

Verpleegkundigen aan zet

Een onderzoek naar de voorwaarden van Shared Governance binnen verpleegkundige teams.

Naam: M.F.H.A Engels

Studentnummer: s4116313

Datum: december 2017

Opleiding: Bestuurskunde

Master: Organisatie en Management van het Openbaar Bestuur

Instelling: Radboud Universiteit Nijmegen

Beoordelingscommissie dr. M.E. Honingh & dr. C.J. Lako

Onderzoeksorganisatie: VieCuri Medisch Centrum Venlo

Begeleiders: Nastasja Cornelissen & Lotte Verdellen



Radboud Universiteit



Voorwoord

Met het voltooien van deze masterthesis ben ik aan het einde gekomen van mijn opleiding Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. De ervaringen en mooie herinneringen die ik opgedaan heb tijdens mijn studietijd zullen mij blijven, ik ben klaar voor de volgende stap. De masterthesis die nu voor u ligt, is de afsluiting van een lange weg die ik heb afgelegd. Ondanks alle hobbels en tegenslagen die ik heb ervaren tijdens het schrijfproces ben ik opgelucht, trots en blij de resultaten te mogen presenteren.

Ik wist heel goed waar mijn masterthesis over moest gaan: een onderzoek gericht op de zorg, het liefst binnen een ziekenhuis. Dus ben ik op zoek gegaan naar een leuke afstudeerstage. Binnen VieCuri Medisch Centrum vond ik deze. Shared Governance staat in Nederland nog in de kinderschoenen en VieCuri is een van de voorlopers. Enthousiast heb ik deze uitdaging met beide handen aangepakt. Ik wil mijn dank uitspreken naar de respondenten voor hun medewerking en openhartigheid, zonder hen had dit onderzoek niet tot stand kunnen komen. Daarnaast wil ik alle collega's binnen VieCuri, die mij op welke manier dan ook geholpen hebben met onderdelen van het onderzoek, bedanken. Een speciaal dankwoord gaat uit naar Nastasja Cornelissen en Lotte Verdellen voor de mogelijkheden die ze mij geboden hebben, hun begeleiding en ondersteuning tijdens mijn stageperiode.

Verder wil ik mijn scriptiebegeleider, dr. M.E. Honingh, heel erg bedanken voor het vrijmaken van tijd tijdens de gehele periode, voor het geven van zinvolle feedback en voor het meedenken en ondersteunen op momenten dat ik door de bomen het bos niet meer zag.

Tot slot wil ik mijn ouders en Roel bedanken voor hun eindeloze geduld, steun en vertrouwen. Zonder hen had ik dit proces niet succesvol ten einde kunnen brengen.

Dan rest mij alleen nog maar te zeggen: veel leesplezier.

Maud Engels

Maasbree, december 2017

Samenvatting

Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren dat ze weinig invloed hebben op het zorgbeleid van de organisatie waar ze werken. Shared Governance moet hier iets aan veranderen. Het gaat over het creëren van een gedeelde verantwoordelijkheid binnen een ziekenhuis, waarbij alle beroepsgroepen in hun eigen kracht bijdragen. Het vraagt van verpleegkundigen leiderschap en geloof in de kracht van de eigen beroepsgroep. Veel onderzoek is gericht op de invloed van Shared Governance op andere variabelen, zoals werkstress en medewerkerstevredenheid. Onderzoek naar variabelen die van invloed zijn op Shared Governance is beperkt. Om die reden wordt in dit onderzoek vastgesteld welke voorwaarden bijdragen aan Shared Governance binnen verpleegkundige teams.

Om dit vast te stellen zijn voorwaarden voor Shared Governance uit de literatuur onttrokken. Allereerst is vastgesteld wat Shared Governance inhoudt en hoe het zich uit binnen verpleegkundige teams. Deze vier uitgangspunten van Shared Governance (samenwerking, gelijkwaardigheid, aanspreekbaarheid en eigenaarschap) zijn gebruikt om te achterhalen wat een team nodig heeft om daadwerkelijk te komen tot Shared Governance. Dit heeft geleid tot vier verklarende variabelen, empowerment van de verpleegkundigen, decentrale werkwijze binnen het team, intrinsieke motivatie van verpleegkundigen en proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team, die elk bestaan uit verschillende voorwaarden. In dit onderzoek is ervoor gekozen om de focus op zachte voorwaarden te leggen, waarbij het gaat om de cultuur van een team. Als controle variabelen zijn nog enkele harde factoren meegenomen, zoals teamsamenstelling, man-vrouwverhouding, werkervaring en ziekteverzuim.

Voor de empirie zijn vijf standaard verpleegafdelingen van VieCuri Medisch Centrum onderzocht: Maag Darm Lever, Longgeneeskunde, Cardiologie, Chirurgie en Urologie. Aan de hand van een vragenlijst, interviews met verpleegkundigen en teamleiders en een documentanalyse van het medewerkerstevredenheidsonderzoek zijn resultaten verzameld, waarmee vast is gesteld wat de mate van Shared Governance was binnen de verpleegkundige teams en is getoetst in hoeverre de voorwaarden uit de literatuur aanwezig waren binnen de afdelingen. Uit de analyse komt naar voren dat op de afdeling Longgeneeskunde als enige daadwerkelijk sprake is van Shared Governance. Op de andere afdelingen is dit nog niet het geval. Ook komt naar voren dat Longgeneeskunde het best scoort op de aanwezigheid van de voorwaarden. Na verdere analyse en

door de verschillende afdelingen met elkaar te vergelijken, blijkt dat er mogelijke positieve relaties zijn met de mate van Shared Governance. Zo blijkt dat een decentrale werkwijze binnen een team een belangrijke voorwaarde is. Daarnaast worden de voorwaarden autonomie, competentie en participatie gezien als mogelijke verklaringen voor de mate van Shared Governance binnen de teams. Ook teamgrootte en werkervaring van de verpleegkundigen lijken belangrijk te zijn voor de mate van Shared Governance. Aan de hand van de resultaten blijkt dat de centrale vraag van het onderzoek ‘In hoeverre dragen de voorwaarden uit de literatuur daadwerkelijk bij aan de mate van Shared Governance binnen verpleegkundige teams?’ beantwoord kan worden. Met enige voorzichtigheid kan gesteld worden dat de voorwaarden uit de literatuur bij kunnen dragen aan de mate van Shared Governance binnen een team.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	6
1.1 Probleemstelling	7
1.2 Relevantie	7
1.3 Het onderzoek	8
1.4 Leeswijzer	8
2. Theoretisch kader	9
2.1 Shared Governance	9
2.1.1 Definitie	9
2.1.2 Theoretische basis	10
2.1.3 Shared Governance in de praktijk	12
2.2 De vier uitgangspunten van Shared Governance	12
2.2.1 Samenwerking	13
2.2.2 Gelijkwaardigheid	17
2.2.3 Eigenaarschap	19
2.2.4 Aanspreekbaarheid	21
2.3 Afronding	24
3. Methodologisch kader	25
3.1 Mixed Methods	25
3.2 Conceptueel model en onderzoeksmethoden	25
3.3 Casusselectie	27
3.4 Operationalisatie	28
3.4.1 Shared Governance	28
3.4.2 Voorwaarden Shared Governance	29
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	34
3.6 Resultaten en analyse	35
3.7 Afronding	35
4. Resultaten	36
4.1 Beschrijvende gegevens	36
4.2 Shared Governance	38

4.3 Voorwaarden	39
4.3.1 Maag, Darm, Lever	40
4.3.2 Longgeneeskunde	51
4.3.3 Cardiologie	65
4.3.4 Chirurgie	77
4.3.5 Urologie	90
4.4 Afronding	103
5. Analyse	104
5.1 Casussen in vergelijking	104
5.1.1 Mate van Shared Governance	104
5.1.2 Voorwaarden Shared Governance	105
5.2 Relatie voorwaarden en Shared Governance	109
5.3 Afronding	111
6. Conclusie	112
6.1 Antwoorden deelvragen	112
6.2 Antwoord centrale vraag	114
6.3 Reflectie	114
7. Literatuurlijst	117
8. Bijlagen	125
8.1 Origineel IPNG-instrument	126
8.2 Aangepaste en vertaalde versie van het IPNG-instrument	133
8.3 Interviewguide verpleegkundigen	141
8.4 Interviewguide teamleiders	144
8.5 Overzicht respondenten	147

1. Inleiding

Verpleegkundigen zijn de mensen die het dichtst bij de patiënten staan en dagelijks bezig zijn met zorgen. Maar toch ervaren verpleegkundigen en verzorgenden dat ze weinig invloed hebben op het zorgbeleid van de organisatie waar ze werken. Verpleegkundigen zijn de ervaringsdeskundigen en weten wat het beste is voor de patiënten. Voor de beste zorg dienen verpleegkundigen betrokken te worden bij het creëren van beleid dat gericht is op hun werkveld (V&VN, 2017).

VieCuri Medisch Centrum (verder: VieCuri) is gestart met een project genaamd Shared Governance. Dit is een concept dat in Nederland wint aan populariteit. Shared Governance gaat over het creëren van een gedeelde verantwoordelijkheid binnen een ziekenhuis, waarbij alle beroepsgroepen in hun eigen kracht bijdragen. Dit vraagt van verpleegkundigen dat ze meer leiderschap tonen en dat ze durven te geloven in de kracht van de eigen beroepsgroep (CC Zorgadviseurs, n.d.; Persoonlijke communicatie, 2016; V&VN, 2017). Shared Governance is het nemen van de juiste beslissing door de juiste persoon op de juiste plaats voor het juiste doel (O'May & Buchan, 1999; Porter-O'Grady, 2006). Om er voor te zorgen dat dit gebeurt, vraagt Shared Governance om “een werkomgeving waar verpleegkundigen optimaal tot hun professionele recht komen, opdat zij maximaal bijdragen aan cliënten/patiëntenzorg, waardoor de kwaliteit van de zorg toeneemt” (Peppel, 2015). Shared Governance kent aspecten van delegatie en deregulering. Van verpleegkundigen wordt meer zelfstandigheid verwacht. Ze dienen verantwoordelijkheid te nemen in hun werk. Door delegatie van bevoegdheden krijgen verpleegkundigen mogelijkheden om mee beslissingen te nemen, mee te praten en hun beroepsgroep te vertegenwoordigen. Op deze manier worden ze gelijkwaardige partners in een horizontaal overlegmodel binnen de organisatie (Kapteyn, 2001; Van Delden, 2009).

Binnen VieCuri wordt toegewerkt naar Shared Governance, daarom is het relevant om na te gaan welke factoren nodig zijn voor een werkomgeving waar verpleegkundigen optimaal tot hun professionele recht komen. Wat hebben verpleegkundigen nodig binnen een team om te komen tot Shared Governance? In dit onderzoek worden voorwaarden voor Shared Governance uit de literatuur getoetst om te zien of ze wellicht een verklaring vormen voor verschillen in de mate van Shared Governance op de verschillende afdelingen binnen VieCuri.

1.1 Probleemstelling

De doelstelling van dit onderzoek luidt: Inzicht verkrijgen in de voorwaarden binnen verpleegkundige teams om te komen tot Shared Governance, teneinde de verschillen in de mate van Shared Governance in verpleegkundige teams mogelijk te kunnen verklaren.

De centrale vraag van dit onderzoek luidt: In hoeverre dragen de voorwaarden uit de literatuur daadwerkelijk bij aan de mate van Shared Governance binnen verpleegkundigen teams?

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden, is deze opgesplitst in verschillende deelvragen. De deelvragen van dit onderzoek luiden als volgt:

1. Wat is in de literatuur bekend over Shared Governance?
2. Wat is in theorie nodig om te komen tot Shared Governance binnen verpleegkundige teams?
3. In hoeverre is er sprake van Shared Governance binnen de verpleegkundige teams in VieCuri?
4. Welke factoren verklaren de verschillen in Shared Governance tussen de verpleegkundige teams in VieCuri?

Shared Governance kent vier uitgangspunten: samenwerking, gelijkwaardigheid, aanspreekbaarheid en eigenaarschap (Porter-O'Grady, 1992). Op basis van deze uitgangspunten wordt in dit onderzoek voorwaarden waaraan verpleegkundige teams dienen te voldoen om te komen tot Shared Governance, onttrokken uit de literatuur. Deze voorwaarden richten zich op de verankering van Shared Governance in de cultuur van de verpleegkundige teams en worden getoetst in de praktijk door ze in verband te brengen met de daadwerkelijke mate van Shared Governance binnen verpleegkundige teams. Zo wordt nagegaan of deze voorwaarden wellicht de verschillen in mate van Shared Governance in verpleegkundige teams kunnen verklaren.

1.2 Relevantie

Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant, omdat het bijdraagt aan de theoretische ontwikkeling van Shared Governance. In de Verenigde Staten is veel onderzoek gedaan naar Shared Governance en de invloed hiervan op thema's als medewerkerstevredenheid, werkstress, betrokkenheid en verloop van werknemers. In al deze onderzoeken wordt Shared Governance benaderd als de onafhankelijke variabele. Onderzoek naar factoren die van invloed zijn op Shared Governance, waarbij Shared Governance de afhankelijke variabele in het onderzoek is, is schaars. Dit

onderzoek is een eerste stap in de richting in het duiden wat binnen een verpleegkundig team nodig is om te komen tot Shared Governance.

De voorwaarden van Shared Governance uit de literatuur worden in dit onderzoek getoetst om te zien of ze wellicht verklaren hoe het kan dat de mate van Shared Governance verschilt op de afdelingen. Hierdoor wordt inzicht verschaft over voorwaarden die binnen verpleegkundige teams van invloed zijn op de mate van Shared Governance in de praktijk. Deze voorwaarden richten zich op zachte factoren, de cultuur binnen de verpleegkundige teams. Wanneer blijkt dat invloed van deze zachte factoren op de mate van Shared Governance gering is, wordt duidelijk dat VieCuri moet sturen op andere factoren, bijvoorbeeld harde factoren als teamsamenstelling. Dit onderzoek draagt daarmee bij aan de mogelijkheid om verpleegkundige teams zodanig in te richten dat ze functioneren volgens de Shared Governance gedachte.

1.3 Het onderzoek

Om de centrale vraag van het onderzoek te beantwoorden, is gebruik gemaakt van een literatuurstudie en empirische studie. Uit de literatuur zijn voorwaarden onttrokken die binnen een verpleegkundig team noodzakelijk zijn om te komen tot Shared Governance. De empirische studie is vormgegeven in een vergelijkende casestudy met vijf verpleegafdelingen van VieCuri. Op de afdelingen is een vragenlijst afgenomen om vast te stellen wat de daadwerkelijke mate van Shared Governance is. Daarnaast zijn interviews georganiseerd met verpleegkundigen en teamleiders om een beeld te vormen van de aanwezigheid van de voorwaarden die in de literatuur naar voren kwamen als noodzakelijk om te komen tot Shared Governance. Tot slot zijn de resultaten van de vijf cases met elkaar vergeleken en is er antwoord gegeven op de centrale vraag van het onderzoek.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk twee vormt het theoretisch kader en geeft antwoord op de eerste twee deelvragen. Hier wordt ingegaan op het begrip Shared Governance en de daar bijbehorende voorwaarden. In hoofdstuk drie, het methodologisch kader, worden de onderzoeksmethoden en technieken van dit onderzoek weergegeven. Hoofdstuk vier geeft de resultaten per casus weer en geeft antwoord op de derde deelvraag. In hoofdstuk vijf worden de casussen geanalyseerd en met elkaar vergeleken en wordt antwoord gegeven op de laatste deelvraag. Tot slot wordt in het zesde hoofdstuk een conclusie geformuleerd door antwoord te geven op de centrale vraag van het onderzoek, tevens wordt kritisch gereflecteerd op het onderzoek.

2. Theoretisch kader

Om inzichtelijk te krijgen welke voorwaarden noodzakelijk zijn om te komen tot Shared Governance, wordt eerst vastgesteld wat Shared Governance precies inhoudt. Daarna kan antwoord worden gegeven op de tweede deelvraag: Wat is volgens de theorie nodig om tot Shared Governance te komen binnen een verpleegkundig team? Met het beantwoorden van deze twee vragen wordt het theoretisch raamwerk gecreëerd dat vervolgens in de praktijk wordt getoetst.

2.1 Shared Governance

2.1.1 Definitie

Shared Governance is voortgekomen uit organisatie-, management en sociologische theorieën in de jaren '70 van de vorige eeuw. In de jaren '80 vond Shared Governance zijn weg binnen de verpleegkundige praktijk (O'May & Buchan, 1999; Porter-O'Grady, 1992; Swihart & Porter-O'Grady, 2006). Het is een gedecentraliseerde werkwijze die verpleegkundigen meer autoriteit en controle geeft over hun beroepspraktijk en werkomgeving (O'May & Buchan, 1999). Porter-O'Grady (2006) staat bekend om zijn uitgebreid onderzoek naar Shared Governance en wordt gezien als een van de grondleggers van het concept Shared Governance. Hij beschrijft de kern van Shared Governance als het neerleggen van de beslissingsbevoegdheid bij de mensen die het meest beïnvloed worden door de beslissingen: "The right decision, the right person, the right place, for the right purpose" (Porter-O'Grady, 2006). Shared Governance is een horizontaal overlegmodel waarin de actoren als partners samen sturen (Van Delden, 2009). Dit vraagt om decentralisatie van bevoegdheden binnen een organisatie, waarbij verantwoordelijkheden gedelegeerd worden. Bevoegdheden als beslissingen nemen, meepraten en het vertegenwoordigen van de beroepsgroep komen daardoor lager in de organisatie te liggen. Minder management en meer zelfstandigheid en doelmatigheid in de uitvoering van de taken (Kapteyn, 2001).

De verpleegkundige is een belangrijke actor binnen het ziekenhuis, het is de beroepsgroep die het beleid uitvoert op de werkvloer en het meest direct patiëntcontact heeft. De gedachte is dat in het streven naar kwalitatief goede patiëntenzorg, verpleegkundigen actief moeten participeren in het controleren van hun beroep en in het nemen van beslissingen die nodig zijn bij het bepalen van de kaders voor het uitvoeren van hun professionele taken (Anthony, 2004). Volgens Porter-O'Grady (2003) kan Shared Governance hier aan bijdragen, omdat het een model is dat verpleegkundigen de mogelijkheid geeft om hun beroep uit te oefenen en te beheren met een hoger niveau van

professionele autonomie. Door het model krijgen de verpleegkundigen meer zeggenschap over hoe ze hun beroep uitoefenen en inrichten (Boerman, 2005). Shared Governance is een voorbeeld van de trend die sinds enkele decennia zichtbaar is: een professionele ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep: het krijgen van erkenning van het beroep in de werksituatie en in de maatschappij (Speet & Francke, 2004).

2.1.2 Theoretische basis

Het ontstaan van Shared Governance uit verschillende theoretische stromingen, zorgt voor veel verschillen in diepte, visie en reflectie binnen het concept. Shared Governance is ontstaan in de tijd van human resource binnen de organisatietheorieën (Anthony, 2004). Herzberg (1966) geeft aan dat werknemers zelf het belangrijkste zijn bij het aanmoedigen van de organisatie om te investeren in werknemersmotivatie en –groei. Er werd gestreefd naar meer autonomie voor de werknemers. Wanneer werknemers meer autonomie krijgen, krijgen ze de mogelijkheid om in bepaalde mate zelf te bepalen hoe en wanneer ze activiteiten binnen hun werk uitvoeren (Stoker, 1999; Bolman & Deal, 1997). Ook werd er gestreefd naar empowerment van de werknemers. Empowerment kan omschreven worden als een proces waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen versterkt worden in het krijgen van grip op de eigen situatie en de omgeving. Dit gebeurt via het krijgen van controle, het aanscherpen van het kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie (Zimmerman, 2000; Van Regenmortel, 2002; Van Regenmortel, 2009). Dit zorgt voor betrokkenheid en participatie van de werknemers in het besluitvormingsproces, wat zou leiden tot meer motivatie en groei onder de werknemers (Bolman & Deal, 1997).

Het perspectief op Shared Governance vanuit de managementtheorieën suggereert dat empowerment van werknemers ervoor zorgt dat de werknemers hun werk kunnen volbrengen. Werknemers krijgen dan het gevoel controle te hebben over de eigen situatie, vertrouwen in hun eigen capaciteiten en dat wat ze willen bereiken ook haalbaar is. Ze hebben het gevoel dat ze in staat zijn eigen doelen te bereiken. Het toekennen van formele en informele macht aan werknemers zorgt voor deze empowerment van de werknemers (Porter-O'Grady, 1995; Verzaal, 2002). Volgens de theorie van Kanter (1993) is macht afhankelijk van de positie van een individu binnen de organisatie. Een individu verkrijgt formele macht door flexibel en creatief te zijn, zich aan de passen aan het werk, maar ook door erkenning, het nemen van risico's en innovatief zijn. Informele macht wordt verkregen door netwerken, het leren kennen van belangrijke mensen en het ontwikkelen van relaties binnen de organisatie. Informele en formele macht beïnvloeden en

faciliteren het werk van de organisatie. Toegang tot deze macht zorgt voor empowerment van de werknemers in de werkomgeving. Het zorgt voor een Shared Governance model waarbij beslissingen op de werkvloer genomen worden (Kanter, 1993; Porter-O'Grady, 1995). Maar niet alleen de werknemer zelf wordt beïnvloed door Shared Governance, ook het perspectief van de leidinggevende of de manager. De rol van de manager of leidinggevende verandert, omdat de beslissingsbevoegdheid (gedeeltelijk) bij de werknemers komt te liggen. De rol van de leidinggevende wordt om te faciliteren, coachen, het goede voorbeeld te geven en te dienen als informatieleverancier (Minnen et al., 1993).

Naast organisatie- en managementtheorieën liggen ook sociologische theorieën aan de basis van Shared Governance. Binnen het perspectief van deze theorieën wordt professionele autonomie van de werknemer gezien als de basis voor het managen van de werkomgeving (Maas & Jacox, 1977). De werknemer bepaalt mee over de eigen werkomgeving, zij hebben als professionals specialistische kennis over hun eigen vakgebied. Bij professionele autonomie hebben de werknemers op grond van deze specialistische kennis het recht om eigen activiteiten te controleren en zelf richting te geven aan de prestaties van hun werk (Greenwood, 1966; Merton, 1960).

Deze drie theoretische stromingen voegen op verschillende fronten nieuwe perspectieven toe, wat zorgt voor het diverse karakter van Shared Governance. De literatuur beschrijft verschillende termen die door elkaar gebruikt worden om Shared Governance te beschrijven, voorbeelden hiervan zijn gedeeld leiderschap, gedeelde besluitvorming en samenwerkingsmodellen (Hess, 1995). Burnhope en Edmonstone (2003) geven aan dat, ondanks de verschillen, er nog steeds veel overeenkomsten bestaan in de kenmerken die bij Shared Governance horen. Enkele voorbeelden hiervan zijn empowerment van de werknemers, meer autonomie en onafhankelijkheid voor de werknemers in het uitvoeren van taken en de verantwoordelijkheid over deze taken en als laatste participeren en samenwerken in de besluitvorming die de praktijk van de werknemers aangaat. Deze overeenkomsten zijn de kenmerken die idealiter terug te zien zijn in het functioneren van verpleegkundigen volgens het Shared Governance principe. Shared Governance modellen die gebaseerd zijn op deze kenmerken, moeten vertaald worden naar de realiteit van de organisatie door middel van organisatieontwerpen, die verpleegkundigen de mogelijkheid en vrijheid geven om te participeren in het bepalen van de kaders van hun beroep en in het vormgeven van de werkomgeving waarin de patiëntenzorg plaatsvindt (Anthony, 2004).

2.1.3 Shared Governance in de praktijk

In de praktijk brengt de implementatie van Shared Governance verschillende uitdagingen met zich mee. Dit komt doordat Shared Governance om een complete verandering binnen de organisatie vraagt. Het is een dynamisch proces en geen lineair project dat afgerond wordt (Thompson et al., 2004). Een van de uitdagingen zit in het veranderen van het gedrag en de houding van de verpleegkundigen over hun rol in de patiëntenzorg en in het team. Verpleegkundigen moeten begrijpen dat het hun recht en professionele verplichting is om te participeren in het nemen van beslissingen over hun professie. Een andere uitdaging ligt in de communicatie (Brooks, 2004; Hess, 2004). Verpleegkundigen hebben moeite met werken met collega's die geen aandacht besteden aan de communicatie over wat Shared Governance is, hoe het werkt en hoe verpleegkundigen hier voordeel uit kunnen halen voor zichzelf en voor patiënten. Voor leidinggevend en managers is het een uitdaging om de controle op te geven over functies die traditioneel onder hun verantwoordelijkheid vallen. Ze moeten leren hoe ze leiding moeten geven en moeten managen in een Shared Governance omgeving (Brooks, 2004). Deze uitdagingen komen voort uit de traditionele hiërarchische structuur die een ziekenhuis vaak van oudsher kent. Lammers (1967) vergelijkt een ziekenhuis met een kastemaatschappij, waarbij er sprake is van een hiërarchische ordening, waarbij de arbeidsverdeling scherp afgebakend is en de gelaagdheid en gescheidenheid van de groeperingen benadrukt wordt door statussymboliek. Shared Governance is een revolutionair model dat dwars door deze traditionele structuur gaat.

2.2 De vier uitgangspunten van Shared Governance

In de voorgaande paragrafen is duidelijk naar voren gekomen dat Shared Governance geen eenduidig begrip is en verschillende definities en vormen kent. Toch zijn veel onderzoekers het er over eens dat de vier uitgangspunten van Porter-O'Grady (1992) de verschillende facetten van Shared Governance goed ondervangen (Caramanica, 2004; Anthony, 2004; Bates, 2004; Ballard, 2010). Porter-O'Grady (2001) wordt gezien als de grondlegger van Shared Governance en zegt het volgende: "Shared Governance, as a dynamic, is a way of conceptualizing 'empowerment and building structures to support it' and embodies four principles: partnership, accountability, equity, and ownership" (Anthony, 2004). Deze vier uitgangspunten kunnen het beste vertaald worden als samenwerking, aanspreekbaarheid, gelijkwaardigheid en eigenaarschap. Wanneer deze vier tot uiting komen binnen een team, wordt er een professionele werkomgeving gecreëerd voor Shared Governance. Om Shared Governance te laten slagen is het van groot belang om bewustzijn bij de verpleegkundigen te creëren. Ze moeten deze uitgangspunten, gedragingen en processen

begrijpen, maar ook beseffen dat het hun professionele verplichting en recht is om te participeren in het nemen van beslissingen over hun professie. (Wilson, 1989; Brooks, 2004). Het tot uiting laten komen van deze vier punten blijkt in de praktijk moeilijk te zijn (Ballard, 2010). Het is van belang dat in kaart wordt gebracht wat er nodig is binnen een verpleegkundig team om tot de uitgangspunten van Shared Governance te komen. Dit zorgt ervoor dat Shared Governance optimaal geïntegreerd kan worden in de praktijk.

In dit onderzoek worden voorwaarden gepresenteerd die samenhangen met de cultuur binnen een team. Hierbij richt het onderzoek zich op zachte factoren die verpleegkundigen in staat stellen de vier uitgangspunten van Shared Governance tot uiting te laten komen. Wanneer Shared Governance aanwezig is in het wezen van een organisatie geeft dit aan dat de organisatie de verpleegkundigen voorziet in de middelen en mogelijkheden tot Shared Governance. Maar wanneer de verpleegkundigen hier geen gebruik van maken, komt Shared Governance niet tot uiting. Daarom is het van belang dat Shared Governance ook in de cultuur van een verpleegkundig team wordt opgenomen en voldaan wordt aan de voorwaarden die vallen onder de uitgangspunten van Shared Governance. In de volgende paragrafen komen de vier uitgangspunten van Shared Governance en de daarbij behorende voorwaarden aan bod.

2.2.1 Samenwerking

Een samenwerking bestaat uit regelingen tussen twee of meer actoren om naar een gezamenlijk doel toe te werken (Langfield-Smith, 2008). Deze samenwerking kan zowel intern als extern plaatsvinden in een organisatie. Interne samenwerking vindt plaats tussen zorgteamleden (artsen, verpleegkundigen, apothekers, etc.). Deze vorm van samenwerking is niet alleen belangrijk om de communicatie tussen deze groepen te verbeteren, maar ook om veilige patiëntenzorg te leveren. Externe samenwerking, met bijvoorbeeld de gemeenschap of andere organisaties, zijn belangrijk om strategische lijnen uit te zetten (Swihart & Porter-O'Grady, 2006; Porter-O'Grady, 2001; CC Zorgadviseurs, n.d.; Wilson, 2013).

Doordat verpleegkundigen betrokken worden bij het nemen van beslissingen en bij procesveranderingen, zullen zij ook deel moeten nemen in verschillende samenwerkingen om tot deze beslissingen en verandering te komen. Hierbij krijgen ze te maken met gedeelde verantwoordelijkheid, informatie en besluitvorming. Alle actoren binnen een samenwerking zijn van belang voor het behalen van de doelen van de organisatie, om dit te bereiken moeten de actoren

elkaar als partner zien en behandelen (Tornabeni & Fitzgerald Miller, 2008; Lee, 1999). Alle actoren beschikken over hun eigen specialistische kennis, informatie en verantwoordelijkheden. Om de beste patiëntenzorg te leveren, moeten deze informatie en verantwoordelijkheden gecombineerd worden en dienen de actoren samen deel te nemen aan de besluitvorming. Het is van belang dat de verpleegkundigen hierbij uitgaan van hun eigen kracht en kunnen vertrouwen op hun eigen kennis en vaardigheden. Empowerment van de verpleegkundigen is dus een belangrijke schakel in het ontstaan van succesvolle samenwerking (Tornabeni & Fitzgerald Miller, 2008; Lee, 1999; Porter-O'Grady, 2001).

Empowerment komt voort uit een construct van macht en controle en kent in de literatuur twee stromingen. Er kan dan ook op minimaal twee manieren naar empowerment gekeken worden. De eerste manier is als een relationeel construct. Macht wordt in de eerste plaats gezien als een relationeel concept om de daadwerkelijk macht en controle van individuen of organisatieonderdelen over anderen te beschrijven. Wanneer empowerment volgens de relationele manier bekeken wordt, wordt het beschreven als een proces waarbij de leider of manager zijn of haar macht deelt met ondergeschikten. Macht kan, in deze context, het best geïnterpreteerd worden als het bezit van formeel gezag of controle over organisatorische bronnen, zoals middelen. De nadruk ligt hierbij op het delen van deze autoriteit (Conger & Kanungo, 1988). Een andere manier waarop macht en controle, en dus empowerment, bekeken kan worden is als een motiverend construct. Macht en controle worden gezien als opvattingen om te motiveren en te overtuigen. Macht verwijst hier naar een intrinsieke behoefte aan autonomie of het geloof in zelfeffectiviteit (Deci, 1975; Conger & Kanungo, 1988). Met zelfeffectiviteit wordt het vertrouwen van een individu in eigen kunnen bedoeld. De individu acht zichzelf bekwaam om bijvoorbeeld een taak te volbrengen of een probleem op te lossen en dus met succes invloed uit te oefenen (Bandura, 1977). Conger en Kanungo (1988) stellen dat een strategie of techniek die deze behoefte aan autonomie of het vertrouwen in eigen kunnen van werknemers versterkt, ervoor zorgt dat de werknemers zich machtig voelen. Hier staat tegenover dat een strategie die de behoefte aan autonomie of het geloof in eigen kunnen van werknemers verzwakt, zorgt voor een toename van gevoelens van machteloosheid. Empowerment wordt binnen dit construct dan ook niet gezien als 'delegeren', maar als 'in staat stellen', motiveren door het verbeteren van het vertrouwen in eigen kunnen van de werknemers. Conger en Kanungo (1988) formuleren de volgende definitie van empowerment: "Empowerment is defined here as a process of enhancing feelings of self-efficacy among organizational members through the identification of conditions that foster powerlessness

and through their removal by both formal organizational practices and informal techniques of providing efficacy information”.

In dit onderzoek zal de invalshoek van het motiverende construct op empowerment gebruikt worden, omdat deze het beste aansluit op wat verpleegkundigen nodig hebben om vertrouwen in zichzelf en eigen kunnen te hebben om zo het optimale te halen uit de samenwerking met andere actoren binnen het ziekenhuis. De verpleegkundigen moeten voldoende empowered zijn, zodat ze vertrouwen in hun eigen kennis en vaardigheden.

Empowerment is een proces waarbij het geloof van een individu in zijn eigen kunnen wordt versterkt. Iemand ‘empoweren’ betekent dat dit geloof in eigen kunnen versterkt wordt of het geloof in persoonlijke machteloosheid verzwakt wordt (Bandura; 1986; Conger & Kanungo, 1988). Machteloosheid kan, in deze context, gezien worden als het gevoel niet in staat te zijn met fysieke en sociale verwachtingen van de omgeving om te gaan. Werknemers hebben dus het gevoel dat ze niet bij kunnen dragen aan hun organisatie of dat ze niet in staat zijn bepaalde taken uit te voeren (Conger & Kanungo, 1988). Conger en Kanungo (1988) stellen in hun onderzoek dat het geloof in eigen kunnen van werknemers op verschillende manieren versterkt kan worden, zij verdelen deze factoren over vier categorieën: werkomgeving, leiderschap, beloningssysteem en taakinvulling. Zoals al eerder is besproken, richt dit onderzoek zich op de zachtere factoren, daarom is besloten om twee categorieën, beloningssystemen en taakinvulling, niet mee te nemen in dit onderzoek. In de volgende paragraaf worden de voorwaarden van empowerment besproken die binnen een verpleegkundig team voor samenwerking, een van de uitgangspunten van Shared Governance.

Voorwaarden

Om een omgeving te creëren waar werknemers empowered worden, is het belangrijk dat binnen een verpleegkundig team voldaan wordt aan de volgende voorwaarden. De eerste voorwaarde is de aanwezigheid van selectie- en trainingsprocedures, om zo de juiste technische, taalkundige en sociale vaardigheden te verkrijgen en te waarborgen op een afdeling. Hierdoor beschikken de werknemers over de vaardigheden die nodig zijn om een taak uit te voeren en krijgen ze de kans om deze vaardigheden verder te ontwikkelen. Ten tweede moet er een cultuur gecreëerd worden, waarbij medewerkers gestimuleerd worden, hierbij is het van belang dat de medewerkers autonomie hebben over hun eigen werk (Conger & Kanungo, 1988). De medewerkers krijgen dan

in hun werk meer vrijheid, onafhankelijkheid en beschikking over het indelen van het werk en het beslissen over de manier waarop ze het werk uitvoeren (Turner & Lawrence, 1965; Hackman & Oldham, 1975). Daarnaast draagt een omgeving waarbij samenwerking boven conflicten en concurrentie staat bij aan het vergroten van het geloof in eigen kunnen van werknemers (Conger & Kanungo, 1988). Empowerment doet men niet alleen, er zijn interactie en sociale verbanden nodig. Een goede samenwerking is essentieel en factoren zoals conflict en concurrentie doen afbreuk aan een goede samenwerking (Van Regenmortel, 2009). Beleid en cultuur waarbij werknemers gestimuleerd worden, vraagt ook om hoge prestatienormen. Het vertrouwen in het kunnen van de werknemers wordt op deze manier getoond. Als laatste is het belangrijk dat de werknemers zich in een omgeving bevinden waar iedereen gelijke kansen heeft en ze beoordeeld worden op de prestaties. Dit vraagt om een omgeving waar geen discriminatie is en waar een meritocratie gestimuleerd wordt (Conger & Kanungo, 1988). De kern van een meritocratie is dat naarmate individuen meer bijdragen aan de samenleving, ze daarvoor meer beloond zouden moeten worden. Doordat, ongeacht positie of afkomst, iedereen gelijke kansen moet krijgen, biedt een meritocratie optimale en meer eerlijke ontplooiingsmogelijkheden. Talent en kennis worden optimaal ingezet in de samenleving, doordat de juiste mensen op de juiste plaats terecht komen. Een meritocratie gaat gezag op basis van status tegen en stimuleert gezag op basis van competenties en bijdrage (Swierstra & Tonkens, 2011). Na het creëren van beleid en omgeving waarin werknemers gestimuleerd worden, is het als derde van belang dat werknemers ook daadwerkelijk de kans krijgen om het geloof in eigen kunnen door te voeren. Ze moeten mogelijkheden krijgen om innovatieve ideeën tot uiting te laten komen. Om dit te realiseren stelt Kanter (1983) dat drie aspecten erg belangrijk zijn binnen een organisatie: open communicatiesystemen, zodat alle levels binnen een organisatie hebben toegang tot iedereen om vragen te stellen en feedback te geven. De actoren zijn afhankelijk van elkaar, want ze hebben elkaars informatie en kennis nodig; netwerkvormingsdiensten, zodat de werknemers de mogelijkheid hebben om een uitgebreid netwerk op te bouwen binnen de organisatie waarin ze werkzaam zijn. Hierdoor kunnen ze gebruikmaken van de kennis en kunde van andere werknemers binnen de organisatie en zijn de werknemers ook bereid elkaar te ondersteunen; decentralisatie van de bronnen, dit geeft medewerkers de mogelijkheid om innovatieve ideeën daadwerkelijk uit te voeren. Bronnen, zoals geld, personeel, materialen en ruimte, zijn niet centraal vastgelegd voor vaste doeleinden, maar de afdelingen kunnen zelf over hun eigen deel beschikken en dit inzetten waar zij achten dat het nodig is (Kanter, 1983; Conger & Kanungo, 1988).

De tweede categorie die een voorwaarde vormt voor het empoweren van werknemers is de leiderschapsstijl. Het is belangrijk dat leidinggevendenden op een positieve manier omgaan met de macht die ze hebben en deze gebruiken om de medewerkers te verbeteren. Allereerst is het belangrijk dat de leidinggevende aangeeft dat hij hoge verwachtingen heeft van zijn werknemers, maar ook dat hij vertrouwen heeft in zijn werknemers, dat ze in staat zijn te voldoen aan de hoge verwachtingen binnen de organisatie. De focus dient gelegd te worden op het kunnen van de medewerkers en de mogelijkheden die ze hebben in plaats van op de fouten die gemaakt worden (Conger & Kanungo, 1988). Ten tweede moet de leidinggevende zorgen dat er mogelijkheden zijn voor medewerkers om te participeren in de besluitvorming. Participatie wordt als uitgangspunt gezien in het ondersteunen van empowerment. Bij besluitvorming over hun eigen werk zijn de medewerkers eigenlijk de ervaringsdeskundigen, door ze te laten participeren, krijgen ze erkenning van en verdieping in hun ervaringskennis (Conger & Kanungo, 1988; Boumans, 2012). De derde is het zorgen voor autonomie, om de bureaucratische regelingen in te perken. Bureaucratie is funest voor empowerment. Door vaste regels en procedures worden werknemers niet meer uitgedaagd om het beste uit zichzelf te halen, ze dienen alleen de regels op te volgen. Werknemers autonomie geven over hun eigen werk is een manier om dit terug te dringen (Brehm & Brehm, 1981; Conger & Kanungo, 1988). Als vierde en laatste is het van belang dat de leidinggevende inspirerende en zinvolle doelen stelt aan de medewerkers. Deze doelen dagen de medewerkers uit en motiveren ze. Het biedt mogelijkheden om ervan te leren en zich te ontwikkelen (Conger & Kanungo, 1988; Strikwerda, 2012).

Door een werkomgeving die empowerment stimuleert en een leidinggevende die de verpleegkundigen uitdaging biedt, kan in kaart worden gebracht of er binnen de afdelingen sprake is van empowerment van de verpleegkundigen. Dit is essentieel voor verpleegkundigen om daadwerkelijk een bijdrage te leveren in een samenwerking.

