

## Vitale functies van vakmanschap monitoren

De invloed van continue monitoring op vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen



Marijke Berendijk

Studentnummer: s1030869

Radboud Universiteit Nijmegen

Faculteit der Managementwetenschappen

Opleiding Bestuurskunde

Master thesis

Inleverdatum: 14 oktober 2020

G. Blom MSc

# Voorwoord

Voor u ligt een scriptie over de invloed van continue monitoring op het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Voor deze scriptie is onderzoek gedaan naar de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen, waarna het effect van continue monitoring op de kenmerken is onderzocht. Continue monitoring betreft een technologische toepassing welke verpleegkundigen op afdelingen binnen het Radboudumc ondersteunt bij het meten van de vitale functies (de bloeddruk, hartslag, temperatuur, ademhalingsfrequentie en zuurstofopname) van de patiënt.

Voordat ik begon aan de (pre-) master Bestuurskunde heb ik met veel toewijding de hbo-opleiding tot verpleegkundige gevolgd. Ik was onder de indruk van de motivatie en het harde werk van de verpleegkundigen die iedere dag de patiënten in het ziekenhuis verzorgen. Het viel mij echter op tijdens het schrijven van eerdere opdrachten voor de opleiding Bestuurskunde dat er weinig literatuur bestaat over de waarden die verpleegkundigen nastreven in het werk. Hierin zag ik een kans voor mijn masterscriptie. Tijdens de zoektocht naar een stage en onderwerp voor mijn scriptie kwam ik in contact met Wilco Brinkman. Via hem kwam ik in aanraking met de toepassing van continue monitoring in het Radboudumc en kwam het idee voor het onderwerp van mijn scriptie samen.

Deze scriptie is geschreven voor beleidsmakers, opleiders in het algemeen en specifiek voor medewerkers van afdelingen die met continue monitoring werken of dit overwegen te doen in de toekomst. De scriptie geeft beleidsmakers en opleiders inzicht in de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundige. Door gebruik te maken van deze kenmerken kunnen zij de invloed van het beleid op het vakmanschap van verpleegkundigen meten. Het eventuele effect kunnen zij vervolgens mee wegen bij de keuzes die zij maken.

De COVID-19 crisis heeft het uitvoeren van de interviews en afnemen van de vragenlijsten bemoeilijkt. Gelukkig waren 50 verpleegkundigen via mijn netwerk bereid om te helpen door het invullen en verspreiden van de vragenlijst. Daarnaast hebben Wilco Brinkman (promovendus vakmanschap), prof. dr. Harry van Goor (hoogleraar chirurgieonderwijs Radboud universiteit) en dr. Bas Bredie (internist Radboudumc) geholpen met het verspreiden van de vragenlijsten binnen het Radboudumc, waarvoor ik ze hartelijk wil voor danken.

Tot slot wil ik Sabina Stiller en Rutger Blom bedanken voor de fijne begeleiding vanuit de Radboud Universiteit. Door hun feedback werd mijn scriptie beter. Daarnaast wil ik Wilco Brinkman bedanken voor de fijne gesprekken over de resultaten en de hulp bij het benaderen van verpleegkundigen voor de interviews en vragenlijsten.

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn scriptie!

Marijke Berendijk

Nijmegen, 9 september 2020

# Samenvatting

De invoering van continue monitoring in het Radboudumc heeft de vraag doen rijzen wat de invloed hiervan is op de onderliggende waarden van ziekenhuisverpleegkundigen. Dit wordt onderzocht aan de hand van het begrip vakmanschap. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de manier waarop de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen veranderen onder invloed van continue monitoring, teneinde organisaties in de ziekenhuissector inzicht te geven in de gevolgen van het invoeren van technologie op verpleegafdelingen voor het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Hiervoor is de volgende vraagstelling opgesteld: *Welk verschil bestaat er tussen de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen die niet werken met continue monitoring en ziekenhuisverpleegkundigen die wel werken met continue monitoring?*

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is een combinatie van exploratief en verklarend onderzoek uitgevoerd. In het exploratieve deel is gebruik gemaakt van mixed-methods onderzoek om de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen in kaart te brengen. Hierbij zijn allereerst tien interviews uitgevoerd waarna 127 vragenlijsten zijn afgenomen bij ziekenhuisverpleegkundigen. Vervolgens zijn in het verklarende onderzoek statistische analyses uitgevoerd op de verkregen data uit de verkregen vragenlijsten.

Uit het exploratieve onderdeel van het onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen de volgende definitie geven aan vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen: *Vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen betekent dat een verpleegkundige de best mogelijke kwaliteit van zorg levert, waarbij sprake is van extra-role performance.* Daarnaast blijkt vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen uit twee factoren te bestaan: *Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt* en *Volwaardige zorgverlening*, met twaalf onderliggende kenmerken. Uit het verklarende deel van het onderzoek blijkt dat continue monitoring enkel effect had op de kenmerken: *Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten* en *Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.* De kans dat verpleegkundigen die met continue monitoring werken dit als kenmerk zien van vakmanschap is groter dan bij verpleegkundigen die er niet mee werken. Daarmee blijkt het verschil tussen de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen gering.

Op basis hiervan wordt aan beleidsmakers aanbevolen om de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen in beleid te waarborgen zodat verpleegkundigen de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg kunnen bieden. Daarnaast wordt aanbevolen om vervolgonderzoek uit te voeren naar de invloed van continue monitoring op de mate van vakmanschap. Zodat organisaties in de ziekenhuissector meer inzicht krijgen in de gevolgen van het invoeren van technologie op verpleegafdelingen voor vakmanschap.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b> .....	<b>1</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Aanleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Probleemstelling</b> .....	<b>7</b>
1.2.1 Doelstelling .....	7
1.2.2 Vraagstelling.....	7
1.2.3 Deelvragen.....	8
<b>1.3 Voorbeschouwing theoretisch kader</b> .....	<b>9</b>
<b>1.4 Voorbeschouwing methodologisch kader</b> .....	<b>9</b>
<b>1.5 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie</b> .....	<b>10</b>
1.5.1 Maatschappelijke relevantie.....	10
1.5.2 Wetenschappelijke relevantie .....	11
<b>1.6 Leeswijzer</b> .....	<b>12</b>
<b>2 Theoretisch kader</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Definitie van vakmanschap</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Kenmerken van vakmanschap</b> .....	<b>14</b>
2.2.1 Schematische weergave kenmerken vakmanschap.....	15
2.2.2 Beroepsgebonden kenmerken.....	15
2.2.3 Persoonsgebonden kenmerken.....	19
<b>2.3 Professional en vakmanschap</b> .....	<b>23</b>
<b>2.4 Invloed van technologie op beroepen</b> .....	<b>25</b>
<b>3 Methodologisch kader</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 Onderzoeksstrategie</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2 Methoden van dataverzameling</b> .....	<b>29</b>
3.2.1 Kwalitatieve data verzameling .....	29
3.2.2 Kwantitatieve data verzameling.....	31
<b>3.3 Selectie databronnen</b> .....	<b>33</b>
3.3.1 Literatuur .....	33
3.3.2 Interviews .....	34
3.3.3 Vragenlijsten.....	35
<b>3.4 Operationalisering</b> .....	<b>36</b>
<b>3.5 Data-analyse</b> .....	<b>37</b>
3.5.1. Analyse data interviews.....	37

3.5.2. Analyse data vragenlijsten .....	38
<b>3.6 Kwaliteit van onderzoek</b> .....	<b>40</b>
3.6.1 Validiteit.....	40
3.6.2 Betrouwbaarheid.....	41
<b>4 Resultaten</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1 Resultaten deelvraag 2</b> .....	<b>43</b>
4.1.1 Definitie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen .....	43
4.1.2 Beroepsgebonden kenmerken. ....	44
4.1.3 Persoonsgebonden kenmerken.....	45
4.1.4 Visuele weergave van kenmerken van vakmanschap volgens de interviews.....	53
4.1.5 Factoranalyse kenmerken van vakmanschap.....	53
4.1.6 Samenvatting.....	58
<b>4.2 Resultaten deelvraag 3</b> .....	<b>59</b>
4.2.1 Factor: Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt.....	59
4.2.2 Factor: Volwaardige zorgverlening .....	60
4.2.3 Kenmerken van vakmanschap .....	61
4.2.4 Samenvatting.....	64
<b>5 Conclusie</b> .....	<b>65</b>
<b>5.1 Conclusie</b> .....	<b>65</b>
<b>5.2 Discussie</b> .....	<b>67</b>
5.2.1 Reflectie theorie .....	67
5.2.2 Beperkingen.....	70
5.2.3 Praktische implicaties.....	73
5.2.4 Suggesties voor vervolgonderzoek.....	74
<b>Bibliografie</b> .....	<b>76</b>
<b>Bijlage 1: Interviewhandboek</b> .....	<b>81</b>
<b>Bijlage 2: Vragenlijst</b> .....	<b>85</b>
<b>Bijlage 3: Frequentieverdelingen controlevariabelen</b> .....	<b>88</b>
<b>Bijlage 4: Codeboek</b> .....	<b>91</b>
<b>Bijlage 5: Variantie items</b> .....	<b>94</b>
<b>Bijlage 6: Factorladingen voor verwijdering van items</b> .....	<b>95</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In de gezondheidszorg wordt technologie op verschillende manieren ingezet bij het ondersteunen van zorgmedewerkers en patiënten (Wouters, 2018; Sociaal-Economische Raad, 2019). Technologie kan worden ingezet als aanvulling op de spierkracht of de denkkraft van mensen. In dit onderzoek ligt de focus op technologie die de denkkraft van mensen ondersteunt, wat door Brynjolfsson en Macafee (2014) 'second machine age technology' wordt genoemd. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van domotica in de zorg. Zorgdomotica omvat de toepassing van sensoren en communicatietechnologie rondom de patiënt waarmee de veiligheid van de patiënt gewaarborgd kan worden, zonder dat de zorgverlener ten alle tijden fysiek aanwezig is bij de patiënt (Hilbers-Modderman & De Bruin, 2013). Een andere toepassing van 'second machine age technology' in de zorg, is technologie die gebruik maakt van 'big data'. Met het gebruik van big data wordt in dit onderzoek bedoeld dat er vanuit grote data sets verbanden worden gedestilleerd, waardoor voorspellingen kunnen worden gedaan. Big data kan onder andere worden gebruikt bij het vroegtijdig opsporen van ziektes en om patiënten sneller en minder ingrijpend te behandelen (Chen, Hao, Hwang, Wang & Wang, 2017; Sociaal-Economische Raad, 2019). Een voorbeeld van het gebruik van domotica en big data in de gezondheidszorg is de invoering van continue monitoring van patiënten binnen een aantal afdelingen in het Radboudumc.

Continue monitoring houdt in dat de vitale functies van een patiënt op een verpleegafdeling met behulp van een polsband, een *wearable*, 24 uur per dag kunnen worden gemonitord (Weenk, 2019). De vitale functies van een patiënt die gemeten worden bestaan uit: de bloeddruk, hartslag, temperatuur, ademhalingsfrequentie en zuurstofopname. Naast het continue meten van deze vitale functies is de *wearable* gekoppeld aan 'voorspellende software'. Deze software kent de patiënt een cijfer toe: de zogeheten 'vital risk score'. Deze score geeft ziekenhuisverpleegkundigen<sup>1</sup> en artsen inzicht in de ontwikkelingen rondom de medische situatie van de patiënt. Hierdoor kan een verpleegkundige of arts, als gevolg van de verbeterde informatiepositie, sneller starten met een behandeling dan voorheen (Weenk, 2019).

Voorafgaand aan de invoering van continue monitoring werden de vitale functies drie keer per etmaal handmatig gemeten door verpleegkundigen. Aan de hand van deze informatie

---

<sup>1</sup> Dit onderzoek richt zich enkel op verpleegkundigen die werkzaam zijn in het ziekenhuis aangezien continue monitoring op dit moment enkel in de ziekenhuisomgeving wordt ingezet. Voor de leesbaarheid wordt soms de term 'verpleegkundigen' gebruikt. Hier is dus sprake van ziekenhuisverpleegkundigen.

maakten zij vervolgens een inschatting van de medische situatie van de patiënt en schakelden zo nodig een arts in om een passende behandeling te kunnen starten (Weenk, 2019).

Het is de vraag welke gevolgen continue monitoring heeft voor verpleegkundigen. In dit onderzoek wordt dit onderzocht aan de hand van het begrip vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Uit eerder onderzoek blijkt dat continue monitoring naar verwachting zowel positieve als negatieve gevolgen met zich mee voor verpleegkundigen (Weenk, 2019). Zo verwachten verpleegkundigen enerzijds tijd te besparen doordat de vitale functies niet meer handmatig gemeten hoeven te worden. De overgebleven tijd kunnen ze gebruiken om aandacht te besteden aan activiteiten waar eerder niet genoeg tijd voor was, zoals bijvoorbeeld het voeren van gesprekken met patiënten. Door middel van deze gesprekken kan meer aandacht besteed worden aan mogelijke psychosociale klachten van de patiënt (Weenk, 2019). Anderzijds gaf een verpleegkundige, tijdens een interview voor een ander onderzoek, aan dat het werk minder interessant wordt als gevolg van continue monitoring: *“Het beoordelen van de medische situatie van de patiënt vind ik leuk aan mijn werk. Door continue monitoring wordt dit deel van mijn werk minder interessant en er gaat er een deel van onze kennis verloren”* (Verpleegkundige, persoonlijke communicatie, 23 oktober 2019). Deze verpleegkundige gaf aan dat zij, als gevolg van de invoering van continue monitoring, wellicht zou stoppen met het werk als verpleegkundige aangezien zij het werk niet meer leuk vindt wanneer het niet meer interessant is. Bovenstaande wekt de indruk dat continue monitoring invloed heeft op zowel de motivatie als de persoonlijke waarden van verpleegkundigen.

Verder kan het gebruik van continue monitoring in de zorg een verhoging van stress en complexiteit in het werk veroorzaken. Zorgprofessionals hebben namelijk andere competenties nodig om te kunnen werken met nieuwe technologie omdat ICT-vaardigheden belangrijker worden bij de bediening van technologie (Sociaal-Economische Raad, 2019). De toepassing van bepaalde zorgtechnologie vergt een hoge mate van nauwkeurigheid wat voor een hogere druk op de zorgprofessionals kan zorgen (Sociaal-Economische Raad, 2019). Dit is ook het geval bij continue monitoring aangezien het aansluiten van de technologie op de patiënt van groot belang is voor het verkrijgen van nauwkeurige metingen (Weenk, 2019). Het veranderen van de benodigde kennis en de noodzaak tot nauwkeurige toepassing van deze technologie zou daarnaast effect kunnen hebben op (bij)scholing en ontwikkeling van verpleegkundigen. Wellicht raken verpleegkundigen meer doordrongen van de noodzaak van (bij)scholing door het gebruik van continue monitoring en wordt de motivatie hiervoor vergroot omdat ICT-vaardigheden belangrijker worden (Sociaal- Economische Raad, 2019). Hieruit kan de indruk ontstaan dat continue monitoring invloed heeft op de kennis en ICT-vaardigheden van verpleegkundigen.

