Een magnet-hospital werft en behoudt verpleegkundigen die zich kenmerken door een hoge arbeidstevredenheid omdat zij in staat worden gesteld om goede zorg te verlenen" (Van der Peet, 2008).

In het onderzoek van de American Academy of Nursing, genaamd 'Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses', werd onderzocht hoe deze 'magnet-hospitals' zich onderscheidden van andere ziekenhuizen.

Aan dit onderzoek namen 41 ziekenhuizen deel, die geselecteerd waren aan de hand van drie criteria:

1. de verpleegkundigen vinden dat het goed verplegen en goed werken is in het ziekenhuis;
2. uit de relatief lage verloopcijfers is het ziekenhuis aantoonbaar in staat om verpleegkundigen aan te trekken en te behouden;
3. het ziekenhuis bevindt zich op een locatie waar het met andere ziekenhuizen moet concurreren om personeel (dit criterium was noodzakelijk om uit te sluiten dat het betreffende ziekenhuis ter plaatse de enige bron van werkgelegenheid voor verpleegkundigen was) (V&VN, 2008).

De directeur en verpleegkundigen van de verschillende ziekenhuizen moesten vervolgens een vragenlijst invullen. Deze vragenlijst heeft geresulteerd in een lijst met 14 criteria, magneetkrachten, waarin een magnet-hospital zich onderscheidt van andere ziekenhuizen (V&VN, 2008).

Het gaat om de volgende criteria:

1. *Kwaliteit van verpleegkundig leiderschap:*
Bekwame, sterke en risiconemende verpleegkundige leiders volgen een goed geformuleerde strategie.

2. *Organisatiestructuur:*
De organisatiestructuur is veelal plat en beslissingen worden decentraal genomen.
3. *Managementstijl:*
Participatie en feedback geven wordt aangemoedigd en is ingebakken in de organisatie.
4. *Persoonlijk beleid en programma's:*
Salaris en bonussen zijn goed en concurrerend. Er worden doorgroeimogelijkheden geboden en er is een goede balans tussen werk en privé. Kortom: de zorginstelling is een goede werkgever.
5. *Professionele zorgmodellen:*
Op basis van diverse modellen heeft de verpleegkundige verantwoordelijkheid voor en gezag over de directe patiëntenzorg. De modellen zijn gebaseerd op de unieke behoeften van de patiënt en bevorderen dat bekwame verpleegkundigen de gewenste klinische uitkomsten behalen.
6. *Kwaliteit van zorg:*
Iedereen wordt gedreven door de wens een hoge kwaliteit van zorg te leveren. Leidinggevenden zijn verantwoordelijk voor het continueren van dit 'werkklimaat'.
7. *Kwaliteitsverbetering:*
De organisatie is dusdanig ingericht dat er voortdurend aan kwaliteitsprojecten en -processen wordt gewerkt.
8. *Consultatie en bronnen:*
De organisatie biedt adequate bronnen, middelen en kansen voor het inzetten van experts. De organisatie promoot betrokkenheid van verpleegkundigen in professionele organisaties en bij werkgroepen in de samenleving.
9. *Autonomie:*
Autonome verpleegkundige zorg is de op competenties, professionele expertise en kennis gebaseerde bekwaamheid van een verpleegkundige om de voor de patiëntenzorg geëigende verpleegkundige acties te bepalen en uit te voeren. Van de verpleegkundige wordt verwacht dat zij autonoom werkt, in overeenstemming met de professionele standaarden en zelfstandig beslissingen neemt binnen het kader van de interdisciplinaire en multidisciplinaire afspraken over patiëntenzorg.
10. *De samenleving en de zorginstelling:*
Er worden contacten onderhouden binnen en met allerlei gezondheidszorgorganisaties en andere organisaties in de samenleving met als doel samenwerking om zorgresultaten en de volksgezondheid te verbeteren.
11. *Verpleegkundigen als opleiders:*
Professionele verpleegkundigen zijn betrokken bij opleidingsactiviteiten binnen de organisatie en in de samenleving. Studenten zijn welkom en worden aangemoedigd binnen de organisatie. Er is voor zowel studenten als verpleegkundigen volop mogelijkheid om opleidingen te volgen. Er is een programma voor patiënteneducatie dat voorziet in de behoeften van patiënten op de verschillende afdelingen.
12. *Het imago van verpleging:*
De inbreng en invloed van verpleegkundigen is essentieel bij de door het multidisciplinaire team verstrekte zorg en zo wordt hier ook mee omgegaan.
13. *Interdisciplinaire relaties:*
Er is wederzijds respect tussen en binnen disciplines en multidisciplinaire teams en bereidheid om van elkaar te leren.
14. *Professionele ontwikkeling:*
De organisatie schept hier voorwaarden voor (Brouwer e.a., 2009; McClure e.a., 1983; McClure & Hinshaw, 2002; Van der Peet, 2008; V&VN, 2008).

In de loop van de jaren zijn er verschillende onderzoeken uitgevoerd om de kenmerken van de organisatie vast te stellen die bepalend zijn voor de arbeidstevredenheid en het verloop van verpleegkundigen (Brouwer e.a., 2009; McClure e.a., 1983; McClure & Hinshaw, 2002; Van der Peet, 2008; V&VN, 2008). In 2001 werd de Nursing Work Index Revised (NWI-R) beschouwd als het belangrijkste instrument om de magneetwerking van een ziekenhuis te meten. Kramer en Schmalenberg actualiseerden de NWI-R tot een lijst met acht essentials om excellente zorg te verlenen. In 2003 hebben zij onderzocht wat verpleegkundigen onder deze essentials verstonden. Met deze resultaten is er een nieuw meetinstrument ontwikkeld: 'Essentials of Magnetism' (EOM). In 2006 is deze nogmaals aangepast wat heeft geleid tot de EOMII. Deze is eigenlijk ontworpen om te meten in welke mate de stellingen over het magneetziekenhuis herkenbaar zijn voor verpleegkundigen (Brouwer e.a., 2009; Van der Peet, 2008).

De definitie van het magnet-hospital riep bij onderzoekers de vraag op welke omgevingsfactoren verpleegkundigen in staat stellen om goede zorg te verlenen. Kramer en Schmalenberg (2001) onderzochten dit en kwamen uiteindelijk tot een lijst met acht voorwaarden, essentials (Van der Peet, 2008).

1. *Opleidingsmogelijkheden:*
Mogelijkheid tot het volgen van vervolgopleidingen (de beschikbaarheid, financiële steun en de beloning bij het afsluiten).
2. *Werken met andere verpleegkundigen die klinisch competent zijn:*
Specialistische certificatie en (in)formele feedback naar elkaar.
3. *Goede relaties tussen artsen en verpleegkundigen:*
Wederzijds respect, vertrouwen, macht, samenwerking, afstandelijkheid, frustraties en gevoel van misbruik.
4. *Verpleegkundigen/verzorgenden handelen op basis van eigen deskundigheid en zijn hierop aanspreekbaar:*
Vrijheid om te handelen op basis van eigen kennis en onafhankelijk klinische beslissingen nemen.
5. *In de organisatie staat het belang van de patiënt bovenaan:*
Cultuur beïnvloedt de beleving van het werk van de verpleegkundigen en de kwaliteit van zorg. Cultuur kan gemeten worden door vragen over het belang van het patiënt, productiviteit en andere onderdelen die een excellente cultuur bekrachtigen.
6. *Zeggenschap over de beroepssituatie:*
De mate van inspraak en macht hebben op het nemen van beslissingen over beleidsproblemen en personeelszaken. Tevens de transparantie, organisatie en haalbaarheid van de structuur.
7. *Voldoende verpleegkundig personeel:*
Aanwezigheid, competenties en de wijze van samenwerking van het aanwezig personeel.
8. *Ondersteuning van afdelingshoofd en leidinggevend personeel:*
Afdelingshoofden zorgen dat de verwachtingen van leidinggevend en de verpleegkundigen uitkomen (Brouwer e.a., 2009; Brouwer & Hendriks, 2008; McClure & Hinshaw, 2002; V&VN, 2008).

2.1.2 De Nederlandse pilot van het magnet-concept: Excellente zorg.

Sinds enkele jaren zijn onderzoekers in Nederland bezig met het vertalen van het magnet-concept naar de Nederlandse situatie, om op deze manier het verwachte tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden op te kunnen vangen. Het Catharina ziekenhuis, te Eindhoven, is één van de instellingen die deelneemt aan de pilot, met de naam 'Excellente zorg' (V&VN, 2009).

De V&VN en de NPCF hebben het initiatief genomen onderzoek te doen naar de ontwikkeling van een kwaliteitsinstrument excellente zorg. Het initiatief is geïnspireerd op het onderzoekswerk van Kramer uit 1983. De V&VN en de NPCF willen een instrument ontwikkelen waarmee zorginstellingen de noodzakelijke cultuuromslag kunnen maken om

excellente patiëntgerichte, verpleegkundige zorg te realiseren. Welke niet alleen gericht is op verbetering van de positie van verpleegkundigen, maar ook op die van patiënten.

- door verbeteringen op verpleeg sensitieve indicatoren zoals decubitus en medicatieveiligheid;
- door verbeteringen in patiëntervaringen als gevolg van betere communicatie, bejegening, toegankelijkheid, afstemming van de verpleegkundige zorg etc.;
- door de autonomie van verpleegkundigen en verzorgenden te vergroten;
- door een attitudeverandering in de organisatie ten aanzien van de rol van verpleegkundigen en verzorgenden.

Het gaat om een meting die een cultuur in kaart brengt die toepasbaar is in verschillende zorgsettings, zoals:

- algemene ziekenhuizen;
- psychiatrische ziekenhuizen;
- thuiszorg;
- verpleeghuissector.

In de toekomst zal het instrument ook vertaald worden naar instellingen voor zorg aan verstandelijk gehandicapten en ambulancezorg.

De kwaliteiten van verpleegkundigen en verzorgenden worden in veel instellingen onvoldoende benut. Dit terwijl de kwaliteit van zorg die door de patiënten wordt ervaren in grote mate bepaald wordt door de kwaliteit van de verpleging en de verzorging. Dit is niet goed voor zowel de patiënten, omdat deze niet de optimale zorg ontvangen, als voor de verpleegkundigen en verzorgenden, omdat zij niet de maximale arbeidsvreugde ervaren. Dit laatste heeft weer tot gevolg dat er uitstroom uit het vak en een dreigend personeelstekort is. Zorginstellingen die zich willen profileren als excellent, zullen hun organisatie zo inrichten dat maximaal gebruik gemaakt wordt van de kennis en kunde van de bij hen werkende verpleegkundigen en verzorgenden. Dit komt direct ten goede van de patiënten.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport subsidieert de V&VN en de NPCF om een instrument te ontwikkelen, dat in kaart brengt waar een cultuuromslag wenselijk zou zijn zodat excellente, patiëntgerichte verpleegkundige zorg gerealiseerd kan worden. Dit instrument waarvan het concept najaar 2009 gereed was, wordt getoetst in een twaalfal zorginstellingen. Begin 2010 zullen de resultaten van deze pilot bekend zijn. Wanneer de ervaringen van het onderzoek positief zijn kan het instrument in andere zorginstellingen geïmplementeerd worden.

Er wordt gestreefd om begin 2010 een instrument ontwikkeld te hebben op basis van de pilot. Dit instrument is in staat om de beoogde cultuuromslag en verbeterpunten in de deelnemende zorginstellingen zichtbaar te maken. Dit instrument brengt het volgende in kaart:

- de patiënt: de dienstverlening, de kwaliteit van zorg en patiëntervaringen;
- de verpleegkundigen en verzorgenden: de aanwezigheid van een magnetische werkomgeving (de afwezigheid van vermijdbare vertrekredenen voor verpleegkundigen);
- de organisatie: het aantal vacatures en het verloop van personeel.

Voor de pilot wordt het instrument getoetst in zes algemene ziekenhuizen, één psychiatrisch ziekenhuis, drie verpleeghuizen en twee thuiszorginstellingen. De volgende instellingen nemen deel aan de pilot:

- Algemene ziekenhuizen;
 - o Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen;
 - o Catharina-ziekenhuis te Eindhoven;
 - o Martini Ziekenhuis te Groningen;
 - o Medisch Spectrum Twente te Enschede;
 - o Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam;
 - o Sint Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein.

- Psychiatrisch ziekenhuis:
 - o Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugal.
- Verpleeghuizen:
 - o De Waalboog te Nijmegen;
 - o Zonnehuisgroep Amstelland te Amstelveen;
 - o Zorgspectrum te Nieuwegein.
- Thuiszorginstellingen:
 - o Buurtzorg Nederland te Almelo;
 - o Icare, Verpleging en Verzorging te Flevoland (NPCF, 2009; V&VN, 2009).

Het Catharina ziekenhuis is, net als de andere vijf ziekenhuizen die mee doen met de pilot, lid van de vereniging van samenwerkende ziekenhuizen. Deze samenwerking was er al voor de pilot van het magnet-concept. Voorheen werkten ze samen betreft onderwerpen als het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).

Er zijn geen criteria verbonden aan de ziekenhuizen en instellingen die meedoen aan de pilot, ziekenhuizen die zich het eerst hadden aangemeld mochten deelnemen.

Binnen het Catharina ziekenhuis is de voorzitter van de Zorg Advies Raad verantwoordelijk voor inhoudelijke zaken betreffende de pilot, Harry Jansen is hiervan voorzitter. Het waarnemend hoofd HRM is verantwoordelijk voor de organisatorische zaken betreffende de pilot. Deze is verantwoordelijk voor het regelen van een eventueel vervolg van de pilot (Jansen, 2009).

2.1.3 Wat is practice development?

Practice development heeft veel raakvlakken met het magnet-concept. Net als bij het magnet-concept wordt bij practice development voortdurend aan kwaliteitsprojecten en processen gewerkt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

In Nederland is practice development een relatief onbekend begrip, dit heeft als gevolg dat er voorheen weinig gebruik van werd gemaakt in de praktijk. Practice development wordt ook wel 'transformationele praktijkontwikkeling' genoemd. Het biedt nieuwe mogelijkheden om invulling te geven en te werken naar een persoonsgerichte, ontwikkelingsgerichte, effectieve en uitdagende praktijkuitvoering.

Door middel van een systematische analyse van deze projecten is gebleken dat practice development tot positieve resultaten heeft geleid, zoals een meer persoonsgerichte cultuur en de ontwikkeling van onderzoeksvaardigheden van zorgprofessionals (Cox, 2009; Van Os, 2006).

Het begrip practice development wordt al meer dan 20 jaar internationaal gebruikt. In de loop van deze 20 jaar is de definitie van practice development verschillende keren herzien. De meest recente definitie is als volgt:

"Bij practice development wordt in een continu proces een persoongerichte cultuur ontwikkeld, ondersteund door facilitators die individuen en teams bij dit proces op een oprechte wijze betrekken. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de inbedding van deze ontwikkeling in de strategische plannen van de organisatie" (Cox, 2009; Van Os, 2006).

De doelstelling van practice development luidt als volgt:

"Het ontwikkelen van persoonsgerichte zorg, gebaseerd op evidence welke zich manifesteert in persoonlijke ontwikkeling van de verpleegkundige en een effectieve werkplekcultuur. Een belangrijk kenmerk van een effectieve werkplekcultuur is de toepassing van evidence bij besluitvorming en de ontwikkeling van de zorgpraktijk".

Met bovenstaande doelstelling vertoont practice development een duidelijke overlap met de ontwikkeling van het magnet-concept (Cox, 2009; Van Os, 2006).

Practice development houdt in dat professionals en organisaties op een faciliterende wijze betrokken en gestimuleerd zijn om hun eigen praktijkuitvoering te veranderen. In practice development worden beide erop gewezen om verantwoordelijkheid en een

leidende rol op zich te nemen tijdens het toepassen van evidence in de praktijk. Er wordt gebruik gemaakt van vier bronnen, deze zijn:

- klinische ervaring;
- persoonlijke ervaring van de patiënt;
- verpleegkundige en informele verzorger;
- lokale kennis (zoals resultaten van kwaliteitsmetingen) (Cox, 2009; Van Os, 2006).

Practice development richt zich op het microniveau van de zorg in de directe patiëntenzorg, het niveau waar de zorg daadwerkelijk wordt geboden en ervaren. Om succesvol te zijn is het noodzakelijk dat er een samenhangende ondersteuning is van het meso- en macroniveau van de zorgorganisatie. Degene die de zorg daadwerkelijk uitvoeren, hebben de beste kijk op mogelijke belemmeringen en verbeteringen.

In het magnet-concept wordt leren zowel vanuit de verpleegkundige (microniveau) als vanuit de organisatie (meso- en macroniveau) bekeken. Verpleegkundigen hechten veel waarde aan het volgen van opleidingen maar ook aan het geven van opleidingen. De verpleegkundigen zien onderwijsactiviteiten als een verwachting van het beroep, welke tevens voldoening geeft.

De organisatie vindt het belangrijk dat verpleegkundigen blijven leren en zich blijven ontwikkelen (McClure & Hinshaw, 2002).

Op microniveau is de kans het grootst dat patiënten de effecten van deze verandering daadwerkelijk ervaren. Als de belanghebbenden er direct bij betrokken worden, biedt dat de meeste mogelijkheden voor een duurzame verandering.

Om zorgverleners te ondersteunen om andere wijzen van denken en mogelijkheden te creëren, integreert practice development creativiteit en cognitie om zich verder te ontwikkelen.

Leren binnen de praktijk is een belangrijk begrip binnen practice development. Studenten krijgen meer verantwoordelijkheden op de werkvloer en veel mogelijkheden om zich te ontwikkelen (Cox, 2009; Van Os, 2006).

Practice development is een complex proces waarbij interne en externe belanghebbenden betrokken worden. De betrokkenheid wordt mogelijk gemaakt door gebruik te maken van verschillende methodieken zoals:

- reflectie;
- waardeverheldering;
- verhelderen van een werkplekcultuur.

Door middel van evaluatie binnen practice development moet de complexiteit van de context de gezichtspunten van de verschillende betrokkenen weerspiegelen. Evaluatie genereert evidence waarop verdere praktijkvoering gebaseerd kan worden. Zorgverleners die gewend zijn hun werk te evalueren staan meer open voor veranderingen als deze een verbetering betreft. Het is gebleken dat practice development een effectieve manier is om evidence in de praktijk te implementeren door de faciliterende en systematische aanpak (Cox, 2009; Van Os, 2006).

Het magnet-concept is gericht op een professionele ontwikkeling van zorgverleners. Een mogelijkheid om dit te bereiken is door te werken met practice development. Bij beide wordt er voortdurend aan kwaliteitsprojecten en -processen gewerkt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Net als het magnet-concept richt practice development zich op het microniveau van een instelling. Hierbij is de inbreng van verpleegkundigen van essentieel belang, waardoor zij meer inspraak in de organisatie krijgen. In practice development wordt zowel de organisatie als de praktijkuitvoering, de verpleegkundigen, erop gewezen om verantwoordelijkheid en een leidende rol op zich te nemen (Cox, 2009; Van Os, 2006).

2.2 Leerklimaat

In elke organisatie heerst een leerklimaat. In organisaties waar mensen van elkaar kunnen leren, waarin experimenteren mag en waarin kennis wordt gedeeld, is sprake van een gunstig leerklimaat (Kennis- en opleidingscentrum voor uniek vakmanschap, 2009).

2.2.1 Wat is een leerklimaat?

Het leerklimaat speelt een belangrijke rol binnen het magnet-concept, hierbij gaat het erom dat een afdeling zijn personeel kan behouden. Om dit te realiseren moet het werk voldoende ontwikkelingsmogelijkheden bieden, dit kan door het leerklimaat te bevorderen. De sfeer die op het werk heerst ten aanzien van het leren bepaalt hoe verpleegkundige zich op de werkvloer ontwikkelen (Baars, 2004; Brouwer e.a., 2009).

Onder het leerklimaat worden de cultuur en de voorzieningen verstaan, die leren in de praktijk mogelijk maken. Dit hangt samen met de sfeer van leren op de werkplek. Wanneer verpleegkundigen in een leerklimaat werken waarin zij door collega's uitgedaagd en gestimuleerd worden tot leren, zullen zij meer leren dan wanneer dit niet het geval is. Ook is het belangrijk voor verpleegkundigen dat zij zich veilig voelen om fouten te maken en hiervan te leren. Baars (2003) heeft een promotieonderzoek gedaan naar het leerklimaat, hierin heeft zij in kaart gebracht wat het leerklimaat is. Volgens haar verwijst het leerklimaat in ziekenhuizen naar de manier waarop verpleegkundigen mentaal geprogrammeerd zijn op het gebied van leren. Verpleegkundigen hebben ideeën in hun hoofd die in belangrijke mate hun leren sturen. Eén van deze ideeën kan zijn dat de verpleegkundigen leren beschouwen als een organisatieverantwoordelijkheid. Een ander idee kan zijn dat verpleegkundigen leren zien als eigen verantwoordelijkheid. Veel verpleegkundigen zijn vaak geneigd een afwachtende houding op het terrein van leren aan te nemen. Leren wordt gezien als de verantwoordelijkheid van de baas (Van Aken & Grotendorst, 2002; Baars & Van der Werf, 2006; Gobbens e.a., 2007).

Een leerklimaat is niet iets wat van de ene op de andere dag ontstaat. Sprenger (1998) onderscheidt vier aspecten van het creëren van een leerklimaat:

1. identificatie met de organisatie;
2. omgaan met verschillen;
3. vergroten van invloed;
4. openstaan voor nieuwe ideeën (Sprenger & Van Oort, 1998).