2.2.2 Gelijkwaardigheid

Gelijkwaardigheid betekent dat elke actor essentieel is om te zorgen voor veilige en effectieve zorg en dat de ene rol in de organisatie niet belangrijker is dan de andere rol. Elke actor heeft specifieke kennis en vaardigheden die, gecombineerd met de vaardigheden en kennis van de andere actoren, op een effectieve manier kwaliteit leveren aan patiënten (Swihart & Porter-O'Grady, 2006; Porter-O'Grady, 2001; CC Zorgadviseurs; Bates, 2004; Wilson, 2013). Gelijkwaardigheid wordt getypeerd door wederzijdse afhankelijkheid van actoren. Dit houdt in dat voor de realisatie van de doelen, de actoren afhankelijk zijn van de middelen, kennis, expertise

van andere actoren (Dommerholt & Maas, 2014; Tan, 2001). Door de sterke wederzijdse afhankelijkheid werkt een top-down sturingswijze niet. De actoren zijn van elkaar afhankelijk en het is noodzakelijk dat de besluitvorming en coördinatie hierop aansluiten. Het vraagt dus om een decentrale werkwijze, waarbij besluitvorming via consensus en horizontale coördinatie zorgt voor gelijkwaardigheid onder de actoren (Dommerholt & Maas, 2014). Een decentrale werkwijze vraagt om een verschuiving van taken en bevoegdheden. In plaats van een centrale aanpak waarbij alles vanuit de leidinggevende komt, wordt het uiteengerafeld en verspreid over de hiërarchie binnen de organisatie (Holtzhausen, 2002). Hage en Aiken (1967) zien in participatie in de besluitvorming een van de belangrijkste factoren van decentralisatie. Een succesvolle decentrale werkwijze is afhankelijk van een open en eerlijke communicatie tussen leidinggevend en ondergeschikten, een omgeving waar vertrouwen hoog is en gevoelens van angst laag zijn en waar de mate van afhankelijkheid tussen werknemers en leidinggevende laag is (Tompkins, 2005). Hier kan de factor bereidheid van de actoren aan toegevoegd worden (Rondinelli, 1981, Seynaeve & Janssens, 1999).

Voorwaarden

De eerste voorwaarde voor een decentrale werkwijze binnen verpleegkundige teams is een open en eerlijke communicatie tussen leidinggevende en de werknemers (Tompkins, 2005). Open communicatie is belangrijk voor onderlinge relaties en het effectief volbrengen van een taak, het zorgt voor duidelijkheid (Vroemen, 1995). Dit werkt twee kanten op, leidinggevende en werknemers houden elkaar op de hoogte en voorzien elkaar van informatie. Het vraagt daarom van zowel werknemers als de leidinggevende dat ze open zijn over eigen bedoelingen en meningen en dat ze open staan voor feedback. Naar elkaar willen luisteren, feedback geven en ontvangen, verbeteringen aanbrengen en elkaar voorzien in de juiste informatie. (Peeters, Verschuur, De Veer & Francke, 2008; Kuipers & Van Reenen, n.d.)

De tweede voorwaarde is een veilige omgeving met een hoge mate van vertrouwen en een lage mate van afhankelijkheid en gevoelens van angst (Tompkins, 2005). Medewerkers stellen zich in een veilig werkklimaat open, eerlijk, betrouwbaar en duidelijk op. Ze gaan uit van goede bedoelingen. Wanneer er sprake is van een sfeer van vertrouwen, zullen werknemers niet bang zijn voor negatieve reacties als ze zich onzeker voelen en zullen ze beroep doen op de steun van collega's als ze het even niet weten. Vertrouwen wordt opgewekt door het gevoel dat werknemers hebben. Wanneer collega's prettig, open, eerlijk en ontvankelijk zijn, heeft dit een positief effect

op het vertrouwensgevoel (Royers, 2005). Met een lage mate van afhankelijkheid wordt bedoeld op de relatie tussen de leidinggevende en de werknemers. Bij een decentrale werkwijze is het de bedoeling dat er gelijkwaardigheid bestaat tussen alle actoren. Het is dan dus niet de bedoeling dat de werknemers binnen hun werk in hoge mate afhankelijk zijn van hun leidinggevende (Tompkins, 2005; Conger & Kanungo, 1988).

De derde en laatste voorwaarde is de bereidheid van de verschillende actoren (Rondinelli, 1981; Seynaeve & Janssens, 1999). Allereerst moeten de werknemers zelf interesse hebben en bereid zijn om te participeren in de besluitvorming. Daarnaast moet de leidinggevende bereid zijn om de decentrale werkwijze daadwerkelijk te laten slagen op afdeling en daarmee de werknemers ook de kans te geven om te participeren. Wanneer een werkgever niet openstaat voor participatie en zich hiërarchisch op blijft stellen, kan er geen sprake zijn van gelijkwaardigheid (Seynaeve & Janssens, 1999; Porter-O'Grady, 2001).

Door open communicatie, een veilig werkklimaat met hoge mate van vertrouwen en lage gevoelens van angst en lage mate van afhankelijkheid en door de aanwezigheid bereidheid van de verschillende actoren, kan in kaart gebracht worden of er op de afdelingen sprake is van een decentrale werkwijze. Dit is essentieel voor gelijkwaardigheid van de actoren.

2.2.3 Eigenaarschap

Eigenaarschap draait om erkenning en acceptatie van het belang van ieders werk en van het feit dat een succes van de organisatie afhankelijk is van hoe goed individuele werknemers hun werk uitvoeren. Dit is zichtbaar door bijvoorbeeld een gevoel van trots van de medewerker over eigen werk en door aandacht te hebben voor details. Om ervoor te zorgen dat alle teamleden participeren, is het belangrijk dat er eigenaarschap is, hierdoor wordt duidelijk waar werk gedaan wordt en door wie. Het vereist van alle medewerkers om zich in te zetten en deel te nemen aan het vormgeven van de werkdoelen. De werknemers worden eigenaar van hun bijdrage aan de organisatie. Teamleden worden verantwoordelijk voor een eindproduct of uitkomst, ongeacht deze goed of slecht is. Individuele doelen worden teamdoelen en het teamdoel kan niet bereikt worden zonder de inspanning van alle leden (Swihart & Porter-O'Grady, 2006; Porter-O'Grady, 2001; CC Zorgadviseurs, n.d.; Bates, 2004; Wilson, 2013). Van Hell, Holwerda en Cusveller (2013) geven de volgende definitie van eigenaarschap:

“Verpleegkundig eigenaarschap houdt in dat verpleegkundigen door intrinsieke motivatie de keuze maken om zich binnen hun beroepspraktijk een bepaald object of idee toe te eigenen. Dit impliceert dat verpleegkundigen zeggenschap over en verantwoordelijkheid voor het object of idee hebben, die rechten en plichten geven ten opzichte van het eigendom”

Voor het ontstaan van eigenaarschap over een bepaald onderdeel van hun werk of beroep is het dus van belang dat verpleegkundigen gedreven worden door een intrinsieke motivatie (Van Hell, Holwerda & Cusveller, 2013). Deci en Ryan (2000) beschrijven in de self-determination theory (SDT) intrinsieke motivatie. Hierbij gaan ze uit van een positief mensbeeld. Mensen geven proactief hun omgeving vorm en zijn gericht op groei en integratie. Binnen de SDT wordt een verbinding gelegd tussen motivatie en het bevredigen van behoeften. Deci en Ryan (2000) noemen drie behoeften die de intrinsieke motivatie van werknemers kunnen faciliteren als ze bevredigd worden: autonomie, competentie en verbondenheid. Van Hell-Cromwijk, Hoekstra, Holwerda en Cusveller (2014) voegen hier nog een extra behoefte aan toe, namelijk relevantie. Deze vier behoeften zijn de voorwaarden voor de aanwezigheid van intrinsieke motivatie binnen een verpleegkundig team. Dit is nodig om eigenaarschap, een uitgangspunt van Shared Governance, tot uiting te laten komen binnen een team.

Voorwaarden

De eerste voorwaarde is autonomie, waarbij het gaat om de behoefte om vrij te kunnen handelen, zonder druk. Centraal staat het zelf kunnen beslissen. Werknemers worden zowel bij de invoering, als de uitvoering van hun werk betrokken. (Deci & Ryan, 2000; Van Langevelde, 2011; Van Hell-Cromwijk, et al., 2014). Deci en Ryan (2000) beargumenteren dat verschillende onderzoeken aantonen dat autonomie essentieel is voor intrinsieke motivatie. Andere zaken, zoals bedreigingen, evaluatie, controle en deadlines zorgen voor het ondermijnen van intrinsieke motivatie. Daarentegen zorgt de mogelijkheid tot keuzes maken en het erkennen van innerlijke ervaring/eigen beleving van mensen voor een verbeterde intrinsieke motivatie en een verhoogd vertrouwen van mensen in hun eigen prestaties.

De tweede voorwaarde is competentie, dit is de behoefte om doeltreffend met de omgeving om te gaan. De werknemers ontwikkelen vaardigheden en bekwaamheid die hiervoor nodig zijn. Dit doen ze door hun omgeving te ontdekken, begrijpen en beheersen. Wanneer werknemers het

gevoel van competentie hebben, draagt dit bij aan hun ontwikkeling en verhoogt dit hun capaciteit om flexibel om te gaan met veranderende omgevingen. Positieve feedback zorgt voor voldoening op het gebied van behoefte aan competentie en dit zorgt voor een hogere intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 2000; Van Langevelde, 2011; Van Hell-Cromwijk, et al., 2014).

Als derde voorwaarde wordt verbondenheid genoemd, dit is de behoefte om positieve relaties op te bouwen met anderen. Wanneer werknemers deel uitmaken van een hecht team en ze dit team vertrouwen om hun persoonlijke gevoelens en gedachten met de collega's te kunnen delen, voelen ze zich verbonden met het team. Intrinsieke motivatie wordt gestimuleerd door een gevoel van veiligheid, verbondenheid en vertrouwen (Deci & Ryan, 2000, Van Langevelde, 2011).

De vierde voorwaarde is relevantie. Dit houdt in de werknemer de voordelen van een taak of onderdeel inzielt en hierbij een gevoel van noodzaak heeft. Wanneer werknemers een taak of onderdeel als behulpzaam en van toepassing beschouwen, zorgt dit voor een hogere intrinsieke motivatie (Van Hell-Cromwijk, et al., 2014; Reijniers, 2007).

Aan de hand van deze voorwaarden kan in kaart worden gebracht of verpleegkundigen een gevoel van intrinsieke motivatie ervaren. Wanneer verpleegkundige intrinsiek gemotiveerd zijn, beschikken zij over de tools om eigenaarschap te laten zien binnen het ziekenhuis.

2.2.4 Aanspreekbaarheid

Aanspreekbaarheid vormt de kern van Shared Governance. Het houdt in dat werknemers aanspreekbaar zijn op beslissingen die ze nemen en acties die zij uitvoeren. Hierbij is het belangrijk dat alle werknemers duidelijk hebben wat hun rollen en verwachtingen zijn en dat de werknemers verantwoordelijkheid nemen voor hun acties en beslissingen. Dit zorgt ervoor dat prestaties geëvalueerd kunnen worden (Swihart & Porter-O'Grady, 2006; Porter-O'Grady, 2001; CC Zorgadviseurs, n.d.; Wilson, 2013). Het geeft verpleegkundigen een instrument om behoeften van de patiënten te analyseren en de zorg daarop in te plannen (Savage & Moore, 2004). Om te zorgen voor aanspreekbaarheid binnen een organisatie is het volgens Blagescu, De Las Casas en Lloyd (2005) van belang dat er gebruik wordt gemaakt van een combinatie van mechanismen. Zij presenteren *The GAP Framework*, waarbij ze onderscheid maken in vier mechanismen die noodzakelijk zijn voor het creëren van aanspreekbaarheid binnen een organisatie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen proactieve mechanismen: de aanspreekbaarheid verbeteren en

reactieve mechanismen: reageren op de behoefte aan aanspreekbaarheid. De vier mechanismen die gepresenteerd worden in *The GAP Framework* zijn: transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten. Deze vier dimensies zijn voorwaarden voor aanspreekbaarheid binnen een team en spelen in op zowel een proactieve als een reactieve aanpak.

Voorwaarden

De eerste voorwaarde is transparantie, hiermee wordt de openheid over activiteiten bedoeld. Het voorzien van informatie over wat er gedaan wordt, waar en hoe het plaatsvindt en hoe het uitgevoerd wordt. Dit vormt de basisinformatie voor betrokkenen om de activiteiten te monitoren. Het zorgt ervoor dat betrokkenen kunnen inschatten of er binnen de regels gehandeld wordt, of het voldoet aan relevante normen en of de prestaties betrekking hebben op de doelen van de afdeling en/of organisatie. Ook stelt het actoren in staat om beslissingen te nemen en keuzes te maken op basis van deze informatie. Transparantie versterkt ook aanspreekbaarheid indirect. Door van iedereen binnen de organisatie te verwachten dat ze transparant handelen, kunnen actoren met de juiste informatie participeren in beslissingen die hen aangaan. Transparantie is een proactief mechanisme omdat het de nadruk legt op aanspreekbaarheid als een activiteit in het eindstadium in een voortdurend proces, betrokkenen worden voortdurend voorzien van informatie (Blagescu et al., 2005).

Participatie is de tweede voorwaarde die genoemd wordt en draait om het begrijpen van de behoeften en belangen van werknemers. Door een participerende aanpak rondom besluitvorming te hanteren, worden de werknemers betrokken en worden hun behoeften en belangen binnen de organisatie zichtbaar. Werknemers moeten de mogelijkheid krijgen input te leveren in beslissingen die invloed op hen hebben. Dit betekent dat zij niet alleen betrokken moeten worden op uitvoerend niveau, maar ook op het niveau van breder organisatorisch beleid en strategieën. Hierbij is het belangrijk dat participatie leidt tot verandering; het moet meer zijn dan goedkeuring voor of aanvaarding van een beslissing of taak. Ook moeten de werknemers niet alleen betrokken worden bij de implementatie en evaluatie van een beslissing, maar ze moeten inspraak hebben in hoe de beslissing genomen wordt en welke beslissing genomen wordt. Participeren en aanspreekbaar zijn, is verbonden met kwesties van macht. Een bepaalde mate van macht dient toegekend te worden aan werknemers, anders kan er geen sprake zijn van aanspreekbaarheid. Net als transparantie is participatie een proactief mechanisme, werknemers worden voortdurend betrokken bij de

besluitvorming en beleidsvorming voordat het uitgevoerd wordt. Hierdoor blijft het ook een voortdurend proces (Blagescu et al., 2005).

De derde voorwaarde die aan bod komt, is evaluatie. Evaluatie zorgt ervoor dat werknemers aanspreekbaar zijn op hun prestaties, dat doelen behaald worden en voldaan wordt aan de overeengekomen normen. Evaluatie zorgt er niet alleen voor dat werknemers een indicatie hebben van wat ze hebben behaald en wat voor impact dit heeft gehad, maar het zorgt er ook voor dat werknemers aangesproken kunnen worden op wat ze zeiden dat ze zouden doen. De relatie tussen evaluatie en aanspreekbaarheid is gebaseerd op leren. Het evaluatieproces en de resultaten die voortkomen uit dit proces kunnen informatie geven over activiteiten en toekomstige besluitvorming. Het voorzien van informatie zorgt ervoor dat prestaties verbeterd kunnen worden en aanspreekbaarheid beter wordt op de missie en doelstellingen. De rol van evaluatie is minder duidelijk in te delen onder proactief of reactief en heeft van beide soorten wat weg. Het is een mechanisme voor het begrijpen van successen en fouten en het zorgt voor lessen voor toekomstige besluitvorming, wat aansluit op proactieve mechanismen. Het reactieve deel komt terug in het rapporteren over prestaties (Blagescu et al., 2005).

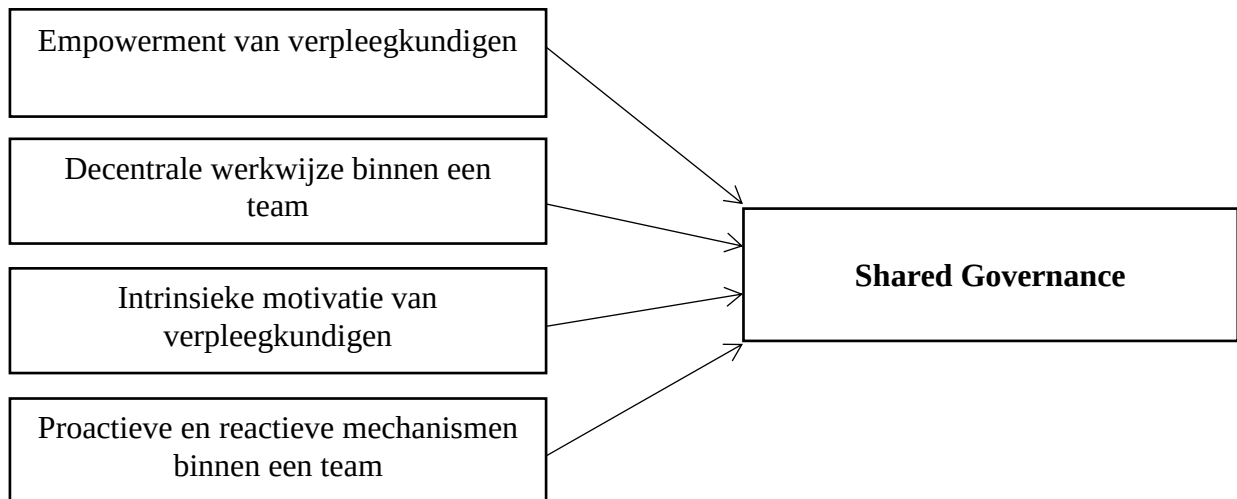
De vierde voorwaarde richt zich op het omgaan met klachten. Hierbij draait het om het in staat zijn feedback en kritiek te ontvangen en hier een passend antwoord op te geven. Het is een mechanisme dat de mogelijkheid geeft werknemers te bevragen over een actie, beslissing of beleid en daarnaast ook vraagt om een passend antwoord van de werknemer op deze kritiek of klacht. Transparantie, participatie en evaluatie zijn processen die de behoefte aan dit klachtenmechanisme moeten minimaliseren. Het klachten en antwoord mechanisme moet gezien worden als een laatste uitweg om werknemers aanspreekbaar te houden en ze bewust te maken van een probleem dat een reactie vereist. Deze voorwaarde is een voorbeeld van een reactief mechanisme, net als gedeeltelijk bij evaluatie, worden uitkomsten en beslissingen pas beoordeeld nadat ze zich voorgedaan hebben (Blagescu et al., 2005).

Door te voldoen aan de voorwaarden transparantie, participatie, evaluatie en door om te kunnen gaan met klachten, moeten de verpleegkundigen binnen het ziekenhuis in staat zijn om aanspreekbaarheid te tonen.

2.3 Afronding

In dit hoofdstuk is het theoretisch kader van het onderzoek uiteengezet. Shared Governance kent volgens Porter-O'Grady (1992) vier uitgangspunten: samenwerking, gelijkwaardigheid, eigenaarschap en aanspreekbaarheid. Aan de hand van deze vier uitgangspunten is in kaart gebracht wat er nodig is binnen een verpleegkundig team om te komen tot Shared Governance.

Deze verklarende variabelen zijn in kaart gebracht en daar is het volgende conceptuele model bij gevormd (figuur 1):



Figuur 1: Conceptueel model

Om de voorwaarden die onder deze verklarende variabelen hangen, te toetsen in de praktijk is empirische onderzoek gedaan. In het volgende hoofdstuk, het methodologisch kader, worden de methoden en technieken, die gebruikt zijn voor het empirisch onderzoek, beschreven.

3. Methodologisch kader

In het theoretisch kader is uitgewerkt wat de uitgangspunten zijn van Shared Governance en welke voorwaarden een rol spelen in het tot stand brengen van Shared Governance. In dit onderzoek wordt de voorwaarden uit de literatuur, empowerment, decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situatie, getoetst in de praktijk. Dit hoofdstuk geeft de gehanteerde onderzoeksmethoden en –technieken weer.

3.1 Mixed Methods

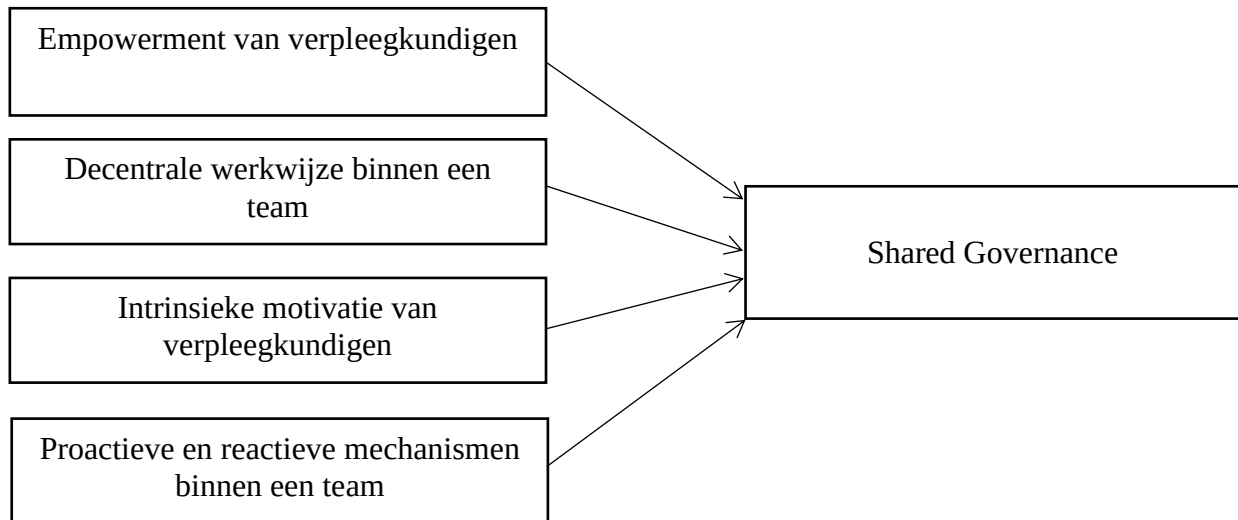
Voor het toetsen van de voorwaarden van Shared Governance uit de literatuur om te achterhalen of ze wellicht een verklaring zijn voor de verschillen in de mate van Shared Governance in verpleegkundige teams, is gekozen voor Mixed Methods. Hierbij is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. Vijf cases worden intensief bestudeerd om zo een beeld te schetsen van de aanwezigheid van voorwaarden binnen de teams die volgens de literatuur nodig zijn om te komen tot Shared Governance. Deze voorwaarden richten zich op de cultuur van een team, waardoor er sprake is van zachte factoren. Variabelen als empowerment van de verpleegkundigen, een decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie van verpleegkundigen en reactief/proactief mechanismen binnen een team, zijn persoonlijke en subjectieve begrippen die zich lenen voor kwalitatief onderzoek. De daadwerkelijke mate van Shared Governance binnen de verpleegkundige teams vormt de afhankelijke variabele van dit onderzoek en wordt vastgesteld aan de hand van een kwantitatieve onderzoeksmethode. De mate van Shared Governance binnen de verpleegkundige teams wordt gemeten aan de hand van een bestaande gevalideerde vragenlijst.

De onderzoekstrategie is een vergelijkende casestudy, waarbij gebruik wordt gemaakt van een vragenlijst, interviews en documentanalyse. De verwachting dat de voorwaarden uit de literatuur noodzakelijk zijn voor Shared Governance wordt in dit onderzoek getoetst. Deze uitkomsten worden geanalyseerd om te zien of ze wellicht een verklaring vormen voor de verschillen binnen de verpleegkundige teams vormen.

3.2 Conceptueel model en onderzoeksmethoden

In figuur 2 is het conceptueel model uit het vorige hoofdstuk nogmaals weergegeven. Het geeft vorm aan het empirische deel van dit onderzoek. Het model zal kort doorlopen worden om aan te geven welke instrumenten gebruikt worden in dit onderzoek. Het onderzoeksobject zijn de

verpleegkundige teams, waarbij het onderzoek voornamelijk plaatsvindt op het niveau van de verpleegkundigen en de (meewerkend) teamleiders.



Figuur 2: Conceptueel model

Binnen het onderzoek is het noodzakelijk om te meten wat de daadwerkelijke mate van Shared Governance is binnen de verpleegkundige teams, dit vormt het eerst deel van het onderzoek. Hierbij is gebruik gemaakt van een bestaand instrument, waarvan de validiteit en betrouwbaarheid bewezen is (Lamoreux, Judkins-Cohn, Butao, McCue en Garcia, 2014). Verder in dit hoofdstuk wordt het instrument toegelicht tijdens de operationalisatie van de begrippen. Deze vragenlijst om Shared Governance te meten, wordt afgenomen onder de verpleegkundigen van vijf verpleegafdelingen. Alle verpleegafdelingen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek zijn standaard verpleegafdelingen. De keuzes die gemaakt zijn bij het selecteren van deze afdelingen worden verder toegelicht in paragraaf 3.3.

Om de aanwezigheid van de volgens de theorie noodzakelijke voorwaarden voor Shared Governance in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van verschillende instrumenten. Hierbij ligt de nadruk op de interviews, waarbij per afdeling met drie verpleegkundigen de verschillende voorwaarden besproken worden om een beeld te vormen van de aanwezigheid hiervan op de desbetreffende afdeling. Informatie over verschillende voorwaarden die in documenten beschikbaar is, wordt via deze weg ook geanalyseerd als aanvulling op de interviews. Door interviews af te nemen met de verpleegkundigen kan er dieper ingegaan worden op de cultuur binnen een team en kan er doorgevraagd worden. De verpleegkundige teams hebben een meewerkend teamleider die bij het team hoort en dicht bij de verpleegkundigen staat. Door dezelfde vragen voor te leggen aan de teamleider, worden de antwoorden gecontroleerd en dit

zorgt voor meer zekerheid. De resultaten van de interviews worden op deze manier geverifieerd en uiteindelijk kan een uitspraak gedaan worden over de mate van Shared Governance, die volgens de theorie aanwezig zou moeten zijn binnen het team. Door dit te analyseren met de daadwerkelijke mate van Shared Governance en door de resultaten van de verschillende teams naast elkaar te plaatsen, worden de voorwaarden uit de theorie getoetst in de praktijk. Wellicht geeft dit ook mogelijke verklaringen voor de verschillen in de mate van Shared Governance tussen de verpleegkundige teams. Het vormgeven van de meetinstrumenten die hierboven toegelicht zijn, is gebeurd aan de hand van de operationalisatie van de reeds toegelichte begrippen. Deze operationalisatie wordt verder dit hoofdstuk toegelicht in paragraaf 3.4.

3.3 Casusselectie

Binnen VieCuri is de implementatie van Shared Governance al enige tijd bezig, waardoor een nulmeting vooraf niet mogelijk is. Vanwege de beperkte omvang van het onderzoek is er gekozen om alleen de standaard verpleegafdelingen mee te nemen in dit onderzoek. Omwille de vergelijkbaarheid is er gekozen voor afdelingen die overeenkomstige werkprocessen en procedures hebben. In schema 1 zijn de standaard verpleegafdelingen van VieCuri weergegeven.

Standaard verpleegafdelingen	Teamgrootte	Gestart met PW in
Cardiologie	36	2015
Chirurgie	40	2015
Interne Geneeskunde		
Longgeneeskunde	28	2016
Maag, Darm en Lever (MDL)	20	2015
Neurologie		
Orthopedie		
Urologie	16	2014

Schema 1: Standaard verpleegafdelingen VieCuri

Vervolgens is er contact opgenomen met de teamleiders van deze acht verpleegafdelingen. Aan hen is de strekking van het onderzoek en de verwachte bijdrage van de afdeling voorgelegd. Vijf afdelingen hebben aangegeven bereid te zijn deel te nemen aan het onderzoek. Van deze vijf afdelingen zijn in schema 1 de teamgrootte (het aantal verpleegkundigen) weergegeven en de

startdatum van het project Productive Ward¹. De afdeling Urologie is gestart als pilotafdeling en al sinds 2014 bezig, Longgeneeskunde is als laatste gestart in 2016. In de grootte van de teams zijn ook duidelijke verschillen zichtbaar. De afdelingen Chirurgie en Cardiologie hebben vrij grote teams, Longgeneeskunde heeft een team van gemiddelde grootte en Urologie en MDL hebben vrij kleine teams.

3.4 Operationalisatie

Voor het uitvoeren van het onderzoek is het noodzakelijk dat de begrippen geoperationaliseerd worden. Allereerst komt het begrip Shared Governance aan bod en daarna worden de variabelen empowerment, decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties geoperationaliseerd.

3.4.1 Shared Governance

In dit onderzoek staat het begrip Shared Governance centraal. Shared Governance is het nemen van de juiste beslissing door de juiste persoon op de juiste positie voor het juiste doel (Porter-O'Grady, 2006). In dit onderzoek ligt de focus op verpleegkundigen, waardoor een definitie van Shared Governance gebruikt wordt, die toegespitst is op verpleegkundigen (schema 2) (O'May & Buchan, 1999).

Afhankelijke variabele	Omschrijving
<i>Shared Governance</i>	Een gedecentraliseerde werkwijze die verpleegkundigen meer autoriteit en controle geeft over hun beroepspraktijk en werkomgeving.

Schema 2: Omschrijving Shared Governance

Voor het meten van het begrip Shared Governance is een bestaand instrument gebruikt. Hess (2011) heeft een vragenlijst ontwikkeld om Shared Governance te meten, genaamd 'Index of Professional Nursing Governance' (IPNG).² Deze vragenlijst is terug te vinden in bijlage 8.1. Het IPNG-instrument wordt gezien als het meest valide en betrouwbare instrument voor het meten van governance als een multidisciplinair concept (Hess, 2011). Lamoureux, Judkins-Cohn, Butao,

¹ Productive Ward wordt gezien als middel om te komen tot Shared Governance. Het is een project om de afdelingen opnieuw in te delen en te verbeteren, geheel geleid en uitgevoerd door de verpleegkundigen zelf. Het daagt de verpleegkundigen uit om de regie in eigen hand te nemen (Persoonlijke Communicatie, 2017).

² Schriftelijke toestemming voor het gebruik van het instrument is verstrekt door de ontwikkelaar van het instrument, Dr. Robert Hess.

McCue en Garcia (2014) hebben een onderzoek uitgevoerd naar de validiteit en betrouwbaarheid van het IPNG-instrument. Voor de betrouwbaarheid van het instrument hebben ze het Cronbach alpha coëfficiënt bekeken en deze was uitstekend, niet alleen voor de dimensies apart, maar ook die van de totaalscore. Voor de totaalscore van IPNG werd een Cronbach alpha van meer dan 0,94 genoteerd. Vanwege deze hoge betrouwbaarheid achten zij het mogelijk om de lengte van de vragenlijst in te korten, zonder dat de betrouwbaarheid van de scores te veel vermindert. Om de validiteit van het instrument te meten, hebben Lamoureux et al. (2014) getest op constructvaliditeit en ‘concurrent validity’. Wanneer de theorie wordt ondersteund, neemt de constructvaliditeit van het instrument toe. Hierbij hebben de onderzoekers zes hypothesen, gerelateerd aan het concept governance, getest. Vier van de vijf hypothesen ondersteunden de theorie, wat bijdraagt aan de constructvaliditeit. Concurrent validity werd gemeten aan de hand van de correlatie van de IPNG scores met de resultaten van een onderzoek gericht op de tevredenheid van verpleegkundigen. In de literatuur wordt namelijk gesteld dat Shared Governance correleert met een hogere werktevredenheid. Ook hierbij voldeden de resultaten aan de verwachtingen en werd geconcludeerd dat het IPNG een valide instrument is. Lamoureux et al. (2014) concluderen: “Our results indicate that the IPNG survey has strong reliability and validity thus increasing a hospital or organisation’s ability to measure shared governance”. Het IPNG-instrument is ontworpen voor ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Om het bruikbaar te maken voor dit onderzoek, is de vragenlijst vertaald en aangepast. Vragen die niet van toepassing zijn, zijn verwijderd. De herziene versie van de vragenlijst, die gebruikt is in dit onderzoek, is terug te vinden in bijlage 8.2. In schema 3 is de scoring van de herziene vragenlijst weergegeven.

Soort Governance	Score	Dominante groep
Traditioneel Governance	67 – 134	Alleen management
Shared Governance	135 – 200	Voornamelijk management met input verpleegkundigen
	201	Management en verpleegkundigen samen
	202 – 268	Voornamelijk verpleegkundigen met input management
Zelfsturend Governance	269 – 335	Alleen verpleegkundigen

Schema 3: Scoring vragenlijst Shared Governance

3.4.2 Voorwaarden Shared Governance

Op basis van de wetenschappelijke literatuur zijn in het conceptueel model voorwaarden weergegeven die noodzakelijk zijn voor verpleegkundige teams om te komen tot Shared Governance. Dit zijn de verklarende variabelen van dit onderzoek (schema 4).

Verklarende variabele	Omschrijving
<i>Empowerment van verpleegkundigen</i>	Het versterken van de geloof in eigen kunnen van verpleegkundigen over hun werk en het geloof in persoonlijke machteloosheid afzwakken.
<i>Decentrale werkwijze binnen het team</i>	Taken en bevoegdheden zijn niet centraal verdeeld, maar liggen over de hiërarchie van een team, besluitvorming loopt via consensus en coördinatie binnen het team is horizontaal.
<i>Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen</i>	Verpleegkundigen geven proactief hun omgeving vorm en zijn gericht op groei en integratie.
<i>Proactieve en reactieve mechanismen binnen een team</i>	Het zowel proactief als reactief om kunnen gaan met situaties. Proactief: de situatie willen verbeteren. Reactief: het reageren op de situatie.

Schema 4: Omschrijving verklarende variabelen

Dit onderzoek is vooral gericht op zachte factoren, dit zijn voorwaarden die gericht zijn op de cultuur van een team. Om te onderzoeken of naast de geoperationaliseerde factoren ook andere variabelen invloed hebben op de mate van Shared Governance binnen een team, worden nog enkele controle variabelen meegenomen. Dit zijn de contextfactoren man-vrouwverhouding binnen een team, grootte van het team, werkervaring van de verpleegkundigen en ziekteverzuim binnen het team.

In schema 5 worden de overkoepelende voorwaarden, die de verklarende variabelen van dit onderzoek zijn, nog verder opgesplitst en wordt daarbij een uitleg te geven. Vanuit deze voorwaarden is een opzet geformuleerd voor de interviewvragen. Op basis van de operationalisatie van de begrippen kan worden geanalyseerd welke voorwaarden aanwezig zijn binnen de verpleegkundige teams. Deze tabel worden gebruikt als uitgangspunt voor de interviews. Ook zal aan de hand van de tabel bepaald worden welke informatie via documentanalyse verkregen wordt. In bijlage 8.3 en 8.4 zijn de interviewguides voor zowel de verpleegkundigen als de teamleiders terug te vinden.

Variabelen	Voorwaarden	Factoren	Interviewvragen
Empowerment van verpleegkundigen	Omgeving/ werkcontext <i>De omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk.</i> Uitdaging <i>Verpleegkundigen worden uitgedaagd in hun werk, doordat de teamleider hoge verwachtingen heeft van de verpleegkundigen, de focus op het kunnen ligt en niet op de fouten. Ze voelen zich gemotiveerd en vinden dat ze zich kunnen blijven ontwikkelen in hun werk.</i>	• Verpleegkundigen ervaren beslissingsbevoegdheid in hun werk • Verpleegkundigen ervaren autonomie in de werkzaamheden • Verpleegkundigen voelen zich uitgedaagd • Verpleegkundigen ervaren dat er hoge verwachtingen gesteld worden • Focus op leren en ontwikkelen in plaats van op fouten • Verpleegkundigen zijn gemotiveerd • Verpleegkundigen ervaren dat ze groeien/ontwikkelen in hun werk	• In welke situaties en over welke onderwerpen hebben jullie beslissingsbevoegdheid? • Is het mogelijk om je werk zelf in te delen? Zo ja, in welke situaties? • In hoeverre mogen jullie eigen keuzes maken over hoe jullie je werk uitvoeren? • Welke verwachten heeft de teamleider van jullie? • Wat gebeurt er als er een fout gemaakt wordt? Wie bespreken dat? Wat zijn de consequenties? • Is jullie werk uitdagend? Kunnen jullie daar een voorbeeld van geven? • Vinden jullie dat jullie bijleren en ontwikkelen? Kunnen jullie daar een voorbeeld van geven?
Decentrale werkwijze binnen het team	Communicatie <i>Duidelijke communicatie waarbij iedereen open is over eigen bedoelingen en meningen, feedback kan geven en ontvangen en iedereen voorzien wordt van de juiste informatie zijn nodig voor een decentrale werkwijze.</i> Veilige omgeving <i>Een omgeving waarbij verpleegkundigen elkaar vertrouwen en geen angst ervaren bij het uiten van meningen en in hun werk een lage mate van afhankelijkheid van de leidinggevende ervaren.</i>	• Iedereen is op de hoogte van actualiteiten op de afdeling en draagt daar aan bij • Verpleegkundigen zijn in staat feedback te geven en ontvangen • Verpleegkundigen vertrouwen elkaar • Verpleegkundigen ervaren geen angst in het uiten van hun mening binnen het team • Verpleegkundigen ervaren in hun werkzaamheden een lage mate van afhankelijkheid van de teamleider	• Hoe wordt ervoor gezorgd dat jullie allemaal op de hoogte zijn van de laatste stand van zaken op de afdeling? • Geven jullie elkaar feedback op werkzaamheden? Hoe gebeurt dit? Hoe wordt hierop gereageerd? Kunnen jullie hier voorbeelden van geven? • Hoe is de sfeer binnen jullie team? • Vertrouwen jullie elkaar? Waarom wel of niet? • Durven jullie je mening over een onderwerp te geven binnen het team? Waarom wel of niet? • Vragen jullie in je werkzaamheden hulp aan de teamleider? Zo ja, in welke situaties?

	Bereidheid <i>Bereidheid van de verpleegkundigen om te participeren in de besluitvorming en bereidheid van de teamleider om verpleegkundigen te laten participeren in de besluitvorming.</i>	• Verpleegkundigen zijn bereid om te participeren in de besluitvorming rondom hun werk • De teamleider is bereid om verpleegkundigen te laten participeren in de besluitvorming rondom hun werk	• Worden jullie door de teamleider betrokken bij de besluitvorming rondom jullie werkzaamheden? Bij welke onderwerpen en situaties? • Willen jullie hier betrokken bij worden? Waarom wel of niet?
Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen	Autonomie <i>Verpleegkundigen krijgen vrijheid en zijn onafhankelijk in de uitvoering en indeling van hun werk.</i>	• Verpleegkundigen ervaren vrijheid en onafhankelijkheid in de uitvoering van hun werk • Verpleegkundigen ervaren vrijheid en onafhankelijkheid in de indeling van hun werkzaamheden	• In welke situaties en over welke onderwerpen hebben jullie beslissingsbevoegdheid? • Is het mogelijk om je werk zelf in te delen? Zo ja, in welke situaties? • In hoeverre mogen jullie eigen keuzes maken over hoe jullie je werk uitvoeren?
	Competentie <i>Verpleegkundigen zijn in staat doeltreffend met de veranderingen in hun werkomgeving om te gaan en ze beschikken hiervoor over de juiste vaardigheden en bekwaamheid.</i>	• Verpleegkundigen zijn op de hoogte van veranderingen op de afdeling in werkwijze, apparatuur en patiënten • Verpleegkundigen zijn in staat zich aan te passen aan deze veranderingen	• Hoe zorgen jullie dat jullie op de hoogte zijn van veranderingen op jullie afdeling? • Wat doen jullie wanneer jullie te maken krijgen met veranderingen op jullie afdeling?
	Verbondenheid <i>Verpleegkundigen voelen zich prettig binnen hun team. Ze voelen zich verbonden met het team en hebben goede relaties met hun collega's.</i>	• Verpleegkundigen voelen zich prettig in hun team • Verpleegkundigen voelen zich verbonden met hun team • Verpleegkundigen hebben een goede relatie met hun collega's in het team	• Voelen jullie je prettig in jullie team? Waarom wel of niet? • Hebben jullie een hecht team? Waarom wel of niet? • Hoe zijn de relaties tussen de verpleegkundigen onderling in jullie team?
	Relevantie <i>De verpleegkundigen zien de voordelen van hun werk, of een onderdeel van hun werk in, en ervaren hierbij een gevoel van noodzaak.</i>	• Verpleegkundigen ervaren het werk dat ze uitvoeren als noodzakelijk	• Zijn jullie werkzaamheden noodzakelijk? Kunnen jullie hier een voorbeeld van geven?

