

Full paper

De ParticipatieKliniek kantelt en beweegt

Zet een 24-uurs belevingsevent aan tot persoonlijk leiderschap onder verzorgenden en verpleegkundigen?

Arjella van Scheppingen¹, Jos Bus² en Stef Verhoeven³

Trefwoorden: Persoonlijk leiderschap, persoonsgerichte zorg, intrinsieke motivatie, zelfregulerende beweging

Samenvatting

Zorgprofessionals worden steeds meer geacht persoonsgerichte zorg te bieden. Zorg, die steeds vaker samen met andere belanghebbenden wordt ingevuld. Dat vraagt om persoonlijk leiderschap, ook van verpleegkundigen en verzorgenden. Als beroepsvereniging wil V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) een beweging naar meer persoonlijk leiderschap onder verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg faciliteren. Hoe? Via 'De ParticipatieKliniek' (PK), een beweging-genererende campagne, ontwikkeld door Zorgveilig.nl en Arboriginals. De (PK) omvat diverse elementen, waaronder een 24-uurs belevingsevent. Dit artikel beschrijft de (theoretische) achtergronden van De PK. Onderzocht is of het PK-event bijdraagt aan a) persoonlijk leiderschap en b) nieuwe inzichten en andere – meer persoonsgerichte - manieren van (samen)werken. Ook is onderzocht *hoe* de beweging verspreid en geborgd kan worden binnen de beroepsgroep en zorginstellingen. Het doel van dit artikel is kennis ontwikkelen over het faciliteren van een zelfregulerende beweging naar meer persoonlijk leiderschap onder zorgprofessionals.

Inleiding

Zorgorganisaties en zorgprofessionals worden steeds meer geacht persoonsgerichte zorg te bieden (Ministerie van VWS, 2016a; 2016b). Zorg waarbij niet de aandoening of beperking, maar de persoon zélf centraal staat. In de verpleeghuiszorg vormt persoonsgerichte zorg een kernaspect van het Kwaliteitskader (Zorginstituut, 2017).

Persoonsgerichte zorg is nogal een omslag voor deze - van origine - aanbodgerichte sector (Baart et al., 2011). Het laat zich moeilijk combineren met de werkwijzen gericht op het toepassen van protocollen, richtlijnen en standaarden die jarenlang de boventoon voerden. Met persoonsgerichte zorg verandert ook de rol van verzorgenden en verpleegkundigen. Meer dan voorheen moeten zij zorg op maat bieden. Zorg die ook nog eens samen met een groeiende schil van mantelzorgers en vrijwilligers wordt ingevuld. Zorgprofessionals moeten meer inspelen op het onverwachte. Persoonsgerichte zorg vraagt immers om zorgvuldige aansluiting op de cliënt en wat hij of zij op dat

Abstract

More and more healthcare-professionals are expected to offer personally-oriented care. Care, which increasingly is offered in interaction with other stakeholders. This requires personal leadership from all healthcare-professionals, also from nurses. As a professional association V&VN wants to facilitate a movement towards more personal leadership among nurses in elderly care. How? By means of 'The ParticipatieKliniek' (PK), a motion-generating campaign developed by Zorgveilig.nl and Arboriginals. The PK comprises several components, among which a 24-hour experience-event. This article describes the (theoretical) background of the PK. It was investigated whether this 24-hour experience event leads to a) personal leadership and b) new insights and other – more personally-oriented- ways-of-working. Also, it was investigated *how* the movement can be spread further and secured among healthcare-professionals and within healthcare organisations. The purpose of this article is to contribute to knowledge on fostering a self-regulating movement towards more personal leadership of healthcare professionals.

moment nodig heeft. De relatie die zorgverlener, cliënt en zijn naaste(n) weten op te bouwen is daarbij medebepalend voor de kwaliteit van zorg. Persoonsgerichte zorg vraagt dan ook om zorgprofessionals die staan voor hun vak en verantwoordelijkheid (durven) nemen voor het eigen handelen. Daarvoor moeten zij de ruimte krijgen én nemen. Het vraagt – kortom - om persoonlijk leiderschap en een context die daartoe aanzet.

De beroepsvereniging V&VN wil verpleegkundigen en verzorgenden hierin ondersteunen. In samenwerking met uitvoerende organisaties Zorgveilig.nl en communicatiebureau Arboriginals is daartoe 'De ParticipatieKliniek' (PK) ontwikkeld. V&VN wil met De PK een (landelijke) beweging naar meer persoonlijk leiderschap onder verpleegkundigen en verzorgenden faciliteren en daarmee bijdragen aan persoonsgerichte zorg. Het motto 'kantel je blik, beweeg de zorg'.

¹ zelfstandig onderzoeker en adviseur. Correspondentieadres: Arjella van Scheppingen, Zonhovenstraat 39, 1066 MA Amsterdam; email: arjella.vanscheppingen@gmail.com, GSM: 06 10521465

² communicatiebureau Arboriginals

³ Stichting Zorgveilig.nl

Leren door zelf te ervaren - een oud principe dat voor velen werkt om tot andere inzichten en gedrag te komen (Kolb, 1984) - is het basisbestanddeel van De PK. Het ervaren van een ander perspectief is een bruikbare manier om te komen tot nieuwe inzichten, ervaren autonomie en ander gedrag (Schilt et al., 2013), ook in de zorg (Ten Haaft, 2010).

