

Inhoud

A	PRACTICE DEVELOPMENT: EEN BESCHRIJVING VANUIT DE THEORIE	II
1	Practice Development	13
2	PDDOEN	31
B	PRACTICE DEVELOPMENT TOEGEPAST IN DE PRAKTIJK	45
3	PD DOEN: plaatsbepaling in de GGZ	47
4	PDDOEN in het onderwijs. De ontwikkeling van een visie in het onderwijs van HBO-Verpleegkunde	61
5	DOEN en OPEN blijven staan voor dagelijkse ervaringen bij de ontwikkeling van nieuw onderwijs	77
6	Evalueren, nieuwe ronde, nieuwe kansen in Oud Zuid	89
7	PDDOEN. PD in de ouderenzorg	103
8	Slotbeschouwing	125
	Kernbegrippen	129
	Instrumenten	135
	Literatuur	139
	Trefwoordenregister	143

1 Practice Development

Inleiding

De term Practice Development (PD) wordt in de Engelstalige literatuur al zo'n 20 jaar gebruikt. Oorspronkelijk is het concept ontwikkeld in de gezondheidszorg, maar aangezien we ervaren hebben dat PD ook geschikt is in onderwijssettings, nemen we deze context ook mee in dit boek. Nederlandstalige publicaties op dit terrein zijn spaarzaam. In dit hoofdstuk starten we met de omschrijving van PD, waarna we ingaan op de principes van waaruit PD vertrekt en de verschillende kennisbronnen waarop het gebaseerd is. Cultuurveranderingen moeten ondersteund worden, zodat we aandacht schenken aan het faciliteren en de systematische werkwijze die daarbij wordt gevolgd (PDDOEN). Vervolgens komen de basisaannames van PD aan de orde met de verschillende varianten van PD, en we besluiten met een overzicht van de meerwaarde die PD te bieden heeft. Op deze wijze krijgt de lezer een gedegen inleiding in de grondbeginselen van PD.

Tekstbox 1.1: Definitie Practice Development

In dit boek omschrijven we PD als: een systematische werkwijze die gebaseerd is op negen principes met als doel een persoonsgerichte cultuur te ontwikkelen die gebaseerd is op verschillende soorten van kennis (evidence). Dit proces wordt ondersteund door facilitatoren die individuen en teams oprecht betrekken bij deze ontwikkeling en daarbij een beroep doen op persoonlijke kwaliteiten, creativiteit en professionele kennis en vaardigheden van zo veel mogelijk betrokkenen. Door dit gezamenlijke leerproces verandert en verbetert de praktijkvoering van individuen en teams, waardoor dit een positief effect heeft voor alle betrokkenen.

De PD-principes

Het doel dat PD voor ogen heeft is een systematische verbetering van de onderwijs- of zorgcultuur, zodat deze meer persoonsgericht wordt en iedereen de mogelijkheid krijgt om tot zijn recht te komen. Dit is een collectief gebeuren. Zorgteams en onderwijsteams geven gezamenlijk antwoord op de vraag hoe

zaken behoren te gebeuren. Deze min of meer impliciete gezamenlijke antwoorden op de wenselijkheid bevatten normen, waarden, opvattingen en beelden die eraan ten grondslag liggen. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om de huidige werkwijze daarmee te vergelijken. De normen en opvattingen die de manier bepalen waarop men zaken aanpakt, vormen samen de *werkplekcultuur*. Het is als PD-facilitator belangrijk deze cultuur te kennen of in gezondheidstermen te diagnosticeren, zodat je daar zo goed mogelijk bij kunt aansluiten. Hier zijn tal van instrumenten voor. Het uiteindelijke doel van de facilitator is het gezamenlijk verbeteren van de praktijk, zodat in het proces dat hiermee start, een nieuwe cultuur tot stand komt waarbij leren en het verbeteren van jezelf en je praktijk hand in hand gaan! Dit vereist creatief handelen waarbij cognitie, kordaat handelen en creativiteit een geheel gaan vormen. Deze en andere uitgangspunten vind je terug in de *negens principes* van waaruit PD vertrekt (zie tekstbox 1.2).

Tekstbox 1.2: De PD-principes

Principe 1: Persoonsgericht en meerdere bronnen van kennis

Het doel van PD is het ontwikkelen van een persoonsgerichte cultuur. Hiermee wordt bedoeld dat het er bij PD om gaat een toegespitst hulpaanbod te bieden waarbij de eindgebruiker op maat bediend wordt. Deze eindgebruiker is in het onderwijs de student en in de zorg de cliënt. Bij het ontwikkelen van een persoonsgerichte cultuur gebruikt men verschillende bronnen van kennis (wetenschappelijk onderzoek, kennis van de professional, ervaringskennis van de patiënt of student en (organisatorische/logistieke) kennis vanuit de lokale context). Een persoonsgerichte cultuur is zichtbaar als een werkplek waarin medewerkers en patiënten/studenten als uniek persoon tot hun recht komen en waar effectief wordt gewerkt.