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen een team	Transparantie <i>Verpleegkundigen zijn open over activiteiten die ze uitvoeren, hierdoor is inzichtelijk hoe en waar taken uitgevoerd zijn.</i>	• Binnen het team is zichtbaar wie welke taken uit heeft gevoerd • Binnen het team is zichtbaar hoe en waar taken zijn uitgevoerd	• Kunnen jullie zien wie welke werkzaamheden heeft uitgevoerd? Kunnen jullie hier voorbeelden van geven? • Kunnen jullie zien hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd zijn? Kunnen jullie hier voorbeelden van geven?
	Participatie <i>Verpleegkundigen krijgen de mogelijkheid om input te leveren in beslissingen die van invloed zijn op henzelf. Hierbij worden ze betrokken bij de besluitvorming, gevraagd om zelf problemen op te lossen en om advies gevraagd.</i>	• Verpleegkundigen dragen bij aan besluitvorming die van invloed is op henzelf • Verpleegkundigen zijn in staat problemen in hun werk zelfstandig op te lossen • De teamleider vraagt de verpleegkundigen om advies in zijn of haar werkzaamheden	• Worden jullie betrokken bij besluitvorming rondom je werkzaamheden? Bij welke onderwerpen en situaties? • Wat doen jullie als jullie tijdens je werkzaamheden te maken krijgen met een probleem? • Vraagt de teamleider jullie om advies bij zijn of haar werkzaamheden? Kunnen jullie hier voorbeelden van geven?
	Evaluatie <i>Het bespreken van handelingen en acties van verpleegkundigen om inzichtelijk te krijgen of doelen worden behaald. Verpleegkundigen worden aangesproken op acties waarvan ze zeiden dat ze die uit zouden voeren.</i>	• Verpleegkundigen bespreken elkaars handelingen en acties om te beoordelen of de doelen die gesteld zijn, behaald worden • Verpleegkundigen worden aangesproken op werkzaamheden waarvan ze zeiden dat ze die uit zouden voeren, maar wat niet gebeurd is.	• Evalueren jullie elkaars werkzaamheden op een dag? Waarom wel of niet? • Wat doen jullie als iemand een actie niet uitgevoerd heeft, waarvan diegene zei dat hij/zij het wel zou doen?
	Omgaan met klachten <i>Verpleegkundigen zijn in staat een passend antwoord te geven op kritiek of een klacht.</i>	• Verpleegkundigen zijn in staat passend antwoord te geven op kritiek of een klacht	• Wat doen jullie wanneer jullie te maken krijgen met kritiek of een klacht over een actie of handeling die je uitgevoerd hebt?

Schema 5: Indicatoren verklarende variabelen

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De interne validiteit van het onderzoek is getracht te vergroten door bij het afnemen van interviews gebruik te maken van semigestructureerde interviews. Hierdoor wordt er ruimte gecreëerd om tijdens het interview door te vragen. Dit geeft de mogelijkheid om dieper in te gaan op antwoorden van de respondent en zo kan achterhaald worden of er daadwerkelijk gemeten wordt wat gemeten dient te worden. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is geprobeerd te vergroten door alle gemaakte keuzes en stappen van het onderzoek zo nauwkeurig mogelijk toe te lichten. Ook is de methode van dataverzameling en –analyse zo veel mogelijk gestandaardiseerd door interviewguides op te stellen voor de interviews en door gebruik te maken van codeerschema's in de analyse. Door de interviews volledig te transcriberen, zijn de interviews nauwkeurig en volledig vastgelegd. Alles nauwkeurig vastleggen tijdens het proces draagt bij aan de zekerheid dat de onderzoeksbevindingen niet toevallig zijn, maar systematisch (Van Thiel, 2010).

Door verschillende onderzoeksmethoden te gebruiken, is getracht de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te verbeteren. Het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden wordt triangulatie van methoden genoemd. (Van Thiel, 2010). De informatie die verkregen werd uit de interviews en documentanalyse zijn gecombineerd. Wanneer de gegevens die verzameld zijn door interviews en documentanalyse overeenkomsten vertonen, kan er gesteld worden dat er een hoge mate van validiteit en betrouwbaarheid is. Tevens is de betrouwbaarheid van het onderzoek getracht te vergroten door naast de verpleegkundigen ook de teamleider te interviewen. Dezelfde vragen worden aan een persoon op een andere positie voorgelegd om de gegevens te verifiëren.

In het onderzoek ligt de focus op zachte voorwaarden van Shared Governance, gericht op de cultuur binnen een team. Deze kunnen gevoelig van aard zijn, zoals bijvoorbeeld de relatie met de teamleider en de verhoudingen binnen het team. Het is te verwachten dat de respondenten het niet expliciet uit durven te spreken wanneer dit negatief is. Door een recent medewerkerstevredenheidsonderzoek³ te analyseren, als aanvulling op de interviews, wordt getracht dit probleem te verhelpen.

De externe validiteit van het onderzoek is beperkt, omdat er sprake is van een vergelijkende casestudy binnen één ziekenhuis. De uitkomsten van het onderzoek kunnen niet worden

³ Het medewerkerstevredenheidsonderzoek heeft in het tweede kwartaal van 2017 plaatsgevonden. De resultaten zijn in juli 2017 gepresenteerd.

gegeneraliseerd. Door meerdere cases te onderzoeken, is het wel mogelijk dat er patronen ontdekt worden, die mogelijke aanknopingspunten bieden voor nader onderzoek.

3.6 Resultaten en analyse

Om de uitkomsten van de dataverzameling te analyseren, zijn de interviews allereerst getranscribeerd en gecodeerd. Deze codes komen voort uit de voorwaarden opgesteld in de operationalisatie in paragraaf 3.3. Vervolgens worden de uitkomsten van de dataverzameling per afdeling geanalyseerd. Om de anonimiteit van de respondenten in dit onderzoek te waarborgen, worden zij niet bij naam genoemd en wordt er per afdeling alleen onderscheid gemaakt tussen teamleider en verpleegkundige. Om het overzichtelijk te houden in de analyse wordt per respondent een verwijscade gehanteerd. Het overzicht hiervan is terug te vinden in bijlage 8.5. De resultaten van de interviews en documentanalyse worden met elkaar vergeleken, zodat er een duidelijk beeld gevormd kan worden van de aanwezigheid van voorwaarden binnen een team die nodig zijn om te komen tot Shared Governance. Om dit vast te kunnen stellen wordt iedere voorwaarde gewaardeerd met een waarde: *niet aanwezig, enigszins aanwezig, wel aanwezig, sterk aanwezig*. Deze resultaten worden gepresenteerd in hoofdstuk 4 en vervolgens geanalyseerd in hoofdstuk 5. De uitkomsten worden in verband gebracht met de uitkomsten van de vragenlijst over de mate van Shared Governance in verpleegkundige teams. Om vast te stellen of de voorwaarden daadwerkelijk noodzakelijk zijn voor Shared Governance. Tevens zal de invloed van de controle variabelen geanalyseerd worden. Uiteindelijk wordt in de conclusie een antwoord geformuleerd op de centrale vraag van het onderzoek.

3.7 Afronding

In dit hoofdstuk zijn de gehanteerde methoden en technieken beschreven, hierna worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de dataverzameling per verpleegafdeling gepresenteerd. Daar wordt vastgesteld of empowerment, decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties aanwezig zijn binnen de verpleegkundige teams en worden de resultaten van de vragenlijst over de daadwerkelijke mate van Shared Governance binnen de verpleegafdelingen gepresenteerd.

4. Resultaten

Om in dit onderzoek te komen tot resultaten zijn de uitkomsten van de vragenlijsten, de relevante documenten en de transcripties van de interviews geanalyseerd. Allereerst worden enkele beschrijvende gegevens over de respons en de teams weergegeven, zodat in de analyse rekening gehouden kan worden met de omvang van het team en de mate van ervaring van verpleegkundigen. Vervolgens wordt aan de hand van de resultaten van de vragenlijst weergegeven wat de mate van Shared Governance is per afdeling. Hiermee kan antwoord gegeven worden op de derde deelvraag van dit onderzoek. Daarna wordt per casus aan de hand van de documentanalyse en de transcripten van de interviews beschreven in hoeverre de voorwaarden, die volgens de theorie noodzakelijk zijn voor Shared Governance, terugkomen binnen het team.

4.1 Beschrijvende gegevens

In deze paragraaf worden enkele beschrijvende gegevens over de respons en de teams weergegeven. In tabel 1 zijn de responsgegevens per afdeling weergegeven. Alle teamleden hebben een vragenlijst ontvangen. De teams kennen allemaal een scheve man-vrouwverhouding. Zowel op de afdeling Longgeneeskunde als de afdeling MDL is één mannelijke verpleegkundige werkzaam. Bij de afdeling Cardiologie en Chirurgie twee mannelijke verpleegkundigen en bij de afdeling Urologie geen. Opvallend is dat de respons van de mannelijke teamleden bijna 100% is. Tabel 1 maakt inzichtelijk dat de responspercentages tussen de 25% en de 50% lagen.

Afdeling	Aantal uitgezet	Aantal ingevuld	Percentage ingevuld
Maag Darm Lever	20	7	35%
Longgeneeskunde	28	7	25%
Cardiologie	36	11	39,6%
Chirurgie	40	12	30%
Urologie	16	8	50%
Totaal	140	45	32,1%

Tabel 1: Respons vragenlijsten Shared Governance

Om inzichtelijk te krijgen hoe de werkervaring van de verpleegkundigen verdeeld is op de afdeling is in tabel 2 zichtbaar wat het minimum en maximum aantal jaren werkzaam als verpleegkundigen per afdeling is, daarnaast is ook het gemiddelde aantal jaren werkzaam als verpleegkundigen per afdeling opgenomen in de tabel. Het gemiddelde van de verschillende afdelingen ligt vrij dicht bij

elkaar. Afdeling MDL is een uitschieter naar beneden, met een gemiddelde van 3,4 jaar. Het minimum aantal jaren ligt op alle afdelingen vrij dicht bij elkaar, bij het maximum is meer verschil zichtbaar. Zo is dit bij de afdelingen Cardiologie en Chirurgie erg hoog met 40 jaar.

Afdeling	Minimum	Maximum	Gemiddelde
Maag, Darm Lever	1	8	3,4
Longgeneeskunde	2	27	10,0
Cardiologie	1	40	12,6
Chirurgie	2	40	14,4
Urologie	0,5	18	9,2

Tabel 2: Aantal jaren werkzaam als verpleegkundige per afdeling

In dit onderzoek wordt ziekteverzuim van de verpleegkundigen meegenomen als controle variabele. In onderstaande tabel (3) is het ziekteverzuim van de verpleegkundigen per afdeling weergegeven. De cijfers 1 t/m 5 geven de maanden aan. In dit geval gaat het om de verzuimcijfers van januari t/m mei 2017. In de laatste kolom is het gemiddelde verzuimcijfer per afdeling weergegeven over de eerste vijf maanden van 2017. Bij de afdeling Longgeneeskunde zijn geen resultaten beschikbaar over de maand mei, dus is het gemiddelde berekend over de maanden januari t/m april 2017. Het verzuimpercentage is het percentage werknemers dat gemiddeld per dag ziek is. Bij een verzuimpercentage van 4% betekent dit dat gemiddeld per dag 1 op de 25 werknemers ziek is (Arbo Vitale, 2012). Uit cijfers van het CBS (2017) blijkt dat het verzuimpercentage in de sector gezondheids- en welzijnszorg in het eerste kwartaal van 2017 5,7% was en 5,1% in het tweede kwartaal van 2017. Wanneer dan naar bovenstaande tabel wordt gekeken, is zichtbaar dat de afdelingen Longgeneeskunde en Cardiologie beiden onder dat gemiddelde zitten. Chirurgie zit gemiddeld en Urologie iets boven het gemiddelde. Uitschieter is de afdeling Maag Darm Lever met een verzuimpercentage van 10,66%.

	1	2	3	4	5	Gemiddelde
MDL	10,69%	14,10%	9,94%	9,85%	9,24%	10,66%
Long	3,56%	2,48%	1,15%	3,86%	-	2,76%
Cardiologie	4,22%	1,20%	2,34%	0,00%	0,87%	1,73%
Chirurgie	5,51%	5,31%	7,71%	7,61%	3,85%	5,99%
Urologie	14,35%	8,01%	10,35%	4,79%	4,12%	8,32%

Tabel 3: Ziekteverzuim verpleegkundigen per afdeling januari t/m mei 2017

4.2 Shared Governance

Bij het invullen van de vragenlijsten gaven de respondenten per stelling aan hoe ze deze waardeerden, van 1 t/m 5. Door de waardes van alle stellingen bij elkaar op te tellen, ontstaat er een totaalscore per respondent. Deze waardes zijn gecategoriseerd per afdeling en daarna is het gemiddelde berekend per afdeling. De uitkomst hiervan geeft de mate van Shared Governance op de afdeling weer. In tabel 4 is de verdeling van de scoring op de vragenlijst weergegeven. Om te kunnen spreken van Shared Governance moeten de afdelingen tussen de 135 en 268 scoren. In tabel 5 zijn de resultaten van de verschillende afdelingen weergegeven en in tabel 6 is de verdeling zichtbaar ten opzichte van de score die nodig is voor Shared Governance.

Soort Governance	Score	Dominante groep
Traditioneel Governance	67 – 134	Alleen management
Shared Governance	135 – 200	Voornamelijk management met input verpleegkundigen
	201	Management en verpleegkundigen samen
	202 – 268	Voornamelijk verpleegkundigen met input management
Zelfsturend Governance	269 – 335	Alleen verpleegkundigen

Tabel 4: Scoring vragenlijst Shared Governance

Afdeling	Mean	N	Std. Deviation
Maag Darm Lever	122,57	7	14,363
Longgeneeskunde	143,14	7	27,358
Cardiologie	127,73	11	12,689
Chirurgie	106,08	12	20,029
Urologie	112,25	8	17,252
Totaal	120,80	45	21,879

Tabel 5: Score in de mate van Shared Governance per afdeling

MDL			X						
Longgeneeskunde				X					
Cardiologie			X						
Chirurgie		X							
Urologie		X	X						
Totaal			X						
	67-89	90-112	113-134	135-200	201	202-268	269-291	292-314	315-335

Tabel 6: Mate van Shared Governance in vergelijking

De groene vakjes staan voor een score die binnen Shared Governance valt, wanneer de score daar buiten valt, loopt dit op of af van geel naar rood. Wanneer deze scores bekeken worden, is zichtbaar dat alleen bij de afdeling Longgeneeskunde, met een score van 143,14, gesproken kan worden van Shared Governance. De overige afdelingen scoren een stuk lager en vallen daarmee onder het Traditioneel Governance. Ook de totaalscore van alle afdelingen valt onder het Traditioneel Governance.

Het project Productive Ward wordt gezien als middel om te komen tot Shared Governance. De afdelingen zijn op verschillende momenten gestart met dit project. In 2014 is VieCuri gestart met een pilot op de afdeling Urologie, in januari 2015 startten de afdelingen Maag Darm Lever en Cardiologie, in maart 2015 is Chirurgie gestart en Longgeneeskunde als laatste in januari 2016. Opvallend is dat bij de afdeling die als laatst gestart is met dit project, als enige gesproken kan worden van Shared Governance.

Enkele kanttekeningen die geplaatst kunnen worden, zijn het aantal respondenten en de standaarddeviatie. De afdeling Longgeneeskunde heeft een lage respons, 25% van de verpleegkundigen heeft de vragenlijst ingevuld. Daarnaast is de standaarddeviatie juist aan de hoge kant, wat betekent dat er veel spreiding in de antwoorden van de respondenten van de afdeling Longgeneeskunde zit. Ten opzichte van de standaarddeviatie van de totaalscore is ook zichtbaar dat de afdeling Longgeneeskunde hier als enige boven zit. Bij de afdelingen Maag Darm Lever, Cardiologie en Urologie is de respons hoger, maar ook de spreiding van de antwoorden is hier minder groot. De afdeling Cardiologie heeft de laagste standaarddeviatie. Chirurgie zit met een response van 30% en een standaarddeviatie van 20,029 er tussenin.

4.3 Voorwaarden

In deze paragraaf wordt per afdeling besproken in hoeverre de voorwaarden van Shared Governance uit de theorie aanwezig zijn binnen het team. Deze resultaten zijn gebaseerd op de data die verkregen zijn uit de interviews. Dit wordt aangevuld met informatie uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek (verder: MTO). Per afdeling is een rapport beschikbaar met de resultaten, zoals de verpleegkundigen van de desbetreffende afdeling gescoord hebben op de stellingen uit het MTO. Verschillende stellingen die terugkomen in het MTO zijn bruikbaar als aanvulling op de factoren die besproken zijn voor de verschillende voorwaarden van Shared Governance en kunnen dienen als extra onderbouwing van de al dan niet aanwezigheid van de

voorwaarden van Shared Governance. De interviews die zijn afgenomen met de verpleegkundigen en teamleiders van de verschillende afdelingen zijn leidend voor dit onderzoek. Het MTO wordt aangehaald daar waar het uitspraken ondersteunt of waar het juist afwijkt van data uit de interviews.

4.3.1 Maag, Darm, Lever

De afdeling Maag, Darm, Lever (verder: MDL) bestaat uit één teamleider en twintig verpleegkundigen, van wie negentien vrouwen en één man. Voor dit onderzoek zijn interviews afgenomen met drie verpleegkundigen en de teamleider. De resultaten uit de interviews worden besproken per voorwaarde. De paragrafen zijn opgebouwd aan de hand van de voorwaarden. Per voorwaarde wordt besproken of deze al dan niet aanwezig is, om uiteindelijk vast te kunnen stellen of empowerment, een decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties al dan niet aanwezig zijn binnen het team.

Empowerment van verpleegkundigen

Empowerment van verpleegkundigen kent twee voorwaarden, een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk en daarnaast uitdaging.

De respondenten geven aan dat ze de beslissingsbevoegdheid in hun werkzaamheden binnen bepaalde grenzen valt, omdat ze veel in overleg met de arts doen (Vpk.1A). Dit wordt ondersteund door de resultaten van het MTO.

“Ik denk vooral de zaken op de afdeling die ze zelf in de hand hebben en waarbij, behalve de patiënt, verder geen partijen betrokken zijn, zoals artsen, transport of andere afdelingen. Dan wordt het lastiger” (TL.1).

Binnen verpleegkundige werkzaamheden ervaren de respondenten dat ze zelf beslissingen mogen nemen. “We kunnen bijvoorbeeld beslissen of we vinden dat een patiënt een arts moet zien of dat onze eigen verpleegkundige kennis voldoende is, we beslissen of mensen die naar huis gaan dit zelfstandig kunnen of dat we andere instanties in moeten schakelen om het thuis veiliger te maken” (Vpk.1B). Door het project Productive Ward, hebben de verpleegkundigen meer zeggenschap gekregen over hun eigen afdeling en hoe ze deze willen indelen. Beslissingen over wat veranderd

wordt op de afdeling en op welke manier worden door de verpleegkundigen zelf genomen (Vpk.1A; Vpk.1C).

Ook over de mate van ervaren autonomie zijn de respondenten het eens. Ondanks een dagindeling ervaren de verpleegkundigen dat ze in bepaalde mate hun werkzaamheden zelf in kunnen delen. Ze bepalen zelf of ze in de ochtend beginnen met medicijnen of controles en met welke patiënt ze beginnen (Vpk.1A). In de praktijk merken verpleegkundigen dat ze vaak onderbroken worden door andere disciplines, zoals artsen, en dat ze zich dan aanpassen (TL.1; Vpk.1B; Vpk.1C). Door op zo'n moment prioriteiten te stellen, kunnen ze alsnog keuzes maken in de indeling van hun werk (Vpk.1B). De score op de categorie autonomie in het MTO ondersteunt deze bevindingen.

Aan de hand van bovenstaande resultaten kan gesteld worden dat 'een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk' enigszins aanwezig is binnen het verpleegkundig team.

Het werk wordt door de verpleegkundigen in verschillende mate als uitdagend ervaren. Twee respondenten geven aan dat ze hun verpleegkundige werkzaamheden heel uitdagend vinden, doordat elke dag anders is en ze nooit weten wat hen te wachten staat (Vpk.1A; Vpk.1B). De andere respondent geeft aan dat ze haar werk zelf niet altijd uitdagend vindt.

“Ik merk wel dat ik als gewoon verpleegkundige wel een beetje klaar ben met werken, dus doe ik veel andere dingen erbij. Ik zoek mijn uitdaging wel met extra taken, ook buiten de afdeling, ziekenhuisbreed” (Vpk.1C).

De respondenten geven allemaal aan dat ze op de hoogte zijn van de verwachtingen die de teamleider van ze heeft, dat er een open cultuur is binnen het team is en dat de teamleider heel duidelijk is over de verwachtingen die ze heeft van het team. De verpleegkundigen geven aan dat ze hierdoor zich ook goed kunnen vinden in de verwachtingen (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C).

Daar [de verwachtingen] kan ik me wel in vinden. Onze teamleider is een heel reëel persoon. De verwachtingen zijn niet heel gek of expliciet, maar er wordt wel van iedereen verwacht het uiterste uit een dienst te halen. Maar dat mag ook wel verwacht worden (Vpk.1B).

Een van de respondenten geeft aan dat het goed is dat de teamleider extra verwachtingen heeft van vaste medewerkers. Er wordt echter veel gewerkt met flexmedewerkers, die vooral bezig zijn met het uitvoeren van de standaardwerkzaamheden en daar nog veel sturing in nodig hebben (Vpk.1A). Een andere respondent geeft aan dat de verwachtingen per verpleegkundige verschillen. Van verpleegkundigen die al veel extra werkzaamheden doen, wordt meer verwacht dan van verpleegkundigen die maar weinig werken. Ze zegt hier het volgende over: “Dat vind ik wel krom, dat daar verschil in zit. Dat van de een meer verwacht worden dan van een ander” (Vpk.1C).

Wanneer er een fout wordt gemaakt door iemand binnen het team wordt dit door de teamleider en de desbetreffende verpleegkundige afgehandeld.

“Het is de bedoeling dat verpleegkundigen fouten VIM-en⁴, op die manier komt het ook bij mij. Sommige verpleegkundigen, de meeste eigenlijk, komen ook nog zelf naar mij toe. Dan wordt het besproken met de arts, de patiënt en de eerste contactpersoon van de patiënt” (TL.1).

De respondenten geven allemaal aan dat fouten niet lang blijven hangen in het team, maar dat ze juist gericht zijn op het positieve (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). De fouten worden onderling besproken, vooral om er lering uit te trekken. Ze geven elkaar tips, kijken hoe het voorkomen had kunnen worden en zien het als een methode om elkaar alert te houden (TL.1; Vpk.1B; Vpk.1C).

De verpleegkundigen ervaren dat ze groeien en bijleren in hun werk. “De gezondheidszorg is heel vernieuwend en daarom ook zo leuk, elke dag zijn er weer veranderingen” (Vpk.1B). Naast hun werkzaamheden zoeken ze andere manieren om zich te ontwikkelen in hun werk, zoals het volgen van een kartrekkertraject MBO-HBO en het op peil houden van kennis door onderzoeken en bladen te lezen (Vpk.1A; Vpk.1C). Uit het MTO blijkt dat de verpleegkundigen van de afdeling MDL zich willen ontwikkelen in hun werk en dat ze daar ook de mogelijkheden toe krijgen.

Aan de hand van bovenstaande resultaten kan gesteld worden dat ‘het uitdagen van verpleegkundigen in hun werk, door hoge verwachtingen van de teamleider, focus op het kunnen

⁴ VIM is een Veilig Incident Meldpunt. Verpleegkundigen ‘VIM-en’ hun fouten, ze maken dus een melding van een fout of incident. Een VIM-commissie (algemeen of van de afdeling) buigt zich over deze melding om te kijken of deze fout structureel voorkomt en of er iets veranderd of verbeterd moet worden. Dit wordt dan teruggekoppeld naar de teamleider (Persoonlijke Communicatie, 2017)

en niet op fouten en door het gemotiveerd voelen en vinden dat ze zich kunnen blijven ontwikkelen in hun werk' aanwezig tot sterk aanwezig is.

Op de verpleegafdeling is een omgeving waarin autonomie en vrijheid door verpleegkundigen wordt ervaren in de uitvoering van hun werk enigszins aanwezig. De voorwaarde uitdaging is aanwezig tot sterk aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat empowerment van de verpleegkundigen aanwezig is binnen de verpleegafdeling MDL.

Decentrale werkwijze binnen het team

Decentrale werkwijze binnen het team kent drie voorwaarden, namelijk communicatie, een veilig omgeving en bereidheid.

De verpleegkundigen krijgen één keer per week of per twee weken een mail van de teamleider met een nieuwsbrief met bijzonderheden van de betreffende en er hangt een mededelingenbord met belangrijke onderwerpen voor de afdeling, zoals prestatie-indicatoren. Een van de verpleegkundigen is eigenaar van dit mededelingenbord en draagt hier de verantwoordelijkheid voor (TL.1). Ook is er wekelijks een bordbespreking voor Productive Ward waarin de verantwoordelijke verpleegkundigen de stand van zaken presenteren en waar alle verpleegkundigen input voor kunnen leveren (Vpk.1C). Het lezen van de nieuwsbrief en het bijwonen van de bordbesprekingen is eigen verantwoordelijkheid, maar alle verpleegkundigen kunnen beschikken over de informatie die ze nodig hebben voor hun werkzaamheden.

“Er is best een open cultuur tussen de teamleider en het team hier op de afdeling. Er wordt goed met elkaar gecommuniceerd en bijvoorbeeld met vergaderingen kan iedereen input leveren en heeft iedereen ook eigen inspraak” (Vpk.1B).

Uit de antwoorden van de respondenten en het MTO blijkt dat het geven en ontvangen van feedback erg goed gaat. De respondenten geven aan dat ze een open en eerlijk team hebben dat open staat voor feedback en dit goed ontvangt. Ze geven elkaar regelmatig feedback en durven ook kritisch naar elkaar te zijn op een prettig manier (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C).

“We zijn er [feedback geven] elke dag wel mee bezig, zowel op goede en slechte dingen. Wanneer er iets heftigs gebeurt, bespreken we het. Of het goed is gegaan of anders had

gekund. En als iets fout gaat of de dienst is iets vergeten, dan koppelen we dit naar elkaar terug. Ik weet niet of dit overal zo gebeurt, maar in dit team kan dit wel en ook op een prettige manier” (Vpk.1B).

Aan de hand van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat de voorwaarde communicatie sterk aanwezig is.

De respondenten geven aan dat ze het team als prettig ervaren. De sfeer is goed, positief en open. Het team is klein en iedereen kan met elkaar opschieten, er worden geen groepjes gevormd. De verpleegkundigen zijn enthousiast en jong, waardoor er veel energie in het team is (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Ze vertrouwen elkaar, doordat iedereen open en eerlijk is en afspraken nagekomen worden (Vpk.1A; Vpk.1C). De verpleegkundigen organiseren regelmatig leuke dingen samen, zoals uiteten of een dagje naar een pretpark (Vpk.1C).

“De sfeer is goed en de verpleegkundigen kunnen het onderling goed met elkaar vinden. Een collegaatje valt langdurig uit en dan worden er wel afspraken gemaakt om bij haar op bezoek te gaan. Daar zijn ze heel bewust mee bezig. Iedereen hoort erbij” (TL.1).

Ook ervaren de verpleegkundigen geen angst in het uiten van hun mening binnen het team. Het team staat open voor andere meningen en ze onderbouwen hun mening met argumenten (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C).

“Soms wordt er fel gereageerd tijdens een vergadering wanneer een punt wordt besproken wat niet goed is gegaan. Maar daar geven we wel onze mening over, zowel de voor- als tegenstanders en dat leidt tot een discussie met argumenten van beide kanten” (Vpk.1C).

Door de hechtheid van het team zijn ze soms een beetje voorzichtig met het uiten van een afwijkende mening, maar ze zeggen het wel wanneer ze het er niet mee eens zijn (TL.1). Ook uit het MTO komt naar voren dat de verpleegkundigen zich veilig voelen om gemaakte fouten open te bespreken en om directe collega's aan te spreken op gedrag.

In hun dagelijkse werkzaamheden ervaren de verpleegkundigen een lage mate van afhankelijkheid van de teamleider. In de verpleegtechnische taken staat de teamleider niet hoger dan de

verpleegkundigen, daarin werken de verpleegkundigen vooral zelfstandig. Iedereen heeft zijn eigen taken en is daar verantwoordelijk voor (Vpk.1A; Vpk.1B). In de randzaken hebben de verpleegkundigen hulp nodig van de teamleider, om iets geregeld te krijgen, als contactpersoon of om ruimte te creëren om te werken aan extra taken op de afdeling (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C).

Op basis van de bovenstaande resultaten kan gesteld worden dat een veilige omgeving aanwezig tot sterk aanwezig is op de afdeling MDL.

De teamleider geeft aan bereid te zijn de verpleegkundigen te betrekken bij de besluitvorming. Wanneer zij zelf iets mag zeggen of beslissen, probeert ze altijd het team daarbij te betrekken (TL.1). De verpleegkundigen ervaren dat een beslissing vaak al genomen is en dat ze dan nog mee kunnen denken en hun mening kunnen geven over de invulling van het besluit op de afdeling (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Een voorbeeld hiervan is het verstrekken van medicatie. Tijdens een vergadering kwam naar voren dat de medicijnronde van 16.00 uur veel problemen kende. Het team heeft samen de oplossing aangedragen om de tussendienst de medicijnronde te laten doen, hierdoor heeft de avonddienst tijd voor het verzorgen van de patiënt en het te woord staan van bijvoorbeeld een andere discipline. Dit hebben de verpleegkundigen uitprobeerde en toen bleek dat dit het beste werkte, hebben ze deze verandering doorgevoerd (Vpk.1C).

De bereidheid van de verpleegkundigen om mee te beslissen is afhankelijk van het onderwerp. Ze vinden dat er heel veel speelt in het ziekenhuis. Ze willen graag betrokken worden bij beslissingen die gaan over hun werk en beroep, bijvoorbeeld wanneer er door hogere hand beslissingen genomen worden over het veranderen van de bezetting (Vpk.1C).

“Soms wordt er een besluit genomen en dan is dat voor ons best onlogisch, omdat het niet werkbaar kan zijn op een afdeling en het zou wel fijn zijn als er dan gevraagd wordt aan ons hoe het wel werkbaar gemaakt kan worden” (Vpk.1B).

Aan de hand van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat de bereidheid enigszins tot wel aanwezig is op de afdeling MDL.

Op de verpleegafdeling is de voorwaarde communicatie sterk aanwezig, veilige omgeving aanwezig en bereidheid enigszins tot wel aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een decentrale werkwijze aanwezig is binnen het verpleegkundig team op de afdeling MDL.

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen kent vier voorwaarden, autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie.

De mate van autonomie die de verpleegkundigen op de afdeling MDL ervaren, is eerder al toegelicht en daaruit bleek dat autonomie enigszins aanwezig is op de afdeling MDL.

De verpleegkundigen op de afdeling MDL worden op de hoogte gesteld van veranderingen via de nieuwsbrief, het mededelingenbord, werkoverleggen en door elkaar op de hoogte te stellen. Voor grote veranderingen in bijvoorbeeld apparatuur of werkwijzen worden scholingen georganiseerd of dienen e-learnings te worden gemaakt (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). De teamleider probeert de verpleegkundigen allemaal te betrekken: “[...] zoveel mogelijk verpleegkundigen bij betrekken, dat ze een onderwerp hebben. Bij een nieuw proces is daar iemand eigenaar van en die vertelt daar dan over in een werkoverleg” (TL.1). Uit het MTO blijkt dat de verpleegkundigen vinden dat ze in staat zijn goed om te gaan met veranderen in hun werk. Veranderingen worden besproken binnen het team om te kijken hoe deze toegepast kunnen worden in de werkzaamheden (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Uit de interviews komt naar voren dat de verpleegkundigen met veel veranderingen te maken krijgen. Ze kunnen het soms niet bijhouden en dat wekt weerstand op. Verpleegkundigen die niet fulltime werken hebben het druk genoeg met het uitvoeren van dagelijkse verpleegkundigen taken en hebben vaak niet de tijd zich nog te verdiepen in veranderingen die doorgevoerd worden (TL.1; Vpk.1B).

Op basis van bovenstaande gegevens kan gesteld worden dat competentie gewaardeerd kan worden als enigszins aanwezig op de afdeling MDL.

Over het onderdeel verbondenheid zijn de respondenten positief. Ze geven aan dat ze een hecht team hebben en ze buiten hun werk veel ondernemen en leuke dingen gaan doen. Ze hebben een groepsapp waar ook privé situaties in gedeeld worden (Vpk.1B). Ze voelen zich allemaal prettig in het team en voelen zich echt een onderdeel met het team (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Een

van de jongere collega's is ernstig ziek geworden en de verpleegkundigen steunen haar en gaan mee naar haar chemo afspraken (TL.1). De relaties onderling tussen de verpleegkundigen zijn goed: "Iedereen kan het met elkaar vinden. De samenwerking is goed, iedereen helpt elkaar" (Vpk.1C). Hierdoor kan geconcludeerd worden dat verbondenheid sterk aanwezig is binnen het team.

De verpleegkundigen ervaren hun werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk en zinvol (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Dit blijkt ook uit het MTO. De administratieve taken, het afvinken van werkzaamheden en het score van bepaalde lijsten worden als minder noodzakelijk ervaren: "Ik heb af en toe het idee dat we scoren om te scoren op de scorelijsten, die we bij moeten houden in plaats van dat we onze verpleegkundige blik gebruiken om er echt goed naar te kijken" (Vpk.1B). Een voorbeeld hiervan is het noteren van de decubituscore⁵ bij iemand van 20 jaar die de hele tijd loopt (Vpk.1C). Ook de teamleider geeft aan dat ze merkt dat de noodzaak hier vaak niet van ingezien wordt: "Ik blijf het wel uitleggen waarom we het doen en dan zie je dat ze wel zo iets hebben van oké, we snappen wel waarom het gedaan moet worden, maar is vooral het invullen en de registratie ervan" (TL.1). Doordat de verpleegkundigen het grootste deel van hun werkzaamheden noodzakelijk achten, wordt gesteld dat relevantie aanwezig is.

Binnen het team zijn de voorwaarden autonomie en competentie enigszins aanwezig, is verbondenheid sterk aanwezig en relevantie aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen van de afdeling MDL aanwezig is.

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team

Proactief en reactief om kunnen gaan met situaties binnen het team kent vier voorwaarden transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten.

Voor de verpleegkundigen is het zichtbaar wie welke taken uitvoert. In de dossiers van de patiënten zit een actieplan waar ze activiteiten met hun naam afvinken (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1C). Ook rapporteren ze met naam, zodat zichtbaar is wie wat op heeft geschreven bij een patiënt (Vpk.1B). Hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd worden, is in principe niet zichtbaar, tenzij dit heel expliciet vermeld wordt. Bijvoorbeeld bij wondverzorging, dan kan er staan: wondverzorging via

⁵ De decubituscore is het bijhouden of er doorligplekken ontstaan bij patiënten. De kans op doorlegplekken is groter bij personen die sterk vermagerd zijn, dunne huid hebben en veel in bed liggen (Persoonlijke Communicatie, 2017)

protocol, maar wat er precies gedaan is, is niet zichtbaar (Vpk.1C). In bijna alle gevallen staat er alleen wat diegene gedaan heeft (Vpk.1B; Vpk.1C). Aan de hand hiervan kan geconcludeerd worden dat transparantie enigszins aanwezig is.

Het bijdragen aan de besluitvorming die van invloed is op henzelf, is eerder al aan bod gekomen. De verpleegkundigen ervaren deze factor als enigszins aanwezig.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat de verpleegkundigen vrij probleemoplossend werken. Wanneer ze te maken krijgen met een probleem proberen ze het in eerste instantie zelf op te lossen en anders gaan ze lijntjes uitzetten om ervoor te zorgen dat het opgelost wordt (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Vpk.1A geeft als voorbeeld dat wanneer de stekker van de weegstoel kapot is, ze zelf gaat bellen met de technische dienst om dit te laten maken. “Ik weet waar ik moet zijn daarvoor, dus dan regel ik het zelf” (Vpk.1A). De teamleider zegt het volgende hierover: “Dat is heel wisselend. Ligt eraan wie er aan het werk is. Sommige duiken er helemaal in en zoeken uit waar ze moeten zijn en sommige doen niks en mailen het naar mij” (TL.1).

De teamleider geeft aan dat ze in haar werkzaamheden advies vraagt aan de verpleegkundigen. Ze vraagt dan bijvoorbeeld hoe de verpleegkundigen informatie willen krijgen, hoe ze zelf iets het beste kan doen of hoe het team iets wilt (TL.1). De verpleegkundigen geven aan dat de teamleider niet veel om advies vraagt, ze is meewerkend teamleider en staat dus nog veel op de vloer en tussen de verpleegkundigen (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). “Als ze iets vraagt, zijn het kleine dingetjes die ze niet meer zeker weet, omdat ze een tijdje niet meer op de vloer heeft gestaan, maar niet echt grote dingen” (Vpk.1A). Bijvoorbeeld of bepaalde handelingen nog wel kloppen volgens het protocol (Vpk.1B).

Op basis van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat de voorwaarde participatie enigszins aanwezig is binnen het verpleegkundig team op de afdeling MDL.

Het evalueren van werkzaamheden gebeurt niet standaard door de verpleegkundigen. De respondenten geven aan dat wanneer ze behoefte hebben aan een evaluatie van een bepaalde situatie, ze dat meestal meteen op dat moment doen met diegene waar ze op dat moment mee zijn (Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Bijvoorbeeld wanneer een acute of heftige situatie plaats heeft gevonden tijdens de dienst (Vpk.1B). Wanneer ze zien dat een collega een actie niet uitgevoerd

heeft, waarvan diegene zei dat die dat wel zou doen, spreken ze diegene daar op aan en proberen de reden te achterhalen. Ze proberen het samen op te lossen door het alsnog op te pakken of door de taak over te dragen (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C).

“Wanneer ik zie dat iets niet uitgevoerd is, en dat zie je eigenlijk direct, want je lees de patiëntendossiers, dan koppel ik dat terug. Dan krijg je een uitleg waarom dat niet gedaan is, soms is er iets tussen gekomen of zijn ze het vergeten. Maar diegene wordt daar wel op aangesproken en dan wordt er overlegd of diegene het alsnog uitvoert of dat het doorgeschoven wordt naar de volgende dienst” (Vpk.1C).

Het evalueren van werkzaamheden is enigszins aanwezig en het aanspreken van collega's is aanwezig, hierdoor kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde evaluatie enigszins tot wel aanwezig is.

Wanneer verpleegkundigen te maken krijgen met kritiek of een klacht, loopt dit proces en de afhandeling van de klacht doorgaans via de teamleider. Deze zoekt de situatie terug in het dossier en vraagt de betrokken verpleegkundigen naar hun kant van het verhaal (TL.1; Vpk.1A; Vpk.1B; Vpk.1C). Vpk.1B geeft als voorbeeld dat een collega een thuiszorgmedewerker aan de telefoon had gehad, omdat er iets fout was gegaan met een levering. De collega wilde het op het moment zelf oplossen en heeft gezegd dat het ziekenhuis het nog wel kon bestellen en dat het dan opgehaald kon worden. De betreffende thuiszorgmedewerker heeft het als heel kwalijk ervaren dat de bestelling niet compleet was en heeft een klacht ingediend. De teamleider heeft het verhaal van de verpleegkundigen aangehoord en heeft daarna de klacht afgehandeld (Vpk.1B). Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde omgaan met klachten enigszins aanwezig is.