De PK bestaat uit drie kernelementen:

1. 'De ParticipatieKliniek': een 24-uurs belevings- en leerevent voor zorgprofessionals die plaatsvindt in een leegstaande vleugel van een zorginstelling in Megen (BrabantZorg);
2. 'ParticipatieClinics', grootschalige bijeenkomsten binnen de betreffende zorgorganisaties waarin ervaringen van PK-deelnemers worden gedeeld en verspreid. Deze Clinics vinden ongeveer twee maanden na het 24-uurs event plaats.
3. Campagne: een combinatie van online en live ontmoetingen, waarin verhalen en ervaringen van zorgprofessionals onderling worden gedeeld en verspreid.

In dit onderzoek gaan we in op de vraag of De PK bijdraagt aan persoonlijk leiderschap en aan (nieuwe inzichten over) het leveren van persoonsgerichte zorg? En zo ja, aan welke onderdelen van De PK zijn deze effecten toe te schrijven?

We beschrijven het (theoretische en praktische) fundament van De PK en de wijze waarop daar invulling aan is gegeven. De onderzoeksvraagstellingen:

De effectiviteit van De PK.

1. *Draagt De PK bij aan ervaren persoonlijk leiderschap? Zijn er hierbij verschillen tussen verzorgenden en verpleegkundigen waar te nemen?*
2. *Draagt de PK bij aan andere inzichten over het vakgebied en aan meer persoonsgerichte zorg?*
 - a. *Leidt De PK tot nieuwe inzichten over het vakgebied? Zo ja, welke inzichten doet men op uit de cliëntbeleving?*
 - b. *Zet de PK aan tot een andere - meer persoonsgerichte - manier van (samen)werken? Zo ja, welke andere manieren van werken doet men op vanuit de cliëntbeleving?*
 - c. *Hebben de ervaringen met cliëntbeleving bijgedragen aan meer persoonsgerichte zorg in de praktijk?*

Werkzame elementen voor de beoogde beweging.

3. *Welke onderdelen van het PK event dragen bij aan de persoonlijk leiderschap?*
4. *Hoe zijn en kunnen de opgedane ervaringen verder worden verspreid?*
 - a. *Hoe groeit de landelijke community?*
 - b. *Welke aangrijpingspunten zijn er voor de verdere verspreiding van de beweging?*

Dit onderzoek draagt bij aan kennisontwikkeling over a) het faciliteren van een beweging naar meer persoonlijk leiderschap onder zorgprofessionals b) het effect van cliëntbeleving op het bieden van persoonsgerichte zorg.

Theoretisch fundament

Theory U (Scharmer, 2007): Collectief leren als basis van een beweging

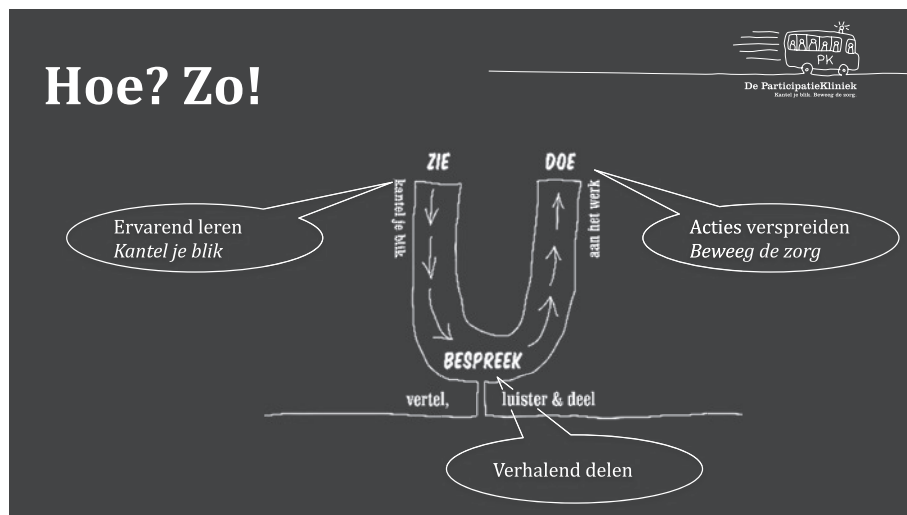
Een beweging is een sociaal veranderingsproces onder een kritische massa aan actoren. Het gaat om 'community building'; een (lieft zichzelf) uitbreidende groep van mensen die enthousiast en gemotiveerd zijn om erbij te willen horen. Een beweging vraagt om een collectief leer- en ontwikkelproces. Dat kun je niet implementeren volgens een vooropgesteld plan, maar je kunt er wél impulsen aan geven (Senge, 1990; Weick & Quinn, 1999; Boonstra, 2004; Senge et al., 2005; Schein, 2006). De PK past in de traditie van collectief leren en is gebaseerd op Theory U (Scharmer, 2007). De theorie biedt handvatten voor het ontwikkelen van persoonlijk leiderschap en voor het samen ter hand nemen van complexe vraagstukken.

Duurzame veranderingen laten zich doorgaans niet top down uitrollen via een rechte lijn van a naar b. Volgens Theory U vereist het een bottom up ontwikkelingsproces waarbij het nodig is 'de diepte in te gaan', zoals in de letter U. De U bocht staat voor wezenlijke verandering vanuit verbinding met jezelf en anderen én met het grotere geheel waar je (samen) deel van uit maakt. Theory U beschrijft diverse fasen waarin mensen gedrags- en handelingspatronen ontwikkelen die passen bij de veranderende omgeving én bij wat men zelf waardevol vindt. Het start met observeren, ervaren en het vormen van beelden. Mensen bekijken de eigen werkelijkheid en wereld met een andere blik. Een perspectiefwisseling blijkt in deze fase zinvol (Schilt et al., 2013). Mensen ervaren daarmee hun ingesleten gedragspatronen, onderkennen de sterktes als zwaktes daarin, nemen afstand en leren belemmerende gedragspatronen los te laten.

