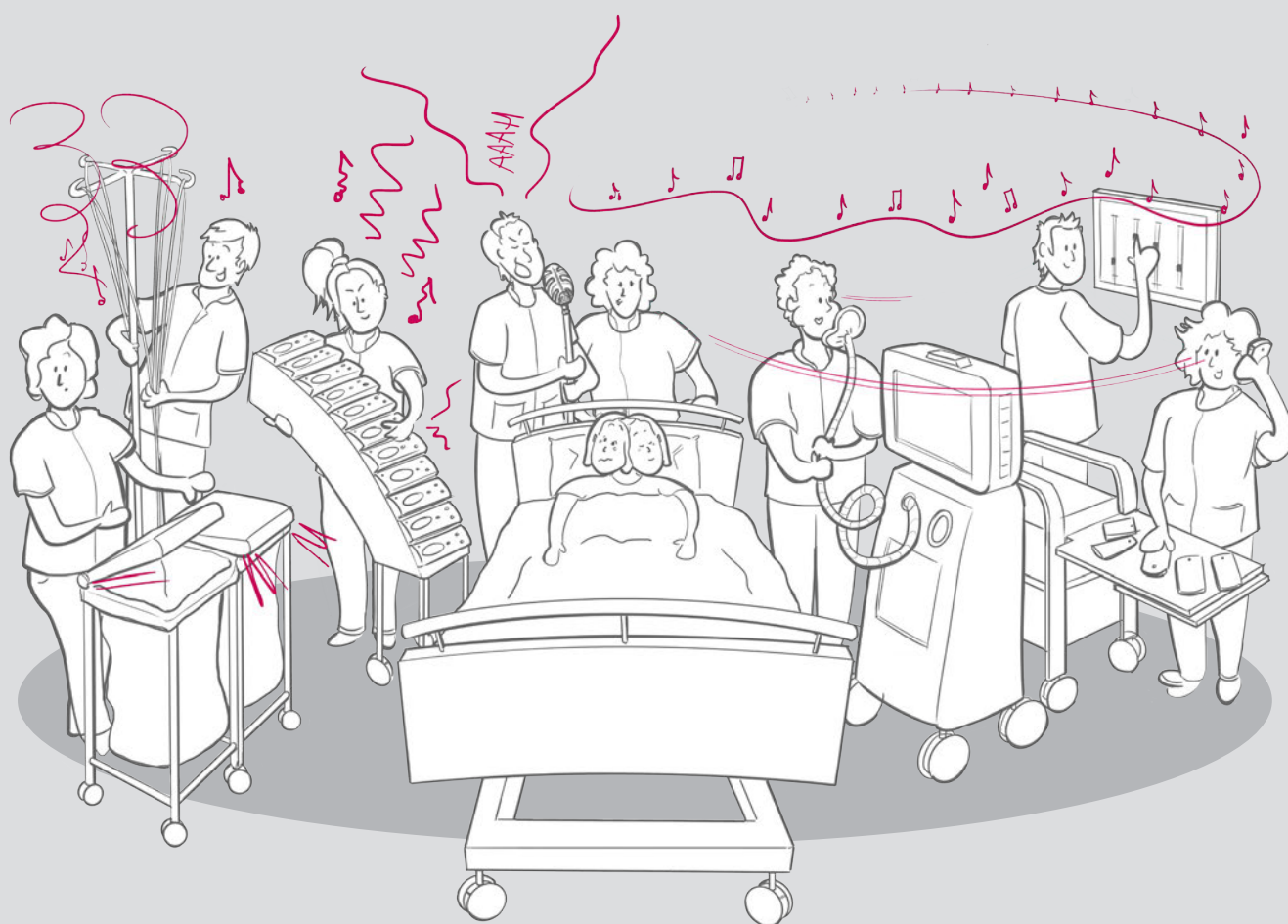


Sound Cultures of Critical Care

Appendices



Marije Schokkin

COLOFON

Appendices belonging to the thesis:

Sound Cultures of Critical Care - how design could
tune sound-related practices of intensive care nurses

Defence: April 24th 2019

Written and designed by Marije Schokkin

Supervised by Annemiek van Boeijen
Elif Özcan Vieira

Committed by Critical Alarms Lab



CONTENTS

- A. Project brief
- B. Card set 'crossing-cultural chasms' (Van Boeijen, 2011)
- C. Nine cultural aspects (Hao, Van Boeijen, & Stappers, 2017)
- D. Interview questionnaire
- E. Emotion Capture Cards (Ozkaramanli, Fokkinga, Desmet, Balkan, & George, 2013)
- F. Sociocultural dimensions in the ICU
- G. Ideation spark poster

B CARD SET 'CROSSING-CULTURAL CHASMS'

From: Van Boeijen, A. G. C. (2011). Crossing Cultural Chasms towards a culture-conscious approach to design, 1–266. Retrieved from <http://studiolab.ide.tudelft.nl/studiolab/vanboeijen/files/2011/05/Doctoral-thesis-AGC-van-Boeijen.pdf>

The cards that were mostly used, related to the 'what is culture?', 'why study culture?' and the sociocultural dimensions, are shown here.

insights **what is it? culture**

Culture is "the system of shared beliefs, values, customs, behaviours and artefacts that the members of a society use to cope with their world and with one another, and that are transmitted from generation to generation through learning" (Bates and Plog, 1976). Culture in design concerns the meaning of things for a specific group of people in a specific context. Cultures also change. Designers influence this process of cultural change by contributing to the distribution of new products and services. When focusing on artefacts or things, we speak about 'material culture'.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 2 2

eye openers **reasons to study culture** **I go from local to global**

Old product categories, such as clothes, are more culture-specific than newer ones, such as notebooks. Are these 'global products' culture-nonspecific and thus value-free? No. Every designer comes up with his or her ideas at a specific time in a specific place. Even if you do not consciously focus on culture-specific values, the design will to a certain extent become culture-specific, due to influences from not only your own cultural background but also the media, regulators, consumers, etcetera.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 1 5

eye openers **reasons to study culture** **I rethink local values**

Rethinking cultural values is a helpful way to gain a deeper understanding of their social meaning. For example, individual expression of one's own opinion is valued higher in some cultures than in others. Some products support such personal expression more than others. Rethinking this value by trying to understand the opposite pole, that is, the collective sharing of opinions, could lead to new and deeper insights, another vision and consequently other product ideas.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 1 7

information **culture-conscious design?** **five intentions**

A cultural study or not? It depends on what you want to achieve. Five intentions are listed here: To affirm a culture means that with your design the current culture will be affirmed, confirmed or amplified. A possible design consideration is how existing values could be affirmed. To tune with a culture means that you just try to avoid mismatches between your design and your intended users. To change a culture stands for your intention to change a current socio-cultural value by design. To bridge two or more cultures could be an intention if you want to evoke cooperation between cultures. And bypass means that you consciously focus on other aspects of design.

- 1 Affirm a culture
- 2 Tune with a culture
- 3 Change a culture
- 4 Bridge two or more cultures
- 5 Bypass cultural aspects

crossing cultural chasms www.designandculture.info

C NINE CULTURAL ASPECTS

From: Hao, C., Van Boeijen, A. G. C., & Stappers, P. J. (2017). *Cultura: A communication toolkit for designers to gain empathic insights across cultural boundaries. lasdr 2017*, 1–14. <https://doi.org/10.7945/C2SD5J>

insights what makes the difference? **socio-cultural dimensions**

Several cultural researchers developed a set of cultural dimensions to typify cultures. They are presented as opposing pairs. They describe how people relate to each other within a specific group. Based on these dimensions we composed our own list of what we call socio-cultural dimensions. We do not use the scores of the dimensions, which were published by these researchers, since they are based on averages of large numbers of people, grouped by nation or region, and are often measured in a business context. You can use them as a checklist to ask culture-specific questions or generate ideas.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 2 6

insights power division **hierarchy**

Hierarchy is about how power is divided within a group and to what extent power is accepted. Societies express the importance of hierarchy in many ways, such as by making statues of their heroes, wearing richly decorated clothes, or driving expensive cars. Products mediate these hierarchies. For example, a square table offers the possibility to sit at the head, whereas a round one does not. Tables in Chinese restaurants are round; they foster informal behaviour, a welcome change in a society where complying with hierarchy is important in many situations.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 2 7

insights 'I' and 'we' **identification**

Identification stands for the preferred extent of individual freedom and the tightness of the connection within a group. Do we value our personal opinion higher than that of the group? What do we owe our group members? Nowadays, in Western nations, self-expression and personal freedom are highly valued. We are no longer tied to a single group during our lifetime. Meanwhile the focus on product sharing and social design is increasing. As a designer you need to cope with conflicting values.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 2 8

insights private and public **space**

The ways we cope with personal space differ from culture to culture, depending on the population density. People in high-density areas learn to live with less personal space than those in low-density areas. In 'diffused cultures', private and professional lives are closely linked, whereas in 'specific cultures' people compartmentalize different aspects of their lives (Lewin, 1936). In some cultures playing tennis with your boss is normal, while in others it is problematic. You can see many designs in the public environment (trains, public buildings, parks) that regulate our privacy.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 2 12

insights private and public **space**

The ways we cope with personal space differ from culture to culture, depending on the population density. People in high-density areas learn to live with less personal space than those in low-density areas. In 'diffused cultures', private and professional lives are closely linked, whereas in 'specific cultures' people compartmentalize different aspects of their lives (Lewin, 1936). In some cultures playing tennis with your boss is normal, while in others it is problematic. You can see many designs in the public environment (trains, public buildings, parks) that regulate our privacy.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 2 12

insights freedom and rules **attitude**

Some cultures attach more importance to a life with duties and rules. Other cultures are more indulgent. The former avoid uncertainty and prefer to have clear rules to follow. The latter prefer ambiguity and like to improvise. If we see products as embodying the practices of these different attitudes then we can distinguish designs that are ambiguous and very loose in the way they can be used and products that are serious and strict in telling us how they 'want to be used'. Their scripts tell us exactly what we should and should not do.

crossing cultural chasms www.designandculture.info 2 13

Socio-cultural values	Values are the social standards concerning what is acceptable and what is unacceptable, important or unimportant, right or wrong, workable or unworkable, in a cultural context. Individual values may differ from those of groups.
The material world	The material world is composed of artefacts (products, or things which have been designed). These artefacts, also called material culture, not only have utilitarian functions, but also carry particular symbolic meanings. They have social significance that refers to a specific group of people, or a specific time and place.
Community	A community is a group of people who have a shared concern or who wish to reach a goal, and interact regularly to do so. The community distinguishes who/what does or does not belong to the group. However, the scope of the community varies with different design projects. Designers need to decide how to delineate (set the border) for each project.
Division of Roles	The division of roles describes how duties are distributed among community members. For example, what the activities are and how they are distributed according to people's position in the hierarchy; whether it is a collective or individual activity; and division of roles by gender.
Rituals in everyday lives	Rituals are sequences of collective activities to reach desired ends, which are considered as socially essential. This also includes daily routines, special events, and activities in people's spare time.
Knowing the rules	Rules, in the context of culture, consist of written and unwritten (social) agreements created by people during shared practices in order to achieve a goal. They deal with people's social relationships and are continuously being formed and changed, reflecting the nature of the culture.
Angels vs. Devils	An angel represents a person (perhaps a super hero or celebrity) who is highly esteemed in the community, and who can also serve as a role model. Of course, the opposite can also exist – a devil (an enemy, or anti-hero). It is even possible for a person to be seen as both angel and devil by different parties.
Goals of end users	The end users' goals describe the short- and long-term goals that users want to achieve, or personal intentions that are meaningful to them or their community (in a specific context).
Macro developments	Macro developments describe contextual factors such as developments in demography, economy, and politics, including the composition of the population, geographical characteristics, development of infrastructure, and so on.

Interview – Mijn bezigheden op de IC

Naam geïnterviewde:

Datum:

Instructies

- Welkom! Dankjewel dat je meedoet aan mijn onderzoek! Zoals gezegd doe ik een onderzoek naar de dagelijkse praktijk op verschillende ICs en wat voor gevolgen dit heeft op de geluidsomgeving, en vice versa. Jouw input kan ik dus goed gebruiken!
- [Informed consent > daarna recorder aanzetten!](#)
- Hoe ging het invullen van het boekje?

Even voorstellen

- Hoe lang ben je al IC-verpleegkundige?
- In welke ziekenhuizen heb je nog meer gewerkt?
 - In wat voor opzicht was het daar anders?
 - Wat was beter of minder bij de een en bij de ander?
- Waarom heb je voor Erasmus MC gekozen?
 - Waarom een academisch ziekenhuis?
- Waarom heb je voor intensive care gekozen en niet voor normale verpleegkundige?
 - Draai je meer dag-, avond- of nacht-shifts? Waarom?
 - Wat is voor jou het verschil tussen deze shifts?
 - [Eris ook nog een verschil qua geluid? Wat is het effect daarvan op de patiënt?](#)
- Hoe ben je tot dit motto gekomen?
 - Hoe komt het motto tot uiting in je bezigheden op het werk?