Door in het ziekenhuis aandacht te besteden aan deze vier aspecten zal er gaandeweg een beter leerklimaat ontstaan (Dekker e.a., 2002). Wanneer verpleegkundigen eraan gewend zijn dat de leidinggevende voor hen bepaalt wat, hoe en wanneer zij moeten leren is het moeilijk dit in korte tijd te veranderen. Dit is iets waar veel opleiders en leidinggevers tegenaan lopen. Voor hen kan het leerklimaat een belemmerende rol spelen bij het introduceren van nieuwe methoden zoals, persoonlijke ontwikkelingsplannen en 360 graden feedback (Baars & Van der Werf, 2006).

Het Catharina ziekenhuis zegt een leerklimaat te bieden waarin ontwikkelen en ontplooiën van verpleegkundigen voorop staat (Kiesbeter, 2009).

2.2.2 Typen leerklimaat

Baars heeft in haar promotieonderzoek (2003) in kaart gebracht wat voor soorten leerklimaat in organisaties aangetroffen kunnen worden. Hiertoe heeft zij vragenlijsten afgenomen en interviews gehouden binnen zeer uiteenlopende bedrijven en instellingen. Op basis van dit onderzoek onderscheidt zij twee typen leerklimaat:

- een regulerend leerklimaat;
- een explorerend leerklimaat.

Regulerend leerklimaat

In dit leerklimaat gaan verpleegkundigen ervan uit dat leren een verantwoordelijkheid is van de organisatie. Zij vinden dat leren het beste 'in de baas zijn tijd' kan plaatsvinden. Verpleegkundigen zijn geneigd een passieve houding aan te nemen ten aanzien van het leren. Leren wordt gezien als een taak van de leidinggevenden. Kenmerken voor een dergelijk leerklimaat zijn:

- er wordt vaak gebruikt gemaakt van klassieke vormen van leren;
- verpleegkundigen worden vaak tegelijkertijd op cursus gestuurd;
- de cursussen zijn vaak gericht op routinematige taken die verricht moeten worden.

Explorerend leerklimaat

In dit leerklimaat wordt leren als eigen verantwoordelijkheid van verpleegkundigen gezien. Het is hierbij van belang dat er zelf initiatief wordt genomen door verpleegkundigen en dat ze zich hier ook zelf verantwoordelijk voor voelen. In dit leerklimaat delen verpleegkundigen hun werkervaringen met collega's. Ook zijn zij geneigd extra taken te verrichten, zodat ze zich breed kunnen ontwikkelen. Kenmerken voor dit leerklimaat zijn:

- verpleegkundigen nemen zelf het initiatief tot leren;
- verpleegkundigen delen veel kennis met collega's (Baars & Van der Werf, 2006).

2.2.3 Analyseren van het leerklimaat

Analyseren van het leerklimaat heeft als doel om aan de hand van concrete procesindicatoren het huidige leerklimaat te beoordelen. Hierna kunnen eventueel maatregelen getroffen worden om het kennisproces beter te laten verlopen. In een ziekenhuis waarin verpleegkundigen kennis op effectieve wijze gebruiken, heerst een positief leerklimaat. Een positief leerklimaat is een voorwaarde voor kennisproductiviteit. Bij het creëren van een leerklimaat is het van belang dat er voorwaarden opgesteld worden die nodig zijn om informatie voor verpleegkundigen nuttig te laten zijn. Verpleegkundigen die niet over leermotivatie bezitten, zullen niet op zoek gaan naar kennis en er niet naar streven het eigen gedrag te veranderen. Verpleegkundigen zullen kennis tot zich nemen of doorgeven als zij het idee hebben dat het waarde toevoegt. Het beschikbaar stellen van kennis is onderdeel van het creëren van een leerklimaat. Andere onderdelen die belangrijk zijn bij het creëren van een gunstig leerklimaat zijn; de sfeer op de afdeling, de uitdaging voor verpleegkundigen waardoor ze gestimuleerd worden tot leren, gevoel van veiligheid om fouten te maken, en tot slot is het geven van feedback een belangrijk aspect. Door in het ziekenhuis aandacht te besteden aan deze vier aspecten zal er gaandeweg een beter leerklimaat ontstaan (Dekker e.a., 2002).

2.2.4 Voorwaarden van een leerklimaat over het algemeen

Een goed leer- en opleidingsbeleid biedt een goede basis voor de ontwikkeling van verpleegkundigen binnen het ziekenhuis. Het levert een bijdrage aan het stimuleren van het continue leren van de verpleegkundigen door:

- het experimenteren met nieuw gedrag te bevorderen, zodat de verpleegkundige zich durft te ontwikkelen;
- kennis en handelingen die vanzelfsprekend zijn, zichtbaar maken voor de verpleegkundige zodat zij haar handelswijze kan vergelijken met anderen en kan overnemen wat werkt;
- het delen van kennis te faciliteren;
- het leren van eigen gedrag te bevorderen door coaching en/of training (Kenniss- en opleidingen centrum voor uniek vakmanschap, 2009).

2.3 Wat zegt het magnet-concept over leren?

Leren is een belangrijk onderdeel van het magnet-concept. Wanneer er veel opleidingsmogelijkheden zijn binnen een instelling, maakt dit het voor verpleegkundigen aantrekkelijker om binnen de instelling te blijven werken. Ook draagt de mogelijkheid tot het volgen van opleidingen bij aan de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen. Waardoor zij in staat gesteld worden om betere zorg te leveren, waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd (Brouwer e.a., 2009).

Zowel bij de acht essentials als de veertien magneetkrachten zijn relaties aanwezig met leren. Eén van de acht essentials, om kwalitatief goede zorg te verlenen, is de mogelijkheid tot het volgen van opleidingen, zowel werkplekleren als vervolgopleidingen (essentials nr.1). Deze is als volgt omschreven: *“Mogelijkheid tot het volgen van vervolgopleidingen, te meten in termen van beschikbaarheid, financiële steun, waarde die andere binnen de organisatie aan opleidingen toekennen en de beloningen die door de organisatie bij het met goed gevolg afsluiten van de opleiding gegeven worden” (Brouwer e.a., 2009, pag. 26).*

In de veertien magneetkrachten is een kracht opgenomen met betrekking tot leren: Verpleegkundigen als opleiders (magneetkracht nr. 11). *“Professionele verpleegkundigen zijn betrokken bij opleidingsactiviteiten binnen de organisatie en in de samenleving. Deze opleidingsactiviteiten geven hen professioneel veel bevrediging. Studenten zijn welkom en worden aangemoedigd binnen de organisatie. Er is voor zowel studenten als verpleegkundigen volop mogelijkheid om opleidingen te volgen. Er is een programma voor patiënteneducatie dat voorziet in de behoeften van patiënten op de verschillende afdelingen” (Brouwer e.a., 2009, pag. 30).*

Naast bovenstaande magneetkracht, is er nog een andere magneetkracht die ook betrekking heeft op leren, namelijk: professionele ontwikkeling (magneetkracht nr. 14). *“Er wordt veel aandacht besteed aan de inwerkbegeleiding, bedrijfsopleidingen, bij- en nascholingen, vervolgopleidingen en loopbaanontwikkeling. Persoonlijke en professionele groei en ontwikkeling worden belangrijk gevonden. Bovendien zijn er mogelijkheden, alsook de bijbehorende middelen, om de (vak)bekwaamheid op peil te houden” (Brouwer e.a., 2009, pag. 30).*

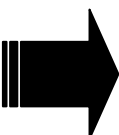
In het onderzoek van McClure & Hinshaw (2001) staat beschreven waarom bepaalde ziekenhuizen wel in staat waren verpleegkundigen aan te trekken en te behouden en andere niet. Ook is gebleken dat verpleegkundigen grote waarde hechten aan opleiden. De verpleegkundigen zijn niet alleen geïnteresseerd in hun eigen persoonlijke en professionele ontwikkeling, maar ook in het opleiden van zowel patiënten, studenten als pas afgestudeerde verpleegkundigen. De vakkundige verpleegkundige dienen als het ware als een rolmodel. Uit het onderzoek is gebleken dat onderwijsactiviteiten door verpleegkundigen gezien worden als een verwachting van het beroep en dat het voldoening geeft. Dit alles draagt bij aan de magneetwerking van ziekenhuizen. Voorlichting aan patiënten en familie zijn een belangrijk onderdeel van de onderwijsactiviteiten. Daarnaast dragen het kritisch kijken naar collega's en deze feedback geven, de ontwikkeling van leerprogramma's en het intern opleiden bij aan de bekwaamheid van verpleegkundigen. De leeromgeving binnen het magnet-concept kan gezien worden als stimulerend en biedt vele mogelijkheden tot onderwijs. Er is een positieve houding richting studenten en de aangesloten onderwijs programma's. In sommige ziekenhuizen was een criterium voor het maken van promotie dat een verpleegkundige specifieke onderwijsactiviteiten zou begeleiden. Echter was dit ook één van de verwachtingen van verpleegkundigen wanneer zij promotie wilde maken.

De nadruk op onderwijs draagt ertoe bij dat de kwaliteit van zorg verbeterd en wordt als zeer belangrijk ervaren door verpleegkundigen (McClure & Hinshaw, 2002).

Andere zaken die niet direct maar indirect te maken hebben met het leerklimaat volgens het magnet-concept zijn onder andere het krijgen van de mogelijkheid tot het volgen van opleidingen, waardoor de professionele ontwikkeling gestimuleerd wordt. Dit draagt ertoe bij dat verpleegkundigen meer in staat zijn tot het leveren en verbeteren van kwaliteit van zorg. De acties die zij ondernemen om hiertoe te komen, hangen samen met de magneetkrachten.

Naar aanleiding van het onderzoek van McClure & Hinshaw (2001) is gebleken dat er naast de bovengenoemde magneetkrachten (11 en 14) meerdere magneetkrachten zijn die een koppeling hebben met het leerklimaat. Deze zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 1: De 14 magneetkrachten en magneetkrachten gerelateerd aan het leerklimaat

14 magneetkrachten			Magneetkrachten gerelateerd aan het leerklimaat	
1.	Kwaliteit van verpleegkundig leiderschap		3.	Managementstijl
2.	Organisatiestructuur		6.	Kwaliteit van zorg
3.	Managementstijl		7.	Kwaliteitsverbetering
4.	Persoonlijk beleid en programma's		8.	Consultatie en bronnen
5.	Professionele zorgmodellen		9.	Autonomie
6.	Kwaliteit van zorg		10.	De samenleving en de zorginstelling
7.	Kwaliteitsverbetering		11.	Verpleegkundigen als opleiders
8.	Consultatie en bronnen			
9.	Autonomie		13.	Interdisciplinaire relaties
10.	De samenleving en de zorginstelling		14.	Professionele ontwikkeling
11.	Verpleegkundigen als opleiders			
12.	Het imago van verpleging			
13.	Interdisciplinaire relaties			
14.	Professionele ontwikkeling			

Niet alleen de hoeveelheid verpleegkundigen is van invloed op de kwaliteit van zorg, ook het opleidingsniveau van verpleegkundigen is gerelateerd aan kwaliteit van zorg. Door de inzet van hoger opgeleide verpleegkundigen neemt de sterftekans aantoonbaar af (Aiken e.a., 2003 in V&VN, 2008; Clarke e.a., 2002 in V&VN, 2008).

Te hoge werkdruk en tekort aan vakkundig personeel zijn grote problemen in ziekenhuizen. Om personeel te behouden moet het werk voldoende ontwikkelingsmogelijkheden bieden, dit kan door werkplekieren te bevorderen (Baars, 2004).

Het is niet duidelijk te zeggen welk type leerklimaat wordt omschreven in het magnet-concept, beide types (regulerend en explorerend) zijn namelijk terug te vinden. Enerzijds vindt de organisatie het belangrijk dat verpleegkundigen blijven leren en zich blijven ontwikkelen. Anderzijds hechten verpleegkundigen veel waarde aan het volgen van opleidingen maar ook aan het geven van opleidingen. De verpleegkundigen zien onderwijsactiviteiten als een verwachting van het beroep, welke tevens voldoening geeft. Kritisch naar collega's kijken en elkaar feedback geven draagt bij aan de bekwaamheid van verpleegkundigen.

Het magnet-concept is gericht op een professionele ontwikkeling van zorgverleners. Een mogelijkheid om dit te bereiken is door te werken met practice development. In practice development wordt zowel de organisatie als de praktijkuitvoering, de verpleegkundigen, erop gewezen om verantwoordelijkheid en een leidende rol op zich te nemen. Hierdoor worden ze op een faciliterende wijze betrokken en gestimuleerd om hun eigen praktijkuitvoering te veranderen (Cox, 2009; Van Os, 2006). Wanneer dit aspect vertaald wordt naar het leren, houdt dat dus in dat er zowel een regulerend als een explorerend leerklimaat heerst.

3 Welke meetinstrumenten zijn er om het leerklimaat te meten?

Binnen opleidingsafdelingen speelt de leeromgeving een belangrijk rol. Maar hoe kan een opleidingsafdeling een krachtige leeromgeving ontwikkelen, meten en vervolgens beïnvloeden (Gobbens e.a., 2007)?

Uit literatuuronderzoek blijkt dat juist gebruik van meetinstrumenten een bijdrage kan leveren aan de implementatie van opleidingsafdelingen (Witjens e.a., 2007). De projectgroep heeft in de literatuur verschillende meetinstrumenten gevonden die gericht zijn op het leerklimaat:

- *leerklimaatscan (Mirjam Baars, 2002);*
- *vragenlijst leerklimaat (Mirjam Baars, 2003);*
- *leerklimaat vragenlijst (Sandra Neeleman, 2004);*
- *diagnoselijst van het leerklimaat in het team (FCB, 2003);*
- *praktijkleerplaatsprofiel (Gobbens e.a., 2006);*
- *teamleren, leerklimaat (context van het team en leeractiviteiten) (Christine de Winter, 2009).*

3.1 Leerklimaatscan (Mirjam Baars)

De leerklimaatscan is ontwikkeld in 2002 door Mirjam Baars (Baars, 2004).

Het meetinstrument bestaat uit 20 stellingen, onderverdeeld in de volgende dimensies:

- organisatiedoelen - persoonlijke doelen;
- smalle vakbekwaamheid - brede vakbekwaamheid;
- kennisoverdracht - kennisdelen;
- geüniformeerd - geïndividualiseerd;
- organisatieverantwoordelijkheid - individuele verantwoordelijkheid.

De verpleegkundigen moeten bij iedere stelling het cijfer omcirkelen dat het meest overeenkomt met hun mening (Baars, 2004).

3.2 Vragenlijst leerklimaat (Mirjam Baars)

Met behulp van de leerklimaatvragenlijst kunnen verpleegkundigen inzicht krijgen in hun eigen leerklimaat. Het is ontwikkeld in 2003 door Mirjam Baars.

Het meetinstrument bestaat uit stellingen en is ook onderverdeeld in de dimensies, zoals bij de leerklimaatscan. Per dimensie zijn er bijbehorende stellingen geformuleerd (Baars & Van der Werf, 2006).

Het meetinstrument kan ingezet worden als zelfdiagnose-instrument, waarbij de individuele verpleegkundigen inzicht krijgen in hun eigen leerklimaat. Ook kunnen opleiders het inzetten om meerdere afdelingen met elkaar te vergelijken. De verschillen in leerklimaat wordt dan scherp in beeld gebracht. Via deze aanpak kan er gericht actie worden ondernomen (Baars & Van der Werf, 2006).

3.3 Leerklimaat vragenlijst (Sandra Neeleman)

In 2004 heeft Neeleman het meetinstrument van Baars (2002) aangepast, verder ontwikkeld en toepasselijk gemaakt voor haar onderzoek in het Deventer Ziekenhuis. Hieruit is het meetinstrument 'Vragenlijst leerklimaat' gekomen (Neeleman, 2004).

De vragenlijst is onderverdeeld in drie delen:

- kenmerken van het werk (10 stellingen);
- het leerklimaat (59 stellingen);
- enkele persoonsgegevens (8 meerkeuzevragen).

In het meetinstrument is gebruik gemaakt van de Likert-antwoordcategorieën, een 5-puntsschaal van 1 = volledig mee oneens tot 5 = volledig mee eens (Neeleman, 2004).

3.4 Diagnoselijst van het leerklimaat in het team (FCB)

Het meetinstrument is afkomstig uit het handboek 'Leer- en opleidingsbeleid'. Het is ontwikkeld in 2003 door de samenwerking tussen de sectorfondsen 'Zorg en Welzijn' en 'Fontys Hogeschool Sociaal Werk'. Vroeger stond de afkorting FCB voor Fonds Collectieve Belangen. Dit is echter niet meer zo, maar de naam FCB is wel behouden. Tegenwoordig is de naam FCB dienstverleners in arbeidsmarktvraagstukken (FCB, 2003).

De vragenlijst is gebaseerd op het gedachtegoed van Pearn, Roderick en Mulrooney. Zij gaan uit van zeven aspecten die bepalend zijn voor het leerklimaat in een organisatie:

- managementstijl en relationele kenmerken van managers;
- de voor leren beschikbare tijd;
- autonomie en verantwoordelijkheid;
- teamstijl;
- gelegenheid tot ontwikkeling;
- beschikbare hulp;
- tevredenheid.

De lijst bestaat uit 50 uitspraken, waarbij de verpleegkundigen aangeven in welke mate de uitspraak klopt met de werkelijke situatie in het team (FCB, 2003).

3.5 Praktijkleerplaatsprofiel (niveau 5) (Gobbens e.a.)

In 2006 is het praktijkleerplaatsprofiel (niveau 5) ontwikkeld. Het is een product van een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van drie hogescholen: Avans Hogeschool, Hogeschool van Amsterdam en de Haagse Hogeschool voor Beroepsonderwijs (Gobbens e.a., 2007).

Met behulp van dit instrument kan, op afdelingsniveau, worden gemeten in hoeverre een beroepspraktijk geschikt is voor een HBO-V student. Het resultaat van de meting verschaft inzicht in:

- de complexiteit van de zorg;
- het leerklimaat;
- de competenties die een student kan verwerven.

De vragenlijst bestaat uit de volgende vijf onderdelen:

- gegevens over de instelling waarvan de praktijkleerplaats deel uitmaakt;
- algemene gegevens van de praktijkleerplaats;
- complexiteit van de zorg, kwalitatieve aspecten;
- leerklimaat van de praktijkplaats:
 - o voorwaarden binnen de organisatie;
 - o de structuur en kwaliteit van de werkbegeleiding;
 - o de inhoud van de werkbegeleiding.
- te realiseren eindkwalificaties:
 - o zorgverlener;
 - o regisseur;
 - o ontwerper;
 - o coach;
 - o beroepsoefenaar.

Bij elk onderdeel staan verschillende stellingen, die beantwoord moeten worden door middel van een drie- en vijfpuntschaal (Gobbens e.a., 2007).

3.6 Teamleren, leerklimaat (context van het team en leeractiviteiten) (Christine de Winter)

Christine de Winter heeft in 2008/2009 onderzoek gedaan naar mogelijke verschillen op het gebied van leren tussen zorginnovatie afdelingen (zic's) en andere verpleegafdelingen (De Winter, 2009).

Om onderzoek te doen naar mogelijke verschillen op het gebied van leren, is de vragenlijst 'Teamleren, leerklimaat (context van het team en leeractiviteiten)' opgesteld.

Het meetinstrument bestaat uit 5 delen:

- persoonlijke gegevens;
- teamleren;
- leerklimaat;
- context van het team;
- leeractiviteiten op de afdeling.

De laatste 4 delen bestaan uit 73 vragen, die door middel van de Likert-schaal beantwoord dienen te worden. Hierbij zijn de Likert-antwoordcategorieën: nooit, soms, regelmatig, vaak en altijd (De Winter, 2009).

3.7 Matrix

Om een goede onderbouwde keuze te maken voor een meetinstrument heeft de projectgroep een matrix opgesteld. In deze matrix worden verschillende meetinstrumenten met elkaar vergeleken door ze te scoren op randvoorwaarden van een goed meetinstrument. Deze randvoorwaarden, zoals ze door Beurskens en collega's in een stappenplan zijn opgenomen, zijn: betrouwbaarheid, validiteit, responsiviteit en hanteerbaarheid (Beurskens e.a., 2008).

Een andere voorwaarde voor het maken van een onderbouwde keuze is wat de projectgroep verwacht van het meetinstrument. Wat moet het meetinstrument meten en welke aspecten moeten er terug te vinden zijn in het meetinstrument? Dit alles is terug te vinden in deze paragraaf.

3.7.1 Kwaliteiten van de meetinstrumenten

Een van de manieren om kwaliteit van zorg in kaart te brengen, is het gebruik van meetinstrumenten. Bij deze meetinstrumenten is kwaliteit van groot belang. Wetenschappelijk gezien zijn er vier aspecten met betrekking tot de kwaliteit van een meetinstrument: betrouwbaarheid/reproduceerbaarheid, validiteit, responsiviteit en hanteerbaarheid. Bij het kiezen van een meetinstrument worden deze aspecten meegenomen om tot een onderbouwde keuze te komen (Beurskens e.a., 2008; Ostelo e.a., 2006).

3.7.1.1 Betrouwbaarheid/Reproduceerbaarheid

Betrouwbaarheid is geen gemakkelijk concept, maar wel een essentiële voorwaarde voor het doen van wetenschappelijk onderzoek (Middel, 2004).

Een meetinstrument is bruikbaar als er nauwkeurig in kaart wordt gebracht wat gemeten moet worden, de meting maximaal herhaalbaar is en zonder veel toevalsfouten. De uitkomsten van de meting moeten betrouwbaar zijn.

Bij de betrouwbaarheid van een meetinstrument kan onderscheid gemaakt worden tussen drie vormen:

- Stabieleit: de meting wordt twee maal achter elkaar verricht waarbij de uitkomsten hetzelfde zijn.
- Gelijkheid (overeenkomst): als twee onafhankelijke beoordelaars dezelfde uitkomst hebben.
- Interne consistentie: het meetinstrument bestaat uit een vragenlijst met meerdere aspecten (items) die onderdeel zijn van het te bestuderen kenmerk en voldoende

onderling samenhangen (correlatie), waarbij ieder item (aspect van beperking) bijdraagt aan het te meten aspect (Middel, 2004).