Bovenstaande roept de vraag op in hoeverre de motivatie, waarden en de benodigde kennis en vaardigheden van verpleegkundigen binnen ziekenhuizen veranderen, wanneer zij gebruik gaan maken van continue monitoring. Deze vraag staat centraal in dit onderzoek. Het gaat hierbij niet om het proces van verandering maar om de inhoud van wat verpleegkundigen belangrijk vinden bij het goed uitoefenen van hun vak. Om invulling te geven aan de motivatie, waarden, en benodigde kennis en vaardigheden van ziekenhuisverpleegkundigen kan het begrip 'professional' gebruikt worden. Echter zijn er verschillende argumenten te benoemen voor de ongeschiktheid van dit begrip bij het centrale vraagstuk van dit onderzoek. Als alternatief voor professional wordt het begrip vakmanschap gebruikt, wat het theoretisch kader verder wordt toegelicht.

In de bestuurskundige literatuur met betrekking tot 'human resource' (HR) bestaat een verscheidenheid aan theorieën over vakmanschap. Echter, is nog niet eerder geschreven over vakmanschap in relatie tot verpleegkundigen. Daarom is het van belang om dit begrip te verduidelijken en te onderzoeken, voordat uitspraken worden gedaan over de vraag in hoeverre het vakmanschap van verpleegkundigen verandert onder invloed van continue monitoring. Het gaat hierbij niet over de mate van vakmanschap maar over de invulling die verpleegkundigen geven aan het begrip vakmanschap.

## **1.2 Probleemstelling**

### **1.2.1 Doelstelling**

In dit onderzoek wordt getracht inzicht te verkrijgen in de manier waarop de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen veranderen onder invloed van continue monitoring, teneinde organisaties in de ziekenhuissector inzicht te geven in de gevolgen van het invoeren van technologie op verpleegafdelingen voor het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

### **1.2.2 Vraagstelling**

Om bovenstaande doelstelling te behalen zal exploratief onderzoek worden gedaan in combinatie met verklarend onderzoek. Allereerst wordt door middel van exploratief onderzoek onderzocht wat vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen inhoudt. Er is gekozen voor exploratief onderzoek omdat het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen nog niet eerder is onderzocht. Vervolgens wordt door middel van verklarend onderzoek in kaart gebracht op welke manier de kenmerken van vakmanschap van de ziekenhuisverpleegkundigen veranderen onder invloed van continue monitoring. Aan de doelstelling wordt de volgende vraagstelling verbonden:

Welk verschil bestaat er tussen de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen die niet werken met continue monitoring en ziekenhuisverpleegkundigen die wel werken met continue monitoring?

Om deze vraagstelling te kunnen beantwoorden zijn onderstaande deelvragen opgesteld.

### 1.2.3 Deelvragen

#### **Exploratief onderzoek**

1. Uit welke kenmerken bestaat het theoretisch concept vakmanschap volgens de literatuur?

Door middel van deze deelvraag wordt inzicht verkregen in de kenmerken van algemeen vakmanschap. Deze deelvraag is beantwoord door middel van bestuurskundige HR, rechtswetenschappelijke, onderwijskundige, geneeskundige en sociologische literatuur met betrekking tot vakmanschap in het algemeen en vakmanschap binnen specifieke beroepen.

2. Uit welke kenmerken bestaat vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen volgens ziekenhuisverpleegkundigen?

Voor de beantwoording van deze deelvraag zijn tien interviews uitgevoerd met verpleegkundigen om erachter te komen welke kenmerken van vakmanschap verpleegkundigen onderscheiden. Door middel van een vragenlijst is vervolgens in kaart gebracht of de gevonden kenmerken worden erkend door een grotere groep verpleegkundigen. Daarna is de verkregen data door middel een statistische exploratieve factoranalyse getoetst, om zo tot een overzicht te komen van de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

#### **Verklarend onderzoek**

3. Heeft het werken met continue monitoring effect op de kenmerken van vakmanschap die door ziekenhuisverpleegkundigen worden erkend?

Voor de beantwoording van deze deelvraag is een vragenlijst afgenomen (dezelfde als voor de beantwoording van deelvraag 2), met daarin de kenmerken van vakmanschap die zijn voortgekomen uit de interviews. Deze vragenlijsten zijn afgenomen bij 127 ziekenhuisverpleegkundigen die werkzaam zijn in het Radboudumc en binnen het netwerk van de onderzoeker. 69 verpleegkundigen hadden ervaring met het werken met continue monitoring en 58 hadden hier geen ervaring mee. Door middel van een regressieanalyse is het effect van het werken met continue monitoring op welke kenmerken van vakmanschap worden erkend door verpleegkundigen vastgesteld.

### **1.3 Voorbeschouwing theoretisch kader**

In het theoretisch kader wordt allereerst betoogt waarom voor het begrip vakmanschap is gekozen voor de bestudering van het vraagstuk in dit onderzoek. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de definities van vakmanschap die zijn gevonden in de bestuurskundige HR literatuur. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de definities van Klein (1998), Jenks (1956), Fry (2003), MacIntyre (1994) en Sennett (2008). Vanuit deze definities wordt een nieuwe definitie van het begrip vakmanschap samengesteld waarbij gebruik wordt gemaakt van de verschillende componenten die zijn beschreven door deze auteurs. Vervolgens worden de algemene kenmerken van vakmanschap beschreven aan de hand van de verdeling die Brinkman (2020) maakt: beroepsgebonden kenmerken en persoonsgebonden kenmerken. Voor de beschrijving van de kenmerken is bestuurskundige HR literatuur gebruikt van onder andere Brinkman (2020), Jenks (1956), Fry (2003), Sennett (2008), Susskind & Susskind (2017), Looije (2016) en MacIntyre (1994). Hierbij worden inzichten uit de beroepspraktijk en literatuur over het verpleegkundig beroep gebruikt. Tot slot wordt de relatie tussen vakmanschap en technologie beschreven en wordt de manier waarop het gebruik van continue monitoring de kenmerken van vakmanschap kunnen beïnvloeden beschreven en wordt een hypothese geformuleerd aan de hand van het werk van Bruining, 2013, Peters & Jansen, 2011, Braverman, 1974, Susskind & Susskind (2017) en Salanova, Llorens & Cifre (2013).

### **1.4 Voorbeschouwing methodologisch kader**

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een enquête als onderzoeksstrategie. Deze strategie is passend omdat er in dit onderzoek sprake is van relatief veel verschillende variabelen en er veel informatie verkregen wordt over de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen (Van Thiel, 2013). Hierbij is gebruik gemaakt van exploratief 'mixed methods' onderzoek en verklarend onderzoek. Het eerste deel van dit onderzoek betreft exploratief mixed methods onderzoek. Het doel hiervan is om inzicht te verkrijgen in de kenmerken van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen. Om dit doel te bereiken is eerst kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van tien interviews, welke zijn afgenomen bij ziekenhuisverpleegkundigen. Daarmee werd inzicht verkregen in de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Vervolgens is kwantitatief onderzoek uitgevoerd door middel van een vragenlijst. Er zijn 127 vragenlijsten ingevuld door ziekenhuisverpleegkundigen binnen het Radboudumc en binnen het eigen netwerk van de onderzoeker. Met deze vragenlijst is nagegaan of de kenmerken van vakmanschap door het merendeel van ziekenhuisverpleegkundigen worden gedragen, wat bijdraagt bij aan de generaliseerbaarheid van de resultaten van het onderzoek.

De vragenlijst is ook gebruikt voor het tweede deel van het onderzoek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verklarend onderzoek. Door middel van een statistische regressieanalyse is vervolgens inzicht verkregen in de verschillen in kenmerken van vakmanschap tussen verpleegkundigen die werkzaam zijn op een afdeling waarbij wel en waarbij geen gebruik wordt gemaakt van continue monitoring. Door deze combinatie van onderzoeksmethoden is getracht inzicht te verkrijgen in de invloed van technologie in de zorg op de kenmerken van vakmanschap bij verpleegkundigen.

## **1.5 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie**

### **1.5.1 Maatschappelijke relevantie**

Als gevolg van de invoering van continue monitoring is onderzoek gedaan naar het effect op de dagelijkse taken van verpleegkundigen, zoals bijvoorbeeld de gevolgen voor werkdruk en taakuitvoering (Weenk, 2019). Echter, heeft er geen onderzoek plaatsgevonden naar de effecten van continue monitoring op de onderliggende waarden in het werk van verpleegkundigen. Zo kunnen verpleegkundigen door de invoering van continue monitoring het gevoel krijgen dat zij essentiële taken, die het werk uitdagend maken, kwijtraken, ook kan het zijn dat zij patiëntencontact missen (Weenk, 2019; Verpleegkundige, persoonlijke communicatie, 23 oktober 2019). Dit zou ertoe kunnen leiden dat deze onderliggende waarden met de invoering van continue monitoring in het geding komen. Het begrip vakmanschap omvat de waarden van werknemers (Sennett, 2008). De aantasting van deze waarden kan ervoor zorgen dat verpleegkundigen minder gemotiveerd zijn. Daardoor kunnen zij signalen van bijvoorbeeld de achteruitgang van een patiënt over het hoofd zien waardoor de kwaliteit van het werk in het geding komt. In het geval van verpleegkundigen kan dit ertoe leiden dat de kwaliteit van de zorg aangetast wordt. Als gevolg hiervan zullen wellicht verpleegkundigen stoppen met het werk omdat zij er niet meer de voldoening uit halen die ze zoeken. Op dit moment (2020) bestaat er een groot tekort aan verpleegkundigen. Er dreigt in 2022 een tekort te ontstaan van 100 tot 125 duizend medewerkers (Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Als verpleegkundigen uitstromen als gevolg van de aantasting van het vakmanschap zal dit tekort nog verder oplopen. Door de invloed van continue monitoring op vakmanschap in kaart te brengen kan deze invloed in overweging genomen worden bij het invoeren van innovaties door organisaties in de ziekenhuissector, waarmee de uitstroom van verpleegkundigen wellicht kan worden voorkomen.

Verder verschaft dit onderzoek inzicht in de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Door middel van deze kenmerken kunnen organisaties in de ziekenhuissector de invloed van (technologische) innovaties op het vakmanschap van de verpleegkundigen onderzoeken. Daarmee wordt het mogelijk voor beleidsmakers en managers om (technologische) innovaties in te voeren waarin het vakmanschap van de

verpleegkundige wordt gewaarborgd. Daardoor kan de kwaliteit van zorg worden gewaarborgd en de uitstroming van verpleegkundigen worden beperkt.

### 1.5.2 Wetenschappelijke relevantie

In de bestuurskundige HR literatuur bestaat, naast literatuur over professionals, een verscheidenheid aan literatuur over vakmanschap. Er is echter nog geen specifieke definitie gegeven van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. De definitie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen welke voortkomt uit dit onderzoek draagt daarmee bij aan een verrijking van de kennis over vakmanschap binnen de bestuurskundige HR en verpleegkunde literatuur. Daarnaast wordt een enquête over vakmanschap ontworpen en toegepast om de kenmerken van vakmanschap meetbaar te maken, wat tevens bijdraagt aan de kennis over vakmanschap. Dit is nog niet eerder op deze manier gedaan. Door middel van de definitie en de enquête, met daarin de kenmerken van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen, kunnen wetenschappers onderzoek doen naar de invloed van technologieën en andere veranderingen op vakmanschap. Er wordt verwacht dat steeds meer gebruik gemaakt gaat worden van technologische toepassingen in de zorg (De Veer & Francke, 2009). Dat maakt dat er naar verwachting vaker technologische innovaties worden geïmplementeerd op afdelingen in het ziekenhuis, waardoor het van belang is dat de invloed hiervan op het vakmanschap van verpleegkundigen wordt bestudeerd en onderzocht.

Daarnaast draagt dit onderzoek bij aan de kennis over de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Dit onderzoek kan als uitgangspunt gebruikt worden voor vervolgonderzoek naar hoe de kenmerken van vakmanschap bevorderd kunnen worden, hoe het vakmanschap tot stand komt en welke factoren invloed hebben op het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

Vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundige is nog niet eerder concreet beschreven. Het vermoeden is dat vakmanschap de kwaliteit van het werk verbetert. Daarom wordt het begrip in dit onderzoek geoperationaliseerd. Dit draagt bij aan het verkrijgen van inzicht in welke factoren ervoor zorgen dat verpleegkundigen hun werk goed kunnen doen. Door inzicht te krijgen in wat iemand een vakman maakt, kunnen de effecten van veranderingen in een organisatie op het vakmanschap en daarmee de mogelijkheden om goed werk te leveren, onderzocht worden. Deze kennis kan bijvoorbeeld van belang zijn tijdens crisissituaties zoals COVID-19 pandemie. Doordat de kenmerken van vakmanschap bekend zijn kan onderzocht worden of een crisissituatie een bedreiging vormt voor het vakmanschap en welke kenmerken de verpleegkundigen kunnen helpen in crisissituaties. Deze kennis kan vervolgens worden ingezet om de verpleegkundigen weerbaarder te maken in volgende crisissituaties.

## **1.6 Leeswijzer**

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer, waarin per hoofdstuk op de belangrijkste onderdelen wordt ingegaan. In hoofdstuk twee zal het theoretisch kader uiteen gezet worden. Aan de hand van bestuurskundige HR literatuur wordt een definitie van vakmanschap gegeven, worden verschillende kenmerken van vakmanschap omschreven en wordt de invloed van technologie op het werk van mensen besproken. In hoofdstuk drie zal de methodologie van het onderzoek behandeld worden, waar zal worden ingegaan op het ontwerp van het onderzoek en de betrouwbaarheid en validiteit hiervan. Vervolgens worden in hoofdstuk vier de onderzoeksresultaten besproken. Hierop volgend zal in hoofdstuk vijf een conclusie met de belangrijkste bevindingen uiteengezet worden. Op basis van de resultaten wordt een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag. Afsluitend wordt gereflecteerd op de onderzoeksresultaten en worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

## 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt in het kader van het exploratieve deel van dit onderzoek met behulp van onder andere bestuurskundige HR literatuur over vakmanschap een antwoord op de eerste deelvraag geformuleerd. Daarvoor wordt allereerst een definitie gegeven van vakmanschap in het algemeen. Vervolgens worden verschillende kenmerken van vakmanschap beschreven en of dit kenmerk ook aanwezig is bij ziekenhuisverpleegkundigen. De paragraaf wordt afgesloten met een visuele weergave van de verschillende kenmerken van vakmanschap volgens de bestuurskundige HR literatuur. Daarna wordt betoogd waarom voor het begrip vakmanschap is gekozen in plaats van professional, voor de bestudering van het vraagstuk in dit onderzoek. Afsluitend wordt, voor het verklarende onderdeel van het onderzoek, beschreven wat de invloed van technologie is op vakmanschap, hoe het gebruik van continue monitoring effect zou kunnen hebben op de kenmerken van vakmanschap en wordt een hypothese geformuleerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van sociologische en bestuurskundige HR literatuur.

### 2.1 Definitie van vakmanschap

In deze paragraaf worden verschillende definities van vakmanschap behandeld en wordt vanuit de overeenkomstige onderdelen een definitie geformuleerd.

