Dag 2 in New York – 21 mei 2012: NURSE LEADERS REPERTOIRES

Maandag 21 mei – New York City. Vandaag zijn we bij PACE University. Hier maken we kennis met Lillie Shortridge-Baggett en haar consorten. Ook hier staat het *script* van de dag vast. Het is duidelijk dat verrassingen niet wenselijk zijn. Het hele programma is goed geoefend en zit gelikt in elkaar. Ook maken we meteen kennis met een onderdeel van de *Verfraaiing van de werkelijkheid*. Op een typisch Amerikaanse wijze krijgen we een stortvloed aan welcoming over ons heen. De Amerikaanse delegatie wordt voorgesteld en vertellen wie zij zijn, wat zij doen en in welke hoedanigheid zij aanwezig zijn. Met trots laten ze zien dat het programma wordt gelivestreamed met Western Michigan University, Elmhurst Hospital Center in Queens, Hogeschool Utrecht en het OLVG in Amsterdam.

Verpleegkundige Darwins

Pieterbas verzorgt de inhoudelijke aftrap. Hij maakt een mooie vergelijking. Uit dag 1 is gebleken dat we allemaal met bepaalde verwachtingen, aannames, disposities, (voor)oordelen vanuit Nederland naar de Verenigde Staten zijn gereisd. Net als Darwin. Hij had de verwachting dat hij op zijn reis over de oceaan een lijn tegen zou komen waar twee platen langs elkaar zouden schuiven. Toen hij de atollen aantrof wist hij ‘dit is wat ik zocht’, ‘dit is wat ik bedoelde’. Hij gaf betekenis en verdere invullen aan een bepaalde verwachting die hij had. Deze zelfde ervaring hopen wij deze week te krijgen.

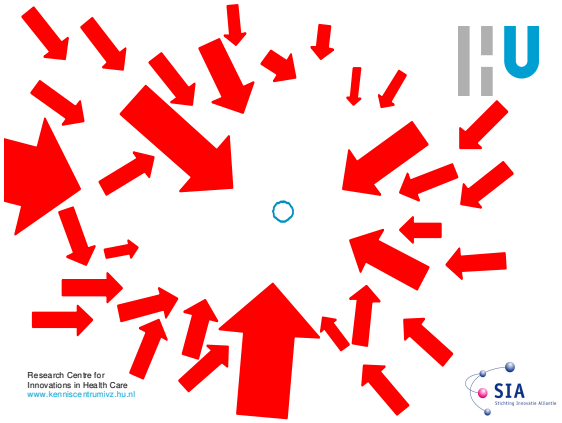
Repertoires

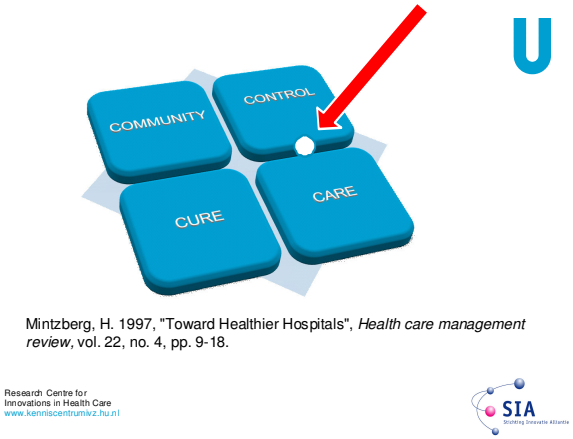
De verwachtingen die wij allemaal hebben komen uit een bepaalde context. Verpleegkundige afdelingsleiders *acteren*, om maar in de termen van een script te blijven, binnen een bepaalde context. Zij komen uit een bepaalde habitus met bepaalde disposities. Deze zorgen ervoor dat je op een bepaalde manier reageert en handelt. Je ontwikkelt als het ware een aantal repertoires. Het aantal is beperkt. Je ontwikkelt ook een standaard repertoire dat je inzet om te bemiddelen in de waarden van de medewerker, de organisatie en de patiënt.