Binnen het verpleegkundig team van MDL zijn de voorwaarden transparantie, participatie en omgaan met klachten enigszins aanwezig. De voorwaarde evaluatie is enigszins tot wel aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team enigszins aanwezig is.

Conclusie

Om in kaart te brengen welke voorwaarden van Shared Governance aanwezig zijn binnen de afdeling MDL is in onderstaand schema (6) weergegeven in welke mate de voorwaarden zich

voordoen met een korte toelichting daarbij. Hierbij zijn de resultaten uit voorgaande paragrafen samengevat.

Factor	Waarde
Empowerment van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> De verpleegkundigen ervaren beslissingsbevoegdheid en autonomie in hun werkzaamheden, dit wordt in de praktijk beperkt door de afhankelijkheid van andere disciplines. Ook ervaren de verpleegkundigen veel uitdaging in hun werkzaamheden of ze zoeken deze door extra werkzaamheden. Ze blijven leren en ontwikkelen en worden uitgedaagd door de verwachtingen van de teamleider.	
Decentrale werkwijze in het team	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> De communicatie op de afdeling is goed, de teamleden ontvangen allemaal juiste en gelijke informatie die ze nodig hebben en leveren deze ook zelf aan. Voor het geven en ontvangen van feedback staat iedereen open en dit gebeurt ook. Ook ervaren de verpleegkundigen dat ze in een veilige omgeving werken. De sfeer binnen het team is goed en ze vertrouwen elkaar. In de randzaken rondom hun werkzaamheden ervaren ze wel een sterke afhankelijkheid van de teamleider. De teamleider is bereid de verpleegkundigen te laten participeren in de besluitvorming en de verpleegkundigen zijn bereid om te participeren.	
Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Autonomie en competentie zijn enigszins aanwezig. Verpleegkundigen proberen veranderingen werkbaar te maken binnen hun werkzaamheden, maar ze kunnen de hoeveelheid soms niet meer bijbenen. Verbondenheid is sterk aanwezig, de verpleegkundigen voelen zich heel prettig binnen het team en hebben onderling goede relaties. Ook relevantie is aanwezig, de verpleegkundigen ervaren over het algemeen de meeste werkzaamheden als noodzakelijk.	
Proactief en reactief omgaan met situaties in het team	Niet/ enigszins /wel/sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Transparantie is enigszins aanwezig omdat het wel zichtbaar is wie welke werkzaamheden heeft uitgevoerd, maar het niet zichtbaar is hoe en waar deze zijn uitgevoerd. Ook participatie is enigszins aanwezig, de verpleegkundigen hebben het gevoel dat ze veel besluiten medegedeeld krijgen en maar bij enkele zaken inspraak hebben. Verder tonen ze wel veel initiatief bij het oplossen van problemen. De teamleider vraagt weinig om advies, omdat ze meewerkt en veel op de vloer en in het team staat. Evaluatie is enigszins aanwezig, dit gebeurt alleen wanneer er behoefte aan is. Daarnaast spreken de verpleegkundigen elkaar wel aan op	

taken die niet uitgevoerd zijn en handelen ze dit af. Het omgaan met klachten is enigszins aanwezig, omdat de verpleegkundige maar in beperkte mate betrokken wordt bij het afhandelen van een klacht, dit loopt via de teamleider.

Schema 6: Samenvatting aanwezigheid voorwaarden afdeling Maag Darm Lever

4.3.2 Longgeneeskunde

De afdeling Longgeneeskunde bestaat uit twee teamleiders en 28 verpleegkundigen, van wie 27 vrouwen en één man. Voor dit onderzoek zijn interviews afgenomen met drie verpleegkundigen en één teamleider. De resultaten uit de interviews worden besproken per voorwaarde. De paragrafen zijn opgebouwd aan de hand van de voorwaarden. Per voorwaarde wordt besproken of deze al dan niet aanwezig is, om uiteindelijk vast te kunnen stellen of empowerment, een decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties al dan niet aanwezig zijn binnen het team.

Empowerment van verpleegkundigen

Empowerment van verpleegkundigen kent twee voorwaarden, een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk en daarnaast uitdaging.

De respondenten ervaren dat ze met name op het gebied van patiëntenzorg aan het bed binnen bepaalde kaders beslissingen mogen nemen. In veel zaken zijn ze afhankelijk van de arts, die bepaalt of de verpleegkundigen iets wel of niet mogen doen (Vpk.2A; Vpk.2B).

“Toch mogen we ook zelf beslissingen nemen bij patiënten, bijvoorbeeld wanneer deze echt slecht worden. Als ze medicatie op recept hebben dan mogen wij deze zelf toedienen. Maar wanneer het boven ons petje gaat dan moeten we wel contact opnemen met de arts en die beslist dan wat we doen” (Vpk.2C).

Ook over de bezetting, opnames van patiënten en wie op welk stuk van de afdeling werkt tijdens een dienst mogen ze zelf beslissen. Wanneer een patiënt klinisch achteruit gaat en een lage saturatie heeft, mogen verpleegkundigen zelf beslissen of ze beginnen met zuurstof geven voordat ze een arts raadplegen (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). De resultaten in het MTO over beslissingsbevoegdheid ondersteunen deze uitspraken van de respondenten.

Over de mate van ervaren autonomie zijn de respondenten het ook eens. Ze geven aan dat ze hun werk zelf kunnen indelen.

“We hebben natuurlijk wel een dagindeling, een soort leidraad hoe een dag eruit ziet. Maar over het algemeen kun je je tijd wel zelf indelen. Als je je werkzaamheden aan het einde van de dienst maar gedaan hebt” (Vpk.2B).

Verpleegkundigen delen zelf hun dag in en maken hier keuzes in door prioriteiten te stellen. Het verschilt per persoon of ze starten met het uitdelen van medicijnen of met het uitvoeren van controles (Vpk.2A; Vpk.2C). Binnen bepaalde grenzen ervaren de verpleegkundigen dus dat ze vrijheid en autonomie hebben over hoe ze hun werk indelen en de keuzes die ze daarin maken. De resultaten uit het MTO ondersteunen de uitspraken van de respondenten. Ook de teamleider zegt hier het volgende over:

“Ik denk dat het voor de verpleegkundigen heel duidelijk is wat er gedaan moet worden en ieder maakt daar een eigen planning in en handelt daar ook naar” (TL.2).

Er kan gesteld worden dat ‘een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk’ aanwezig is binnen het verpleegkundig team.

De respondenten geven aan dat ze hun werk uitdagend vinden. Iedere dag is anders en ze vinden dat ze gevarieerde werkzaamheden hebben (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). Naast verpleegkundige handelingen hebben ze ook meer coördinerende taken en krijgen ze te maken met verschillende hulpverleners (Vpk.2A).

“Geen dag is hetzelfde, de zorgzwaarte van de patiënten wisselt en we krijgen ook te maken met acute situaties. Het kan zo maar zijn dat een patiënt in een kritieke toestand komt. Dit zorgt ervoor dat je alert en waakzaam blijft. Maar dit zorgt ook voor gevarieerd werk en voor uitdaging” (Vpk.2C).

De verpleegkundigen kunnen ook extra uitdaging zoeken in hun werk door kennis op bepaalde vakgebieden uit te breiden. Een van de respondenten is bijvoorbeeld bezig zich toe te leggen op het oncologische deelgebied van de longgeneeskunde (Vpk.2B).

De verpleegkundigen geven aan dat ze op de hoogte te zijn van de verwachtingen die de teamleider van ze heeft. De teamleider zegt daar het volgende over:

“[...] een stukje verantwoordelijkheidsgevoel over hun eigen handelen. Dat is voornamelijk wat ik wil zien in het team. [...] Ik heb er moeite mee dat ze niet altijd dat besef hebben. Ze kunnen dat prima, maar ze zijn er niet bewust mee bezig” (TL.2).

De respondenten geven aan dat de haalbaarheid van de verwachtingen afhankelijk is van bijvoorbeeld de drukte op een dag, de zorgzwaarte van de patiënten die er op dat moment liggen en het aantal zieken in het team. Het team kent veel langdurig zieken en moet dit zo veel mogelijk zelf opvangen. Ze merken dat er daardoor meer druk op hun schouders komt te liggen en verwachtingen niet altijd meer haalbaar zijn (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C).

“Op sommige momenten vind ik wel dat de teamleider iets van mij verwacht, waarvan ik denk, kan een teamleider dat van mij verwachten? [...] Er zijn wel grenzen en soms heb ik wel het idee dat ze over mijn grens heen gaan” (Vpk.2A).

Wanneer iemand binnen het team een fout maakt, wordt deze gemeld via een VIM. Hier krijgen ze van de teamleider een terugkoppeling van (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). Individuele fouten worden niet binnen het team besproken, maar wanneer er meerdere verpleegkundigen betrokken zijn of de teamleider merkt dat iets regelmatig voorkomt, wordt ervoor gekozen om de fout binnen het team te bespreken om er samen lering uit te halen en om de verpleegkundigen alert te maken (TL.2; Vpk.2B; Vpk.2C). De respondenten vinden dat er binnen hun team niet veel nadruk ligt op fouten, wanneer er veel aandacht aan besteed wordt, is het vooral om er van te leren (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). Een voorbeeld hiervan is een recent valincident. Doordat valincidenten vaker voorkomen, is de teamleider met het team in gesprek gegaan. Het doel hiervan is om de verpleegkundigen na te laten denken over hoe zulke incidenten voorkomen kunnen worden

(Vpk.2B). Sinds het JCI⁶-traject ligt er meer nadruk op fouten en op alles wat niet goed gaat, zoals wanneer er tijdens een handeling afgeweken wordt van het protocol (Vpk.2B, Vpk.2C).

De respondenten ervaren dat ze groeien en bijleren in hun werk. “Er is niets zo veranderlijk als de zorg. Dus je moet je ook blijven ontwikkelen” (Vpk.2A). Ze ontwikkelen zich elke dag door situaties die zich voordoen op de afdeling. Vpk.2C vindt dat ze veel leert van acute situaties:

“Je leert op die momenten snel te beslissen en te handelen, maar het komt ook voor dat je ziektebeelden tegenkomt, waar je nog niet zo bekend mee bent” (Vpk.2C).

Ook vinden de respondenten dat ze leren van nieuwe inzichten van (nieuwe) collega's, artsen en leerlingen (Vpk.2A; Vpk.2C). Bijvoorbeeld leerlingen die op school hebben geleerd een handeling op een andere, betere manier uit te voeren (Vpk.2B). Daarnaast vinden ze dat VieCuri steeds meer opleidingsmogelijkheden aanbiedt en het ook meer gestimuleerd wordt (Vpk.2A; Vpk.2B). Bijvoorbeeld de mogelijkheid om een oncologie opleiding te doen (Vpk.2B). Deze uitspraken van de respondenten over ontwikkelmogelijkheden in hun werk worden ondersteund door de resultaten van het MTO.

Er kan gesteld worden dat ‘het uitdagen van verpleegkundigen in hun werk, door hoge verwachtingen van de teamleider, focus op het kunnen en niet op fouten en door het gemotiveerd voelen en vinden dat ze zich kunnen blijven ontwikkelen in hun werk’ aanwezig is.

Op de verpleegafdeling Longgeneeskunde is een omgeving waarin autonomie en vrijheid door de verpleegkundigen wordt ervaren in de uitvoering van hun werk aanwezig, net als de voorwaarde uitdaging. Hieruit kan geconcludeerd worden dat empowerment van de verpleegkundigen aanwezig is binnen het team.

Decentrale werkwijze binnen het team

Decentrale werkwijze binnen het team kent drie voorwaarden, communicatie, een veilige omgeving en bereidheid.

⁶ JCI is een internationale accreditatie die een ziekenhuis krijgt wanneer het voldoet aan de standaarden van de Joint Commission International op het gebied van kwaliteit en veiligheid (NVZ, n.d.).

De verpleegkundigen krijgen één keer per week een nieuwsbrief van de teamleider via de mail als aanvulling op het maandelijks werkoverleg. Vanuit Productive Ward zorgen de verpleegkundigen uit het kernteam voor een wekelijkse nieuwsbrief en een bordbespreking om de laatste stand van zaken kenbaar te maken. (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). Het op de hoogte zijn van het laatste nieuws van de afdeling is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen zelf. “Als je het niet doet, merk je in de praktijk dat je ergens tegenaan gaat lopen” (Vpk.2A). Binnen het team hebben ze de afspraak gemaakt dat de communicatie op deze manier verloopt, waardoor iedereen erachter staat (TL.2). Wanneer collega’s zelf nieuws hebben, zorgen ze dat dit in de nieuwsbrief komt of ze communiceren het zelf naar de rest door het op de mail te zetten of door het tijdens de koffiepauzes te bespreken (Vpk.2A).

Het geven van feedback aan elkaar gebeurt wel binnen het team, maar het kan meer. “Ik probeer dat [feedback geven] wel, maar het lukt niet altijd. Niet iedereen doet dat binnen het team” (Vpk.2B). Wanneer er feedback gegeven wordt, gebeurt dit wel op een prettige manier (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C).

“Ik neem meestal diegene apart die ik feedback geef, even naar een aparte ruimte en aangeven wat er wel of niet goed is gegaan. Niet in een volle koffiekamer tussen neus en lippen door. Ik pak daar wel echt een momentje voor” (Vpk.2B).

De feedback wordt wisselend ontvangen. Sommige collega’s voelen zich aangevallen, maar uiteindelijk staat iedereen open voor feedback. Ook proberen ze binnen het team bewust positieve feedback te geven en zo niet alleen de nadruk te leggen op wat er fout gaat (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B).

“Het [feedback krijgen] is natuurlijk niet altijd prettig, wanneer het negatief is, en dat merk je ook wel eens aan collega’s. Maar vaak komen ze wel nog terug en zeggen ze: inderdaad, fijn dat je dat aangegeven hebt, nu kan ik er wat mee. Als collega’s niet weten dat je ergens tegenaan loopt, dan kunnen we er ook niks mee en dat is niet fijn” (Vpk.2A).

De resultaten op het geven, vragen en ontvangen van feedback in het MTO ondersteunen de uitspraken van de respondenten.

Op basis van bovenstaande gegevens kan gesteld worden dat de communicatie op de afdeling goed is. De voorwaarde communicatie is aanwezig binnen het team van de afdeling Longgeneeskunde.

De respondenten ervaren hun team als prettig. De sfeer is goed, de verpleegkundigen kunnen op elkaar bouwen en terugvallen. Ze delen veel in het team, niet alleen werksituaties, maar ook privé (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C).

“Wanneer een collega privé in een lastige situatie zit, dan durft ze dat ook aan te geven in de groep en de rest van ons gaat hier heel begripvol mee om en we proberen haar dan ook zo veel mogelijk te ondersteunen en ontlasten in haar taken. Iedereen staat wel op zo’n manier voor elkaar klaar” (Vpk.2A).

De verpleegkundigen vertrouwen elkaar. Ze krijgen op de afdeling regelmatig te maken met acute en heftige situaties en ze weten dat ze dan op elkaar terug kunnen vallen (Vpk.2B). Een van de respondenten geeft aan dat ze ook aan haar collega’s merkt dat iedereen elkaar vertrouwt, doordat er dingen van elkaar aangenomen worden en wanneer er iets is, de verpleegkundigen elkaar geloven. Ze hebben niet het gevoel dat ze elkaar moeten checken (Vpk.2C). Het team staat open voor afwijkende meningen en wanneer de verpleegkundigen het ergens niet mee eens zijn, durven ze dit ook aan te geven (Vpk.2B; Vpk.2C). De resultaten uit het MTO ondersteunen deze uitspraken van het team.

“Wanneer tijdens een teamvergadering een punt besproken wordt en de verpleegkundigen zijn het hier niet mee eens, dan geven ze hier hun mening over. Ze denken er wel eerst goed over na en zorgen dat ze hun mening goed formuleren” (TL.2).

Op dit punt vindt de teamleider dat het team volwassener is geworden. Voorheen werd geroepen dat ze het er niet mee eens waren, nu denken ze na over wat ze zeggen en onderbouwen ze hun mening (TL.2).

In hun dagelijkse werkzaamheden hebben de verpleegkundigen weinig hulp nodig van de teamleider. “Meestal hebben we geen teamleider nodig, want we kunnen heel goed op elkaar terugvallen” (Vpk.2A). De hulp van de teamleider wordt vooral ingeroepen bij uitzonderlijke situaties, ingewikkelde procedures en casussen.

“Het is prettig om te kunnen overleggen met de teamleider in bepaalde situaties. Bijvoorbeeld wanneer patiënten vervelend zijn, maar ook wanneer er problemen zijn met de bezetting of opname van nieuwe patiënten” (Vpk.2B).

Ook fungeert de teamleider als aanspreekpunt bij problemen (Vpk.2B; Vpk.2C). Vpk.2C geeft aan dat een teamleider als aanspreekpunt handig is wanneer er problemen zijn met een collega. Ook op dit gebied ervaart de teamleider een vooruitgang. Voorheen werd ze om de kleinste dingen om hulp gevraagd, nu denken de verpleegkundigen eerst zelf na (TL.2).

Aan de hand van bovenstaande uitkomsten kan gesteld worden dat de voorwaarde een veilige omgeving sterk aanwezig is op de afdeling Longgeneeskunde.

De respondenten ervaren dat ze veel betrokken worden door de teamleider bij beslissingen. In de meeste gevallen gaat het dan om het inrichten van processen, veranderingen en ontwikkelingen op de afdeling. Deze zaken komen aan bod in een teamoverleg en de verpleegkundigen geven hier hun mening over (Vpk.2B; Vpk.2C). Bijvoorbeeld over de nieuwe medicijnkarren op de afdeling. De verpleegkundigen kunnen allemaal aangeven of ze de karren fijn vinden of wat ze liever anders zouden zien (Vpk.2C). De verpleegkundigen beslissen ook mee over het aannemen van nieuw personeel, scholingen en klinische lessen (TL.1; Vpk.2B). Verpleegkundigen vormen werkgroepjes en zijn verantwoordelijk voor een bepaalde ontwikkeling op de afdeling of ziekenhuisbreed (Vpk.2A).

De respondenten vinden dat er door de teamleider goed geluisterd wordt naar de meningen en inbreng van de verpleegkundigen en ze hebben het gevoel dat hier ook iets mee gedaan wordt (Vpk.2B; Vpk.2C). De teamleider geeft aan dat ze de verpleegkundigen zo veel mogelijk probeert te betrekken op de afdeling door ze eigenaar te maken. “[...] veel gebeurt in onderlinge afstemming. Terecht ook, zij [de verpleegkundigen] moeten er mee werken” (TL.2). Bijvoorbeeld door met de verpleegkundigen te overleggen hoe de bezetting het beste gewijzigd kan worden (TL.1). De verpleegkundigen geven ook allemaal aan dat ze de behoefte hebben om mee te beslissen en dat ze het fijn vinden dat ze gehoord worden binnen de organisatie (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C).

“Het is onze afdeling en met z’n allen moeten we die draaiende houden. Soms kunnen ze op kantoor leuke dingen beslissen, maar op de werkvloer pakt het anders uit dan ze denken. Dan hebben wij toch de ervaring van de werkvloer” (Vpk.2B).

Vpk.2C geeft aan dat wanneer ze ergens tegenaan loopt op de werkvloer, ze dat nu aan kan geven en dat vindt ze prettig. Er wordt daadwerkelijk iets gedaan met haar feedback en input (Vpk.2C).

Aan de hand van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat de voorwaarde bereidheid sterk aanwezig is op de afdeling Longgeneeskunde.

Op de verpleegafdeling Longgeneeskunde is de voorwaarde communicatie aanwezig, een veilige omgeving is sterk aanwezig en ook de voorwaarde bereidheid is sterk aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een decentrale werkwijze sterk aanwezig is.

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen kent vier voorwaarden, autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie.

De mate van autonomie die de verpleegkundigen van de afdeling Longgeneeskunde ervaren, is eerder al toegelicht. Deze voorwaarde is aanwezig binnen het team.

De verpleegkundigen van de afdeling Longgeneeskunde worden op de hoogte gesteld van veranderingen via de nieuwsbrief, vergaderingen en door elkaar erop aan te spreken. Bij de grotere veranderingen wordt het zo ingericht dat de verpleegkundigen elkaar leren (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). “De aanwezige verpleegkundigen krijgen een uitleg over nieuwe controlepalen door iemand van de firma en zij leren het de andere verpleegkundigen die niet aanwezig waren” (Vpk.2C).

Bij minder grote veranderingen op het gebied van apparatuur, kan het ook gebeuren dat het apparaat in de koffiekamer komt te staan met een gebruiksaanwijzing. De verpleegkundigen oefenen dan zelf en kunnen op een aftekenlijst aangeven dat ze dat gedaan hebben. Dit was het geval toen de afdeling nieuwe zuurstofflessen kreeg (Vpk.2C). De respondenten geven aan dat

wanneer ze te maken krijgen met een verandering ze meegaan in de verandering en proberen deze zo snel mogelijk eigen te maken en toe te passen in de praktijk (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C).

“Bijvoorbeeld toen we de nieuwe controlepalen kregen, dan wordt iedereen op de hoogte gesteld en geschoold. Daarna ga je ze gebruiken in je dagelijkse werkzaamheden. Als we er dan een tijdje mee gewerkt hebben, gaan we het evalueren en kijken we of het goed loopt op de afdeling” (Vpk.2B).

De resultaten van het MTO ondersteunen de uitspraken van de respondenten over het omgaan met veranderingen op hun afdeling. Door het grote aantal ontwikkelingen de laatste tijd kan het wel voorkomen dat er eerder weerstand ontstaan. De teamleider geeft aan dat wanneer ze goed uitlegt waarom iets verandert, dit de weerstand wegneemt. De verpleegkundigen motiveren elkaar om mee te gaan in een verandering en deze eigen te maken (TL.2; Vpk2A).

Op basis van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat de voorwaarde competentie gewaardeerd kan worden als aanwezig.

De respondenten voelen zich prettig in het team. Er hangt een prettige sfeer, iedereen is open naar elkaar en iedereen is welkom. Niemand heeft het gevoel er niet bij te horen (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). “Ik voel me prettig in het team, omdat het vertrouwd is. Ik voel me gehoord door mijn collega’s. Ik voel me serieus genomen en gewaardeerd” (Vpk.2B). De acute en heftige situaties op de afdeling zorgen voor een hecht team. De verpleegkundigen steunen elkaar en helpen elkaar met het verwerken van deze situaties (Vpk.2C). Vpk.2C zegt hier het volgende over:

“Juist op deze afdeling is dat [een hecht team] denk ik heel erg nodig. Het is een afdeling waar vaak mensen komen te overlijden. Dan heb je elkaar echt nodig als team. Maar ook om goede zorg te leveren. Dat blijkt ook uit de patiënten. We hebben sinds kort een ideeënbus voor patiënten en daar komt veel positieve feedback over het team in terug. Dat is heel fijn om te horen” (Vpk.2B).

De relaties onderling zijn goed en iedereen kan met elkaar overweg (Vpk.2A; Vpk.2B). Binnen het team zijn vriendschappen ontstaan en verschillende collega’s zien elkaar ook buiten het werk,

maar hier ondervindt de rest geen hinder van (TL.2; Vpk.2C). Hierdoor kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde verbondenheid sterk aanwezig is binnen het team.

De verpleegkundigen ervaren hun werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk en zinvol (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). De resultaten uit het MTO ondersteunen dit. Administratieve taken, zoals het bijhouden van lijstjes worden niet als noodzakelijk gezien. Verpleegkundigen hebben het gevoel dat dit vooral voor de regeltjes is.

“We moeten heel veel scorelijsten invullen, delierscore, pijnscore, decubituscore, risico op vallen. Het is natuurlijk belangrijk dat we dit bijhouden. Maar is het noodzakelijk dat sommige lijsten drie keer per dag gescord moeten worden bij alle patiënten? Maar daar wordt dan niet naar gekeken” (Vpk.2B).

Van veel dingen snappen de verpleegkundigen wel waarom dat het moet gebeuren, maar ze zien het toch als verloren tijd die ze beter aan de patiënt zelf hadden kunnen besteden (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). Doordat de verpleegkundigen het grootste deel van hun werkzaamheden als noodzakelijk zien, wordt gesteld dat de voorwaarde relevantie aanwezig is.

Binnen het team zijn de voorwaarden autonomie, competentie en relevantie aanwezig. De voorwaarde verbondenheid is sterk aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen van de afdeling Longgeneeskunde aanwezig is.

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team

Proactief en reactief om kunnen gaan met situaties binnen het team kent vier voorwaarden, transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten.

Binnen het team is het in de meeste gevallen zichtbaar wie welke taken uitvoert. In het dossier van de patiënten wordt door de verpleegkundigen gerapporteerd onder hun eigen naam. Door een paraaf bij de medicatie is zichtbaar wie deze klaargemaakt heeft (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B). Hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd worden is alleen zichtbaar wanneer het gerapporteerd wordt (Vpk.2B).

“Anders is het [hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd zijn] wel af te leiden, doordat we hier duidelijke afspraken over hebben. Medicijnen worden bijvoorbeeld altijd klaargemaakt in de medicatieruimte. Maar uiteindelijk is het niet te controleren of het daadwerkelijk op die locatie en op die manier gebeurd is” (TL.2).

Aan de hand van deze informatie kan geconcludeerd worden dat transparantie enigszins aanwezig is op de afdeling Longgeneeskunde.

Het bijdragen aan de besluitvorming die van invloed is op henzelf, is eerder al aan bod gekomen. De verpleegkundigen ervaren deze factor als sterk aanwezig.

De verpleegkundigen geven aan dat ze een probleem eerst zelf proberen op te lossen. Mocht dit niet lukken, gaan de verpleegkundigen in de meeste gevallen overleggen met hun collega's om zo hun vervolgstap te bepalen.

“We hebben 24 bedden op de afdeling. Als alle bedden vol liggen en er komt een patiënt van de SEH, dan moet deze er toch nog bij. Dan ga ik overleggen met de Veco⁷, die is daar verantwoordelijk voor. Samen gaan we dan kijken of we patiënten kunnen verplaatsen naar een andere afdeling of dat ze met ontslag kunnen. We gaan dan zelf op zoek naar een passende oplossing” (Vpk.2A).

Wat er daarna gebeurt, is wisselend. Sommige verpleegkundigen gaan zelf hulp inschakelen van anderen die ervoor kunnen zorgen dat het probleem opgelost wordt, ze houden zelf de verantwoordelijkheid voor het probleem. Anderen dragen het probleem over of gaan ermee naar de teamleider (TL.2; Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C).

De teamleider vraagt in haar werkzaamheden geregeld advies aan de verpleegkundigen. Ondanks dat ze meewerkend teamleider is, krijgt ze niet alles mee wat op de vloer gebeurt en daar vraagt ze dan advies over. Ook in haar andere werkzaamheden betreft ze de verpleegkundigen. Bijvoorbeeld of er behoefte is aan scholingen of klinische lessen, of apparatuur noodzakelijk is en hoe verbeterpunten het beste aangepakt kunnen worden (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). In specifieke casussen maakt de teamleider gebruik van de specialistische kennis van verpleegkundigen: “Laatst

⁷ Veco is de verpleegkundig coördinator van een dienst (Persoonlijke communicatie, 2017)

was er iets met nieuwe cytostatica, dat wilden ze met mij kortsluiten, maar daar heb ik de hulp van de oncologieverpleegkundige voor nodig, dat is haar vakgebied” (TL.2).

Aan de hand van bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde participatie aanwezig is binnen het verpleegkundig team op de afdeling Longgeneeskunde.

De afdeling kent geen vast evaluatiemoment. Eerst deden de verpleegkundigen dit standaard aan het einde van de dienst, maar door tijdsgebrek gebeurt dit niet meer (Vpk.2A; Vpk.2B). Nu wordt er vooral geëvalueerd wanneer daar behoefte aan is (Vpk.2C).

“Bijvoorbeeld wanneer er een hectische dienst of heftige casus is geweest. Dan roep ik om vijf voor half vier de verpleegkundigen bij elkaar en pak ik een momentje om de dienst te evalueren” (TL.2).

Wanneer verpleegkundigen zien dat een collega een actie niet uitgevoerd heeft, waarvan diegene zei dat die dat wel zou doen, dan wordt dat teruggekoppeld naar de desbetreffende collega en wordt gevraagd naar de reden (Vpk.2A; Vpk.2B; Vpk.2C). “Ze [verpleegkundigen] spreken elkaar daar wel op aan, zeker tijdens een overdracht. Dan zie je ook wanneer iets niet uitgevoerd is en dan wordt dat wel besproken” (TL.2). De respondenten geven aan dat ze samen met de desbetreffende verpleegkundigen gaan kijken hoe het opgepakt kan worden. Vaak wordt het tijdens een overdracht geconstateerd en wordt de niet uitgevoerde taak meestal overgedragen naar de volgende dienst (Vpk.2A; Vpk.2B). Hierdoor kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde evaluatie enigszins tot wel aanwezig is.

Klachten komen meestal via de klachtencommissie terecht bij de teamleider. De teamleider gaat daarna met de desbetreffende verpleegkundige in gesprek, om haar kant van het verhaal te horen. Wat er daarna gebeurt, is afhankelijk van de persoon die de klacht indient, wenst deze nog een gesprek of niet. Dit pakt de teamleider samen met de betreffende verpleegkundige op (TL.2). Wanneer er meerdere verpleegkundigen betrokken zijn of wanneer het een algemene klacht over de afdeling is, wordt deze besproken tijdens een vergadering. De verpleegkundigen bespreken hoe ze het hadden kunnen voorkomen (Vpk.2C).

“Een patiënt die terug was gekomen van de Intensive Care was erg verward en had meerdere malen aangegeven dat ze zich niet lekker voelde. Ze had het gevoel dat hier niets mee gedaan werd en daarom voelde ze zich niet gehoord door ons. Dit is via het klachtenbureau bij ons terecht gekomen. We hebben dit besproken in de vergadering, we gaan er over in discussie: wat hadden we anders kunnen doen, hoe kunnen we het voorkomen, hoe hadden we ervoor kunnen zorgen dat ze zich wel gehoord had gevoeld?” (Vpk.2C).

De voorwaarde omgaan met klachten is enigszins aanwezig, het proces rondom de klacht wordt geleid door de teamleider, maar de verpleegkundige wordt wel betrokken.

Binnen het team van de afdeling Longgeneeskunde zijn de voorwaarden transparantie en omgaan met klachten enigszins aanwezig. De voorwaarde participatie is wel aanwezig en evaluatie is enigszins tot wel aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team enigszins aanwezig is.

Conclusie

Om in kaart te brengen welke voorwaarden van Shared Governance aanwezig zijn binnen de afdeling Longgeneeskunde is in onderstaand schema (7) weergegeven in welke mate de voorwaarden zich voordoen met een korte toelichting daarbij. Hierbij zijn de resultaten uit voorgaande paragrafen samengevat.

Factor	Waarde
Empowerment van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> De verpleegkundigen ervaren beslissingsbevoegdheid en autonomie in hun werkzaamheden. Ze geven aan dat ze in veel gevallen afhankelijk zijn van de arts, maar binnen de echte verpleegkundige zorg vinden ze dat ze beslissingsbevoegdheid en autonomie hebben. Ze voelen zich uitgedaagd, door de variëteit binnen hun werkzaamheden en vinden dat ze zich blijven ontwikkelen en blijven bijleren in hun werk.	
Decentrale werkwijze in het team	Niet/enigszins/ wel/sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> De communicatie op de afdeling is goed, iedereen ontvangt het laatste nieuws van de afdeling op een manier die samen afgesproken is. Daarnaast leveren verpleegkundigen input voor de nieuwsbrief of stellen ze collega's zelf op de hoogte via de mail. Het geven van feedback	

gebeurt ook, al mag dit altijd meer. Feedback wordt in de meeste gevallen goed ontvangen en er wordt ook iets mee gedaan. Ook is er een veilige omgeving voor de verpleegkundigen, ze ervaren hun team als prettig met een goede sfeer. Door heftige en acute situaties weten ze dat ze op elkaar terug kunnen vallen. Het team staat open voor afwijkende meningen en de verpleegkundigen ervaren een lage afhankelijkheid van de teamleider in hun werkzaamheden. Ook de bereidheid van de teamleider om de verpleegkundigen te laten participeren in de besluitvorming is aanwezig. Ze worden veel betrokken en mogen regelmatig hun mening geven. Door werkgroepjes dragen verpleegkundigen zelf verantwoordelijkheid. De verpleegkundigen geven aan dat ze ook bereid zijn om deel te nemen aan besluitvorming.

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
--	--

Toelichting: De verpleegkundigen ervaren autonomie in hun werkzaamheden. Ook competentie is aanwezig, de verpleegkundigen zijn op de hoogte van veranderingen en scholen elkaar. Veranderingen worden zo snel mogelijk werkbaar gemaakt. Verbondenheid is sterk aanwezig binnen het team. De verpleegkundigen voelen zich veilig, gehoord, serieus genomen en gewaardeerd. Relevantie is ook aanwezig, omdat de werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk gezien worden. Minder noodzakelijke werkzaamheden zien ze als verloren tijd die ze aan de patiënt hadden kunnen besteden, maar ze snappen wel waarom deze werkzaamheden moeten gebeuren.

Proactief en reactief omgaan met situaties in het team	Niet/ enigszins /wel/sterk aanwezig
--	--

Toelichting: Transparantie is enigszins aanwezig, omdat binnen het team wel zichtbaar is wie welke werkzaamheden heeft uitgevoerd, niet zichtbaar is hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd zijn. Participatie is aanwezig, de verpleegkundigen krijgen veel mogelijkheden om deel te nemen aan besluitvorming op de afdeling. Hoe er omgegaan wordt met het oplossen van problemen is wisselend. Sommige verpleegkundigen schakelen zelf hulp in en anderen leggen het probleem bij de teamleider. Daarnaast vraagt de teamleider regelmatig om advies aan de verpleegkundigen, ze gebruikt de expertise van de verpleegkundigen. Op de afdeling is geen standaard evaluatie aan het einde van een dienst, maar wanneer er een hectische dienst is geweest of er behoefte aan is, wordt er wel een momentje genomen om te evalueren. Ook het aanspreken van collega's op niet uitgevoerde taken gebeurt door de verpleegkundigen. Het omgaan van klachten gebeurt enigszins. Het hele proces wordt geleid door de teamleider, maar de desbetreffende verpleegkundige wordt hier wel bij betrokken.

Schema 7: Samenvatting aanwezigheid voorwaarden afdeling Longgeneeskunde

4.3.3 Cardiologie

De afdeling Cardiologie bestaat uit één teamleider en 36 verpleegkundigen, van wie 34 vrouwen en twee mannen. Voor dit onderzoek zijn interviews afgenomen met drie verpleegkundigen en de teamleider. De resultaten uit de interviews worden besproken per voorwaarde. De paragrafen zijn opgebouwd aan de hand van de voorwaarden. Per voorwaarde wordt besproken of deze al dan niet aanwezig is, om uiteindelijk vast te kunnen stellen of empowerment, een decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties al dan niet aanwezig zijn binnen het team.

Empowerment van verpleegkundigen

Empowerment van verpleegkundigen kent twee voorwaarden, een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk en daarnaast uitdaging.

De verpleegkundigen zijn in hun werkzaamheden veel afhankelijk van artsen en protocollen. Zelf beslissingen nemen, mag alleen wanneer dit binnen de protocollen valt en wanneer de verpleegkundigen niet afhankelijk zijn van een arts, dus alleen op basaal niveau (TL.3; Vpk.3a; Vpk.3B; Vpk.3C).

“Over een groot gedeelte van hun werkzaamheden hebben zij [de verpleegkundigen] geen beslissingsbevoegdheid, behalve in de manier waarop ze het werk willen organiseren, de indeling van hun werkzaamheden en toch ook wel een gedeelte hoe ze gestalte willen geven aan de patiëntenzorg” (TL.3).

De verpleegkundigen gaven aan dat ze het lastig vonden om een specifiek voorbeeld te geven. Vpk.3C geeft aan dat ze in haar werkzaamheden wel af mag wijken van een protocol en een beslissing mag nemen, maar dat ze dit wel moet kunnen verantwoorden en onderbouwen. De resultaten van het MTO over beslissingsbevoegdheid ondersteunen de uitspraken van de respondenten.

Op de voorwaarde autonomie reageren de respondenten ook eenduidig. Ze geven aan dat ze in grote lijnen hun werkzaamheden zelf in kunnen delen. Op de afdeling werken ze volgens een vaste structuur. De afspraak is bijvoorbeeld dat patiënten in de ochtend gewassen worden en niet in de

middag (Vpk.3C). Aan het einde van de dienst dienen alle werkzaamheden volbracht zijn. De verpleegkundigen hebben zelf in hand of ze starten met medicatie of verzorging en met welke patiënt ze starten (TL.3; Vpk.3B; Vpk.3C). De resultaten van het MTO over autonomie ondersteunen de uitspraken van de respondenten.

Er kan gesteld worden dat ‘een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk’ enigszins aanwezig is binnen het verpleegkundig team.

Op de vraag of de respondenten hun werk als uitdagend ervaren, wordt gereageerd met “hangt er van af”. Wanneer ze te maken hebben met complexe patiënten en onverwachte situaties vinden ze hun werk uitdagend, bij een standaard dag minder. Door neventaken zorgen de verpleegkundigen voor meer uitdaging in hun werk, bijvoorbeeld door deel te nemen aan kerngroepen voor processen op de afdeling en het begeleiden van stagiaires (Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C).

“Nu we één teamleider hebben, merk ik dat er meer taken naar sommige mensen van het team geschoven worden, die daar interesse in hebben. Dat is wel leuk, hierdoor wordt er ook meer overlegd” (Vpk.3C).

Een voorbeeld hiervan is een nieuw patiëntendossier waar de afdeling mee moet gaan werken. De teamleider geeft verpleegkundigen, die hier interesse in hebben, de mogelijkheid om dit op te pakken en het programma op de afdeling te introduceren en te coördineren (Vpk.3B).

De verpleegkundigen geven aan dat ze redelijk op de hoogte zijn van de verwachtingen die de teamleider van ze heeft. “We hebben sinds kort een nieuwe teamleidster, ze heeft ze [de verwachtingen] nooit echt uitgesproken, maar we weten wel wat ze belangrijk vindt” (Vpk.3A). Zo verwacht de teamleider dat de verpleegkundigen als een professional hun werk doen, opmerken wanneer veranderingen of verbeteringen aangebracht kunnen worden en dat ze verantwoording dragen (TL.3). Het grootste probleem met de haalbaarheid van de verwachtingen is tijdgebrek.

“Er moet veel gebeuren op een dag en er zijn veel kerngroepen, daar wil je ook graag tijd aan besteden, maar dat gaat niet altijd, want patiënten gaan voor. Dat is heel lastig. Maar in principe is het wel haalbaar wat ze [de teamleider] van ons verwacht” (Vpk.3C).

Wanneer iemand binnen het team een fout maakt, wordt er een VIM-melding van deze fout geschreven. Daarnaast wordt de fout besproken door de teamleider met de betrokken verpleegkundige (Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). Tijdens een teamoverleg heeft het team een vast onderdeel, waarbij VIM-meldingen besproken worden.

“Een voorbeeld hiervan is een verwarde patiënt die gevallen is, eigenlijk hadden er bepaalde maatregelen genomen moeten worden, maar dit was niet gebeurd. De patiënt heeft de heup gebroken en is hier uiteindelijk aan overleden. Hier is een flinke VIM over geschreven en een analyse op los gelaten door de VIM-commissie. Die fout is toen ook in de teamvergadering besproken, met compleet leerpunt erbij” (Vpk.3A).