In de wetenschappelijke literatuur wordt meestal geen concrete definitie gegeven van vakmanschap. Wanneer er een definitie wordt gegeven, wordt aan de hand van de kenmerken van vakmanschap in de context van een beroepsgroep, een omschrijving gegeven. Voor dit onderzoek is een heldere definitie van vakmanschap nodig zodat effecten op vakmanschap inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Een definitie is opgenomen wanneer deze expliciet en uitgebreid beschreven werd door de auteur(s) en de kenmerken niet specifiek werden toegepast op één beroepsgroep. Uiteindelijk zijn vijf definities van vakmanschap zijn geselecteerd uit bestuurskundige HR (MacIntyre, 1994; Fry, 2003), rechtswetenschappelijke (Jenks, 1956) en sociologische (Sennet, 2008; Klein, 1998) literatuur over vakmanschap.

Een eerste definitie is die van Klein (1998). Deze auteur ziet vakmanschap als een ideaal van de vakman. Vakmanschap is het streven naar kwaliteit of excellentie van het geleverde product of de dienst. Daarbij zijn trots, voldoening en waardigheid door zelfontwikkeling drijfveren van de vakman.

Volgens Jenks (1956) is een goede opleiding de basis van vakmanschap. Na de opleiding wordt het belangrijk om vaardig te worden in het gebruik van de middelen van het desbetreffende vak. Het is daarbij belangrijk dat de werknemer het vak voor langere tijd uitvoert. Dan pas heeft die persoon de praktische vaardigheden echt onder de knie. Het duurt namelijk een tijd voordat iemand genoeg ervaring heeft om alle afzonderlijke aspecten van het

vak gezien en beoefend te hebben. Fry (2003) ziet eveneens een belangrijke rol voor de vaardigheden van de vakman. Vakmanschap is volgens hem een competentie van een werknemer. MacIntyre (1994) gaat hier verder op in: hij geeft aan dat vakmanschap meer is dan het resultaat van het werk. Het gaat erom dat de vakman niet enkel een goed product aflevert maar in het proces ook zijn eigen vakmanschap verbetert. Vakmanschap is volgens hem de gedrevenheid om de eigen vaardigheden continue te verbeteren.

Tot slot is vakmanschap volgens Sennett (2008) de wil om goed werk te leveren omwille van het werk. Hij geeft daarbij aan dat vakmanschap een kwaliteit is die sterk in de persoon verankerd is. Vakmensen hebben niet alleen waarden van hun beroepsgroep maar ontwikkelen hierbij ook eigen waarden. De vakman bepaalt vooral zelf wat de kwaliteit van zijn werk inhoudt. De vakman moet daarbij intrinsiek gemotiveerd zijn om de kwaliteit van het werk te verbeteren.

Een gemeenschappelijk kenmerk van bovenstaande definities is dat vakmanschap gaat over mensen gaat die bepaald werk uitvoeren. Het begrip vakmanschap wordt in de spreektaal vaak gebruikt om uitoefenaars van handwerk te beschrijven. De genoemde definities laten echter zien dat vakmanschap zowel gaat over handwerk als over werk waarbij kennis centraal staat. Zo schrijft Jenks (1956) over juristen en schrijft MacIntyre (1994) over vissers, boeren, architecten en bouwvakkers, toch benomen beide auteurs kenmerken van vakmanschap. Wat centraal staat is dat het belangrijk is om kwaliteit te leveren en dat de vakman vooral zelf bepaalt wat deze kwaliteit inhoudt (Sennett, 2008). Jenks (1956) geeft daarnaast aan dat een opleiding een belangrijke stap is in de richting van vakmanschap maar dat de kwaliteit van het product daarna verder moet worden ontwikkeld in de praktijk. Ook intrinsieke motivatie lijkt een belangrijke component te zijn in deze definities van vakmanschap welke vooral zichtbaar wordt in de definitie van Sennett en MacIntyre.

Samenvattend is vanuit bovenstaande definities een algemene definitie van vakmanschap geformuleerd: *Vakmanschap gaat over mensen die werken. De uiteindelijke kwaliteit van het product wordt bepaald door het werk in de praktijk waarbij de werknemer intrinsiek gemotiveerd is om een hoge kwaliteit te behalen.*

## **2.2 Kenmerken van vakmanschap**

Om uitspraken te kunnen doen over het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen is meer nodig dan enkel een algemene definitie van vakmanschap. In deze paragraaf worden kenmerken van algemeen vakmanschap beschreven. Daarmee wordt in deze paragraaf een antwoord geformuleerd op de eerste deelvraag:

Uit welke kenmerken bestaat het theoretisch concept vakmanschap volgens bestuurskundige HR, rechtswetenschappelijke, onderwijskundige, geneeskundige en sociologische literatuur?

Brinkman (2020) onderscheidt op basis van een literatuurstudie verschillende componenten van vakmanschap: beroepsgebonden kenmerken en persoonsgebonden kenmerken. De kenmerken in deze paragraaf dienen als basis voor de interviews die afgenomen worden bij verpleegkundigen, om daarmee de kenmerken van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen vast te stellen.

Allereerst wordt een schematisch overzicht gegeven van de algemene kenmerken van vakmanschap, hierop volgend worden deze kenmerken verder uitgewerkt.

### 2.2.1 Schematische weergave kenmerken vakmanschap

In tabel 1 worden de kenmerken van vakmanschap, welke zijn gevonden in de literatuur, weergegeven.

<b>Tabel 1</b>	
<i>Kenmerken vakmanschap</i>	
<b>Beroepsgebonden kenmerken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinatie van kennis en handelingsvaardigheden.</li> <li>• Complexiteit en kennisintensiteit.</li> <li>• Gespecialiseerde scholing is noodzakelijk.</li> <li>• Ruimte voor ontwikkeling en opbouw van kennis en ervaring.</li> <li>• Belang van onbewuste kennis (<i>tacit knowledge</i>) voor uitoefening van beroep.</li> <li>• Ruimte voor oordeelsvorming om in verschillende complexe situaties een aanpak te kiezen.</li> </ul>
<b>Persoonsgebonden kenmerken</b>	<p><i>Attitude</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethische oriëntatie die voortkomt uit bewust zijn van kennisasymmetrie.</li> <li>• Bevlogenheid.</li> </ul> <p><i>Vaardigheden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taken worden uitgevoerd volgens beroepsstandaarden.</li> <li>• Beoordeelt voortdurend eigen handelen en werk, en toetst dit handelen bij de organisatie en collega's.</li> <li>• Bovengeslacht maken van kwaliteit aan financiële doelstellingen.</li> <li>• Raadplegen van verschillende informatiebronnen.</li> <li>• Gaat een op vertrouwen gebaseerde relatie met de klant aan.</li> </ul>

### 2.2.2 Beroepsgebonden kenmerken

Volgens Brinkman (2020) is onder andere de aard van het beroep bepalend voor het vakmanschap. Brinkman onderscheidt zeven verschillende kenmerken van beroepen waarbij kan worden gesproken over vakmanschap. Onderstaand wordt beargumenteerd dat deze in theorie ook een kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen kunnen zijn.

#### *Kenmerk 1: Combinatie van kennis en vaardigheden*

Met dit kenmerk wordt bedoeld dat er bij een werknemer zowel sprake moet zijn van praktijk- en theoretische kennis als van vaardigheden waar praktijkkennis en rol in speelt. Met vaardigheden wordt de wijze van het handelen van de werknemer bedoeld. Volgens Petit en

Rözer (2017) kan er bij volledig geautomatiseerde processen geen sprake zijn van vakmanschap. Er wordt namelijk geen denkwerk of beslissingen van de werknemer gevraagd, daardoor is de werknemer inwisselbaar voor ieder ander en kan er geen sprake zijn van vakmanschap. Susskind & Susskind (2017) bespreken dit onderwerp in de context van de professionals. Zij beschrijven dat professionals speciale kennis hebben die niet-professionals niet hebben. Het gaat hierbij niet alleen om theoretische kennis maar ook om praktijkkennis. Het werk van een professional gaat verder dan alleen veel weten, het gaat ook over het hebben van bepaalde vaardigheden die nodig zijn om het werk uit te voeren, waarbij praktijkkennis een rol speelt. De aanwezigheid van zowel kennis als handelingsvaardigheden wordt eveneens beschreven door Jenks (1956), Fry (2003) en Sennett (2008). Volgens Sennett (2008) is er bij vakmanschap zowel kennis als vaardigheid vereist waartussen een wisselwerking plaatsvindt.

In de functieomschrijving van verpleegkundigen staat ook dat er sprake moet zijn van kennis van de organisatie, van het menselijk lichaam en van verplegen. Daarnaast wordt beschreven dat verpleegkundigen complexe verpleeg- en medisch technische handelingen moeten kunnen uitvoeren, zoals injecteren en katheteriseren. Ook moeten zij over goede communicatieve vaardigheden beschikken (Pluryn, 2016; Geerts & van 't Zelfde, 2015). De verpleeg- en medisch technische handelingen en communicatieve vaardigheden betreffen handelingsvaardigheden. Het is voor de verpleegkundigen belangrijk om te weten over welke kennis en vaardigheden zij niet beschikken en dit gebrek oplossen. Op die manier kan de patiënt ervan uitgaan dat deze in goede handen is en blijft de kwaliteit van de zorgverlening op peil (V&VN et al., 2015)

### *Kenmerk 2: Complexiteit*

Volgens Petit (2017) en Petit en Rözer (2017) is complexiteit en een bepaalde moeilijkheidsgraad, waar een goede kennisbasis voor nodig is, een kenmerk van vakmanschap. Complexiteit ontstaat wanneer er sprake is van veel autonomie, variatie van het werk en er aandacht vereist is (Petit & Rözer, 2017). Er kan volgens hen geen sprake zijn van vakmanschap wanneer men eenvoudig werk uitvoert. Looije (2016) geeft aan dat het vermogen om vooruit te denken een kenmerk van vakmanschap is aangezien er sprake is van complexiteit in het werk.

In het werk van de verpleegkundige is eveneens sprake van complexiteit. Deze complexiteit is onder andere te herkennen in de uiteenlopende taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundige tijdens het verlenen van de zorg. Een verpleegkundige is niet alleen verantwoordelijk voor het verlenen van verpleegkundige en geprotocolleerde medische zorg, maar ook voor het coördineren van de verpleegkundige zorgverlening en het bevorderen van de kwaliteit van de verpleegkundige en/of medische zorg.

Dit betekent dat de verpleegkundige met meer bezig moet zijn dan alleen de zorg voor de patiënt, wat het werk van de verpleegkundige complex kan maken. Een deel van het werk van de verpleegkundige is gestuurd volgens protocollen, echter is er ook sprake van niet planbare zorg. De situatie van een patiënt kan namelijk onaangekondigd veranderen, daar moeten verpleegkundigen zelfstandig op kunnen reageren, wat blijkt geeft van autonomie. Ook moeten verpleegkundigen alert zijn op veranderende situaties (Pluryn, 2016). Petit en Rözer (2017) geven aan dat er bij een verpleegkundige sprake is van breed vakmanschap aangezien er volgens hen ook sprake is van veel autonomie, variatie en aandacht. Daarnaast is er sprake van een brede focus, resulterend in breed vakmanschap.

#### *Kenmerk 4: Scholing*

Het vierde kenmerk dat wordt beschreven door Brinkman (2020) is dat gespecialiseerde scholing noodzakelijk is. Turkenburg (2014) zegt hierover dat als er voor bepaald werk geen opleiding, training of oefening nodig is dat er dan geen sprake kan zijn van vakmanschap. Volgens Sennet (2008) begint vakmanschap als een lichamelijke oefening met het, in het Duits, ontwikkelen van een 'fingerspitzengefühl'. Dit betekent dus dat vakmanschap voor een groot deel wordt ontwikkeld in de praktijk. De specifieke kennis die nodig is voor het verkrijgen van vakmanschap wordt meestal opgedaan binnen een 'formele' opleiding (Petit & Rözer, 2017).

Iedere verpleegkundige moet zijn ingeschreven in het BIG register, anders mag deze geen verpleegtechnische handelingen uitvoeren, zoals bijvoorbeeld injecteren. Verpleegkundigen kunnen zich enkel registreren wanneer deze een vierjarige opleiding hebben afgerond op mbo- of hbo niveau. Het lopen van stage, het opdoen van praktijkervaring, is altijd onderdeel van deze opleiding. De aanwezigheid van de opleiding van verpleegkundigen wordt in dit onderzoek daarom als een gegeven beschouwd. Een verpleegkundige mag volgens de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)* het beroep niet uitoefenen zonder een opleiding te hebben afgerond tot verpleegkundige (1993, § 8, artikel 32). Daarnaast vindt er iedere vijf jaar een herregistratie plaats, waarbij de verpleegkundige moet kunnen aantonen dat deze zijn of haar kennis op peil heeft gehouden door middel van scholing wanneer hij of zij niet kan aantonen dat er voldoende werkervaring is opgedaan in voorgaande jaren (Rijksoverheid, z.d.).

#### *Kenmerk 5: Ontwikkeling kennis en ervaring*

Verder is de aanwezigheid van ruimte voor ontwikkeling en opbouw van kennis en ervaring is ook een kenmerk van vakmanschap. De gedrevenheid om zichzelf te blijven ontwikkelen was zichtbaar in de beschrijving van de definities in de vorige paragraaf, het ontwikkelen van kennis

en het opdoen van ervaring zorgt ervoor dat de kwaliteit van het product vergroot kan worden. Zowel Sennett (2008) als MacIntyre (1994) beschrijven dit als een kenmerk van vakmanschap.

Eén van de kerntaken van verpleegkundigen is het bevorderen van de kwaliteit van verpleegkundige- en medische zorg. Taken die hieronder vallen zijn: deelname aan kwaliteitsprojecten, het doen van voorstellen ter verbetering, het coachen van collega's en het verzorgen van kennisoverdracht met betrekking tot het vakgebied. Dit zijn voorwaarden waaronder verpleegkundigen hun kennis kunnen opbouwen en ervaring kunnen opdoen (Pluryn, 2016). Het volgen van scholing, waarbij sprake is van het verbeteren van de kennis, is daarnaast, zoals eerder omschreven, verplicht door de vereisten voor de BIG registratie (Rijksoverheid, z.d.).

#### *Kenmerk 6: Tacit knowledge*

Bourdieu (1990 in Bruining, 2013) geeft aan dat er bij vakmanschap sprake is van de zogeheten 'logica van de praktijk'. Deze logica wordt enkel begrepen door de vakman en deze heeft hij of zij nodig om beroepsmatig te kunnen handelen. Tacit knowledge is onbewuste kennis die 'in het hoofd' zit en daardoor moeilijk overdraagbaar en te begrijpen is voor mensen die deze kennis niet hebben. Deze kennis is zeer persoonlijk en is diep geworteld in handelingen. Vaak is tacit knowledge gekoppeld aan een beroep (Nonka, 2007). Van der Laan (2006) noemt tacit knowledge 'belichaming' of het 'in de vingers hebben' van het vak. De vakman is daarbij zelf het instrument van het handelen.