Uit de dubbele sandwich

Mintzberg geeft aan dat de repertoires beïnvloedt worden door cure, care, control en community. En de verpleegkundige afdelingsleider bevindt zich ergens tussen care en control. De ene keer is de leidinggevende met name gericht op de control en de andere keer op de care. Komend vanuit de verpleegkundige rol, die met name gericht is op de care is dit goed te verklaren. Maar eigenlijk, zegt Pieterbas, moet de verpleegkundig leidinggevende boven de vier elementen acteren. Zorgen dat hij/zij niet meer in de *dubbele sandwich* zit, maar ‘hover above’. En vanuit die optiek zal hij/zij moeten kijken welke wegen bewandeld moeten worden.

Als de verpleegkundig leidinggevende uit de dubbele sandwich weet te komen kan hij/zij ervoor zorgen dat de hoeveelheid aan pijlen die gericht op hem/haar gericht worden verminderen. De leidinggevende kan een support system om zich heen vorm die ook een aantal pijlen op weten te vangen.





Het rondje in beide afbeeldingen is de leidinggevende

Ken je geschiedenis

Via livestream kregen we contact met Mary Lagerweij, professor Western Michigan University. De boodschap die zij overbracht was dat bij het doorvoeren van welke verandering dan ook, je altijd moet kijken naar de geschiedenis van de context. Als je je geschiedenis niet kent, hoe weet je dan te handelen in de toekomst? De geschiedenis bepaalt namelijk de context. Het bepaalt de wijze waarop verschillende actoren acteren binnen care, cure, control en community.

Flying solo

Als je de geschiedenis van de verpleegkunde kent, zie je dat de beroepsgroep is getraind om taken alleen te doen. Flying solo, noemt Gerhard Smid het. Verpleegkundigen ontwikkelen een soort ambacht. Door ervaring leert men wat werkt en wat niet. Iedereen kan daardoor haar eigen maniertjes ontwikkelen. Maar dat is niet gelijk aan professionaliteit. De onderbouwing en kennis waarop het handelen is gebaseerd is verdwenen. Men doet het vaak zo omdat we het altijd zo doen. Het is een ambacht.

High performance organization

Hoe kom je ervan af dat je team niet verpleegt als ambacht, maar als professional? Welke repertoires heb je dan nodig om een stap verder te komen? Hoe kom breng je het team van reactief naar responsief, naar proactief en uiteindelijk tot een high performance team? En hoe blijf je een high performance team? Hoe draag jij zelf en je team aan een high performance organization?

Uit de presentatie van Gerhard Smid

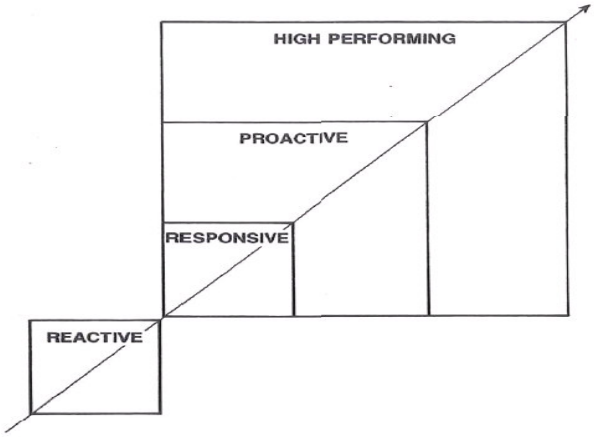


Figure 1. The Framework of the High Performance Programming Model.

Gerhard geeft aan dat het de zichtbaarheid van de verpleegkundige leidinggevende belangrijk is. Het vertrouwen van het team in de leidinggevende is cruciaal? Uit onderzoek is gebleken dat een causaal verband bestaat tussen het vertrouwen van een team in de leidinggevende en de performance van het team.