In een volgende fase staan mensen stil bij wat hen beweegt. Vanuit een diepere beleving komen ze tot andere inzichten en oplossingen. Ze ervaren en doorgronden wat hen wezenlijk raakt, wat ze echt belangrijk vinden, waar ze voor staan (als individu of beroepsgroep). Het delen van emotioneel rakende verhalen is een behulpzame werkvorm. Verhalen zijn belangrijke kennisdragers, via het delen ervan ontwikkelt zich een gezamenlijk waardenkader ('hier staan wij voor'): een essentiële basis voor persoonlijk leiderschap.

In een laatste fase van de U-veranderbocht gaat het om het open staan voor nieuwe gedrags- en handelingspatronen, daarmee te experimenteren, te reflecteren en nieuwe patronen met elkaar te ontwikkelen.

Door het gezamenlijk be- en doorleven van deze fasen 'ontvouwt' zich een veranderende werkelijkheid en een



Figuur 1 vereenvoudigde weergave van Theory U (Scharmer, 2007)

ander gedrags- en handelingsrepertoire, aldus Theory U. Veranderingen die niet worden opgelegd, maar de betrokkenen zelf relevant vinden en men met elkaar intrinsiek gemotiveerd invult. Omwille van de eenvoud en herkenbaarheid korten we De PK Theory U als volgt in (zie figuur 1):

- Fase 1: Samen Zien
- Fase 2: Samen Delen
- Fase 3: Samen Doen

Self-Determination Theory (SDT, Ryan & Deci, 2000): persoonlijk leiderschap vanuit motivationeel perspectief Persoonsgerichte zorg vraagt om persoonlijk leiderschap van verzorgenden en verpleegkundigen. SDT is een motivationele theorie, die ervan uitgaat dat persoonlijk leiderschap ontwikkelt als voldaan wordt aan drie basisbehoeften:

1. Autonomie: in vrijheid dingen doen die passen bij jouw waarden en interesse,
2. Competenties: je 'meester' voelen over wat je doet,
3. Verbondenheid: het gevoel onderdeel uit te maken van het grotere geheel waaraan je samen met anderen werkt.

Persoonlijk leiderschap van zorgprofessionals om persoonsgerichte zorg te bieden vraagt vanuit SDT geredeneerd om:

- a) autonomie om het werk zo in te richten als de professional op dát moment nodig acht,
- b) 'meesterschap' om de goede dingen te kunnen doen voor de cliënt die dán nodig zijn en
- c) verbondenheid, om de zorg samen met anderen zo goed mogelijk invulling te geven.

De 'ParticipatieKliniek', het 24-uurs belevingsevent.

Conform Theory U omvat het 24-uurs event de volgende onderdelen:

Samen Zien:

Als kern geldt de cliëntervaring die zorgprofessionals ondergaan. Zij ervaren wat het is te leven met mankementen, doorlopen daarvoor een ervaringscarrousel met 5 belevingskamers en formuleren hun zorgwensen als oudere cliënt.

Samen Delen:

Deelnemers delen verhalen over wat hen als persoon raakt in het werk. Die verhalen worden vervolgens via regietheater door acteurs uitgespeeld. In uitgespeelde scenes zien en beleven mensen de huidige manieren van zorg en bepalen samen alternatieve manieren van zorg.

Samen Doen:

Activerende werkvormen gericht op het duurzaam toepassen van de opgedane ervaringen in de praktijk. Deelnemers maken hun eigen 'Gebruiksaanwijzing' en relateren die aan de samenwerking met collega's, cliënten en mantelzorgers. Ook experimenteren ze met kleine laagdrempelige taken / uitdagingen die bijdragen aan een positieve manier van samenwerken in de zorg ('De Kleine Por').

'ParticipatieClinics', grootschalige bijeenkomsten binnen zorgorganisaties

'ParticipatieClinics' zijn grootschalige bijeenkomsten van een dagdeel die ongeveer 2 maanden na het 24-uurs event plaatsvinden. Deelnemers doen in deze bijeenkomst een cliëntervaring op en experimenteren met de 'De Kleine Por'. Een belangrijk onderdeel is dat oud-deelnemers aan het 24-uurs event gevraagd wordt te delen hoe ze de cliëntervaring in de werkpraktijk hebben omgezet in een andere – meer persoonsgerichte - manier van werken. Zo deelt en verspreidt men de inzichten vanuit de cliëntbeleving en de praktische veranderingen die men twee maanden na het event heeft doorgevoerd.

Methode

Gekozen is voor mixed-methods actie onderzoek, waarvoor kwantitatieve en kwalitatieve data zijn verzameld.

Data voor dit artikel zijn verzameld via een vragenlijst, die als los katern is opgenomen in het 'Participaspoort', een logboek waarin deelnemers aan het 24-uurs event hun ervaringen vastleggen. Deze vragenlijst is gedurende het event door alle 619 deelnemers ingevuld (respons 100%). Deze deelnemers zijn afkomstig van 17 zorginstellingen. Binnen 10 van deze zorginstellingen hebben ParticipatieClinics plaatsgevonden.