Tacit knowledge speelt ook een aanzienlijke rol in de zorg die verpleegkundigen verlenen. Het gaat hierbij om het beoordelen van de medische situatie van de patiënt en bij de omgang en het communiceren met patiënten (Patel, Arocha & Kaufman, 1999). Binnen het verpleegkundig beroep wordt de aanwezigheid van onbewuste kennis in een situatie ook wel een 'niet pluis gevoel' of 'onderbuik gevoel' genoemd.

#### *Kenmerk 7: Eigen oordeelsvorming*

Het laatste algemene kenmerk van vakmanschap betreft de aanwezigheid van ruimte voor oordeelsvorming om in complexe situaties een passende aanpak te kiezen. 't Hart (2014) zegt hierover dat bij afwezigheid van vrijheid in oordeelsvorming en handelen er geen sprake kan zijn van vakmanschap, er moet sprake zijn van autonomie. Onder autonomie wordt de vrijheid verstaan die werknemers hebben om discretionaire en bindende beslissingen te nemen, in overeenstemming met het vakgebied van diegene, en daarbij de vrijheid te hebben om naar deze beslissingen te handelen (Batey & Lewis 1982).

Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij zorg verlenen volgens een actuele richtlijn, echter kan in sommige gevallen een andere aanpak beter zijn. Verpleegkundigen mogen dan afwijken van de standaard zorg als dat voor patiënten de beste uitkomst geeft (Schuurmans,

Lambregts & Grotendorst, 2012). Daarnaast moeten verpleegkundigen in staat zijn om inhoudelijke problemen op verpleegkundig gebied zelfstandig op te lossen. Ook wordt vindingrijkheid verwacht van de verpleegkundige voor het oplossen van knelpunten in de zorgverlening (Pluryn, 2016). Een voorbeeld hiervan zou het oplossen van overlappende behandelingen van de patiënt die ervoor zorgen dat deze niet voldoende rust krijgt, kunnen zijn.

Nu de beroepsgebonden kenmerken en de link naar het verpleegkundig beroep zijn beschreven wordt nu verder ingegaan op de persoonsgebonden kenmerken.

### 2.2.3 Persoonsgebonden kenmerken

Vakmanschap wordt niet alleen bepaald door de aard van het beroep maar ook door kenmerken van de persoon (Geurts, 2011). De persoonsgebonden kenmerken kunnen volgens Brinkman (2020) worden opgesplitst in attitude en vaardigheden van de werknemer en zullen aan de hand van deze indeling worden beschreven.

#### **Attitude**

##### *Kenmerk 8: Ethische oriëntatie*

Volgens Brinkman (2020) moet er bij vakmanschap sprake zijn van een ethische oriëntatie die voortkomt uit een bewustzijn van kennisasymmetrie. Volgens Susskind en Susskind (2017) bestaat er kennis asymmetrie tussen de professional en de klant. Die heeft namelijk specialistische kennis waar een klant niet over beschikt.

Verpleegkundigen beschikken over medische (specifieke) kennis en kennis over verplegen van mensen, waar een patiënt niet over beschikt (Pluryn, 2016). Daarmee is er bij verpleegkundigen en patiënten ook sprake van kennisasymmetrie. Om ervoor te zorgen dat de patiënt zo min mogelijk last heeft van de kennisasymmetrie is het van belang dat de verpleegkundige ethische beslissingen neemt in de behandeling en daarbij geen misbruik maakt van de afhankelijkheidsrelatie (Brinkman, 2020). De specialistische kennis wordt echter steeds meer beschikbaar voor patiënten door de komst van internet. Zo kunnen patiënten zelf informatie vinden over symptomen en behandelingen op het internet zonder de tussenkomst van een professional (Susskind & Susskind, 2017). Toch zal deze kennisasymmetrie blijven bestaan wanneer een patiënt in het ziekenhuis ligt. Daar heeft de verpleegkundige meer informatie over de specifieke medische situatie van de patiënt dan deze zelf heeft. Het is daarom belangrijk voor de verpleegkundige om zich in te leven in de situatie van de patiënt waardoor deze het belang van de patiënt voor ogen houdt (Looije, 2016).

### *Kenmerk 9: Bevlogenheid*

Het kenmerk bevlogenheid heeft te maken met de motivatie van de werknemer. Klein (1998) beschrijft dat vakmanschap betekent dat het werk voldoening geeft, wat bij zou kunnen dragen aan de motivatie om werk te blijven doen. Looije (2016) geeft aan dat de gedrevenheid tot dat bovenmatig presteren een kenmerk is van vakmanschap waarbij sprake lijkt te zijn van een grote intrinsieke motivatie van een vakman. Hall noemt als kenmerk van vakmanschap dat de werknemer zijn werk als roeping ervaart. Brinkman (2020) vertaalt dat naar dat een werknemer bereid is zijn werk te blijven doen, ook als daar op enig moment een minder grote extrinsieke beloning tegenover staat. Dit zou bevlogenheid genoemd kunnen worden. Bevlogenheid bestaat volgens Schaufeli & Bakker (2001) uit vitaliteit, toewijding en absorptie. Vitaliteit betekend dat werknemers beschikken over veel energie, veerkracht en doorzettingsvermogen. Toewijding wordt gekenmerkt door enthousiasme, inspiratie, trots, aangaan van uitdaging en voldoening van werknemers. Absorptie wordt gekenmerkt door opgaan in het werk, niet meer los kunnen komen van het werk, tijd gaat snel voorbij en het vergeten van andere dingen (Schaufeli & Bakker, 2001)

Bevlogenheid staat niet in de functieomschrijving van de verpleegkundige. Uit onderzoek blijkt echter wel dat bevlogen verpleegkundigen minder vaak betrokken raken bij prikincidenten, daarnaast zorgt het voor bescherming tegen depressie en angst (Schaufeli, Loo, van der Velde & Siegert, 2013). Bevlogen zijn als verpleegkundige lijkt wel belangrijk, het is echter niet noodzakelijk volgens de functieomschrijving.

### **Vaardigheden**

De volgende kenmerken van vakmanschap betreffen de uitvoering van taken van werknemers.

### *Kenmerk 10: Beroepsstandaarden*

Zoals eerder beschreven bestaat er een kennisasymmetrie tussen de professional en klant (Susskind & Susskind, 2017). Door deze kennisasymmetrie weet de klant niet welk belang door de werknemer centraal wordt gesteld: het belang van de klant of het belang van de werknemer. Volgens Brinkman (2020) worden beroepsstandaarden opgetuigd om het belang van de klant te waarborgen en deze te ondersteunen bij het omgaan met onzekerheid als gevolg van deze kennis asymmetrie. Het werken volgens beroepsstandaarden is een kenmerk van vakmanschap omdat hiermee het belang, de wens en de veiligheid van de klant wordt gewaarborgd (Looije, 2016).

Binnen het verpleegkundig beroep is er een beroepscode opgesteld door de beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, z.d). Hierin staat onder andere hoe de verpleegkundige om dient te gaan met het beroepsgeheim en dat de verpleegkundige ervoor moet zorgen dat de patiënt de informatie krijgt die hij nodig heeft (V&VN et al., 2015).

Daarnaast moeten verpleegkundigen werken volgens beroepsstandaarden, protocollen. Verpleegkundigen moeten kennis hebben van de inhoud van de protocollen en de zorg uit kunnen voeren volgens de beschrijving in de protocollen (Pluryn, 2016).

#### *Kenmerk 11: Beoordelen eigen handelen*

Een ander kenmerk van vakmanschap is dat de werknemer voortdurend het eigen handelen en werk beoordeelt en dit toetst bij de organisatie of bij collega's. De ontwikkeling van vakmanschap is volgens Sennett (2008) geen individueel proces. Uitwisseling is nodig om te bepalen welke werkwijzen en kwaliteitsnormen nodig zijn om de kwaliteit van het werk te vergroten. Vakgenoten of collega's kunnen betrokken worden bij de uitwisseling van werkwijzen en kwaliteitsnormen.

In de beroepscode van de verpleegkundige beroepsgroep staat dat verpleegkundigen initiatief moeten nemen in het ontwikkelen van het beroep en de kwaliteit van zorg, fouten bespreekbaar moeten worden gemaakt om hiervan te leren en dat er feedback moet worden gegeven en gevraagd aan collega's (V&VN et al., 2015).

#### *Kenmerk 12: Kwaliteit boven financiën*

Een ander kenmerk van vakmanschap is om kwaliteit boven de financiële doelstellingen van een organisatie te stellen (Brinkman, 2020; Sennett, 2008). Ook Looije (2016) geeft in zijn onderzoek aan dat vakmanschap gaat over het creëren van waarde voor anderen aan wie de dienst of het product wordt geleverd. Met het creëren van waarde voor anderen lijkt hetzelfde te worden bedoeld als met het leveren van kwaliteit. Goed werk wordt gedefinieerd door Gardner, Csikszentmihalyi en Jansen (2009) als het betrokken willen zijn bij het werk (engagement), streven naar excellentie (excellence) en het streven naar 'het goede' (ethical). Deze twee laatste componenten komen overeen met wat door Vosman (2008, in Zwart, 2015) 'practical wisdom' wordt genoemd. 'Practical wisdom' is het gebied van het handelen waarin de techniek en morele overwegingen zijn samengesmolten. Daarbij is de vakman niet gedreven door macht of geld maar door het werk zelf. Daarom is een vakman ook gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het werk en probeert een vakman zichzelf voortdurend te verbeteren en verder te ontwikkelen.

De activiteiten die een verpleegkundige volgens de beroepscode zou moeten ondernemen om bij te dragen aan de kwaliteit van zorg zijn moeilijk af te dwingen (V&VN et al., 2015). De motivatie om deze uit te voeren moeten daarom intrinsiek zijn. Naar verwachting zal de intrinsieke motivatie van verpleegkundigen hoog zijn aangezien extrinsieke prikkels in mindere mate aanwezig zijn dan in andere beroepen, zo behoren HBO afgestudeerde verpleegkundigen tot de minstverdienende hoogopgeleiden (Elsevier, 2020).

### *Kenmerk 13: Actief raadplegen van bronnen*

Een volgend kenmerk is het actief raadplegen van relevante bronnen. Volgens Carr (2014) is het van belang om informatie uit diverse bronnen te halen zodat tot een goed oordeel kan worden gekomen waardoor de kwaliteit van het product of de dienst vergroot wordt. Bij het raadplegen van een minimaal aantal bronnen ontstaat vooringenomenheid en neemt het beoordelingsvermogen van de werknemer af volgens deze auteur. Het gaat er hier om dat de werknemer intrinsiek gemotiveerd is om zijn eigen kennis te vergroten en hier meerdere bronnen voor gebruikt.

In de beroepscode voor verpleegkundigen wordt het raadplegen van diverse informatiebronnen van belang genoemd voor het op peil houden van de eigen kennis en voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorg (V&VN et al., 2015).

### *Kenmerk 14: Vertrouwensrelatie*

Het laatste persoonlijke kenmerk van vakmanschap betreft het aangaan van een op vertrouwen gebaseerde relatie met de klant. Gezien de kennisasymmetrie tussen professional en klant speelt vertrouwen een belangrijke rol (Susskind & Susskind, 2017).

Volgens de beroepscode voor verpleegkundigen is het aangaan van een op vertrouwen gebaseerde relatie ook belangrijk om een goede zorgrelatie met de patiënt aan te kunnen gaan (V&VN et al., 2015).

## *2.2.4 Samenvatting*

In deze paragraaf is een antwoord geformuleerd op de eerste deelvraag: Uit welke kenmerken bestaat het theoretisch concept vakmanschap volgens bestuurskundige HR, rechtswetenschappelijke, onderwijskundige, geneeskundige en sociologische literatuur? Vakmanschap blijkt te bestaan uit beroepsgebonden- en persoonsgebonden kenmerken. Persoonsgebonden kenmerken kunnen worden uitgesplitst in kenmerken die te maken hebben met vaardigheden en attitude. De kenmerken zijn schematisch weergegeven in tabel 1. Daarnaast is beargumenteerd waarom deze kenmerken in theorie ook aanwezig kunnen zijn bij ziekenhuisverpleegkundigen.

### **2.3 Professional en vakmanschap**

Zoals beschreven in de inleiding is het begrip professional niet geschikt voor het bestuderen van het vraagstuk in dit onderzoek. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de argumenten voor de ongeschiktheid van het begrip professional.

De grenzen tussen professionals en beroepen waarbij geen sprake is van professionals vervagen door een aantal algemene ontwikkelingen (Evetts, 2014). Professionals werden oorspronkelijk gezien als mensen die werkzaam waren in zelfstandige beroepsgroepen zoals artsen, notarissen en advocaten. Deze professionals bepaalden zelf de kwaliteitsnormen waar zij aan moesten voldoen, waardoor sprake was van een hoge mate van autonomie (Susskind & Susskind, 2017). Tegenwoordig moet een professional zich steeds vaker verantwoorden op basis van prestatie-indicatoren, met als gevolg dat hun autonomie steeds verder afneemt en wordt de tevredenheid van de klant belangrijker gevonden dan de professionele standaarden (Ritzer 2015, Vogd 2017; Evetts, 2011). Daar komt bij dat het zelfregulerend vermogen van de beroepsgroep verzwakt is en (online) kennis als gevolg van technologische ontwikkelingen niet enkel voor professionals beschikbaar is, maar voor iedereen (Evetts, 2011; Susskind & Susskind, 2017). Deze ontwikkelingen zijn tevens zichtbaar in de zorg, waardoor het lastiger wordt om vast te stellen of er sprake kan zijn van een professional binnen een bepaald beroep (Susskind & Susskind, 2017).

Inmiddels is er veel geschreven over professionals door diverse auteurs en worden verschillende criteria en definities gebruikt. Dat maakt dat bepaalde beroepen volgens de ene auteur wel professionals genoemd kunnen worden en volgens anderen niet (Brinkman, 2020; Evans, 2010; Susskind & Susskind, 2017). Zo wordt een professional door Troman (1996) gedefinieerd als een concept dat wordt vastgesteld door het management en uitgedrukt in verwachtingen van de werknemers en de bepaling van taken die zij daarbij moeten uitvoeren. Door Brandsen en Honingh (2013) worden een aantal criteria omschreven waar een professional aan moet voldoen:

- Een professional heeft specifieke kennis en expertise, gebaseerd op de toepassing van systematische theoretische principes.
- De professional behoort tot een hechte gemeenschap van mensen met dezelfde kennis en expertise. Deze gemeenschap is gekarakteriseerd door gedeelde normen en waarden, instituten voor socialisatie en regulatie.
- Het gesloten karakter van de gemeenschap is als legitiem beschouwd door de samenleving waarin ze actief zijn.
- Professionals beschikken over veel autonomie om eigen zaken af te handelen.

Gabe, Bury en Elston (2004) definiëren een professional als een bepaald beroep waarbij een persoonlijke service geleverd wordt, meestal met een hoge status en hoge beloningen waarvoor een lange opleiding nodig is.