Minder grote fouten, zoals een verkeerde pompstand, worden door de VIM-coördinator opgesomd. Komen ze in korte tijd vaker voor, dan worden ze in de nieuwsbrief gezet, zodat de verpleegkundigen hier op letten (Vpk.3A). Binnen het team ligt niet veel nadruk op fouten, wanneer ze extra besproken worden is dit om bewustwording te creëren dat fouten gemaakt worden, om er van te leren en om deze fouten in het vervolg te voorkomen (TL.3; Vpk.3A; Vpk.3C).

De respondenten geven aan dat ze op de afdeling voldoende mogelijkheden hebben om bij te leren en te ontwikkelen. Vorig jaar hebben de verpleegkundigen zelf een cardiologiescholing georganiseerd van 12 middagen. Er wordt naar gestreefd om ieder jaar een scholing of iets dergelijks te organiseren (Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). Ziekenhuisbreed vallen de ontwikkelmogelijkheden tegen, omdat het niet echt gestimuleerd wordt (Vpk.3C). De resultaten die uit het MTO naar voren komen ondersteunen deze uitspraken van de respondenten.

De voorwaarde ‘het uitdagen van verpleegkundigen in hun werk, door hoge verwachtingen van de teamleider, focus op het kunnen en niet op fouten en door het gemotiveerd voelen en vinden dat ze zich kunnen blijven ontwikkelen in hun werk’ is aanwezig tot sterk aanwezig.

Op de verpleegafdeling Cardiologie is een omgeving waarin autonomie en vrijheid door de verpleegkundigen wordt ervaren in de uitvoering van hun werk enigszins aanwezig. De

voorwaarde uitdaging is aanwezig tot sterk aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat empowerment van de verpleegkundigen aanwezig is binnen het team.

Decentrale werkwijze binnen het team

Decentrale werkwijze binnen het team kent drie voorwaarden, communicatie, veilige omgeving en bereidheid.

Iedere week krijgen de verpleegkundigen een nieuwsbrief van de teamleider met alle nieuwtjes, deze nieuwsbrief wordt ook geprint en komt in een klapper te zitten. Daarnaast heeft het team iedere dag aan het einde van de dienst een '10-over-3-tje', dan wordt de dag besproken en worden nieuwtjes gedeeld (Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). "Het 10-over-3-momentje heb ik ingezet toen ik hier kwam werken, we kunnen dan nieuwtjes met elkaar delen" (TL.3). Het op de hoogte zijn van het laatste nieuws van de afdeling is eigen verantwoordelijkheid. Verpleegkundigen merken dat je in je werkzaamheden wel merkt wanneer je niet op de hoogte bent en dat dit er wel voor zorgt dat iedereen zo veel mogelijk op de hoogte is (Vpk.3A).

Het geven van feedback is een aandachtspuntje op de afdeling. Sinds kort is het team gestart met een verbetertraject op het gebied van feedback geven en ontvangen, want er kwam naar voren dat de verpleegkundigen bijna tot niet feedback aan elkaar geven (TL.3; Vpk.3B; Vpk.3C). "Ik denk dat dit komt doordat we ons soms niet veilig voelen om feedback te geven of niet weten hoe je feedback moet geven of het uit de weg willen gaan" (Vpk.3B). Door tijdens het 10-over-3-tje de dag te bespreken, krijgen de verpleegkundigen de mogelijkheid om openlijk feedback te geven. Door het verbetertraject wordt er nu in ieder geval feedback gegeven (Vpk.3C). Ook het ontvangen van feedback is wisselend, een groot gedeelte ziet feedback in eerste instantie nog als negatieve kritiek en zo wordt er dan ook op gereageerd (TL.3).

"Een collega was een paar dingen vergeten in haar dienst en ik kwam daar bij uit. Ik heb de collega zo snel mogelijk apart genomen om dit te bespreken. Deze collega vond het niet prettig en zag het vooral als negatieve kritiek" (Vpk.3B).

Het team heeft veel nieuwe medewerkers, die nog lerende en zoekende zijn en die pakken feedback heel goed op, want zij willen zich echt verbeteren (Vpk.3A). De resultaten uit het MTO over feedback geven, ontvangen en vragen, ondersteunen de uitspraken van de respondenten.

Op basis van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat de voorwaarde communicatie enigszins aanwezig is binnen het team van de afdeling Cardiologie.

Aan de sfeer binnen het team wordt op dit moment gewerkt. De respondenten geven aan dat het team uit een hele moeilijke periode komt en nu bezig is met het opnieuw opbouwen van het team. Ze geven allemaal aan dat de sfeer in team veel beter is sinds ze een nieuwe teamleider hebben (Vpk.3A; Vpk.3C). De teamleider geeft aan dat het verbeteren van de sfeer dagelijks aandacht heeft: “Elke twee maanden hebben we in een kernteam dit als onderwerp, hoe maken we het team sterker, welke normen en waarden schrijven wij dit team toe” (TL.3). De verpleegkundigen zien deze vooruitgang ook: “Communiceren en samenwerken gaat steeds beter” (Vpk.3B). Over de mate waarin de verpleegkundigen elkaar vertrouwen zijn de respondenten wisselend. Door alles wat het team meegemaakt heeft zijn met name de wat oudere collega’s wat huiverig en vertrouwt niet iedereen elkaar binnen het team (Vpk.3A):

“Tijdens het verbetertraject zeiden verschillende collega’s dat ze niet alles uitspreken en eerlijk alles durven zeggen, ook omdat ze bang zijn dat het bij het management terecht komt en ze ontslagen worden” (Vpk.3A).

Een andere respondent geeft aan dat juist doordat het team zo veel meegemaakt heeft, ze dichter bij elkaar zijn gekomen en ze elkaar daardoor meer vertrouwen (Vpk.3B). De respondenten ervaren allemaal dat niet alle collega’s hun mening durven te geven binnen het team (TL.3; Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). Dit zit deels in het karakter van sommige verpleegkundigen, maar het komt ook door de manier waarop andere verpleegkundigen binnen het team daarop reageren (TL.3). Wanneer een verpleegkundige een afwijkende mening heeft, komt het wel eens voor dat collega’s daar niet achter staan en hier aanvallend op reageren. Dit zorgt ervoor dat verpleegkundigen in het vervolg meer moeite hebben met het uiten van een afwijkende mening (Vpk. 3C). De resultaten van het MTO ondersteunen de uitspraken van de respondenten.

In hun dagelijkse werkzaamheden hebben de verpleegkundigen geen hulp nodig van de teamleider. “We doen veel zonder teamleider en dat gaat ook gewoon prima. Er zijn wel andere collega’s die dan een beetje die taken op zich nemen op de vloer” (Vpk.3A). Zo is er dan een Veco, een verpleegkundige die de coördinatie op zich neemt voor die dienst (Vpk.3A). De hulp van de

teamleider wordt vooral ingeroepen wanneer de verpleegkundigen iets geregeld moeten hebben of wanneer ze te maken krijgen met situaties die niet zo vaak voorkomen (Vpk.3B; Vpk.3C) “Wanneer een patiënt vragen heeft die ik zelf niet kan beantwoorden of een klacht heeft, dan haal ik de teamleider erbij” (Vpk.3A).

Op basis van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat een veilige omgeving enigszins aanwezig is op de afdeling Cardiologie.

De respondenten ervaren dat ze veel betrokken worden door de teamleider bij beslissingen. De teamleider vraagt verpleegkundigen niet alleen om hun mening bij veranderingen op de afdeling, maar betreft ze ook bij het inrichten hiervan (Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). Ook op organisatorisch vlak probeert de teamleider de verpleegkundigen te betrekken:

“In de zomer is het Short Stay gedeelte dicht, de patiënten die daar normaal liggen, komen dan bij ons op de afdeling. Ik ga dan met de verpleegkundigen overleggen hoe we dat het beste kunnen organiseren. We hebben samen een paar voorstellen opgesteld en uiteindelijk geven de verpleegkundigen dan aan hoe ze hier tegenaan kijken” (TL.3).

De teamleider geeft aan dat ze de verpleegkundigen zo veel mogelijk probeert te horen en meestal bespreekt ze deze dingen aan het einde van een dienst: “Daar waar ik besluiten kan nemen, die neem ik zoveel mogelijk samen met de verpleegkundigen om draagvlak te creëren” (TL.3). De respondenten geven aan dat ze ook behoefte hebben om mee te beslissen. Het zorgt ervoor dat inzichtelijk wordt wat de teamleider doet en de verpleegkundigen kunnen aangeven wat ze graag willen. Ook de teamleider merkt dat de verpleegkundigen graag betrokken worden, doordat ze dit tegen haar zeggen, ze meedoen, het gesprek aangaan en een eigen visie hebben (TL.3).

“Dit haalt irritaties sneller uit de wereld, van beide kanten kan aangegeven worden wanneer ergens tegenaan gelopen wordt en zo kan het zo snel mogelijk opgelost worden” (Vpk.3A).

Door de uitspraken van de respondenten die hierboven aangehaald zijn, kan gesteld worden dat de voorwaarde bereidheid sterk aanwezig is op de afdeling Cardiologie.

Op de afdeling Cardiologie zijn de voorwaarden communicatie en veilige omgeving enigszins aanwezig. De voorwaarde bereidheid is sterk aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een decentrale werkwijze enigszins tot wel aanwezig is.

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen kent vier voorwaarden, autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie.

De mate van autonomie die de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie ervaren, is eerder al toegelicht. Deze voorwaarde is enigszins aanwezig.

De verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie worden op de hoogte gesteld van veranderingen via de nieuwsbrief en het 10-over-3-tje. Ze praten er met elkaar over en geven nieuws door aan elkaar (Vpk.3A; Vpk.3B). Bij een veranderende werkwijze of nieuwe apparatuur worden er scholingen georganiseerd, komt iemand het uitleggen of wordt er een e-learning gemaakt (Vpk.3B; Vpk.3C). De resultaten in het MTO over omgaan met veranderingen sluiten aan bij de uitspraken van de respondenten. Het is wisselend hoe er omgegaan wordt met veranderingen. Wanneer de relevantie duidelijk is, gaan de verpleegkundigen met de verandering aan de slag en proberen deze werkbaar te maken (TL.3; Vpk.3C). Wanneer de relevantie minder duidelijkheid is, is er in eerste instantie meer weerstand.

“Wanneer we nu een informatieboekje aan de patiënt hebben gegeven, moeten we nu een afkorting in het dossier zetten, met de naam van het boekje en de informatie. Ik heb geen idee waarom dat moet, maar bijna niemand doet het ook. Puur omdat we niet weten waarom dit noodzakelijk is” (Vpk.3C).

De teamleider geeft aan dat ze wel merkt dat de verpleegkundigen het proberen te begrijpen: “Ze stellen veel vragen. [...] Dan zijn ze al verder aan het nadenken hoe ze het [de verandering] het beste kunnen landen in het team, omdat het toch gaat gebeuren” (TL.3).

Aan de hand van bovenstaande gegevens kan gesteld worden dat de voorwaarde competentie gewaardeerd kan worden als aanwezig.

De respondenten voelen zich prettig in het team. Ze ervaren het team als jong en leuk en voelen zich op hun plek (Vpk.3A; Vpk.3B). De samenwerking gaat goed en ze komen met plezier naar hun werk (Vpk.3B; Vpk.3C). De hechtheid van het team wordt door de respondenten in twijfel getrokken door het verloop en de grootte van het team (Vpk.3A; Vpk.3B). Er is een groepje collega's dat heel hecht is en in hun vrije tijd ook met elkaar afsprekt (Vpk.3C). De teamleider ziet hier een gevaar in:

“Een gedeelte van de groep heeft privé ook contact met elkaar, dat is ook prima, maar wat ik wil voorkomen, of verbeteren, dat de rest van de groep daar te ver vanaf staat. Binnen de werksfeer moet het één team zijn. [...] Dat kan nog verbeterd worden, niet iedereen heeft in dezelfde mate het gevoel dat ze onderdeel van één team zijn.” (TL.3).

Dit is ook duidelijk zichtbaar in het feit dat niet alle verpleegkundigen zich op hun gemak voelen binnen het team en hun mening durven te geven over onderwerpen, omdat ze bang zijn voor de reactie van collega's. Voor de relaties onderling geldt hetzelfde. Over het algemeen zijn de relaties goed, een gedeelte hecht, deze collega's spreken elkaar ook buiten het werk, en een ander gedeelte wat lastiger (TL.3).

“Een teamleidster is nu teamleidster af en weer terug op de vloer als verpleegkundige, dus dat is wel een beetje moeizaam. Dat is een beetje raar, maar we zijn er mee bezig en het gaat steeds beter” (Vpk.3C).

Verder geven de respondenten aan dat de relaties onderling goed zijn en dat ze met elkaar overweg kunnen (Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). “We hoeven geen vrienden te zijn, maar we kunnen goed samenwerken en dat is het belangrijkste” (Vpk.3B). Geconcludeerd kan worden dat de voorwaarde verbondenheid enigszins aanwezig is binnen het team.

De verpleegkundigen ervaren hun werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk en zinvol (TL.3; Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). “Alle dingen die ten goede komen aan de patiënt zijn zeker noodzakelijk” (Vpk.3C). De resultaten van het MTO over zinvol werken sluiten aan bij de uitspraken van de respondenten. Het invullen van lijstjes wordt niet als noodzakelijk gezien door de verpleegkundigen.

“We vullen altijd een hele anamnese⁸ in, maar we hebben op Cardiologie ook veel korte opnames. Dan ben je een hele vragenlijst in aan het vullen met hobby's en vragen over seksualiteit en noem maar op. Dan vraag ik mij af waarom ik dit allemaal moet vragen wanneer meneer de volgende dag weer weg is” (Vpk.3A).

Ze vinden dat ze daar veel tijd mee kwijt zijn, die ze beter kunnen besteden aan de patiënt (Vpk.3A; Vpk.3C). De teamleider probeert de verpleegkundigen ook duidelijk te maken dat wanneer deze dingen niet goed genoteerd zijn, dit ervoor zorgt het lastig te achterhalen is of je goede zorg geleverd hebt (TL.3). Doordat de verpleegkundigen het grootste deel van hun werkzaamheden als noodzakelijk zien, wordt gesteld dat de voorwaarde relevantie aanwezig is.

Binnen het team zijn de voorwaarden autonomie en verbondenheid enigszins aanwezig en de voorwaarden competentie en relevantie zijn aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie enigszins tot wel aanwezig is.

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team

Proactief en reactief om kunnen gaan met situaties binnen het team kent vier voorwaarden, transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten.

Binnen het team is zichtbaar wie welke taken uitvoert. Binnen het patiëntendossier wordt alles met naam weergegeven en medicatie wordt afgetekend (TL.3; Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). Hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd worden is in de meeste gevallen niet zichtbaar. “Het is afhankelijk van wat er gerapporteerd is, dat kun je zien. Of je kunt het er uit afleiden. Maar in principe is dit niet zichtbaar” (Vpk.3B). Aan de hand hiervan kan geconcludeerd worden dat transparantie enigszins aanwezig is.

Het bijdragen aan de besluitvorming die van invloed is op henzelf, is eerder al aan bod gekomen. De verpleegkundigen ervaren deze factor als sterk aanwezig.

⁸ Een anamnese is een vragenlijst die afgenomen wordt bij de opname van een patiënt om een beeld te krijgen van de voorgeschiedenis van deze patiënt (Persoonlijke communicatie, 2017).

De verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie zijn redelijk zelf probleemoplossend (TL.3). Ze gaan eerst zelf aan de slag met het probleem, lukt dat niet dan proberen ze iemand te bereiken die het probleem op kan lossen (Vpk.3A; Vpk.3C). Ze voelen zich verantwoordelijk voor het oplossen van het probleem (Vpk.3A).

“Stel een computer doet het niet, dan bel ik zelf de afdeling ICT om te zorgen dat het opgelost wordt. Ik kan niet inloggen met mijn badge, dan bel ik PSP⁹ om te zorgen dat het opgelost wordt” (Vpk.3C).

De respondenten ervaren dat hun teamleider regelmatig om advies vraagt. Niet alleen over patiëntenzorg, omdat ze geen meewerkend teamleider is, maar ook over veel andere onderwerpen (Vpk.3B). Op de afdeling worden veel kerngroepen opgezet, die eigenaar zijn van een bepaalde verandering of project (Vpk.3A; Vpk.3C). Een van de respondenten is de VIM-coördinator van de afdeling, hij behandelt alle klachten en zet deze door naar de teamleider (Vpk.3A). Ook andere kerngroepen, zoals voor Productive Ward, het inwerken van nieuw personeel en het begeleiden van leerlingen worden door verpleegkundigen gecoördineerd. Over deze onderwerpen zijn die verpleegkundigen eigenaar en wanneer de teamleider hier iets over wilt weten dan vraagt ze advies aan deze verpleegkundigen (Vpk.3A; Vpk.3C). “Ik vraag niet alleen advies om draagvlak te creëren, maar ook om hun inzichten mee te nemen. Zij staan iedere dag op de afdeling en ze werken iedere dag, dus zij zijn diegene met de beste antwoorden en daar maak ik gebruik van” (TL.3).

Aan de hand van bovenstaande gegevens kan gesteld worden dat de voorwaarde participatie sterk aanwezig is binnen het verpleegkundige team.

Het evalueren van de werkzaamheden op de afdeling gebeurt standaard na iedere dienst. Dit wordt het 10-over-3tje genoemd (TL.3; Vpk.3A; Vpk.3B; Vpk.3C). De respondenten ervaren dit als erg prettig. “Iedereen kan zijn mening geven en er wordt doorgevraagd wat wel of niet goed ging. Ook hoe het qua communicatie gaat” (Vpk.3B). Het zorgt ervoor dat de verpleegkundigen bewust worden en stil staan bij de dingen die ze doen en waarom ze dat doen (TL.3). Wanneer verpleegkundigen zien dat een collega een actie niet uitgevoerd heeft, waarvan diegene zei dat die dat wel zou doen, dan wordt dit teruggekoppeld naar de desbetreffende verpleegkundige en wordt

⁹ PSP is het Personeel Service Punt

die bevraagd waarom het niet gedaan is (TL.3; Vpk.3A). Daarna wordt het alsnog opgepakt en het afgehandeld (Vpk.3B; Vpk.3C).

“Stel een collega heeft het actieplan niet goed aangemaakt, dan probeer ik te achterhalen wie dat is geweest en dan spreek ik diegene daar op aan. Maar we hebben veel nieuwe collega's, dus het komt regelmatig voor dat het onwetendheid is. Maar deze collega's staan wel open voor deze terugkoppeling en pakken dit heel goed op” (Vpk.3A).

Aan de hand van deze informatie kan gesteld worden dat de voorwaarde evaluatie sterk aanwezig is op de afdeling Cardiologie.

Klachten komen in bijna alle gevallen binnen bij de teamleider. Deze gaat dan in gesprek met de betrokken verpleegkundigen, om een beeld van de situatie te krijgen (TL.3; Vpk.3A; Vpk.3B).

“Laatst hadden we een klacht van een patiënt die MRSA positief was en dus in een sluiskamer lag die dicht was, dit is volgens het protocol. Deze patiënt heeft een klacht ingediend, omdat hij zich opgesloten voelde. Hij begreep dat hij in isolatie moest, maar zijn tv was stuk en hij vond dat daar te lang niets aan gedaan werd. Hij voelde zich niet prettig bejegend en vond dat hij te weinig aandacht kreeg. De teamleider heeft dit aangekaart tijdens een 10-over-3-tje en we hebben besproken wat er precies gebeurd is. Daarna bespreekt de teamleider hoe we dit in het vervolg kunnen voorkomen. De actie daarop staat dan in de nieuwsbrief en zo wordt het dan eigenlijk afgerond” (Vpk.3A).

De afhandeling van de klacht is afhankelijk van wat de patiënt wilt. In sommige gevallen willen ze de klacht alleen melden, in andere gevallen wensen ze nog een terugkoppeling. Deze terugkoppeling komt altijd vanuit de teamleider of de manager en niet vanuit de verpleegkundige (TL.3). Wanneer er nog een gesprek nodig is om de situatie te bespreken, wordt de verpleegkundigen daarbij wel betrokken, maar in principe wordt het hele proces geleid door de teamleider (Vpk.3A). Aan de hand hiervan kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde omgaan met klachten enigszins aanwezig is.

Binnen het team van de afdeling Cardiologie zijn de voorwaarden transparantie en omgaan met klachten enigszins aanwezig. De voorwaarden participatie en evaluatie zijn sterk aanwezig binnen

het team. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team aanwezig is.

Conclusie

Om in kaart te brengen welke voorwaarden van Shared Governance aanwezig zijn binnen de afdeling Cardiologie is in onderstaand schema (8) weergegeven in welke mate de voorwaarden zich voordoen met een korte toelichting daarbij. Hierbij zijn de resultaten uit voorgaande paragrafen samengevat.

Factor	Waarde
Empowerment van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Een omgeving met autonomie en vrijheid is enigszins aanwezig, doordat de verpleegkundigen ervaren dat ze vaak afhankelijk zijn van de arts en protocollen. Daarnaast werken ze op de afdeling volgens een vaste structuur. De voorwaarde uitdaging is wel tot sterk aanwezig. De verpleegkundigen ervaren uitdaging in complexe situaties en extra neventaken. De verwachtingen van de teamleider zijn meestal haalbaar, behalve wanneer het heel druk is. Fouten komen aan bod om van te leren en de verpleegkundigen zijn bewust bezig met bijleren en ontwikkelen, ze organiseren een eigen scholing voor op hun afdeling.	
Decentrale werkwijze in het team	Niet/ enigszins / wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Verpleegkundigen beschikken over het laatste nieuws van de afdeling. Door niet alleen een nieuwsbrief te gebruiken, maar ook het 10-over-3-moment na de dienst, werkt het nieuws uitwisselen twee kanten op. Het daadwerkelijk op de hoogte zijn, is eigen verantwoordelijkheid, maar in de praktijk merken verpleegkundigen dat ze tegen problemen aanlopen wanneer ze niet op de hoogte zijn. Feedback geven gaat nog wisselend, de afdeling is een verbetertraject gestart om hier aan te werken. Hetzelfde geldt voor de sfeer binnen het team, het team komt uit een vervelende situatie, dus er wordt aan gewerkt. Communiceren en samenwerken gaat steeds beter. Maar er is nog niet helemaal sprake van een veilige omgeving op de afdeling. Dit uit zich ook door de angst voor reacties op afwijkende meningen. Er wordt een lage mate van afhankelijkheid van de teamleider ervaren in hun werkzaamheden, ze werken zeer zelfstandig. De voorwaarde bereidheid is daarentegen sterk aanwezig. Zowel teamleider als verpleegkundigen tonen bereidheid aan deelname in de besluitvorming.	
Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen	Niet/ enigszins / wel /sterk aanwezig

Toelichting: Vrijheid en onafhankelijkheid in de uitvoering en indeling van het werk is enigszins aanwezig. De voorwaarde competentie is aanwezig, verpleegkundigen worden op de hoogte gesteld van veranderingen en praten er met elkaar over. Hoe duidelijker de relevantie, hoe minder weerstand. De verpleegkundigen stellen veel vragen en zijn zo bezig met het werkbaar maken van de verandering op de afdeling. Verbondenheid is enigszins aanwezig binnen het team. De respondenten voelen zich prettig binnen het team, maar het team wordt niet als hecht bestempeld. Niet iedereen ervaart in gelijke mate deel te zijn van het team. De voorwaarde relevantie is aanwezig, omdat de werkzaamheden grotendeels als noodzakelijk ervaren worden.

Proactief en reactief omgaan met situaties in het team	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
--	--

Toelichting: Transparantie is enigszins aanwezig, binnen het team is wel zichtbaar wie welke werkzaamheden uitvoert, maar niet hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd worden. Participatie is sterk aanwezig, de verpleegkundigen krijgen veel mogelijkheden deel te nemen aan de besluitvorming op de afdeling, ze zijn redelijk zelf probleemoplossend en de teamleider vraagt regelmatig om advies aan de verpleegkundigen, ze maakt gebruik van de expertise van de verpleegkundigen. Op de afdeling vindt standaard na de dag- en avonddienst een evaluatie plaats, ook spreken de verpleegkundigen collega's aan op niet uitgevoerde taken. Het omgaan met klachten gebeurt enigszins. Het hele proces wordt geleid door de teamleider, de verpleegkundige wordt eventueel betrokken wanneer dit nodig mocht zijn.

Schema 8: Samenvatting aanwezigheid voorwaarden afdeling Cardiologie

4.3.4 Chirurgie

De afdeling Chirurgie bestaat uit drie teamleiders en 40 verpleegkundigen, van wie 38 vrouwen en twee mannen. Voor dit onderzoek zijn interviews afgenomen met drie verpleegkundigen en één teamleider. De resultaten uit de interviews worden besproken per voorwaarde. De paragrafen zijn opgebouwd aan de hand van de voorwaarden. Per voorwaarde wordt besproken of deze al dan niet aanwezig is, om uiteindelijk vast te kunnen stellen of empowerment, een decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties al dan niet aanwezig zijn binnen het team.

Empowerment van verpleegkundigen

Empowerment van verpleegkundigen kent twee voorwaarden, een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk en daarnaast uitdaging.

De respondenten ervaren dat ze binnen hun eigen vakgebied tot op bepaalde hoogte zelf beslissingen mogen nemen. Uiteindelijk is de arts eindverantwoordelijk, maar wanneer het niet puur medisch is, kunnen de verpleegkundigen zelf beslissingen nemen (TL.4; Vpk.4A). “Echt aan bed bij de patiënt mag je wel beslissen zonder te overleggen, want daar heb je voor geleerd. Dat is echt vakinhoudelijk” (Vpk.4C). Bijvoorbeeld maatregelen tegen doorliggen, om te voorkomen dat de patiënt decubitus oploopt. Achteraf bespreken ze deze dan altijd met een arts, omdat deze op de hoogte moet zijn van het totale proces (TL.4). De resultaten van het MTO sluiten aan bij de uitspraken van de respondenten.

Over de mate van ervaren autonomie reageren de respondenten wisselend. Vpk.4C ervaart dat er veel kaders zijn: “Je mag daar [de kaders] enigszins mee spelen, maar iedere dag moet toch een bepaalde structuur hebben en daar wijk je niet vanaf”. De verpleegkundigen maken iedere dag een planning voor hun werkzaamheden, waarbij ze rekening houden met onderzoeken en operaties die plaats gaan vinden (TL.4). Ook Vpk.4A en Vpk.4B ervaren dat ze hun werkzaamheden zelf in kunnen delen, ze moeten inderdaad rekening houden met anderen, maar dat nemen ze mee in hun planning. De resultaten in het MTO op het gebied van autonomie sluiten aan bij de uitspraken van de respondenten.

“Hoe ik mijn werk inplan, daar ben ik vrij in. Als ik wil, kan ik in de ochtend samen met de patiënt ontbijten, ik kan om kwart voor 9 koffie drinken als ik dat wil en zo kan ik ook hier [het interview] tijd voor vrijmaken. In principe, het enige wat mijn teamleidster stelt, is dat de patiënt tevreden moet zijn over de verleende zorg, die moet voldoen aan de criteria zoals VieCuri ze opstelt. Op het moment dat wij aan deze voorwaarden voldoen, kunnen wij daar vrij in kiezen.” (Vpk.4A).

Er kan gesteld worden dat ‘een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk’ enigszins aanwezig is binnen het team.

De verpleegkundigen ervaren in verschillende mate uitdaging in hun werkzaamheden. Zo geeft een van de respondenten aan dat elke dag anders is, ze veel nieuwe dingen hoort, zoals nieuwe operatiemethodes, en dat ze het een uitdaging vindt om deze ontwikkelingen allemaal bij te houden (Vpk.4B). Ook acute situaties en complexe patiënten zorgen voor uitdaging, het houdt het werk

spannend. Wanneer dit niet het geval is, ervaart een van de respondenten ook minder uitdaging in haar werk (Vpk.4C). De afdeling open staat voor eigen initiatieven. De verpleegkundigen mogen nieuwe ideeën aandragen om bij te dragen aan betere patiëntenzorg. Veel verpleegkundigen vinden in deze neventaken extra uitdaging (Vpk.4A).

“Ik heb hier het gezamenlijk ontbijten opgestart. De patiënten krijgen de optie om ’s morgens gezamenlijk te ontbijten en wij als verpleegkundigen kunnen daar ook aanschuiven. Ik ben daar veel mee bezig, mogelijkheden om het verblijf van de patiënten zo aangenaam mogelijk te maken. En daar krijg ik ook heel veel vrijheid in om deze ideeën in de praktijk te brengen” (Vpk.3A).

De respondenten geven allemaal aan dat ze op de hoogte zijn van de verwachtingen die de teamleiding van ze heeft. De teamleiding is daar duidelijk in naar het team toe (TL.4; Vpk.4C). De respondenten geven aan dat ze wel moeite hebben met de verwachtingen. Een van de respondenten geeft aan dat ze vindt dat de verwachtingen niet altijd matchen met wat zij op een moment belangrijk vindt.

“Ik vind het soms belangrijker dat er goed naar de patiënt gekeken wordt en een praatje gemaakt wordt met de patiënt, dan dat er gescoord wordt. Maar een teamleider kijkt meer naar de scores minder naar dat ene extra praatje met de patiënt” (Vpk.4C).

Ook een van de andere respondenten ervaart dit: “Er wordt soms gewoon te veel verwacht. Ook met het invullen van alle scores. Ze willen dat we alles invullen, maar de uitkomsten daarvan, daar hoor je niks van” (Vpk.4B). Wel geven de respondenten aan dat het hier om specifieke gevallen gaat en dat ze in veel gevallen wel op een lijn zitten met elkaar over de verwachtingen, zoals bijvoorbeeld omgaan met het werk (TL.4; Vpk.4A; Vpk.4C). “We werken om de zorg te optimaliseren, daar wil je zelf ook aan voldoen. Dat iemand die in de gezondheidszorg terecht komt goed geholpen wordt en dat je respect voor zijn afhankelijkheid hebt” (Vpk.4A).

Wanneer er een fout wordt gemaakt, wordt hier een VIM-melding van geschreven (TL.4; Vpk.4A; Vpk.4B). De oorzaak van de fout wordt uitgezocht en er wordt gekeken of er een verbetering nodig is. In dit proces worden de medewerkers ook betrokken (TL.4; Vpk.4A).

“Wanneer het een leercasus is, zoals een valincident bij een patiënt, dan wordt het binnen het team besproken en kijken we gezamenlijk wat we hier van kunnen leren en het de volgende keer kunnen voorkomen. Een niet-leercasus, bijvoorbeeld handdoeken die niet opgeruimd zijn, wordt het door de teamleider of diegene die het constateert alleen met de verantwoordelijke verpleegkundige besproken” (Vpk.4A).

Alle respondenten geven aan dat ze binnen hun team heel bewust bezig zijn met leren van zulke situaties. Wanneer er een fout wordt gemaakt, wordt hier aandacht aan besteed om het de volgende keer te voorkomen en om er van te leren (TL.4; Vpk.4A; Vpk.4B; Vpk.4C).

De respondenten ervaren dat ze zich ontwikkelen en bijleren in hun werk. Ze krijgen te maken met veel nieuwe dingen die ze moeten leren en waar ze in mee moeten gaan (Vpk.4B).

“Vanmiddag hebben we bijvoorbeeld een klinische les van een collega. Ze heeft een tijd op de afdeling MDL gewerkt en het gaat over een onderzoek dat patiënten hier op Chirurgie ook krijgen, maar het gebeurt vaker op MDL. Zij weet daar het fijne van en wij niet, dus dan geeft zij ons daar les in” (Vpk.4C).

Ook bevragen de verpleegkundigen elkaar veel: “We erkennen dat we gewoon niet alles weten als collega’s naar elkaar toe. Daarom durven we elkaar te vragen. [...] Dit maakt het heel gemakkelijk om te leren” (Vpk.4A). De resultaten in het MTO over ontwikkelmogelijkheden sluiten aan bij de uitspraken van de respondenten.

Er kan gesteld worden dat ‘het uitdagen van verpleegkundigen in hun werk, door hoge verwachtingen van de teamleider, focus op het kunnen en niet op de fouten en door het gemotiveerd voelen en vinden dat ze zich kunnen blijven ontwikkelen in hun werk’ aanwezig is.

Op de afdeling is een omgeving waar autonomie en vrijheid door verpleegkundigen wordt ervaren in de uitvoering van hun werk enigszins aanwezig. De voorwaarde uitdaging is aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat empowerment van de verpleegkundigen enigszins tot wel aanwezig is binnen de verpleegafdeling Chirurgie.

Decentrale werkwijze binnen het team

Decentrale werkwijze binnen het team kent drie voorwaarden, communicatie, veilige omgeving en bereidheid.

De verpleegkundigen krijgen een wekelijkse nieuwsbrief van de teamleider via de mail. Daarin staat allerlei nieuwtjes en “een bulk aan informatie” (Vpk.4B; Vpk.4C). Hierdoor wordt de nieuwsbrief niet heel goed gelezen, de respondenten geven aan dat het niet altijd allemaal blijft hangen (TL.4; Vpk.4B; Vpk.4C). De teamleider probeert de verpleegkundigen hierop te wijzen. De belangrijkste dingen horen ze vooral door te communiceren met elkaar, het gesprek aan te gaan in de pauze. “We proberen wel echt de nadruk te leggen op nieuwe ontwikkelingen en dat is ook vaak onderwerp van gesprekken in de pauze” (TL.4).

Het geven van feedback gebeurt wisselend op de afdeling. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat het altijd dezelfde collega's zijn die feedback geven en dat niet iedereen het doet (Vpk.4A; Vpk.4C). Wanneer feedback op een prettige manier wordt gegeven, wordt er goed op gereageerd (Vpk.4B; Vpk.4C).

“Wanneer ik een avonddienst heb en de dienst daarvoor heeft niet alles afgewerkt, niet alles is volledig ingevuld of opgeruimd. Dan spreek ik ze daar wel op aan wanneer ik ze weer zie. Dat wordt dan goed opgepakt. Soms is er een goede reden voor dat iets niet gebeurd is en dan merk je dat hier de volgende keer beter over gecommuniceerd wordt tijdens de overdracht” (Vpk.4B).

De teamleider vindt dat het geven en ontvangen van feedback steeds beter gaat, doordat het steeds meer op een prettige manier gebeurt. De verpleegkundigen durven elkaar steeds beter aan te spreken (TL.4). De resultaten van het MTO over feedback geven, ontvangen en vragen sluiten aan op de uitspraken van de respondenten.

“Ik vind het heel belangrijk dat ik bij feedback geven de collega het gevoel geef dat het niet om de persoon zelf gaat, want ik kan prima met al mijn collega's, maar het gaat om het functioneren op dat moment. Dat is niet volledig of niet juist. Ik let er altijd op bij het geven van feedback dat ik dat op deze manier doe” (Vpk.4A).

Op basis van bovenstaande informatie kan de voorwaarde communicatie beoordeeld worden als aanwezig op de afdeling Chirurgie.

De respondenten vinden hun team prettig. Het grootste gedeelte van het team werkt al heel lang samen, hierdoor vertrouwende verpleegkundigen elkaar en weten ze dat ze op elkaar kunnen bouwen (Vpk.4A; Vpk.4B; Vpk.4C). Er heerst een open sfeer en een goede verstandhouding (TL.4; Vpk.4A). “De patiënten geven dat ook aan, dat de sfeer hier heel goed is op de afdeling en tussen de verpleegkundigen. Dat ze dat merken” (Vpk.4A).

“Ik heb zelf wel nog een beetje moeite met nieuwe collega’s, omdat ik niet zo goed weet hoe ze werken. Als ik dan samen een avonddienst heb gehad en ik heb de verantwoordelijke avonddienst, dan ben ik bij een nieuwe collega soms nog wel geneigd om te gaan controleren of iets over te nemen wanneer het niet goed gaat. Maar zo over het algemeen kan ik wel echt op mijn collega’s bouwen” (Vpk.4C).

Ook ervaren de verpleegkundigen geen angst in het uiten van hun mening binnen het team (Vpk.4B). De teamleider vindt dat sommige verpleegkundigen moeite hebben met iets negatiefs zeggen, omdat ze zo graag bij elkaar zijn. Maar wanneer iemand het er echt niet mee eens is, dan wordt dit wel gezegd en komt de rest ook los (TL.4). De resultaten uit het MTO sluiten aan bij het gevoel van de verpleegkundigen dat ze te maken hebben met een veilige en prettige werkomgeving.

In hun dagelijkse werkzaamheden ervaren de verpleegkundigen een lage mate van afhankelijkheid van de teamleider (Vpk.4A). De werkzaamheden doen ze veelal zelfstandig. De hulp van de teamleider wordt ingeschakeld voor bijvoorbeeld het coördineren van de afdeling, het leiden van vergaderingen, het communiceren van mededelingen of wanneer verpleegkundigen problemen hebben met een patiënt of arts (TL.4; Vpk.4B; Vpk.4C).

“Bijvoorbeeld bij opname van patiënten. Maar bijvoorbeeld ook met chirurgen, zij willen het vaak anders dan hoe het op de planning staat of het past niet en dan zorgt de teamleider dat het toch geregeld wordt op de afdeling door te gaan schuiven” (Vpk.4B).

Aan de hand van bovenstaande informatie kan gesteld worden dat er sprake is van een veilige omgeving waar de verpleegkundigen elkaar vertrouwen, deze voorwaarde is dus aanwezig.

De verpleegkundigen ervaren dat ze weinig betrokken worden bij de besluitvorming. Veel wordt gewoon besloten en daarna medegedeeld aan het team (Vpk.4A; Vpk.4B; Vpk.4C). Een van de respondenten denkt dat dit niet per se aan de teamleiding ligt en dat zij de besluiten al medegedeeld krijgen (Vpk.4C). Zaken waar de teamleiding over beslist, wordt wel over gecommuniceerd. Verpleegkundigen geven hier hun mening over en de teamleiding doet hier ook iets mee. Ze gaan dan kijken naar andere opties en deze worden weer voorgelegd (Vpk.4C).

“Bijvoorbeeld toen de bezetting in het weekend aangepast werd. De teamleiders hadden verschillende opties uitgedacht en die worden aan ons voorgelegd en kunnen wij aangeven welke optie wij het beste vinden. Maar het is niet zo dat wij mee mogen denken over oplossingen voor de aanpassing van de bezetting” (Vpk.4C).

De teamleider probeert het team te betrekken door de verpleegkundigen te vragen na te denken over het uitvoeren van bepaalde veranderingen (TL.4) De respondenten geven aan wel de behoefte te hebben mee te beslissen, maar dat het op dit moment nog niet echt gebeurt:

“Vooral over dingen die onszelf aangaan. Dingen die geïntroduceerd worden waar wij de problemen van ervaren. Het zou fijn zijn als we daar wat over te zeggen hadden, want als je het nu probeert, dan wordt er niks mee gedaan en hoor je er niks meer over” (Vpk.4B).

Uit bovenstaande informatie blijkt dat de voorwaarde bereidheid enigszins aanwezig is op de afdeling Chirurgie.

Op de afdeling Chirurgie is de voorwaarde communicatie aanwezig, net als een veilige omgeving. De voorwaarde bereidheid is enigszins aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een decentrale werkwijze enigszins tot wel aanwezig is binnen het team.

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen kent vier voorwaarden, autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie.

De mate van autonomie die de verpleegkundigen op de afdeling Chirurgie ervaren, is eerder al toegelicht. Deze voorwaarde is enigszins aanwezig binnen het team.

De verpleegkundigen van de afdeling Chirurgie worden op de hoogte gesteld van veranderingen via de nieuwsbrief en door er samen over te praten. (TL.4; Vpk.4A). Voor een nieuwe werkwijze of nieuwe apparatuur is er een vaak één of twee keer een scholing of uitleg tijdens een koffiepauze. Door dit meerdere keren te doen, wordt een grotere groep bereikt (TL.4; Vpk.4B). Daarna dragen de aanwezigen het over aan de collega's die niet aanwezig waren (Vpk.4C).