Respondenten:

De deelnemers waren verzorgenden (60%), verpleegkundigen (20%), helpenden (5%) en overigen (15%, zoals leerlingen, activiteitenbegeleiders, ergo- of fysiotherapeuten en woon/zorg consulenten). De leeftijdsverdeling en aantal dienstjaren in de zorg was divers. De leeftijdscategorieën: < 25 jaar (12%), 25-35 jaar (20%), 35-45 jaar (17%), 45-55 jaar (35%) en > 55 jaar (17%). Het aantal dienstjaren in de zorg: < 5 jaar (22%), 5-10 jaar (22%), 10-20 jaar (21%), > 20 jaar (35%).

Variabelen:

De volgende variabelen zijn gemeten:

- De SDT-basisbehoeften voor persoonlijk leiderschap: autonomie, competenties, verbondenheid. De deelnemers is gevraagd het Global Perceived Effect (GPE) van deze variabelen in te vullen. Dat is de mate waarin zij vinden dat De PK voor henzelf bijdraagt aan autonomie, competenties en verbondenheid (totaal niet – niet – neutraal – wel – zeer zeker wel). Per basisbehoefte zijn 2 items gevraagd, resulterend in een 6-item totaalschaal voor ervaren persoonlijk leiderschap (Cronbach's $\alpha = .87$). Ook de afzonderlijke 2-item schalen voor autonomie, competenties en verbondenheid zijn gebruikt. De items per schaal correleren, maar niet in die mate dat hetzelfde gemeten wordt. De interne consistentie is voldoende.
 - a. Autonomie ($r = 0.56$, Cronbach's $\alpha = 0.72$),
 - b. Competenties ($r = 0.64$, Cronbach's $\alpha = 0.78$),
 - c. Verbondenheid ($r = 0.63$, Cronbach's $\alpha = 0.77$).

De vragenlijst vraagt verder naar:

- de mate waarin de drie onderscheiden PK-fasen leiden tot nieuwe inzichten over het vakgebied en aanzetten tot een andere manier van (samen)werken ('totaal niet-enigszins-zeer zeker wel')
- de nieuwe inzichten die men heeft opgedaan en de intenties tot andere manier van (samen)werken vanuit de cliëntbeleving (open vragen)
- de waardering voor de PK onderdelen (in rapportcijfers)
- de mate waarin men de PK aanbeveelt aan collega's (5-puntschaal; totaal niet – zeer zeker wel)
- de PK onderdelen die men wil inzetten in de eigen organisatie (ja/nee)

¹ De analyses zijn ook verricht voor de drie afzonderlijke basisbehoeften autonomie, competenties en verbondenheid

Statistische analyse

Om multicollineariteit uit te sluiten zijn correlaties tussen de variabelen berekend. De variabelen zijn voldoende onderscheidend om multicollineariteit uit te sluiten (correlaties < 0,48).

De gemiddelden en percentages van de genoemde variabelen zijn berekend. T-tests zijn gebruikt om te onderzoeken of er een verschil is tussen verzorgenden en verpleegkundigen voor persoonlijk leiderschap.

Regressie analyses zijn uitgevoerd om te toetsen of de PK als geheel en de afzonderlijke PK-fasen samenhangen met ervaren persoonlijk leiderschap¹. De analyses zijn gecorrigeerd voor leeftijdscategorie, functie en dienstverband.

Kwalitatieve data verwerking

De antwoorden op de open vragen naar de nieuwe inzichten en andere manieren van werken die men heeft opgedaan vanuit de cliëntbeleving zijn uitgedraaid en geclusterd naar onderwerp.

De tijdens de ParticipatieClinics opgehaalde inzichten en anderen manieren van (samen)werken zijn tijdens de bijeenkomst verzameld en achteraf geclusterd.

Als maat voor de grootte en groei van de beoogde landelijke community zijn Facebook- (facebook.com/participatiekliniek) en website gegevens (www.participatiekliniek.nl) geanalyseerd. Daarbij is onderscheid gemaakt in aantallen gebruikers en de mate waarin de content is bekeken.

Resultaten

Onderstaand beantwoorden we één voor één de onderzoeksvraagstellingen.

Draagt De PK bij aan ervaren persoonlijk leiderschap? Zijn er hierbij verschillen tussen verzorgenden en verpleegkundigen waar te nemen?

Tabel 1 toont de GPE scores voor Persoonlijk Leiderschap. De scores (allen scores > 4) geven aan dat De PK voor de deelnemers bijdraagt aan de basisbehoeften voor Persoonlijk Leiderschap. Het GPE voor Persoonlijk Leiderschap voor verpleegkundigen is significant hoger dan voor verzorgenden. Met name op de basisbehoefte ervaren competenties en verbondenheid scoren verpleegkundigen hoger.

Draagt de PK bij aan andere inzichten over het vakgebied en meer persoonsgerichte zorg?

- a. Leidt De PK tot nieuwe inzichten over het vakgebied? Zo ja, welke inzichten doet men op uit de cliënt-beleving?
- b. Zet de PK aan tot een andere - meer persoonsgerichte

Tabel 1 Global Perceived Effect voor (basisbehoeften voor) Persoonlijk Leiderschap onder verzorgenden en verpleegkundigen

	'Verzorgende'	'Verpleegkundige'	Totaal
N:	368	119	487
%:	76%	24%	100%
Persoonlijk Leiderschap	4,24 ▼	4,38 ▲	4,27
- Autonomie	4,36	4,47	4,39
- Competenties	4,15 ▼	4,31 ▲	4,19
- Verbondenheid	4,20 ▼	4,37 ▲	4,25

- manier van (samen)werken? Zo ja, welke andere manieren van werken doet men op vanuit de cliënt-beleving?

c. Hebben de ervaringen met cliëntbeleving bijgedragen aan meer persoonsgerichte zorg in de praktijk?