3.7.1.2 Validiteit

Een wetenschappelijk verantwoorde meting is zo valide mogelijk. Bij validiteit (geldigheid) gaat het over de vraag of het meetinstrument meet wat het beoogd te meten. In welke mate komt het kenmerk wat er gemeten wordt overeen met het beoogde kenmerk (Evers, 1998; Pelsmacker & Kenhoven; 2007).

Er zijn verschillende manieren waarop de validiteit bepaald kan worden:

- Face-validiteit
Face-validiteit kan het beste omschreven worden als “*lijkt het op het eerste gezicht een goed meetinstrument*”. Als bijvoorbeeld een vragenlijst gaat over participatie, moet bij het lezen naar voren komen dat de vragen gaan over het vervullen van rollen in de maatschappij (Beurskens e.a., 2008).
- Content-validiteit
Content-validiteit oftewel inhoudsvaliditeit is iets meer gestructureerd. Hierbij wordt nagegaan of het meetinstrument alle relevante aspecten bevat. Als alle aspecten van participatie gemeten moeten worden, zullen in de vragenlijst alle domeinen van participatie naar voren moeten komen (Beurskens e.a., 2008).
- Criteriumvaliditeit
Criteriumvaliditeit kan bepaald worden als er een gouden standaard is om het begrip te meten wat men wil weten. Een gouden standaard is een meetinstrument dat 100% meet wat het beoogd te meten (Beurskens e.a., 2008; Ostelo, 2006).
- Constructvaliditeit
Constructvaliditeit is een breed begrip, het kan omschreven worden als de koperen standaard. Bij constructvaliditeit wordt beoordeeld of het meetinstrument overeenkomt met de theorie (het construct) waarop het meetinstrument gebaseerd is. Hierbij zouden de uitkomsten van beide meetinstrumenten dus in grote mate overeen moeten komen (Beurskens e.a., 2008).

3.7.1.3 Responsiviteit

De laatste jaren wordt het begrip validiteit geassocieerd met een scala van vaardigheden en eigenschappen die kwalitatief beter zijn naarmate de omgeving zich responsiever opstelt (Ostelo e.a., 2006).

Bij responsiviteit wordt er bekeken of een meetinstrument in staat is om optredende veranderingen te meten. Het kan gezien worden als een vorm van longitudinale validiteit (validiteit over langere tijd).

Beurskens stelt dat het meetinstrument in staat moet zijn minimaal de belangrijkste veranderingen aan te tonen en dat het instrument geen verandering moet laten zien wanneer het kenmerk niet in belangrijke mate verandert (Beurskens e.a., 2008; Ostelo, 2006).

3.7.1.4 Hanteerbaarheid

Veel meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor wetenschappelijk onderzoek en zijn vaak door de lengte en complexiteit niet geschikt voor de praktijk. De gebruiksvriendelijkheid moet voor beide partijen zijn, zowel voor degene die het meetinstrument gebruikt (de projectgroep) als voor degene bij wie het meetinstrument wordt toegepast (het Catharina ziekenhuis) (Beurskens e.a., 2008).

Om een bepaald meetinstrument te gebruiken zullen de voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen worden. De aspecten die hieruit komen hebben invloed op het besluit om een meetinstrument wel of niet te gebruiken (Beurskens e.a., 2008).

Praktische voorwaarden die invloed hebben op het gebruik van meetinstrument zijn:

- *Kosten van het meetinstrument*
Er zijn meetinstrumenten die vrij toegankelijk en gratis te gebruiken zijn.
Sommige meetinstrumenten zijn beschermd en moeten besteld worden. Door de hoge kosten is niet iedereen in staat om het meetinstrument aan te schaffen.
- *Benodigdheden voor gebruik van het meetinstrument*
Bij de afname van sommige meetinstrumenten kan het zijn dat er gebruik moet worden gemaakt van benodigdheden. Bijvoorbeeld bepaalde voorwerpen (pen, potlood, computer) of dat de test af moeten worden genomen in een bepaalde ruimte.
- *Beschikbaarheid (van vragenlijsten) in de Nederlandse taal*
Het zelf vertalen van vragenlijsten is niet aan te raden. Het is een lang proces dat aan wetenschappelijke criteria moet voldoen.
- *Verkrijgbaarheid van het meetinstrument*
Het kan lastig zijn om aan een bepaald meetinstrument te komen.
- *Afnametijd*
Hoe meer items een vragenlijst heeft, hoe langer het duurt om een vragenlijst in te vullen.
- *Benodigde tijd voor het evalueren en interpreteren van de resultaten*
Bij het gebruik van meetinstrumenten gaat het in de meerderheid van de gevallen om kwantitatieve gegevens (gegevens die uitgedrukt worden in getallen). Het interpreteren van kwalitatieve gegevens is erg lastig, deze worden daarom in de praktijk vaak omgezet in kwantitatieve gegevens.
Voor de interpretatie van de gegevens zijn twee vragen van belang:
 - o Hoe wordt de (totaal)score bepaald?
Het is het makkelijkst als de totaalscore kan worden bepaald door de scores van de individuele items van het meetinstrument bij elkaar op te tellen.
 - o Wat is de klinische betekenis van de (totaal)score?
Het doel van de meting is belangrijk voor het interpreteren van de score. Als het doel helder is kan de (totaal) score worden bepaald, alleen wat hebben deze resultaten van betekenis (Beurskens e.a., 2008).

3.7.2 Uitwerking matrix

Een matrix wordt opgesteld om een onderbouwde keuze te kunnen maken. In deze matrix worden de verschillende meetinstrumenten met elkaar vergeleken op verschillende randvoorwaarden. Bij ieder meetinstrument wordt aan iedere randvoorwaarde een score toegekend, deze score is opgesteld aan de hand van een vijfpunts Likert-schaal.

Het meetinstrument dat de projectgroep gaat gebruiken voor het meten van het leerklimaat in het Catharina ziekenhuis moet voldoen aan de volgende aspecten (visie van de afdeling):

- de vragen hebben betrekking op het leerklimaat binnen het Catharina ziekenhuis en zijn gericht op verpleegkundigen;
 - de vragen zijn gerelateerd aan het magnet-concept;
- In het meetinstrument zijn vragen opgenomen:
- waarin reflectie terug te vinden is;
 - die gerelateerd zijn aan de mogelijkheid tot het volgen van opleidingen;
 - met betrekking tot begeleiding en opleiding van studenten, pas afgestudeerden en nieuwkomers;
 - met betrekking tot het kritisch kijken naar collega's en elkaar feedback geven.

Onderstaande meetinstrumenten worden in de matrix uitgewerkt:

- meetinstrument 1: Leerklimaatscan (Baars, 2004);
- meetinstrument 2: Vragenlijst leerklimaat (Baars, 2003);
- meetinstrument 3: Leerklimaat vragenlijst (Neeleman, 2004);

- meetinstrument 4: Diagnose van het leerklimaat in het team (FCB, 2003);
- meetinstrument 5: Teamleren, leerklimaat context van het team en leeractiviteiten (De Winter, 2009).

Tabel 2: matrix voor een onderbouwde keuze van een meetinstrument

Meetinstrument	1	2	3	4	5
Kwaliteiteisen					
Betrouwbaarheid	?	?	++	?	++
Validiteit					
Face-validiteit	?	?	++	?	?
Content-validiteit	?	?	?	?	?
Criteriumvaliditeit	?	?	?	?	?
Constructvaliditeit	?	?	++	?	?
Responsiviteit	?	?	?	?	?
Hanteerbaarheid					
Kosten	++	++	++	++	++
Benodigdheden	++	++	++	++	++
Beschikbaarheid	++	++	++	++	++
Verkrijgbaarheid	++	++	++	++	++
Afnametijd	?	?	-	?	+/-
Benodigde tijd evaluatie en interpreteren resultaten	?	?	?	?	?
Voldoet het aan de visie van de afdeling	+/-	++	++	+/-	+
Totaal score	23	25	42	23	32

++ = 5 zeer goed/zeer weinig
 + = 4 goed/weinig
 +/- = 3 matig/gemiddeld
 - = 2 slecht/veel
 - - = 1 zeer slecht/zeer veel/geen
 ? = onbekend

3.7.3 Verantwoording matrix

In de matrix is het meetinstrument gescoord op verschillende randvoorwaarden. De toekenning van de score bij de verschillende meetinstrumenten wordt hieronder nader toegelicht. Sommige randvoorwaarden in de matrix zijn niet gescoord, omdat hier geen gegevens over bekend zijn. In overleg met de projectbegeleider is besloten deze randvoorwaarden met een vraagteken weer te geven. Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de meetinstrumenten.

Vanuit deze gegevens maakt de projectgroep uiteindelijk een keuze voor het meest geschikte meetinstrument.

3.7.3.1 Meetinstrument 1: Leerklimaatscan

- **Betrouwbaarheid:**
Gegevens over de betrouwbaarheid van dit instrument zijn onbekend.
- **Validiteit:**
Er zijn geen gegevens bekend over de validiteit

- *Responsiviteit:*
Gegevens over de responsiviteit zijn onbekend.
- *Hanteerbaarheid:*
 - o *Kosten:*
In de literatuur wordt er onder kosten van het meetinstrument verstaan dat het vrij toegankelijk is en gratis te gebruiken. (Beurskens e.a., 2008) De leerklimaatscan scoort hierbij zeer positief, omdat deze verkregen is via internet. Er waren geen kosten verbonden aan het downloaden van dit meetinstrument (Baars, 2004).
 - o *Benodigdheden:*
Er zijn geen gegevens bekend over mogelijke benodigdheden die nodig zijn voor dit meetinstrument.
 - o *Beschikbaarheid:*
Het meetinstrument is origineel in de Nederlandse taal uitgebracht. Hierdoor hoeft er geen proces aan vooraf te gaan om het om te zetten, waarbij het voldoet aan wetenschappelijke criteria (Baars, 2004; Beurskens e.a., 2008).
 - o *Verkrijgbaarheid:*
In de literatuur staat beschreven dat het soms lastig kan zijn om aan een bepaald meetinstrument te komen (bijv. auteur wil het niet vrijgeven) (Beurskens e.a., 2008). Dit meetinstrument scoort hierbij zeer positief, omdat het gemakkelijk verkrijgbaar was via internet (Baars, 2004).
 - o *Afnametijd:*
Het is onbekend hoeveel tijd nodig is om deze vragenlijst in te vullen.
 - o *Benodigde tijd evaluatie en interpreteren resultaten:*
Voor deze randvoorwaarde geldt dat het onbekend is voor de projectgroep. De hoeveelheid tijd die nodig is voor het evalueren en interpreteren van de resultaten is namelijk afhankelijk van verschillende factoren zoals, het aantal vragenlijsten dat uitgedeeld wordt en de manier van verwerken (De Winter, 2009).
- *Voldoet het aan de aspecten die de afdeling aan het instrument stelt:*
Vanuit de literatuur is er gekeken wat het magnet-concept zegt over het leerklimaat en is uitgewerkt welke eisen er aan het meetinstrument worden gesteld. De leerklimaatscan is gericht op het leerklimaat en richt zich op verpleegkundigen. In het meetinstrument is één vraag opgenomen die betrekking heeft op reflectie. Daarnaast zijn er vragen opgenomen met betrekking tot opleidingsmogelijkheden.
In het meetinstrument komen geen vragen naar voren met betrekking tot begeleiding en opleiding van studenten, pas afgestudeerden en nieuwkomers. Ook zijn er geen concrete vragen over het kritisch kijken naar collega's en elkaar feedback geven opgenomen (Baars, 2004; Beurskens e.a., 2008; McClure & Hinshaw, 2002).

3.7.3.2 Meetinstrument 2: Vragenlijst leerklimaat

- *Betrouwbaarheid:*
Gegevens over de betrouwbaarheid van dit instrument zijn onbekend.
- *Validiteit:*
Er zijn geen gegevens bekend over de validiteit
- *Responsiviteit:*
Gegevens over de responsiviteit zijn onbekend.
- *Hanteerbaarheid:*
 - o *Kosten:*
Dit meetinstrument scoort hierbij zeer positief, omdat het verkregen is via de auteur zonder kosten (Baars, 2003).
 - o *Benodigdheden:*
Er zijn geen gegevens bekend over mogelijke benodigdheden die nodig zijn voor dit meetinstrument.

- o *Beschikbaarheid:*
Het meetinstrument is origineel in de Nederlandse taal uitgebracht. Hierdoor hoeft er geen proces aan vooraf te gaan om het om te zetten, waarbij het voldoet aan de wetenschappelijk criteria (Baars, 2003; Beurskens e.a., 2008).
- o *Verkrijgbaarheid:*
Het instrument was eenvoudig verkrijgbaar via internet. Hierdoor scoort het meetinstrument zeer positief op deze randvoorwaarde (Baars, 2003).
- o *Afnametijd:*
Het is onbekend hoeveel tijd nodig is om deze vragenlijst in te vullen.
- o *Benodigde tijd evaluatie en interpreteren resultaten:*
Dit is onbekend voor de projectgroep (zie meetinstrument 1).
- *Voldoet het aan de aspecten die de afdeling aan het instrument stelt:*
Vanuit de literatuur is er gekeken wat het magnet-concept zegt over het leerklimaat en is uitgewerkt welke eisen er aan het meetinstrument worden gesteld. De vragenlijst leerklimaat is gericht op het leerklimaat en richt zich op verpleegkundigen. In het meetinstrument zijn meerdere vragen opgenomen over reflectie en over opleidingsmogelijkheden. Daarnaast zijn er vragen opgenomen met betrekking tot begeleiding en opleiding van studenten, pas afgestudeerden en nieuwkomers en over het kritisch kijken naar collega's en elkaar feedback geven (Baars, 2003; Beurskens e.a., 2008; McClure & Hinshaw, 2002).

3.7.3.3 Meetinstrument 3: Leerklimaat vragenlijst

- *Betrouwbaarheid en validiteit:*
Betrouwbaarheids- en factoranalyse laten zien of het voor dit onderzoek ontwikkelde instrument betrouwbaar en valide is (Pallant, 2001). Bij deze analyses wordt nagegaan of de schalen zoals deze gehanteerd zijn in dit onderzoek correct zijn.
Om inzicht te verkrijgen welke items welk begrip meten, is een factoranalyse uitgevoerd. Een groot aantal items kan zo worden beschreven door een geringer aantal componenten. Factoranalyse test de factoriale validiteit van de items die in de schalen zijn gegroepeerd door weer te geven in welke mate de items hetzelfde achterliggend concept meten.

Het meetinstrument bestaat uit twaalf verschillende schalen. Deze schalen zijn, om de betrouwbaarheid te meten, aan factor- en betrouwbaarheidsanalyses onderworpen. Uit deze analyses is gebleken dat vijf schalen unidimensionaal zijn (dit houdt in dat de items zijn gebaseerd op één onderliggend construct/meting), dit zijn:

- o machinebureaucratische arbeid;
- o professionele arbeid;
- o individuele verantwoordelijkheid;
- o differentiatie;
- o organisatiedoelen.

De overige zes schalen bleken in eerste instantie meerdimensionaal te zijn (dit houdt in dat de items zijn gebaseerd op meerdere constructen/metingen), dit zijn:

- o organisatieverantwoordelijkheid;
- o vaktechnische bekwaamheid;
- o brede vakbekwaamheid;
- o kennisoverdracht;
- o ervaringsleren en kennisconstructie;
- o uniformiteit;
- o persoonlijke ontwikkeling.

De schalen machinebureaucratische arbeid en professionele arbeid zijn gericht op de organisatie van arbeid. De overige schalen, worden ook wel dimensies genoemd, en zijn gericht op het leerklimaat.

Er kan worden vastgesteld dat er acht betrouwbare schalen van dimensies zijn opgesteld. Van de dimensies 'vaktechnische bekwaamheid' en 'kennisoverdracht' zijn geen betrouwbare schalen opgesteld. Nadat er van deze dimensies wel betrouwbare schalen zijn opgesteld, is er een overkoepelende factoranalyse gedaan om te kijken of de dimensies samen een onderliggend construct meten (leerklimaat). Uit deze overkoepelende factoranalyse is gebleken dat alle factorladingen op één factor laden, met een interne consistentie van 0.84. Dit betekent dat de betrouwbaarheid erg hoog is en het meetinstrument dus constructvalide is.

In tabel 3 is samenvattend weergegeven welke schalen in de verdere analyse worden meegenomen. Tevens is aangegeven welke schalen verwijderd zijn op basis van de factor- en betrouwbaarheidsanalyses. Uit de tabel blijkt dat de schalen van machinebureaucratische arbeid, ervaringsleren en individuele verantwoordelijkheid een middelmatige consistentie hebben. De andere schalen (professionele arbeid, organisatiedoelen, persoonlijke ontwikkeling, brede vakbekwaamheid, uniformiteit en differentiatie) hebben een hoge interne consistentie (Neeleman, 2004).

Cronbach's alpha (α) is een statistische maat voor de interne consistentie van items (vragen) in vragenlijsten die in onderzoek worden toegepast. Of wel in hoeverre de vragen hetzelfde construct meten. Cronbach's alpha van >0.6 is betrouwbaar (minimale ondergrens). Uit tabel 3 blijkt dat alle variabelen, met uitzondering van individuele verantwoordelijkheid, een Cronbach's alpha hebben van >0.6 en dus betrouwbaar zijn. Deze informatie is in onderstaande tabel te vinden (Admin, 2009).

Tabel 3: Betrouwbaarheden van de opgenomen schalen in de leerklimaatvragenlijst (Neeleman, 2004).

Schaal	Schaal is samengesteld op basis van het aantal items	Cronbach's alpha
Onafhankelijke variabelen		
Machinebureaucratische arbeid	5	0.62
Professionele arbeid	5	0.78
Afhankelijke variabelen		
Organisatieverantwoordelijkheid	-	-
Individuele verantwoordelijkheid	6	0.59
Vaktechnische bekwaamheid	-	-
Brede vakbekwaamheid	4	0.73
Kennisoverdracht	-	-
Ervaringsleren	5	0.61
Uniformiteit	5	0.70
Differentiatie	6	0.75
Organisatiedoelen	7	0.70
Persoonlijke ontwikkeling	6	0.79

- Validiteit:

o Face-validiteit:

Om te kunnen beoordelen of de vragenlijst duidelijk is, is er een pilot afgenomen onder vijf medewerkers van verschillende afdelingen. De ontworpen vragenlijst is eenvoudig van taalgebruik waardoor de vragenlijst voor iedereen gemakkelijk in te vullen is. Nadat de pilot is afgenomen is gestart met het daadwerkelijke onderzoek (Neeleman, 2004).

o Content-validiteit:

Na aanleiding van een literatuurstudie blijkt dat er nog niet eerder een onderzoek is gedaan naar het leerklimaat zoals het in het magnet-

- concept wordt beschreven. Dit maakt dat de projectgroep geen informatie heeft over content-validiteit.
- o *Criteriumvaliditeit:*
Net als bij content-validiteit kan over criteriumvaliditeit geen uitspraak gedaan worden. Dit omdat het meetinstrument nog niet eerder met het zelfde doeleinde is gebruikt.
 - o *Constructvaliditeit:*
Uit factoranalyse is gebleken dat alle factorladingen op één factor laden, met een interne consistentie van 0.84. Dit betekent dat de betrouwbaarheid erg hoog is en het meetinstrument dus constructvalide is (Neeleman, 2004).
 - *Responsiviteit:*
Gegevens over de responsiviteit zijn onbekend.
 - *Hanteerbaarheid:*
 - o *Kosten:*
Er zijn geen kosten verbonden aan het meetinstrument, hierdoor scoort het zeer positief op deze randvoorwaarde (Neeleman, 2004).
 - o *Benodigdheden:*
In de literatuur staat beschreven dat het bij sommige meetinstrumenten noodzakelijk is om gebruik te maken van benodigdheden (bepaalde voorwerpen of in een bepaalde ruimte) (Beurskens e.a., 2008).
De vragenlijst scoort hierbij zeer positief, omdat er verder geen extra benodigdheden nodig zijn (Neeleman, 2004).
 - o *Beschikbaarheid:*
Het meetinstrument is origineel in de Nederlandse taal uitgebracht. Hierdoor hoeft er geen proces aan vooraf te gaan om het om te zetten, waarbij het voldoet aan wetenschappelijke criteria (Neeleman, 2004).
 - o *Verkrijgbaarheid:*
Dit meetinstrument scoort hierbij zeer positief, omdat het verkrijgbaar was via Mirjam Baars die het per mail heeft gestuurd (Neeleman, 2004).
 - o *Afnametijd:*
Afnametijd houdt in hoeveel tijd de geënquêteerde nodig heeft om het meetinstrument in te vullen (Beurskens e.a., 2008).
Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 20 à 25 minuten in beslag nemen (Neeleman, 2004).
 - o *Benodigde tijd evaluatie en interpreteren resultaten:*
Dit is onbekend voor de projectgroep (zie meetinstrument 1).
 - *Voldoet het aan de visie van de afdeling:*
Vanuit de literatuur is er gekeken wat het magnet-concept zegt over het leerklimaat en is uitgewerkt welke eisen er aan het meetinstrument worden gesteld. Het meetinstrument leerklimaat vragenlijst is gericht op het leerklimaat en richt zich op verpleegkundigen. In het meetinstrument zijn meerdere vragen opgenomen over reflectie en over opleidingsmogelijkheden. Daarnaast zijn er vragen opgenomen met betrekking tot begeleiding en opleiding van studenten, pas afgestudeerden en nieuwkomers en over het kritisch kijken naar collega's en elkaar feedback geven (Beurskens e.a., 2008; McClure & Hinshaw, 2002; Neeleman, 2004).