“Toen we nieuwe bloeddrukmeters kregen, is er twee keer een uitleg geweest en als je daar niet bij kon zijn, dan kon je uitleg vragen aan je collega's die de uitleg wel hadden gehad” (Vpk.4C).

Om er voor te zorgen dat iedereen daadwerkelijk op de hoogte is, ligt er soms een aftekenlijst en anders houdt de teamleiding het zelf in gaten (TL.4; Vpk.4A). De resultaten in het MTO over omgaan met veranderingen sluiten aan bij de uitspraken van de respondenten.

De respondenten geven aan dat in het begin vaak weerstand is bij een verandering. “Als je iets gewend bent, moet het weer helemaal op een andere manier, dan moet je weer gaan zoeken en dat kost heel veel energie” (Vpk.4B). De teamleider geeft aan dat ze het team wel altijd probeert te overtuigen waarom de verandering plaatsvindt. “Soms is het moeten en soms is het een verbetering” (TL.4). Achteraf merken de verpleegkundigen vaak dat het nieuwe beter werkt dan hoe het eerst ging, maar “al het nieuwe moet eerst wennen”. (Vpk.4C).

“Bijvoorbeeld toen we nieuwe medicijnkasten kregen. Eerst hadden we hele grote waar alles op gegoooid kon worden, ideaal want je had alles bij je. Nu zijn de medicijnkasten kleiner en in het begin werd daar alleen maar over geklaagd. Nu het eenmaal gewend is en blijkt dat het prima werkt, dan is het goed” (Vpk.4C).

Aan de hand van bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde competentie enigszins aanwezig is binnen het verpleegkundig team van de afdeling Chirurgie.

Over het onderdeel verbondenheid zijn de respondenten positief. De respondenten vinden het een prettig team, ze komen graag werken en kunnen het goed met hun collega's vinden (Vpk.4A; Vpk.4B; Vpk.4C). Nieuwe collega's worden meteen opgenomen in het team, iedereen krijgt een kans (TL.4; Vpk.4C).

“Het zijn leuke mensen, niet alleen op de werkvloer, maar ook zo. Ik kwam hier en kende helemaal niemand, maar ik heb echt vrienden gemaakt, ook buiten het werk. Ik voel me echt thuis hier” (Vpk.4C).

Ook vinden ze dat ze een hecht team hebben: “We werken lang samen, vullen elkaar goed aan en passen bij elkaar als team” (Vpk.4A). De verpleegkundigen staan voor elkaar klaar en vangen elkaar op wanneer er privé iets gebeurt (TL.4). De relaties onderling tussen zijn goed, iedereen kan met elkaar overweg (TL.4; Vpk.4C). “We gaan regelmatig leuke dingen met het team doen, zoals een dagje uit naar een pretpark of een avond op stap. Dat is altijd heel gezellig en bijna iedereen gaat ook mee” (Vpk.4B). Hierdoor kan geconcludeerd worden dat verbondenheid sterk aanwezig is binnen het team.

De verpleegkundigen ervaren hun werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk en zinvol (Vpk.4A; Vpk.4B; Vpk.4C). “Alles wat bijdraagt aan de zorg van de patiënt is in principe noodzakelijk werk” (Vpk.4A). De resultaten van het MTO sluiten hierbij aan. Het invullen van scores wordt als minder noodzakelijk ervaren (TL.4; Vpk.4B; Vpk.4C). Het brengt extra werkdruk en irritaties met zich mee, terwijl de verpleegkundigen het nuttiger vinden om die tijd aan een patiënt te besteden (Vpk.4B; Vpk.4C). De teamleider geeft aan dat ze weet dat de verpleegkundigen dit niet als noodzakelijk werk zien, maar dat ze wel op deze werkzaamheden controleert.

“Door het grote deel van de groep wordt de noodzaak er wel van ingezien. Dat het niet alleen het scoren is, maar afhankelijk van de score interventies ingezet worden die ten goede komen aan de patiënt” (TL.4).

Een van de respondenten geeft aan werkzaamheden die niet onder de zorgwerkzaamheden vallen als overbodig te ervaren. Hij is van mening dat dit taken zijn die niet onder zijn werkzaamheden vallen:

“Het tellen van opiaten, dat vind ik een taak van de apotheek. Het bijvullen van allerlei dingen, dat vind ik ook geen onderdeel van mijn functioneren. Alles wat buiten de directe patiëntenzorg valt die ik verleen, vind ik overbodige werkzaamheden. Of niet overbodig, maar geen werkzaamheden die ik uit moet voeren” (Vpk.4A).

Het grootste gedeelte van de werkzaamheden wordt door de verpleegkundigen ervaren als noodzakelijk. Daarom kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde relevantie aanwezig is.

Binnen het verpleegkundige team zijn de voorwaarden autonomie en competentie enigszins aanwezig. Verbondenheid is sterk aanwezig en relevantie is aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen van de afdeling Chirurgie aanwezig is.

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team

Proactief en reactief om kunnen gaan met situaties binnen het team kent vier voorwaarden, transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten.

Binnen het team is zichtbaar wie welke taken heeft uitgevoerd (TL.4; Vpk.4C). De verpleegkundigen loggen in met hun eigen badge en in de rapportage beschrijven ze wat ze gedaan hebben en hoe laat dit was (Vpk.4B). “Bijvoorbeeld wanneer ik een nieuw infuus prik, dan schrijf ik dat op en dan is dat voor mijn collega's zichtbaar in de rapportage” (Vpk.4C). Hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd worden, kan vaak door verpleegkundigen afgeleid worden, maar staat meestal niet genoteerd (Vpk.4B). Alleen bij iets heel specifiek: “Bijvoorbeeld handeling X uitgevoerd, terwijl meneer in het zitje zat, maar dit wordt meestal niet genoteerd” (Vpk.4C). Hierdoor kan geconcludeerd worden dat transparantie enigszins aanwezig is.

Het bijdragen aan de besluitvorming die van invloed is op henzelf, is eerder al aan bod gekomen. De verpleegkundigen ervaren deze factor als enigszins aanwezig.

Een onderdeel van participatie is het zelf oplossen van problemen. In eerste instantie proberen de verpleegkundigen problemen zelf op te lossen. Mocht dit niet lukken, is het wisselend hoe ze daar mee omgaan (Vpk.4A; Vpk.4B; Vpk.4C). Vpk.4A geeft aan dat hij dan nadenkt wie het probleem

op kan lossen en deze persoon benadert. “Bijvoorbeeld wanneer ik een rolstoel nodig heb, dan regel ik dit met de fysiotherapeut” (Vpk.4A). Terwijl de andere respondenten aangeven dat ze overleggen met collega’s, het probleem in de groep gooien tijdens een koffiepauze of het probleem bij de teamleiding neerleggen (Vpk.4B; Vpk.4C). “Wanneer er materiaal kapot is of vervangen moet worden dan stap ik daarmee naar de teamleider” (Vpk.4C).

De teamleider vindt dat ze regelmatig om advies vraagt, bijvoorbeeld wanneer het gaat om patiënten met specifieke zorg, waar andere verpleegkundigen meer vanaf weten.

“Als ik een ontslag van een patiënt moet regelen of een hele specifieke wondzorg of stomazorg, er zijn verpleegkundigen die daar meer van weten en die vraag ik dan om advies” (TL.4).

Maar ook daarbuiten: “Ik vind het belangrijk dat verpleegkundigen daarin hun zegje kunnen doen. [...] Het is altijd in samenspraak” (TL.4). De verpleegkundigen geven aan dat de teamleider niet heel vaak om advies vraagt. In de meeste gevallen gaat het om een probleem en vraagt ze hoe de verpleegkundigen hier tegenaan kijken (Vpk.4B; Vpk.4C).

“Bijvoorbeeld mensen die met een drain naar huis gaan en wij moeten die materialen aanleveren. Dan komen mensen van buitenaf hier die spullen afhalen. Dat is niet ideaal. Als je drie mensen hebt die dat nodig hebben, dan komen er drie keer per dag mensen dat halen. Dan vraagt de teamleider aan ons of we ideeën hebben hoe dit anders kan” (Vpk.4C).

Op basis van bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde participatie enigszins aanwezig is op de afdeling Chirurgie.

Voor de voorwaarde evaluatie is het evalueren van werkzaamheden een belangrijk punt. Het evalueren van werkzaamheden gebeurt volgens de respondenten niet of te weinig:

“Vanuit het Radboud was ik gewend om te verzamelen om kwart over 3 en te bespreken: waar ben jij tegenaan gelopen, waar had je hulp verwacht of is het allemaal goed gegaan. Dat bij elkaar gaan zitten en de dag evalueren gebeurt hier niet” (Vpk.4B).

Wanneer de verpleegkundigen zien dat een collega een actie niet uitgevoerd heeft, waarvan diegene zei dat die dat wel zou doen, wordt deze persoon daar op aangesproken en wordt meestal naar de reden gevraagd (Vpk.4A; Vpk.4C). De actie wordt meestal alsnog uitgevoerd door de persoon of door diegene die het heeft geconstateerd (Vpk.4B; Vpk.4C).

“We doen daar niet heel beladen over. Bijvoorbeeld wanneer iemand een controle bij een patiënt vergeet uit te voeren. Als ik dat opmerk dan koppel ik dat terug naar mijn collega. Die zegt dan sorry en veel meer kun je niet doen. Door het heel beladen te maken, wordt het ook moeilijker om dingen te bespreken. Meestal kijkt de collega of dat op dat moment nog even kan gebeuren en anders wordt het naar de volgende dienst teruggekoppeld en pakken die dat nog op” (Vpk.4A).

Het evalueren van werkzaamheden gebeurt weinig tot niet en het aanspreken van collega's gebeurt wel, hierdoor kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde evaluatie enigszins aanwezig is.

Wanneer verpleegkundigen te maken krijgen met kritiek of klacht komt dit binnen bij de teamleider. Deze gaat daarna in gesprek met de betrokken verpleegkundigen om te achterhalen wat er gebeurd is (TL.4; Vpk.4C). Daarnaast worden klachten in de teamvergadering besproken om aan te geven dat erop gelet moet worden en wanneer er een verbetertraject ingezet wordt, worden verpleegkundigen daarbij betrokken. (Vpk.4B; TL.4).

“Recentelijk hebben we een klacht van een patiënt gehad die tijdens haar opname had ervaren dat de vragen die ze had niet naar voldoening werden beantwoord. Dit komt dan bij de teamleider terecht en die gaat deze patiënt terugzoeken in het systeem om te kijken wie met deze patiënt gewerkt heeft. Uiteindelijk wordt zo de andere kant van het verhaal belicht en vervolgens handelt de teamleider het verder af. Natuurlijk wel afhankelijk van wat de patiënt wil. Wenst zij nog een gesprek met de betreffende verpleegkundigen dan worden de verpleegkundigen wel betrokken. Maar dat was hierbij niet het geval” (Vpk.4C).

De voorwaarde omgaan met klachten is enigszins aanwezig, doordat het hele proces via de teamleider verloopt.

Binnen het team van de afdeling Chirurgie zijn de voorwaarden transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten allemaal enigszins aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team enigszins aanwezig is.

Conclusie

Om in kaart te brengen welke voorwaarden van Shared Governance aanwezig zijn binnen de afdeling Chirurgie is in onderstaand schema (9) weergegeven in welke mate de voorwaarden zich voordoen met een korte toelichting daarbij. Hierbij zijn de voorgaande resultaten samengevat.

Factor	Waarde
Empowerment van verpleegkundigen	Niet/ enigszins/wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Een omgeving met autonomie en vrijheid is enigszins aanwezig, doordat de verpleegkundigen ervaren dat ze afhankelijk zijn van andere disciplines en veel beslissingen in hun werk genomen worden door de arts. De voorwaarde uitdaging is wel aanwezig. In de meeste gevallen voelen de verpleegkundigen zich uitgedaagd in hun werkzaamheden. Niet alle verwachtingen van de teamleider worden ervaren als realistisch of haalbaar. Fouten worden binnen het team besproken om van te leren en de verpleegkundigen ontwikkelen zich en leren in hun werk, doordat ze elkaar bevragen en ze durven toe te geven dat ze niet alles weten.	
Decentrale werkwijze in het team	Niet/ enigszins/wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> De voorwaarde communicatie is aanwezig binnen het team, verpleegkundigen worden voorzien van juiste en gelijke informatie. Ze vinden het lastig om op de hoogte te blijven, doordat ze meestal heel veel informatie in een keer ontvangen. Door ontwikkelingen te bespreken zijn de verpleegkundigen betrokken en houden ze elkaar op de hoogte van het nieuws. Het geven van feedback gebeurt ook, maar niet door iedereen. Ze staan er wel voor open en durven elkaar steeds meer aan te spreken. Een veilige omgeving is ook aanwezig, er heerst een open sfeer binnen het team, de verpleegkundigen vertrouwen elkaar en durven hun mening te uiten binnen het team. In de dagelijkse werkzaamheden ervaren de verpleegkundigen een lage mate van afhankelijkheid van de teamleider. Ze hebben hulp nodig bij problemen en bij het coördineren van de afdeling. De voorwaarde bereidheid is enigszins aanwezig. De verpleegkundigen willen graag betrokken worden bij de besluitvorming en de teamleider geeft aan dat ze probeert de verpleegkundigen te betrekken. De verpleegkundigen vinden echter dat besluiten vooral medegedeeld worden.	

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Autonomie is enigszins aanwezig. De voorwaarde competentie is enigszins aanwezig, verpleegkundigen worden op de hoogte gesteld, maar veelal roepen deze veranderingen weerstand binnen het team, terwijl achteraf vaak blijkt dat de verpleegkundigen inderdaad ervaren dat de verandering beter is dan hoe het eerst ging. Verbondenheid is sterk aanwezig, het team wordt als prettig ervaren, nieuwe collega's worden meteen opgenomen en iedereen krijgt een kans. Relevantie is aanwezig, de verpleegkundigen zien hun werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk.	
Proactief en reactief omgaan met situaties in het team	Niet/ enigszins /wel/sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Transparantie is enigszins aanwezig. Wie welke werkzaamheden uitvoert, is zichtbaar, maar meestal is niet zichtbaar hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd zijn. Het bijdragen aan de besluitvorming die van invloed is op henzelf is enigszins aanwezig. Vaak worden besluiten medegedeeld. Wanneer er veranderingen plaatsvinden, draagt de teamleiding opties aan en daar mogen de verpleegkundigen hun mening over geven. Evaluatie is ook enigszins aanwezig. Er vindt geen dagelijkse evaluatie plaats, wel spreken verpleegkundigen elkaar aan op taken die niet uitgevoerd zijn en worden deze alsnog opgepakt. Omgaan met klachten is enigszins aanwezig, omdat de proces gecoördineerd wordt door de teamleider.	

Schema 9: Samenvatting aanwezigheid voorwaarden afdeling Chirurgie

4.3.5 Urologie

De afdeling Urologie bestaat uit één teamleider en 16 verpleegkundigen, van wie 16 vrouwen en geen mannen. Voor dit onderzoek zijn interviews afgenomen met drie verpleegkundigen en de teamleider. De resultaten uit de interviews worden besproken per voorwaarde. De paragrafen zijn opgebouwd aan de hand van de voorwaarden. Per voorwaarde wordt besproken of deze al dan niet aanwezig is, om uiteindelijk vast te kunnen stellen of empowerment, een decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties al dan niet aanwezig zijn binnen het team.

Empowerment van verpleegkundigen

Empowerment van verpleegkundigen kent twee voorwaarden, een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk en daarnaast uitdaging.

De verpleegkundigen mogen binnen standaardafspraken zelf beslissingen nemen. Ze werken volgens protocollen, maar er wordt wel van de verpleegkundigen verwacht dat ze handelen naar wat ze zien. Op basis van klinisch te redeneren, wat ze leren in hun opleiding, nemen de verpleegkundigen beslissingen in hun werkzaamheden (Vpk.5A; Vpk.5C).

“Bijvoorbeeld wanneer ik zie dat een patiënt het niet helemaal goed doet, qua waarden die in de controle naar voren komen, dan mag ik beslissen of ik al stappen ga ondernemen, bijvoorbeeld pijnstilling geven. Achteraf bespreek ik dit nog met de arts” (Vpk.5C).

De respondenten geven aan dat het dan wel om kleine dingen gaat, zoals pijnstilling geven. Voor de rest gaat het grootste gedeelte in opdracht van de arts en werken ze volgens vaste protocollen. De resultaten van het MTO over beslissingsbevoegdheden binnen hun werkzaamheden sluiten aan bij de uitspraken van de respondenten.

Over de mate van autonomie in hun werkzaamheden zijn de respondenten ook eenduidig. Ze geven aan dat ze in grote lijnen hun werkzaamheden zelf in kunnen delen. Ze proberen wel zo eenduidig mogelijk te werken, dus op dezelfde manier en daar horen ook vaste afspraken bij (TL.5; Vpk.5C).

“We hebben de afspraak dat er om 8 uur visite gelopen wordt, dus dat staat gewoon vast voor elke dag. Daar houd je dan rekening mee in je dagindeling, de afspraak is namelijk dat de controles uitgevoerd zijn en de medicijnen uitgedeeld zijn voor er visite gelopen wordt” (Vpk.5A).

Verder mogen de verpleegkundigen hun werkzaamheden zelf indelen. Dit doen ze door prioriteiten te stellen en daar baseren ze hun keuzes op (Vpk.5A; Vpk.5B). De resultaten van de afdeling op de categorie autonomie in het MTO sluiten hier op aan.

“Wanneer iemand gewassen moet worden, dan kan dit ook nog om 11 uur en niet per se meteen aan het begin van de dienst, terwijl er andere dingen zijn die wel meteen moeten. Bijvoorbeeld medicijnen die op een vast tijdstip ingenomen dienen te worden. Op deze manier ga je eerst de dingen doen waar de hoogste prioriteit ligt” (Vpk.5B).

Er kan gesteld worden dat ‘een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk’ aanwezig is binnen het verpleegkundige team.

De respondenten ervaren hun werk als uitdagend (Vpk.5A; Vpk.5B; Vpk.5C).

“Er kan zo veel veranderen op een dag. Je weet nooit wat je kunt verwachten. [...] Ik vind het zelf erg leuk aan mijn werk en uitdagend dat ik dan in moet spelen op onverwachte situaties. Als ik begin weet ik welke patiënten er liggen en hoe ze er aan toe zijn, maar als ik om half 4 klaar ben, dan kan dit totaal anders zijn.” (Vpk.5A).

Een van de respondenten geeft aan dat ze het werk nu uitdagend vindt, omdat ze hier nog niet zo lang werkt. Ze wil zich graag ontwikkelen door bijvoorbeeld een extra opleiding te doen, maar ze vindt de mogelijkheden op de afdeling Urologie hiervoor vrij beperkt (Vpk.5C).

De verpleegkundigen geven aan op de hoogte te zijn van de verwachtingen die de teamleider van ze heeft (Vpk.5A; Vpk.5C). Voor een groot deel staan de verpleegkundigen achter de verwachtingen van de teamleider en vinden deze ook haalbaar (Vpk.5B; Vpk.5C). Het JCI-traject dat veel veranderingen met zich meebrengt en de hoge werkdruk zorgen ervoor dat niet alle verwachtingen meer haalbaar zijn (Vpk.5A; Vpk.5B).

“Gisteren waren we maar met drie verpleegkundigen en hadden we veel opnames en OK’s, dat is niet te doen. Dan ben je blij dat je je gewone werkzaamheden af krijgt, laat staan dat je nog extra dingen rondom JCI of PW kunt doen” (Vpk.5A).

Wanneer iemand binnen het team een fout maakt, wordt er een VIM-melding gemaakt en wordt deze besproken met de teamleider (TL.5; Vpk.5B; Vpk.5C). Er wordt altijd gekeken of er iets veranderd of verbeterd dient te worden (Vpk.5B). De verpleegkundigen vinden niet dat er veel nadruk ligt op fouten. De teamleider probeert fouten binnen het team te bespreken met als doel verbeterpunten eruit te halen en om consequenties duidelijk te maken (TL.5).

“Bijvoorbeeld het werken op andermans account, dat was eerst gemakkelijker, nu werken we sinds kort met inloggen met de badge, waardoor dat niet meer zo gemakkelijk gaat. Maar eerst gebeurde dat wel en dan geef ik aan wat voor consequenties dat heeft. Iemand

anders kan dan iets rapporteren wat je helemaal niet hebt gedaan, maar waarvoor jij wel aansprakelijk bent. Ik wil ze hier bewust van maken” (TL.5).

De respondenten geven aan dat ze vinden dat er op de afdeling weinig aanbod is om bij te leren en te ontwikkelen (Vpk.5A; Vpk.5C). “Elkaar vragen stellen om te leren, dat zou meer mogen, net als opleidingen en scholingen” (Vpk.5A). “Ze willen misschien een oncologie opleiding introduceren, maar voor de rest zijn er niet zo veel mogelijkheden” (Vpk.5C). De resultaten van het MTO over de ontwikkelmogelijkheden sluiten aan op de uitspraken van de respondenten.

Aan de hand van bovenstaande gegevens kan gesteld worden dat de voorwaarde uitdaging wel aanwezig is op de afdeling Urologie.

Op de verpleegafdeling Urologie is een omgeving waarin autonomie en vrijheid door de verpleegkundigen wordt ervaren in de uitvoering van hun werk aanwezig. Ook de voorwaarde uitdaging is aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat empowerment van de verpleegkundigen aanwezig is binnen het team.

Decentrale werkwijze binnen het team

Decentrale werkwijze binnen het team kent drie voorwaarden, communicatie, veilige omgeving en bereidheid.

De verpleegkundigen krijgen elke week een nieuwsbrief van de teamleider met alle ontwikkelingen op de afdeling, hierdoor is iedereen op de hoogte (Vpk.5A; Vpk.5C). Ook is er één keer per week een PW bordbespreking die wordt gegeven door de verpleegkundigen die in het kernteam van PW zitten. De teamleider verwacht van haar medewerkers dat ze op de hoogte zijn van alles en de brief lezen. Wanneer ze merkt dat dit niet gebeurt, neemt ze dit mee in het jaargesprek met de desbetreffende verpleegkundige (TL.5). De verpleegkundigen bespreken nieuwtjes ook in de wandelgangen. Belangrijke zaken worden dan teruggekoppeld naar de teamleider, die ervoor zorgt dat dit besproken wordt in de teamvergadering of dat het in de nieuwsbrief komt. De nieuwsbrief komt op deze manier niet alleen vanuit de teamleider, maar de verpleegkundigen leveren ook input (Vpk.5A; Vpk.5B).

De verpleegkundigen geven elkaar feedback in hun werkzaamheden, maar dit zou wel meer mogen (Vpk.5A). Daarnaast merkt de teamleider dat de verpleegkundigen het af en toe nog moeilijk vinden om eerlijk naar elkaar te zijn (TL.5). De verpleegkundigen ervaren dat feedback op een prettige manier gebracht wordt en dat het over het algemeen goed ontvangen wordt. Het team staat open voor feedback (Vpk.5B; Vpk.5C).

“Gisteren hadden we een overname van een patiënt van Neurologie. Dat zou een rustige patiënt zijn, maar die heeft hier vannacht de boel flink op stelten gezet. De patiënt was ook nog volop onder behandeling. We hebben ooit de afspraak gemaakt dat wanneer we patiënten overnemen van een andere afdeling, dit alleen gebeurt wanneer patiënten uitbehandeld zijn of een ontslagdatum hebben. Dat was nu niet het geval. De verpleegkundige die deze overname aangenomen had, wist dit niet. Dit heb ik naar haar teruggekoppeld en rustig uitgelegd. Dat vond ze erg prettig. Die wisselwerking is er wel bij ons in het team” (Vpk.5A).

Ook wordt er binnen het team gevraagd om feedback: “Een collega had laatst als leerpunt dat ze te veel bleef hangen tijdens het werk op bepaalde zaken. En dus haar taken aan het einde van de dag niet af kreeg. Wanneer het druk is, kan zij minder goed prioriteiten stellen. Ze heeft toen regelmatig aan het eind van een dienst gevraagd of ik haar feedback wilde geven over hoe het ging” (Vpk.5C). De resultaten van het MTO op het gebied van feedback geven, ontvangen en vragen, sluiten aan op de uitspraken van de respondenten.

Aan de hand van bovenstaande informatie kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde communicatie aanwezig is binnen het team.

De respondenten ervaren hun team als prettig, met een goede sfeer. Iedereen kan goed met elkaar overweg en het team staat open voor nieuwe mensen (Vpk.5A; Vpk.5B; Vpk.5C).

“Overall wordt wel geroddeld, zeker bij vrouwen. Maar ik vind wel dat het op deze afdeling stukken minder is dan op andere afdelingen waar ik gewerkt heb. Niemand heeft er echt last van hier” (Vpk.5C).

De verpleegkundigen vertrouwen elkaar, dit komt omdat er wederzijds respect is en iedereen van elkaar weet dat ze altijd het beste eruit proberen te halen.

“Je werkt ’s nachts sowieso alleen, dus er is niemand voor controle. Iedereen doet zijn werk en iedereen doet dat op zijn eigen manier en probeert er zo het beste uit te halen. Dat accepteren we van elkaar en we vertrouwen daar ook op” (Vpk.5B).

Ook kijken de verpleegkundigen of ze iets voor elkaar kunnen betekenen, mocht dit nodig zijn (Vpk.5A; Vpk.5B; Vpk.5C). De verpleegkundigen ervaren hun team als open en eerlijk, waarbij het geven van eigen meningen geaccepteerd wordt en ook gebeurt (Vpk.5B). “Het is best een uitgesproken en mondig team, we laten het wel weten” (Vpk.5C). De teamleider merkt wel dat wanneer dingen anoniem aangegeven kunnen worden, zoals in een MTO, er veel meer naar buiten komt dan bijvoorbeeld tijdens een jaargesprek. Maar onderling durven de verpleegkundigen hun mening gerust te verkondigen (TL.5). De resultaten van het MTO sluiten aan op de uitspraken van de respondenten.

In hun dagelijkse werkzaamheden hebben de verpleegkundigen over het algemeen geen hulp nodig van de teamleider. “Er wordt veel zelfstandig gewerkt hier. Protocollen en richtlijnen zijn duidelijk en we zijn best een gestructureerde afdeling” (Vpk.5B). De hulp van de teamleider wordt ingeroepen wanneer verpleegkundigen ergens tegenaan lopen, bijvoorbeeld lastige patiënten of een conflict met een arts of collega (TL.5; Vpk.5A). Of wanneer er iets geregeld moet worden met hogere hand, de teamleider heeft dan de kortste lijntjes: “Als wij contact op zouden nemen met de manager, dan wordt er al snel gezegd dat het via de teamleider moet” (Vpk.5C).

Aan de hand van bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde veilige situatie aanwezig is op de afdeling Urologie.

De teamleider geeft aan dat ze de verpleegkundigen zo veel mogelijk betreft bij de besluitvorming rondom het proces op de afdeling (TL.5). De verpleegkundigen ervaren dat ze bij bepaalde onderwerpen, zoals PW en JCI, veel mee mogen denken over hoe het ingericht moet worden op de afdeling en dat ze daarbij ook samen tot een beslissing komen (Vpk.5A; Vpk.5B).

“Bijvoorbeeld met de bezetting. Op zondag staan we meestal met 2,5 dienst. Dat was de laatste periode echt niet te doen. Dus toen zei de teamleider, er kan een dienst bij, maar dan moet er ergens anders een dienst af. Daar hebben we met elkaar over gesproken en in een vergadering hebben we besloten waar we die dienst er dan het beste af kunnen halen. Het is niet dat de teamleider dan zeg: zo gaan we het doen. Dat hebben we met elkaar besloten, door het te bespreken, de voor- en tegenargumenten te bespreken en te stemmen. Dat gebeurt dus in samenspraak” (Vpk.5A).

Daarbuiten wordt het meeste alleen medegedeeld en hebben de verpleegkundigen niet het idee dat ze input kunnen leveren (Vpk.5A; Vpk.5C).

De respondenten geven aan wel betrokken te willen worden bij de besluitvorming. Ze willen graag input geven als er daadwerkelijk iets mee gedaan wordt. Nu hebben ze nog vaak het gevoel dat ze niet gehoord worden (Vpk.5A; Vpk.5C). Vooral op het gebied van zaken waar ze zelf mee te maken krijgen op de afdeling willen ze graag meedenken. “Dat maakt juist dat het samenwerken veel beter gaat” (TL.5).

Op basis van bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde bereidheid enigszins tot wel aanwezig is op de afdeling Urologie.

Op de afdeling Urologie is de voorwaarde communicatie aanwezig, net als een veilige omgeving. De voorwaarde bereidheid is enigszins tot wel aanwezig. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een decentrale werkwijze aanwezig is binnen het verpleegkundig team.

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen kent vier voorwaarden, autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie.

De mate van autonomie die de verpleegkundigen op de afdeling Urologie ervaren, is eerder al toegelicht. De voorwaarde autonomie is aanwezig op de afdeling Urologie.

De verpleegkundigen van de afdeling Urologie worden op de hoogte gesteld van veranderingen via de nieuwsbrief, door deze te bespreken in teambesprekingen en door elkaar op de hoogte te

brengen van veranderingen (Vpk.5A; Vpk.5C). Voor veranderingen in bijvoorbeeld apparatuur of werkwijzen is er een scholing waar een deel van het team bij aanwezig is, daarna scholen de aanwezigen de overige collega's (Vpk.5A; Vpk.5B).

“We krijgen bijvoorbeeld een nieuw Ezis¹⁰, daar komen dan scholingen voor en wanneer je niet aanwezig kunt zijn dan word je geschoold door de collega's die wel aanwezig waren” (Vpk.5C).

De uitspraken van de respondenten worden ondersteund door de resultaten in het MTO op het gebied van omgaan met veranderingen. De respondenten geven aan dat wanneer ze te maken krijgen met een verandering ze wel gestuurd worden en de tools aangereikt krijgen, maar dat ze het zelf moeten doen (Vpk.5A). Ze gaan dan bewust aan de slag met de veranderingen. Het team kent enkele kartrekkers die het team op sleeptouw nemen bij veranderingen (Vpk.5B; Vpk.5C). Wanneer er weerstand is bij een verandering praten ze met elkaar over mogelijkheden en oplossingen binnen deze verandering, waardoor het daarna veel beter gaat (TL.5).

“Bijvoorbeeld het werken met flex-medewerkers of de medicijnhesjes, dat zijn dingen die van bovenuit opgelegd worden, waar we niks aan kunnen doen. We kunnen dan alleen kijken hoe we het verder inrichten bij ons op de afdeling. Door op deze manier te overleggen en de mogelijkheden te bespreken, wordt een deel van de weerstand bij de verpleegkundigen weggehaald” (TL.5).

Wel vinden de respondenten dat er soms heel veel veranderingen spelen, waardoor ze het lastig vinden om alles mee te krijgen (Vpk.5B; Vpk.5C). Hierdoor kan gesteld worden dat competentie gewaardeerd kan worden als aanwezig.

Over het onderdeel verbondenheid wordt positief gereageerd. De verpleegkundigen vinden hun team prettig en open. Het team wordt als hecht ervaren, ook omdat het zo'n klein team is.

“Sommige verpleegkundigen zijn vriendinnen van elkaar geworden in de loop der jaren en die doen ook andere dingen samen buiten het werk. Ze hebben allemaal wel een goede band

¹⁰ Ezis is een digitaal programma voor het patiëntendossier, waarmee in VieCuri gewerkt wordt (Persoonlijke Communicatie, 2017).

en dat merk je ook wanneer er geruild moet worden. We hebben een groepsapp waar dat in besproken wordt. Iedereen wil altijd wel meedenken voor een oplossing voor elkaar” (TL.5).

Verschillende verpleegkundigen zoeken elkaar buiten werktijd nog op. Tijdens het werk hebben de verpleegkundigen veel voor elkaar over en steunen ze elkaar (Vpk.5B; Vpk.5C). De relaties onderling zijn goed, de verpleegkundigen proberen samen met elkaar en voor elkaar een fijne werkdag te creëren (Vpk.5A) Iedereen kan met elkaar overweg (Vpk.5B). Hierdoor kan geconcludeerd worden dat verbondenheid sterk aanwezig binnen het team.

De verpleegkundigen ervaren hun werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk en zinvol (Vpk.5A; Vpk.5B; Vpk.5C). De resultaten in het MTO over zinvol werk ondersteunen dit. “Patiëntenzorg vind ik noodzakelijk, maar soms de dingen die er omheen komen, dossiers die je moet invullen, dat vind ik niet altijd noodzakelijk. [...] Patiëntenzorg staat echt voorop” (Vpk.5C). De verpleegkundigen ervaren dat ze taken uit moeten voeren, die ten koste gaat van de tijd die ze aan de patiënt kunnen besteden, bijvoorbeeld het invullen van scorelijsten. Hierdoor worden deze taken als niet of minder noodzakelijk gezien, omdat de verpleegkundigen de directe patiëntenzorg het belangrijkste vinden (TL.5; Vpk.5A; Vpk.5B). Een van de respondenten zegt het volgende:

“Alle werkzaamheden zijn wel noodzakelijk, maar de vraag is of ik ze allemaal uit moet voeren. Gisteren gingen er bijvoorbeeld veel patiënten met ontslag en dan moeten die bedden allemaal weer gepoetst en opgemaakt worden. Zonde, want in die tijd had ik ook een overdracht kunnen schrijven of rechtstreeks aan een patiënt kunnen besteden. Dat is wel een discussie die je kunt voeren” (Vpk.5A).

Doordat de verpleegkundigen het grootste deel van hun werkzaamheden noodzakelijk achten, wordt relevantie beoordeeld als aanwezig.

Binnen het team zijn de voorwaarden autonomie, competentie en relevantie aanwezig. De voorwaarde verbondenheid is sterk aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen van de afdeling Urologie aanwezig is.

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team

Proactief en reactief om kunnen gaan met situaties binnen het team kent vier voorwaarden, transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten.

Binnen het team is zichtbaar wie welke werkzaamheden heeft uitgevoerd. Werkzaamheden worden gerapporteerd met naam (TL.5; Vpk.5A). Verpleegkundigen koppelen onderling veel naar elkaar terug, ze geven aan elkaar aan wat ze gedaan hebben en wat er nog moet gebeuren (Vpk.5C).

“Wanneer iemand een patiënt verzorgd heeft, dan werkt diegene het actieplan bij, afkruisen en rapporteren. Zo gaat dat ook met het verstrekken van medicatie. Dat wordt allemaal met badge en naam vastgelegd” (TL.5).

Hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd worden, is niet zichtbaar in de rapportage. Verpleegkundigen geven aan dat ze het vaak wel af kunnen leiden van de handeling die verricht is. Deze worden namelijk volgens een protocol uitgevoerd, maar dit is niet expliciet weergegeven in de rapportage (Vpk.5A; Vpk.5B; Vpk.5C).

“Je kunt zien dat de patiënt verzorgd en gedoucht is, dan ga je er vanuit dat dit in bed of op de badkamer is. Dat leidt je daar zelf vanaf. Bij iets specifiek kan het er wel bij staan. Bijvoorbeeld bij wondverzorging. Dan kan er staan: wond is schoongespoeld onder de douche, de rest van de wond is verzorgd in bed” (Vpk.5A).

Aan de hand hiervan kan geconcludeerd worden dat transparantie enigszins aanwezig is op de afdeling Urologie.

Het bijdragen aan de besluitvorming die van invloed is op henzelf, is eerder al aan bod gekomen. De verpleegkundigen ervaren deze factor als enigszins tot wel aanwezig.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat wanneer verpleegkundigen een probleem zelf niet opgelost krijgen, ze eerst overleggen met hun collega's (Vpk.5B; Vpk.5C). Mocht dit niet voldoende zijn, leggen ze het probleem bij de teamleider neer (Vpk.5A; Vpk.5C). “Bijvoorbeeld wanneer ik problemen heb met inloggen in de computer, dan vraag ik mijn teamleider of ze daarbij kan helpen, zodat je wel in het systeem kunt” (Vpk.5C). “Wanneer een patiënt aangegeven heeft

dat hij op een eenpersoonskamer wil liggen, maar dit is echt niet mogelijk, dan ga ik daarmee naar de teamleider om dit op te lossen” (Vpk.5A). De teamleider geeft aan dat er ook altijd iemand aanwezig is waar de verpleegkundigen terecht kunnen met een probleem: “Overdag is er een teamleider waar ze terecht kunnen en in de nacht en weekenden is er een dienstdoende manager” (TL.5).

De teamleider vraagt de verpleegkundigen voornamelijk om advies op praktisch gebied, vaak zijn het kleine dingen (Vpk.5B; Vpk.5C). De teamleider vraagt ook om advies wanneer ze ergens niet uitkomt op personeel gebied.

“Dingen die in PW naar voren komen, zoals handhygiëne en gewone hygiëne, dan vraagt ze ons ook om advies, wat zouden jullie doen? Hoe kunnen we het hygiënischer maken? Dan worden we om advies gevraagd” (Vpk.5C).

“Bijvoorbeeld bij een andere werkindeling, of wanneer we uren in moeten leveren. Dan zegt ze: Ik heb te horen gekregen dat... Hoe gaan we dit oplossen? Denk even mee” (Vpk.5A).

Op basis van bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde participatie enigszins aanwezig is binnen het team.

Het evalueren van werkzaamheden gebeurt dagelijks door de verpleegkundigen. In het kader van PW vinden er dagelijks korte evaluaties plaats, die opgeschreven worden. Bij bijzonderheden wordt er dieper op in gegaan (TL.5; Vpk.5B; Vpk.5C).

“We hebben een klapper waar we elke dag in schrijven hoe de dienst is geweest en of er bijzonderheden waren, of we ergens tegenaan zijn gelopen, hoe de visite met de arts is verlopen, dat soort dingen. En dat bespreken we dan met elkaar” (Vpk.5C).

Wanneer de verpleegkundigen zien dat een collega een actie niet uitgevoerd heeft, waarvan diegene zei dat die dat wel zou doen, spreken ze diegene daar op aan (Vpk.5B; Vpk.5C). Daar wordt doorgaans goed op gereageerd en wordt geprobeerd het alsnog op te pakken, zodat het afgehandeld kan worden (TL.5; Vpk.5B).

“Gisteren had ik patiënt bij wie wat onvoorziene dingen kwamen kijken, waardoor ik daar erg lang mee bezig was. Ik heb toen aan een collega gevraagd of zij wat taken van mij over wilde nemen. Achteraf zag ik dat dit niet gebeurd was en heb ik haar daar op aangesproken. Toen bleek dat zij daar ook niet meer aan toe was gekomen. Toen hebben we dit samen alsnog opgepakt, zodat niet de volgende dienst er mee opgezadeld wordt” (Vpk.5B).

Aan de hand van bovenstaande uitspraken kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde evaluatie wel aanwezig is binnen het team.

Wanneer een verpleegkundige te maken krijgt met kritiek of een klacht dan loopt dit proces doorgaans via de teamleider. Zij wordt op de hoogte gesteld van de klacht door de klachtencommissie en gaat daarna in gesprek met de betrokken verpleegkundigen (TL.5). Algemene klachten worden in het team besproken om te kijken hoe het de volgende keer voorkomen kan worden (Vpk.5A). In hoeverre de verpleegkundige betrokken wordt in het proces, is afhankelijk van wat de patiënt wenst. In principe wordt alles gecoördineerd door de teamleider en het klachtenbureau (Vpk.5B; Vpk.5C).

“We hadden een patiënt die met ontslag ging en niet tevreden was over de manier waarop het ontslag verliep. Het was weekend en de verpleegkundige had gezegd dat ze de pijnmedicatie, paracetamol, kon kopen bij het Kruitvat. Dat was eigenlijk met goede bedoelingen, omdat het dan goedkoper kan. Maar dit werd dus helemaal verkeerd opgevat door de patiënt. Dit heb ik met die verpleegkundige besproken en ook naar haar aangegeven dat haar bedoelingen goed zijn, maar dat ze moet letten op de manier waarop ze het brengt” (TL.5).