D

INTERVIEW

QUESTIONNAIRE

1. Een werkdag met dag-shift

Voor, tijdens en na de dag-shift

- Hoe bereid je je voor op de werkdag die gaat komen?
- Als je het ziekenhuis binnenstapt, wat denk je dan? Waarom?
- Wat zijn je grootste verantwoordelijkheden tijdens je shift?
- Als je werkdag bijna ten einde is, hoe voel je je dan?
- Ben je thuis ook bezig met je werk? In wat voor opzicht?
 - Ben je thuis ook bezig met wat er op je werk is gebeurd?

Routines en rituelen

- [Welke activiteiten zijn echt een routine? Waarom?](#)
 - [Wat voor geluiden ontstaan er door die activiteiten?](#)
 - Wat is het effect daarvan op de patiënt?
 - Ben je je daar bewust van?
 - Wat doe je om het te veranderen?
- [Welke activiteiten zie je als speciaal \(ritueel\)? Waarom?](#)
 - [Wat voor geluiden ontstaan er door die activiteiten?](#)
 - Wat is het effect daarvan op de patiënt?
 - Ben je je daar bewust van?
 - Wat doe je om het te veranderen?
- [Zijn er ook speciale gebeurtenissen die jullie delen met het team?](#)

Pieken en dalen

- Wat vindt je een goed en minder fijn moment tijdens je shift? Waarom?

Stille en lawaaiige momenten

- [Waarom komt het dat het stil is?](#)
 - Waar komen de geluiden vandaan?
 - Wat vind je van stilte? Waarom?
 - Wat doe je als het té stil is? Waarom?
- [Waarom komt het dat het lawaaiig is?](#)
 - Waar komen de geluiden vandaan?
 - Wat vind je van lawaai? Waarom?
 - Wat doe je om het lawaai te verminderen? Waarom?

2. Prikkel op de IC

Prikkel in het algemeen

- Welke zintuigen staan de hele dag bij jou op scherp?
 - Welke zintuigen gebruik je het meest? Waarom?
- Hoe maak je prioriteiten als er meerdere prikkels tegelijk binnenkomen?
 - Op welke prikkels reageer je direct? Waarom?
 - Welke prikkels neger je liever?
- Hoe voel je je tijdens een [saai, in balans, hectisch] moment?
- Wat gebeurt er op zo'n moment en wat doe jij?
- Hoe verandert een saai moment in een hectisch moment (en andersom)?
 - Hoe verandert dan de geluidsomgeving?
 - Wat is jouw rol in hierin?

Geluidsprikkel

- Waar moet je als eerste aan denken als we het over de geluiden hebben die je dagelijks op je werk hoort?
- Waaraan doen de geluiden in ieder moment [saai, in balans, hectisch] je aan denken?
 - Met wat valt het te vergelijken? (denk aan iets buiten het ziekenhuis; een metafoor)
- [Welke rol hebben geluidsprikkel in je werk?](#)
 - Naast de hoorbare alarmen van apparaten, welke geluiden zijn voor jou ook alarmerend? (dit kan bv. een schreeuw om hulp zijn van een verpleegkundige)
 - Waarvoor heb jij al deze hoorbare alarmen nodig?
 - Heb je in alle situaties (saai, in balans, hectisch) hoorbare alarmen nodig?
 - Op welke momenten zou je juist liever geen hoorbare alarmen willen hebben?
 - Kunnen de hoorbare alarmen door iets anders worden vervangen?
 - Wat zou daarvan het effect zijn op jou?
 - Wat zou daarvan het effect zijn op de patiënt?
 - [Zijn er bv. geschreven en ongeschreven regels over de omgang met het geluid?](#)
- Zijn er geluiden die je eruit filtert?
 - Waarom deze geluiden?
 - Hoe komt het dat je dit eruit filtert? Hoe heb je dit geleerd?
 - [Waren er geluiden die je niet meer hoorde, maar door het doen van deze opdracht opeens opvielen? Waarom?](#)

Geluid opdracht

- [Welke geluiden heb je opgenomen?](#)
 - Waarom heb je voor deze geluiden gekozen?
 - Hoe vaak hoor je dit geluid?
 - Wat denk je als je dit hoort?
- Wat voor geluiden maak jij of heb jij veroorzaakt?
 - Ben je je daar bewust van? Waarom wel/niet?
- Welke geluiden zijn veroorzaakt door de anderen of apparaten?
 - [Wat is jouw rol in het maken van deze geluiden?](#)
 - [Hoe beïnvloeden jullie elkaar?](#)
 - Wat doen jullie om de geluiden te verminderen?
 - Wat zou daarvan het effect op de patiënt zijn?
- Welk apparaat vind je erg vervelend wat geluiden betreft? Welk apparaat vind je juist erg prettig in dat opzicht?

3. Mensen op de IC

Het IC team en jouw rol daarin

- Wat is jou rol in het team?
 - Hoe zijn die rollen toebedeeld?
- Wat is jou rol in relatie tot de patiënt en de anderen in het team?
 - Hoe vind je de samenwerking binnen het team?
 - Wat zou er anders kunnen? Waarom?
 - Wat doen jullie aan teambuilding?
- [Hoe leer je met elkaar om te gaan?](#)
 - Hoe leer je te communiceren met patiënten? En familieleden?
 - [Zijn er geschreven en ongeschreven regels?](#)
 - [Hoe worden conflicten tussen teamleden opgelost?](#)

Angels and devils

- Gezien de anderen in je team, waarin blink je dan uit?
- Is er iets wat collega's in jou waarderen?
- Wat zou je andere collega's graag willen leren?
- Is er ook een bepaalde slechte eigenschap van iemand die je zou willen veranderen?
 - Welke collega inspireert je?

E EMOTION CAPTURE CARDS

From: Ozkaramanli, D., Fokkinga, S., Desmet, P., Balkan, E., & George, E. (2013). Recreating Alaturca: Consumer Goal Conflicts As a Creative Driver for Innovation, (January), 1–12.

Emotion	Summary quote	Card no.
	Stimulus event (what happened?)	Researchers' notes
	Concern (why was this important?)	Picture
		Researchers

3. vervolg Mensen op de IC

- Communicatie**
- Wat vindt jij een prettige manier van communiceren met je teamleden, familieleden (en patiënt)?
 - Op welke plek?
 - Een-op-een of bijvoorbeeld gezamenlijk?
 - Welk middel ondersteunt jullie in de communicatie?
 - Welk middel staat jullie communicatie soms in de weg?
 - Op welke momenten of plekken valt er lastig te communiceren? Waarom?
 - Kun je daar een voorbeeld van noemen?
 - **Hoe komt het dat sommige communicatie leidt tot geluidsoverlast voor de patiënt?**
 - In wat voor opzicht heeft de patiënt last van dit geluid?
 - Wat kun jij of kunnen jullie doen om dit te verminderen of geheel te voorkomen?

4. De patiënt en ik

- Communicatie**
- Wat versta jij onder je eigen welzijn? Wat versta jij onder het welzijn van de patiënt?
 - **Zijn de dingen die je hebt opgeschreven altijd al belangrijk geweest? Waarom wel/niet?**
 - Wat is in de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden? Waarom?
 - Wat zal in de toekomst steeds belangrijker worden? Waarom?
 - **Kijkend naar je teamleden, denken zij hetzelfde over het welzijn van de patiënt? Waarom wel/niet?**
 - **Wat gebeurt er als jullie niet op één lijn liggen?**
 - Wat doe je om het welzijn van de patiënt te waarborgen?
 - Hoe zie je dit terug in de dingen die je doet op je werk?
 - Heb je iets wat voor de patiënt heel belangrijk is, maar wat jij onprettig vindt?
 - Hoe ga je hiermee om?

Geluidsproductie

- Welke van de dingen die je hebt opgeschreven in de cirkels zorgt voor geluid?
 - Wat is het nut van deze geluiden?
 - Zijn het prettige of vervelende geluiden? Hoe komt het dat je dit zo ervaart?
 - Hoe ervaart de patiënt deze geluiden? Wat is het effect op de patiënt?

4. De patiënt en ik

- Verleden**
- Wat heb je in de loop der jaren geleerd?
 - Wat was voor jouw echt even wennen toen je eenmaal op de IC kwam te werken?
 - Hoe ben je daar toen mee omgegaan?
 - Wat heb je tijdens je studie gemist te leren?
 - Wat heb je altijd leuk gevonden aan dit werk?
 - Zijn er gebeurtenissen die je (blik op het) werk hebben veranderd?
 - **Hoe waren de geluiden vroeger op de IC? Wat is er anders?**
- Heden**
- Wat vind jij bijzonder aan het beroep van een IC-verpleegkundige?
 - **Hoe zie jij de IC? Als een ...**
 - Hoe zie jij de IC van het Erasmus MC?
 - Wat is er veranderd nu je op de nieuwe IC werkt?
 - Wat is er veranderd voor de patiënt?
 - Wat is er veranderd qua geluid?
 - Zijn er nu juist meer of minder geluiden? Hoe komt dit?
 - Wat is het gevolg daarvan op jouw werkzaamheden?


Toekomst

- Als je alles mag veranderen wat je wilt, wat zou je dan als eerste veranderen?
 - Wat moet er juist altijd blijven?
 - **Waarom kun je niet zonder?**
- **Wat is jouw rol in de toekomst?**
 - Waarmee kan de patiënt niet zonder?
 - Waar ben je onzeker over?
 - Waar kijk je naar uit?

F

SOCIOCULTURAL DIMENSIONS IN THE ICU

The tables on the following pages describe the ICUs' practices related to the following sociocultural dimensions (Van Boeijen, 2011): Identification, Space, Self-expression and Attitude (risk). See appendix B what each sociocultural dimension entails.



insights

what makes the difference?

socio-cultural dimensions

high	←	hierarchy	→	low
individual	←	identification	→	together
past	←	time	→	future
care	←	aim	→	achievement
separated	←	gender	→	equal
private	←	space	→	public
fun	←	attitude	→	duty
neutral	←	expression	→	emotional
absolute	←	truth	→	contextual
x?	←	the ones we do not know yet	→	y?

crossing cultural chasms www.designandculture.info

2 6

Several cultural researchers developed a set of cultural dimensions to typify cultures. They are presented as opposing pairs. They describe how people relate to each other within a specific group. Based on these dimensions we composed our own list of what we call socio-cultural dimensions. We do not use the scores of the dimensions, which were published by these researchers, since they are based on averages of large numbers of people, grouped by nation or region, and are often measured in a business context. You can use them as a checklist to ask culture-specific questions or generate ideas.