Tabel 2 toont de mate waarin de PK leidt tot nieuwe inzichten in het vakgebied, uitgesplitst naar de drie PK fasen. Samen Zien - de cliëntbeleving - leidt het meest tot nieuwe inzichten: 97% van de deelnemers geeft aan dat deze fase een beetje (48,9%) of zeer zeker (48,2%) tot nieuwe inzichten leidt. Samen Delen leidt voor 87% van de deelnemers tot nieuwe inzichten, Samen Doen voor 75% van de deelnemers.

Nieuwe inzichten die men opdoet vanuit de cliëntbeleving hebben te maken met overprikkeling van cliënten, hoe zwaar het is om oud en hulpbehoevend te zijn, dat bepaald gedrag (terugtrekken, achterdocht) heel verklaarbaar is en dat er nog weinig vanuit de cliënt geredeneerd wordt. Onderstaande quotes afkomstig uit de open vragen in de vragenlijst illustreren dit:

- "dat je wereldje wel heel klein wordt en je het snel allemaal teveel vindt en denkt laat maar"
- "hoe afhankelijk je bent en dat achterdochtigheid heel normaal is"
- "dat terugtrekken niet altijd een uiting van depressie is"
- "dat zoveel prikkels om je heen, niet wetende wat het is, je angstig maakt"
- "beperkingen hebben kost mega veel energie"
- "eigen regie betekent luisteren"
- "dat wij teveel als zorg denken, niet vanuit wat je zelf ook nodig hebt"
- "je merkt dat je teveel voor iemand doet (uit handen neemt)"

Tabel 3 toont de mate waarin de PK aanzet tot andere manieren van (samen)werken. Alle drie de fasen zetten

voor vrijwel iedereen aan tot een andere manier van (samen)werken.

De cliëntbeleving leidt vooral tot (de wens van) meer rust inbouwen in het werk, duidelijker communiceren, ander taalgebruik en minder prikkels aanbieden zoals blijkt uit onderstaande quotes, afkomstig uit de open vragen van de vragenlijst:

- 'cliënten meer betrekken bij alles en zorgen dat ze me horen'
- "wij gaan vaak te snel, ik ga meer rust inbouwen"
- "cliënt beter uitleggen wat je gaat doen"
- "cliënten rustiger benaderen"
- "minder betuttelend praten"

De uit de ParticipatieClinics opgehaalde doorgevoerde veranderingen in de praktijk beslaan drie categorieën. Onderstaand de categorieën met voorbeelden:

- Tegengaan van overmatig geluid
 - Dragen van schoenen met zachtere zolen
 - Houten roerstaafjes in plaats van metalen lepeltjes gebruiken voor koffie/thee
 - Vermijden van rijden met karren over harde vloeren
 - Behangen van klapdeuren met stoffen bekleding
 - Niet meer over de afdeling roepen
 - Niet automatisch muziek draaien of TV aanzetten
- Bejegening, omgang met bewoners
 - Bewoners meer betrekken bij de taken in de huiskamer (zinvolle dagbesteding)
 - Bewoners niet aansporen om sneller te lopen of niet meer te sloffen
 - Rustiger werktempo als je met cliënt bezig bent
 - Katheterzakken bevestigen met bredere bandjes die niet snijden
 - Meer luisteren naar de zorgvraag in plaats van werken volgens het schema

Tabel 2 de mate waarin de PK leidt tot nieuwe inzichten in het vakgebied, onderscheiden naar de diverse fasen van de U-bocht.

	Totaal niet	Een beetje	Zeer zeker wel
Samen Zien	18 (2,9%)	302 (48,9%)	298 (48,2%)
Samen Delen	82 (13,3%)	121 (19,7%)	412 (67,0%)
Samen Doen	153 (25,0%)	209 (34,2%)	250 (40,8%)

Tabel 3 De mate waarin de diverse fasen aanzetten tot een andere manier van (samen)werken

	Totaal niet	Een beetje/enigszins	Wel/zeer zeker wel
Samen Zien	5 (0,8%)	297 (48,0%)	317 (51,2%)
Samen Delen	6 (1,0%)	202 (32,7%)	410 (66,3%)
Samen Doen	16 (2,6%)	324 (53,0%)	271 (44,4%)

- Andere taal en manier van communiceren
 - Geen verkleinwoorden gebruiken
 - Niet meer spreken over 'kamer 27'
 - Luisteren naar het antwoord van cliënt i.p.v. gelijk doen
 - Niet praten in het voorbij gaan, maar iemand aankijken als je wat zegt
 - Vermijden van zinnen als 'gaan we lekker even douchen' of woorden als 'voeren, luiers, de lopertjes, onderbeurtje' etc.
 - Elkaar aanspreken op badinerende taal en bejegening

Welke onderdelen van het PK event dragen bij aan de persoonlijk leiderschap?

De beleving van het PK event als geheel hangt significant samen met ervaren Persoonlijk Leiderschap (tabel 4). Hoe beter men de cliëntervaring, gedeelde verhalen en activerende werkvormen beleeft, hoe hoger het bijdragend effect aan ervaren Persoonlijk Leiderschap.