3.7.3.4 Meetinstrument 4: Diagnose van het leerklimaat in het team

- *Betrouwbaarheid:*
Gegevens over de betrouwbaarheid van dit instrument zijn onbekend.
- *Validiteit:*
Er zijn geen gegevens bekend over de validiteit
- *Responsiviteit:*
Deze gegevens zijn onbekend.

- *Hanteerbaarheid:*
 - o *Kosten:*

Dit meetinstrument scoort hierbij zeer positief, omdat het verkregen is via internet. Hierbij waren geen kosten verbonden om dit te downloaden (FCB, 2003).
 - o *Benodigdheden:*

Er zijn geen gegevens bekend over mogelijke benodigdheden die nodig zijn voor dit meetinstrument.
 - o *Beschikbaarheid:*

Het meetinstrument is origineel in de Nederlandse taal uitgebracht. Hierdoor hoeft er geen proces aan vooraf te gaan om het om te zetten, waarbij het voldoet aan de wetenschappelijke criteria (FCB, 2003; Beurskens e.a., 2008).
 - o *Verkrijgbaarheid:*

Het meetinstrument scoort op deze randvoorwaarde zeer positief, omdat het makkelijk verkrijgbaar was via internet (FCB, 2003).
 - o *Afnametijd:*

Het is onbekend hoeveel tijd nodig is om deze vragenlijst in te vullen.
 - o *Benodigde tijd evaluatie en interpreteren resultaten:*

Dit is onbekend voor de projectgroep (zie meetinstrument 1).
- *Voldoet het aan de aspecten die de afdeling aan het instrument stelt:*

Vanuit de literatuur is er gekeken wat het magnet-concept zegt over het leerklimaat en is uitgewerkt welke eisen er aan het meetinstrument worden gesteld. Het meetinstrument diagnose van het leerklimaat in het team is gericht op het leerklimaat en richt zich op verpleegkundigen. In het meetinstrument zijn vragen opgenomen die gericht zijn op de mogelijkheid tot het volgen van opleidingen.

Er zijn geen vragen opgenomen over reflectie en over de begeleiding en opleiding van studenten, pas afgestudeerden en nieuwkomers. Ook staan er geen vragen in over het kritisch kijken naar collega's en elkaar feedback geven (Beurskens e.a., 2008; FCB, 2003; McClure & Hinshaw, 2002).

3.7.3.5 Meetinstrument 5: Meetinstrument: teamleren, leerklimaat, context van het team en leeractiviteiten

- *Betrouwbaarheid:*

Om de betrouwbaarheid van dit instrument te meten heeft De Winter een kwantitatief multi-centrisch cross sectioneel onderzoek gedaan. Bij kwantitatief onderzoek gaat het vaak om 'kwanta', vele getallen en dus grote aantallen. Een cross sectioneel onderzoek is een dwarsdoorsnede onderzoek. Multi-centrisch wil zeggen dat het onderzoek op verschillende afdelingen is gedaan. Er is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst die is opgebouwd uit bestaande instrumenten, aangevuld met een bevraging over persoonskenmerken, leercompetenties en leeractiviteiten (De Winter, 2009).

Voor de schaal 'teamleren' is gebruik gemaakt van een schaal van Van Offenbeek (2001). De schaal bestaat uit vier indelingen (subschalen): informatie verzamelen, informatie distributie, informatie opslag en informatie borging. Van alle vragen in de subschaal wordt de score opgeteld (sumscore). De 26 vragen zijn ook de items van de totale schaal. Voor de schaal leerklimaat is gebruik gemaakt van de Learning Climate Inventory ontwikkeld door het Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg, NIVEL (2005). De 13 vragen zijn de items van de totale schaal. De schaal waargenomen kenmerken afdeling gaat uit van het configuratiemodel van van Linge (2006). De vier configuraties in context: regelgericht, doelgericht, teamgericht en ontwikkelgericht, zijn de subschalen waarbij de items behorende bij de subschaal de somscore is. Voor de drie schalen geldt dat de somscore getransformeerd (transscore) kan naar een percentagescore op een schaal van 0 tot 100. Hierbij is 100% gelijk aan de

maximum te behalen (sub)schaalscore (De Winter, 2009).

De interne consistentie van de schalen wordt bepaald door middel van de Cronbach's Alpha Coëfficiënt, hieruit blijkt dat alle variabele hoger scoren dan >0.6 en dus betrouwbaar zijn (zie tabel 4) (De Winter, 2009).

Tabel 4: Meetinstrumenten Teamleren, leerklimaat (context van het team en leeractiviteiten) (De Winter, 2009).

Variabele	Instrument	Schaal	Cronbach's alpha
Persoonskenmerken	n.v.t.	10 items	N.v.t.
Teamleren	Learning in teams (Offenbeek, 2001)	26 items 4 subschalen	0.92 0.92-0.93
Leerklimaat	Learning Climate Inventory (Nivel, 2005)	13 items	0.88
Waargenomen kenmerken afdeling	Organisatiekenmerken (Van Linge, 2006)	4x 6 items 4 subschalen	0.89-0.90
Leeractiviteiten	n.v.t.	9 items	n.v.t.
Leercompetenties (Simons, 2006)	n.v.t.	7 items	n.v.t.

- *Validiteit*

o *Face-validiteit:*

Er zijn geen gegevens bekend over de face-validiteit van dit instrument.

o *Content-validiteit:*

Na aanleiding van een literatuurstudie blijkt dat er nog niet eerder een onderzoek is gedaan naar het leerklimaat zoals het in het magnet-concept wordt beschreven. Dit maakt dat de projectgroep geen informatie heeft over content-validiteit.

o *Criteriumvaliditeit:*

De Winter heeft verschillende instrumenten langs elkaar gelegd en gekeken welke items uit de instrumenten hetgeen meten wat gemeten moet worden.

Het onderzoek richt zich op het verkrijgen van inzicht over mate van teamleren binnen de zorg innovatie centra in vergelijking met niet- zorg innovatie centra. Het onderzoek genereert kennis over het leerklimaat, de context en de inzet van leeractiviteiten in relatie tot de mate van teamleren binnen zorg innovatie centra. De resultaten uit het onderzoek dragen bij aan de wetenschappelijke onderbouwing van het concept zorg innovatie centra (De Winter, 2009).

o *Constructvaliditeit:*

Gegevens over de constructvaliditeit van dit instrument zijn onbekend.

- *Responsiviteit:*

Gegevens over de responsiviteit zijn onbekend.

- *Hanteerbaarheid:*

o *Kosten:*

Het meetinstrument: teamleren, leerklimaat, context van het team en leeractiviteiten scoort bij dit onderdeel zeer positief omdat het verkregen is via een docente van Fontys Hogeschool Verpleegkunde en hieraan waren geen kosten verbonden (De Winter, 2009).

o *Benodigdheden:*

Er zijn geen extra benodigdheden nodig voor het meetinstrument, hierdoor scoort het zeer positief op deze randvoorwaarde (De Winter, 2009).

- o *Beschikbaarheid:*
Het meetinstrument is origineel in de Nederlandse taal uitgebracht. Hierdoor hoeft er geen proces aan vooraf te gaan om het om te zetten, waarbij het voldoet aan wetenschappelijke criteria (De Winter, 2009).
 - o *Verkrijgbaarheid:*
Dit meetinstrument scoort hierbij zeer positief, omdat het verkrijgbaar was via een docente van Fontys Hogeschool Verpleegkunde (De Winter, 2009).
 - o *Afnametijd:*
Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen (De Winter, 2009).
 - o *Benodigde tijd evaluatie en interpreteren resultaten:*
Dit is onbekend voor de projectgroep (zie meetinstrument 1).
- *Voldoet het aan de aspecten die de afdeling aan het instrument stelt:*
Vanuit de literatuur is er gekeken wat het magnet-concept zegt over het leerklimaat en is uitgewerkt welke eisen er aan het meetinstrument worden gesteld. Het meetinstrument teamleren, leerklimaat, context van het team en leeractiviteiten is gericht op het leerklimaat en richt zich op verpleegkundigen. In het meetinstrument zijn meerdere vragen opgenomen over reflectie en over opleidingsmogelijkheden. Daarnaast zijn er vragen opgenomen over het kritisch kijken naar collega's en elkaar feedback geven.
Er zijn geen vragen opgenomen over de begeleiding en opleiding van studenten, pas afgestudeerden en nieuwkomers (Beurskens e.a., 2008; De Winter, 2009; McClure & Hinshaw, 2002).

4 Hoe worden onderzoeksgegevens verzameld?

Er zijn verschillende definities in omloop voor het begrip onderzoek. De definitie, die verwijst naar hoe de wetenschappelijke speurtocht gestalte krijgt, wordt aangehouden (Hunink e.a., 2006). “Onderzoek is een doelbewust en methodisch zoeken naar nieuwe kennis in de vorm van antwoorden op een tevoren gestelde vraag” (Verschuren, 1991 in Hunink e.a., 2006). In dit hoofdstuk worden de verschillende methodes omschreven die gebruikt kunnen worden bij een onderzoek en zal naar voren komen welke methode de projectgroep heeft gebruikt.

4.1 Methode

Het onderzoeksproces is feitelijk niets anders dan een probleemoplossende methode en verschilt in essentie niet van het verpleegproces. Het doen van onderzoek houdt vaak in, dat bij een onderzoekspopulatie een aantal eigenschappen van die populatie in kaart wordt gebracht. Er zijn verschillende manieren om onderzoeksgegevens te verzamelen (Hunink e.a., 2006).

Het verzamelen van onderzoeksgegevens gebeurt via een waarnemingsprocedure, het waarnemen kan op verschillende manieren gebeuren. De onderzoeker kan actief waarnemen, door bijvoorbeeld een onderzoekspopulatie vragen te stellen via een interview of een schriftelijke vragenlijst. Gegevens kunnen ook via passieve waarnemingen verkregen worden. De onderzoeker wacht dan rustig af en registreert wat er gebeurt door middel van observatie of analyseert gegevens die al zijn vastgelegd in documenten, dossiers of databestanden, zoals die door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn opgebouwd.

In hoofdzaak zijn verschillende dataverzamelingstechnieken te onderscheiden waarmee onderzoeksgegevens worden verzameld:

- vragenlijsten, dit betreft zowel mondelinge (het interview) als schriftelijke vragenlijsten;
- schalen, dit zijn gestandaardiseerde lijsten met vragen of stellingen over een specifiek onderwerp, bijvoorbeeld depressie, intelligentie of burn-out;
- observatie, dit kan zowel gestructureerd als ongestructureerd plaatsvinden en kan ook verschillen in mate van participatie van de onderzoeker;
- overige dataverzamelingstechnieken, dit betreft een scala van technieken om gegevens te verzamelen, variërend van meetapparatuur (zoals een bloeddrukmeter) tot projecttechnieken (waarbij de onderzochten moeten aangeven wat zij voelen of denken wanneer zij bijvoorbeeld een foto te zien krijgen) (Hunink e.a., 2006).

Voor het onderzoek dat de projectgroep gaat uitvoeren wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten. In eerste instantie van schriftelijke vragenlijsten, wanneer dit echter op verschillende onderdelen te weinig onderzoeksgegevens oplevert zal voor deze onderdelen een interview worden afgenomen.

5 Meetinstrument leerklimaat (gekozen instrument)

Door te meten wordt de dagelijkse praktijk onder een vergrootglas gelegd: een meetinstrument maakt het mogelijk om verder te gaan dan de vraag 'hoe het gaat' (Beurskens e.a., 2008). Het belangrijkste doel van een meetinstrument is het objectiveren en het in maat en getal uitdrukken van verschijnselen. Het levert nieuwe inzichten en informatie op over het handelen van zorgverleners (Schoot e.a., 2008).

5.1 Samenvatting verantwoording meetinstrument

Om een onderbouwde keuze te maken voor een meetinstrument, is er een matrix opgesteld. In deze matrix worden de verschillende meetinstrumenten met elkaar vergeleken op verschillende randvoorwaarden. Bij ieder meetinstrument wordt aan iedere randvoorwaarde een score toegekend, deze score is opgesteld aan de hand van een vijfpunts Likert-schaal. Het meetinstrument wat het hoogst scoort is het meest geschikt. De verantwoording van de keuzes die zijn gemaakt zijn terug te vinden onder de matrix.

Uit de matrix die is opgesteld, komen twee meetinstrumenten als beste naar voren. Dit zijn:

- de leerklimaat vragenlijst van Neeleman;
- teamleren, leerklimaat context van het team en leeractiviteiten van De Winter.

Over de validiteit van het meetinstrument van Neeleman is, op het moment van de keuze, de meeste informatie beschikbaar. Dit maakt dat het meetinstrument hoger scoort dan het meetinstrument van De Winter. Wanneer beide meetinstrumenten op dezelfde randvoorwaarden worden gescoord (wanneer validiteit weg wordt gelaten) hebben ze dezelfde eind score. Dit heeft het maken van een keuze bemoeilijkt.

De projectgroep is in gesprek gegaan met de opdrachtgever. In dit gesprek zijn van alle meetinstrumenten, die in de matrix gescoord worden, kort de voor- en nadelen besproken. Vervolgens heeft de projectgroep in overleg met de opdrachtgever de lijst met meetinstrumenten ingekort tot twee instrumenten. Dit zijn de twee instrumenten die het hoogst scoorden in de matrix, namelijk het instrument van Neeleman en het instrument van De Winter.

Het meetinstrument van Neeleman is heel gedetailleerd en uitgebreid, de vraag is of al deze gegevens van belang zijn voor het onderzoek. Het meetinstrument heeft ook veel raakvlakken met de vragenlijst van excellente zorg die momenteel in het hele ziekenhuis is uitgedeeld. De afnametijd bij dit meetinstrument is relatief hoog, wat invloed heeft op de respons.

Het meetinstrument van De Winter is ook gedetailleerd en uitgebreid, maar minder dan die van Neeleman. De afnametijd bij dit meetinstrument is echter een stuk lager. Kijkend naar zowel de inhoud van het meetinstrument als de afnametijd, dan geeft de opdrachtgever de voorkeur aan het meetinstrument met de laagste afnametijd. Dit omdat er ten tijde van het onderzoek van de projectgroep ook een ander onderzoek plaatsvindt onder verpleegkundigen in het Catharina ziekenhuis. Om de respons zo hoog mogelijk te houden geeft de opdrachtgever de voorkeur aan het meetinstrument van De Winter.

5.2 Uitwerking meetinstrument

Christine de Winter heeft in 2008/2009 onderzoek gedaan naar mogelijke verschillen op het gebied van leren, op zorginnovatie afdelingen (zic's) en andere verpleegafdelingen (De Winter, 2009).

Om onderzoek te doen naar mogelijke verschillen op een afdeling op het gebied van leren is de vragenlijst 'Teamleren, leerklimaat (context van het team een leeractiviteiten)' opgesteld. Het meetinstrument bestaat uit vijf delen:

- persoonlijke gegevens;
- teamleren (TL);
- leerklimaat (LK);
- context van het team (waargenomen kenmerken afdeling = WKA);
- leeractiviteiten op de afdeling (LA).

De laatste vier delen bestaan uit 73 vragen, die door middel van een Likert-schaal beantwoordt kunnen worden. Hierbij zijn de Likert-antwoordcategorieën: nooit, soms, regelmatig, vaak en altijd (De Winter, 2009).

Naast een bevraging over persoonskenmerken, leeractiviteit en leercompetenties, zijn er drie bestaande vragenlijsten geselecteerd om het 'teamleren' te meten (De Winter, 2009).

5.2.1 Schaal teamleren

Gemeenschappelijke doelen, visies en samenwerking zijn ingrediënten die nodig zijn om te kunnen teamleren. Voor de schaal 'teamleren' is gebruik gemaakt van een schaal van Van Offenbeek (2001) (Buijk, 2008).

Bij het maken van deze schaal heeft Van Offenbeek (2001) gebruik gemaakt van het informatieverwerkingsproces van Huber (1991). Hierbij komen vier indelingen aan bod die voor het onderzoek van belang zijn:

- informatie verzamelen;
- informatie distributie;
- informatie opslag;
- informatie borging.

De 26 vragen die verwerkt zijn in het meetinstrument van De Winter zijn ook de items van de totale schaal 'teamleren' (De Winter, 2009).

Tabel 5: Schaal teamleren onderverdeeld in subschalen (De Winter, 2009).

Subschaal	Items uit de vragenlijst
IV: Subschaal Informatie verzamelen en selecteren	TL 4,5,6,9,10
ID: Subschaal Informatie distributie	TL 1,2,7,8,20,21,22,23,24
IT: Subschaal Informatie toepassing	TL 3,17,18,19,25,26
IB: Subschaal Informatie borging en opslag	TL 11,12,13,14,15,16

De betrouwbaarheid van deze schaal is bekeken. Om de interne consistentie van de schaal te toetsen en de stabiliteit van de schaal te meten wordt een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. De alpha van de schaal teamleren bedraagt 0.93, daarmee is de betrouwbaarheid van de schaal 'goed' (> 0.6).

De subschalen hebben ieder de volgende Chronbach's alpha:

- het opbergen en vinden van informatie, alpha 0.66.
- de distributie van informatie, alpha 0.74;
- convergente aspecten van de interpretatie, alpha 0.63;
- divergente interpretatie, alpha 0.59.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat drie van de vier subschalen een goede betrouwbaarheid hebben (alpha > 0.6).

Voor de individuele items geldt dat de Corrected item-total correlations groter of gelijk zijn aan 0.3 (Sulkers, 2006, Van Offenbeek, 2001).

5.2.2 Schaal leerklimaat

Voor de schaal 'leerklimaat' is gebruik gemaakt van de Learning Climate Inventory, dit is ontwikkeld door het Nederlands instituut voor onderzoeken in de gezondheidszorg.

De schaal 'leerklimaat' is gebaseerd op het thema samenwerkingsklimaat in de vragenlijst 'Leren in teams', deze is ontwikkeld aan de Universiteit van Groningen (Takens, 2003; Van Wetten e.a., 2005).

De vragenlijst 'leren in teams' gaat in op de uitgangssituatie van de teams die de kwaliteitsmeetinstrumenten hebben geïmplementeerd. De totale vragenlijst is gebaseerd op een eerder, in de GGZ ontwikkelde en gevalideerde, vragenlijst (Broekhuis & Offenbeek, 2003).

De totale schaal bestaat uit elf vragen, deze vragen zijn allemaal verwerkt in het meetinstrument van De Winter.

De totale vragenlijst heeft een voldoende interne consistentie, cronbach's alpha van 0.71 tot alpha 0.79. Het onderdeel 'samenwerkingsklimaat' heeft een goede interne consistentie (cronbach's alpha 0.89) (Nivel, 2005).

5.2.3 Schaal waargenomen kenmerken afdeling

De schaal 'waargenomen kenmerken afdeling' gaat uit van het configuratiemodel van Van Linge. In dit dynamische proces worden door individuen en groepen in organisaties, nieuwe denk- en werkmethoden, strategieën en (teamleer)processen ontwikkeld (Van Linge, 2006).

In dit model kunnen vier typen van systemen onderscheiden worden met elk specifieke basale opvattingen over de aard van de relatie tussen mensen (controle of flexibel gericht) in combinatie met specifieke basale opvattingen over de oriëntatie op de wereld (intern of extern gericht).

- regelgerichte systemen, controle en intern gericht;
- doelgerichte systemen, controle en extern gericht;
- groepsgerichte systemen, flexibel en intern gericht;
- ontwikkelingsgerichte systemen, flexibel en extern gericht (Van Linge, 2006).

De cronbach's alpha was hierbij 0.89-0.90, daarmee is de betrouwbaarheid van de schaal 'goed' (> 0.6) (Winter, 2009).

Tabel 6: Items van de meetschaal onderverdeeld in subschalen (Van Linge, 2006).

Subschaal	Items uit de vragenlijst
WKA-RG: Subschaal Regelgericht	WK 1,5,9,13,17,21
WKA-DG: Subschaal Doelgericht	WK 2,6,10,14,18,22
WKA-TG: Subschaal Teamgericht	WK 3,7,11,15,19,23
WKA-OG: Subschaal Ontwikkelgericht	WK 4,8,12,16,20,24

5.3 Items gekoppeld aan magneetkrachten die betrekking hebben op het leerklimaat

In onderstaande tabel heeft de projectgroep de items uit de vragenlijst gekoppeld aan de magneetkrachten die betrekking hebben op het leerklimaat. Op deze manier is een duidelijk overzicht gekregen zodat bij het analyseren van de resultaten van het onderzoek duidelijk is welke items, per magneetkracht, gericht zijn op het leerklimaat gerelateerd aan het magnet-concept. De projectgroep heeft kritisch naar de items gekeken en deze onderverdeeld onder de verschillende magneetkrachten. Niet alle items uit de vragenlijst zijn hierbij opgenomen, omdat ze niet allemaal van toepassing zijn op de magneetkrachten.