IDENTIFICATION

PRACTICES RELATED TO SOCIOCULTURAL DIMENSION: IDENTIFICATION	Quotes persona 1	Quotes persona 2	Quotes persona 3
<p>Nurses have the urge to help each other out. This is partly because they have to: nurses need each other for certain tasks they cannot do on their own (e.g. washing and turning the patient, administering heavy medication). But knowing there is always a colleague who can help you gives them a secure feeling as well. It gives them a sense of co-responsibility; it takes some pressure away. Therefore, many nurses emphasize that they want to 'feel connected' to their colleagues somewhere else in the department. This way they know what is happening in other rooms and when someone is in need for help, or vice versa. However, the new ICU set-up with decentralised nursing desks and the private patient rooms that can be closed decrease the feeling of connectedness and having overview of the ICU for many nurses.</p>	<p>"Het hebben van overzicht geeft je een gevoel van medeverantwoordelijkheid. Als iedereen dat heeft en daar ook naar handelt, is dat wel heel erg prettig."</p> <p>"Als het heel erg druk is en er is overall gedoe, dan is het handig als je een beetje weet waar je nodig bent en of je eigen dingen kunt doen."</p>	<p>"Een IC verpleegkundige is vaak wel heel zelfstandig. Alleen als het nodig is, dan heb ik mijn collega's nodig, en dan wil ik erop vertrouwen dat ze er zijn."</p> <p>"Je kan het gevoel hebben dat je tekort schiet naar collega als hij hulp nodig heeft, en jij hebt dat niet in de gaten omdat je deur dichtzit."</p>	<p>"In je nisje heb je nu misschien maar 2 collega's die jou patiënt ook in de gaten houden. Je hebt wat minder controle. Met meer ogen zie je meer en soms ben je zelf te druk om iets op te merken."</p> <p>"Het zou fijn zijn als iedereen een rood alarm op zijn pieper krijgt. Dan is iedereen een beetje gealarmeerd en alerter, zoals het vroeger was."</p> <p>"Als er hier een opname komt, staan er gelijk 5 collega's om je heen. Terwijl als je op de normale verpleegafdeling stond, moest je het allemaal zelf doen."</p>
<p>The open and learning culture and the urge to help each other out, might be induced by how a nurse's education is organized. Nurses learn many things by doing and knowledge is often transferred from one to another. Many things are of course shown in thematic discussions after their shift (i.e. clinical lessons), yet not everyone can attend these sessions due to all the different schedules. Therefore, nurses highly relate on each other when it comes to knowledge transfer – with the more experienced nurses less in need of support than the students or new ones. Nurses ask each other for help easily; there seems to be no barrier to do so. Many nurses easily show their doubts or ignorance about something. Also specialists ask each other's opinion; the multiple specialisms ensures that they can build on each other.</p>	<p>"Het is een vak, een ambacht! Moet je leren. Ik zou wel eens terug willen kijken in de tijd, toen ik met mijn A diploma had. Natuurlijk heel onhandig in je handelingen."</p> <p>"Ik vind dat je je vakgebied op pijl moet houden. En dat kan echt niet als je hier in ICU X vast zou zitten. Dan kak je gewoon in. Sommige dingen, bijvoorbeeld een niërdialyse, komen hier natuurlijk niet heel veel voor."</p> <p>"Of je maakt een hoop stampijen over iets dat je gewoon zelf kan regelen, dan denk ik van: joh regel lekker zelf en val dokters lastig met de dingen waar je niet uitkomt. Die gevaarlijk zijn, dingen waar zij voor zijn."</p> <p>"Collega's hoef ik niet per se aardig voor te zijn. Ja dat ligt net een beetje anders. Je moet hier en daar corrigeren."</p>	<p>"Veel nieuwe dingen introduceren we via mond op mond. Het is eerst natuurlijk in de thema bespreking helemaal uitgelegd, aan een grote groep mensen, en die hebben het elkaar weer uitgelegd. Dan krijg je eerst allemaal een bijscholing, en dan ga je elkaar leren van: oh weet jij nog hoe dit werkt? Oh ik weet niet meer, weet jij dat nog? Dan ga je het aan elkaar uitleggen. En omdat ik natuurlijk 32 uur werk."</p> <p>"Ik kom ook in mijn vrije tijd terug voor bijscholing. Bijscholing is wenselijk maar niet verplicht. Het wordt wel in je jaar gesprek gevraagd: ga je veel naar bijscholing en dat soort dingen?"</p> <p>"Sommige alarmen komen maar eens in de paar maanden. Ik weet ook niet alles, dus ik haal er een practitioner bij die er meer van weet. Daar kunnen wij ook weer van leren."</p> <p>"Ik blijf, ondanks dat ik veel ervaring heb, toch open staan. Mijn deur staat altijd open, kom maar als je kritiek hebt, maar ook als je wat te leren hebt."</p>	<p>"Ik heb toentertijd voor het ICU team gekozen omdat mensen zo open zijn en mekaar durven aan te spreken en ook kunnen zeggen wat ze kwetsbaar maakt als verpleegkundige. Dat ze zeggen: ik heb hier niet zo veel verstand van, maar als je nou naar die gaat die kan je het allemaal uitleggen."</p> <p>"Toen ik hier vorig jaar kwam, iedereen staat open om je dingen uit te leggen. Het is helemaal niet raar als je dingen niet weet. Het onderling specialisme, iedereen durft ook wel naar mekaar toe te komen van joh wil je me dat nog een keer uitleggen of hoe zat dat ook alweer."</p> <p>"Als een alarm een paar minuten gaat bij een instabiele patiënt en er staat niemand, dan is het een ander verhaal. Maar als het een alarm is omdat een collega is vergeten iets uit te drukken, dan ga ik erheen om te</p>
<p>Pointing out to someone's behaviour seems more easier in terms of patient related medical actions and behaviour that might harm the patient's rest compared to behaviour that harms their own personal wellbeing. The former could be about wrong actions that are taken during a reanimation or loud laughter of colleagues right next to the patient</p>	<p>"Ik probeer wel aan te geven waarom ik dan vind dat het niet nodig is. Maar iedereen zorgt wel voor zijn eigen patiënten. Dus als sommige mensen dan</p>	<p>"Bij oudere verpleegkundigen is soms wat minder ruimte om feedback te geven. Ze doen het al jaren op een bepaalde manier. Maar soms moet je feedback geven. Maar</p>	
<p>room. The latter could be about a colleague watching a noisy video (for relaxation), one's loud voice or a somebody pounding through the corridor. So, it seems that behaviour closely related to one's character is often tolerated. A machine is easy to change, but a person is not.</p>	<p>toch dingen willen doen dan zal ik niet zo heel snel zeggen van joh dat gebeurd niet."</p> <p>"Ik heb op de oude IC wel eens bij een paar meiden gezeten die onlangs moeder waren geworden... Ik kon natuurlijk ook niet zeggen, als oude lul, zo van: kom op! Dus oren dicht, maar dat werkte niet. Dus ben ik maar ergens anders gaan zitten."</p> <p>"Als collega's echt teveel herrie maken dan ga ik dat zeggen. Vooral overbodige dingen."</p>	<p>vaak komen ze er ook gewoon mee weg. Daar zijn ze ook handig in geworden."</p> <p>"Vanmorgen heb ik bij een collega getwijfeld om te vragen: wil je wat zachter praten? Dus ik heb zelf geprobeerd zachter en rustiger te praten. Soms nemen mensen dat over."</p> <p>"Een collega van de dagdienst had een bepaalde taak 2 dagen geleden al moeten doen. Maar die collega zie ik heel lang niet. Dus toen ben ik gaan kijken wie er de dag ervoor stond. Ik wil dit niet in de hele groep gooien. Dan ga je iemand verflikken waar anderen allemaal bij zijn..."</p>	<p>helpen. Ik ga niet snauwen zo van he doe dat alarm eens uit!"</p> <p>"Als iemand een patiënt heeft die zeg maar soort van klaagt over de herrie op de gang, dan wordt dat ook wel gezegd van jongens een beetje rustig want we maken wel heel veel herrie."</p> <p>"Als ze bij mijn patiënt zitten en mijn patiënt zou wakker zijn en de deur open willen hebben, dan zeg ik wel tegen collega's niet te hard te praten."</p> <p>"Bij sommigen zeg ik wel van: ik heb pas op school geleerd dat het zo makkelijker is, is dat misschien een idee? Het is ook maar net hoe je het brengt. Niet dat je de betweter uit wil hangen die alles wel even vertelt."</p> <p>"Ik ervaar het niet als heel lawaaiërig, maar gewoon dat er veel mensen rondlopen; dat er leven is. Ik kan er me wel redelijk goed voor af sluiten ook."</p> <p>"De echt hele drukke momenten zijn momenten als er twee diensten zijn. Dan is er natuurlijk twee keer zoveel personeel. Qua praten is het dan echt een herrie moment."</p> <p>"Ze proberen wel de detacheerder die hier vaker gewerkt hebben uit te zoeken. En er zijn een aantal detacheerders die het heel fijn vonden om op deze IC te werken. Dus die weten ook wel een beetje de regels. Ik heb er zelf geen moeite mee om hun ook aan te spreken op dingen."</p>
<p>Different opinions arise when talking about the size of the (nursing) team. Some prefer having a big team, because it is easier to exchange shifts – i.e. more freedom to create your own schedule – and it gives them some fresh input from other colleagues. Others prefer having a small team, because they can build a trustworthy relationship together. As a consequence, they become attuned to one another, which smoothens and speeds up their communication. The small sized P5 team and their cosy and small canteen, e.g., encourage the nurses to bond and to have personal conversations during lunch breaks – there is no chance of other colleagues being present who are eavesdropping on you.</p>	<p>"Te veel mensen op de werkvloer is ook weer niet goed. Dat maakt het ook een stukje onrustiger. Misschien dat je ook wel minder efficiënt gaat werken."</p> <p>"Ik werk het liefst in de nacht omdat je dan alleen maar te maken hebt met je collega's, dokters, en, als het met de patiënt heel slecht gaat, ook met de familie."</p>	<p>"Je moet dingen steeds opnieuw uitleggen aan detacheerders en studenten. Daarvoor hadden we een vast team, dat draaide als een trein. Als je op elkaar ingespeeld bent kun je rustiger en sneller werken."</p> <p>"Ik heb ervoor gepleit 3 IC groepen te maken. Dan heb je kleinere teams en dan heb je meer rust. Je hebt nu 150 tot 200 collega's."</p>	
<p>Flex workers might believe that their personal opinion is valued lower than that of the group. This might lead to a decrease of involvement in the team. Flex workers might explicitly choose for this lower involvement, as it gives them a sense of freedom – they are not connected to the department rules, i.e. they can plan their days off easily. Additionally, they are able to escape from the daily routine on the work floor. One's lower involvement could, however, also lead to a decrease in following the 'rules' on the work floor. This could have a negative effect upon the permanent staff members, as they might follow a flex workers' laconic behaviour.</p>	<p>"Je moet wel eens waken voor de autonomie van een patiënt. Dus soms moet je ook wel eens zeggen: dat kan nu niet, daarom en daarom."</p> <p>"Je weet dat sommige patiënten er last van hebben. En dan moet je op een zeker moment toch wel ingrijpen. Soms zeggen ze wel: nou wil ik even rust."</p>	<p>"Vooral buitenlandse mensen vinden het moeilijk om te zeggen dat men ffijtjes niet mag komen. Vaak zeg ik gewoon waar de familie bij staat: meneer als u het teveel vindt, moet u het ook gewoon zeggen. Dan gaat er wel een lichtje branden bij de familie."</p> <p>"Als een patiënt veel wordt gewhatsapt of gebeld, dan vind hij dat misschien niet meer prettig. Maar daar heeft hij zelf</p>	
<p>Nurses mention they sometimes have to stand up for their patient against the patient's family in order to provide some rest for the patient. Patients take the visiting family members for granted, or the patients find it difficult to reject their coming because the patients want them to fulfil their needs as well. Cultural beliefs and habits are of influence as well (e.g. when a family member is sick, you should visit him/her). Nurses can also be reserved towards family members because they want to have some private space for themselves as well.</p>			<p>"Jammer genoeg zijn patiënten niet zo heel erg assertief. Dus je moet meer kijken of ze rust willen of niet."</p> <p>"Misschien denken ze wel: familie moet zich ook uiten, die moeten het ook kwijt. Dus doe maar gewoon; ik ben moe, maar ik lig in ieder geval."</p>

<p>A pager system can give the nurse a feeling of connectedness to colleagues, and therefore, a feeling of security. Therefore, they are able to move more freely – they can get the alarms even on the toilet. Pagers are linked to a particular patient room; in the morning, the nurse takes the pager of the patient he or she has to monitor. A pager gives an audible and haptic notification when an alarm is going off at the patient the nurse is responsible for. Though the pager gives the nurse the ability to only hear the alarms of his or her own patient, it might also give a lot of extra alarms due to changes in a patient's status of other colleagues. Because when a nurse pauses this notification without taking any further actions (e.g. pausing the alarm on the monitor or actual solving the problem), pagers of colleagues that are linked give a notification as well. In some ICUs, the pager is only linked to a couple of rooms (and when these colleagues do not react, the notification goes to all of them), but in other ICUs the pager is immediately linked to all rooms so the chance of someone who can actually act on this alarm is higher. A patient or a nurse him or herself can also send a help request or emergency alarm to the pagers (in the latter case, notifications are mostly sent to all pagers). So in that sense, pagers again might give the patient and nurse a feeling of connectedness, and therefore, a feeling of security.</p>		<p>natuurlijk ook iets in te zeggen door gewoon zijn telefoon uit te zetten."</p>	
<p>Besides connecting the patients to the nurses and the nurses with each other, the pager of EMC and HAGA connects a patient's family to the nurses as well. Their pagers have a calling function: contact persons of a family can reach the pager, and therefore the nurse, whenever they want. Some nurses find it important to always carry the pager with you – they want to be reachable. Other nurses see this as an obstacle, because they are not always able to pick up the phone. In this way, they cannot meet the families' needs and leave them in uncertainty – they keep on trying to reach the nurse who cannot let them know he or she is busy. Before, EMC had a central phone system to which family members can call. In this way, colleagues can let them know when the nurse they want to speak to is not available for some minutes.</p>			
<p>Though the pager might give the nurse more freedom in movement, due to the ability of moving around and still hearing the alarms, nurses still rely a lot on the monitoring devices themselves or on their view on the patient. For example, some machinery alarms are not coming through on the pager and a pager does not provide them a holistic view on the patient (e.g. an abrupt movement of the patient can cause an alarm already). Additionally, due to abundance of alarms, nurses have the urge to pause them continuously, leading to critical alarms that might be missed. So, nurses do not have faith enough to rely so much on this pager. Besides pausing the alarms (for the purpose of sound reduction), some nurses leave the pager consciously at their nursing desk (e.g. when going into the patient room). They get rid of the sounds and vibrations as well as its annoyance in their pockets. The left pagers are not only disturbing to other colleagues in terms of their sounds; it is also a sign of irresponsibility to other colleagues, they cannot rely on the colleague with the left pager.</p>			