Alle fasen van het event afzonderlijk dragen ook bij aan ervaren Persoonlijk Leiderschap, met de fase Samen Zien (de cliëntbeleving) als grootste bijdragende factor.

Hoe zijn en kunnen de opgedane ervaringen verder worden verspreid?

Hoe groeit de landelijke community?

De groei van de community is bepaald aan de hand van gebruik van de Facebook pagina (facebook.com/participatiekliniek) en de website (www.participatiekliniek.nl). In de periode september 2016-januari 2017 is de Facebookpagina 728.547 keer weergegeven, met een dagelijks gemiddeld bezoek van bijna 2.800 bezoekers en een totaal bereik van 417.749 personen. Een groep van 32.086 unieke gebruikers gebruikt de pagina daad-

werkelijk actief. Het aantal bezoeken op participatiekliniek.nl bedraagt 67.324.

Welke aangrijpingspunten zijn er voor de verdere verspreiding van de beweging?

Het totale PK-event wordt met een rapportcijfer van 8,6 gewaardeerd, met een statistisch significant verschil tussen verpleegkundigen (8,8) en verzorgenden (8,5). De PK wordt in grote mate aanbevolen aan anderen: 22% beveelt De PK wel en 75% zeer zeker wel aan aan ander collega's. Daarbij ook de suggestie om de PK open te stellen voor andere doelgroepen, blijktens quotes, afkomstig uit de vragenlijsten:

- 'Zeker ook politici en managers inhuizen!'
- 'Ook goed voor managers en mantelzorgers'
- 'Erg goede ervaring, ook familieleden zouden er veel van leren'

Figuur 2 toont de mate waarin met de diverse PK onderdelen wil inzetten in de eigen organisatie. Bijna 90% van de deelnemers wil de cliëntbeleving inzetten.

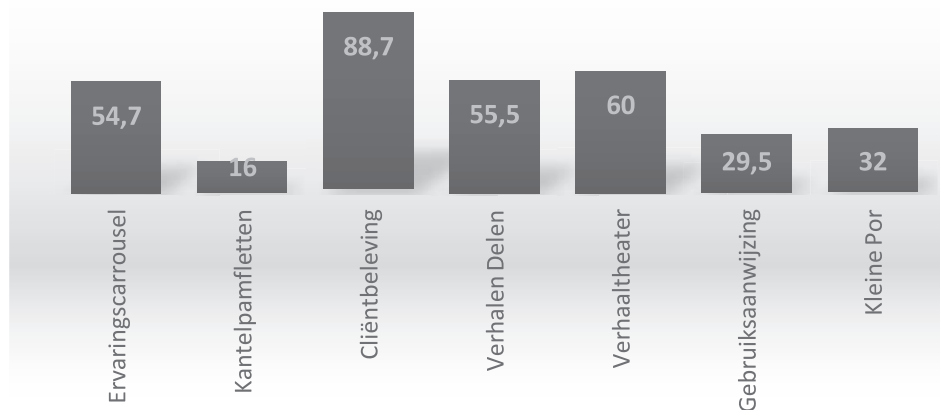
Discussie

Met De PK streeft V&VN naar een landelijke beweging naar meer persoonlijk leiderschap van verzorgenden en verpleegkundigen in het bieden van persoonsgerichte zorg. In dit onderzoek gaan we in op de vraag of de PK in haar opzet slaagt. Het onderzoek toont aan dat De PK bijdraagt aan ervaren (basisbehoeften voor) persoonlijk leiderschap. Vrijwel alle deelnemers komen tot nieuwe inzichten en worden aangezet tot een andere – meer persoonsgerichte - manier van (samen)werken. Twee maanden na het 24-uurs event blijken oud-deelnemers erin geslaagd de opgedane ervaringen om te zetten in veranderingen naar een meer persoonsgerichte taal en omgang met cliënten in de praktijk. Het 24-uurs event

Tabel 4 Regressie analyses² van het PK-event als geheel en de diverse fasen naar Ervaren Persoonlijk Leiderschap (met uitsplitsing naar drie basisbehoeften) (* p<0.05, ** p<0.01 *** p<0.001)

		Ervaren...		
Persoonlijk Leiderschap		Autonomie	Competenties	Verbondenheid
PK totaal	$\beta = 0,52^{***}$	$\beta = 0,49^{***}$	$\beta = 0,45^{***}$	$\beta = 0,41^{***}$
-Samen Zien	$\beta = 0,25^{***}$	$\beta = 0,21^{***}$	$\beta = 0,24^{***}$	$\beta = 0,20^{***}$
-Samen Delen	$\beta = 0,15^{***}$	$\beta = 0,17^{***}$	$\beta = 0,11$	$\beta = 0,11^*$
-Samen Doen	$\beta = 0,21^{***}$	$\beta = 0,14^{**}$	$\beta = 0,17^{***}$	$\beta = 0,23^{***}$

² De gevonden relaties zijn uitgedrukt in β 's (hoe hoger de β , hoe sterker het verband).



Figuur 2 Percentage deelnemers dat aangeeft de diverse PK onderdelen te willen inzetten in de eigen organisatie

('ParticipatieKliniek), bijeenkomsten in de organisaties ('ParticipatieClinics') en de landelijke campagne hebben in vijf maanden tijd geleid tot een fysiek bereik van 619 zorgprofessionals uit 17 zorginstellingen en online bereik van ruim 32.000 unieke actieve gebruikers. De PK lijkt daarmee een aanjaagfunctie voor de beoogde beweging te kunnen vervullen. Een aantal bevindingen verdient een nadere beschouwing.