Tabel 7: Items gekoppeld aan de magneetkrachten die betrekking hebben op het leerklimaat

Magneetkrachten	Schalen	Items uit de vragenlijst
3. Managementstijl	Teamleren	2,22,23
	Leerklimaat	4,9
	Context van het team	24
	Leeractiviteiten	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.1, 2.2, 2.5, 2.6, 2.7
6. Kwaliteit van zorg	Teamleren	4,5,6,7,8,15,17,20,22
	Leerklimaat	5
	Context van het team	5,6,7,9,10,11,17,19
	Leeractiviteiten	2.4
7. Kwaliteitsverbetering	Teamleren	3,24,25,26
	Leerklimaat	4,8
	Context van het team	8,12,18,20
	Leeractiviteiten	2.3
8. Consultatie en bronnen	Teamleren	4,5,10,25
	Leerklimaat	10
	Context van het team	24
	Leeractiviteiten	1.3, 2.4, 2.7
9. Autonomie	Teamleren	-
	Leerklimaat	2,7,10
	Context van het team	5,6,8,13,14,15,16
	Leeractiviteiten	-
10. De samenleving en de zorginstelling	Teamleren	5,6,9,10,25
	Leerklimaat	-
	Context van het team	-
	Leeractiviteiten	1.3, 1.6, 2.6, 2.7
11. Verpleegkundigen als opleiders	Teamleren	-
	Leerklimaat	-
	Context van het team	19
	Leeractiviteiten	1.1, 1.2, 1.8, 2.1, 2.2, 2.5, 2.6, 2.7
13. Interdisciplinaire relaties	Teamleren	6,9,10
	Leerklimaat	13
	Context van het team	11
	Leeractiviteiten	1.3, 1.7, 2.6, 2.7
14. Professionele ontwikkeling	Teamleren	-
	Leerklimaat	4,9
	Context van het team	-
	Leeractiviteiten	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7

6 Verwerking van de onderzoeksgegevens

De projectgroep zet de verzamelde gegevens ordelijk en gestructureerd in een datamatrix (Harinck, 2007). Hieronder staat beschreven hoe de projectgroep dit heeft aangepakt.

6.1 Onderzoekspopulatie

Een onderzoekspopulatie gaat over de onderzoekseenheden (personen of objecten) waarover het onderzoek een uitspraak wil doen (Hunink, 2006).

Het onderzoek is gedaan onder verschillende verpleegkundigen in het Catharina ziekenhuis. De gegevens zijn verzameld in de periode van 12 november 2009 tot 1 december 2009. De onderzoekspopulatie bestond uit verpleegkundigen, praktijkopleiders en studenten verpleegkunde.

Er zijn 40 enquêtes met begeleidende brieven via het hoofdkliniek van de afdeling Cardiologie, Harry Jansen, uitgedeeld op vier verpleegafdelingen binnen het Catharina ziekenhuis. Dit houdt in dat op iedere afdeling tien enquêtes zijn uitgereikt. Deze keuze, is in overleg met de opdrachtgever en Harry Jansen gemaakt. Wanneer er op een afdeling aan alle verpleegkundigen enquêtes worden verstrekt, zullen weinig mensen de enquête invullen. Wanneer er tien mensen van vier verschillende afdelingen apart benaderd worden, wordt de kans groter geacht dat de verpleegkundigen de enquêtes invullen. Het hoofdkliniek van de afdeling Cardiologie, heeft de verantwoordelijkheid op zich genomen om de enquêtes uit te reiken aan collega hoofden van de afdelingen en zij delen de enquêtes uit aan verpleegkundigen waarvan ze weten dat deze ze enquête wel in willen vullen.

Naar aanleiding van de respons is in overleg met het hoofdkliniek besloten om de namen van deze afdelingen niet te noemen. Bij het verwerken van de resultaten zal gesproken worden over willekeurige verpleegkundigen van het Catharina ziekenhuis, die de enquêtes hebben ingevuld.

Om vast te stellen hoe de groep samengesteld is die de vragenlijst heeft ingevuld worden de volgende persoonskenmerken verzameld; leeftijd, geslacht, hoogst genoten vooropleiding, basisberoepsopleiding, jaren ervaring in klinische praktijk, vervolgopleiding, huidige functie, jaren werkzaam in huidige functie en werkzaam op welke afdeling.

6.2 Gegevensanalyse

De verzamelde gegevens worden verwerkt met behulp van Microsoft Office Excel in een datamatrix. In deze datamatrix zijn op de horizontale as alle variabelen genoteerd. Hieronder vallen alle vragen die in de enquête zijn vermeld. Hiervoor is vanuit de vragenlijst een codeboek opgesteld waarin van alle variabelen de antwoordcategorieën beschreven zijn. Op de verticale as zijn alle respondenten genummerd.

7 Resultaten van de meting

Na verwerking van de resultaten die verkregen zijn middels de afgenomen enquêtes wordt met behulp van een datamatrix alle onderzoeksgegevens geordend die uit de enquêtes naar voren zijn gekomen. Vanuit deze datamatrix worden gegevens met elkaar vergeleken en worden conclusies getrokken (Verweij, 2006).

Tijdens het verwerken van de resultaten komt het begrip cultuur naar voren. Cultuur is een belangrijk aspect in het magnet-concept, het is een omgevingsfactor die verpleegkundigen in staat stelt om goede zorg te verlenen. Uit het onderzoek van Kramer en Schmalenberg (2001) kwam een lijst met omgevingsfactoren naar voren, de essentials (Van der Peet, 2008). Essential vijf is gericht op cultuur en houdt in, dat cultuur de beleving van het werk van de verpleegkundigen en de kwaliteit van zorg beïnvloed (Brouwer e.a., 2009).

7.1 Populatie

In het Catharina ziekenhuis te Eindhoven zijn 40 verpleegkundigen benaderd om een enquête in te vullen. De enquête heeft een respons van 50% opgeleverd. In overleg met de opdrachtgever is hierop besloten dit te accepteren en geen acties te ondernemen in het kader van een hogere respons, omdat het project anders in tijdnood komt en de betrouwbaarheid van de gegevens in gedrang komt. Er zal bij de presentatie van de resultaten geen onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende afdelingen.

7.2 Persoonskenmerken

De gemiddelde leeftijd in de totale populatie is 31 jaar (range 18-56), waarvan het merendeel vrouw is (75%). De basisberoepsopleiding van de verpleegkundigen is MBO niveau 4 (45%) en HBO niveau 5 (55%).

Het gemiddelde aantal jaren ervaring in de klinische praktijk is 10,3 jaar met een range van 0-37 jaar. Het aantal jaren werkzaam in de huidige praktijk is gemiddeld 6,9 jaar met een range van 0-25 jaar. De huidige functies van de zorgverleners is onder te verdelen in verpleegkundigen (55%), leidinggevend (10%), studenten verpleegkunde (20%) en anderen (15%). Van de hele populatie was door 35% van de respondenten een vervolgopleiding gedaan.

Tabel 8: Persoonskenmerken in procenten van de totale populatie (n=20).

Persoonskenmerken		% (N=20)
Leeftijd in jaren (gemiddelde)		31 (SD 9,3)
Range		18-56
Geslacht man		25
Geslacht vrouw		75
Hoogst genoten vooropleiding	MAVO	45
	HAVO	35
	VWO	15
	Anders	5
Basis beroepsopleiding	Niveau 4	45
	Niveau 5	55
	Anders	0
Jaren in klinische praktijk (gemiddelde)		10,3 (SD 8,6)
Range		0-37
Vervolgopleiding		35
Huidige functie	Verpleegkundige	55
	Leidinggevende	10
	Student verpleegkunde	20

	Anders	15
Jaren werkzaam in huidige functie (gem.)		6,9 (SD 7,0)
Range		0-25

7.3 Scores per schaal en subschaal

De vragenlijst die gebruikt is voor het onderzoek is onderverdeeld in meetschalen, deze schalen zijn wederom onderverdeeld in subschalen. Bij elke schaal wordt de procentuele waardering berekend (Winter, 2009).

Om een duidelijk beeld te krijgen hoe de schalen en subschalen scoren, heeft De Winter in haar onderzoek (2009) een formule gebruikt. Met deze formule kan de procentuele waardering berekend worden van de scores van de schalen. De formule ziet er als volgt uit:

Figuur 1: Formule procentuele waardering (Winter, 2009).

Score – (minimaal haalbare score) : (range van de scores) × 100

Minimaal haalbare score = Aantal vragen x score 1 x 20 enquêtes
 Range van de scores = (aantal vragen x score 5 x 20 enquêtes) – (aantal vragen x score 1 x 20 enquêtes)

Uit deze berekening komt een procentuele waardering, die als volgt is te interpreteren:

0% - 25% = geheel niet;
 26% - 50% = gering;
 51% - 75% = matig;
 76% - 100% = in hoge mate.

Allereerst is er gekeken naar de procentuele waardering van de totale schalen in de vragenlijst, hieronder vallen: teamleren, leerklimaat en context van het team. Alle schalen scoren tussen 51% - 75% (matig). De schaal 'teamleren' scoort hierbij het hoogst (58,5%) ten opzichte van de andere schalen. De schalen leerklimaat (51,5%) en context van het team (51,3%) zijn onderverdeeld in subschalen.

De procentuele waardering van de meetschalen teamleren, leerklimaat en context van het team zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 9: Gemiddelde scores van de meetschalen

Meetschalen	Procentuele waardering
Teamleren	58,5%
Leerklimaat	51,5%
Context van het team	51,3%

Ook bij deze subschalen zijn de procentuele waarderingen berekend door middel van de bovenstaande formule. De scores zijn te vinden in onderstaande tabellen. De betekenis van deze schalen is in hoofdstuk 5 al behandeld.

Tabel 10: Gemiddelde scores van de variabelen van de meetschaal teamleren

Schaal teamleren	Items uit de vragenlijst	Procentuele waardering
IV: Subschaal Informatie verzamelen en selecteren	TL 4,5,6,9,10	44,5%
ID: Subschaal Informatie distributie	TL 1,2,7,8,20,21,22,23,24	58,8%
IT: Subschaal Informatie toepassing	TL 3,17,18,19,25,26	55,4%
IB: Subschaal Informatie borging en opslag	TL 11,12,13,14,15,16	72,7%

In de schaal teamleren scoort de subschaal informatie borging en opslag 72,7%, net als subschalen informatie distributie (58,8%) en informatie toepassing (55,4%) vallen deze in het gebied, matig. De subschaal informatie verzamelen en selecteren scoort het laagst (44,5%).

Items die het laagst scoren in deze schaal zijn:

- 9. In mijn team wisselen we informatie en kennis uit met anderen buiten ons team (55%);
- 10. In mijn team ontvangen we informatie van anderen buiten ons team (56%).

Items die het hoogst scoren in deze schaal zijn:

- 13. In mijn team leggen we informatie vast doordat notulen worden gemaakt bij vergaderingen (96%);
- 12. In mijn team worden afspraken die in het team zijn besproken vastgelegd (86%).

Tabel 11: Gemiddelde score van de schaal leerklimaat

Schaal leerklimaat	Items uit de vragenlijst	Procentuele waardering
	LK 1 t/m 13	51,5%

De schaal leerklimaat scoort in zijn totaliteit 51,5%.

Items die het laagst scoren zijn:

- 9. In mijn team durven collega's zich kwetsbaar op te stellen (60%);
- 8. In mijn team staan verpleegkundigen/zorgkundigen open voor veranderingen (63%).

Items die het hoogst scoren zijn:

- 12. In mijn team voel ik me veilig (80%);
- 4. In mijn team worden fouten of vergissingen gezien als mogelijkheid voor leren en verbeteren (76%);
- 10. In mijn team bestaat waardering voor vaardigheden en talenten van een ander. (76%);
- 13. In mijn team voel ik mij veilig in de totale organisatie (76%).

Tabel 12: Gemiddelde scores van de variabelen van de meetschaal context van het team

Schaal context van het team	Items uit de vragenlijst	Procentuele waardering
WKA-RG: Subschaal Regelgericht	WK 1,5,9,13,17,21	50,7%
WKA-DG: Subschaal Doelgericht	WK 2,6,10,14,18,22	51,5%
WKA-TG: Subschaal Teamgericht	WK 3,7,11,15,19,23	54,7%
WKA-OG: Subschaal Ontwikkelgericht	WK 4,8,12,16,20,24	48,5%

In de schaal context van het team scoren de subschalen regelgericht (50,7%), doelgericht (51,5%) en teamgericht (54,7%) matig (tussen de 51-75%).

De subschaal ontwikkelgericht (48,5%) scoort gering.

Items die het laagst scoren zijn:

- 12. Op mijn afdeling praten wij met elkaar vooral over het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen (60%);
- 10. Op mijn afdeling praten wij met elkaar vooral over het behalen van resultaten (61%).

Items die het hoogst scoren zijn:

- 18. Op mijn afdeling is het beleid gericht op het verbeteren van productiviteit (84%);
- 7. Op mijn afdeling zijn verpleegkundigen samen verantwoordelijk voor de uitvoering van werkprocessen (82%);
- 19. Op mijn afdeling is het beleid gericht op het aansluiten bij de behoeften van de patiënt (82%).

De resultaten van de leeractiviteiten op de afdelingen zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 13: Leeractiviteiten op de afdeling

		Activiteiten	Percentage ja-beantwoord
1. Welke concrete leeractiviteiten komen op uw afdeling voor?	LA 1.1	Intervisie	15%
	LA 1.2	Action Learning Sets (ALS)	65%
	LA 1.3	Klinische lessen	100%
	LA 1.4	Verpleegkundige patiënten besprekingen	90%
	LA 1.5	Dag evaluatie	60%
	LA 1.6	Symposium	35%
	LA 1.7	Teambijeenkomsten	90%
	LA 1.8	Supervisie	10%
2. Waar zijn de leeractiviteiten op uw afdeling op gericht?	LA 2.1	Leren van ervaring via reflectie	80%
	LA 2.2	Leren van feedback	85%
	LA 2.3	Leren door te vernieuwen en dingen uit te proberen	15%
	LA 2.4	Leren door aan visie- en theorieontwikkeling te doen	35%
	LA 2.5	Leren van en met patiënten	85%
	LA 2.6	Leren van en met collega's	95%
	LA 2.7	Leren van experts	55%

Op de afdelingen worden verschillende activiteiten ondernomen om te leren. Supervisie scoort hierbij het laagst (10%). Klinische lessen scoort het hoogst (100%).

Kijkend naar waar de leeractiviteiten op zijn gericht, scoort leren van en met collega's het hoogst (95%). Leren van feedback scoort 85%. Bij de subschaal informatie distributie scoort het gebruik maken van feedback om het functioneren van het team te evalueren lager (58,9%).

Leren door te vernieuwen en dingen uit te proberen scoort 15%, dit is te vergelijken met de resultaten van items die te maken hebben met informatie verzamelen en selecteren.

7.4 Resultaten gekoppeld aan het leerklimaat en het magnet-concept

In hoofdstuk vijf (§5.3) is bekeken welke magneetkrachten met het leerklimaat te maken hebben, deze zijn in een tabel weergegeven. Vervolgens is per magneetkracht bekeken welke items uit de vragenlijst hierbij horen. In onderstaande tabel is weergegeven hoe deze items scoren.

Tabel 14: Itemscore per magneetkracht

	3. Managementstijl	6. Kwaliteit van zorg	7. Kwaliteitsverbetering	8. Consultatie en bronnen	9. Autonomie	10. De samenleving en de zorginstelling	11. Verpleegkundigen als opleiders	13. Interdisciplinaire relaties	14. Professionele ontwikkeling
Teamleren									
Item 2	69%								
Item 3			62%						
Item 4		62%		62%					
Item 5		57,9%		57,9%		57,9%			
Item 6		62,1%				62,1%		62,1%	
Item 7		74%							
Item 8		62%							
Item 9						54,7%		54,7%	
Item 10				55,6%		55,6%		55,6%	
Item 15		74%							
Item 17		77,9%							
Item 20		71%							
Item 22	59%	59%							
Item 23	67%								
Item 24			63%						
Item 25			62,1%	62,1%					
Item 26			60%						
Totaal TL gemiddeld	68%	67%	62%	59%	--	57,6%	--	57,5%	--
Leerklimaat									
Item 2					73%				
Item 4	76%		76%						76%
Item 5		66%							
Item 7					75%				
Item 8			63%						
Item 9	60%								60%
Item 10				76%	76%				
Item 13								76%	
Totaal LK gemiddeld	57,5%	66%	70%	67%	75%	--	--	76%	68%
Context van het team									
Item 5		82,1%			82,1%				
Item 6		81,1%			81,1%				
Item 7		82%							

Item 8			84,2%		84,2%				
Item 9		65%							
Item 10		61%							
Item 11		70%						70%	
Item 12			60%						
Item 13					70,5%				
Item 14					72,5%				
Item 15					73,7%				
Item 16					70,5%				
Item 17		70%							
Item 18			84%						
Item 19		82%					82%		
Item 20			66%						
Item 24	66,3%			66,3%					
Totaal WKA gemiddeld	66,3%	74,2%	73,6%	66,3%	76,4%	--	82%	70%	--
Leeractiviteiten									
Item 1.1	15%						15%		15%
Item 1.2	65%						65%		65%
Item 1.3	100%			100%		100%		100%	100%
Item 1.4	90%								90%
Item 1.5	60%								60%
Item 1.6	35%					35%			35%
Item 1.7	90%							90%	90%
Item 1.8	10%						10%		10%
Item 2.1	80%						80%		80%
Item 2.2	85%						85%		85%
Item 2.3			15%						15%
Item 2.4		35%		35%					35%
Item 2.5	85%						85%		85%
Item 2.6	95%					95%	95%	95%	95%
Item 2.7	55%			55%		55%	55%	55%	55%
Totaal LA gemiddeld	67%	35%	15%	63,3%	--	71,3%	61%	85%	61%
Totaal gemiddeld	66%	68%	63%	63%	76%	64,4%	64%	73,2%	62%

	0% - 25%	= geheel niet
	26% - 50%	= gering
	51% - 75%	= matig
	51% - 62,4%	= onvoldoende
	62,5% - 75%	= voldoende
	76% - 100%	= in hoge mate

In de bovenstaande legenda is het gebied 51% - 75% (matig) onderverdeeld in twee subgebieden namelijk: 51% - 62,4% en 62,5% - 75%.

Voorbeeld: Op een 10 punts Likert-schaal scoort een 5 onvoldoende.

In het gebied 51% - 75% scoort een gedeelte onvoldoende en een gedeelte voldoende. Om een duidelijker beeld te krijgen van de resultaten, is het gebied opgesplitst in twee subgebieden.

In bijlage B wordt de betekenis van de items, de gemiddelde score en percentage van het gemiddelde weergegeven.

De projectgroep heeft in samenspraak met de opdrachtgever en projectbegeleider zich gericht op de gemiddeldes van de meetschalen, die onder de 62,5% scoren. Uit de meetschaal teamleren scoren magneetkracht 7, 8, 10 en 13 onder de 62,5% (zie tabel 14). Onder magneetkracht 7 vallen de items die te maken hebben met veranderingen en vernieuwingen en onder magneetkracht 8 vallen de items die te maken hebben met informatie verzamelen en selecteren. De projectgroep heeft deze twee magneetkrachten geclusterd onder de naam: veranderingen en vernieuwingen. Onder magneetkracht 10 en 13 vallen de items die te maken hebben met hoe er aan informatie gekomen wordt door middel van samenwerking. De projectgroep heeft deze twee magneetkrachten geclusterd onder de naam: Interdisciplinaire samenwerking.

In de meetschalen leerklimaat en context van het team zijn geen gemiddeldes onder de 62,5% waargenomen.

Uit het onderdeel leeractiviteiten scoren magneetkracht 6, 7, 11 en 14 onder de 62,5% (zie tabel 14). Onder magneetkracht 6 valt het item dat te maken heeft met leren door aan visie- en theorieontwikkeling te doen, onder magneetkracht 7 valt het item dat te maken heeft met leren door te vernieuwen en dingen uit te proberen. Ook deze twee magneetkrachten kunnen geclusterd worden onder de naam: veranderingen en vernieuwingen.

Onder magneetkracht 11 vallen de items die te maken hebben met leren van ervaringen. Dit kan zijn van ervaringen van de verpleegkundigen zelf en van anderen (patiënten, collega's en experts). Mogelijkheden waarop dit onder andere in praktijk gebracht wordt, zijn: intervisie, supervisie en Action Learning Sets (ALS). Echter in het Catharina ziekenhuis komen intervisie en supervisie niet voor, hier wordt gebruik gemaakt van ALS. Onder magneetkracht 14 vallen de items die te maken hebben met leeractiviteiten op de afdeling en waarop deze leeractiviteiten gericht zijn. De projectgroep heeft deze twee magneetkrachten geclusterd onder de naam professionele ontwikkeling.

De clusterings in de bovenstaande categorieën (veranderingen en vernieuwingen, interdisciplinaire samenwerking en professionele ontwikkeling) zijn tot stand gekomen in samenspraak met de opdrachtgever en door de samenhang tussen de verschillende magneetkrachten.

Tabel 15: Magneetkrachten gekoppeld aan categorieën

Categorie	Magneetkracht
Veranderingen en vernieuwingen	6,7,8
Interdisciplinaire samenwerking	10,13
Professionele ontwikkeling	11,14

Ook heeft de projectgroep gekeken naar de hoogscorende gemiddeldes, boven de 76%. In de meetschaal teamleren komen geen gemiddeldes boven de 76% voor. In de schaal leerklimaat valt magneetkracht 13 boven de 76%, hierin staat een item dat betrekking heeft op het gevoel van veiligheid in de totale organisatie. In de schaal context van het team scoren de magneetkrachten 9 en 11 boven de 76%. Deze magneetkrachten hebben te maken met het zelfstandig functioneren van de verpleegkundigen en het aansluiten bij de behoeften van de patiënt. In het onderdeel leeractiviteiten scoort magneetkracht 13 boven de 76%. Hieronder vallen de items die te maken hebben het leren van elkaar in een team.

8 **Conclusie en discussie**

Nu de resultaten van het onderzoek zijn geanalyseerd, kan hier een conclusie uit getrokken worden. Enkele onderdelen uit het onderzoek kunnen ter discussie gesteld worden en zullen in dit hoofdstuk besproken worden. Tot slot wordt er een onderbouwde keuze gemaakt voor een verbeterpunt.

8.1 **Conclusie**

De items uit het onderzoek die het laagst gemiddeld scoren, zijn in de vorige paragraaf 7.4 geclusterd in drie categorieën. Al deze categorieën hebben te maken met het aspect cultuur volgens het magnet-concept.