<p>How much attention is paid to taking 'real' breaks, i.e. having a moment in which the nurse does not have to monitor his or her patient, differs per ICU. At HAGA and P4 and P5, nurses, especially the 'team captain' of that day, puts a lot of effort in providing every nurse with two breaks during a day shift (i.e. 15 min coffee break in the morning and 30 min lunchbreak around noon). This is often done in shifts so that nurses can have a break together, in the specially assigned coffee/lunchroom. The dynamic nature of the ICU and, if applicable, understaffing make it sometimes difficult to arrange that nurses can leave their patient and, if applicable, hand over the pager to a colleague. With a low priority given to having 'real' breaks and the absence of strict rules of where to have lunch added to this, it might happen that nurses take breaks with close distance or sight on their patients. This way, they might have difficulties with releasing responsibility and to unload, as well it might be a hindrance to other patients, families or other colleagues who do not take a break. During evening and night shifts, breaks are arranged in a different way due to understaffing (i.e. multiple patients for one nurse) and the more open atmosphere in the department (e.g. nurses might become more chatty, because of the stable patients and lack of people on the work floor).</p>	<p>"Er zijn mensen die graag lang zitten en koffiedrinken, maar daar houd ik niet van. Zeker bij deze mevrouw van vandaag... dat kun je je gewoon niet veroorloven, ze moet een heel programma af."</p> <p>"Ik heb sowieso wel altijd de drang om naar buiten te gaan. Als je dan heel de dag hierbinnen bent geweest... in het oude gebouw had ik dat nog veel sterker. Die was heel erg bedompt en had echt een slechte airco."</p> <p>"In ICU X doe je veel meer dingen samen, je gaat samen koffie drinken. En of dat nu om 10 uur is of om half 11 is, dat maakt niet uit. In ICU Y kan ik wel zeggen joh ik ga lekker pas om 11 uur koffie drinken, maar als om half 12 weer een nieuwe patiënt staat te dringen en ik moet de mijne nog wegrrijven, dan gaat dat niet."</p> <p>"Achter de balie eten heeft niet mijn voorkeur. Dan wordt je heel veel gestoord. Dan is het: sorry je bent aan het eten, maar... En dan moet je altijd van je eten weg om dan een patiënt op poten te zetten."</p> <p>"'s Avonds ben je met minder mensen dus gaan we niet naar de koffiekamer, maar zitten we vaak aan de zwarte tafel met zijn allen. Dat vinden niet alle artsen oke, want dan zit je dus niet bij jou patiënt en de monitor."</p>	<p>"Soms heb ik meer het idee van: ik wil het even afhebben en dan drink ik om 11 uur even een kopje koffie voordat ik de artsen visite inga. Maar collega's vinden het vooral heel belangrijk dat je wel echt gaat. Dus dan wordt je gewoon weggestuurd. Dan wordt je telefoon gepakt en zo van: nu koffie drinken. En meestal is daar ook wel gewoon tijd voor. En dan draag je dus je patiënt even over."</p> <p>"In ICU X leer je elkaar beter kennen. Net zoals Inaam verpleegkundige] net over haar vader begint te praten, ja dat doen we in ICU Y niet zo hoor. Er is en geen tijd voor, en als je een pauze hebt zit je gelijk in de hele groep."</p>	<p>"Als er een collega een patiënt uit zijn ontlasting zit te halen dan ga ik niet zeggen: jongens ik ga ff koffie drinken. Dat doe ik alleen als het kan."</p> <p>"Tussen de middag blijft altijd de helft van het personeel achter en de andere helft gaat eten. Dat wisselen we dan om. Dat je wel echt even van de afdeling kan, naar de koffiekamer, of in de zomer lekker even naar de daktuin."</p>
<p>Nurses pick up and drop off their medical uniform from a particular point in the hospital before and after their work shift, meaning that they do not have a personal uniform – every day there is fresh one. Though the medical uniforms differ, to a greater or lesser extent, between the professions and between nurses themselves (i.e. male, female or unisex sized uniform), the uniforms create a certain communality. Nurses do however have freedom in which shoes they wear, matching what they find comfortable and their taste. A variety of shoes – and socks – is visible: from white to colourful sneakers, pale or 'happy' socks, and blue, 'flower power' or white medical clogs. However, specialists (e.g. a neuro or lung surgeon) might also wear more formal shoes, such as heels or leather men's shoes. Additionally, they do not always wear white medical trousers (which nurses do) and, sometimes, their normal clothes are visible under their jacket. The ICU accommodates many different people, varying from clinicians to non-clinical employees and patient and families. It differs per ICU how easy it is to go inside the actual corridor with patient rooms. At EMC's ICUs, employees have an identification badge with which they can open the door, but at P4 and P5's ICUs the doors open automatically e.g.. Also</p>			

<p>'inside' are variations: nurses at some ICUs need their badge constantly to go into rooms such as the pharmacy, kitchen or other storage places (which can cause quite some frustration, especially when losing your badge or when your hands are full), whereas others can move freely throughout the department.</p> <p>Another interesting point is the placement of the family waiting rooms. Some ICUs accommodate it inside their ICU department; the reception has quite a view on who is coming in and out and family members are not disturbed by other passers-by. Other ICUs have it outside their reception desk; family members need to let the hosts know they are there through an intercom.</p>			
<p>The decentralised nursing desks are provided with a computer (for each patient room one), to which every employee has access. Usually, the nurse uses the computer that is right next to the patient room, but it happens that someone takes the spot for doing a quick task. But all in all, there is always a computer available; something that was not always the case in the old set-up. The computer is, in most cases, available for doing work related tasks (administration, mailing, consulting information on the internet, e-learning) or private related activities (e.g. relaxation, watching videos, using social media etc.).</p>			<p>"Vroeger waren vaak de computers bezet en dan moest je weer ergens zo'n rijdende computer vandaan toveren. Nu weet je gewoon zeker dat je een computer op de box en buiten je box hebt."</p>
<p>Nursing teams aim for starting a day shift together with a quick update about the patients (from a team lead or nurse from the past shift) and dividing the patients among the team – and with some coffee and a chat with each other. Where these get-togethers take place differs per ICU. At EMC-4, they do it in the corridor e.g., at a nursing desk, whereas at EMC-6, they do it in a specially assigned meeting room. This get-together feels more strict (i.e. nurses needs to get there at a specific time) than at EMC-4, where it happens when the right moment arises. Therefore, nurses can skip escape the hand over easily and start already working on their own when they feel the urge of doing so.</p> <p>Before or after this team hand over, nurses individually update themselves about a patient's status through the PDMS on the computer and they do a patient hand over with their colleague who monitored the patient the past shift.</p> <p>When the patient hand over in the team and pairs is done, every individual nurse starts providing personal care to the patient and prepare the medication. Some nurses start on their own and ask later on for help of a colleague, whereas others discuss how they shall plan all the washing activities together to prevent patients from lying half naked and waiting for more colleagues to help.</p> <p>Throughout the day, nurses are responsible for their own patient, so in that sense, it is quite an individual task. However, as said, nurses need to consult and act in concert with each other, intensivists, fellows and other specialists, and caring and curing goes beyond their own patient (i.e. responsibility is divided among the team). A patient's status throughout the day or his or her treatment program (e.g. some patients need to follow a whole program of bodily exercises) can make a nurses' work day more individualistic or collective. Additionally, the one nurse likes to work on his or her own and the other nurse likes to collaborate.</p> <p>The end of a day shift is mostly finished with reporting the patient's status and taken activities and extra comments. Afterwards, each nurse hands over his or her patient to a colleague from the next shift (in pairs). When finished, the nurse may go home (at EMC-6 they might have to wait till the agreed time) or nurses go to a clinical lesson. In most ICUs, going</p>			

<p>home is done individually – nurses say good bye to each other, which each other a good day and walk out of the corridor.</p> <p>A nurses' influence on a higher, organizational level might differ due to one's own characteristics (e.g. the one dares to say something more quickly than the other), but also due to how much room the management gives to them for doing so. In general, academic hospitals might have more of an innovative mindset, they are naturally open for changes and improvements. However, P4 and P5, which is a non-academic 'education' hospital, also shows means to let nurses speak up about possible improvement on a specially assigned 'Verbeter-bord' the team has a view at which improvements people are currently working on.</p>			
<p>Many nurses experience a high work load, due to the different macro developments in intensive care, and healthcare and the society in general. A huge factor is the growing and more complex patient population. With a mindset of 'everything is possible' and 'we should push boundaries', nurses have the feeling that people want and expect more. As a consequence, very high complex patients are hospitalized as well, leading to patients who are hospitalized for a long period of time (in Dutch: 'langliggers') and patients who are hospitalized regularly (in Dutch: 'draaideur-patiënten). This might give nurses a feeling of uselessness – what is the point of caring and curing?</p> <p>The patient population is also less diluted with low-complex patients. These patients are faster distributed to medium or normal care.</p> <p>High complex patients involves also more disciplines on the work floor (i.e. a team of intensivists and specialists work on one and the same patient) and more medical devices and, therefore, more dynamics and sounds. With the bed pressure (patients are coming in and out) and understaffing added to that, nurses might experience a high workload, both mentally and physically. Especially the older nurses might have difficulties with keeping up with this and all other changes (e.g. the movement from centralised towards decentralised nursing desks) – how am I going to survive until my retirement? – so they might quiet their job. Some nurses believe their work will be differentiated in the future due to them being too expensive for tasks like cleaning up the room and washing the patients.</p>			