Er bestaat weinig overeenstemming over een aantal onderdelen tussen deze definities. Zo heeft alleen Troman (1996) het erover dat of iemand een professional is vastgesteld wordt door het management. Brandsen en Honingh (2013) zien de aanwezigheid van een hechte gemeenschap, een gesloten karakter van de professie, de legitimiteit van de gesloten gemeenschap en autonomie als kenmerken van een professional. Gabe, Bury en Elston (2004) zijn daarnaast de enigen die spreken van een hoge status, hoge beloningen en een lange opleiding. Een beroep zou bij het gebruik van deze definities volgens de ene auteur wel als professie gezien kunnen worden en door de andere niet. Dat maakt het doen van eenduidige uitspraken over de impact op het verpleegkundig beroep op basis van professionals een gecompliceerde opgave.

Het begrip professional is ook niet geschikt voor de bestudering van het vraagstuk omdat er inzicht verkregen dient te worden in de verandering van het verpleegkundig beroep. In de sociologische literatuur, waarin de verandering van professies wordt bestudeerd, wordt vooral aandacht besteed aan de machtspositie van de professionals. De literatuur gaat niet in op de attitudes van het individu en zijn of haar beleving van het beroep (Brinkman, 2020). Daarmee komt deze bestudering niet overeen met de essentie van het verpleegkundig beroep, namelijk de waarden in het werk en de motivatie van de ziekenhuisverpleegkundigen waar in dit onderzoek de nadruk op ligt. Om die reden is gezocht naar een alternatief waarbij de essentie van het verpleegkundig beroep inzichtelijk gemaakt kan worden.

Een begrip wat, in tegenstelling tot een professional, wel geschikt zou kunnen zijn om inzicht te krijgen in de essentie van de ziekenhuisverpleegkundige, is vakmanschap. Over vakmanschap in het algemeen is in het kader van sociologie en bestuurskundige HR veel geschreven. Uit deze literatuur kunnen algemene kenmerken van vakmanschap worden beschreven en kan een scheiding worden gemaakt tussen beroepsgebonden- en persoonsgebonden kenmerken (Brinkman, 2020). Over het begrip vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen is echter nog niet eerder geschreven. Wanneer een ziekenhuisverpleegkundige voldoet aan de kenmerken die in dit onderzoek worden onderscheiden, kan gesteld worden dat er sprake is van vakmanschap, zonder dat er tegenstrijdige uitkomsten voort kunnen komen uit bevindingen van eerder onderzoek.

De kenmerken van vakmanschap komen voort uit de motivatie en waarden van de werknemer, waar in dit onderzoek inzicht in verkregen wordt. De kenmerken van professionals komen voort uit de verwachtingen van managers naar werknemers en de taken die zij moeten uitvoeren. Een kenmerk van vakmanschap waarin dit onderscheid duidelijk wordt is de aanwezigheid van bevlogenheid. Het kenmerk past niet bij het begrip professional aangezien

dat begrip niet ingaat op de waarden en motivatie van de werknemer (Brinkman, 2020). De kenmerken van het begrip vakmanschap sluiten daarom beter aan bij de vraagstelling in dit onderzoek, over motivatie en waarden van werknemers, dan de kenmerken van het begrip professional.

Bovenstaande argumenten maken vakmanschap een geschikt begrip om de vraagstelling in dit onderzoek te beantwoorden. Omdat er zo veel geschreven is over professionals zal dit begrip wel voorkomen in de bestudering van de literatuur. Er wordt dan zeer kritisch naar de literatuur gekeken of deze wel past binnen de context van dit onderzoek.

## **2.4 Invloed van technologie op beroepen**

De vraag is of de Kenmerken van vakmanschap veranderen onder invloed van continue monitoring. In deze paragraaf wordt daarvoor argumentatie gegeven.

Naar verwachting heeft de invoering van technologie invloed op het werk van de verpleegkundige. Susskind en Susskind (2017) schetsen twee scenario's waarbij technologie het werk van de professional verandert. In één daarvan wordt technologie gebruikt om de professional te ondersteunen. Het werk blijft hetzelfde alleen zal het efficiënter worden. In het tweede scenario worden professionals voor een deel vervangen door technologie die zelfstandig het werk uitvoert of wordt aangestuurd door mensen die niet meer op de professionals van nu lijken. Een voorbeeld van het tweede scenario is technologie die zelfstandig het werk uitvoert, zoals software die aan de hand van een foto kan bepalen of er sprake is van huidkanker en daarbij de beste behandeling kan voorstellen (Esteva et al., 2017). Hierbij wordt de arts vervangen in zijn diagnosticerende taak en kan een verpleegkundige de patiënten te woord staan en behandelen met behulp van de diagnosticerende technologie.

Continue monitoring lijkt binnen het tweede scenario te passen. De verpleegkundige wordt vervangen door een *wearable* die de vitale functies meet en een inschatting maakt van de klinische situatie van de patiënt, dat zijn taken die de verpleegkundige eerst uitvoerde. Marx beschreef in *Het Kapitaal* dat door industrialisatie vakmanschap zal verdwijnen omdat technologie onderdelen van het werk zal overnemen waar eerder vakmanschap voor nodig was (Bruining, 2013). Bij het meten van de vitale functies en het inschatten van de medische situatie van een patiënt kan worden gesteld dat vakmanschap nodig was, wanneer uit wordt gegaan van de algemene kenmerken van vakmanschap. Er is namelijk een combinatie nodig van kennis en vaardigheden. Tacit knowledge is van belang bij het inschatten van de medische situatie en er is sprake van het uitvoeren van de metingen volgens beroepsstandaarden. Door de invoering van continue monitoring is het vakmanschap hierbij niet meer nodig.

De inzet van technologische toepassingen binnen het tweede scenario kunnen worden gezien als het rationaliseren en standaardiseren van processen. Dit is ook het geval bij continue monitoring. Bij het inschatten van de medische situatie van de patiënt is onbewuste

kennis namelijk belangrijk (Patel, Arocha & Kaufman, 1999). Naar verwachting zal de noodzaak van deze kennis worden verkleind wanneer er wordt gewerkt met continue monitoring, aangezien de inschatting van de medische situatie wordt overgenomen door de *wearable*. Hiermee wordt het proces rationeler en gestandaardiseerd, het gebeurt immers altijd op dezelfde manier, via het algoritme van de *wearable*.

Het rationaliseren en standaardiseren van processen speelde een rol bij het scientific management van Taylor (Bruining, 2013). Peters en Jansen (2011 in Bruining, 2013) beschrijven wat de invloed van de principes van Taylor waren op vakmanschap. Volgens hen vond Taylor dat vakmanschap zo veel mogelijk uitgeschakeld moest worden. Vakmanschap leidde volgens Taylor namelijk te veel tot verschillende benaderingen voor het verrichten van een taak en er kan maar één manier de beste zijn (Peters & Jansen, 2011). Die ene beste manier kan alleen worden gevonden door het meten van handelingen door daarvoor opgeleide managers. Om ervoor te zorgen dat alles enkel volgens de beste manier wordt uitgevoerd moest het zelfstandig denken van de uitvoerde werknemers zo veel mogelijk worden uitgeschakeld. Ten slotte moest ervoor worden gezorgd dat de juiste werknemer op de juiste plaats staat en dat deze onder directe aansturing staat van managers die weten wat de beste manier is om iets te doen (Peters & Jansen, 2011). Het proces van continue monitoring kan worden gezien als de toepassing van scientific management. Het meten van de vitale functies moet namelijk volgens de beste manier, met behulp van de *wearable*, worden gedaan. De beste manier is vastgesteld op basis van een dataset met heel veel verschillende metingen van de vitale functie bij verschillende patiënten. Vervolgens geeft de *wearable* aan of de medische situatie van de patiënt vooruit- achteruit gaat of stabiel blijft. Hierbij hoeft de verpleegkundige zelf geen inschatting meer te maken. De verpleegkundige wordt echter niet meer aangestuurd door een menselijke manager maar door de *wearable*, welke op de hoogte is van wat de beste manier is om iets te doen. Wanneer continue monitoring wordt gezien als een toepassing van scientific management kan worden gesteld dat dit het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen bedreigt (Bruining, 2013; Peters & Jansen, 2011; Braverman, 1974).

Op basis van bovenstaande argumenten kan worden geconcludeerd dat vakmanschap in het algemeen wordt verminderd door de invoering van technologie. Daarnaast wordt verwacht dat dit ook het geval zal zijn door de invoering van continue monitoring. In dit onderzoek wordt echter niet de mate van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen gemeten maar wordt onderzoek gedaan naar de kenmerken hiervan.

Het gebruik van technologie in het werk zorgt ervoor dat professionals andere vaardigheden nodig hebben dan voorheen Susskind en Susskind (2017). Zo moeten de verpleegkundigen goed om kunnen gaan met de technologische aspecten van continue monitoring. Zo moeten zij de *wearable* goed kunnen aansluiten op de patiënt. Daarnaast gaf

een verpleegkundige aan dat de wifi verbinding met de *wearable* erg slecht was, wat problemen veroorzaakte (Weenk, 2019). Deze problemen moet een verpleegkundige ook op kunnen lossen om de zorg voor de patiënt te optimaliseren.

De noodzaak van het aanleren van nieuwe vaardigheden bij het gebruik van technologie kan stress veroorzaken bij verpleegkundigen, omdat zij bang kunnen zijn hier niet goed mee om te kunnen gaan. Dit verschijnsel is beschreven bij docenten. Sommige docenten hebben last van techno-stress. Techno-stress is een onaangenaam fysiologisch ongemak als gevolg van het huidige of toekomstige gebruik van ICT (Salanova, Llorens & Cifre, 2013). Deze techno-stress wordt onder andere veroorzaakt doordat zij een laag zelfvertrouwen hebben bij het gebruik van technologie en bang zijn om hun onkunde bij het gebruik van technologie te laten zien aan de leerlingen (British Educational Communications and Technology Agency, 2004; Lerner & Timberlake, 1995). Bij verpleegkundigen zou hetzelfde aan de hand kunnen zijn. Wellicht willen zij niet onkundig overkomen bij de patiënten en zijn zij daarom huiverig om technologie te gebruiken in het bijzijn van de patiënten. Deze angst kan worden gereduceerd door de medewerkers te scholen in het oplossen van ICT problemen (Muñoz, Penalba, Sánchez & Santos, 2016). Het volgen van bijscholingen gaat dan wellicht een belangrijkere rol spelen in het werk van de verpleegkundige.

De ruimte voor oordeelsvorming om in verschillende complexe situaties een aanpak te kiezen blijft naar verwachting wel belangrijk. De *wearable* geeft namelijk alleen aan dat de medische situatie van de patiënt gaat veranderen maar niet wat de verpleegkundige dan moet doen. Daar moet de verpleegkundige nog steeds een oordeel over vormen en een aanpak voor kiezen.

Uit bovenstaande alinea's kan worden geconcludeerd dat de inzet van continue monitoring tot andere kenmerken van vakmanschap zou kunnen leiden. Daarom wordt de volgende hypothese getoetst in dit onderzoek:

- Ziekenhuisverpleegkundigen die met continue monitoring werken formuleren andere kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen dan verpleegkundigen die hier niet mee werken.

## 3 Methodologisch kader

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van dit onderzoek behandeld. Allereerst wordt ingegaan op de onderzoekstrategie, waarna de verschillende methoden van dataverzameling worden besproken. Vervolgens wordt de operationalisatie van de te onderzoeken theoretische begrippen beschreven. Daarna volgt een beschrijving van de gebruikte databronnen en de gekozen methode voor de data-analyse. Ten slotte wordt de kwaliteit van de gekozen methoden besproken waarbij wordt ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

### 3.1 Onderzoeksstrategie

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek (Bestaat er een verschil tussen het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen die niet werken met continue monitoring en ziekenhuisverpleegkundigen die wel werken met continue monitoring?) heeft allereerst exploratief onderzoek plaats gevonden waarin duidelijk is geworden wat vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen inhoudt. Daarna heeft verklarend onderzoek plaats gevonden waarbij het verschil tussen vakmanschap bij verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken is onderzocht.

De onderzoeksstrategie in dit onderzoek wordt gekenmerkt als mixed methods onderzoek. Een kenmerk van deze benadering is dat het om een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden van dataverzameling gaat. Mixed methods onderzoek is geschikt om onderzoeksvragen te beantwoorden waarbij zowel betekenis als frequentie belangrijke gegevens zijn. Dat is het geval bij de onderzoeksvraag. Er is namelijk onderzocht welke betekenis verpleegkundigen geven aan vakmanschap. Daarna is onderzocht of de dimensies van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen door meerdere verpleegkundigen werden erkend en of er verschillen bestonden tussen het vakmanschap van verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken.

In dit onderzoek is er sprake zowel enquête onderzoek als onderzoek door middel van interviews. Enquête onderzoek is geschikt voor onderzoek waarbij sprake is van veel variabelen (Van Thiel, 2013). Dat is het geval bij het onderzoeken van de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen, de variabelen. Enquête onderzoek is geschikt wanneer er sprake is van deductief onderzoek (Van Thiel, 2013). Bij deductief onderzoek fungeren verwachtingen uit de literatuur als leidraad tijdens de dataverzameling van onderzoek (Bleijenbergh, 2016; Vennix, 2019). Deductief onderzoek maakt het mogelijk om wetenschappelijke kennis binnen een specifieke context te onderzoeken (Van Thiel, 2013). In dit onderzoek zijn de uit de literatuur gedestilleerde kenmerken van vakmanschap gebruikt om deze te kunnen onderzoeken in de context van ziekenhuisverpleegkundigen.

Bij de onderzoeksvraag van dit onderzoek was het echter ook van belang informatie te verkrijgen over de betekenis die verpleegkundigen geven aan het begrip vakmanschap, hier is een enquête onderzoek minder geschikt voor. Daarom is daarnaast gekozen voor onderzoek middels interviews. Interviews zijn namelijk zeer geschikt om de onderliggende betekenis van een begrip te ontvangen en voor onderzoek waar nog weinig over bekend is (Van Thiel, 2013).

Bij dit onderzoek is exploratief mixed methods onderzoek uitgevoerd (Creswell & Plano Clark, 2007, in Cameron, 2009). Bij deze onderzoeksmethode worden het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek opeenvolgend op elkaar uitgevoerd, waarbij eerst kwalitatief en daarna kwantitatief onderzoek wordt uitgevoerd. De resultaten van het kwantitatieve onderdeel van het onderzoek zijn ter bevestiging van de gevonden resultaten in het kwalitatieve onderdeel gebruikt. De data zijn aan elkaar gekoppeld tussen de twee fasen (Creswell & Plano Clark, 2007 in Cameron, 2009). Bij dit onderzoek is allereerst onderzoek uitgevoerd door middel van interviews waarin getracht is de kenmerken van vakmanschap vast te stellen op basis van de kenmerken welke zijn gevonden in de literatuur. Door de open aard van de vragen in een interview is er veel ruimte voor de inbreng van de respondent in dit deel van het onderzoek (Van Thiel, 2013). Daarna is op basis van de resultaten uit de interviews een vragenlijst opgezet waarin de kenmerken van vakmanschap worden voorgelegd aan een grotere groep verpleegkundigen, waardoor is getoetst of zij dit ook kenmerken vinden van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Daarnaast is op basis van dezelfde vragenlijst getoetst of er een verschil bestaat tussen de kenmerken van vakmanschap die ziekenhuisverpleegkundigen erkennen die wel en niet met continue monitoring werken.