Uit de bovenstaande gegevens kan geconcludeerd worden dat de voorwaarde omgaan met klachten enigszins aanwezig is op de afdeling Urologie.

Op de afdeling Urologie zijn de voorwaarden transparantie, participatie en omgaan met klachten enigszins aanwezig. De voorwaarde evaluatie is wel aanwezig. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team enigszins aanwezig is.

Conclusie

Om in kaart te brengen welke voorwaarden van Shared Governance aanwezig zijn binnen de afdeling Urologie is in onderstaand schema (10) weergegeven in welke mate de voorwaarden zich voordoen met een korte toelichting daarbij. Hierbij zijn de voorgaande resultaten samengevat.

Factor	Waarde
Empowerment van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> De verpleegkundigen ervaren autonomie en vrijheid in hun werkzaamheden, wel binnen protocollen en kaders waarbinnen ze moeten werken. Daarnaast is de voorwaarde uitdaging ook aanwezig. Over het algemeen voelen de verpleegkundigen zich uitgedaagd in hun werkzaamheden, ze staan grotendeels achter de verwachtingen van de teamleider, soms komt de haalbaarheid in het geding door werkdruk en het grote aantal veranderingen waarmee ze te maken krijgen. Fouten worden besproken om van te leren en de verpleegkundigen vinden dat ze beperkte mogelijkheden op de afdeling hebben om bij te leren en te ontwikkelen.	
Decentrale werkwijze in het team	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> De communicatie is goed, verpleegkundigen ontvangen allemaal dezelfde juiste informatie, zowel de teamleider als de verpleegkundigen dragen hieraan bij en leveren input. Feedback geven gebeurt op een prettige manier en het team staat hier ook open voor. Wel wordt aangegeven dat het meer kan. De verpleegkundigen ervaren dat er een veilige omgeving is, de sfeer binnen het team is goed en verpleegkundigen durven hun mening te geven binnen het team. In hun dagelijkse werkzaamheden ervaren ze een lage mate van afhankelijkheid van de teamleider, alleen bij problemen of organisatorische zaken wordt de hulp van de teamleider ingeroepen. Bereidheid is enigszins tot wel aanwezig binnen het team. De teamleider geeft aan de verpleegkundigen te betrekken bij besluiten over het inrichten van de afdeling. De verpleegkundigen ervaren dat veel medegedeeld wordt en ze maar beperkt mogen meebeslissen. De bereidheid van de verpleegkundigen is ook wisselend omdat ze nu vooral het gevoel hebben dat ze niet gehoord worden, maar dit willen ze wel.	
Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen	Niet/enigszins/ wel /sterk aanwezig
<i>Toelichting:</i> Autonomie is aanwezig binnen het team, net als competentie. Het team is op de hoogte van veranderingen en proberen deze toe te passen in hun werkzaamheden. Weerstand proberen ze weg te halen door met elkaar in gesprek te gaan. Verbondenheid is sterk aanwezig. Het team is prettig, open en hecht. De relaties onderling zijn goed en iedereen kan met elkaar	

overweg. De verpleegkundigen ervaren hun werkzaamheden over het algemeen als noodzakelijk en zinvol. Taken ten koste van tijd aan de patiënt worden als minder noodzakelijk gezien.

Proactief en reactief omgaan met situaties in het team	Niet/ enigszins /wel/sterk aanwezig
--	--

Toelichting: Binnen het team is enigszins sprake van de voorwaarde transparantie. Wie welke werkzaamheden uitvoert is zichtbaar, maar niet hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd worden. Participatie is ook enigszins aanwezig, dankzij de beperkte mogelijkheden deel te nemen aan de besluitvorming. Daarnaast worden problemen al vrij snel bij de teamleider neergelegd, wanneer verpleegkundigen het zelf niet op kunnen lossen. Als laatste vraagt de teamleider niet veel om advies, het gaat dan vaak om kleine praktische dingen. Evaluatie is wel aanwezig, er wordt dagelijks geëvalueerd en verpleegkundigen spreken elkaar aan op werkzaamheden die niet uitgevoerd zijn en pakken deze alsnog op. Het omgaan met klachten is beperkt, omdat dit proces volledig via de teamleider verloopt.

Schema 10: Samenvatting aanwezigheid voorwaarden afdeling Urologie

4.4 Afronding

In dit hoofdstuk zijn alle resultaten weergegeven, zowel de mate van Shared Governance per afdeling, als de aanwezigheid van de voorwaarden van Shared Governance en de controle variabelen. In het volgende hoofdstuk wordt aan de hand van deze resultaten een vergelijking gemaakt tussen de cases en wordt er gekeken naar een mogelijke relatie tussen Shared Governance en de verklarende en controle variabelen.

5. Analyse

In het analysehoofdstuk worden de resultaten van de vijf cases naast elkaar gezet. De cases worden met elkaar vergeleken en de overeenkomsten en verschillen worden aangegeven. Ook wordt geanalyseerd of de voorwaarden daadwerkelijk noodzakelijk blijken te zijn om tot Shared Governance te komen binnen een team en om inzichtelijk te maken of deze voorwaarden wellicht een verklaring vormen voor de verschillen in de mate van Shared Governance op de afdelingen. Aan de hand van deze informatie kan antwoord gegeven worden op de vierde deelvraag van dit onderzoek: *“Welke factoren verklaren de verschillen in Shared Governance tussen de verpleegkundige teams in VieCuri Medisch Centrum?”*.

5.1 Casussen in vergelijking

5.1.1 Mate van Shared Governance

In het vorige hoofdstuk is stil gestaan bij het meten van Shared Governance binnen de verschillende afdelingen. In tabel 7 is nog een kort het resultaat per afdeling weergegeven.

Afdeling	Score
Maag Darm Lever	122,57
Longgeneeskunde	143,14
Cardiologie	127,73
Chirurgie	106,08
Urologie	112,25

Tabel 7: Score mate van Shared Governance per afdeling

Deze scores kunnen als volgt gelezen worden:

- Traditioneel Governance: Tussen een score van 67 en 134
- Shared Governance: Tussen een score van 135 en 268
- Zelfsturend Governance: Tussen een score van 269 en 335

In hoofdstuk drie is deze verdeling nog verder opgesplitst aan de hand van verschillende kleuren. Dit maakt zichtbaar in hoeverre de afdelingen richting Shared Governance zitten. Wanneer de analyses van de mate van Shared Governance binnen de vijf afdelingen naast elkaar worden gezet, ziet dit er als volgt uit (tabel 8):

MDL			X						
Longgeneeskunde				X					
Cardiologie			X						
Chirurgie		X							
Urologie		X	X						
	67-89	90-112	113-134	135-200	201	202-268	269-291	292-314	315-335

Tabel 8: Mate van Shared Governance in vergelijking

Wat betreft de mate van Shared Governance is zichtbaar dat alleen de afdeling Longgeneeskunde hoog genoeg scoort voor Shared Governance. De scores van de andere vier afdelingen vallen nog onder de categorie Traditioneel Governance. Wel is zichtbaar dat afdeling MDL en Cardiologie wel al meer richting Shared Governance scoren dan Chirurgie. Urologie valt met de score precies tussen de twee blokken in. Ze zijn in de mate van Shared Governance wel al verder dan de afdeling Chirurgie, maar nog niet zo ver als MDL en Cardiologie.

5.1.2 Voorwaarden Shared Governance

De vijf cases zijn geanalyseerd om de aanwezigheid van de voorwaarden van Shared Governance in kaart te brengen. De resultaten hiervan zijn samengevat en weergegeven in schema 11. Omdat de resultaten op empowerment, decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties weinig nuance laat zien, zijn ter verdieping alle voorwaarden toegevoegd.

Voorwaarden	Maag Darm Lever	Longgeneeskunde	Cardiologie	Chirurgie	Urologie
Empowerment van verpleegkundigen	Wel aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig	Enigszins/wel aanwezig	Wel aanwezig
• Omgeving/werkcontext	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig
• Uitdaging	Wel/sterk aanwezig	Wel aanwezig	Wel/sterk aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig
Decentrale werkwijze binnen het team	Wel aanwezig	Sterk aanwezig	Enigszins/wel aanwezig	Enigszins/wel aanwezig	Wel aanwezig
• Communicatie	Sterk aanwezig	Wel aanwezig	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig
• Veilige omgeving	Wel/sterk aanwezig	Sterk aanwezig	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig
• Bereidheid	Enigszins/wel aanwezig	Sterk aanwezig	Sterk aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins/wel aanwezig
Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen	Wel aanwezig	Wel aanwezig	Enigszins/wel aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig
• Autonomie	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig
• Competentie	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig
• Verbondenheid	Sterk aanwezig	Sterk aanwezig	Enigszins aanwezig	Sterk aanwezig	Sterk aanwezig
• Relevantie	Wel aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig	Wel aanwezig
Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig
• Transparantie	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig
• Participatie	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig	Sterk aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig
• Evaluatie	Enigszins/wel aanwezig	Enigszins/wel aanwezig	Sterk aanwezig	Enigszins aanwezig	Wel aanwezig
• Omgaan met klachten	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig	Enigszins aanwezig

Schema 11: Aanwezigheid voorwaarden Shared Governance in vergelijking

Empowerment van de verpleegkundigen

Empowerment van de verpleegkundigen is ongeveer in gelijke mate aanwezig binnen alle teams.. Op de afdeling Chirurgie is dit enigszins tot wel aanwezig en op de andere afdelingen is empowerment wel aanwezig. Binnen de voorwaarde omgeving/werkcontext zijn de resultaten wisselend, MDL, Cardiologie en Chirurgie ervaren de afhankelijkheid van artsen, protocollen en andere disciplines als zeer beperkend voor de autonomie en vrijheid in hun werkzaamheden, terwijl Longgeneeskunde en Urologie vinden dat ze daarin keuzes maken door zelf prioriteiten te stellen en beslissingen mogen nemen door klinisch te redenen. Een werkomgeving waarin verpleegkundigen uitgedaagd worden, wordt door alle teams ervaren. Op de afdelingen MDL en Cardiologie is deze voorwaarde zelfs wel tot sterk aanwezig.

Decentrale werkwijze binnen het team

Bij decentrale werkwijze binnen het team is meer diversiteit zichtbaar. De afdeling Longgeneeskunde scoort hier hoog met sterk aanwezig, daarna volgen MDL en Urologie met wel aanwezig en Cardiologie en Chirurgie met enigszins tot wel aanwezig. Op de voorwaarde communicatie scoort MDL sterk aanwezig, omdat alle verpleegkundigen over gelijke informatie beschikken en feedback geven, ontvangen en vragen heel goed gaat. Ook Longgeneeskunde, Chirurgie en Urologie scoren hier goed. Op het gebied van feedback geven, hebben ze nog enkele aandachtspunten, omdat niet iedereen feedback geeft (Chirurgie), het wisselend wordt ontvangen (Longgeneeskunde) of sommige verpleegkundigen het lastig vinden om eerlijk naar elkaar te zijn (Urologie). Cardiologie scoort enigszins aanwezig, dit komt ook door feedback. De afdeling is bezig met een verbetertraject om te zorgen dat er meer feedback gegeven wordt, dat dit op een goede manier gebeurt en dat het goed ontvangen wordt, want dit was niet het geval. Op de voorwaarde veilige omgeving wordt door de meeste afdelingen ook goed gescoord. Binnen Longgeneeskunde is deze sterk aanwezig: prettig team, vertrouwen, geen angst om mening te geven en lage mate van afhankelijkheid van de teamleider. MDL, Chirurgie en Urologie scoren ook goed, het durven geven van mening binnen het team levert af en toe nog wat problemen op. Cardiologie scoort hier wederom wat lager, binnen het team wordt gewerkt aan een betere sfeer. Een deel van het team heeft moeite met vertrouwen en hebben angst om hun mening te geven. De laatste voorwaarde bereidheid is binnen de afdeling Longgeneeskunde en Cardiologie sterk aanwezig, verpleegkundigen worden veel betrokken bij de besluitvorming door de teamleider en willen dit ook graag. Bij MDL en Urologie is deze voorwaarde enigszins aanwezig, de teamleider geeft aan bereid te zijn de verpleegkundigen te betrekken, maar deze ervaren dat veel gewoon

medegedeeld worden of dat ze alleen na mogen denken over de invulling van het besluit op de afdeling. De verpleegkundigen van MDL willen wel graag betrokken worden bij de besluitvorming wanneer het om zaken gaat waar ze zelf mee te maken krijgen in hun werk. De verpleegkundigen van Urologie reageren wisselend, ze hebben het idee niet gehoord te worden, dus zijn ze minder bereid om betrokken te worden. Binnen Chirurgie is bereidheid enigszins aanwezig. De verpleegkundigen worden weinig betrokken door de teamleider. Ze krijgen vooral opties voorgelegd waar ze uit mogen kiezen. Ze geven aan dat ze wel de behoefte hebben om betrokken te worden bij de besluitvorming.

Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen

Ook op intrinsieke motivatie van verpleegkundigen scoren de teams ongeveer gelijk. Op Cardiologie na is dit overal wel aanwezig. De indicator autonomie is binnen MDL, Cardiologie en Chirurgie enigszins aanwezig, ze ervaren veel afhankelijkheid van andere disciplines en werken volgens een vaste structuur die ze binnen het team afgesproken hebben. Binnen Long en Urologie is autonomie wel aanwezig, binnen hun dagindeling mogen ze zelf werkzaamheden indelen en keuzes maken. De voorwaarde competentie is binnen Longgeneeskunde, Cardiologie en Urologie wel aanwezig, de verpleegkundigen zijn op de hoogte en proberen de verandering toe te passen in hun werkzaamheden. Dit doen ze door er met elkaar over in gesprek te gaan en op deze manier ook de weerstand weg te halen. MDL en Chirurgie scoren wat lager, omdat de verpleegkundigen aangeven dat ze door de hoeveelheid veranderingen het soms niet bij kunnen houden. Daarnaast is er binnen de teams vaak sprake van weerstand bij nieuwe veranderingen. De voorwaarde verbondenheid scoort hoog binnen alle teams, behalve Cardiologie. Cardiologie scoort hier laag, omdat de hechtheid en onderlinge relaties in twijfel worden getrokken. Niet iedereen voelt zich in dezelfde mate onderdeel van het team. Op de laatste voorwaarde relevantie scoren alle teams gelijk, het grootste gedeelte van de werkzaamheden wordt als noodzakelijk gezien.

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team

Bij proactief en reactief omgaan met situaties scoren de teams ook ongeveer gelijk. Op de afdeling Cardiologie is deze wel aanwezig, terwijl bij de vier andere afdelingen deze gewaardeerd wordt als enigszins aanwezig. De voorwaarde transparantie is binnen alle teams gelijk. Wie welke werkzaamheden uitvoert, is in de meeste gevallen zichtbaar. Hoe en waar deze werkzaamheden uitgevoerd zijn, is in de meeste gevallen niet zichtbaar. De voorwaarde participatie is binnen Cardiologie sterk aanwezig, de verpleegkundigen worden veel betrokken bij de besluitvorming,

voelen zich verantwoordelijk voor het oplossen van problemen en de teamleider vraagt veel om advies aan de verpleegkundigen. Longgeneeskunde scoort iets lager, hoe omgegaan wordt met problemen is wisselend, een deel houdt zelf de verantwoordelijkheid, terwijl een ander deel van het team het probleem bij de teamleider neerleggen. Binnen MDL, Chirurgie en Urologie is deze voorwaarde enigszins aanwezig, omdat deelname aan besluitvorming in alle drie de gevallen beperkt is voor de verpleegkundigen. Daarnaast ervaren de verpleegkundigen dat de teamleider niet veel om advies vraagt, vaak zijn het maar kleine dingen en als laatste zijn de verpleegkundigen van Chirurgie en Urologie snel geneigd om problemen bij de teamleider neer te leggen. De score op de voorwaarde evaluatie wordt voornamelijk bepaald door het wel of niet evalueren van werkzaamheden. Alle teams spreken collega's aan op een actie die niet uitgevoerd is en zorgen dat het daarna afgehandeld en opgelost wordt. Cardiologie en Urologie hebben allebei een dagelijkse evaluatie, bij Cardiologie is deze vrij uitgebreid, bij Urologie is deze kort en mochten er bijzonderheden zijn worden deze extra toegelicht. MDL en Longgeneeskunde roepen een evaluatie moment in wanneer er behoefte aan is of wanneer er een heftige casus is geweest die dag. Op de afdeling Chirurgie gebeurt het niet. Ook de laatste voorwaarde omgaan met klachten is in alle teams gelijk. Het proces rondom een klacht gaat volledig via de teamleider en deze betreft eventueel de verpleegkundige om haar verhaal te doen of in gesprek te gaan met de patiënt.

5.2 Relatie voorwaarden en Shared Governance

Wanneer gekeken wordt naar de invloed van de voorwaarden van Shared Governance op de daadwerkelijke mate van Shared Governance binnen de verschillende teams, dan kan dit aan de hand van verschillende waarderungen. Allereerst kan op totaal niveau gekeken worden. De afdeling Longgeneeskunde is de enige afdeling waar daadwerkelijk al sprake is van Shared Governance. De andere vier afdelingen vallen nog onder het zogenaamde Traditioneel Governance. Wanneer gekeken wordt naar de totaalscore op de voorwaarden van Shared Governance, is zichtbaar dat Longgeneeskunde daar ook het beste van alle afdelingen op scoort. Empowerment en intrinsieke motivatie van verpleegkundigen zijn aanwezig, decentrale werkwijze in het team is sterk aanwezig en proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team is enigszins aanwezig. Dit kan er op wijzen dat deze belangrijk zijn om te komen tot Shared Governance.

Aan empowerment, decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties liggen verschillende voorwaarden ten grondslag, deze worden ook meegenomen in de analyse van de mogelijkheid tot eventuele relaties tussen de voorwaarden en de mate van Shared

Governance. Deze mogelijkheid wordt nu per voorwaarde besproken.

Wanneer gekeken wordt naar empowerment van de verpleegkundigen is zichtbaar dat deze op vier afdelingen aanwezig is en op een afdeling enigszins tot wel aanwezig is, terwijl de afdelingen in gradatie in de mate van Shared Governance wel van elkaar verschillen. De voorwaarde uitdaging is binnen alle teams wel tot sterk aanwezig, terwijl een omgeving met autonomie en vrijheid wisselt tussen enigszins tot wel aanwezig. Het zou kunnen dat een omgeving met autonomie en vrijheid dus belangrijker is voor empowerment van verpleegkundigen dan de voorwaarde uitdaging. Wanneer verpleegkundigen niet voldoende ervaren dat ze autonomie en vrijheid hebben in de uitvoering van hun werkzaam, is het mogelijk dat ze minder goed in staat zijn om te gaan met gedeelde verantwoordelijkheid, informatie en besluitvorming, waardoor geen succesvolle samenwerking kan plaatsvinden. De afdeling Urologie scoort ook wel aanwezig op een omgeving met autonomie en vrijheid. Wellicht dat de controle variabele teamgrootte hier van invloed heeft. Urologie heeft een klein team, dat bestaat uit 16 verpleegkundigen, terwijl Longgeneeskunde van gemiddelde grootte is met 28 verpleegkundigen. Dit geeft aanleiding om vragen te stellen over een eventuele relatie tussen teamgrootte en de aanwezigheid van Shared Governance binnen een team.

Bij decentrale werkwijze binnen het team is zichtbaar dat de afdeling Longgeneeskunde hier hoger scoort dan de overige afdelingen, namelijk sterk aanwezig. Alle drie de voorwaarden zijn wel tot sterk aanwezig. Dit kan er op wijzen dat een decentrale werkwijze binnen het team belangrijk is om gelijkwaardigheid in het team te creëren. Deze gelijkwaardigheid zorgt ervoor dat de ene rol niet belangrijker is dan de ander, een belangrijk aspect van Shared Governance. Wanneer naar de verschillende voorwaarden gekeken wordt, is het mogelijk dat bereidheid een belangrijke rol hierin speelt. De afdeling Longgeneeskunde en Cardiologie scoren hier sterk aanwezig, de andere drie afdelingen scoren wel tot enigszins aanwezig of enigszins aanwezig. De afdeling Cardiologie scoort hier ook sterk aanwezig, maar scoort lager op de mate van Shared Governance. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat beide andere voorwaarden (veilige omgeving en communicatie) slechts enigszins aanwezig zijn.

Bij intrinsieke motivatie wordt door alle afdelingen gelijk gescoord op de voorwaarde relevantie. Ook op de totaal score van intrinsieke motivatie is weinig verschil zichtbaar. Dit maakt het lastig om hier uitspraken over te doen. De voorwaarden autonomie en competentie bieden wel aanwijzingen dat deze belangrijk zijn voor eigenaarschap binnen een team en dus belangrijk voor

Shared Governance. Deze twee voorwaarden zijn binnen de afdeling Longgeneeskunde allebei aanwezig. Op Urologie na scoren de andere afdelingen hier lager. Een mogelijke verklaring zou hier weer gezocht kunnen worden in de controle variabele teamgrootte. Ook geeft de voorwaarde competentie mogelijkheden om vragen te stellen over een eventuele relatie met controle variabele werkervaring. Uit interviews komt naar voren dat een mix aan werkervaring gewenst is binnen een team. De jongere verpleegkundigen staan open voor veranderingen, terwijl de oudere verpleegkundigen de kennis en expertise hebben. De afdelingen MDL en Chirurgie scoren allebei laag op competentie met enigszins aanwezig. Een mogelijke verklaring zou gezocht kunnen worden in de werkervaring binnen de teams. De werkervaring op MDL ligt laag, het is een relatief jong team. De werkervaring op Chirurgie ligt hoog en het is in verhouding een oud team. Het zou dus kunnen zijn dat op deze twee afdelingen geen sprake is van een mix tussen jong en oud.

Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team laat ook niet veel diversiteit zien op de scores. Op de voorwaarden transparantie en omgaan met klachten wordt door alle afdelingen gelijk gescoord. Hierdoor is het lastig uitspraken om hier uitspraken over te doen. Wanneer gekeken wordt naar de voorwaarde participatie kan hier een mogelijke relatie zijn. De afdeling Longgeneeskunde en Cardiologie scoren hier hoger op dan de andere afdelingen. Dit kan erop wijzen dat het betrekken van verpleegkundigen bij besluitvorming die hen aangaat belangrijk is om aanspreekbaarheid te creëren. Door verpleegkundigen te betrekken en verantwoordelijkheden te geven, worden ze aanspreekbaar op beslissingen die ze nemen en actie die ze uitvoeren. De afdeling Cardiologie scoort goed op participatie, maar scoren toch lager in de mate van Shared Governance. Uit de analyse komt naar voren feedback geven en elkaar aanspreken nog niet goed gaat binnen het team. Dit kan een negatieve invloed hebben op de aanspreekbaarheid van de verpleegkundigen op beslissingen die ze nemen en acties die ze uitvoeren.

5.4 Afronding

De afdeling Longgeneeskunde scoort als enige afdeling binnen de categorie Shared Governance. De rest van de afdelingen valt nog onder het Traditioneel Governance. Opvallend is dat de afdeling Longgeneeskunde ook als beste scoort op de aanwezigheid van de voorwaarden. De voorwaarden een omgeving met autonomie en vrijheid, een decentrale werkwijze, competentie en participatie en de controle variabelen teamgrootte en werkervaring lijken samen te hangen met de mate van Shared Governance binnen de verpleegkundige teams binnen VieCuri.

6. Conclusie

In het laatste hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord om uiteindelijk antwoord te geven op de centrale vraag ‘In hoeverre dragen de voorwaarden uit de literatuur daadwerkelijk bij aan de mate van Shared Governance binnen verpleegkundigen teams?’. Als laatste wordt er gereflecteerd op het onderzoek.

6.1 Antwoorden deelvragen

De antwoorden op de verschillende deelvragen hebben bijgedragen aan het beantwoorden van de centrale vraag van het onderzoek. Voor de eerste deelvraag is literatuuronderzoek gedaan. Deze deelvraag is als volgt: *‘Wat is in de literatuur bekend over Shared Governance?’*. Door wetenschappelijke literatuur te raadplegen, blijkt dat Shared Governance het beste omschreven kan worden als een gedecentraliseerde werkwijze die verpleegkundigen meer autoriteit en controle geeft over hun beroepspraktijk en werkomgeving. Vier begrippen vormen het uitgangspunt van Shared Governance: samenwerking, gelijkwaardigheid, eigenaarschap en aanspreekbaarheid.

Voor de tweede deelvraag: *‘Wat is in theorie nodig om tot Shared Governance te komen binnen een verpleegkundig team?’* is in de literatuur gezocht naar voorwaarden die zouden kunnen bijdragen aan Shared Governance binnen een verpleegkundig team. Hierbij is uitgegaan van wat er binnen een team nodig is om te komen tot samenwerking, gelijkwaardigheid, eigenaarschap en aanspreekbaarheid, de uitgangspunten van Shared Governance. Uit de literatuur kwam naar voren dat om te komen tot samenwerking empowerment van de verpleegkundigen nodig is, waarbij ze autonomie en vrijheid ervaren in hun werkzaamheden en ze te maken krijgen met uitdaging in hun werk. Om te komen tot gelijkwaardigheid, is het noodzakelijk dat er een decentrale werkwijze binnen het team is, waarbij een duidelijke communicatie, een veilige omgeving en bereidheid om deel te nemen en deel te laten nemen aan de besluitvorming aanwezig is. Om te komen tot eigenaarschap is intrinsieke motivatie van verpleegkundige nodig, waarbij autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie belangrijk zijn. En om als laatste te komen tot aanspreekbaarheid is het nodig dat de verpleegkundigen proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team, hiervoor zijn transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten nodig.

De derde deelvraag *‘In hoeverre is er sprake van Shared Governance binnen de verpleegkundige teams in VieCuri?’* is beantwoord aan de hand van empirisch onderzoek. Door gebruik te maken

van een bestaand instrument, een vragenlijst, is de mate van Shared Governance gemeten binnen vijf verpleegafdelingen: Maag Darm Lever, Longgeneeskunde, Cardiologie, Chirurgie en Urologie. Uit deze vragenlijst kwam naar voren dat alleen op de afdeling Longgeneeskunde daadwerkelijk sprake is van Shared Governance. De andere vier afdelingen vallen nog onder het Traditioneel Governance, waarbij Cardiologie en MDL wel al meer richting de score van Shared Governance gaan en Chirurgie en Urologie hier nog wat verder vanaf zitten.

Om de vierde deelvraag *‘Welke factoren verklaren de verschillen in Shared Governance tussen de verpleegkundige teams in VieCuri Medisch Centrum?’* te kunnen beantwoorden zijn interviews en documentanalyse gehouden om variabelen uit de theorie over Shared Governance te toetsen. Vervolgens zijn deze resultaten met elkaar vergeleken en kan gesteld worden dat het wetenschappelijk niet verantwoord is om harde uitspraken te doen over relaties tussen de variabelen en de mate van Shared Governance. Wel kunnen voorzichtig aanwijzingen voor mogelijke relaties aangegeven worden. Zo zijn er aanwijzingen dat de totaalscore op empowerment, decentrale werkwijze, intrinsieke motivatie en proactief en reactief omgaan met situaties bijdraagt aan de mate van Shared Governance binnen een team. Ook verschillende voorwaarden lijken belangrijk te zijn binnen een verpleegkundig team om te komen tot Shared Governance:

- Een omgeving waarin autonomie en vrijheid wordt ervaren door de verpleegkundigen in de uitvoering van hun werk;
- Een decentrale werkwijze binnen het team, waarbij duidelijke communicatie plaatsvindt, iedereen open is over eigen bedoelingen en meningen, feedback gegeven kan worden gegeven en ontvangen en iedereen voorzien wordt van de juiste informatie die nodig is. Ook dient er sprake te zijn van een veilige omgeving waarbij verpleegkundigen elkaar vertrouwen en geen angst ervaren bij het uiten van meningen en in hun werk een lage mate van afhankelijkheid van de leidinggevende ervaren. Als laatste is het belangrijk dat zowel de verpleegkundigen bereid zijn om te participeren in de besluitvorming en de teamleider bereid is om de verpleegkundigen te laten participeren in de besluitvorming;
- Competentie: Verpleegkundigen zijn in staat doeltreffend met de veranderingen in hun werkomgeving om te gaan en ze beschikken hiervoor over de juiste vaardigheden en bekwaamheid;

- Participatie: Verpleegkundigen krijgen de mogelijkheid om input te leveren in beslissingen die van invloed zijn op henzelf. Hierbij worden ze betrokken bij de besluitvorming, gevraagd om zelf problemen op te lossen en door de leidinggevende om advies gevraagd;
- Teamgrootte: De grootte van het team lijkt in combinatie met de voorwaarden van invloed te zijn op de mate van Shared Governance. Zo lijkt een team van gemiddelde grootte van positieve invloed te zijn;
- Werkervaring: Een mix van werkervaring lijkt een positieve invloed te hebben op de mate van Shared Governance binnen een team. Jonge verpleegkundigen staan open voor veranderingen, terwijl de oudere verpleegkundigen de kennis en expertise hebben.

6.2 Antwoord centrale vraag

De centrale vraag van dit onderzoek luidt als volgt: ‘In hoeverre dragen de voorwaarden uit de literatuur daadwerkelijk bij aan de mate van Shared Governance binnen verpleegkundigen teams?’. Uit de resultaten blijkt op de afdeling Longgeneeskunde als enige sprake is van Shared Governance. Ook is op deze afdeling het beste gescoord op de aanwezigheid van de voorwaarden die volgens de literatuur noodzakelijk worden geacht om te komen tot Shared Governance. Wel dient in gedachte gehouden te worden dat de respons op deze afdeling aan de lage kant was en de spreiding van de antwoorden juist aan de hoge kant. Hierdoor kan met enige voorzichtigheid gesteld worden dat de voorwaarden uit de literatuur bij kunnen dragen aan de mate van Shared Governance binnen een team. Uit het antwoord op deelvraag vier blijkt dat door de verschillende casussen met elkaar te vergelijken, er aanwijzingen zijn voor mogelijke verklaringen voor de verschillen in de mate van Shared Governance binnen de teams. Dit geeft aanknopingspunten voor vervolgonderzoek naar Shared Governance.

6.3 Reflectie

Tijdens het raadplegen van de wetenschappelijke literatuur op het gebied van Shared Governance bleek dat er nog niet veel literatuur beschikbaar is over Shared Governance en dat dit vooral gericht is op onderzoeken waarbij Shared Governance de onafhankelijke variabele van het onderzoek is. Literatuur over Shared Governance als afhankelijke variabele is er niet of nauwelijks. Daarom is voor dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende theorieën en zijn uiteindelijk gecombineerd om een raamwerk te creëren voor Shared Governance binnen dit onderzoek. Op deze manier wordt geprobeerd aan de hand van dit onderzoek een bijdrage te leveren aan onderzoeken gericht op

Shared Governance. Door de beperkte omvang van een masterthesis zijn hier keuzes gemaakt moeten worden. Allereerst is het onderzoek verkleind door alleen op ‘zachte factoren’ te richten, die te maken hebben met de cultuur binnen een team. De voorwaarden die zijn opgesteld, zijn gebaseerd op de vier begrippen die het uitgangspunt vormen voor Shared Governance. Om het aantal variabelen behapbaar te houden, is ervoor gekozen om per begrip te gaan voor één verklarende variabele, met daaronder enkele voorwaarden. Dit zorgt ervoor dat het onderzoek niet te groot wordt, als nadeel kan echter genoemd worden dat het onderzoek op deze manier vrij beperkt blijft. Dit biedt aanknopingspunten voor vervolgonderzoek: door meer variabelen mee te nemen in het onderzoek en/of niet alleen te richten op zachte factoren, maar door ook onderzoek te doen naar de invloed van harde factoren, kan een uitgebreider beeld worden gevormd.

In het onderzoek zijn vijf casussen onderzocht en de resultaten zijn met elkaar vergeleken. Binnen ziekenhuis VieCuri is de keuze gevallen op standaard verpleegafdelingen, waarvan er acht zijn. De deelname aan het onderzoek was afhankelijk van de bereidheid van de verschillende afdelingen. Uiteindelijk hebben vijf afdelingen aangegeven bereid te zijn deel te nemen aan het onderzoek. Dat deze bereidheid aangegeven werd door de teamleider was duidelijk merkbaar bij het uitzetten van het onderzoek. Het vinden van voldoende respondenten voor de vragenlijsten en interviews onder de verpleegkundigen heeft veel werk, energie en moeite gekost. Op enkele afdelingen, zoals Longgeneeskunde was de respons op de vragenlijst aan de lage kant en was er spreiding in de antwoorden. Hier moet rekening mee worden gehouden in het interpreteren van de antwoorden en bij het doen van uitspraken over mogelijke verklaringen. Voor vervolgonderzoek is dit een kritisch punt waar rekening mee gehouden dient te worden. Het bleek een goede zet om naast de verpleegkundigen ook de teamleider te interviewen. Op sommige vlakken kwam duidelijk naar voren dat verpleegkundigen en teamleiders verschillende visies hadden. Ook het recente MTO (2017) heeft bijgedragen aan de validiteit van het onderzoek, omdat de verschillende stellingen in veel gevallen zorgden voor ondersteuning van de uitspraken van de respondenten uit de interviews. Een kritisch punt dat in de methoden naar voren komt, is dat zowel de operationalisatie als analyse van de dataverzameling aan interpretatie onderhevig zijn. Dit heeft invloed op de validiteit van het onderzoek. Dit is een risico bij kwalitatief onderzoek, dat niet helemaal voorkomen kan worden.

Het onderzoek heeft zich gericht op één ziekenhuis, waarbij vijf verschillende afdelingen geanalyseerd zijn. Uiteindelijk blijkt dat veel zaken ongeveer gelijk gaan op alle afdelingen, omdat het organisatiebreed zo gaat. Dit zorgt ervoor dat de resultaten in dit onderzoek beperkt zijn in het

ondersteunen van duidelijke uitspraken over mogelijke relaties en verklaringen. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden een vergelijking te maken tussen verschillende ziekenhuizen in plaats van verschillende afdelingen binnen één ziekenhuis. Daarnaast blijkt dat ondanks dat er gesproken wordt van ‘mate van Shared Governance’ er concretere uitspraken gedaan kan worden wanneer het gaat om de aanwezigheid of afwezigheid van Shared Governance op een afdeling. Deze interpretatie is in relatie van Shared Governance met de andere variabelen in de uiteindelijke conclusies dan ook gebruikt, hierbij was er binnen de afdeling Longgeneeskunde sprake van Shared Governance en binnen de andere vier afdelingen niet, hier zijn verder geen gradaties meer aan toegekend. Ook binnen de resultaten is er sprake van interpretatie, doordat aan de voorwaarden een waardering gehangen wordt, waarbij keuzes gemaakt dienden te worden voor een bepaalde waarde. Deze keuzes zijn wel zo veel mogelijk toegelicht geworden in het hoofdstuk resultaten. Zoals eerder al vermeld werd, is het wetenschappelijk niet verantwoord om concrete uitspraken te doen over relaties en verklaringen in dit onderzoek, vervolgonderzoek zou zorgen voor een aanvulling en wellicht mogelijkheden om wel concrete uitspraken te doen hierover.

Literatuurlijst

- Anthony, M.K. (2004). Shared Governance models: The Theory, Practice, and Evidence. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 9(1) p. 55-72.
- ArboVitale. (2012). *Verzuimpercentage*. Vinddatum: 2 september 2017, op <https://www.arbovitale.nl/werkgever/verzuimpercentage>.
- Ballard, N. (2010). Factors Associated With Success and Breakdown of Shared Governance. *The Journal of Nursing Administration*. 40(10) p. 411-416.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84(4) p. 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive view*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bates, V. (2004). Shared Governance in an integrative health care network. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*. 80(3) p. 494-514.
- Blagescu, M., Las Casas, L., de & Lloyd, R. (2005). *Pathways to Accountability: The GAP Framework*. London: One World Trust.
- Boerman, R. (2005). *Professionele autonomie in het onderwijs*. Vinddatum: 24 januari 2017, op: <http://www.simea.nl/vhz/artikelen/2005/2005-2-artikel2.pdf>.
- Bolman, L. & Deal, T. (1997). *Reframing organizations: Artistry, Choice and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment*. Utrecht: Movisie.
- Brehm, S.S. & Brehm, J.W. (1981). *Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control*. New York: Academic Press.

Brooks, B.A. (2004). Measuring the Impact of Shared Governance. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 9(1).

Burnhope, C. & Edmonstone, J. (2003). Feel the fear and do it anyway: The hard business of developing shared governance. *Journal of Nursing Management*. 24(4) p. 100-101.

Caramanica, L. (2004). Shared Governance: Hartford Hospital's Experience. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 9(1).

CBS. (2017). *Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken (SBI 2008) en bedrijfsgrootte*. Vinddatum 10 oktober 2017, op [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80072NED&D1=0&D2=0-6,11-14,18,20-25,27-29,34-35&D3=4,9,\(1-6\)-l&HD=120703-1034&HDR=T,G2&STB=G1](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80072NED&D1=0&D2=0-6,11-14,18,20-25,27-29,34-35&D3=4,9,(1-6)-l&HD=120703-1034&HDR=T,G2&STB=G1).

CC Zorgadviseurs. (no date). *Shared Governance: een reisgids voor ontwikkeling*. Venlo: VieCuri Medisch Centrum.

Conger, J. A. & Kanungo, R. N. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *The Academy of Management Review*. 13(3) p. 471-482.

Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*. 11(4) p. 227-268.

Delden, P., van. (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening: Ontwikkelingsverloop en resultaten*. Delft: Eburon.

Dommerholt, J. & Maas, G. (2014). Hocus pocus en toen was er... partnership. Vinddatum: 7 januari 2017, op <http://www.hospitalityconsultants.nl/assets/files/Artikelen/Hocus-pocus-en-toen-was-er-partnership.pdf>.

- Greenwood, E. (1966). The elements of professionalization. In H.M. Vollmer & D.L. Mills (Red.). *Professionalization*, p. 9-19. Englewood Cliff: Prentice Hall.
- Hackman, R. & Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*. 60(2) p. 159-170.
- Hage, J. & Aiken, M. (1967). Relationship of centralisation to other structural properties. *Administrative Science Quarterly*. 12(1) p. 72-92.
- Hell, M., van, Holwerda, T. & Cusveller, B. (2013). Van 'meetlast' naar eigenaarschap: verpleegkundige kwaliteitsindicatoren. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*. 4 p. 47-50.
- Hell-Cromwijk, M., van, Holwerda, T., Hoekstra, T. & Cusveller, B. (2014). Naar verpleegkundig eigenaarschap van kwaliteit. *Kwaliteit in de zorg*. 4 p. 24-26.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the Nature of Man*. Cleveland: World.
- Hess, R. (1995). Shared Governance: Nursing's 20th century tower of Babel. *Journal of Nursing Administration*. 25(5) p. 14-17.
- Hess, R. (2004). From bedside to boardroom: Nursing Shared Governance. *Online Journal of Issues in Nursing*. 9(1).
- Hess, R. (2011). Slicing and dicing shared governance in and around the numbers. *Nursing Administration Quarterly*. 25(3) p. 235-241.
- Holtzhausen, D. (2002). The effects of a divisionalised and decentralised organisational structure on a formal internal communication function in a South African organisation. *Journal of Communication Management*. 6(4) p. 323-339.
- Kanter, R.M. (1983). *The change masters*. New York: Simon & Schuster.
- Kanter, R.M. (1993). *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.

Kapteyn, B. (2001). *Organisatietheorie voor non-profit*. Houten/Diegem: Bohn Satfleu van Loghum.