SPACE

PRACTICES RELATED TO SOCIOCULTURAL DIMENSION 'SPACE	Quotes persona 1	Quotes persona 2	Quotes persona 3
<p>With the decentralised nursing desks, nurses have the opportunity to seek for some private space. However, nurses still have the need for coming together – whether it is a work related necessity or just for their own wellbeing (i.e. having some social interaction with colleagues). Some nurses miss having a place to come together without being of a disturbance to bystanders or the possibility to be disturbed by others. Therefore, nurses are still huddling together in the decentralised nursing desks, mostly for little coffee (or lunch) breaks, patient related consultations, and sometimes for knowledge transfers (e.g. teaching the ins and outs of new equipment).</p>	<p>"Nu kan je gewoon, zonder dat het raar is, je terugtrekken in je nisje. Dan kan ik uit het gelul blijven, want ik houd niet altijd van geklets."</p> <p>"Ik doe de lijnen registratie, en dan moet ik soms heel erg in een dossier zitten pluizen. Dan zoek ik een hokje waar ik kan zitten, want anders kan ik mij niet concentreren."</p>	<p>"Tuurlijk zijn er wel nachten dat iedereen in zijn eigen nisje zit en wat zelf aan het doen is, maar er zitten ook nachten bij dat je wat samenschooling hebt bij een nisje en dat je dan gewoon zit te kletsen en te lachen."</p> <p>"In de nachtdienst worden er nog wel eens wat handwerkjes meegenomen. Dat is geluidloos."</p> <p>"Ik denk dat je in je nisje te dicht bij de patiënt zit. Want als je daar zit: dan komt er weer een chirurg om te vragen hoe het gaat, dan weer een fysiotherapeut, diëtist, of apotheker. Je wordt de hele tijd gestoord. De patiënt hoort dat natuurlijk allemaal."</p>	<p>"Mijn patiënt vandaag lag vannmiddag best hard door zijn telefoon te praten. Dat vind ik niet erg, maar daar zou iemand nog wel last van kunnen hebben."</p> <p>"Sommigen houden de deur relatief open, voor hunzelf, dat ze makkelijk de kamer op kunnen. Terwijl de patiënt dan de geluiden van de gang hoort en ons ook kan horen. Die letten wat minder op wat de invloed van geluid op de patiënt is die wil slapen."</p>
<p>Some patients find a closed patient room too isolated, and want to have the door open. They want to be aware of what happens around them or they believe the nurse can hear them better; it gives them a sense of belonging and security. However, when the door is open patients could hear the clinicians and clinical staff talking and laughing in the corridor or other patient rooms with an open door. Nurses mention here some privacy concerns: patients and family members might hear personal information about other patients. Additionally, they might hear things about their own treatment, for which they are not ready yet or they might misinterpret things.</p>	<p>"Ik zou het ook heel vervelend vinden als ze op de gang over mij aan het praten waren. Dus ik vind dat de patiënt het recht heeft om te horen hoe het met hem gaat en wat de plannen zijn, voor zover hij dat kan begrijpen natuurlijk."</p>	<p>"Waar ik me altijd over verbaas is is dat er toch wel veel op de gang besproken wordt over de patiënten. De dokters staan in een nisje, en drie stappen verder staan ze voor de andere deur. Ik kan me zo wel voorstellen dat de patiënt die in box 1 ligt hoort wat er over de patiënt in box 2 gezegd wordt."</p> <p>"Kijk iedereen begrijpt ook wel dat als je de deur open hebt staan van de patiënt, dat je dan wel moet beseffen dat de patiënt dan alles hoort wat je zegt. Dat is wel wat mensen weten. Maar of dat altijd tot je doordringt is dan een tweede."</p>	<p>"Als iemand hier bloot ligt en die gewassen wordt, dan draai ik liever even de lamellen open in plaats van dat je deur opendoet en die secretaresse komt langs en iedereen komt langs..."</p> <p>"Als je hier wakker ligt zie je natuurlijk wel eens wat over de afdeling lopen. Maar met de lamellen dicht hebben ze denk ik helemaal geen last van onrust op de afdeling."</p>
<p>Covering the windows of a patient room differs per ICU , i.e. by horizontal slats, roller blinds, curtains or glass that can be transformed into milk glass with a single press on a button. All these means can be blinded from outside and inside the patient rooms. Unblinding a patient room from the outside happens often when a nurse is looking for a colleague, though opening the door happens a lot as well. At HAGA and both P4 and P5 ICUs, the patient room can be fully blinded with the door open as well. Respectively a curtain (unattached from the door) and a folding screen can be placed in the open door. At EMC's ICUs the room can only be fully blinded when the door is closed, due to the horizontal slats attached to the door.</p>	<p>"Soms blijven er wel 10 familieleden voor de box staan. Dan zeg ik vaak wel: 'joh ga even naar de familiekamer'. Want we zijn Artis niet. Het is hier geen aapjes kijken, en het geeft ook veel onrust."</p>	<p>"Ik denk dat als je een was-moment bij je patiënt hebt of als je je patiënt onderzoekt, dat het goed is als die deur dicht zit. Dan heb je echt even een moment met je patiënt."</p> <p>"Er zijn ook patiënten die kunnen roepen of tikken. Best wel een dingetje om dan de deur de hele dag dicht te hebben. Ik zou mezelf ook opgesloten voelen."</p>	<p>"Als je hier wakker ligt zie je natuurlijk wel eens wat over de afdeling lopen. Maar met de lamellen dicht hebben ze denk ik helemaal geen last van onrust op de afdeling."</p>
<p>Nurses experience the doors often as too sound blocking and too much of a physical barrier. They experience difficulties when having the door closed while being in the room themselves. Although some nurses like the quiet moment of being alone with the patient, many nurses want to 'feel connected' to the rest of the department, so they can hear when someone is in need for help, or vice versa. Therefore, they would rather leave the</p>	<p>"Op mijn kamer vannacht, er hangen zoveel pompen, dialyse enzo; we moeten zo vaak naar binnen. Dan laat ik de deur wel een beetje openstaan hoor. Dan hoef je niet elke keer die deur weer open te doen."</p>	<p>"Deur open is gewoon makkelijk. Je bent veel bij je patiënt, je moet veel doen. Bezoek kan naar binnen lopen, arts en kunnen naar binnen lopen."</p>	<p>"Soms is het ook prettig voor ons als verpleegkundige omdat je toch directer zicht heb op je patiënt en er zijn bepaalde apparaten die dan toch niet op je Myco overkomen als ze een alarm geven. Die wil je toch wel horen."</p>
<p>door open – at HAGA and both P4 and P5 ICUs they use the blinding means to leave the door open without others' being able to look inside. Also when not being in the room, many nurses prefer an open door because they are more aware of their patient's behaviour and the machinery sounds and alarms, both visually and auditive – even when having a pager system. With a squeaking door added to this and the need for moving in and out, many nurses leave the door open. The absence of a pager system or machinery alarms that are not coming through on the pager enhance this, especially when not having a pager system. But also in this case, you see a lot of open doors; also because not all the machinery alarms are coming through on the pager.</p>	<p>"En dan loop je die deur uit en dan [HIE] en dan ben je nog niet buiten en dan gaat dat dialyse apparaat [HiHu-HiHu] en dan zie je die oogjes al een beetje opengaan en dan doe je [HIE]... ja en dan is ze weer wakker."</p> <p>"Hier zit een glazen deur en in principe zijn ze altijd bij alle patiënten dicht. Behalve bij patiënten die aan de hart/long machine liggen, want dat alarm komt niet door op de pieper. Door die deuren open te laten staan, kun je acuut alles horen en naar binnen gaan."</p>	<p>"Ik heb nogal de neiging om als ik iets hoor daarop te reageren. Als ik op een box sta met de deur dicht dan kan ik dat dus niet, want ik hoor gewoon niks. Dus dat is positief voor mij."</p>	<p>"Als je op de box bezigt bent en hiernaast gebeurt wat, je hoort het niet. Zeker als je dan in de nachtdienst met z'n tweeën soms op vier patiënten bent, laat je wel eens een deur open zodat je mekaar hoort."</p> <p>"Het is al een paar keer gebeurd dat iemand echt heel druk was met een collega op de kamer om een patiënt te stabiliseren. Maar dan komen we aan de andere kant van de gang, en dan wist niemand dat ze daar mee bezig waren."</p>
<p>Not only the sound blocking patient rooms, but also the existence of a long corridor gives some nurses the feeling of being too isolated from each other. They are not aware of a reanimation happening at the other side of the corridor e.g., or even a couple of patient rooms further away. They become aware of it because of someone shouting out to others for help, or even afterwards, when they share their experiences of the day.</p>	<p>"Voeger wist je veel meer wat er op andere kamers gebeurde. Door de camera's zag je dingen gebeuren en ging je je afvragen wat er aan de hand was, bemoeien met alles om je heen. De minder hoeveelheid prikkels nu is prettig."</p>	<p>"Als je een instabiele patiënt hebt en je hebt echt acuut hulp nodig en ja kan niet weg bij je patiënt, dan is het lastig dat je niemand kan bereiken. Dan je zit wel erg geïsoleerd binnen. Ook al hebben we wel zo'n alarmknop binnen."</p>	<p>"Er zijn richtlijnen voor hoeveel bezoekers er tegelijk mogen komen, maar je merkt wel dat sommige collega's hun eigen draai eraan geven. Dat is niet erg, maar als je maar goed naar je patiënt kijkt."</p> <p>"In de avond ben je iets minder bezig met het beschermen van je patiënt tegen alle prikkels. Wat je wel weer in de avond hebt zijn de vele bezoeken. Maar dat kun je zelf natuurlijk ook in banen leiden."</p> <p>"In de dagdienst heb je veel meer poppetjes rondlopen, dus daar kan je meer geruis van hebben. Maar de instabiliteit van de patiënt maakt dat we geluiden krijgen. Dat ligt niet aan of het een dag, avond of nachts shift is."</p> <p>"Natuurlijk, soms heb je wel eens dokters die niet weten waar de patiënt ligt, en dan gaan ze daarna weer door."</p>
<p>When thinking in terms of the amount of people on one and the same work floor, the day shifts, and especially the mornings, are regarded as most busy. Also during shift take overs, there are many medical staff members, so it could be twice the amount of people. During the day, not only the medical staff is present, but also technicians for the machinery, the secretary, management team, suppliers etc. Everyone walks in and out, both in the corridor as well as in the patient room. This could cause disquiet as well as busy 'traffic points', which could have a negative influence on both the nurses' workflow (and privacy) as well as the patients' rest and recovery (ad privacy). Because of the disturbances due to the great amount of people and their movements, some nurses deliberately choose to work in the night – they only have to deal with colleagues, doctors and, in the worst case, family members – or, in case of the P4 and P5 ICUs, want to work more often at the smaller ICU.</p>	<p>"Artsen komen binnen en die denken à la minuut: ik moet dit, ik moet dat. Of de fysio, of ergo; iedereen komt en denkt: ik moet alles. Soms kan dat niet."</p> <p>"In het weekend merk je echt dat het weekend is. Het is rustiger, minder artsen, minder gedoe. Overdag, doordeweeks, is er het meeste onrust door alles wat moet. De secretaresse, weet je, iedereen is er."</p> <p>"Ik draai heel veel nacht. Om gedoe door de week overdag te vermijden. Doordeweeks is er veel gedoe op de afdeling, met veel mensen, veel collega's, veel disciplines."</p> <p>"Je hebt niet alleen maar de vaste studenten, maar ook nog iemand die een spoedeisende hulp opleiding doet en bij ons een paar dagen stage loopt. Je hebt mensen die gewoon een dagje mee willen kijken omdat ze geïnteresseerd zijn in de opleiding. Dus je kunt best wel veel mensen op de werkvloer hebben."</p>	<p>"We hebben ook interne artsen die totaal geen sociale vaardigheden hebben. Die gewoon 's nachts bij een patiënt naar binnen stappen en hard praten. Je probeert ze weg te sturen, maar sommige zijn niet weg te sturen. Die vinden zich belangrijker."</p> <p>"Bij patiënten die hier langer liggen probeer je een rustmoment in te bouwen; een momentje voor hunzelf. Als bijvoorbeeld de fysio komt stuur ik ze weg en zeg ik dat ze rond 13 a 14 uur terug kunnen komen."</p> <p>"Je moet naar de patiënt kijken. Soms heb je iemand die heel erg behoefte heeft aan zijn familie, dus wie ben jij dan om te zeggen: maximaal 2, en niet te veel afwisselen."</p> <p>"Soms wijs ik familieleden op de bloeddruk, en dan zien ze dat, en dan vraag begrijpen jullie het? Sommigen komen 2 tellen later weer, anderen gaan echt zoekreductie doen."</p>	<p>"Er zijn richtlijnen voor hoeveel bezoekers er tegelijk mogen komen, maar je merkt wel dat sommige collega's hun eigen draai eraan geven. Dat is niet erg, maar als je maar goed naar je patiënt kijkt."</p> <p>"In de avond ben je iets minder bezig met het beschermen van je patiënt tegen alle prikkels. Wat je wel weer in de avond hebt zijn de vele bezoeken. Maar dat kun je zelf natuurlijk ook in banen leiden."</p> <p>"In de dagdienst heb je veel meer poppetjes rondlopen, dus daar kan je meer geruis van hebben. Maar de instabiliteit van de patiënt maakt dat we geluiden krijgen. Dat ligt niet aan of het een dag, avond of nachts shift is."</p> <p>"Natuurlijk, soms heb je wel eens dokters die niet weten waar de patiënt ligt, en dan gaan ze daarna weer door."</p>

<p>Some nurses believe the set-up of the department influences their perception of all the people on the work floor and the busy 'traffic points'. By less echoing materials, spacious corridors and strategic placement of stocks, people are less noticed e.g. The opportunity to walk to your destination more effectively is of positive influence as well.</p>	<p>"In de nieuwbouw merk je minder van de mensen door hoe het in mekaar steekt. Nu zit de voorraad bijvoorbeeld niet meer op de afdeling, maar net in het midden daarbuiten."</p> <p>"Misschien komt een deel ervan nog flink langs, maar heb je er minder last van door de brede, lange gang, minder harde weerkaatsende vlakken, de vloer die minder lawaai maakt. Vooral de dames neurologen hadden nogal de neiging om met hakken door het gebouw te lopen: tak, tak, tak!"</p>	<p>"Ik heb de patiënten er nog niet over horen klagen, maar ik kan me voorstellen dat als je in de box bij de balie ligt veel geluidsoverlast hebt. Daar gaat de telefoon, de dokters lopen er heen en weer, de ingang naar de keuken en interventie. Het bezoek wat daar heen en weer loopt bij de balie. Dat lijkt me ook vreselijk om dat de hele tijd te zien."</p> <p>"Het is een grote groep dokters. Als de patiënt binnen zit dan is het: oh, daar zijn de dokters! Dan moet ik uitleggen dat de dokters alleen aan het overdragen zijn en dadelijk komen. Dus het is ook visueel overlast, ze praten niet per se luid."</p> <p>"Door het overzichtsscherm heb je alle telefoonnummers bij de hand. Soms heb je de receptie telefoon op zak, en dan moet je telefoontjes doorverbinden. Door het scherm kun je snel mensen benaderen."</p> <p>"Door het overzichtsscherm weet je waar alle patiënten liggen. Dus als er disciplines op zoek zijn naar de patiënt dan kan je ze ernaar verwijzen. Fysiotherapeuten, diëtisten, velen kijken naar dat scherm."</p>	<p>"In de nieuwbouw is de zorg meer gescheiden. Als dokters bij een patiënt aan de andere kant moeten zijn, dan komen ze niet meer eerst op deze unit of op een bord kijken. Dus je hebt veel minder doorloop van dingen die je eigenlijk totaal niet aangaan."</p> <p>"Nu scheelt het ook wel dat dit het einde van de IC is, dus hier heb je alleen nog een trappenhuis terwij aan de andere kant alles van deze IC, omkleedhok is aan de andere kant van die IC. Dus dat komt daar 's ochtends natuurlijk wel allemaal doorheen."</p>
---	---	--	--

SELF-EXPRESSION

PRACTICES RELATED TO SOCIOCULTURAL DIMENSION: SELF EXPRESSION

Besides continuously monitoring the patient and providing critical care, nurses are also involved with the patient's and family members' wellbeing by means of providing personal care. Nurses want to make it the patient as (physically) comfortable as possible, and do so in consultation with the patient and family when non-sedated (using oral communication, or hand or eye gestures when the patient is not able to talk). They ask, e.g., how the patient wants to be shaved, combed or laid in bed. When a patient is sedated or cannot communicate due to something else, nurses act more in concert with family members; how does the patient wants to be treated, or how do they want the patient to be treated?