In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op hoe het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek is uitgevoerd.

### **3.2 Methoden van dataverzameling**

Zoals eerder beschreven is in dit onderzoek gebruik gemaakt van exploratief mixed methods onderzoek. Hierbij is allereerst kwalitatieve data verzameld waarna kwantitatieve dataverzameling volgt. Deze paragraaf zal ook in deze volgorde worden opgebouwd.

#### **3.2.1 Kwalitatieve data verzameling**

Door middel van dit deel van het onderzoek is een antwoord geformuleerd op de volgende deelvraag:

2. Uit welke kenmerken bestaat het theoretisch concept vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen volgens ziekenhuisverpleegkundigen?

Voor de beantwoording van deze deelvraag zijn tien interviews uitgevoerd bij ziekenhuisverpleegkundigen. Interviews geven rijke informatie over respondenten en zijn geschikt om ervaringen van respondenten inzichtelijk te maken (Myers, 2013; Bleijenbergh, 2016). Voor het beantwoorden van deze deelvragen is getracht informatie te verkrijgen over wat ziekenhuisverpleegkundigen zelf vinden dat vakmanschap inhoudt.

De interviews betroffen semigestructureerde interviews. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews omdat de onderzoeker hierbij vragen kan stellen om een uitspraak van een respondent te verduidelijken waardoor meer diepte wordt bereikt in de informatie (Van Thiel, 2013).

Bij de semigestructureerde interviews is een interviewhandleiding gebruikt (Van Thiel, 2013). Deze is bijgevoegd in bijlage 1. In deze interviewhandleiding staan de vragen die zijn gesteld (Van Thiel, 2009). De vragen zijn afgeleid van de kenmerken van vakmanschap die naar voren zijn gekomen uit de literatuur. Deze kenmerken hebben richting gegeven tijdens het interviewen. Door middel van doorvragen en het stellen van aanvullende vragen is meer informatie verkregen over kenmerken die niet voortkwamen in de literatuur. Daarnaast hebben de respondenten door de open vragen de mogelijkheid gehad om de kenmerken en voorbeelden in eigen woorden te beschrijven. Voorafgaand aan ieder interview is een introductie gegeven waarin informatie over de verkregen data is benoemd, waarna de respondent om toestemming werd gevraagd tot het opnemen van het interview (Van Thiel, 2013).

Omdat vakmanschap een zeer nieuw begrip is in de verpleegkunde is ervoor gekozen om de vragen in de interviewhandleiding op een bepaalde manier te structureren om de respondent zijn of haar visie zo goed mogelijk te laten verwoorden en op zijn gemak te stellen (Van Thiel, 2013). Allereerst zijn zeer open vragen gesteld over het begrip vakmanschap, waarna wat meer gesloten vragen zijn gesteld waarmee de kenmerken uit het theoretisch kader individueel besproken werden en tot slot zijn weer open vragen gesteld om meer diepgang te kunnen verkrijgen in de informatie. Van deze volgorde werd afgeweken wanneer de onderzoeker dit beter vond passen tijdens de interviews (Van Thiel, 2013). De interviews zijn afgesloten door middel van een dankwoord en uitleg over het vervolg van het onderzoek en wat er met de gegevens gebeurt (Van Thiel, 2013). Van alle interviews zijn audio opnamen gemaakt waardoor het gesprek achteraf kon worden getranscribeerd (Van Thiel, 2013).

Een risico bij het uitvoeren van interviews is dat een respondent sociaal wenselijke antwoorden gaat geven (Bleijenbergh, 2016). Bij het formuleren van de vragen is hier rekening mee gehouden door deze niet sturend te formuleren. Daarnaast is benadrukt dat er geen goede of foute antwoorden zijn en dat de informatie anoniem wordt verwerkt.

Door de maatregelen die de overheid heeft genomen met betrekking tot het COVID-19 virus is het niet bij alle respondenten mogelijk geweest face-to-face te interviewen. Daarnaast

zijn niet alle verpleegkundigen bekend met het gebruik van Skype waardoor video bellen niet altijd mogelijk was. Daarom zijn er drie interviews face-to-face uitgevoerd, drie via de telefoon en vier via beeldbellen. Volgens Vennix (2019) is een voordeel van telefonisch interviewen dat een respondent zich opener zou kunnen opstellen en is minder snel geneigd om sociaal wenselijke antwoorden te geven omdat deze niet zichtbaar is voor de onderzoeker. Nadelen van het telefonisch uitvoeren van interviews is dat het moeilijker is om een respondent aan te moedigen om verder te vertellen omdat deze niet kan zien dat de onderzoeker knikt. Daarnaast kan de onderzoeker niet zien dat de respondent nadenkt en nog verder gaat vertellen waardoor deze wellicht te snel de volgende vraag stelt (Vennix, 2019). Volgens Vennix (2019) is de invloed van de manier van interviewen niet zo groot dat het de uitkomsten van het onderzoek in hoge mate zal beïnvloeden.

### 3.2.2 Kwantitatieve data verzameling

In dit onderdeel van het onderzoek wordt een antwoord verkregen op de volgende deelvragen:

2. Uit welke kenmerken bestaat het theoretisch concept vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen volgens ziekenhuisverpleegkundigen?
3. Heeft het werken met continue monitoring effect op de kenmerken van vakmanschap die door ziekenhuisverpleegkundigen worden erkend?

Voor het beantwoorden van deze deelvragen zijn vragenlijsten verspreid onder ziekenhuisverpleegkundigen op verschillende afdelingen, waaronder de afdelingen waar wordt gewerkt met continue monitoring, binnen het Radboudumc en binnen het netwerk van de onderzoeker. Deze vragenlijsten zijn gebruikt om na te gaan of de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen die uit de interviews naar voren zijn gekomen breder gedragen worden onder verpleegkundigen en of er een verschil bestaat tussen de kenmerken van het begrip door verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken. Deze methode van dataverzameling is hier geschikt voor omdat er een grote hoeveelheid informatie moet worden verkregen (Van Thiel, 2013). Het verzamelen en verwerken van een grote hoeveelheid informatie is gemakkelijker wanneer gesloten vragen worden gesteld (Vennix, 2019). Daarnaast is het in deze fase van het onderzoek niet meer wenselijk om veel nieuwe kenmerken te verkrijgen, hier was de kwalitatieve dataverzameling voor bedoeld. Daarom is het gesloten karakter van de vragen in een vragenlijst zeer passend (Van Thiel, 2013). In deze fase van het onderzoek is wel getracht informatie te verkrijgen over de opvattingen van de respondent ook daar is onderzoek middels een vragenlijst geschikt voor (Van Thiel, 2013). De gebruikte vragenlijst is opgenomen in Bijlage 2.

De vragen in de vragenlijst zijn opgesteld op basis van de kenmerken van vakmanschap die uit de interviews naar voren zijn gekomen. Deze kenmerken zijn vervolgens

geoperationaliseerd, zorgvuldig geformuleerd en in een begrijpelijke volgorde geplaatst (Van Thiel, 2013). Daarnaast is er een vraag toegevoegd over de ervaring van de verpleegkundige met continue monitoring zodat hier onderscheid ik kan worden gemaakt. Vervolgens zijn deze items beoordeeld door de onderzoeker zelf, Wilco Brinkman: promovendus aan de Universiteit van Amsterdam op het gebied van vakmanschap onder invloed van technologische ontwikkelingen, Marel Verheijen: verpleegkundige, Rutger Blom: inhoudelijk expert op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, Harry van Goor en Bas Bredie: deskundigen op het gebied van continue monitoring. Daarnaast zijn de vragen getest door vijf proefrespondenten, verpleegkundigen, in een pilot. Op basis van deze beoordelingen zijn meest geschikte items geselecteerd voor de definitieve vragenlijst. Bij de beoordeling en de pilot is gelet op de enkelvoudigheid en eenvoudigheid van de vragen, het ontbreken van suggestieve vragen, dezelfde antwoordmogelijkheden voor de gehele vragenlijst en volledige antwoordmogelijkheden die elkaar niet overlappen (Van Thiel, 2013).

Voor de antwoordmogelijkheden van de vragenlijst is gebruik gemaakt van de Likertschaal. Deze schaal is geschikt voor het in kaart brengen van de mening van respondenten (Van Thiel, 2013). Er is hierbij gebruik gemaakt van een vijf-punts Likertschaal waarbij de respondent kan kiezen tussen de antwoordmogelijkheden: Helemaal oneens, oneens, neutraal, eens en helemaal eens (Van Thiel, 2013; Vennix, 2019).

In de vragenlijst zijn naast de vragen over de kenmerken van vakmanschap een aantal controlevariabelen opgenomen om een eventueel versturende invloed van de variabelen op het te meten effect van continue monitoring op vakmanschap te verminderen (Van Thiel, 2013). De volgende controle variabelen zijn opgenomen: de leeftijd, opleidingsniveau, het aantal jaren ervaring, het geslacht van de respondent, of de verpleegkundige nog steeds werkzaam is als verpleegkundige in het ziekenhuis en het type ziekenhuis waar deze werkzaam is (geweest). Naar verwachting kan de leeftijd en werkervaring van de respondent van invloed zijn doordat de normen en waarden van een persoon kunnen veranderen naar mate ze ouder worden of meer werkervaring hebben. Dit zou van invloed kunnen zijn op de kenmerken van vakmanschap. Daarnaast kan verwacht worden dat het opleidingsniveau van invloed is op de kenmerken van vakmanschap. Ziekenhuisverpleegkundigen kunnen immers zowel MBO als HBO zijn opgeleid (Geerts & van 't Zelfde, 2015). Wellicht ligt de focus in deze opleidingen op andere gebieden waardoor de verpleegkundige andere kenmerken onderscheid bij het begrip vakmanschap. Het geslacht van de respondent is opgenomen als controle variabele omdat de motivatie en ambitie van een mannelijke verpleegkundige zou kunnen verschillen van die van een vrouwelijke verpleegkundige waardoor zij wellicht ook andere kenmerken onderscheiden bij het begrip vakmanschap. Een man kiest bijvoorbeeld vaker voor de acute zorg en zou meer waarde hechten aan salaris en status dan vrouwen (Van de Wier & Lustgraaf, 2020). De controle variabele of een verpleegkundige op dit moment

nog werkzaam is in het ziekenhuis is opgenomen omdat de vragenlijst ook is afgenomen bij oud verpleegkundigen. De verwachting is dat zij nog steeds een visie hebben op wat vakmanschap is. Doordat de respons op de vragenlijst niet zo hoog was als verwacht is ervoor gekozen om ook oud verpleegkundige te includeren. Om te kunnen toetsen of dit niet te veel invloed heeft gehad op de resultaten is deze variabele opgenomen. Ten slotte is het type ziekenhuis waar de respondent werkzaam is meegenomen omdat de mogelijkheid bestaat dat de kenmerken van vakmanschap verschillen tussen verpleegkundigen die werkzaam zijn in een academisch en regionaal ziekenhuis. In de academische ziekenhuizen liggen vaker patiënten met zeer complexe ziektebeelden. Als een verpleegkundige kiest voor een dergelijke werkomgeving zou dit ook van invloed kunnen zijn op de kenmerken van vakmanschap. Daarnaast verschillen de werkomstandigheden tussen de ziekenhuizen, wat ook een rol zou kunnen spelen.

Net als bij het interviewhandboek is een introductie bijgevoegd aan de vragenlijst. Hierin staat uitleg over het onderzoek, hoe wordt omgegaan met de gegevens, dat de vragenlijsten anoniem zijn, en dat alle vragen moeten worden ingevuld. De vragenlijst is zo opgebouwd dat de respondent eerst wat makkelijkere vragen invult, de moeilijkste in het midden en afsluit met wat makkelijkere vragen. Zo kan de respondent er eerst een beetje inkomen en schrikt het niet meteen af maar blijven de moeilijkste vragen niet tot het laatst bewaard wanneer de respondent vermoeider raakt (Van Thiel, 2013). Afsluitend werd de respondent bedankt voor zijn of haar deelname.

De vragenlijst is digitaal verstuurd en afgenomen. Hierbij is ook een begeleidende brief verstuurd waarin meer informatie stond over het onderzoek. Het voordeel van een digitale vragenlijst is dat respondenten deze in kunnen vullen wanneer zij er tijd voor hebben en op hun eigen tempo, wat mogelijk de respons verhoogd (Vennix, 2019). Ook kan het onmogelijk worden gemaakt om vragen niet in te vullen waardoor een respondent niet per ongeluk een vraag kan overslaan, wat het aantal 'missings' zal verkleinen (Vennix, 2019).

### **3.3 Selectie databronnen**

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee verschillende methoden van dataverzameling. De selectie van respondenten wordt per methode beschreven.

#### **3.3.1 Literatuur**

In het theoretisch kader zijn de algemene kenmerken van vakmanschap die worden beschreven in de literatuur alleen opgenomen wanneer deze niet specifiek verwijzen naar één beroepsgroep. Daarnaast is een kenmerk enkel opgenomen wanneer deze logischerwijs in het verpleegkundig beroep aanwezig zou kunnen zijn. Er is gebruik gemaakt van een functieomschrijving van verpleegkundigen binnen de organisatie Pluryn. Pluryn is een organisatie die zorg levert aan jongeren en volwassenen met complexe problematiek. Zij

leveren gehandicaptenzorg, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg (Pluryn, z.d.). De functieomschrijving is te generaliseren naar de ziekenhuiszorg en de beste beschikbare bron. Daarom is ervoor gekozen om gebruik te maken van deze functieomschrijving, de uitspraken op basis van deze bron moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd.

### 3.3.2 Interviews

Door middel van interviews is getracht inzicht te krijgen in de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. De interviews zijn daarom ook afgenomen bij verpleegkundigen. Het op grote schaal selecteren van de verpleegkundigen werd bemoeilijkt door de maatregelen die de overheid heeft genomen met betrekking tot het COVID-19 virus. Daarom is ervoor gekozen om verpleegkundigen doelgericht en via snowball methode te selecteren (Van Thiel, 2013). De geselecteerde verpleegkundigen moesten aan een aantal eisen voldoen. Zo moesten zij werkervaring hebben in het ziekenhuis aangezien deze verpleegkundigen het best in staat zullen zijn om een beeld te vormen van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen. Daarnaast is ervoor gekozen om niet enkel verpleegkundigen uit het Radboudumc te benaderen maar ook verpleegkundigen uit regionale ziekenhuizen. Dit is gedaan omdat werd verwacht dat het vakmanschap van verpleegkundigen zou kunnen verschillen tussen verpleegkundigen in academische en regionale ziekenhuizen. Door verpleegkundigen te selecteren uit beide werkomgevingen is getracht de representativiteit van de gehele ziekenhuisverpleegkundigen populatie te waarborgen (Van Thiel, 2013). Ook is rekening gehouden met de leeftijd en het geslacht van de verpleegkundigen om de representativiteit van de steekproef zo veel mogelijk te waarborgen (Van Thiel, 2013). Hierbij is uitgegaan van de relatieve verdeling van de populatie. De aanname bestaat dat ervaren verpleegkundigen wellicht hun visie op vakmanschap beter kunnen uiten dan verpleegkundigen die minder ervaring hebben. Om de representativiteit te waarborgen is er desondanks voor gekozen om drie interviews plaats te laten vinden met verpleegkundigen die minder dan drie jaar werkervaring hadden.