Principe 2: Microniveau ondersteund door het meso- en macroniveau

PD richt zich op het microniveau van de zorg of het onderwijs. Dit is het niveau waar de (kwaliteit van de) zorg/onderwijs daadwerkelijk wordt geboden en ervaren; de directe patiëntenzorg/het onderwijs dus. De reden hiervoor is dat de personen die de zorg/het onderwijs daadwerkelijk uitvoeren en ontvangen, de beste kijk hebben op mogelijke belemmeringen die verbetering in de weg staan. Daarnaast is op dit niveau de kans het grootst dat patiënten/studenten de effecten van een verandering ervaren. Omdat de directe patiëntenzorg of het onderwijs plaatsvindt in een organisatie, is het van essentieel belang dat de organisatie op meso- en macroniveau ondersteuning biedt, voorwaarden schept voor en erkenning geeft aan het microniveau.

Principe 3: Leren waar gewerkt wordt

Het leren op de werkplek is een belangrijk concept binnen PD. Op de werkplek worden mogelijkheden voor het actief leren 'over' en 'tijdens' het alledaagse werk gecreëerd die bijdragen aan de ontwikkeling en evaluatie van de zorg of het onderwijs. Werkvormen die daarbij worden gebruikt zijn bijvoorbeeld reflectie- en supervisiebijeenkomsten en werken met patiënt- of studentverhalen.

Principe 4: Ontwikkelen en toepassen van kennis

PD stimuleert zowel kennisontwikkeling vanuit de praktijk als het toepassen van (opgedane) kennis in die praktijk. Het uitgangspunt is dat er ook door het werken kennis ontwikkeld wordt. Deze vaak impliciete kennis die in de hoofden van verpleegkundigen of docenten zit, kan toegankelijk worden gemaakt door het handelen met elkaar te delen, kritisch te bespreken en te toetsen in de praktijk. Hierdoor wordt nieuwe praktijkkennis ontwikkeld. Naast deze praktijkkennis is er kennis die buiten de context ontwikkeld is, zoals kennis uit onderzoek, die toegepast kan worden binnen de eigen praktijk om het handelen verder aan te scherpen.

Principe 5: Creativiteit gecombineerd met cognitie

PD integreert creativiteit (bijvoorbeeld tekenen, uitbeelden) en analyserend denken om zorgverleners/docenten te stimuleren buiten hun eigen denk- en opvattingenkader te denken en het zien van mogelijkheden om zichzelf en de zorg/het onderwijs verder te ontwikkelen.

Principe 6: Betrekken van belanghebbenden

PD biedt een werkwijze waarbij belanghebbenden binnen en buiten de organisatie betrokken worden. Belanghebbenden zijn alle personen of partijen die invloed hebben op het onderwerp of die door het onderwerp worden beïnvloed. In een onderwijsorganisatie zijn dat bijvoorbeeld studenten, docenten, onderwijsondersteunend personeel, schoonmakers, management, enzovoort.

Om deze betrokkenheid mogelijk te maken, wordt gebruik gemaakt van verschillende methodieken. Voorbeelden hiervan zijn:

- Een gezamenlijke evaluatie door de verschillende belanghebbenden waarin ze hun zorgen, sterke punten en vragen over een onderwerp naar voren brengen, zodat gezamenlijk besproken kan worden hoe verder te gaan.

- Het met belanghebbenden inzichtelijk maken van de bestaande werkplekcultuur, zodat de sterke en zwakke punten van de cultuur inzichtelijk worden en er acties ondernomen kunnen worden om elementen uit die cultuur (bijvoorbeeld de communicatie) te verbeteren.
- Het gezamenlijk met belanghebbenden ontwikkelen van een visie waar je met je afdeling of organisatie naar toe wilt en hoe je dat wilt realiseren.
- Gebruik maken van verhalen van patiënten of studenten waarin duidelijk wordt hoe zij de zorg of het onderwijs ervaren, zodat daar gericht en gezamenlijk actie op ondernomen kan worden.

Principe 7: Passende methoden

PD is te herkennen aan het gebruik van daarvoor passende methoden die aansluiten bij de context en gebaseerd zijn op de PD-principes. Die aansluiting is van belang zodat alle betrokkenen in de gelegenheid worden gesteld om deel te nemen op een manier die aansluit bij hun voorkeuren en mogelijkheden.