Besides a family member's influence on making it the patient physically comfortable, he or she is also important for nurses to get to know the person behind the patient. This helps nurses to make it the patient mentally comfortable; e.g. they can attune their tone of voice and the way of addressing the patient. Especially when a patient is sedated or cannot communicate due to something else, nurses rely on family members to act in line with a patient's values and needs. In case of a demanding family member, difficulties arise: are a family member's beliefs and wishes indeed shared by the patient or is it purely something that is coming from him- or herself?

Nurses sometimes dehumanize the patient in order to not to burden themselves emotionally. It means they see the patient more as an 'object', that undertakes a medical treatment, than a human. However, nurses see themselves also as the advocate, representative or spokesperson of the patient in relation to other medical staff members (e.g. the intensivist, fellow, or lung surgeon) – some nurses mention the physicians do not look at the patient, but more to the graphs and charts. In that sense, nurses stand up for the patient as human being. They ensure that the patient's individual values and needs, or those of the family, are complied with as much as possible.

Working in the ICU involves both a lot of social interaction as well as interaction with (highly technical) products. Some nurses were afraid of losing personal contact with patients, due to them being sedated, when (thinking of) moving to the ICU. At the normal care department e.g., they had a lot of social interaction with their patients, which were surrounded by way less machinery. However, in all cases it did not happen the way as it was expected. The amount of non-sedated patients and communication with family members, which is even more than at normal care, still provides a lot of social interaction. Besides this social aspect of working at the ICU, a driver for some nurses is the technical aspect, i.e. working with the machinery. The machinery

Quotes persona 1	Quotes persona 2	Quotes persona 3
<p>"Ik had vandaag een patiënt, een langlijger, die energie uit je zuigt. Ze is een beetje somber en erg afhankelijk; ze heeft veel van je nodig. Ze is dan ook wel weer zielig. Als je 2 dagen voor haar gezorgd hebt, moet je zorgen dat er iemand anders voor haar gaat zorgen want je hebt er echt geen zin meer in dan."</p> <p>"Het is bijna een soort symbiose, die patiënt en zijn moeder. Zou dit in het dagelijks leven ook zo zijn? Misschien denkt die moeder nu wel: mooi, invloed!"</p>	<p>"Sommigen leggen prioriteit niet bij de basiszorg, maar bij de hoog-complexe situaties. Er wordt inderdaad goede zorg gegeven als je het over verpleegtechnische situaties hebt, maar als iemands tanden 3 dagen niet gepoetst zijn."</p> <p>"Je komt hier in ICU X tot rust en je kan veel meer persoonlijke aandacht geven aan de patiënten."</p> <p>"Soms hangen er ook foto's. Dat is ook fijn om te zien, ook voor ons. Dan zie je hoe je patiënt dus eigenlijk was."</p> <p>"Met dat bord kan familie laten weten wat de patiënt wel of niet fijn vindt, waar die graag naar kijkt. Je hebt gelijk ook een instap bij de patiënt over wie er langs zijn geweest."</p> <p>"Wil je deo opdoen bij de patiënt en dan komt die moeder weer: nee, daar is hij overgevoelig voor! Als ze eenmaal weg is dan: tsssj, spuit ik die hele kamer vol."</p>	<p>"Ik doe veel in overleg, want het is wel iemands lijf. Ze raken al zoveel zelfcontrole en zelfzorg kwijt hier. Ik wil niet datgene afnemen waar ze zelf nog iets over te zeggen hebben."</p> <p>"Soms gebeurt het ook wel dat je iemand niet zo heel goed meer kan hebben omdat de patiënt heel demanding is. Ga je dat uiten op de box waar de patiënt bij is of doe je dat...? Ik doe dat niet op de box."</p> <p>"Vaak als de familie komt vragen we ooh joh wat doet hij voor werk, wat voor soort persoon is het. Zodat je een beetje een beeld van de mensen erachter hebt. Dat het niet alleen een persoon die in bed ligt. Dat het ook een mens is. Wat een beetje meer leeft."</p>
<p>"Je hebt hier intensiever contact met families. Op de afdeling zorg je voor 8 tot 10 patiënten, die kan je allemaal nooit volledig kennen. Op de IC werk je 2 of 3 diensten voor een patiënt, dus dan leer je ook meer familie kennen. Want families zijn heel vaak aanwezig."</p>	<p>"Ik dacht altijd dat alle IC patiënten sliepen, dat je alleen maar comateuze patiënten had, allemaal langlijgers. Maar dat is het niet. Het is juist heel dynamisch."</p>	

<p>gives them a sense of control on the patient's status; they can see the effects of their medical actions immediately (e.g. when administering medication). The machinery supports them and makes the way of caring and curing the patient more efficient.</p> <p>Younger nurses express they feel satisfied with the ability to continuously monitor the patient with the help of all the monitoring devices, and they might do this more consciously and often than their older, more experienced colleagues (e.g. looking more often). They need to get trust in the machinery and their own way of working.</p>	<p>Through a work shift, nurses have to deal with hectic, unexpected and intense situations, involving both positive and negative emotions. Humour helps nurses to decrease the pressure, and to unload and relax. They joke about particular events in- or outside the ICU that occurred earlier that day or week, but also about each other or other people being present in the ICU. Strict rules about using humour seems to be absent, because it happens everywhere and always. However, nurses emphasize they only do it at the right times, because others should not be negatively affected by it.</p>	<p>"Ik werk wel eens in een ziekenhuis waar wat verpleegkundigen werken die heel streng christelijk zijn, echt de strange kousen zeg maar. Daar is wel lol, maar minder die synische, zwarte humor."</p> <p>"Er zijn wel verschillende soorten humor op verschillende soorten ICs. Vroeger op de chirurgie IC hadden ze kakkie, poepie, pissie humor. Daar kan je de mensen die daar vandaan komen nog steeds aan identificeren."</p>	<p>"Ik werk wel eens in een ziekenhuis waar wat verpleegkundigen werken die heel streng christelijk zijn, echt de strange kousen zeg maar. Daar is wel lol, maar minder die synische, zwarte humor."</p> <p>"We zitten met de nachtdienst gezellig bij mekaar in een nisje, en dan komt de dag dienst. Iedereen drinkt dan nog ff een kopje koffie mee. Dan gaan we lachen en grapjes vertellen over wat er allemaal in de nacht is gebeurd."</p> <p>"Humor mag nooit ten koste gaan van de zorg. Dus niet zo van lachen, gieren, brullen en de patiënt in de ontlasting laten liggen."</p>	<p>"Als iemand geïrriteerd raakt door mijn alarmen en een snauw geeft, dan reageer ik gewoon heel relaxed, met een grapje. Dat helpt bij sommige collega's wel."</p>
<p>Besides humour, nurses have other ways to cope with their emotions. Examples are: looking at the machinery instead of in the eyes of the family members, taking a moment to share their experiences with colleagues or a special contact person within the department (e.g. a team lead or social worker) or talking about it with their own family and friends after their shift, at home. Throughout the years, nurses get used to all the hectic things they experience at the ICU as well as their own private issues might 'help' them in creating a frame of reference. This way, hectic situations are less impactful for them (i.e. experiencing less negative emotions) or they are better able to cope with their emotions.</p>	<p>"In het begin nam ik nog wel eens dingen mee naar huis. Dat ik dacht van: jeeje, wat is er nu gebeurd? Maar hoe vaker je dingen ziet, hoe meer je er aan went."</p> <p>"Misschien dat je in het begin wat meer betrokken bent... Nu is het een soort professionele betrokkenheid. Tuurlijk zijn er patiënten die je bij blijven, maar de meeste mensen niet."</p>	<p>"Als je echt even wil ontladen ga je vaak eventjes naar de koffieruimte of het medicijnhok om het met je collega te bespreken. Maar er worden soms ook gewoon grapjes gemaakt over situaties, en dat gebeurt ook gewoon op de gang."</p>	<p>"Ik vertel het thuis wel eens, maar niet met ins en outs. Maar gewoon: joh, dit of dat is gebeurd of een jonge gast van dit of dat... Niet met de informatie waarmee je kan leiden naar wie het is."</p>	
<p>Nurses use humour not only for their own wellbeing – to unload and relax – but also for the wellbeing of the patient and family. They make jokes with and for the patients to make them relax and bring some joy in their hospitalization, which entails much tension and uncertainty. Additionally, some nurses experience that patients sleep better if they relax. Nurses need to be able to find the right time for doing so; they should be aware whether one is up for it or not. Elderly are not always keen on it e.g. Some nurses emphasize that their experience taught them to better empathise with the patient and family and to know when it is the right time for making the right joke.</p>	<p>"In de loop van de jaren ontwikkel je een hele set aan grapjes om soms de spanning er eventjes af te halen, om te kijken of je mensen aan het lachen kan krijgen. Dan slapen ze vaak ook wat beter. Is het idee dan, of het echt zo is weet ik niet."</p>	<p>"Ik gebruik zelf ook voor mijn patiënten humor. Om ze positief erdoorheen te slepen. Jij kunt het altijd wel een beetje inschatten. Oudere mensen en streng gereformeerden kunnen het niet altijd waarderen."</p> <p>"Ik probeer altijd wel een lolleje, een vrolijke noot in het geheel te brengen. De mensen hebben al serieuze dingen genoeg. Dat is ook weer je ervaring: ik kijk altijd een beetje hoe een patiënt is."</p>	<p>"Soms hebben patiënten al genoeg gezeik en iedereen zit alleen maar te zeggen dat het zo zielig voor ze is. Op de juiste momenten een beetje humor erin gooien zorgt voor ontspanning, een beetje lucht."</p>	
<p>Besides specifically using humour to distract and make the patient relax, nurses do it as also by having 'normal' conversations with each other at the patient's bedside. Though some nurses mention the rule of not discussing any personal things at the patient's bedside, nurses do not</p>	<p>"De ongeschreven regel is dat je met je collega niet over prive of andere dingen praat als jullie bij een patiënt staan. Maar dat gebeurt natuurlijk wel. Dat</p>	<p>"Soms maak je een lolleje met je collega, als je met zijn tweeën bij de patiënt bent. Dat vind de patiënt vaak ook gezellig."</p>	<p>"Het gebeurt ook vaak dat je met je collega aan het verzorgen bent en dat je over koetjes en kalmpjes staat te praten en daar de patient in betreft."</p>	

stick to it and show chatty behaviour with each other, sometimes involving a non-sedated patient actively in their conversation. A critical point added to this, is whether the nurses do it specifically for distracting the patient or for their own wellbeing.

Family members have to deal with heavy situations, leading to emotions of sadness, anger or uncertainty. These emotions are orally, facially and bodily expressed; e.g. they kneel at the patient's bedside, walk through the corridor with tears or they put a shoulder around each other. It differs per nurse how much room is given to them to express these emotions, whether it is in the patient room, corridor or one of the specially assigned family rooms that is mostly hosted by a volunteer. Some nurses involve the family members a lot e.g., while other nurses are more reserved and act in their own way (i.e. this is how our job looks like or the treatment will be like this).

Family members might behave against a nurse's rules and values by being too involved (e.g. by asking questions and updates constantly), demanding or even aggressive when disagreeing with the (to be taken) medical actions. Some families become known for their unwanted behaviour, leading to nurses who refuse to care for that patient, by expressing this to their colleagues.

Besides being able to cope with their emotions, older and more experienced nurses emphasize they get skilled in dealing with the negative and intense emotions of family members. They experience becoming better in empathising with them, which helps in getting understanding of the impact of a critical ill family member, or they are better able to maintain their boundaries and to act upon that.

komt ook omdat een groot deel van de patiënten gesedeerd is."

"Maar we zijn daar een beetje dubbel in. Aan de ene kant praten we over onze eigen ding omdat we denken dat ze het niet horen, maar aan de andere kant zeggen we wel alles tegen ze wat we doen."

"Voor de familie is dit het ergste wat er gebeurt. Maar voor mij is het werk; ik huil niet mee met de patiënten. Ik zie natuurlijk zo veel dingen, soms ergere dingen in dat geval, en dan denk dit gaat wel goed komen."

"Het is nogal uitzonderlijk dat je familie hebt zonder dat er iets raars is met die familie, of dat er gezeur is. Of dat ze heel dom zijn, of dat ze het te hoog in de bol hebben, zich bemoeien met dingen wat niet moet, wat niet handig is."