De eerste verpleegkundigen zijn geselecteerd vanuit het netwerk van de onderzoeker. Verdere respondenten zijn geselecteerd op basis van de snowball methode (Van Thiel, 2013). De grootte van de steekproef betreft tien verpleegkundigen. Dit aantal is in verband met de grote drukte die COVID-19 in de ziekenhuizen met zich mee brengt en het beperkte tijdsspan van dit onderzoek, realistisch gezien het hoogst mogelijke aantal. De interviews bleken voldoende informatie te verstrekken over de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Daarnaast is door middel van de vragenlijst extra informatie verkregen waardoor dit naar verwachting geen grote gevolgen heeft gehad voor de mogelijkheid tot het generaliseren van de onderzoeksresultaten.

### 3.3.3 Vragenlijsten

Door middel van vragenlijsten is inzicht verkregen in de kenmerken van vakmanschap van de ziekenhuisverpleegkundige en zijn de kenmerken, die worden beschreven door verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken, met elkaar vergeleken. Voor de vragenlijsten is gebruik gemaakt van een selecte steekproef. Hiervoor zijn het Radboudumc en andere ziekenhuizen benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Echter werd (na lange perioden van overleg) door de ziekenhuizen (uitgezonderd het Radboudumc) gecommuniceerd dat het onderzoek te belastend is voor de verpleegkundigen na de COVID-19 crisis en dat zij daarom niet wilden deelnemen. Daarom is uiteindelijk besloten om het eigen netwerk te benaderen om informatie te verkrijgen van verpleegkundigen die niet met continue monitoring hadden gewerkt en van verpleegkundigen die niet in een academisch ziekenhuis werken (zoals het Radboudumc wel is) om de generaliseerbaarheid van de resultaten van het onderzoek te vergroten (Van Thiel, 2013).

Er zijn twee groepen benaderd: een groep ziekenhuisverpleegkundigen die met continue monitoring werken, dit waren 280 verpleegkundigen uit het Radboudumc en groep verpleegkundigen die niet met continue monitoring werkt, dit waren 37 verpleegkundigen van de afdeling neurologie uit het Radboudumc en (oud) verpleegkundigen uit het netwerk van de onderzoeker. De (oud) verpleegkundigen uit het netwerk van de onderzoeker zijn benaderd via Whatsapp, mail, LinkedIn en Facebook. Uiteindelijk hebben 127 verpleegkundigen de vragenlijst ingevuld, waarvan 59 verpleegkundigen die niet met continue monitoring werken en 68 verpleegkundigen die wel met continue monitoring werken. Bij de groep verpleegkundigen die wel met continue monitoring werken was de respons 24%. Het responspercentage voor de andere groep is niet goed te berekenen omdat niet helemaal duidelijk is hoeveel verpleegkundigen zijn bereikt door middel van LinkedIn en Facebook.

Verder is de steekproef tot stand gekomen door middel van zelfselectie. Verpleegkundigen konden er zelf voor kiezen om de vragenlijst wel of niet in te vullen. Een groot deel van de benaderde verpleegkundigen heeft de vragenlijst niet ingevuld. Oorzaak hiervoor zouden de drukte in het ziekenhuis door COVID-19 patiënten en de vakantieperiode kunnen zijn. Om de respons te verhogen is iedere week een herinnering gestuurd voor het invullen van de vragenlijst (De Leeuw & Hox, 1998). De vragenlijst voor verpleegkundigen die hebben gewerkt met continue monitoring is van 9 juli tot 31 juli 2020 beschikbaar geweest. De vragenlijst voor de afdeling neurologie is van 6 augustus tot 20 augustus 2020 beschikbaar geweest. Het eigen netwerk is vanaf 3 augustus 2020 benaderd. In bijlage 3 worden frequentieverdelingen gegeven van de controlevariabelen, welke informatie geven over de kenmerken van de steekproef.

### **3.4 Operationalisering**

In dit onderzoek is het verschil onderzocht van vakmanschap bij verpleegkundigen die werken met continue monitoring en verpleegkundigen die hier niet mee werken. Om dit te kunnen onderzoeken was het van belang dat de verschillende begrippen meetbaar gemaakt worden (van Thiel, 2013).

De literatuur was niet toereikend genoeg om uitspraken te kunnen doen over de kenmerken van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen, er wordt namelijk alleen gesproken over vakmanschap in algemene termen. Er is voor gekozen om een globale operationalisatie uit te voeren voor de vragen van de interviews. De in de literatuur gevonden kenmerken zijn gebruikt om richting te geven tijdens het stellen van de vragen bij de explorerende interviews. Voor de operationalisatie is ervoor gekozen om gevonden kenmerken van vakmanschap als indicatoren te gebruiken en de groepen (beroepsgebonden- en persoonsgebonden kenmerken) als dimensies. De gevonden kenmerken in de literatuur waren niet uitsluitend genoeg en er blijkt overlap te bestaan tussen de kenmerken. Deze operationalisatie zou niet voldoende zijn om het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen meetbaar te maken, dat was echter ook niet het doel van de interviews. Het doel was om in kaart te brengen of deze kenmerken een rol spelen bij vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Daarnaast was er ruimte tijdens de interviews om nieuwe kenmerken aan bod te laten komen door middel van open vragen en het doorvragen.

Hieronder wordt in tabel 2 de gekozen operationalisatie van het begrip vakmanschap schematisch weergegeven.

**Tabel 2***Operationalisatie vakmanschap*

<b>Factoren</b>	<b>Dimensies</b>	<b>Indicatoren</b>
Vakmanschap	Beroepsgebonden kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinatie van handelingsvaardigheden en kennis.</li> <li>• Complexiteit en kennisintensiteit.</li> <li>• Gespecialiseerde scholing is noodzakelijk.</li> <li>• Ruimte voor ontwikkeling en opbouw van kennis en ervaring.</li> <li>• Belang van onbewuste kennis (<i>tacit knowledge</i>) voor uitoefening van beroep.</li> <li>• Ruimte voor oordeelsvorming om in verschillende complexe situaties een aanpak te kiezen.</li> </ul>
	Persoonsgebonden kenmerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethische oriëntatie die voortkomt uit bewust zijn van kennisasymmetrie.</li> <li>• Bevlogenheid.</li> <li>• Taken worden uitgevoerd volgens beroepsstandaarden.</li> <li>• Beoordeelt voortdurend eigen handelen en werk, en toetst dit handelen bij de organisatie en collega's.</li> <li>• Bovengeschiedt maken van kwaliteit aan financiële doelstellingen.</li> <li>• Raadplegen van verschillende informatiebronnen.</li> <li>• Gaat een op vertrouwen gebaseerde relatie met de klant aan.</li> </ul>

### 3.5 Data-analyse

In deze paragraaf wordt beschreven volgens welke methoden de resultaten van de interviews en vragenlijsten zijn geanalyseerd.

#### 3.5.1. Analyse data interviews

De interviews zijn opgenomen door middel van een audiorecorder app. Vervolgens zijn deze audio-opnames getranscribeerd. Door het maken van transcripties gaat zo min mogelijk informatie verloren en het stelt de onderzoeker in staat later citaten van respondenten te gebruiken in de rapportage van het onderzoek (Van Thiel, 2019; Vennix, 2019). De audio-opname is niet letterlijk overgenomen. Zo zijn onderbrekingen, versprekingen en woorden als uhm of het instemmen van de onderzoeker niet beschreven. Formulering- of grammaticale fouten zijn niet gecorrigeerd om te voorkomen dat de essentie van het antwoord zou veranderen.

Voor de analyse van de transcripties is gebruik gemaakt van het programma Atlas.ti. Het gebruik van dit programma heeft als voordeel dat het mogelijk is om grote hoeveelheden informatie systematisch op te slaan en het is eenvoudig om te zoeken in deze informatie (Van Thiel, 2019). Na het opslaan van de data is een quick scan uitgevoerd door de onderzoeker.

Daarbij is relevante data geselecteerd die wordt betrokken bij de analyse, waarbij de operationalisatie van het begrip vakmanschap als leidraad is gebruikt (Van Thiel, 2019; Vennix, 2019). De relevante data zijn vervolgens gecodeerd (Van Thiel, 2019). In de transcripties zijn stukken tekst, door middel van het programma Atlas.ti, gelabeld met codes. Als er nieuwe informatie uit de interviews naar voren kwam, werd hiervoor een nieuwe code aangemaakt. De indicatoren uit de operationalisatie hebben als leidraad gefungeerd. Tijdens het proces zijn memo's aangemaakt waarin de gemaakte keuzen en overwegingen van de onderzoeker zijn vastgelegd.

Vervolgens is de data geanalyseerd door middel van axiaal coderen. Daarbij richt de onderzoeker zich op het vinden van patronen in de gebruikte codes (Van Thiel, 2013; Vennix, 2019). Hierbij zijn bepaalde codes gesplitst en samengevoegd. De overgebleven codes worden weergegeven in een codeboom (Van Thiel, 2013).

In het programma Atlas.ti kan per code een duidelijk overzicht opgeroepen worden van de tekstfragmenten die bij een bepaalde code horen. Deze fragmenten zijn gebruikt om conclusies te illustreren bij het rapporteren van de gevonden resultaten.

### 3.5.2. Analyse data vragenlijsten

Voor de analyse van de vragenlijsten is een cijfer toegekend aan de antwoord categorieën, dit is vastgelegd in het codeboek. Het codeboek is terug te vinden in Bijlage 3. De resultaten van de vragenlijsten zijn ingevoerd in SPSS. Na het invoeren van de data is deze geïnspecteerd door middel van frequentieverdelingen om te kijken of er afwijkende waarden in voor kwamen, waarna eventuele invoerfouten zijn hersteld (Van Thiel, 2013).

Om de definitieve kenmerken van vakmanschap bij verpleegkundigen vast te stellen is gebruik gemaakt van exploratieve factoranalyse met oblimin rotatie. Door middel van deze methode worden verbanden tussen items inzichtelijk gemaakt waardoor kan worden vastgesteld of er sprake is van één of meerdere factoren in de vragen die zijn gesteld in de vragenlijst (de items) (Van Thiel, 2013). Bij deze analysevorm worden factorladingen gegeven per item. Wanneer de factorlading groter is dan 0,4 en het verschil tussen de factorladingen groter is dan 0,2 is er sprake van een passend item bij een factor. Wanneer de factorlading kleiner is dan 0,4 is er sprake van een zwak item en wanneer het verschil kleiner is dan 0,2 is er sprake van een dubbellader, het item lijkt dan bij twee factoren te horen (Field, 2018). Op basis van deze criteria worden items verwijderd waardoor factoren overblijven met enkel de best passende kenmerken van vakmanschap (Van Thiel, 2013). Door middel van de analyse blijven enkel de kenmerken van vakmanschap over die breed gedragen worden door ziekenhuisverpleegkundigen.

Om verschillen in de kenmerken van vakmanschap tussen verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken inzichtelijk te maken is gebruik gemaakt van een

regressieanalyse. Door middel van een regressieanalyse kan worden vastgesteld of er samenhang bestaat tussen twee of meer variabelen (Van Thiel, 2013). Daarmee is ook de het effect van leeftijd, opleidingsniveau, aantal jaren ervaring, geslacht, of de verpleegkundige nog steeds werkzaam is als verpleegkundige in het ziekenhuis en het type ziekenhuis waar deze werkzaam is (geweest) geanalyseerd (Van Thiel, 2013). Er is een ordinale regressieanalyse uitgevoerd om het effect van continue monitoring op de factoren en afzonderlijke kenmerken van vakmanschap vast te stellen aangezien deze zijn gemeten op basis van een vijfpunts likertschaal. Bij deze analysemethode is sprake van assumpties. Hieronder wordt beschreven of is voldaan aan deze assumpties.

- De eerste assumptie houdt in dat de afhankelijke variabele op ordinaal meetniveau gemeten moet zijn. Aan deze assumptie wordt voldaan. Alle variabelen zijn namelijk gemeten op basis van een vijfpunt-likertschaal.
- De tweede assumptie houdt in dat één of meer van de onafhankelijke variabelen op continu, categorisch of ordinaal meetniveau gemeten moeten zijn. Ook aan deze assumptie is voldaan. Zo zijn de variabelen leeftijd en werkervaring van ordinaal meetniveau.
- De derde assumptie houdt in dat er geen sprake is van multicollineariteit. Dit is het geval wanneer er meerdere onafhankelijke variabelen worden getoetst, bij controle variabelen is dit geen probleem. Aan deze assumptie is daarmee ook voldaan.
- De laatste assumptie gaat over proportional odds. Om te toetsen of aan deze assumptie wordt voldaan is een scatterplot opgevraagd. Op basis van de scatterplot kan worden geconcludeerd dat er voor iedere antwoordcategorie vergelijkbare kansen zijn voor dat de respondent een antwoord invult. Daarmee kan worden geconcludeerd dat aan deze assumptie is voldaan.

Als laatste is een outlier check uitgevoerd. De uitkomsten hiervan zijn te vinden in bijlage 4. Er zijn geen extreme outliers gevonden. De analyses zijn uitgevoerd met en zonder de outliers om het effect hiervan op de resultaten te kunnen bepalen. De resultaten bleken nauwelijks van elkaar te verschillen. Op basis hiervan is ervoor gekozen om de outliers wel mee te nemen in de analyses. Daarmee kan gesteld worden dat is voldaan aan alle assumpties. Bij zowel de factor- als de regressie analyse is uitgegaan van het betrouwbaarheidsinterval 95. Daarnaast is bij de factoranalyse gebruik gemaakt van pairwise deletion van de missings.

Tijdens de uitvoering van de factoranalyse bleek dat er sprake is van een 'Heywood case'. Dit houdt in dat de communaliteit (verklaarde variantie door het item) van een variabele groter dan één is (De Winter, Dodou & Wieringa, 2009). Dit is het geval bij het item: "Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt". Dit zou kunnen komen door een lage variantie van de items. De variantie van de items is bijgevoegd in bijlage

6. Door de factoranalyse methode 'Unweighted least squares' te gebruiken kan worden omgegaan met dit probleem en kan de factoranalyse alsnog uitgevoerd worden.