Vertrouwen

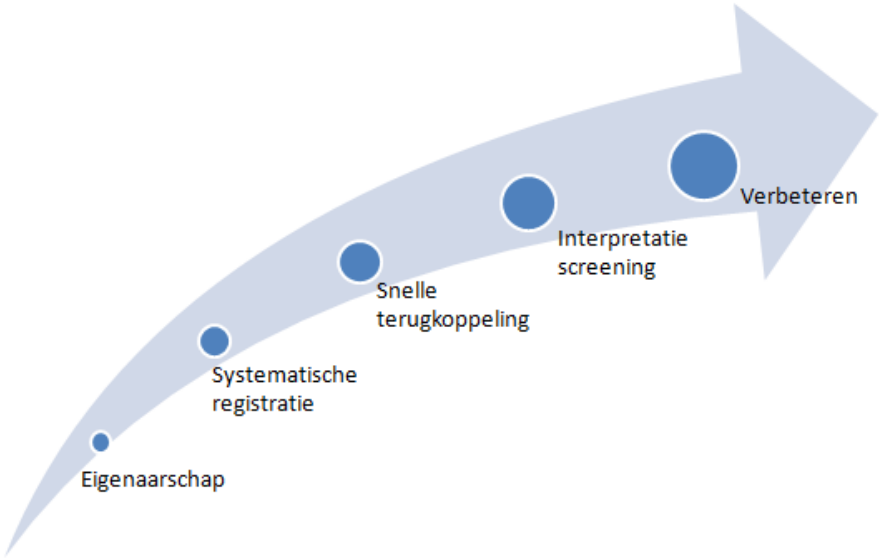
Hoe creëer je als leidinggevende dat vertrouwen? De theorie geeft aan dat je daarvoor het volgende moet doen:

- Performance monitoren
- Het werk en de mensen waarderen
- Het team begeleiden om de individuele performance te verbeteren
- Steun bieden, achter het team staan als er problemen zijn
- Open staan voor ideeën van het team
- Problemen oplossen

Als er nog geen vertrouwen is, kan de leidinggevende zich het beste richten op beïnvloedingstactieken zoals consultatie, samenwerking, inspiratie en onderhandeling. Rationele overtuigingen, die we vaak inzetten, werken in deze situatie niet.

Resultaten verbeteren

Als je dus zorgt dat het vertrouwen aanwezig is, is de performance een van een team ook beter. Maar hoe weet je dat dan? Hoe weet je dat je team het *beter* doet? Hoe weet je als je verpleegkundige het goed doet? Wanneer ben je als verpleegkundige vakbekwaam? Dat is de grote vraag. Performance wordt door verpleegkundigen uitgedrukt in kwaliteit van zorg. Hoe weet je als verpleegkundige wat de kwaliteit is van jouw zorg? Door externe instanties worden metingen opgelegd, die volgens deze organisaties 'verpleegsensitief' zijn. Ze zijn dus (deels) afhankelijk van het verpleegkundig handelen. Toch ervaren verpleegkundigen de metingen die uitgevoerd worden als zware registratielast. Registraties worden niet of nauwelijks gebruikt voor directe verbeteringen van de patiëntenzorg. Verpleegkundigen vragen niet naar de grafieken en de registraties. Hoe komt dat? Voelen verpleegkundigen zich daar niet verantwoordelijk voor? Dat is het denk ik niet. Het ontstaan van decubitus wordt toch echt ervaren als eigen verantwoordelijkheid. Er is dus wel een bepaald gevoel van eigenaarschap. Maar het is nog niet volledig eigenaarschap. Wanneer volledig eigenschap aanwezig is, is de systematische registratie pas van belang. Als verpleegkundigen zich eigenaar voelen, willen zij ook weten hoe zij het doen. En zullen dan ook eerder de bereidheid hebben om te registreren. Met registratie alleen kom je als team ook niet verder. Binnen een team, en het liefst ook binnen een organisatie, moet iedereen met dezelfde instrumenten op dezelfde manier meten. Systematische registratie is dus van belang. Maar met registratie alleen verbeter je de directe patiënten zorg niet. De verzamelde gegevens moeten teruggekoppeld worden naar de verpleegkundigen. En niet pas na drie maanden of een half jaar, want dan hebben de verpleegkundigen niet meer de 'sense of urgency'. Meestal geven ze dan al veel te veel verklaringen waarom het op dat moment even minder goed is. Als gegevens snel teruggekoppeld worden, moeten verpleegkundigen ook kunnen begrijpen wat de resultaten betekenen. Ze moeten de gegevens kunnen interpreteren. Als men zich dan eigenaar voelt, op een systematische wijze registreert, een snelle terugkoppeling krijgt van de data, de data weet te interpreteren is het team in staat om gericht de juiste verbeteringen in te zetten. Alleen dan kan men de Plan-Do-Check-Act cyclus effectueren.



Marieke Schuurmans geeft in haar presentatie aan '*Leadership is influencing the prognoses of patients'*. En in mijn ogen start het dus met het creëren van eigenaarschap bij de beroepsgroep.

Brigitte de Brouwer, MSc., PhD. Student
Adviseur Excellente Zorg, V&VN