"Ik ben wel nog heel erg bewust van de familie en de impact van de IC. Maar oudere collega's die depersonaliseren het soms zo ontzettend dat ze er niet heel erg mee bezig zijn."

"Ik zie en hoor dat familie soms juist kracht krijgt en begrip en steun voelt als je zelf ook een beetje moet... een brok in je keel hebt. Dat mag ook, dat mag er ook zijn. Soms bied ik wel even mijn excuus aan."

"Ik laat families voornamelijk eerst hun emotie uiten. Als ik ertleg hoe het op dat moment gaat, kijk ik tegelijkertijd naar hun reacties. Komt het binnen of komt het niet binnen? As ik zie dat ze emotioneel reageren las ik een pauze in. Anderen houden afstand, en dan ga ik daar op in. Begrip tonen."

X2: "Ik moest een keer aan een familielid vertellen dat z'n broer hersendood was en dat we de behandeling wilden stopzetten. Toen heeft hij me bedreigd. Er waren ook verpleegkundigen die niet meer die patiënt wilden omdat de familie bedreigend was."

"Behalve dat je, door je carrière heen, allerlei ziektebeelden en apparatuur leert, is dat je ziet wat voor impact het ziekzijn heeft op de familie en de patiënt. Misschien komt dat ook door je eigen levenservaring."

"Ik heb veel privé ervaring, en raak er aan gewend. Voor de patiënt is het veel aangrijpender dan voor mij. Maar ik merk dat veel studenten zelf ook die situatie van die patiënt moeilijk vinden. Daar begeleid ik ze dan in."

"Mensen die niet gewend zijn op een IC kijken veel naar de apparatuur en zijn bij elk geluid bang omdat ze denken dat er iets fout is. En dan zeggen wij: schrik maar niet, als we er niet komen aanrannen dan is er niks aan de hand. Soms duurt het wat langer voordat ze het vertrouwen."

"Als ik nieuwe familie heb, leg ik vaak uit wat er om het bed staat. En dan zeg ik ook vaak schrik niet van de geluidjes. Als er echt wat aan de hand is staan er binnen no-time 6 mensen hier. U hoeft me niet te halen, ik hoor alles."

"Kijk, je hebt mensen, die zitten overal bovenop, dat zijn heethoofden. Dan jaag je de familie sneller tegen je in het harnas dan dat je even ustig gaat zitten en de tijd neemt om het uit te leggen. Dan nemen ze het vaak wel van je aan."

"Ik probeer zoveel mogelijk informatie te geven, want heel vaak is het toch onzekerheid bij de familie en de patiënt. En dan geef ik het nog een keer, en nog een keer als men daarom vraagt."

"Ik heb veel privé ervaring, en raak er aan gewend. Voor de patiënt is het veel aangrijpender dan voor mij. Maar ik merk dat veel studenten zelf ook die situatie van die patiënt moeilijk vinden. Daar begeleid ik ze dan in."

ATTITUDE (RISK)

PRACTICES RELATED TO SOCIOCULTURAL DIMENSION: ATTITUDE	Quotes persona 1	Quotes persona 2	Quotes persona 3
<p>The ICU, or healthcare in general, is known for its protocol-based care (i.e. standardisation instead of personalisation). Many of these rules and regulations are coming from the evidence-based medicine. "Evidence based medicine (EBM) is the conscientious, explicit, judicious and reasonable use of modern, best evidence in making decisions about the care of individual patients" (Masic et al., 2008). Though I did not look into the nurses' observed medical actions and decisions in relation to the existing protocols, it is striking that many of their interactions with the machinery and the patient look like a routine. Nurses experience some things like driving a car – it goes automatically – yet they should continually have to remain vigilant. Changing a syringe with medication is routine, e.g., yet the wrong amount of medication can have drastic consequences. Therefore, administering medication is double checked by barcode scanning the medication and patient (to check whether the right medication is given to the right patient) and again checked by colleagues (who have to identify themselves with their badge).</p>	<p>"Zoiets als beademing, dat zit er zo verschrikkelijk in. Maar je denkt er wel bij na, het is niet zoals autorijden. Maar als je het vergelijkt met iemand die net opleiding af is is het voor mij echt wel routine."</p> <p>"Bij het klaarmaken van een spuit moet je opletten dat je het goede spul erin doet en het papierdje goed invult. Maar de rest gaat vanzelf, zoals schaatsen of fietsen."</p> <p>"Bij heel veel geluiden op de IC weet je: oh dat is een bed, of dat is een voedingspomp die alarmeert. Dus als je iets hoort wat je niet thuis kan brengen dan heb je gelijk al zoiets van: wat kan dit zijn?"</p> <p>"Je hebt meestal niet de tijd om alle protocollen door te lezen, dat zijn er natuurlijk zo veel! Dus ik vraag het aan collega's. En als je op een gegeven moment ergens langer werkt dan weet je ook wel een beetje wat wel en niet kan en mag."</p> <p>"Het lastigste wennen voor mij zijn elke keer de computersystemen. Die zijn overal anders. Het wordt helemaal lastig als ik de computer niet openen omdat ik geen badge heb."</p> <p>X2: "Administratie in HIX is zo omslachtig. Je moet echt een cursus volgen om hiermee om te gaan. Op papier was het beter."</p>	<p>"Het ochtendronkje bij de patiënt. Daar was ik vroeger wel eens een half uur mee bezig. Tegenwoordig heb je in 5 minuten alles gecheckt."</p> <p>"In het begin ben je heel erg bezig met alles om een patiënt heen. De apparaten om je patiënt heen, de dingen aan mekaar koppelen; ik zie dat, dus het zal wel dat. Er is veel wat je moet leren."</p> <p>"'s Nachts zeg ik wel tegen collega's dat ze te luidruchtig zijn, maar overdag vind ik dat lastig. 's Nachts kun je ze op het nachtprotocol wijzen."</p>	<p>"Hier op de IC doen we ongeveer iedere 2 uur een controle rondje. Dus dan ga je bij de patiënt naar binnen en alles checken."</p>
<p>Nurses need to continuously report taken medical actions and updates about the patient's status in the patient data management system (PDMS), which is installed on the computers at the nursing desks and patient rooms. The system documents "important measurements of the patient's bodily functions and bundles written logs of the ICU team, treatment goals, planning and checklists" (Salomé, 2018). Many nurses find the digital reportage cumbersome; the system is very complex, containing many functionalities. It depends greatly on the business of their shift whether a nurse has time to administer from time to time or mainly in the end of the shift. Some nurses express having concentration issues while reporting, especially in the end of the day; they are tired, want to go home, or are still being disturbed by their colleagues. Nurses find it quite difficult to interpret the business of the day and what might come next. It depends highly on the 'stability' and treatment of the their own and each other's patients – e.g. some patients need to follow a whole program of bodily exercises, others are stable and need rest. Since situations can change unexpectedly, nurses try to plan and work ahead – e.g. they already prepare the room for another patient coming in, or they wisely take a break before it is too late. They are aware of the fact that their plans need to be changed, not only because of a change in a patient's status but also due to the availability of other colleagues (e.g. a doctor is only available for a certain intervention during 'rest hour' of the patient). Some nurses reported having a bad day when constantly being overtaken by events or when not being able to do the things they wanted</p>	<p>"Het is hollen of stilstaan. Je moet altijd op je hoede zijn en vooruit denken. Je denkt wel eens van dat doe ik straks wel, maar wel zo van: over 5 minuten kan het een hele andere situatie zijn."</p> <p>"De bedrijvigheid is vele malen hoger in ICU Y dan in ICU X. Er moet veel meer. Er is altijd wel iemand die uit bed moet, of verschoond moet worden, of op transport voor een scan. Of er moeten interventies</p>	<p>"Sinds het onderzoek wordt het rustuurtje iets strakker gehanteerd; meer controle erop. Maar ook dat gebeurd niet altijd weer. Niks is altijd. Er wordt wel vaak naar gestreefd, maar heel vaak zijn er dan weer acutere situaties, of het plaatsen van een trach in de middag, of de patiënt moet opeens naar een CT scan."</p> <p>"In ICU X is een rustigere sfeer. Je komt uitgeruster thuis. Hoewel ik ICU Y toch ook wel erg aantrekkelijk vind vanwege die hectiek. Instabiele patiënten, hoog complexe situaties, weer beter maken."</p> <p>"Als ik een fijne, lekkere dag heb gewerkt heb ik lol gehad, spanning, een dynamische dag waar wel wat gebeurd, maar ook een stukje rust. Daar wil ik dan een balans in."</p>	<p>"Als het stiller is, dan kan je even je rust momentje pakken, even een kopje koffie drinken of wat dan ook. Je weet nooit of het 5 minuten later nog kan."</p> <p>"Het ligt het eraan hoe je patiënt eruit ziet en hoe druk je het de rest van de dag hebt. De ene diens heb je een hele uitdagende, instabiele patiënt waarmee je de hele dag bezig bent. De andere dienst heb je een patiënt die er, als je hem gewassen hebt</p>
<p>to do (i.e. not satiated feeling, or feeling you've fallen short to the patient, family or colleagues).</p>	<p>plaatsvinden. Dat er een lijn uit en in moet, wat de dokter moet doen."</p>	<p>en visite heb gelopen, in bed ligt. Dan doe je je controles en dat is het."</p>	<p>en visite heb gelopen, in bed ligt. Dan doe je je controles en dat is het."</p>
<p>Though nurses might experience work pressure and difficulties with providing rest for their patient due to the uncontrollable state of affairs, nurses also like this dynamic atmosphere and thrill of the day – a day is never the same! A balance in stress and peace throughout their shift might be preferred. Stress makes nurses alert, it drives them to stabilize critical situations – they might be proud on themselves and their team when provided the best critical care as possible. Peace gives them time to take (personal) care of patients, families, colleagues and themselves.</p>	<p>"Als je natuurlijk allemaal technische ingewikkelde dingen doet, dan is het soms ook wel weer eens prettig om gewoon normale, minder ingewikkelde dingen te doen, zoals het wassen van de patiënt. Net zoals het vroeger prettig was om een beetje minder ingewikkelde patiënten op je afdeling ook te hebben. Dat het een beetje verdund."</p>	<p>"Ik wou altijd op de ambulance, want ik dacht: dat is echt heel spannend. Maar dat is wel weer veranderd, want het is vooral ritjes heen en weer, tussen ziekenhuizen. De echte spanning heb je hier meer dan op de ambulance."</p> <p>"In ICU X is een rustigere sfeer. Je komt uitgeruster thuis. Hoewel ik ICU Y toch ook wel erg aantrekkelijk vind vanwege die hectiek. Instabiele patiënten, hoog complexe situaties, weer beter maken."</p> <p>"Als ik een fijne, lekkere dag heb gewerkt heb ik lol gehad, spanning, een dynamische dag waar wel wat gebeurd, maar ook een stukje rust. Daar wil ik dan een balans in."</p>	<p>"Ik vind de uitdagende casussen altijd wel leuk. Maar het zou niet goed zijn als het hele dagen zo zou zijn; de boog hoeft niet altijd gespannen te zijn. Het is ook wel eens leuk om het met een wat rustigere casus af te wisselen."</p>
<p>Nurses need to set their alarm limits at the beginning of their shift. One or more of the following (contextual) factors are of influence when doing so: the trend/stability of the patient (e.g. the patient's progress in the past shift), whether it is a day/evening/night shift (i.e. what will be the perceived business?), familiarity with the patient (i.e. already taken care of him or not?), and lastly, their experience. So every nurse set the limits to their own discretion. Different drivers are visible. Some nurses, especially the older, more experienced ones, experience the sounds as really irritating for themselves (it comes in their allergy), so they put the alarm limits broad. Some nurses are irritated by the alarms as well, but they reason it also from their patient's or colleagues' (i.e. less from their own displeasure). They aim for limiting the alarms so that colleagues are also not being disturbed by the alarms. Younger, less experienced nurses seem to be less irritated by the alarms or they are even not aware of their disturbance. They might have the urge to limit their alarms for the patients or colleagues, but they also rely a lot on these alarms (more than their older colleagues); they need the alarms to be or even get in control of the patient.</p>	<p>"Ik ben wel wat gevoeliger dan anderen volgens mij, voor onnodige herrie."</p> <p>"In het algemeen wordt wel gezegd dat het voor de patiënt zo rustig mogelijk moet zijn. Maar ik vind dat er in de praktijk erg weinig naar gehandeld wordt. Er is veel overbodige herrie in de kamers."</p> <p>"Door het nachtprotocol werd je meer bewust van wat je allemaal doet 's nachts.</p>	<p>"Je wordt er ook wel eens op gewezen door je collega's. Als er dan weer een alarm van je afgaat, zo van: joh doe er eens wat aan. Dan denk je: oh wacht ff, ik moet er actie onder zetten. Dan moet je je grens wat bijstellen of wat anders."</p> <p>"Ik probeer mijn leerlingen heel erg ertover na te laten denken van: wat stel je nu eigenlijk in? Waarom wil je dan gealarmeerd worden? En wat is de consequentie als je niet gealarmeerd wordt?"</p> <p>"Ik denk dat we over het algemeen allemaal wel een beetje hetzelfde werken, dus dan verander je niet zo gek veel aan die alarm grenzen aan het begin van je dienst. Maar soms denk je: dit vind ik wel heel erg laag staan, ik wil eerder gealarmeerd worden. Dus dan stel je die grenzen bij."</p>	<p>"Ik wil niet zeggen dat ze onnaauwkeuriger worden, absoluut niet, iedereen zou daar zijn eigen redenen voor hebben. Maar het valt inderdaad wel op dat als ze meer ervaring hebben ze het wat ruimer zetten."</p> <p>"De instabiliteit van de patiënt maakt dat we geluiden krijgen. Want we hebben de alarm instellingen zo begrensd dat we dan een alarm krijgen."</p> <p>"Het is niet dat ik minder tegen het geluid kan, ik wil juist zorgen dat patiënten die bij bewustzijn zijn dan ook kunnen slapen, want dat is gewoon heel belangrijk. Dan ga ik bijvoorbeeld de alarmen wat beperken; voor hun meer, niet zozeer voor mij."</p>
<p>The effort for reducing sounds in the ICU differs per ICU and individual. Not all ICUs have clear protocols for doing so – there might be unwritten rules that you give the patient rest as much as possible – yet there are many contextual factors that make it difficult to do so (e.g. the dynamic nature of the ICU, sounds that are inherent in the medical devices and the set-up of the department). Additionally, nurses differ in their efforts of reducing sounds – some are trying their best to do so, but others do not see it as an issue (e.g. they value their socials needs higher than that of being quiet for the patient, or they are simply not aware of it). Nurses do point out to each other to talk quietly or to work on their alarm limits, but these actions are often taken to change a specific situation (i.e. in that</p>	<p>"Ik ben wel wat gevoeliger dan anderen volgens mij, voor onnodige herrie."</p> <p>"In het algemeen wordt wel gezegd dat het voor de patiënt zo rustig mogelijk moet zijn. Maar ik vind dat er in de praktijk erg weinig naar gehandeld wordt. Er is veel overbodige herrie in de kamers."</p> <p>"Door het nachtprotocol werd je meer bewust van wat je allemaal doet 's nachts.</p>	<p>"De ene collega is bewuster met geluid van ons op de gang bezig dan de ander. Ik heb zelf zoiets van: als het kort geluid is dan is dat wel oke, maar als het langdurig is, dan probeer ik collega's erop te wijzen of ik doe de deur dicht. Soms vraag ik ook aan de patiënt: heeft u er last van?"</p> <p>"Ik moet zeggen dat het wel af en toe weer een beetje wegsluimert, het nachtprotocol... Dan moeten mensen weer</p>	<p>"Het is niet dat ik expres ga fluisteren op de box omdat anders de patiënt het zou kunnen horen. In het dagelijks leven wordt er ook gewoon gesproken, dus ik zou niet weten waarom het hier niet zou kunnen."</p>