Principe 8: Facilitering

In PD wordt gebruik gemaakt van een aantal processen zoals facilitering door een ervaren facilitator. Deze ondersteunt, zo dicht mogelijk bij de feitelijke praktijkvoering, de ontwikkeling van de vaardigheden om veranderingen te bewerkstelligen.

Principe 9: Betrokkenheid van belanghebbenden in de evaluatie

Tijdens de evaluatie in PD komen de gezichtspunten van de verschillende belanghebbenden in de context terug. Deze belanghebbenden worden uitgenodigd om actief samen te werken, omdat hun mening van belang is voor de ontwikkeling van evidence waarop verdere praktijkvoering gebaseerd wordt.

Kennisbronnen

In het streven de praktijk te verbeteren zodat degene waar het om draait zo veel mogelijk tot zijn recht komt, beroept PD zich op bewijsmateriaal (principe 4). Het is belangrijk te benoemen dat het hier gaat om verschillende ‘soorten’ bewijsmateriaal (evidence), of *kennisbronnen*.

In PD worden de volgende soorten bewijsmateriaal onderscheiden: wetenschappelijk onderzoek, professionele kennis/expertise, de kennis en voorkeur

van de eindgebruiker (student of patiënt) en tot slot de kennis die in de lokale context aanwezig is (4). Deze vier bronnen zijn allemaal van belang.

De eerste kennisbron is de literatuur die zich beroept op wetenschappelijk onderzoek. Vaak wordt deze kennis samengevat in artikelen en boeken. Deze bron van bewijsmateriaal bevat geabstraheerde kennis. Zogenaamde ‘wat’-kennis. Bijvoorbeeld: wat is de beste werkwijze om met dit type wond om te gaan? Welke wondtypen zijn er überhaupt? Of, welke onderwijsmethode moet ik gebruiken om studenten kritisch te leren reflecteren op het eigen handelen in de beroepspraktijk?

Meer lokaal gebonden kennisbronnen vindt men in de vorm van (klinische) expertise van mensen die werkzaam zijn ‘op de vloer’. Het betreft hier een belangrijke kennisbron die vaak betrekking heeft op de ‘hoe’-vraag. Wanneer ik weet welke onderwijsmethode ik moet gebruiken voor het doel dat ik nastreef, wil dit nog niet zeggen dat ik weet *hoe* ik dit moet doen.

Dit is niet zo vreemd: medewerkers op de vloer zien zich gesteld voor concretere vraagstukken waarin gehandeld moet worden en waarvoor ze een concrete oplossing zoeken: de ‘hoe’-vraag. Hoe kun je bijvoorbeeld een student leren schematiseren als er gekozen is voor de methodiek van het Probleem Gestuurd Onderwijs? Een ervaren collega om advies of ondersteuning vragen is hierbij een belangrijke vorm van weten. Hierdoor kun je gebruik maken van de kennis die deze collega heeft opgedaan en voorkom je mogelijk dat je in valkuilen loopt die te voorkomen zijn.

Een derde ‘soort’ kennisbron betreft de ervaringen en voorkeuren van cliënten of studenten (of, meer algemeen, de eindgebruiker waarvoor men PD toepast). Wanneer men een wond wil behandelen maar het gevolg hiervan is dat de cliënt door jouw behandelwijze zijn hand niet meer kan gebruiken – terwijl dit voor de cliënt wel noodzakelijk is – dan is het verstandig samen naar een passend alternatief te zoeken. Hetzelfde geldt voor het onderwijskundige veld. Zo kan het zijn dat je graag Probleem Gestuurd Onderwijs zou willen inzetten, maar dat dit bij een specifieke studie – op basis van de ervaringen van studenten en betrokken docenten – minder geschikt is. Ook hier ga je dan samen op zoek naar een passend alternatief.

De vierde kennisbron betreft de kennis die in de context aanwezig is. Voorbeelden van deze kennis zijn: resultaten van lokale verbeterprojecten, incidentmeldingen die een beeld schetsen van hoe vaak bepaalde voorvallen (bijvoorbeeld fouten in de medicatieverstrekking) voorkomen, student- of patiëntevaluaties die laten zien in hoeverre degene waar het om draait tevreden is en waar nog winst te boeken valt.

Al deze vormen van kennis zijn van waarde en worden steeds in de concrete zorg- en onderwijssituaties gemengd om zo tot een goede oplossing te komen voor de vraag die je jezelf stelt. Wat PD voor ogen heeft is dat het (zorg)professionals ondersteunt in het nemen van meer verantwoordelijkheid ten aanzien van het kritisch evalueren en verbeteren van het eigen handelen.