De PK is ontwikkeld op basis van Theory U (Scharmer, 2007), een verandertheorie voor complexe veranderingen. Voor dit onderzoek is deze theorie vereenvoudigd tot drie fasen: Samen Zien (cliëntbeleving), Samen Delen (verhalend delen), Samen Doen (activerend doen). Tijdens het 24-uurs event worden deze drie fasen doorlopen. Het onderzoek toont aan dat De PK als geheel, maar ook de drie afzonderlijke fasen van de U bocht bijdragen aan de ervaren basisbehoeften voor persoonlijk leiderschap. Het meest effectief is het deel Samen Zien, de cliëntbeleving. Het feit dat er onder de deelnemers ook een groot animo is om de cliëntbeleving in te zetten in de eigen organisatie, maakt deze vorm van ervaringsleren veelbelovend om de ontwikkeling naar meer persoonsgerichte zorg te stimuleren. Het onderzoek toont aan dat het raadzaam is de cliëntbeleving niet geïsoleerd aan te bieden, maar in combinatie met werkvormen die passen bij de twee andere fasen van de U bocht. De PK als geheel - waarin alle drie de fasen doorlopen worden - blijkt immers effectiever dan de afzonderlijke onderdelen. Conform Theory U wijst ook dit onderzoek erop dat een diepgaande beweging vooral kans van slagen heeft wanneer de gehele U bocht doorlopen wordt.

Hoewel De PK voor zowel verpleegkundigen als verzorgenden bijdraagt aan persoonlijk leiderschap, is het effect voor verpleegkundigen wat groter. Dit is mogelijk te verklaren door verschillen in leerbereidheid en leervoorkeuren van middelbaar opgeleiden (Fase, 2017) of een gemiddeld lagere concentratieboog (Groeneveld, et al., 2010) in vergelijking met hoger opgeleiden. Passend bij de leervoorkeur 'oefenen in de praktijk' (Fase, 2017) is het met name voor de middelbaar opgeleide

zorgprofessionals relevant om informeel leren in de praktijk te stimuleren. Bijvoorbeeld door ervaringen en praktijkverhalen in het werkoverleg en op de werkvloer te delen. Een aanzet tot deze vorm van informeel leren is gemaakt in de ParticipatieClinics, waar zorgprofessionals hun ervaringen en de door henzelf doorgevoerde veranderingen in de praktijk bespreken. Nader onderzoek moet uitwijzen wat het bijdragend effect van deze vorm van informeel is aan persoonsgerichte zorg door grote groepen van zorgprofessionals. De voornaamste doorgevoerde wijzigingen op kortere termijn (2 maanden na het event) betreffen het tegengaan van overmatige geluidsprikkels en een meer persoonsgericht omgang met en taal naar cliënten. Of deze wijzigingen duurzaam zijn, of ze verder verspreid worden en wat daar wel/niet bij werkt zijn vragen die aan de orde komen in een longitudinaal vervolgonderzoek dat inmiddels gestart is binnen vijf zorgorganisaties ('PK-in-huis' genaamd). Daarmee kunnen de beperkingen van dit cross-sectionele onderzoek dat geen uitspraken over de lange termijn toelaat, worden ondervangen.

Een aantal andere beperkingen moeten ook in ogenschouw genomen worden. Common method variance kan hebben opgetreden. Om deze vorm van bias te voorkomen zijn in de vragenlijst reverse vragen gesteld. Ook is zowel gebruik gemaakt van 5 puntschalen als dichotome ja/nee schalen. Toch is deze vorm van bias niet geheel uit te sluiten.

Het onderzoek betreft een selecte groep zorgprofessionals. De deelnemers waren gemotiveerd om deel te nemen aan het event en zijn grotendeels afkomstig uit kleine of middelgrote steden. De bevindingen zijn dan ook niet zonder meer te generaliseren naar alle verzorgenden en verpleegkundigen van Nederland.

De ParticipatieClinics hebben plaatsgevonden in 10 van de 17 deelnemende zorgorganisaties, met als reden dat het PK project eindig was. Dat heeft mogelijk geleid tot een vertekening van de veranderingen die de zorgprofessionals hebben doorgevoerd in de praktijk. Selectie bias kan hebben plaatsgevonden doordat juist de organisaties

waar de beoogde beweging zichtbaar was intekenden op de ParticipatieClinics.

(Zorg)organisaties kunnen persoonlijk leiderschap bevorderen door te werken aan een werkklimaat waarin mensen professionele vrijheid ervaren, waarin ze zich competent en gewaardeerd voelen en vanuit respect en onderling vertrouwen kunnen (samen)werken. Vanuit opleidingen of (organisatie)ontwikkeltrajecten besteden zorgorganisaties vaak al aandacht voor deze of verwante aspecten. Vanuit de gevonden bijdrage van De PK aan persoonlijk leiderschap en de meer persoonsgerichte benaderingen in de zorgpraktijk kan De PK daarmee een bijdragende impuls vormen voor de al lopende initiatieven binnen zorgorganisaties om persoonsgerichte zorg te stimuleren.