Kuipers, B. & Reenen, G., van. (no date). *Presteren met Bezieling: Ontwikkelmodel voor resultaatgerichte teams*. Vinddatum: 18 augustus 2016, op http://www.septa.nl/pub/presteren_bezieling.pdf.

Lammers, C.J. (1967). Het ziekenhuis als kastemaatschappij. *Sociologische Gids*. 14(2) p. 67-85.

Lamoureux, J., Judkins-Cohn, T., Butao, R., McCue, V. & Carcia, F. (2014). Measuring perceptions of shared governance in clinical practice: psychometric testing of the RN-focused Index of Professional Governance (IPNG). *Journal of Research in Nursing* 19(1) p. 69-87.

Langevelde, W.S., van. (2011). *Het ondersteunen van intrinsieke motivatie voor ontwikkeling naar meesterschap in de wijkzorg*. Enschede: Universiteit Twente.

Langfield-Smith, K. (2008). The relations between transactional characteristics, trust and risk in the start-up phase of a collaborative alliance. *Management Accounting Research*. 19 p. 344-364.

Lee, P. (1999). Partnership: what does it mean today? *Journal of Child Health Care*. 3(4) p. 28-32.

Maas, M. & Jacox, A. (1977). *Guidelines for Nurse Autonomy/Patient Welfare*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Merton, R. (1960). The search for professional status. *American Journal of Nursing*. 60 p. 662-664.

Minnen, T.G., Berger, E., Ames, A., Dubree, M., Baker, W.L. & Spinella, J. (1993). Sustaining work design innovations through shared governance. *Journal of Nursing Administration*. 23(7/8) p. 35-40.

NVZ. (no date.). *JCI-accreditatie ziekenhuis*. Vinddatum 31 augustus 2017, op: <https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl/keurmerken/69/>.

O'May, F. & Buchan, J. (1999). Shared governance: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 36 p. 281-300.

Peeters, J.M., Verschuur, E.M.L., Veer, A.J.E., de. & Francke, A.L. (2008). *Ziekteverzuim van verpleegkundig en verzorgend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen: Een inventarisatie van oorzaken en beïnvloedende factoren*. Utrecht: Nivel.

Peppel, R. (2015). *Steeds meer aandacht voor Shared Governance in Nederland*. Vinddatum: 5 april 2016, op <http://cczorgadviseurs.nl/steeds-meer-aandacht-voor-shared-governance-in-nederland/>.

Porter-O'Grady, T. (1992). *Implementing shared governance: Creating a professional organization*. St Louis: Mosby-Yearbook, Inc.

Porter-O'Grady, T. (1995). [Letter to the editor]. *Journal of Nursing Administration*. 25 (7/8) p. 8-9.

Porter-O'Grady, T. (2001). Is shared governance still relevant? *Journal of Nursing Administration*. 31(10) p. 468-473.

Porter-O'Grady, T. (2003). Researching shared governance: A futility of focus. *Journal of Nursing Administration*. 33(4) p. 251-252.

Porter-O'Grady, T. (2006). Shared Governance and what it means to nursing. *Strategies for Nurse Managers*. 6(3) p. 1-12.

Regenmortel, T., van. (2002). Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. Empowerment and Tailored Care. A Powerful Psychological Approach of Poverty. (p. 71-84). In J. Vranken, K. de Boyser, D. Geldof & G. Van Menxel (Eds). *Armoede en Sociale Uitsluiting, Jaarboek 2002*. Leuven/Leusden: Acco.

Regenmortel, T., van. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en modern zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. 18(4) p. 22 – 42.

Reijniers, S.D. (2007). *De intrinsieke motivatie van medewerkers tijdens een intern opleidingstraject*. Enschede: Universiteit Twente.

Rondinelli, D.A. (1981). Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries. *International Review of Administrative Sciences*. 47(2) p. 133-145.

Royers, T. (2005). Omgaan met emoties: zorg voor eigen welzijn. In: *Emoties in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Savage, J. & Moore, L. (2004). *Interpreting accountability*. London: RCN Institute.

Seynaeve, K. & Janssens, M. (1999). *Werknemers als Stakeholders bij Directe Participatie: Rechtvaardigheids- of Zorgrelaties?* Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

Speet, M. & Francke, A.L. (2004). *Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk*. Utrecht: NIVEL.

Stoker, J. (1999). *Leidinggeven aan zelfsturende teams*. Assen: Van Gorcum.

Strikwerda, J. (2012). *Empowerment: hoe professionele ruimte te combineren met in control zijn*. Vinddatum: 14 januari 2017, op <http://www.sharedservicesbijdeoverheid.nl/wp-content/publicaties/3.governance/Empowerment%20van%20medewerkers%20%231.pdf>.

Swierstra, T. & Tonkens, E. (2011). *De schaduwzijde van de meritocratie: de respectsamenleving als ideaal*. Vinddatum: 28 maart 2017, op http://www.evelientonkens.nl/wp-content/uploads/2015/10/swierstra_tonkens_-_de_schaduwzijde_van_de_meritocratie.pdf.

Swihart, D. & Porter-O'Grady, T. (2006). *Shared Governance: A Practical Approach to*

Reshaping Professional Nursing Practice. Massachusetts: HCPro, Inc.

Tan, T.G. (2001). *Urgentie, leiderschap en kennisontwikkeling: verklaringen voor drie besluitvormingsronden over Schiphol tussen 1989 en 1991*: Amsterdam: University of Amsterdam.

Thiel, S., van (2010). *Bestuurskundig onderzoek*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Thompson, B., Hateley, P., Molloy, R., Fernandez, S., Low Madigan, A., Thrower, C. & Cain, A. (2004). A Journey, Not an Event – Implementation of Shared Governance in a NHS Trust. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 9(1).

Tompkins, J.R. (2005). *Organization Theory and Public Management*. Boston: Cengage Learning, Inc.

Tornabeni, J. & Fitzgerald Miller, J. (2008). The power of partnership to shape the future of nursing: the evolution of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*. 16 p. 608-613.

Turner, A.N. & Lawrence, P.R. (1965). *Industrial jobs and the worker: An investigation of response to task attributes*. Boston: Harvard University Graduate School of Business Administration.

Verzaal, H. (2002). *Empowerment in de jeugdzorg: onderzoek naar empowerment, bevorderend gedrag van hulpverleners*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

V&VN. (2017). Hallo? Hallo? Mag ik ook wat zeggen?: Politiek op de werkvloer. *V&VN Magazine*. 12(1) p. 6-9.

Vroemen, M. (1995). *Werken in teams: Samen denken en doen*. Deventer: Kluwer.

Wilson, C.K. (1989). Shared Governance: the challenge of change in the early phases of implementation. *Nursing Administration Quarterly*. 13(4) p. 29-33.

Wilson, E. (2013). *Evaluating Shared Governance For Nursing Excellence*. Las Vegas: University of Nevada.

Zimmerman, M.A. (2000) Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.). *Handbook of Community Psychology* (p. 43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

8. Bijlagen

- 8.1 Origineel IPNG-instrument
- 8.2 Aangepaste en vertaalde versie van het IPNG-instrument
- 8.3 Interviewguide verpleegkundigen
- 8.4 Interviewguide teamleiders
- 8.5 Overzicht respondenten

8.1 Origineel IPNG-instrument

PROFESSIONAL GOVERNANCE

Please provide the following information. The information you provide is IMPORTANT. Please be sure to complete ALL questions. Remember confidentiality will be maintained at all times.

Today's Date _____

1. Sex: ____Male ____Female
2. Age: _____
3. Please indicate BASIC nursing education preparation:
____Nursing Diploma ____Associate Degree in Nursing
____Baccalaureate Degree in Nursing
4. Please indicate the HIGHEST educational degree you have attained:
____Associate Degree in Nursing ____Master's Degree
____Baccalaureate Degree in Nursing ____Doctorate, Nursing
____Master's Degree in Nursing, Specialty ____Doctorate, Non-nursing
5. Employment Status:
____Full-time, 36-40 hours per week
____Part-time, less than 36 hours per week (specify number of hours/week): _____
6. Please specify the number of years that you have been practicing _____
7. Please indicate the title of your present position _____
8. Please indicate your clinical specialty:
____Case Management ____Maternity ____Psychiatry
____Clinic ____Medical/Surgical ____Quality Management
____Critical Care ____Operating Room ____Recovery Room
____Education ____Pediatrics ____Rehabilitation
____Emergency Room ____Other (specify): _____
9. Please specify the number of years you have worked in this organization _____
10. Please specify the number of years you have been in your present position _____
11. Have you received any specialty certifications from professional organizations?
____Yes ____No
Type of certification and year received: _____

- 12 Please rate your overall satisfaction with your professional practice within the organization (1 = lowest, 5 = highest): 1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that CONTROLS the following areas:

- 1 = Nursing management/administration only
2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input
3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration
4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input
5 = Staff nurses only

PART I

- | | |
|---|-----------|
| 1. Determining what nurses can do at the bedside | 1 2 3 4 5 |
| 2. Developing and evaluating policies, procedures and protocols related to patient care | 1 2 3 4 5 |
| 3. Establishing levels of qualifications for nursing positions. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Evaluating nursing personnel (performance appraisals and peer review) | 1 2 3 4 5 |
| 5. Determining activities of ancillary nursing personnel (assistants, technicians, secretaries) | 1 2 3 4 5 |
| 6. Conducting disciplinary action of nursing personnel | 1 2 3 4 5 |
| 7. Assessing and providing for the professional/educational development of the nursing staff | 1 2 3 4 5 |
| 8. Making hiring decisions about RNs and other nursing personnel | 1 2 3 4 5 |
| 9. Promoting RNs and other nursing personnel | 1 2 3 4 5 |
| 10. Appointing nursing personnel to management and leadership positions | 1 2 3 4 5 |
| 11. Selecting products used in nursing care | 1 2 3 4 5 |
| 12. Incorporating evidence-based practice into nursing care | 1 2 3 4 5 |
| 13. Determining models of nursing care delivery (e.g. primary, team) | 1 2 3 4 5 |

In your organization, please circle the group that INFLUENCES the following activities:

- 1 = Nursing management/administration only
2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input
3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration
4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input
5 = Staff nurses only

PART II

- | | |
|---|-----------|
| 14. Determining how many and what level of nursing staff is needed for routine patient care | 1 2 3 4 5 |
|---|-----------|

15. Adjusting staffing levels to meet fluctuations patient census and acuity	1 2 3 4 5
16. Making daily patient care assignments for nursing personnel	1 2 3 4 5
17. Monitoring and procuring supplies for nursing care and support functions	1 2 3 4 5
18. Regulating the flow of patient admissions, transfers, and discharges	1 2 3 4 5
19. Formulating annual unit budgets for personnel, supplies, equipment and education	1 2 3 4 5
20. Recommending nursing salaries, raises and benefits	1 2 3 4 5
21. Consulting and enlisting the support of nursing services outside of the unit (e.g. clinical experts such as psychiatric or wound care specialists, diabetic educators)	1 2 3 4 5
22. Consulting and enlisting the support of services outside of nursing (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance)	1 2 3 4 5
23. Making recommendations concerning other departments' resources	1 2 3 4 5
24. Determining cost-effective measures such as patient placement and referrals or supply management (e.g. placement of ventilator-dependent patients, early discharge of patients to home healthcare)	1 2 3 4 5
25. Recommending new services or specialties (e.g. gerontology, mental health, birthing centers)	1 2 3 4 5
26. Creating new clinical positions	1 2 3 4 5
27. Creating new administrative or support positions	1 2 3 4 5

According to the following indicators in your organization, please circle which group has OFFICIAL AUTHORITY (i.e., authority granted and recognized by the organization) over the following areas that control practice and influence the resources that support it:

1 = Nursing management/administration only

2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input

3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration

4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input

5 = Staff nurses only

PART III

28. Written policies and procedures that state what nurses can do related to direct patient care	1 2 3 4 5
29. Written patient care standard/protocols and quality assurance/improvement processes	1 2 3 4 5

30. Mandatory RN credentialing levels (licensure, education, certifications) for hiring, continued employment, promotions and raises	1 2 3 4 5
31. Written process for evaluating nursing personnel (performance appraisal and peer review)	1 2 3 4 5
32. Organizational charts that show job titles and who reports to whom	1 2 3 4 5
33. Written guidelines for disciplining nursing personnel	1 2 3 4 5
34. Annual requirements for continuing education and inservices	1 2 3 4 5
35. Procedures for hiring and transferring nursing personnel	1 2 3 4 5
36. Policies regulating promotion of nursing personnel to management and leadership positions	1 2 3 4 5
37. Procedures for generating schedules for RNs and other nursing staff	1 2 3 4 5
38. Acuity and/or patient classification systems for determining how many and what level of nursing staff is needed for routine patient care	1 2 3 4 5
39. Mechanisms for determining staffing levels when there are fluctuations in patient census and acuity	1 2 3 4 5
40. Procedures for determining daily patient care assignments	1 2 3 4 5
41. Daily methods for monitoring and obtaining supplies for nursing care and support functions	1 2 3 4 5
42. Procedures for controlling the flow of patient admissions, transfers and discharges	1 2 3 4 5
43. Process for recommending and formulating annual unit budgets for personnel, supplies, major equipment and education	1 2 3 4 5
44. Procedures for adjusting nursing salaries, raises and benefits	1 2 3 4 5
45. Formal mechanisms for consulting and enlisting the support of nursing services outside of the unit (e.g. clinical experts such as psychiatric or wound care specialists, diabetic educators)	1 2 3 4 5
46. Formal mechanisms for consulting and enlisting the support of services outside of nursing. (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance)	1 2 3 4 5
47. Procedure for restricting or limiting patient care (e.g. closing hospital beds, going on ER bypass)	1 2 3 4 5
48. Location, design and access to office space, staff lounges and charting areas	1 2 3 4 5
49. Access to office equipment (e.g. smart phones, computers and copy machines) and the Internet	1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that PARTICIPATES in the following activities:

1 = Nursing management/administration only

2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input

3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration

4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input

5 = Staff nurses only

PART IV

- | | |
|--|-----------|
| 50. Participation in unit committees for clinical practice | 1 2 3 4 5 |
| 51. Participation in unit committees for administrative matters,
such as staffing, scheduling and budgeting | 1 2 3 4 5 |
| 52. Participation in nursing departmental committees for clinical practice | 1 2 3 4 5 |
| 53. Participation in nursing departmental committees for administrative
matters such as staffing, scheduling, and budgeting | 1 2 3 4 5 |
| 54. Participation in interprofessional committees (physicians, other
healthcare professions and departments) for collaborative practice | 1 2 3 4 5 |
| 55. Participation in hospital administration committees for matters
such as employee benefits and strategic planning | 1 2 3 4 5 |
| 56. Forming new unit committees | 1 2 3 4 5 |
| 57. Forming new nursing departmental committees | 1 2 3 4 5 |
| 58. Forming new interprofessional committees | 1 2 3 4 5 |
| 59. Forming new administration committees for the organization | 1 2 3 4 5 |

In your organization, please circle the group that has ACCESS TO INFORMATION about the following activities:

1 = Nursing management/administration only

2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input

3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration

4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input

5 = Staff nurses only

PART V

- | | |
|---|-----------|
| 60. The quality of nursing practice in the organization | 1 2 3 4 5 |
| 61. Compliance of nursing practice with requirements of surveying agencies
(The Joint Commission, state and federal government, professional groups) | 1 2 3 4 5 |

62. Unit's projected budget and actual expenses	1 2 3 4 5
63. Organization's financial status	1 2 3 4 5
64. Unit and nursing departmental goals and objectives for this year	1 2 3 4 5
65. Organization's strategic plans for the next few years	1 2 3 4 5
66. Results of patient satisfaction surveys	1 2 3 4 5
67. Physician/nurse satisfaction with their collaborative practice	1 2 3 4 5
68. Current status of nurse turnover and vacancies in the organization	1 2 3 4 5
69. Nurses' satisfaction with their general practice	1 2 3 4 5
70. Nurses' satisfaction with their salaries and benefits	1 2 3 4 5
71. Management's opinion of the quality of bedside nursing practice	1 2 3 4 5
72. Physicians' opinion of the quality of bedside nursing practice	1 2 3 4 5
73. Nursing peers' opinion of the quality of bedside nursing practice	1 2 3 4 5
74. Access to resources supporting professional practice and development (e.g. online resources, CE activities, journals and books, library)	1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that has the ABILITY to:

1 = Nursing management/administration only

2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input

3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration

4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input

5 = Staff nurses only

PART VI

75. Negotiate solutions to conflicts among professional nurses	1 2 3 4 5
76. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and physicians	1 2 3 4 5
77. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and other healthcare services (respiratory, dietary, etc)	1 2 3 4 5
78. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and nursing management	1 2 3 4 5
79. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and the organization's administration.	1 2 3 4 5
80. Create a formal grievance procedure or a process for resolving internal disputes	1 2 3 4 5

- | | |
|---|-----------|
| 81. Write the goals and objectives of a nursing unit | 1 2 3 4 5 |
| 82. Write the philosophy, goals and objectives of your department. | 1 2 3 4 5 |
| 83. Formulate the mission, philosophy, goals, and objectives of the organization. | 1 2 3 4 5 |
| 84. Write policies and procedures for your work group | 1 2 3 4 5 |
| 85. Determine departmental policies and procedures | 1 2 3 4 5 |
| 86. Determine organization-wide policies and procedures | 1 2 3 4 5 |

8.2 Aangepaste en vertaalde versie IPNG-instrument

Deze vragenlijst is onderdeel van een onderzoek naar Shared Governance op verpleegafdelingen binnen VieCuri Medisch Centrum. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een masterstudent van de Radboud Universiteit Nijmegen.

De vragenlijst start eerst met een algemeen deel, daarna komt het specifieke deel van de vragenlijst aan bod, waarbij de thema's opgedeeld zijn in **zes blokken**:

1. Bepalen
2. Invloed hebben
3. Beslissen
4. Participeren
5. Mogelijkheid hebben
6. Toegang tot informatie hebben

Binnen deze blokken worden vragen gesteld over onderwerpen als personeel, informatie, middelen, participatie, praktijk en doelen. **Vergeet de vragen op de achterzijde van de pagina's niet in te vullen.**

Kruis bij elke vraag de doelgroep aan waarbij het binnen de afdeling van toepassing is. Het is de bedoeling dat je één antwoordmogelijkheid kiest. Hierbij kun je kiezen uit de volgende antwoordcategorieën: 1. Alleen het management 2. Voornamelijk het management met input van de verpleegkundigen. 3. Management en verpleegkundigen samen in gelijke mate 4. Voornamelijk de verpleegkundigen met input van het management. 5. Alleen de verpleegkundigen. Wanneer er gesproken wordt van *management*, gaat het hier over de leidinggevenden die boven de verpleegkundigen staan: de teamleiders, RvE- en de clustermanagers.

De vragenlijst ziet er uitgebreider en groter uit dan dat deze daadwerkelijk is. Het invullen van de vragenlijst kost **ongeveer 10 minuten**. Er wordt vertrouwelijk met je gegevens omgegaan en de resultaten worden anoniem verwerkt. Je gegevens komen niet herkenbaar terug in de rapportage van de resultaten.

Alvast hartelijk dank voor de medewerking.

Maud Engels

Algemeen onderdeel

1. Geslacht:

☐ Man

☐ Vrouw

2. Leeftijd:

3. Verpleegkundige opleiding:

☐ Niveau 4 (MBO)

☐ Niveau 5 (HBO)

☐ Inservice opleiding

☐ Anders, namelijk:

4. Heb je specialisatiecertificaten, zo ja, welke?

☐ Nee

☐ Ja, namelijk:

5. Dienstverband:

☐ Fulltime (36 uur per week)

☐ Parttime (< 36 uur per week), specifiek aantal uren per week:

6. Op welke verpleegafdeling werk je?

7. Hoeveel jaar werk je als verpleegkundige?

8. Hoeveel jaar werk je in VieCuri Medisch Centrum?

9. Naast deze vragenlijst wil ik graag focusgroep gesprekken houden binnen de afdeling. Dit houdt in dat ik enkele thema's wil bespreken in een groep van ongeveer 10 verpleegkundigen. Zou ik jou mogen benaderen voor deze focusgroepen?

☐ Ja, e-mailadres:

☐ Nee

1. Wie BEPAALT binnen VieCuri de volgende activiteiten:	Alleen het management	Voornamelijk het management met input van verpleegkundigen	Management en verpleegkundigen samen in gelijke mate	Voornamelijk verpleegkundigen met input van het management	Alleen de verpleegkundigen
Wie bepaalt wat verpleegkundigen doen aan het bed?					
Wie bepaalt wie het beheer heeft over de ontwikkeling en beoordeling van beleid, procedures en protocollen over patiëntenzorg?					
Wie bepaalt welk onderscheid er wordt gemaakt in de niveaus van bekwaamheid van verpleegkundigen? Bijvoorbeeld het onderscheid in de taken van niveau 4 en niveau 5 verpleegkundigen.					
Wie evalueert de verpleegkundigen, bijvoorbeeld door een jaargesprek?					
Wie bepaalt de activiteiten van het ondersteunend verpleegkundig personeel, zoals de assistenten en de secretaressen?					
Wie voert de maatregelen uit die zijn vastgesteld indien verpleegkundigen zich niet aan werkafspraken houden?					
Wie zorgt voor onderwijs en ontwikkelingsmogelijkheden voor verpleegkundigen?					
Wie neemt de beslissingen over het aannemen van verpleegkundigen en ander ondersteunend verpleegkundig personeel?					
Wie neemt beslissingen over de producten/materialen die verpleegkundigen gebruiken tijdens hun werk?					
Wie mag verpleegkundig personeel naar voren schuiven voor management- en leiderschapsfuncties?					

2. Wie heeft binnen VieCuri INVLOED de volgende activiteiten:	Alleen het management	Voornamelijk het management met input van verpleegkundigen	Management en verpleegkundigen samen in gelijke mate	Voornamelijk verpleegkundigen met input van het management	Alleen de verpleegkundigen
Wie heeft invloed op het aantal verpleegkundigen en hun niveau wat nodig is voor standaard patiëntenzorg?					
Wie heeft invloed op het aanpassen van de personeelsbezetting aan de zorgzwaarte van patiënten?					
Wie heeft invloed op het maken van de planning voor de dagelijkse patiëntenzorg en de daarbij behorende verdeling van de taken?					
Wie heeft invloed op het keuren en aanschaffen van de benodigdheden voor verpleegkundigen en ondersteunende functies?					
Wie heeft invloed op het vaststellen van de jaarlijkse afdelingsbudgetten voor het personeel, apparatuur en onderwijs/opleiding?					
Wie doet aanbevelingen over de salarissen, verhogingen en arbeidsvoorwaarden voor verpleegkundigen?					
Wie heeft invloed op het raadplegen en inroepen van hulp van diensten van buiten de afdeling? Bijvoorbeeld de apotheek of diëtist.					
Wie heeft er invloed op het nemen van maatregelen om effectief om te gaan met de kosten? Bijvoorbeeld vroegtijdig ontslag van patiënten.					
Wie heeft invloed op het creëren van nieuwe functies op een afdeling? Bijvoorbeeld klinische of administratieve functies.					
Wie heeft invloed op het regelen de stroom van patiëntopnames, -overdrachten en –ontslagen?					

3. Wie BESLIST binnen VieCuri de volgende activiteiten:	Alleen het management	Voornamelijk het management met input van verpleegkundigen	Management en verpleegkundigen samen in gelijke mate	Voornamelijk verpleegkundigen met input van het management	Alleen de verpleegkundigen
Wie beslist over het beleid en de procedures waar in staat beschreven wat verpleegkundigen wel en niet mogen doen op het gebied van directe patiëntenzorg?					
Wie beslist over de protocollen voor de patiëntenzorg en verbeterprocessen om de kwaliteit van de patiëntenzorg te waarborgen?					
Wie beslist over het beleid over de praktische zaken? Bijvoorbeeld het aannemen en overplaatsen van verpleegkundigen, werkgelegenheid, promotiemogelijkheden en salarisverhogingen.					
Wie beslist over het organogram? Dit laat zien wat de namen van de functies zijn en wie zich bij wie moet verantwoorden.					
Wie beslist over de afspraken waarin beschreven staat wat er gedaan moet worden wanneer verpleegkundigen zich niet aan de werkafspraken houden?					
Wie beslist over de eisen die gesteld worden aan onderwijs en ontwikkeling van verpleegkundigen?					
Wie beslist over de procedure om de zorgzwaarte van patiënten te meten om het aantal verpleegkundigen en het niveau van de verpleegkundigen vast te stellen voor de dagelijkse patiëntenzorg?					
Wie beslist over de methoden voor het vaststellen van de personeelsbezetting wanneer de zorgzwaarte van patiënten schommelt?					
Wie beslist over de dagelijkse methoden voor het controleren en het verkrijgen van benodigdheden (materialen etc.) voor de verpleegkundigen?					
Wie beslist over de procedures voor het controleren van de stroom van patiëntopnames, -overplaatsingen en -ontslagen?					
Wie beslist over de processen voor het maken van afdelingsbudgetten voor personeel, benodigdheden, groot materieel en onderwijs?					
Wie beslist over de procedures voor het raadplegen van en de hulp inroepen van diensten buiten de afdelingen? Bijvoorbeeld apotheek, financiën.					
Wie beslist over procedures voor het beperken van patiëntenzorg? Bijvoorbeeld het sluiten van bedden.					
Wie beslist over het toekennen van een bepaalde functie aan een locatie, de inrichting en wie daar binnen mag? Bijvoorbeeld een vergaderruimte.					
Wie beslist over wie er toegang heeft tot kantoorapparatuur (smartphones, computers, kopieerapparaten) en internet?					

4. Wie PARTICIPEERT binnen VieCuri in de volgende activiteiten:	Alleen het management	Voornamelijk het management met input van verpleegkundigen	Management en verpleegkundigen samen in gelijke mate	Voornamelijk verpleegkundigen met input van het management	Alleen de verpleegkundigen
Wie participeert in verpleegkundige afdelingscommissies voor de klinische praktijk?					
Wie participeert in verpleegkundige afdelingscommissies voor bestuurlijke zaken, zoals personeelsbeleid, planning en budgettering?					
Wie participeert in commissies voor verschillende beroepsgroepen over de samenwerkingspraktijk? Bijvoorbeeld met artsen.					
Wie participeert in bestuurlijke commissies voor VieCuri, over zaken als arbeidsvoorwaarden en strategische planning?					
Wie participeert in het vormen van nieuwe verpleegkundige afdelingscommissies?					
Wie participeert in het vormen van nieuwe commissies voor verschillende beroepsgroepen?					
Wie participeert in het vormen van nieuwe bestuurlijke commissies voor VieCuri?					

5. Wie heeft binnen VieCuri de MOGELIJKHEID bij de volgende activiteiten:	Alleen het management	Voornamelijk het management met input van verpleegkundigen	Management en verpleegkundigen samen in gelijke mate	Voornamelijk verpleegkundigen met input van het management	Alleen de verpleegkundigen
Wie heeft de mogelijkheid om te onderhandelen over oplossingen voor conflicten tussen verpleegkundigen?					
Wie heeft de mogelijkheid om te onderhandelen over oplossingen voor conflicten tussen verpleegkundigen en artsen?					
Wie heeft de mogelijkheid om te onderhandelen over oplossingen voor conflicten tussen verpleegkundigen en andere zorgdiensten. Bijvoorbeeld de apotheek of diëtist.					
Wie heeft de mogelijkheid om te onderhandelen over oplossingen voor conflicten tussen verpleegkundigen en het management van de afdeling?					
Wie heeft de mogelijkheid om te onderhandelen over oplossingen over conflicten tussen verpleegkundigen en het management van VieCuri?					
Wie heeft de mogelijkheid om een formele klachtenprocedure of een proces voor het oplossen van interne geschillen te creëren?					
Wie heeft de mogelijkheid om de visie en doelen van een verpleegafdeling te formuleren?					
Wie heeft de mogelijkheid om de missie, visie en doelen van VieCuri te formuleren?					
Wie heeft de mogelijkheid om te beslissen over beleid en procedures van de verpleegafdeling?					
Wie heeft de mogelijkheid om te beslissen over beleid en procedures van VieCuri?					

6. Wie heeft binnen VieCuri TOEGANG tot informatie over de volgende activiteiten:	Alleen het management	Voornamelijk het management met input van verpleegkundigen	Management en verpleegkundigen samen in gelijke mate	Voornamelijk verpleegkundigen met input van het management	Alleen de verpleegkundigen
Wie heeft toegang tot informatie over de kwaliteit van de verpleegkundige praktijk in VieCuri?					
Wie heeft toegang tot informatie over de naleving van de vereisten die gesteld worden aan de verpleegkundige praktijk volgens audits, accreditaties en inspectierapporten?					
Wie heeft toegang tot informatie over de begrote budgetten van afdelingen en de daadwerkelijke kosten?					
Wie heeft toegang tot informatie over de financiële status van VieCuri?					
Wie heeft toegang tot informatie over de verpleegkundige afdelingsdoelen voor dit jaar?					
Wie heeft toegang tot informatie over de strategische plannen van VieCuri voor de komende jaren?					
Wie heeft toegang tot informatie over de resultaten van patiënttevredenheidsonderzoeken?					
Wie heeft toegang tot informatie over de tevredenheid van artsen/verpleegkundigen over hun samenwerking?					
Wie heeft toegang tot informatie over de huidige status van verloop van en vacatures voor verpleegkundigen binnen VieCuri?					
Wie heeft toegang tot informatie over de tevredenheid van verpleegkundigen over de algemene beoefening van hun beroep?					
Wie heeft toegang tot informatie over de tevredenheid van verpleegkundigen over hun salaris en arbeidsvoorwaarden?					
Wie heeft toegang tot informatie over de mening van het management over de kwaliteit van de verpleegkundige praktijk aan het bed?					
Wie heeft toegang tot informatie over de mening van artsen over de kwaliteit van de verpleegkundige praktijk aan het bed?					
Wie heeft toegang tot informatie over de mening van collega-verpleegkundigen over de kwaliteit van de verpleegkundige praktijk aan het bed?					
Wie heeft toegang tot informatie over de toegang tot middelen voor het ondersteunen van de professionele praktijk en ontwikkeling? Bijvoorbeeld online bronnen, educatieve activiteiten, tijdschriften en boeken.					

8.3 Interviewguide verpleegkundigen

Introductie

- Reden van het interview
- Opname en het anoniem verwerken van resultaten
- Structuur: **Antwoord geven vanuit de gedachte van een werkdag op de afdeling**
- Vragen of er nog vragen of onduidelijkheden zijn

Deel 0: Algemeen

- Uit hoeveel personen bestaat jullie team?
- Wat is de man-vrouwverhouding binnen jullie team?

Deel 1: Empowerment van verpleegkundigen (= omgeving en uitdaging)

1. In welke situaties en over welke onderwerpen hebben jullie beslissingsbevoegdheid?
2. Is het mogelijk om je werk zelf in te delen?
 - a. Zo ja, in welke situaties?
3. Welke verwachtingen heeft de teamleider van jullie?
 - a. Wat vinden jullie hiervan?
4. Wat gebeurt er als er een fout gemaakt wordt?
 - a. Wie bespreken dat?
 - b. Wat zijn de consequenties?
5. Is jullie werk uitdagend?
 - a. Kunnen jullie daar een voorbeeld van geven?
6. Vinden jullie dat jullie bijleren en ontwikkelen?
 - a. Kunnen jullie daar een voorbeeld van geven?

Deel 2: Decentrale werkwijze binnen het team (=communicatie, veilige omgeving en bereidheid)

7. Hoe wordt ervoor gezorgd dat jullie allemaal op de hoogte zijn van de laatste stand van zaken op de afdeling?
8. Geven jullie elkaar feedback op werkzaamheden?
 - a. Hoe gebeurt dit?
 - b. Hoe wordt hierop gereageerd?
 - c. Kunnen jullie daar een voorbeeld van geven?

9. Hoe is de sfeer binnen jullie team?
10. Vertrouwen jullie elkaar?
 - a. Waarom wel of niet?
11. Durven jullie je mening over een onderwerp te geven binnen het team?
 - a. Waarom wel of niet?
12. Hebben jullie in je werkzaamheden hulp nodig van de teamleider?
 - a. Waarom wel of niet?
 - b. Kunnen jullie daar een voorbeeld van geven?
13. Bij welke onderwerpen en situaties worden jullie door de teamleider betrokken bij de besluitvorming?
14. Willen jullie hier betrokken bij worden?
 - a. Waarom wel of niet?

Deel 3: Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen (=autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie)

15. Hoe zorgen jullie dat jullie op de hoogte zijn van veranderingen op jullie afdeling?
16. Wat doen jullie wanneer jullie te maken krijgen met veranderingen op jullie afdeling?
17. Voelen jullie je prettig in jullie team?
 - a. Waarom wel of niet?
18. Hebben jullie een hecht team?
 - a. Waarom wel of niet?
19. Hoe zijn de relaties tussen de verpleegkundigen onderling in jullie team?
20. Zijn jullie werkzaamheden noodzakelijk?
 - a. Zijn er ook werkzaamheden die jullie wel/niet als noodzakelijk ervaren?
 - b. Waarom zijn deze wel/niet noodzakelijk?
 - a. Kunnen jullie hier een voorbeeld van geven?

Deel 4: Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team (=transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten)

21. Kunnen jullie zien wie welke werkzaamheden heeft uitgevoerd?
 - a. Kunnen jullie hier een voorbeeld van geven?
22. Kunnen jullie zien hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd zijn?
 - a. Kunnen jullie hier een voorbeeld van geven?

23. Wat doen jullie als jullie tijdens jullie werkzaamheden te maken krijgen met een probleem?
- a. Kunnen jullie daar een voorbeeld van geven?
24. Bij welke onderwerpen en in welke situaties vraagt de teamleider jullie om advies?
25. Evalueren jullie elkaars werkzaamheden op een dag?
- a. Waarom wel of niet?
26. Wat doen jullie als iemand een actie niet uitgevoerd heeft, waarvan diegene zei dat hij/zij dat wel zou doen?
27. Wat doen jullie wanneer jullie te maken krijgen met kritiek of een klacht over een actie of handeling die je uitgevoerd hebt?
- a. Hebben jullie hier een voorbeeld van?

Afsluiting

- Bedanken voor de tijd
- Nog vragen?
- Uitleggen wat met interviews gebeurt

8.4 Interviewguide teamleiders

Introductie

- Reden van het interview
- Opname en het anoniem verwerken van resultaten
- Structuur: **Antwoord geven vanuit de gedachte van een werkdag op de afdeling**
- Vragen of er nog vragen of onduidelijkheden zijn

Deel 0: Algemeen

- Hoe lang werk je in deze functie?
- Kun je toelichten welke taken je hebt als teamleider?
- Grootte van het team en man-vrouwverhouding

Deel 1: Empowerment van verpleegkundigen (= omgeving en uitdaging)

1. In welke situaties en over welke onderwerpen hebben verpleegkundigen beslissingsbevoegdheid?
2. Is het mogelijk voor verpleegkundigen om het werk zelf in te delen?
3. Welke verwachtingen heb jij van de verpleegkundigen?
4. Wat gebeurt er als er een fout gemaakt wordt door verpleegkundigen?
 - a. Wie bespreken dat?
 - b. Wat zijn de consequenties?

Deel 2: Decentrale werkwijze binnen het team (=communicatie, veilige omgeving en bereidheid)

5. Hoe wordt ervoor gezorgd dat de verpleegkundigen allemaal op de hoogte zijn van de laatste stand van zaken op de afdeling?
6. Geven verpleegkundigen elkaar feedback?
 - a. Hoe gebeurt dit?
 - b. Hoe wordt hier op gereageerd?
 - c. Kun je hier een voorbeeld van geven?
7. Hoe is de sfeer binnen het team?
8. Durven verpleegkundigen hun mening over een onderwerp te geven binnen het team?
 - a. Zo ja, waar blijkt dit uit?

9. Vragen verpleegkundigen in hun werkzaamheden hulp aan jou als teamleider?
- a. Zo ja, in welke situaties?
10. Bij welke onderwerpen en situaties betrek jij de verpleegkundigen bij de besluitvorming?
11. Staan de verpleegkundigen hiervoor open?
- a. Kun je daar een voorbeeld van geven?

Deel 3: Intrinsieke motivatie van verpleegkundigen (=autonomie, competentie, verbondenheid en relevantie)

12. Hoe wordt ervoor gezorgd dat de verpleegkundigen op de hoogte zijn van veranderingen op de afdeling?
13. Wat doen verpleegkundigen wanneer ze te maken krijgen met veranderingen op de afdeling?
14. Hebben jullie een hecht team?
- a. Waarom wel of niet?
15. Hoe zijn de relaties tussen de verpleegkundigen onderling in jullie team?
16. Ervaren de verpleegkundigen hun werkzaamheden als noodzakelijk?
- a. Zijn er ook werkzaamheden die wel/niet als noodzakelijk ervaren worden?
 - b. Waarom wel/niet?
 - c. Kun je daar een voorbeeld van geven?

Deel 4: Proactief en reactief omgaan met situaties binnen het team (=transparantie, participatie, evaluatie en omgaan met klachten)

17. Is het zichtbaar wie welke werkzaamheden heeft uitgevoerd?
- a. Kun je hier een voorbeeld van geven?
18. Is het zichtbaar hoe en waar werkzaamheden uitgevoerd zijn?
- a. Kun je hier een voorbeeld van geven?
19. Wat doen verpleegkundigen wanneer ze tijdens hun werkzaamheden te maken krijgen met een probleem?
- a. Kun je daar een voorbeeld van geven?
20. Bij welke onderwerpen en in welke situaties vraag jij de verpleegkundigen om advies?
21. Worden de werkzaamheden van de verpleegkundigen op een dag geëvalueerd?
- a. Waarom wel of niet?
22. Wat wordt er gedaan wanneer iemand een actie niet uitgevoerd heeft, waarvan diegene zei

dat hij/zij dat wel zou doen?

21. Wat gebeurt er wanneer verpleegkundigen te maken krijgen met kritiek of een klacht over een actie of handeling die ze uitgevoerd hebben?

a. Kun je daar een voorbeeld van geven?

Afsluiting

- Bedanken voor het interview
- Nog vragen
- Uitleggen wat met het interview gebeurt

8.5 Overzicht respondenten

In onderstaande tabel zijn de respondenten weergegeven van de vijf verpleegafdelingen. Ter bescherming van de respondenten is gekozen voor een anonieme verwijzing in dit verslag.

Functie	Verwijzing in analyse	Datum interview
Teamleider Maag Darm Lever	TL.1	14 juli 2017
Teamleider Longgeneeskunde	TL.2	13 juli 2017
Teamleider Cardiologie	TL.3	10 augustus 2017
Teamleider Chirurgie	TL.4	26 juli 2017
Teamleider Urologie	TL.5	12 juli 2017
Verpleegkundige Maag Darm Lever	Vpk.1A	21 juli 2017
Verpleegkundige Maag Darm Lever	Vpk.1B	27 juli 2017
Verpleegkundige Maag Darm Lever	Vpk.1C	9 augustus 2017
Verpleegkundige Longgeneeskunde	Vpk.2A	19 juli 2017
Verpleegkundige Longgeneeskunde	Vpk.2B	20 juli 2017
Verpleegkundige Longgeneeskunde	Vpk.2C	21 juli 2017
Verpleegkundige Cardiologie	Vpk.3A	13 juli 2017
Verpleegkundige Cardiologie	Vpk.3B	17 juli 2017
Verpleegkundige Cardiologie	Vpk.3C	19 juli 2017
Verpleegkundige Chirurgie	Vpk.4A	10 juli 2017
Verpleegkundige Chirurgie	Vpk.4B	18 juli 2017
Verpleegkundige Chirurgie	Vpk.4C	18 juli 2017
Verpleegkundige Urologie	Vpk.5A	11 juli 2017
Verpleegkundige Urologie	Vpk.5B	11 juli 2017
Verpleegkundige Urologie	Vpk.5C	11 juli 2017