Faciliteren

Je meer verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van je werk gaat meestal niet vanzelf, zodat ondersteuning daarbij geboden is (principe 8). Het proces waarbij iemand zorgmedewerkers of onderwijsmedewerkers begeleidt in deze vaardigheid, noemen we *faciliteren*. Faciliteren betekent letterlijk: het werk verlichten, gemakkelijker maken (bron: Genealogisch woordenboek).

Deze omschrijving van faciliteren in het woordenboek ligt dicht tegen de definitie van Kitson et al. (5) aan die faciliteren definiëren als: ‘Een techniek waarbij een persoon de ander helpt ontwikkelingen mogelijk te maken’.

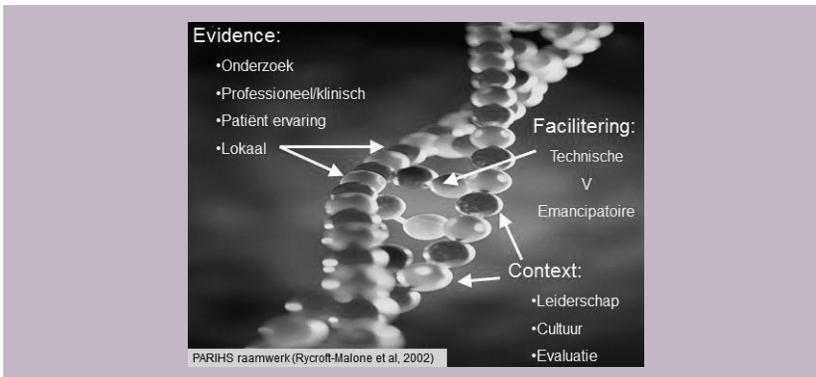
Covey (6) verwoordt faciliteren meer als: ‘Het jezelf dienstbaar (willen) maken aan een ander’. Dit dienstbaar maken kan zich uiten in diverse strategieën, die alle als doel hebben ondersteuning te bieden aan alle betrokkenen in het implementatieproces. Deze ondersteuning van de ander richt zich met name op de processen bewustwording (*enlightenment*), empowerment en emancipatie, zodat de ander zich meer bewust wordt van de eigen praktijkvoering en in staat is om meer verantwoordelijkheid te nemen voor de verbetering daarvan. Het gevolg hiervan is dat er meer gebruik wordt gemaakt van verschillende bronnen van kennis in de praktijk, zodat deze meer persoonsgericht wordt.

18

De persoon die deze verandering mede tot stand probeert te brengen noemen we een *facilitator*. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen een interne facilitator (iemand die al werkzaam is in de context en die als taak heeft daar veranderingsprocessen te begeleiden) en een externe facilitator (iemand die normaal gesproken niet in de context werkt). Een goede facilitator heeft tal van werkvormen om medewerkers in beweging te krijgen en hen zo gedurende langere tijd te helpen de praktijk te verbeteren.

De facilitator wordt door Kitson et al. (5) en Harvey et al. (7) gezien als een persoon die een sleutelrol vervult, niet alleen bij het beïnvloeden van de context waarbinnen de verandering plaatsvindt, maar ook bij het werken met de betrokkenen om de ‘evidence’ die wordt geïmplementeerd te begrijpen en in te voeren.

Zoals weergegeven in het DNA-beeld (figuur 1.1) vormt faciliteren bij het implementeren van een verandering de brug tussen de evidence van de innovatie en de context waarin de innovatie geïmplementeerd wordt.



Figuur 1.1 Facilitering, de verbindende schakel

De stijl van facilitering zal continu verschuiven, afhankelijk van het doel en de context tijdens het implementatietraject, en kan hierbij de vorm aannemen van het ‘het doen voor de ander/anderen (technisch)’ tot ‘het mogelijk maken voor andere(n) het zelf te realiseren (emancipatoir)’.

Projectmanagement en het leiden en managen van de veranderingen zijn daarbij belangrijke elementen (8) waarbinnen diverse strategieën effectief zijn. Dogherty (8) identificeert er 47. Enkele praktisch bruikbare en effectief bewezen strategieën vanuit onze eigen ervaring zijn:

- Gebruik maken van de ‘uitdaging versus ondersteuning matrix’.
- Gevraagd en ongevraagd feedback geven (zeker ook positieve) en confronteren.
- Een kritische dialoog aangaan waarbij zelfbewustzijn en leren wordt gestimuleerd.
- Werken met rolmodellen die voorbeeldgedrag laten zien.
- Regelmatig evalueren, waarbij acties en doelen afgesproken worden.



Uitdaging versus ondersteuning matrix

De benodigde kennis en vaardigheden, noodzakelijk voor het faciliteren, wordt in diverse – al dan niet – wetenschappelijke studies beschreven. Ze zijn echter