De PK lijkt op basis van dit onderzoek tot dusver een aanjaagfunctie te kunnen vervullen voor de door V&VN beoogde landelijke beweging. Duurzame beweging vraagt oog voor de specifieke (zorg)context. Ook vraagt om actieve betrokkenheid van alle belanghebbende partijen (Van der Zouwen, 2011). Dat betekent dat niet alleen zorgprofessionals, maar ook de uitbreidende schil van anderen belanghebbenden betrokken moeten worden bij de beweging. De combinatie van het 24-uurs event, de ParticipatieClinics, de landelijke campagne, maar ook het PK-in-huis traject binnen vijf zorgorganisaties worden verondersteld daaraan bij te dragen.

Conclusies

Het PK-motto 'Kantel je blik, beweeg de zorg' lijkt passend gekozen. De PK draagt bij aan ervaren (basisbehoeften voor) persoonlijk leiderschap. Ook leidt het tot nieuwe inzichten over het vakgebied en het zet aan tot andere – meer persoonsgerichte - manieren van (samen)werken. Twee maanden na het event zijn oud-deelnemers erin geslaagd de opgedane inzichten om te zetten in veranderingen in taal en omgang met cliënten in de praktijk.

Van de afzonderlijk onderscheiden fasen van de U-bocht verandertheorie draagt de cliëntbeleving het meest bij aan ervaren persoonlijk leiderschap. Aangezien bijna 90% van de oud-deelnemers de cliëntbeleving ook in de eigen organisatie wil inzetten maakt het zelf ervaren wat het is om cliënt te zijn een veelbelovende manier om de ontwikkeling naar meer persoonsgerichte zorg te stimuleren. Daarbij is het raadzaam de cliëntbeleving niet geïsoleerd in te zetten, maar in samenhang met werkvormen de andere delen van de U bocht beslaan. Dit onderzoek bevestigt de in Theory U veronderstelde meerwaarde van het doorlopen van de gehele U-bocht.

Geconcludeerd wordt dat De PK tot dusver een aanjagende functie vervult voor de beoogde beweging naar persoonlijk leiderschap van verzorgenden en verpleegkundigen. Het inmiddels gestarte longitudinale vervolgonderzoek zal

nader inzicht moeten verschaffen in de mate waarin de opgedane inzichten en andere – meer persoonsgerichte – zorgpraktijken duurzaam toegepast en geborgd (kunnen) worden onder zorgprofessionals en in zorgorganisaties.

Literatuur

- Baart, A, Dijke, van, J, Ouwerkerk, M, Beurskens, E (2011). *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld; Presentie als transitiekracht*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers. ISBN-9789059317512
- Boonstra, JJ. *Dynamics of organizational change and learning*. An introduction. In: Boonstra, JJ, ed. *Dynamics in Organizational Change and Learning*. 1st ed. Chichester: Wiley Publishers; 2004:1-42.
- College voor Rechten van de Mens (2016). De cliënt centraal. De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen.
- Deci, EL and Ryan, RM. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*. 2000;11:227-268.
- De Geus, A. (1997). *De levende onderneming*. Schiedam: Scriptum Publishing. ISBN- 9789055940837
- Haaft, G. ten (2010). *De dokter is ziek. Als patiënt zie je hoe de zorg beter kan*. Amsterdam, Nederland: Olympus uitgeverij. ISBN-9789046704943
- Heath, C., Heath, D. (2010). *De plakfactor*. Waarom sommige ideeën aanslaan en anderen niet. Amsterdam, Pearson Benelux B.V. ISBN- 9789043029513
- Kolb, D.A. (1984). *Experimental learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall. ISBN-9780133892406
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport1. Waardigheid en Trots. 2016a. <https://www.waardigheidentrots.nl/beleidsstukken/meer-aandacht-voor-mensenrechten-in-verpleeghuizen>
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport2. Rijksbegroting 2016b, p.7
- Ryan, RM and Connell, JP. Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57:749-761.
- Ryan, RM and Deci, EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55:68-78.
- Schilt, J., Van Nigtevegt, J. (2013). *Serious Gaming. Leren door te ervaren*. Heemskerk: Trophonios Publishing. ISBN-9789491728075.
- Senge, PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday; 1990. ISBN-0385260946
- Senge, PM, Scharmer, CO, Jaworski, J and Flowers, BS. *Presence: An Exploration of Profound Change in People, Organizations, and Society*. 1st ed. London: Nicolas Brealey; 2005. ISBN-9789462201729
- Scharmer, O. *Theory U: Leading from the future as it emerges*. Cambridge, USA: The Society for Organizational Learning; 2007. ISBN-9780974239057
- Schein, EH. *De bedrijfscultuur als ziel van de onderneming. De zin en onzin over cultuurverandering. The corporate culture as the soul of the company: The sense and nonsense about culture change*. 4th ed. Schiedam: Scriptum; 2006. ISBN-9789055941872
- Van den Broeck, A, Schreurs, B, De Witte, H, Vansteenkiste, M, Germeyns, F and Schaufeli, W. Understanding workaholics' motivations: A self-determination perspective. *Appl Psychol*. 2011;60:600-621.

Van Scheppingen, AR. (2014). *Fostering Self-regulation in health in organisations*. Amsterdam. Proefschrift, Vrije Universiteit; VUmc/TNO. ISBN-9789461087430

Van der Zouwen, T. (2011). *Building an Evidence Based Practical Guide to Large Scale Interventions*. Delft. Eburon Uitgeverij BV. ISBN-9789059725034

Weick, KE, Quinn, RE. Organizational change and development. *Ann Rev Psychol* 1999;50:361-86.

Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, samen leren en verbeteren*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

Acknowledgements:

Met dank aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en aan Christina Woudhuizen en Paulien den Bode van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).