Categorie veranderingen en vernieuwingen:

Het openstaan van verpleegkundigen voor veranderingen en vernieuwingen heeft te maken met de cultuur op de afdeling (Brouwer e.a., 2009). Daarnaast is openstaan voor nieuwe ideeën één van de vier aspecten van het creëren van een leerklimaat (Sprenger & Van Oort, 1998). Ook valt onder veranderingen en vernieuwingen het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen, dit staat in relatie tot practice development (Brouwer e.a., 2009).

In het onderdeel leeractiviteiten valt onder magneetkracht 6 (kwaliteit van zorg) maar één item, deze scoort 35% en heeft betrekking op visie- en theorieontwikkeling. Doordat hier maar één item onder valt, is het minder betrouwbaar en kunnen we hier geen verdere conclusies uit trekken. Ook is het moeilijk om het item terug te koppelen aan deze magneetkracht, omdat het een klein onderdeel is van de magneetkracht.

In het onderdeel leeractiviteiten valt onder magneetkracht 7 (kwaliteitsverbetering) maar één item, deze scoort 15% en heeft te maken met vernieuwen en dingen uit te proberen. Doordat hier maar één item onder valt, is het minder betrouwbaar en kunnen we hier geen verdere conclusies uit trekken. Wanneer echter gekeken wordt naar de schaal teamleren, onder magneetkracht 7, scoort deze 62%. De vier items die hier onder vallen hebben allen betrekking op veranderingen en vernieuwingen. Doordat er meerdere items uit verschillende schalen bij deze magneetkracht horen en onder de 62,5% scoren kan geconcludeerd worden dat hier nog verbetermogelijkheden liggen.

Onder magneetkracht 8 (consultatie en bronnen) scoort de meetschaal teamleren 59%. De vier items die hier onder vallen hebben te maken met informatie verzamelen en selecteren, hier is een subschaal op gericht: informatie verzamelen en selecteren. Wanneer nieuwe informatie opgezocht, bekeken en gebruikt wordt, kan gekomen worden tot ideeën voor veranderingen en vernieuwingen. Wanneer dit niet gedaan wordt, zal er niet snel gekomen worden tot veranderingen en vernieuwingen. Wanneer gekeken wordt naar alle items die vallen onder de subschaal: informatie verzamelen en selecteren blijkt dat deze 44,5% scoort. Wanneer er uit verschillende analyses onderzoeksresultaten bekend zijn, kan geconcludeerd worden dat er hier nog verbetermogelijkheden liggen. Wanneer er weinig informatie verzameld wordt, heeft dit invloed op de invoer van veranderingen en vernieuwingen. Dit heeft betrekking op de kwaliteit van zorg.

Mogelijke punten om dit te verbeteren zijn:

- verpleegkundigen staan open voor veranderingen en vernieuwingen;
- verpleegkundigen verzamelen en selecteren informatie.

Categorie interdisciplinaire samenwerking:

De sfeer heeft te maken met de cultuur binnen het ziekenhuis. In het magnet-concept staat dat er wederzijds respect is tussen en binnen disciplines en multidisciplinaire teams en bereidheid om van elkaar te leren (Brouwer e.a., 2009). Als verpleegkundigen in een leerklimaat werken waarin zij door collega's uitgedaagd en gestimuleerd worden tot leren, zullen zij meer leren dan wanneer dit niet het geval is. Ook is het belangrijk voor verpleegkundigen dat zij zich veilig voelen om fouten te maken en hiervan te leren (Van Aken & Grotendorst, 2002; Baars & Van der Werf, 2006; Gobbens e.a., 2007).

Onder magneetkracht 10 (de samenleving en de zorginstelling) scoort de meetschaal teamleren 57,6%. De vier items die hier onder vallen hebben te maken met informatie verzamelen en selecteren buiten het team, hier is een subschaal op gericht: informatie verzamelen en selecteren.

De subschaal teamleren bij magneetkracht 13 (interdisciplinaire relaties) scoort 57,5%. De drie items die hier onder vallen hebben te maken met informatie verzamelen en selecteren buiten het team. Ook hier is de subschaal: informatie verzamelen en selecteren op gericht. Wanneer er uit verschillende analyses onderzoeksresultaten bekend zijn, kan geconcludeerd worden dat er hier nog verbetermogelijkheden liggen. Uit beide magneetkrachten komt naar voren dat er weinig informatie wordt opgezocht door middel van samenwerking.

Mogelijke punten om dit te verbeteren zijn:

- verpleegkundigen werken samen met verpleegkundigen van andere afdelingen;
- er is wederzijds respect tussen disciplines van dezelfde en andere afdelingen en bereidheid om van elkaar te leren.

Categorie professionele ontwikkeling:

In practice development staat het volgende beschreven over professionele ontwikkeling:

“Het ontwikkelen van persoonsgerichte zorg, gebaseerd op evidence welke zich manifesteert in persoonlijke ontwikkeling van de verpleegkundige en een effectieve werkplekcultuur” (Cox, 2009; Van Os, 2006). Door persoonlijke ontwikkeling van verpleegkundigen heerst er een cultuur waar effectief gewerkt wordt. Bij een goed leerklimaat is het belangrijk dat collega's uitgedaagd en gestimuleerd worden tot leren, waardoor ze zichzelf professioneel kunnen ontwikkelen (Van Aken & Grotendorst, 2002; Baars & Van der Werf, 2006; Gobbens e.a., 2007). Magneetkracht 14 (professionele ontwikkeling) heeft hiermee te maken. Deze magneetkracht omschrijft, dat de organisatie voorwaarden schept voor professionele ontwikkeling (Brouwer e.a., 2009).

Het onderdeel leeractiviteiten, onder magneetkracht 11 (verpleegkundigen als opleiders), scoort 61%. Deze score wordt beïnvloed door de lage score van de leeractiviteiten intervisie en supervisie. Intervisie en supervisie komen in het Catharina ziekenhuis niet voor, omdat er gebruik wordt gemaakt van ALS. Wanneer deze items weggelaten worden bij het berekenen van het gemiddelde is een stijging waarneembaar. Het nieuwe gemiddelde wordt dan 78%.

Geconcludeerd kan worden dat het onderdeel leeractiviteiten onder magneetkracht 11 (verpleegkundigen als opleiders) hoger scoort dan voorheen berekend was.

Alle 15 items uit het onderdeel leeractiviteiten vallen onder magneetkracht 14 (professionele ontwikkeling). Er zijn 7 items die onder de 62,5% scoren en 8 items die boven de 62,5% scoren. De items intervisie en supervisie hebben wederom invloed op de gemiddelde score. Wanneer deze items weggelaten worden en een nieuw gemiddelde berekend wordt, scoort het onderdeel leeractiviteiten 68%.

Als er gekeken wordt naar het laagst scorende item (leren door te vernieuwen en dingen uit te proberen), scoort dit relatief lager dan de andere items (15%). Leren door te veranderen en te vernieuwen is een belangrijk aspect van professionele ontwikkeling. Evenals in het magnet-concept staat in practice development, dat bij een persoonsgerichte cultuur de ontwikkeling van de zorgprofessionals belangrijk is en de kwaliteitsprojecten en vernieuwingen nodig zijn om de zorg te verbeteren (Cox, 2009; Van Os, 2006).

Geconcludeerd kan worden dat er mogelijkheden zijn om verpleegkundigen professioneel te laten ontwikkelen, er wordt echter niet voldoende gebruik gemaakt van deze mogelijkheden. Hier liggen nog verbeterpunten.

Een mogelijk punt om dit te verbeteren is:

- verpleegkundigen staan open voor veranderingen en vernieuwingen.

8.2 Discussie

Het hier gerapporteerde onderzoek richt zich op het leerklimaat gerelateerd aan het magnet-concept binnen het Catharina ziekenhuis. De centrale vraag betrof hoe het Catharina ziekenhuis te Eindhoven door middel van een meetinstrument kan nagaan in hoeverre haar afdelingen voldoen aan het leerklimaat gerelateerd aan het magnet-concept en wat het Catharina ziekenhuis eventueel moet doen om het leerklimaat te optimaliseren. Het meetinstrument van De winter (2009), 'teamleren, leerklimaat (context van het team en leeractiviteiten)', is gebruikt voor het onderzoek. Uit het onderzoek zijn een aantal punten naar voren gekomen welke ter discussie gesteld kunnen worden.

Kijkend naar het Catharina ziekenhuis is onduidelijk te zeggen welk type leerklimaat er heerst. Per afdeling kan het type leerklimaat verschillen, dit is afhankelijk van verschillende factoren, namelijk: het hoofdkliniek, de praktijkopleider, de instelling van de verpleegkundigen en de cultuur die heerst op de afdeling.

De 40 enquêtes die zijn uitgedeeld, hebben een respons van 50% opgeleverd. Deze respons kan te verklaren zijn doordat het onderzoek van de projectgroep gelijk liep met de pilot excellente zorg.

In overleg met de opdrachtgever is hierop besloten dit te accepteren en geen acties te ondernemen in het kader van een hogere respons, omdat het project anders in tijdnood komt en de betrouwbaarheid van de gegevens in gedrang komt. Een discussie punt is de validiteit van het onderzoek, daar de respons maar 50% is. Dit kan leiden tot de vraag hoe zouden de uitslagen er hebben uitgezien als er meer enquêtes zouden zijn ingevuld.

Bij het verwerken van de resultaten bleek, dat bij enkele vragen niet door alle geënquêteerde een antwoord is ingevuld. Het ontbreken van gegevens bij bepaalde items kan invloed hebben op de score. Het kan zijn dat bepaalde items lager scoren, doordat er minder resultaten met elkaar vergeleken zijn. Dit geeft een vertekend beeld van de werkelijke situatie in het Catharina ziekenhuis. Een reden dat niet alle geënquêteerde bij ieder item een antwoord hebben ingevuld kan zijn omdat de vragen niet duidelijk zijn geformuleerd of dat de geënquêteerde weinig tijd hebben en de enquête vluchtig hebben ingevuld.

Bij het onderdeel leeractiviteiten scoorde de items intervisie en supervisie respectievelijk 15% en 10%. Het is moeilijk om iets te zeggen over deze resultaten omdat onduidelijk is of deze activiteiten op de afdelingen worden toegepast. Daarnaast kan het zijn dat een afdeling een zelfde leeractiviteit een andere naam geeft. Het Catharina ziekenhuis maakt veel gebruik van ALS. Dit zou een reden kunnen zijn dat er zo laag gescoord wordt op intervisie en supervisie.

Leren van experts bij dit onderdeel scoort 55%. Een reden hiervan kan zijn dat verpleegkundige bepaalde dingen niet zien als leren van een expert. Een klinische les, onafhankelijk wie degene is die hem geeft, wordt altijd door een expert gedaan die veel kennis heeft over het onderwerp van de klinisch les.

Item 13 uit de schaal leerklimaat bevat enige tegenstelling. In het item staat: 'In mijn team voel ik mij veilig in de totale organisatie'. Enerzijds zegt dit item iets over het gevoel van veiligheid in het team en anderzijds zegt het iets over het gevoel van veiligheid in de totale organisatie. Dit kan verkeerd geïnterpreteerd zijn door de geënquêteerden, waardoor het resultaat ter discussie staat.

8.3 Verantwoording keuze verbeterpunt

Uit het onderzoek dat gedaan is door de projectgroep, is gebleken dat openstaan voor veranderingen en vernieuwingen een verbeterpunt is dat zowel onder de categorie veranderingen en vernieuwingen als onder de categorie professionele ontwikkeling valt. De categorie interdisciplinaire samenwerking heeft in het onderzoek vooral betrekking op het verzamelen en selecteren van informatie. Door informatie te verzamelen en te selecteren krijgen verpleegkundigen nieuwe inzichten, die kunnen leiden tot veranderingen en vernieuwingen.

In overleg met de opdrachtgever is ervoor gekozen om het verbeterpunt: 'verpleegkundigen staan open voor veranderingen en vernieuwingen' uit te gaan werken. Hierbij richt de projectgroep zich vooral op het onderdeel openstaan. Openstaan is de eerste stap, van de stappenreeks van gedragsverandering, die genomen moet worden om verbeteringen te laten slagen (Terra e.a., 2004). De zorg kan niet verbeterd worden wanneer verpleegkundigen er niet voor openstaan.

In het leerklimaat staat dat cultuur en voorzieningen leren in de praktijk mogelijk maken (Van Aken & Grotendorst, 2002; Baars & Van der Werf, 2006; Gobbens e.a., 2007). Uit de resultaten komt naar voren dat er genoeg voorzieningen zijn om te leren, maar dat deze niet voldoende benut worden. Dit laatste zegt iets over de cultuur die heerst, onder verpleegkundigen, in het Catharina ziekenhuis.

De cultuur is er niet dusdanig dat verpleegkundigen openstaan. De projectgroep gaat zich richten op het verbeteren van onderdelen van de cultuur zodat openstaan bereikt wordt.

9 **Aanbevelingen**

Er moeten acties ondernomen worden om het verbeterpunt openstaan te laten slagen in de praktijk. De projectgroep doet hier in dit hoofdstuk aanbevelingen voor.

Veranderingen gaan niet vanzelf en brengen van alles met zich mee. Zo gebeurt er bijvoorbeeld veel met de gedachten en gevoelens van verpleegkundigen. Alvorens een verandering plaats kan vinden zullen er bepaalde stappen doorlopen moeten worden. De stappenreeks van gedragsverandering biedt een handvat in alle fasen van het handelen. Deze stappenreeks bestaat uit de stappen: openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen (Terra e.a., 2004; Van der Burgt & Verhulst, 2009). De stap openstaan is de eerste stap van blijvende gedragsverandering. Openstaan verwijst naar de mogelijkheid om informatie op te nemen, deze te laten doordringen en bij de inhoud stil te staan (Claessens, 2006). Over het algemeen zijn mensen vooral geïnteresseerd in informatie die in hun belevingswereld past, er is sprake van selectieve aandacht. Deskundig omgaan met de verschillende functies van de boodschap is hierbij belangrijk. Om de doelgroep, de verpleegkundigen, te bereiken, moet het doel van de informatie duidelijk worden gemaakt. Het is hierbij belangrijk om de behoeften, verwachtingen en vragen van de ander te weten en hierop in te spelen. Dit is van cruciaal belang voor het verdere verloop van de gedragsverandering (Claessens, 2006).

Omgevingsfactoren spelen een belangrijke rol in de stap openstaan, drukte en geluid vormen belemmeringen om aandacht te hebben en vast te houden. Ook zijn privacy en respect een voorwaarde voor waardigheid en gelijkwaardigheid tijdens een gesprek (Van der Burgt & Verhulst, 2009). Ergernis, vermoeidheid, onzekerheid of zich veel zorgen maken, kunnen de stap openstaan behoorlijk in de weg staan (Terra e.a., 2004). Verdere factoren die in de stap openstaan meespelen zijn: contact, behoeften, emoties, condities en samenwerkingsrelatie (Van der Burgt & Verhulst, 2009).

Verpleegkundigen moeten zich bewust worden van de verandering en vernieuwing, ook moeten ze er interesse in krijgen en erbij betrokken raken. Daarnaast moeten de verpleegkundigen het gevoel krijgen dat de verandering en vernieuwing van belang is voor het eigen werk. Activiteiten hierbij richten zich op:

- Het bewust zijn van de verandering en vernieuwing: De verpleegkundigen moeten op de eerste plaats op de hoogte zijn van het feit dat er een verandering en vernieuwing mogelijk is, ook al weten zij er nog niets vanaf. De verspreiding moet zodanig zijn dat er zoveel mogelijk mensen uit de doelgroep er bij betrokken worden en zich bewust worden van de mogelijke verandering en vernieuwing.
- Interesse en betrokkenheid: De nieuwsgierigheid wordt hierbij geprikkeld, de nieuwe werkwijzen en technieken worden hierbij zo gepresenteerd dat verpleegkundigen denken 'dit is interessant en hier wil ik meer over weten'. Hierbij moet het gevoel gecreëerd worden dat het belangrijk is voor het eigen werk (Grol & Wensing, 2006).

9.1 **Openstaan**

Verpleegkundigen worden zich bewust van veranderingen en vernieuwingen. Verpleegkundigen worden geprikkeld van buitenaf om in te zien dat veranderingen nuttig zijn. Als verpleegkundigen inzien dat veranderingen effectief zijn en dat ze er zelf belang bij hebben zullen ze hier ook voor het openstaan. Het is hierbij belangrijk om aan te sluiten bij de behoeften van de verpleegkundigen. Ongeacht de levensfase van verpleegkundigen zijn enthousiasme, flexibiliteit, autonomie en collegialiteit belangrijke kwaliteiten voor openstaan voor veranderingen en vernieuwingen. Bij de verschillende leeftijdsfasen van verpleegkundigen komen verschillende behoeften en kwaliteiten naar voren.

- Verpleegkundigen van 20-30 jaar kunnen goed omgaan met veranderingen en zijn hierin beïnvloedbaar. De verpleegkundige wil zich professioneel ontwikkelen en steekt hierin veel energie.

- Bij de leeftijdscategorie van 30-40 jaar komt naar voren dat verpleegkundigen het liefst zelf werken aan vernieuwingen en hier enthousiast en flexibel mee omgaan. Het is belangrijk dat ze hier prioriteiten bij stellen, omdat er anders (te) veel gevraagd wordt van hen.
- Verpleegkundigen tussen de 40-50 jaar kunnen zichzelf sturen, ze hebben gezag en leidinggevende kwaliteiten.
- Verpleegkundigen tussen de 50-60 jaar kunnen gecompliceerde taken aan door de ervaring die ze hebben, ze hebben oog voor de essentie van verandering en ondersteunen jongeren hierin (Snel, 2007).

9.1.1 Passieve activiteiten

Openstaan kan op verschillende manieren bereikt worden. Door verpleegkundigen te informeren over het belang van veranderingen en vernieuwingen kan bewustzijn en openstaan gerealiseerd worden. Hierbij zijn de verpleegkundigen passief, ze hoeven zelf niet direct iets te doen.

Doordat de verpleegkundigen zelf niets hoeven te doen, is het ook niet mogelijk om leeftijdsfasen en bijbehorende kwaliteiten hieraan te verbinden.

Bij passieve activiteiten worden de volgende aanbevelingen aangedragen.

Klinische les

Een klinische les geven, waarin verteld wordt wat er met een klinische les bereikt kan worden. In een klinische les wordt veel informatie gegeven die het verpleegkundig handelen kan beïnvloeden. Door klinische lessen bij te wonen draagt dit bij aan de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen en daarmee draagt het ook bij aan het verkrijgen van nieuwe inzichten voor veranderingen en vernieuwingen (Van de Haar, 2006).

Nieuwsbrief

Een maandelijks nieuwsbrief opstellen gericht op veranderingen en vernieuwingen die in die maand zijn ingevoerd, of waaraan gewerkt is. Met als doel verpleegkundigen bewust te laten worden, dat veranderingen en vernieuwingen daadwerkelijk positieve invloed hebben op het werk (Zibb, 2009).

Poster

Er wordt een poster ontwikkeld waarop vermeld staat wat de effecten van veranderingen en vernieuwingen zijn. Door bijvoorbeeld voorbeelden te geven van veranderingen die van vroeger tot nu hebben plaatsgevonden en wat hiervan de gevolgen zijn. De poster moet ervoor zorgen dat verpleegkundigen geprikkeld worden om open te staan (Fontys, 2008).

9.1.2 Actieve activiteiten

Bovenstaande maatregelen hebben vooral betrekking op het informeren van verpleegkundigen over het openstaan. Een andere mogelijkheid om openstaan te realiseren is, door verpleegkundigen actief te betrekken bij diverse activiteiten gericht op openstaan. Het is van belang dat rekening gehouden wordt met de behoeften en kwaliteiten van verpleegkundigen. In iedere levensfase hebben verpleegkundigen andere kwaliteiten en behoeften, door deze op een juiste manier te gebruiken hebben de aanbevelingen meer kans om te slagen.

De volgende activiteiten kunnen ondernomen worden om openstaan te bereiken.

Aandachtsfunctionaris op het gebied van vernieuwingen

Een aandachtsfunctionaris is een verpleegkundige die naast haar reguliere functie de taak krijgt om een specifiek gebied bij te houden en collega's daarover te informeren (Heesen e.a., 2006). Het Catharina ziekenhuis stelt op iedere afdeling een aandachtsfunctionaris aan, die zich bezig houdt met de veranderingen en vernieuwingen die op de afdeling plaatsvinden. Doordat verpleegkundigen op de hoogte worden gehouden van de veranderingen en vernieuwingen, en wat deze opleveren, zullen ze

inzien wat het nut ervan is. Door deze inzichten, zal openstaan gerealiseerd worden bij de verpleegkundigen.

De aandachtsfunctionaris kan het beste een verpleegkundige zijn in de leeftijdsfase tussen de 30-40 jaar. Zij hebben enige jaren werkervaring, werken graag aan veranderingen en vernieuwingen en kunnen hier enthousiast en flexibel mee omgaan (Snel, 2007).

Verpleegkundige rolmodellen aan het bed

Er worden verpleegkundigen op de afdeling aangesteld als rolmodel. Deze rolmodellen komen bij collega's aan bed kijken hoe er gehandeld wordt en stellen hun collega verpleegkundigen vragen over de handeling. Gevraagd kan worden wat de collega aan het doen is, hoe ze dit doet, waarop ze de handeling baseert en waarom ze de handeling uitvoert zoals ze doet.

Door verpleegkundigen als rolmodel aan te stellen, wordt bewustzijn over de handeling bij collega's gerealiseerd, verpleegkundigen moeten hun handelen kunnen onderbouwen (McClure & Hinshaw, 2002). Doordat ze hierover bevraagd worden, zullen ze protocollen kritisch gaan bekijken, waardoor mogelijke veranderingen aan het licht zullen komen. Doordat verpleegkundigen continue bevraagd worden, zullen handelingen die anders uitgevoerd worden dan in het protocol beschreven staat, geven eerder aanleiding tot verandering. Het bewustzijn over het handelen, zorgt ook voor het openstaan voor mogelijke veranderingen en verbeteringen.