<p>time it might help, but the next day it might be loud again). A commonly agreed goal seems to be missing.</p>	<p>Nu denk je: laat ik dat opentrekken van de dialyse zakken maar buiten de kamer doen. Dat maakt een lawaai! Maar als je daar niet bewust van bent...."</p> <p>"Als je continu uit je slaap gerukt wordt, ben je ook niet te genieten overdag. Dus ik kan me heel goed voorstellen dat als een patiënt geprikkeld wordt door heel veel geluiden dat dat echt z'n neerslag heeft in hoe je op de dag kan functioneren."</p> <p>"We zijn wel eens te luidruchtig. En ook in de nachtdienst. Je bent wel met collega's, je maakt lol. Dat gaat voor denk ik dan 'ik moet denken om de patiënt'."</p> <p>"Jonge mensen kunnen veel makkelijker het geluid over zich heen laten gaan. Zo van, laat maar gaan. Die groeien daar misschien ook mee op, die gaan natuurlijk ook naar al die festivals en hardcore, en weet ik het allemaal."</p>	<p>her opgeroepen worden, van: ohja nachtprotocol."</p> <p>"Oudere collega's worden snel uit, ook van de anderen."</p>	
<p>Some ICUs have clear guidelines that aim for sound reduction: P4 and P5 have a night protocol. The rules are written on an A4-sized protocol. When introduced, it was shared in the team digitally and orally (i.e. clinical lessons). Especially in the beginning, the team checked and controlled each other; they pointed out to someone when he or she made too much noise. In this case, they did not have to bring it from a personal perspective. They could rely on the common goal they agreed on: a protocol that is based on fundamental research to sound reduction, conducted by one of their colleagues. This might make it easier to criticise a colleague's behaviour.</p> <p>The night protocol have led to awareness and, from time to time, behavioural change among nurses. However, over time, the night protocol have been fading a bit to the background. This might be explained by the fact that nurses have been getting quite some freedom in to what extent they act in alignment with the night protocol's rules. So in that sense, the rules have been interpreted as guidelines rather than written rules that should be strictly followed.</p>			
<p>Nurses have different reaction patterns when a yellow alarm (low priority) sounds from the monitoring devices. Generally speaking there are two patterns (and of course there are many variations due to the dynamic circumstances): (1) pause the alarm on the monitor and, if deemed important, find and take away the cause, or (2) find and take away the cause, if deemed important, in order to take away the alarm (and otherwise, pause the alarm).</p> <p>It seems that the first pattern is often followed by nurses who are 'allergic' for sounds (i.e. the older, more experienced nurses; they immediately want to get rid of it. The second pattern is often followed by the younger, less experienced nurse by working on the cause, they can immediately hear and/or see whether it takes away the sound or not. When nurses do not act upon a sound (i.e. not going into the room and find the cause; just turning off the alarm), they need to know the risk of</p>	<p>"Je komt wel eens een kamer binnen waar alles tegelijkertijd staat te piepen. Sommige mensen kunnen daar toch nog een soort van mee doorwerken, maar ik houd daar niet van. Er moeten dan even wat geluiden uit."</p> <p>"Ik heb echt wel eens dat ik dan zeg van: goh kan je even op het knopje drukken? Dat ik denk van: gooi dat ding uit!"</p> <p>W,"Als je geluid hebt krijg je gelijk multi geluid. Dan sta ik binnen dat alarm op te lossen, blijft m'n pieper zeuren dat ik een</p>	<p>"Stel dat 24 aan de bel trekt, en op een gegeven moment druk je hem in je zak telkens weg. Maar als mijn patiënt zelf ondertussen ook belt, dan zal ik dat dus niet zien. Omdat ik blijf wegdrücken in mijn zak."</p> <p>"Je wil eigenlijk als het druk is alleen de alarmen horen als je echt wat moet doen. Je wil niet al die overbodige alarmpjes horen. Dat geeft alleen maar onrust. Op een gegeven moment ga je niet meer kijken."</p>	<p>"In je nisje zie je wat voor alarm het is. Vaak loop ik dan naar binnen en dan kijk je even en dan kan je hem hier zo gelijk of daar zo uitdrukken en dan kan je verder kijken."</p> <p>"Wat ik vaak als eerste doe is kijken: wat heeft de eerste aandacht nodig? Als er een spuit leeg is met bloeddrukmedicijnen die heel hoog loopt, dan moet je die als eerste verwisselen. Dan is dat alarm van die monitor dan even jammer."</p> <p>"En zijn collega's die het geluid meteen</p>

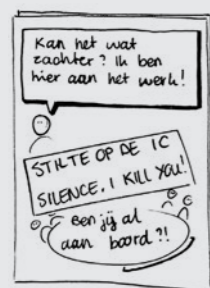
<p>doing so (i.e. how much harm can it cause?). But again, it depends on one's characteristics or experience how he or she assesses the risk – the one is just more a control freak than the other or somebody still needs to gain trust and experience in connecting the dots (i.e. they rely more on alarms and confirmation than on intuition and the feeling of being in control).</p> <p>Sometimes, nurses broaden their alarm limits in order to make them sound less quickly.</p>	<p>alarm heb. En mijn monitor geeft aan dat ik een alarm heb. En het apparaat geeft ook nog aan dat hij een alarm maakt."</p> <p>"Bij alle alarmen moet je wel een soort van actie ondernemen vind ik. Ik druk 9 van de 10 keer eerst dat alarm uit en dan ga ik kijken wat er aan de hand is. Wat alarmeert er nou en kan ik het aanpassen ja of nee of moet ik het oplossen waardoor dat alarm dus overgaat."</p> <p>"Je kunt wel heel makkelijk op een knopje drukken maar je moet wel weten waarom je het wegdrückt. Anders wordt het wel een beetje een gevaarlijke toestand."</p>	<p>"In de dag ben je vaak weg, artsensite of, je collega's moeten dan extra opletten. In de nacht ben je er continu bij, in je nisje. Dan heb je gewoon de ruimte om de grenzen iets ruimer in te stellen."</p>	<p>weg drukken, en dan interpreteren ze waar het geluid vandaan komt. Bij hun kan het zo snel in de allergie schieten, geluid is irritant, in plaats van geluid betekent dat er iets aan de hand is"</p> <p>"Het kan soms best wel veel tegelijk zijn. Dan moet je denken: wat is het geluid, waar hoort het bij en welke is dan dus... en dat kun je gelukkig meteen op de monitor zien, zo van: oke, ow het is de bloeddruk, ow het is de beademing."</p>
<p>Compared to the older and more experienced nurses, younger and less experienced nurses are more consciously interacting with the medical devices surrounding the patient. They need to get attuned with the device, i.e. set it right and getting an understanding of its connectedness with the world (i.e. its alarm is ringing because of this or that is happening with the patient). The device is present-at-hand: the nurse interacts with it consciously, it is the "terminus of their experience" (Verbeek, 2006). Over time and experience, nurses get attuned with these medical devices and know their interconnectedness within the context; the devices become an extension of the nurse. This 'ready-to-hand' state of the device enables the nurse to derive the attention from the machinery to the patient (e.g. they use their clinical view more) (Verbeek, 2006).</p>		<p>"Je hoort alles, al het geluid wat anders is dat hoor je ook, en je ziet natuurlijk ook alles. Je patiënt, daar kijk je ook altijd naar, de hele dag door. Ze noemen dat je klinische blik."</p>	<p>"Meestal kijk ik wel om de minuut of frequent eventjes op het beeldscherm om te kijken of het allemaal klopt. Als ik bijvoorbeeld in mijn misje zit, koffie te drinken, dan gaat dat in een oogopslag."</p> <p>"Hier liggen ze aan alles en je ziet alles. Als er iets verandert, kunnen we al heel snel erop inspelen. Op de verpleegafdeling niet. Ik vind het fijn dat je alles in beeld hebt."</p> <p>"Ja en dan de hele dag door, want als je een instabiele patiënt hebt, dan kijk je steeds naar de patiënt. Je kijkt naar alle monitoren eromheen en alle apparatuur, en daar lees je dingen vanaf."</p>

G IDEATION SPARK POSTER

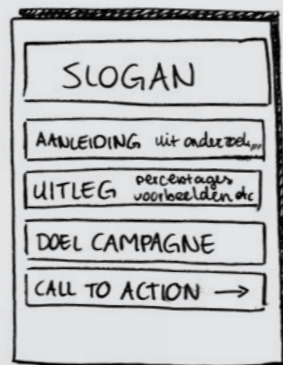
Posters from: SIRE. (n.d.). Campagne overzicht. Retrieved March 10, 2019, <https://sire.nl/campagne-overzicht/jaren/10/items>



- SIRE CAMPAIGNS CONTAIN:
- A short but powerful slogan
 - A touchy image: a photo of a person or context, or a visualization
 - A personal anecdote from the person on the picture
 - An (ironic) question addressed to the receiver (often in first person, I or we, or second person, you)
 - A call to action addressed to the receiver: to think about the topic, to change your behaviour, or to go to a website for more information and tips and tricks
 - A bit of background information, supported by facts



X 1 MINUUT
STILTE OP DE
INTENSIVE CARE



De maatschappij... dat ben jij!
 Geluiden op de IC... dat zijn wij
 Stiltegenieters. Hoe gaan we ermee om?
 Je bent een rund... als je met geluiden stunt.
 We hebben soms een iets- te kort lontje... in ons ICtje
 Ben jij er ook zo een, die alles oplost met 1 druk op de knop? ^{Wijnt}
 Stigmatiseren, wie bent u? Denk ruimer dan in ...
 Tolerantie. Daar knapt de hele IC van op.
 Pas op. Stiltegenieter.
 Pas op. Alarmgenieter.
 Geluiden. Welk verschil maakt jij?
 Stilte. Wat is dat eigenlijk?
 Stilte. Ook jij bent er verantwoordelijk voor
 Geluidsbawust. Het nieuwe milieubewust