Verpleegkundigen die als rolmodel optreden kunnen zich het beste in de leeftijdsfase tussen de 40-50 jaar bevinden. Ze hebben veel werkervaring en leidinggevende kwaliteiten, wat ervoor zorgt dat ze meer gezag hebben (Snel, 2007).

Opzetten van journalclubs

Journalclubs worden opgezet op de afdeling. In journalclubs worden wetenschappelijke artikelen, gericht op het dagelijks handelen van verpleegkundigen, bestudeerd en in een bijeenkomst besproken. Op deze manier blijven verpleegkundigen op de hoogte van recente ontwikkelingen in het vakgebied en kan de patiëntenzorg geoptimaliseerd worden (Isala klinieken, 2009). Om verpleegkundigen te ontlasten is het mogelijk dat de nurse practitioner of de praktijkopleider opzoek gaat naar een geschikt artikel. Deze wordt door de verpleegkundigen bestudeerd en vervolgens bij een teambespreking besproken. Door in een teambespreking kritisch te kijken naar het verpleegkundig handelen, zal vanuit verschillende invalshoeken de handeling bekeken worden. Dit zal leiden tot inzichten en het openstaan om de handeling mogelijk anders te doen.

De verpleegkundige die de journalclub gaat leiden, kan het beste de praktijkopleider of een nurse practitioner zijn, omdat zij degene zijn die het artikel aandragen. De praktijkopleider of een nurse practitioner hebben vaak een bredere ontwikkeling, welke overstijgend is aan alle leeftijdsfasen van verpleegkundigen. Daarom wordt aan deze aanbeveling geen leeftijdsfase gekoppeld.

Casussen bespreken tijdens werkoverleg

Tijdens werkoverleg wordt er door een verpleegkundige een casus ingevoerd. Andere verpleegkundigen krijgen vervolgens de mogelijkheid om te vertellen hoe zij zouden handelen in de situatie van de casus. Hierbij is het belangrijk dat ze vertellen hoe ze zouden handelen, waarop ze dit baseren en waarom ze op deze manier zouden handelen. Door naar elkaar te luisteren en elkaar tips te geven, kan een ideale handelswijze ontwikkeld worden. Hiermee wordt bijgedragen aan de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen. De ideale handelswijze kan er daarnaast voor zorgen dat verpleegkundigen openstaan om de huidige handelswijze te veranderen (Hendriks, 2007).

Het bespreken van casussen is van belang voor verpleegkundigen uit alle leeftijdsfasen. Door met elkaar casussen te bespreken, kunnen verschillende handelwijzen vergeleken worden en kan er van elkaars kwaliteiten geleerd worden.

Practice development tijdens ALS bijeenkomsten

Tijdens ALS bijeenkomsten wordt bij het bespreken van de casus gekeken naar de kwaliteit van de handeling. Door te werken met practice development zal er een meer persoonsgerichte cultuur ontwikkeld worden, dit zal leiden tot de ontwikkeling van onderzoeksvaardigheden van zorgprofessionals. Practice development houdt in dat professionals op een faciliterende wijze betrokken en gestimuleerd zijn om hun eigen praktijkuitvoering te veranderen (Cox, 2009; Van Os, 2006).

Het analyseren van casussen tijdens ALS bijeenkomsten waarbij ook gekeken wordt naar de kwaliteit van de handeling is van belang voor verpleegkundigen uit alle leeftijdsfasen. Er kan op een evidence based manier terug gekeken worden op de handeling. Ook kan aan de hand van evidence mogelijke nieuwe werkwijzen worden besproken.

Patiënten verhalen laten vertellen

Patiënten worden actief betrokken bij het opstellen van verbeterpunten in de directe patiëntenzorg. Patiënten worden gevraagd naar hun ervaringen over de zorg, wat waren goede punten van de zorg, wat waren minder goede punten. De minder goede punten kunnen gezien worden als mogelijke verbeterpunten in de directe patiëntenzorg. Doordat deze informatie gemakkelijk verkrijgbaar is, door bijvoorbeeld in een ontslaggesprek hier aandacht aan te besteden, krijgen verpleegkundigen inzicht in hoe de directe patiëntenzorg wordt ervaren. Wanneer er veel klachten komen over bepaalde onderdelen van de zorg, zal dit ervoor zorgen dat verpleegkundigen open gaan staan om dit te veranderen (Damman e.a. 2007).

Patiënten verhalen laten vertellen is ook een aanbeveling die verpleegkundigen uit alle leeftijdsfasen betreft. Iedere verpleegkundigen heeft immers contact met patiënten. Het is dan wel noodzakelijk dat dit in een teambespreking besproken wordt, zodat er ook actie wordt ondernomen met de verzamelde informatie van de patiënten.

9.2 Mogelijke knelpunten

In deze paragraaf worden de activiteiten, die genoemd zijn bij de aanbevelingen, kritisch bekeken en worden er mogelijke knelpunten geformuleerd. In tabel 16 wordt een overzicht gegeven welke knelpunten bij welke activiteiten verwacht worden.

Bij veranderingen en vernieuwingen kunnen er volgens Grol en Wensing (2006) de volgende knelpunten (factoren) voorkomen:

- Individuele factoren: Deze zijn gerelateerd aan zorgverleners, burgers/patiënten, managers;
- Sociale factoren: Deze hebben te maken met teams, netwerken en zorgverleners;
- Organisatorische factoren: Deze zijn gerelateerd aan zorginstellingen of andere organisaties;
- Maatschappelijke factoren: Deze hebben te maken met het zorgsysteem en maatschappelijke of politieke ontwikkelingen (Grol & Wensing, 2006).

Individuele factoren

Cognitieve factoren

Bij cognitieve factoren gaat het om de individuele kennis van de verpleegkundigen, hierbij wordt gebruik gemaakt van informatie en beslissingen door professionals. Er worden geen nieuwe inzichten gevonden.

Motivationele factoren

Bij motivationele factoren gaat het er om dat verpleegkundigen invloed hebben op de intentie om een bepaald gedrag of een bepaalde gedragsverandering te realiseren. Verpleegkundigen kunnen hier ook een negatieve invloed op hebben.

- Gedragmatige factoren en persoonskenmerken
Bij gedragmatige factoren en persoonskenmerken gaat het om routinematig gedrag. Hierbij beschikken verpleegkundigen niet over specifieke vaardigheden voor het toepassen van nieuwe inzichten (Grol & Wensing, 2006).

Sociale factoren

- Professionele ontwikkeling
Verpleegkundigen hebben geen toegang tot kennis die maatschappelijk van groot belang kunnen zijn.
- Professionele teams
Het functioneren van een team kan van invloed zijn op de invoering van een verandering en vernieuwing. Een aantal factoren die hierbij spelen zijn doelgerichtheid, omvang van het team, veiligheid om zich te uiten en leiderschap. Deze factoren kunnen hierbij een knelpunt zijn.
- Professionele netwerken
Verpleegkundigen kunnen deelnemen aan verschillende netwerken, zoals op de werkplek, het netwerk van gelijk opgeleide beroepsbeoefenaren of een internationaal netwerk van collega's. Verpleegkundigen kunnen negatief beïnvloed worden door meningen van collega's in hun omgeving (Grol & Wensing, 2006).

Organisatorische factoren

- Organisatiestructuren en werkprocessen
Bij organisatiestructuren en werkprocessen gaat het er om, dat macht in een organisatie op een bepaalde manier verdeeld wordt (organisatiestructuur) en het werk op een bepaalde manier ingericht wordt (werkprocessen). In de gezondheidszorg speelt het een grote rol dat zorgverleners als professionals een zekere mate van autonomie hebben om de werkprocessen naar eigen inzichten te laten verlopen. Deze eigen inzichten kunnen ook negatief effect hebben ten opzichte van veranderingen en vernieuwingen.
- Organisatieprocessen
Organisatieprocessen zijn de communicatieprocessen in een team/organisatie (intern en extern), de leiding speelt hierbij een rol. Wanneer deze communicatieprocessen niet aanwezig zijn kan dit knelpunten opleveren in het team.
- Beschikbare middelen
Voorwaarden bij het invoeren van de activiteiten zijn dat er faciliteiten en materialen beschikbaar zijn. Wanneer er geen faciliteiten en materialen beschikbaar zijn voor het invoeren van activiteiten kan dit vertraging oplopen bij de implementatie van aanbevelingen (Grol & Wensing, 2006).

Maatschappelijke factoren

- Financiële prikkels
Negatieve financiële consequenties zijn van invloed op een vernieuwing en verandering.
- Wet- en regelgeving
Dit bepaalt de kaders waarbinnen zorgverleners handelen. Wet- en regelgeving kan negatieve invloed hebben op de implementatie van aanbevelingen.
- Segmenten in de doelgroep
Segmenten zijn subgroepen die in verschillende fasen van het veranderingsproces zitten en daarom verschillende problemen met zich mee kunnen brengen (Grol & Wensing, 2006).

Tabel 16: Knelpunten bij aanbevelingen

Passieve activiteiten	Knelpunten
Klinische les	Individuele factoren - Motivationale factoren - Gedragmatige factoren en persoonskenmerken

	Sociale factoren - Professionele teams Organisatorische factoren - Beschikbare middelen Maatschappelijke factoren - Segmenten in de doelgroep
Nieuwsbrief	Organisatorische factoren - Beschikbare middelen Maatschappelijke factoren - Financiële prikkels - Segmenten in de doelgroep
Poster	Organisatorische factoren - Beschikbare middelen Maatschappelijke factoren - Financiële prikkels - Segmenten in de doelgroep
Actieve activiteiten	Knelpunten
Aandachtsfunctionaris op het gebied van vernieuwingen	Individuele factoren - Motivationale factoren - Gedragmatige factoren en persoonskenmerken Sociale factoren - Professionele netwerken Organisatorische factoren - Organisatiestructuren en werkprocessen Maatschappelijke factoren - Wet- en regelgeving - Segmenten in de doelgroep
Verpleegkundige rolmodellen aan het bed	Individuele factoren - Motivationale factoren - Gedragmatige factoren en persoonskenmerken Sociale factoren - Professionele ontwikkeling - Professionele netwerken Organisatorische factoren - Organisatiestructuren en werkprocessen - Organisatieprocessen Maatschappelijke factoren - Segmenten in de doelgroep
Opzetten van journalclubs	Individuele factoren - Motivationale factoren - Gedragmatige factoren en persoonskenmerken Sociale factoren - Professionele ontwikkeling Organisatorische factoren - Beschikbare middelen Maatschappelijke factoren - Segmenten in de doelgroep
Casussen bespreken tijdens werkoverleg	Individuele factoren - Motivationale factoren - Gedragmatige factoren en persoonskenmerken Sociale factoren - Professionele teams Organisatorische factoren - Organisatiestructuren en werkprocessen - Organisatieprocessen - Beschikbare middelen

	Maatschappelijke factoren - Segmenten in de doelgroep
Practice development tijdens ALS bijeenkomsten	Individuele factoren - Motivationale factoren - Gedragmatige factoren en persoonskenmerken Sociale factoren - Professionele ontwikkeling - Professionele teams Organisatorische factoren - Organisatiestructuren en werkprocessen - Organisatieprocessen - Beschikbare middelen Maatschappelijke factoren - Segmenten in de doelgroep
Patiënten verhalen laten vertellen	Individuele factoren - Motivationale factoren - Gedragmatige factoren en persoonskenmerken Organisatorische factoren - Beschikbare middelen Maatschappelijke factoren - Segmenten in de doelgroep

9.3 Verantwoording keuze aanbeveling

Wanneer gekeken wordt naar de aanbevelingen is er geen activiteit die er uitspringt gezien vanuit de knelpunten. Patiënten verhalen laten vertellen ondervindt bij de actieve activiteiten de minste knelpunten, maar is slechts een klein onderdeel van het geheel. Bij de passieve activiteiten ondervindt het maken van een poster de minste knelpunten. Wanneer verpleegkundigen alleen passief gestimuleerd worden is dit geen aanleiding tot actieve activiteiten om te komen tot veranderingen en vernieuwingen. Daarom kiest de projectgroep ervoor om deze activiteiten niet als belangrijkste aanbevelingen aan te dragen. Om openstaan te realiseren dienen er meer activiteiten in gang te worden gezet, de belangrijkste hiervan is het aanstellen van een aandachtsfunctionaris op het gebied van veranderingen. Deze kan als touwtrekker functioneren tijdens het uitvoeren van de andere passieve en actieve activiteiten.

Wanneer een aandachtsfunctionaris wordt aangesteld in de leeftijdsfase tussen de 30-40 jaar is het motivationele knelpunt te weerleggen. Een verpleegkundige in deze leeftijdsfase heeft enige jaren werkervaring, werkt graag aan veranderingen en vernieuwingen en kan hier enthousiast en flexibel mee omgaan. Daarnaast kan met het voorgaande het knelpunt gedragmatige factoren en persoonskenmerken weerlegd worden omdat verpleegkundigen in deze leeftijdsfase wel over specifieke vaardigheden voor het toepassen van nieuwe inzichten beschikken. Verder kan ook het knelpunt organisatiestructuren en werkprocessen met bovenstaande weerlegd worden. Verpleegkundigen in hogere leeftijdsfasen hebben meer ervaring en kennis in het vakgebied. Zij kunnen de verpleegkundige in de rol van aandachtsfunctionaris beïnvloeden met hun kennis. Het is belangrijk dat de aandachtsfunctionaris openstaat voor de ervaringen en kennis van de andere verpleegkundigen en deze meeneemt in haar besluitvorming (Snel, 2007).

Het knelpunt wet- en regelgeving zal altijd van kracht blijven. In de zorg draait het om mensen en daarbij horen bepaalde regels. Een regel die hier ook onder valt is de Wet-BIG. Hierin staat dat verpleegkundigen moeten werken aan kwaliteit van zorg, wat inhoudt dat veranderingen en vernieuwingen noodzakelijk zijn (Jong e.a. 2003). Daarnaast zal het knelpunt segmenten in de doelgroep ook van kracht blijven. Er zullen altijd verpleegkundigen zijn, die weerstand bieden tegen bepaalde veranderingen en vernieuwingen. Ook kan het zijn dat niet alle verpleegkundigen informatie willen aannemen van een aandachtsfunctionaris, omdat dit net als zichzelf een verpleegkundige is (Van der Burgt, 2007).

10 Literatuurlijst

Artikelen, boeken, proefschriften, scripties e.d.

- Achterberg H. De vinger op de zere plek: relationeel vertrouwen in drie Rotterdamse herstructureringsprocessen [dissertation]. Rotterdam: Universiteit; 2006.
- Aiken LH, Patrician PA. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*. 2000, 49 (3): 146-153.
- Aken van I, Grotendorst A. Leerklimaat. *Onderwijs en Gezondheidszorg*. 2002, 26 (2).
- Baars M. Leren in organisaties. Cultuur bepalend voor leerklimaat. *Internationaal Belasting Bulletin*. 2003: 21-23.
- Baars-van Moorsel M. Leerklimaat in ziekenhuizen. *Onderwijs en gezondheidszorg*. 2004, 28 (4): 30-33.
- Baars M, Werf van der M. Anders leren, beter werken. *Praktijkgericht leren en coachen in de zorg*. 1^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
- Beurskens S, Peppen van R, Stutterheim E, Swinkels R, Wittink H. Meten in de praktijk, stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
- Broekhuis M, Offenbeek van MAG. Vragenlijst leren in teams. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Bedrijfskunde. 2003.
- Brouwer BJM, Hendriks GM. Magneetinstellingen. Pilotstudie naar de face-validiteit van de vertaling Van de EOMII. Faculty of Health Medicine and Life Sciences. Maastricht: Maastricht University; 2008.
- Brouwer de B, Hendriks J, Peet van der R, Hollands L, Jong de N. Concept "Magneetinstelling" meetbaar. *TVZ (Tijdschrift voor verpleegkundigen)*. 2009, 6: 26-30.
- Buijk B. Teamleren in Context: De relatie tussen teamleren en implemetatie-effect Neuman Systems Model. Afstudeerproject Algemene gezondheidswetenschap. [dissertation]. Utrecht: Universiteit; 2008.
- Burght van der M, Verhulst F. Doen en blijven doen, voorlichting en compliancebevordering door paramedici. 4^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
- Burgt, van der R. Stop tegen veranderingen [dissertation]. Scriptie communicatie creatief. Rotterdam; Hogeschool Inholland; 2007.
- Claessens T. GVO en communicatie in de gezondheidszorg. 2^e druk. 2006. Apeldoorn: Galant; 2006.
- Cox K. Evidence-based praktijkvoering door Practice Development. *Nederlands tijdschrift voor EBP*. 2009, 1: 4-6.
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Delnoij DMJ (NIVEL). Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 2007, 85 (3): 136-138.

- Dekker H, Ginkel van K, Nieveen N, Keursten P, Rondeel M, Wagenaar S. Analyseren van het leerklimaat. Werken aan kennis. The Learning Company, Utrecht. 2002, 1: 14-17.
- Evers GCM. Meten van zelfzorg, verpleegkundige instrumenten voor onderzoek en klinische praktijk. 1^e druk. Assen: Van Gorcum; 1998.
- FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvraagstukken. Diagnoselijst van het leerklimaat in het team (stellingslijst). [dissertation]. 2003.
- Gobbens R, Schell H, Damoiseaux J. Een meetinstrument voor de kwaliteit van de beroepspraktijkvorming. Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs. 2007, 2: 11-14.
- Gobbens R, Schell H, Damoiseaux J. Praktijkleerplaatsprofiel. Landelijke versie. [dissertation]. 2006.
- Grol R, Wensing M. Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. 3^e druk. Maarsen: Elsevier gezondheidzorg; 2006.
- Haar van de W. Rol beroepsoefenaar. [dissertation]. 2006.
- Harinck F. Basisprincipes praktijkonderzoek. 3^e druk. Antwerpen - Apeldoorn: Frits Harinck en Garant-Uitgevers; 2007.
- Heesen TJ, Kerkkamp W, Velde van de C. Arbo Visie. Zorginstellingen lopen voor op nieuwe Arbowet. Ergocoach, arbocontactpersoon of aandachtsfunctionaris? 2006, (7/8): 25-26.
- Hunink G, Bijl van der J, Cusveller B, Linge van R, Polhuis D. De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar. 1^e druk. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff; 2006.
- Jong de J.H.J., Kerstens J.A.M., Vermeulen M.M. Handboek verpleegkunde. Eerste druk. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten; 2003.
- Linge R van. Innoveren in de gezondheidszorg, Theorie, praktijk en gezondheidszorg. 2^e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidzorg; 2006.
- McClure ML, Hinshaw AS. Magnet Hospitals Revisted: Attraction and Retention of Professional Nurses. Washington, D.C.: American Nurses Publishing; 2002.
- McClure ML, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA. Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in Hospitals. Kansas City, MO: American Nurses Association; 1983.
- McClure ML, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA. Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses (The Original Study). 2002. In: McClure, M.L. & Hinshaw, AS (eds.) Magnet hospitals reVisited: Attraction and retention of professional nurses (1-24). Silver Spring (MD): American Nurses Association.
- Middel B. Betrouwbaarheid van een meetinstrument. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practise. 2004, 2; 6-6.
- Neeleman S. Leerklimaat en de organisatie van arbeid. Afstudeerscriptie Department Personeelwetenschappen. [dissertation]. Tilburg: Universiteit; 2004.
- Offenbeek van M. Processes and outcomes of team learning. European Journal of Work & Organizational Psychology. 2001, 10 (3): 303-317.

- Os van N. De werkplek van de verpleegkundige, onderzoek naar werkplekcriteriën welke arbeidstevredenheid en individuele professionalisering van verpleegkundigen bevorderen. [dissertation]. Maastricht: Universiteit; 2006.
- Ostelo RWJG, Verhagen AP, Vet de HCW. Onderwijs in wetenschap, lesbrieven voor paramedici. 2^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
- Pallant J. (2001). SPSS Survival manual: A step to guide to data analysis using SPS for Windows (Version 10 and 11). [dissertation]. Buckingham: Open University Press.
- Peet van der R. Magneetinstellingen: iets voor Nederland?. TVZ (tijdschrift voor verpleegkundige. 2008, (1): 17-20.
- Pelsmacker de P, Kenhove de P. Marktonderzoek, methode en toepassingen. 2^e druk. Amsterdam: Education Benelux bv; 2007.
- Schoot T, Friesen J, Beurskens S. Meten op Maat! Ontwikkeling meetinstrument voor implementatie van nieuw ziekenhuisbeleid. Onderwijs en gezondheidszorg. 2008, 32 (7); 19-22.
- Snel T. Coachen van docenten. 2007 (4): 39-41.
- Sprenger C, Oort van W. Naar een markt van kennis en leren. Kennismanagement als organisatieprincipe. Den Haag: Elsevier Bedrijfsinformatie; 1998.
- Sulkers ML. Teamleren, conflicten en conflictstijlen. [dissertation]. Tilburg: studie human resource studies; 2006.
- Takens R, Broekhuis M, Offenbeek van MAG. Samen werken, samen leren. Een onderzoek naar teamleren binnen GGZ Groningen. 2003.
- Terra B, Mechelen-Gevers van E, Burgt van der M. Doen wat kan. Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen. 2^e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2004.
- Verweij L. Bekwaam van start: een onderzoek naar de begeleiding van startende leerkrachten in het basisonderwijs. [dissertation]. Utrecht: Katholieke scholenstichting; 2006.
- V&VN. De aantrekkingskracht van magnet-hospitals. 2008, 3 (1): 12-13.
- V&VN. Magnet Hospitals – Op weg naar excellente zorg.
- Wetten van H, Kok I, Wagner C, Geurts M. Het meten van uitkomsten in de GGZ; Rapport van het NIVEL. [dissertation]. Utrecht: Trimbos instituut; 2005. Ref Type: Report.
- Winter de C. Teamleren in Zorg Innovatie Centra's. Masterproef, in de Verpleegkunde en Vroedkunde. [dissertation]. Antwerpen: Universiteit; 2008-2009.
- Witjes-Wooning O, Berben S, Wiellersen C, Molema W, Berkel van H, Hollands L. Opleidingsafdeling: Krachtig leerklimaat of broeikaseffect Onderwijs en gezondheidszorg. 2007, 31 (7): 3-7.

Critical friend

Jansen H. Hoofdkliniek afdeling Cardiologie. Interview. Catharina ziekenhuis; Eindhoven; 23 november 2009.

Internet

- Admin. Hbo scriptie, cronbach alpha. [Online]. 4 maart 2009 [Bezocht op 2009 oktober 15]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:<http://www.hboscriptie.nl/statistiek/cronbach-alpha-uitleg>
- Elsen van den W. Zorgvisie. [Online]. 8 oktober 2007 [Bezocht op 2009 november 16]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:<http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Artikel/MagneetziekenhuisInDeMaak.htm>
- Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). Probleemstelling. [Online]. 2008 [Bezocht 2009 november 16]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:http://www.eur.nl/ese/informatie_voor/studenten/algemene_informatie/scriptiew_ebsite/het_schrijfproces/plannen/probleemstelling/
- Fontys. Het opstellen en presenteren van een poster. [Online]. 2008 [Bezocht op 2009 december 22]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:<http://www.fontys.nl/lerarenopleiding/tilburg/biologie/vaardigheden/links/poster.htm>
- Hendriks NJ. Workshop Nederlands op de Werkvloer. [Online]. 2007 [Bezocht op 2009 december 22]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:www.bvnt2.org/db/WAS487a170b300d6/Workshop_Nederlands_op_de_Werkvloer_090708.doc
- Isala klinieken. Journal club. [Online]. [Bezocht op 2009 december 22]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:<http://www.isala.nl/professional/afdelingen/ebmkindergeneeskunde/journalclub/Pages/default.aspx>
- Kennis- en opleidingscentrum voor uniek vakmanschap. Tipkaart leerklimaat. [Online]. 2009 [Bezocht 2009 oktober 19]. [2 screens]. Beschikbaar op: URL:http://www.svgb.nl/files_content/Tipkaart%20Leerklimaat.pdf
- Kies beter. Geestelijke gezondheidszorg - afdeling psychiatrie. [Online]. 26 november 2009. [Bezocht 2009 december 23]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/geestelijke-gezondheidszorg/detail/afdeling_psychiatrie/
- NPCF. Excellente zorg. [Online]. 2009 [Bezocht op 2009 september 30]. [2 screens]. Beschikbaar op: URL:http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=106&Itemid=123
- Vereniging vlaamse jeugddiensten en –consulenten. Jeugdbeleidsplan. [Online]. 2008 [Bezocht op 2009 november 25]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:http://www.vvj.be/docs/Stappenplan4_gegevensVerzameling.pdf
- V&VN. [Online]. 2009 [Bezocht op 2009 september 30]. [1 screen]: Beschikbaar op: URL:<http://www.venvn.nl/Vakdossiers/ExcellenteZorg/tabid/1691/Default.aspx>
- Zibb zaken voor elkaar. Tien vuistregels voor een succesvolle e-mailnieuwsbrief. [Online]. 8 juni 2009 [Bezocht 2010 januari 14]. [1 screen]. Beschikbaar op: URL:<http://www.zibb.nl/10180517/Marketing-Sales/Marketing-sales-artikel/Tien-vuistregels-voor-een-succesvolle-e-mailnieuwsbrief.htm>

Bijlagen

Bijlage A Meetinstrument

Beste verpleegkundigen van het Catharina ziekenhuis,

Het Catharina ziekenhuis doet zoals u weet mee aan de pilot Excellente Zorg, een vertaling van het Amerikaanse magnet-concept. In het kader van ons afstuderen hebben wij ons hierin verdiept. Met dit onderzoek gaan wij kijken naar het leerklimaat, zoals dit in het magnet-concept wordt beschreven.

Voor u ligt een vragenlijst, genaamd *“Teamleren, leerklimaat. Context van het team en leeractiviteit”*, om het leerklimaat op uw afdeling in kaart te brengen.

De vragenlijst is onderdeel van een afstudeerscriptie van de studie Verpleegkunde aan de Fontys Hogescholen te Eindhoven. Door middel van deze vragenlijst willen wij in kaart brengen hoe het leerklimaat op jullie afdeling is. Het onderzoek zal op vier verschillende afdelingen van het Catharina Ziekenhuis gedaan worden.

Daarom is jullie mening in dit onderzoek van groot belang!

Aanwijzing voor het invullen van de vragenlijst

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen. Gelieve alle instructies zorgvuldig te lezen en de vragen zo eerlijk mogelijk te beantwoorden. Het is belangrijk voor het onderzoek dat **alle** vragen beantwoord worden. Per vraag dient slechts één antwoordmogelijkheid aangekruist te worden, mits anders vermeld staat.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

In dit onderzoek wordt **vertrouwelijkheid** en **anonimiteit** gewaarborgd. Dit houdt in dat niemand in het Catharina Ziekenhuis inzag krijgt in de antwoorden. De gegevens worden anoniem verwerkt en zijn dus niet te herleiden naar personen.

Nadere informatie

Wij zijn ons ervan bewust dat er op dit moment een andere enquête loopt in het Catharina Ziekenhuis, genaamd Excellente Zorg. Desondanks willen wij uw medewerking vragen voor dit onderzoek, in het belang van ons afstuderen.

Wij verzoeken u de vragenlijst vóór **woensdag 18 november** in te vullen en af te geven bij de praktijkopleider van uw afdeling.

Als u nog vragen heeft kunt u die stellen via onderstaand e-mailadres:
susan.vanemden@student.fontys.nl

Hartelijk dank voor jullie deelname aan dit onderzoek!

Met vriendelijke groet,
Ellen Cuijpers
Susan van Emden
Janneke Lamers
Sanne Sahertian

Studenten Fontys Hogeschool Eindhoven
Studie Verpleegkunde

November 2009

Deel 1 Persoonlijke gegevens

1	Wat is uw leeftijd?	 Jaar	
2	Wat is uw geslacht?	☐ man	☐ vrouw
3	Wat is uw hoogst genoten vooropleiding?	☐ MAVO	
		☐ HAVO	
		☐ VWO	
		☐ Anders nl	
4	Wat is uw basis beroepsopleiding?	☐ Verpleegkunde kwalificatieniveau 4 (MDGO, A,B,Z)	
		☐ Verpleegkunde Kwalificatieniveau 5 (HBOV)	
		☐ Anders nl	
5	Hoeveel jaar bent u al werkzaam in de klinische praktijk?	☐ jaar	
6	Wat is uw vervolgopleiding?	☐	
7	Wat is uw huidige functie?	☐ Verpleegkundige	
		☐ Leidinggevende	
		☐ Student verpleegkunde	
		☐ Anders nl	
8	Hoeveel jaar bent u werkzaam in de huidige functie?	 jaar	
9	Op welke afdeling bent u werkzaam?	☐	

Deel 2 Teamleren

De volgende stellingen hebben betrekking op hoe binnen uw team wordt omgegaan met kennis en informatie die betrekking heeft op uw werk. U kunt per stelling aangeven in hoeverre dit volgens u in uw team voorkomt.

	In mijn team:	nooit	soms	regelmatig	vaak	altijd
1	vragen we elkaar om hulp en advies over het werk.	☐	☐	☐	☐	☐
2	geven we elkaar feedback.	☐	☐	☐	☐	☐
3	proberen we nieuwe werkwijzen of methoden uit.	☐	☐	☐	☐	☐
4	verzamelen we vakinhoudelijk informatie over de (klinische)praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐
5	zoeken we buiten onze eigen organisatie naar vakinhoudelijke informatie en kennis.	☐	☐	☐	☐	☐
6	vergaren we informatie door samen te werken met anderen buiten ons team.	☐	☐	☐	☐	☐
7	wisselen we onderling kennis en informatie uit.	☐	☐	☐	☐	☐
8	wordt vakinhoudelijke informatie verspreid onder alle verpleegkundigen/zorgkundigen.	☐	☐	☐	☐	☐
9	wisselen we informatie en kennis uit met anderen buiten ons team.	☐	☐	☐	☐	☐
10	ontvangen we informatie van anderen buiten ons team.	☐	☐	☐	☐	☐
11	bewaren we kennis en informatie in een archief.	☐	☐	☐	☐	☐
12	worden afspraken die in het team zijn besproken vastgelegd.	☐	☐	☐	☐	☐
13	leggen we informatie vast doordat notulen worden gemaakt bij vergaderingen.	☐	☐	☐	☐	☐
14	gebruiken we eerder opgedane ervaringen en kennis die opgeslagen is opnieuw.	☐	☐	☐	☐	☐
15	worden eerdere documenten geraadpleegd.	☐	☐	☐	☐	☐
16	houden wij ons aan de afspraken die we als team hebben vastgelegd.	☐	☐	☐	☐	☐

	De stellingen 17 t/m 26 hebben betrekking op de manier waarop binnen uw team wordt gecommuniceerd. U kunt per stelling aangeven in hoeverre dit volgens u in uw team voorkomt.					
	In mijn team	nooit	soms	regelmatig	vaak	altijd
17	proberen we zoveel mogelijk standaardprocedures of criteria op te stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
18	ontwikkelen we gedeelde opvattingen over de aanpak van het werk.	☐	☐	☐	☐	☐
19	proberen we bij besluiten gezamenlijkheid te bereiken.	☐	☐	☐	☐	☐
20	bespreken we gezamenlijk moeilijke beslissingen over ons werk.	☐	☐	☐	☐	☐
21	helpen collega's elkaar om tot een gedegen meningsvorming te komen.	☐	☐	☐	☐	☐
22	gebruiken we feedback om het functioneren van het team te evalueren.	☐	☐	☐	☐	☐
23	luisteren we goed naar elkaars ideeën over het werk.	☐	☐	☐	☐	☐
24	dagen we elkaar uit om op een nieuwe manier naar het werk te kijken.	☐	☐	☐	☐	☐
25	vragen we ons af wat externe veranderingen voor ons werk betekenen.	☐	☐	☐	☐	☐
26	overwegen we of er betere mogelijkheden zijn om het werk aan te pakken.	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 3 Leerklimaat

De volgende 13 stellingen hebben betrekking op het leerklimaat in het team.
U kunt per stelling aangeven in hoeverre dit volgens u in uw team voorkomt.

	In mijn team:	nooit	soms	regel- matig	vaak	altijd
1	hebben we hetzelfde doel voor ogen.	☐	☐	☐	☐	☐
2	bestaat de bereidheid om minder leuke dingen op te pakken.	☐	☐	☐	☐	☐
3	mogen bestaande uitgangspunten ter discussie worden gesteld.	☐	☐	☐	☐	☐
4	worden fouten of vergissingen gezien als mogelijkheid voor leren en verbeteren.	☐	☐	☐	☐	☐
5	stimuleren we elkaar om nieuwe zaken te leren.	☐	☐	☐	☐	☐
6	bestaat waardering en respect voor een andere mening van een verpleegkundigen/zorgkundigen.	☐	☐	☐	☐	☐
7	voelen verpleegkundigen/zorgkundigen zich betrokken op de taken.	☐	☐	☐	☐	☐
8	staan verpleegkundigen/zorgkundigen open voor veranderingen.	☐	☐	☐	☐	☐
9	durven collega's zich kwetsbaar op te stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
10	bestaat waardering voor vaardigheden en talenten van een ander.	☐	☐	☐	☐	☐
11	bestaat grote mate van overeenstemming over wat bereikt moet worden.	☐	☐	☐	☐	☐
12	voel ik mij veilig.	☐	☐	☐	☐	☐
13	ik voel mij veilig in de totale organisatie.	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 4 Context van het team

Onderstaand volgen een aantal stellingen over uw team. U kunt per stelling aangeven in hoeverre dit volgens u in uw team voorkomt.

Op mijn afdeling:		nooit	soms	regelmatig	vaak	altijd
1	wordt het werk gecoördineerd door middel van richtlijnen.	☐	☐	☐	☐	☐
2	wordt het werk gecoördineerd door het controleren van resultaten.	☐	☐	☐	☐	☐
3	wordt het werk gecoördineerd door gezamenlijke afstemming van werkzaamheden.	☐	☐	☐	☐	☐
4	wordt het werk gecoördineerd door het samen volgen van een aantal algemene principes.	☐	☐	☐	☐	☐
5	zijn verpleegkundigen individueel verantwoordelijk voor de correcte uitvoeren van richtlijnen	☐	☐	☐	☐	☐
6	zijn verpleegkundigen individueel verantwoordelijk voor het realiseren van de per persoon gestelde resultaten.	☐	☐	☐	☐	☐
7	zijn verpleegkundigen samen verantwoordelijk voor de uitvoering van werkprocessen	☐	☐	☐	☐	☐
8	zijn verpleegkundigen zowel individueel als samen verantwoordelijk voor het uitvoeren van nieuwe oplossingen voor problemen	☐	☐	☐	☐	☐

		nooit	soms	regel- matig	vaak	altijd
Op mijn afdeling praten wij met elkaar vooral over:						
9	over de juiste uitvoering van richtlijnen	☐	☐	☐	☐	☐
10	over het behalen van resultaten	☐	☐	☐	☐	☐
11	om tot samenwerking te komen	☐	☐	☐	☐	☐
12	over het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen	☐	☐	☐	☐	☐
Op mijn afdeling:						
13	worden vooral verpleegtechnische vaardigheden gewaardeerd.	☐	☐	☐	☐	☐
14	wordt vooral resultaatgericht handelen gewaardeerd.	☐	☐	☐	☐	☐
15	wordt vooral gewaardeerd dat je goed kunt communiceren.	☐	☐	☐	☐	☐
16	wordt vooral creativiteit van de verpleegkundigen/zorgkundigen gewaardeerd.	☐	☐	☐	☐	☐
Op mijn afdeling is het beleid gericht op:						
17	het vergroten van eenduidigheid.	☐	☐	☐	☐	☐
18	het verbeteren van productiviteit.	☐	☐	☐	☐	☐
19	het aansluiten bij de behoeften van de patiënt.	☐	☐	☐	☐	☐
20	het ontwikkelen van vernieuwende zorg.	☐	☐	☐	☐	☐
De onderlinge binding op mijn afdeling bestaat uit:						
21	het naleven van regels door verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐
22	het leveren van prestaties door verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐
23	het onderling vertrouwen tussen verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐
24	betrokkenheid bij innovatie van verpleegkundigen	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 5 Leeractiviteiten op de afdeling

1	Welke concrete leeractiviteiten komen op uw afdeling voor(meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Intervisie
		☐ Action Learning Sets (ALS)
		☐ Klinische lessen
		☐ Verpleegkundige patiënten besprekingen
		☐ Dag evaluatie
		☐ Symposium
		☐ Teambijeenkomsten
		☐ Supervisie
		☐ Overig, nl.....
2	Waar zijn de leeractiviteiten op uw afdeling op gericht (meerdere antwoorden mogelijk)	☐ Leren van ervaring via reflectie
		☐ Leren van feedback
		☐ leren door te vernieuwen en dingen uit te proberen
		☐ Leren door aan visie- en theorieontwikkeling te doen
		☐ Leren van en met patiënten
		☐ Leren van en met collega's
		☐ Leren van experts

Bijlage B Resultaten enquête

Deel 1 Persoonlijke gegevens

De gegevens van deel 1 persoonlijke gegevens, zijn verwerkt in tabel 8.

Deel 2 Teamleren

In mijn team:		Gemiddelde	Percentage gemiddelde
1	vragen we elkaar om hulp en advies over het werk.	3,85	77%
2	geven we elkaar feedback.	3,45	69%
3	proberen we nieuwe werkwijzen of methoden uit.	3,10	62%
4	verzamelen we vakinhoudelijk informatie over de (klinische)praktijk.	3,10	62%
5	zoeken we buiten onze eigen organisatie naar vakinhoudelijke informatie en kennis.	2,89	57,9%
6	vergaren we informatie door samen te werken met anderen buiten ons team.	3,11	62,1%
7	wisselen we onderling kennis en informatie uit.	3,70	74%
8	wordt vakinhoudelijke informatie verspreid onder alle verpleegkundigen/zorgkundigen.	3,10	62%
9	wisselen we informatie en kennis uit met anderen buiten ons team.	2,74	54,7%
10	ontvangen we informatie van anderen buiten ons team.	2,78	55,6%
11	bewaren we kennis en informatie in een archief.	3,47	69,5%
12	worden afspraken die in het team zijn besproken vastgelegd.	4,30	86%
13	leggen we informatie vast doordat notulen worden gemaakt bij vergaderingen.	4,80	96%
14	gebruiken we eerder opgedane ervaringen en kennis die opgeslagen is opnieuw.	3,75	75%
15	worden eerdere documenten geraadpleegd.	3,70	74%
16	houden wij ons aan de afspraken die we als team hebben vastgelegd.	3,60	72%
17	proberen we zoveel mogelijk standaardprocedures of criteria op te stellen.	3,74	77,9%
18	ontwikkelen we gedeelde opvattingen over de aanpak van het werk.	3,56	71,1%
19	proberen we bij besluiten gezamenlijkheid te bereiken.	3,65	73%
20	bespreken we gezamenlijk moeilijke beslissingen over ons werk.	3,55	71%
21	helpen collega's elkaar om tot een gedegen meningsvorming te komen.	3,37	67,4%
22	gebruiken we feedback om het functioneren van het team te evalueren.	2,95	59%
23	luisteren we goed naar elkaar ideeën over het werk.	3,35	67%
24	dagen we elkaar uit om op een nieuwe manier naar het werk te kijken.	3,15	63%
25	vragen we ons af wat externe veranderingen voor ons werk betekenen.	3,11	62,1%
26	overwegen we of er betere mogelijkheden zijn om het werk aan te pakken.	3,00	60%

Deel 3 Leerklimaat

In mijn team:		Gemiddelde	Percentage gemiddelde
1	hebben we hetzelfde doel voor ogen.	3,60	72%
2	bestaat de bereidheid om minder leuke dingen op te pakken.	3,65	73%
3	mogen bestaande uitgangspunten ter discussie worden gesteld.	3,47	69,5%
4	worden fouten of vergissingen gezien als mogelijkheid voor leren en verbeteren.	3,80	76%
5	stimuleren we elkaar om nieuwe zaken te leren.	3,30	66%
6	bestaat waardering en respect voor een andere mening van een verpleegkundigen/zorgkundigen.	3,60	72%
7	voelen verpleegkundigen/zorgkundigen zich betrokken op de taken.	3,75	75%
8	staan verpleegkundigen/zorgkundigen open voor veranderingen.	3,15	63%
9	durven collega's zich kwetsbaar op te stellen.	3,00	60%
10	bestaat waardering voor vaardigheden en talenten van een ander.	3,80	76%
11	bestaat grote mate van overeenstemming over wat bereikt moet worden.	3,70	74%
12	voel ik mij veilig.	4,00	80%
13	ik voel mij veilig in de totale organisatie.	3,80	76%

Deel 4 Context van het team

Op mijn afdeling:		Gemiddelde	Percentage gemiddelde
1	wordt het werk gecoördineerd door middel van richtlijnen.	3,70	74%
2	wordt het werk gecoördineerd door het controleren van resultaten.	3,25	65%
3	wordt het werk gecoördineerd door gezamenlijke afstemming van werkzaamheden.	3,79	75,8%
4	wordt het werk gecoördineerd door het samen volgen van een aantal algemene principes.	3,75	75%
5	zijn verpleegkundigen individueel verantwoordelijk voor de correcte uitvoeren van richtlijnen	4,11	82,1%
6	zijn verpleegkundigen individueel verantwoordelijk voor het realiseren van de per persoon gestelde resultaten.	4,05	81,1%
7	zijn verpleegkundigen samen verantwoordelijk voor de uitvoering van werkprocessen	4,10	82%
8	zijn verpleegkundigen zowel individueel als samen verantwoordelijk voor het uitvoeren van nieuwe oplossingen voor problemen	4,21	84,2%
Op mijn afdeling praten wij met elkaar vooral over:			
9	over de juiste uitvoering van richtlijnen	3,25	65%
10	over het behalen van resultaten	3,05	61%
11	om tot samenwerking te komen	3,50	70%
12	over het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen	3,00	60%
Op mijn afdeling:			
13	worden vooral verpleegtechnische vaardigheden gewaardeerd.	3,53	70,5%
14	wordt vooral resultaatgericht handelen gewaardeerd.	3,63	72,5%
15	wordt vooral gewaardeerd dat je goed kunt communiceren.	3,68	73,7%
16	wordt vooral creativiteit van de verpleegkundigen/zorgkundigen gewaardeerd.	3,53	70,5%
Op mijn afdeling is het beleid gericht op:			
17	het vergroten van eenduidigheid.	3,50	70%
18	het verbeteren van productiviteit.	4,20	84%
19	het aansluiten bij de behoeften van de patiënt.	4,10	82%
20	het ontwikkelen van vernieuwende zorg.	3,30	66%
De onderlinge binding op mijn afdeling bestaat uit:			
21	het naleven van regels door verpleegkundigen	3,50	70%
22	het leveren van prestaties door verpleegkundigen	3,65	73%
23	het onderling vertrouwen tussen verpleegkundigen	3,60	72%
24	betrokkenheid bij innovatie van verpleegkundigen	3,32	66,3%

Deel 5 Leeractiviteiten op de afdeling

De gegevens van deel 5 leeractiviteiten op de afdeling, zijn verwerkt in tabel 13.