### **3.6 Kwaliteit van onderzoek**

#### **3.6.1 Validiteit**

Bij validiteit van een onderzoek worden interne en externe validiteit van elkaar onderscheiden. Met interne validiteit wordt de geldigheid van het onderzoek bedoeld; is het effect gemeten wat men wilde meten? (Van Thiel, 2013). Om de interne validiteit van onderzoek te waarborgen is veel zorg besteed aan de kwaliteit van de kenmerken van vakmanschap. Dat wil zeggen dat de kenmerken van vakmanschap een goede afspiegeling vormen van de data uit de interviews. Daarom is eerst een pilot uitgevoerd voor de vragenlijst. Met de uitkomsten van de pilot is de vragenlijst aangepast en verbeterd. Zodoende is ervoor gezorgd dat de indicatoren eenduidig en uitsluitend zijn (Van Thiel, 2013). De interne validiteit van dit onderzoek zal bij de interviews wellicht iets lager kunnen zijn. De interviews zijn bij tien verpleegkundigen afgenomen. Het zou daarom kunnen dat vertekeningen zijn opgetreden. Wel is voordat de interviews werden afgenomen vastgesteld of de verpleegkundigen een visie hadden op vakmanschap. Verpleegkundigen die dit niet hadden werden niet geïnterviewd omdat verwacht werd dat dit weinig informatie zou opleveren. Dit draagt niet bij aan de representativiteit maar wel aan de validiteit omdat de interviews hierdoor veel informatie over vakmanschap opleverden. Daarnaast bleek de hoeveelheid nieuwe informatie tijdens het tiende interview niet groot te zijn.

Daarnaast is er nog niet eerder onderzoek gedaan naar vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen waardoor de uitkomsten nog niet konden worden vergeleken met eerder onderzoek, waardoor de interne validiteit getoetst had kunnen worden. Daarnaast zou de interne validiteit bij de vragenlijsten wat verlaagd kunnen zijn doordat deze op één moment in de tijd zijn afgenomen. Op dat moment was er sprake van de COVID-19 pandemie binnen de ziekenhuizen. Wellicht heeft dit invloed gehad op de resultaten omdat er op dat moment andere prioriteiten werden gesteld binnen de ziekenhuizen.

Het raadplegen van meerdere deskundigen, heeft ook bijgedragen aan het vergroten van de interne validiteit. Dit waren deskundigen op het gebied van vakmanschap, verpleegkunde, het doen van onderzoek en op het gebied van continue monitoring. Zij hebben feedback gegeven op de operationalisatie, de selectie van respondenten, de interview vragen, de vragenlijst en hebben deelgenomen aan de pilot van de vragenlijst. Het verwerken van deze feedback heeft de validiteit van het onderzoek vergroot.

De externe validiteit van een onderzoek betreft de generaliseerbaarheid van het onderzoek; gelden de resultaten ook voor anderen binnen de populatie? (Van Thiel, 2013). De interviews zijn afgenomen bij slechts tien verpleegkundigen. Dit komt de generaliseerbaarheid

van de resultaten niet ten goede. De interviews waren echter vooral belangrijk voor het identificeren van kenmerken van vakmanschap. De generaliseerbaarheid van deze kenmerken is daarna getoetst door middel van vragenlijsten. De vragenlijsten hadden namelijk als doel om te testen of de kenmerken uit de interviews niet alleen door de tien verpleegkundigen werden gezien maar ook door een grotere groep verpleegkundigen..

Daarnaast is aandacht besteed aan de selectie van respondenten. Zowel verpleegkundigen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis als verpleegkundigen die werkzaam zijn in een regionaal ziekenhuis zijn benaderd voor deelname aan de vragenlijst omdat dit een goede afspiegeling vormt van de populatie. Dit onderzoek is wel maar uitgevoerd binnen regio Nijmegen. Het is de vraag of er regionale verschillen bestaan in het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen, dit is niet aannemelijk. Er is echter nog niet eerder onderzoek gedaan naar vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen waardoor er nu nog geen vergelijking kan plaats vinden met eerdere resultaten in andere regio's.

### 3.6.2 Betrouwbaarheid

Met de betrouwbaarheid van onderzoek wordt bedoeld dat vertekeningen en afwijkingen door toeval zoveel mogelijk vermeden zijn, waardoor ervanuit gegaan kan worden dat de uitkomsten systematisch zijn (Van Thiel, 2013; Bleijenbergh, 2016). De betrouwbaarheid van een onderzoek kan gewaarborgd worden wanneer er sprake is van nauwkeurigheid en consistentie van het onderzoek (Van Thiel, 2013). Met de consistentie van het onderzoek wordt de herhaalbaarheid bedoeld. Dat betekent dat de onderzoeker dezelfde resultaten zou behalen wanneer het onderzoek herhaald zou worden (Van Thiel, 2013).

De nauwkeurigheid en herhaalbaarheid in dit onderzoek zijn gewaarborgd door zeer nauwkeurig alle gemaakte stappen en keuzes die hierbij zijn gemaakt te beschrijven. Daarnaast is de vragenlijst en bijgevoegde brief toegevoegd aan het verslag van dit onderzoek. Op die manier kunnen andere onderzoekers hier inzicht in krijgen. Dit draagt bij aan de herhaalbaarheid van het onderzoek. Het gebruik van de interviewhandleiding draagt ook bij aan de herhaalbaarheid van het onderzoek (Van Thiel, 2013). Ieder interview is op dezelfde manier uitgevoerd en iedere respondent heeft vooraf dezelfde informatie gekregen.

Daarnaast is rekening gehouden met de neiging van respondenten om sociaal wenselijke antwoorden te geven door de data van de vragenlijsten en de interviews anoniem te verwerken en is dit ook medegedeeld aan de respondenten. Daardoor zullen zij minder snel geneigd zijn om sociaal wenselijke antwoorden te geven (Van Thiel, 2013).

Ten slotte is de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroot door gebruik te maken van triangulatie van methoden van dataverzameling en databronnen. Triangulatie is het verzamelen of verwerken van informatie op meerdere manieren (Van Thiel, 2013). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere methoden van informatie verzamelen, namelijk

interviews afnemen en het invullen van vragenlijsten. Er zijn tien verpleegkundigen geïnterviewd en hebben 127 ziekenhuisverpleegkundigen een vragenlijst ingevuld. Op die manier is veel informatie verzameld over hetzelfde onderwerp waardoor de kans kleiner is dat de resultaten berusten op toeval (Van Thiel, 2013).

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek behandeld. Voordat de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord kan worden, wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de deelvragen. Deelvraag 1 is al beantwoord in het theoretisch kader. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvraag 2 en 3. Allereerst wordt deelvraag 2 behandeld. Deze deelvraag is beantwoord door middel van tien interviews en 127 ingevulde vragenlijsten. Vervolgens wordt deelvraag 3 beantwoord op basis van een statistische regressieanalyse van de resultaten van de afgenomen vragenlijsten.

### 4.1 Resultaten deelvraag 2

In deze paragraaf wordt, door middel van data uit de interviews en vragenlijsten, een antwoord geformuleerd op de tweede deelvraag:

2. Uit welke kenmerken bestaat het theoretisch concept vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen volgens ziekenhuisverpleegkundigen?

#### 4.1.1 Definitie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen

Veel van de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen die genoemd worden, komen overeen met algemene kenmerken van vakmanschap die in de literatuur gevonden worden. Soms worden de kenmerken echter anders geformuleerd door de verpleegkundigen. In dit onderzoek is ervoor gekozen om de verwoordingen van de verpleegkundigen over te nemen en op die manier zo dicht mogelijk bij perceptie van de verpleegkundigen te blijven.

De geïnterviewde verpleegkundigen geven allemaal aan dat vakmanschap gaat over het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Enkele respondenten (zes) vinden dat een verpleegkundige vakmanschap laat zien als hij iets extra's toevoegt aan de formele functievereisten. Met 'iets extra's' wordt *extra-role performance* bedoeld. Dit verwijst naar activiteiten die geen onderdeel zijn van de formele functieomschrijving van verpleegkundigen in tegenstelling tot *in-role performance* welke activiteiten wel onderdeel zijn van de functieomschrijving (Salanova, Lorente, Chambel, Martinez, 2011).

Eén van de respondenten gaf extra-role performance als volgt weer. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt met een kapper.

*“Bij de ene kapper zijn ze net wat aardiger en persoonlijker dan bij de andere. Je krijgt er bijvoorbeeld een kopje koffie extra, terwijl je bij beide hetzelfde kapsel krijgt. Maar dan vind ik dat de andere kapper meer vakmanschap uitstraalt. Terwijl je bij beide hetzelfde kapsel krijgt.” (Persoonlijke communicatie, respondent 7, 16 april 2020)*

Vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen gaat dus over het bereiken van een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg door middel van extra-role performance. Daarmee wordt onderstaande definitie van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen geformuleerd.

Vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen betekent dat een verpleegkundige de best mogelijke kwaliteit van zorg levert, waarbij sprake is van extra-role performance.

#### 4.1.2 Beroepsgebonden kenmerken.

In hoofdstuk 2.2.1 werden kenmerken van het algemene begrip vakmanschap gegeven. Nu er een definitie van vakmanschap van de ziekenhuisverpleegkundigen is, kunnen deze kenmerken tegen het licht van de definitie worden gehouden.

Allereerst worden de beroepsgebonden kenmerken onder de loep genomen. De kenmerken die bij deze dimensie horen, komen allemaal terug in de beschrijving van het verpleegkundig beroep die door de respondenten wordt gegeven. Tevens geven alle respondenten ongeveer dezelfde beschrijving van het verpleegkundig beroep. Zo kan volgens de respondenten de zorg worden opgesplitst in twee overkoepelende taken: het coördineren van de zorg en het zelf verlenen van de zorg. Bij het coördineren van de zorg hoort het vooruit denken voor de patiënt zodat de verschillende zorgverleners niet op hetzelfde moment komen en de energie van de patiënt gespaard wordt. Bij het verlenen van zorg hoort onder andere het uitvoeren van de verpleegtechnische handelingen zoals het inbrengen van infusen en het psychisch begeleiden van de patiënten. De respondenten benoemen hierbij kenmerken die in de literatuur worden gegeven als kenmerken van algemeen vakmanschap zo is er sprake van een combinatie tussen handelingsvaardigheden en kennis, en is er sprake van complexiteit van het werk. Daarmee kan gesteld worden dat het werk van een ziekenhuisverpleegkundige in de basis bestaat uit beroepsgebonden kenmerken van vakmanschap.

Gesteld wordt dat iedere ziekenhuisverpleegkundige, op basis van de beroepsgebonden kenmerken, potentieel over vakmanschap zal beschikken. Echter geven de respondenten aan dat er volgens hen pas sprake is van vakmanschap als er sprake is van extra-role performance om zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te leveren. Bij de beroepsgebonden kenmerken lijkt daar geen sprake van te zijn. Het lijkt hier te gaan over de in-role performance van verpleegkundigen, taken die iedereen uitvoert. Daarom kan gesteld worden dat de beroepsgebonden kenmerken geen onderdeel zijn van het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen in tegenstelling tot algemeen vakmanschap. Het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen bevat daarom enkel persoonsgebonden kenmerken.

#### 4.1.3 Persoonsgebonden kenmerken

In hoofdstuk 2.2.1 werden persoonsgebonden kenmerken van algemeen vakmanschap gegeven. Hieronder wordt beschreven of deze kenmerken ook van toepassing zijn op het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

##### *Ethische oriëntatie*

Ethische oriëntatie komt voort uit bewustzijn van kennisasymmetrie. Vier verpleegkundigen gaven tijdens de interviews aan dat er sprake is van kennisasymmetrie tussen de verpleegkundige en patiënt en dat het daarom belangrijk is om transparant te zijn in het verstrekken van informatie aan de patiënt. Het informeren van de patiënt wordt door hen als een kenmerk van vakmanschap gezien. Het is daarbij ook van belang dat de verpleegkundige het aangeeft bij de patiënt wanneer zij iets niet weet. Eén verpleegkundige geeft hier een voorbeeld bij van patiënten die boos zijn omdat ze niet weten wat er gebeurt en waar ze aan toe zijn.

*“Er gaan ook veel dingen mis in een groot complex ziekenhuis met afspraken die mis gaan, de ene dokter vertelt dit en de andere dat, de ene verpleegkundige vertelt iets anders dan de andere. Dat daar dingen in mis gaan is ook gewoon begrijpelijk. Maar daar moet je wel open en transparant over zijn.” (Persoonlijke communicatie, respondent 4, 18 maart 2020)*

Geen van de verpleegkundigen benoemt ethische oriëntatie als een kenmerk van vakmanschap. Acht van de tien verpleegkundigen geven wel aan dat het tonen van empathie een belangrijke taak is voor een verpleegkundige. Het lijkt daarom bij dit kenmerk te gaan om een algemeen kenmerk van het beroep, iets wat dus van iedere verpleegkundige verwacht mag worden, niet om extra-role performance. In de definitie van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen zoals benoemd bij 4.1.1 staat dat er sprake moet zijn van extra-role performance. Daarom wordt empathie niet gezien als kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

### *Een op vertrouwen gebaseerde relatie*

Een ander persoonsgebonden kenmerk is een op vertrouwen gebaseerde relatie aangaan. Alle verpleegkundigen gaven tijdens de interviews aan dat het vertrouwen van een patiënt heel belangrijk is. Zo maakt vertrouwen bijvoorbeeld dat een patiënt eerder geneigd zal zijn tot het opvolgen van adviezen die worden gegeven door de verpleegkundigen, gemotiveerder is om te werken aan revalidatie en zijn mening sneller zal uiten. Daarnaast zal een patiënt door vertrouwen in de verpleegkundige eerder geneigd zijn om informatie te delen waar hij zich wellicht eigenlijk voor schaamt. Daarvoor is het van belang om erachter te komen wat patiënten non-verbaal communiceren omdat dit wellicht over zaken gaat die de patiënt niet uit durft te spreken. Dit kan essentiële informatie zijn voor de verpleegkundige.

*“Je vraagt heel veel van een patiënt. Sowieso al met wassen. Een patiënt moet zich bloot geven en dingen kunnen vertellen. Patiënten vertellen dingen in vertrouwen maar dat doen ze pas als ze jou vertrouwen. Het is voor jou als verpleegkundige heel belangrijk dat je dat soort dingen ook weet. Als ze zich aan dingen niet houden. Dat je daar ook over in gesprek kunt gaan. Je voert soms gevaarlijke handelingen uit. Daar moet de patiënt jou in kunnen vertrouwen. Erop kunnen vertrouwen dat jij weet wat je doet en dat je daarvoor opgeleid bent. Dat je ook bent die hij denkt dat hij voor zich heeft. Dat hij een verpleegkundige voor zicht heeft en niet een verpleegkundige met een helpende diploma. Vertrouwen is gewoon in heel veel dingen... een patiënt is 8 uur per dag, zo lang je dienst duurt, aan je overgeleverd en is die afhankelijk van jou. Dat jij de dingen goed in de gaten houdt. Dat je de controles doet. Dat je weet waar het over gaat. Ik noem de verpleegkundige ook vaak de advocaat van de patiënt. Je moet ook opkomen voor de patiënt. De patiënt moet er ook vanuit kunnen gaan dat jij zijn of haar belangen bij artsen of bij andere disciplines goed behartigd. Daar zit heel veel vertrouwen tussen.” (Persoonlijke communicatie, respondent 4, 18 maart 2020)*

Door te investeren in de vertrouwensrelatie kan dit de verpleegkundige in staat stellen om wat ‘extra’s’ toe te voegen aan de zorg. Om een vertrouwensrelatie te bereiken is het erg belangrijk om transparant te zijn en de belangen van de patiënt te beschermen. Een voorbeeld voor het beschermen van de belangen van een patiënt werd gegeven door een respondent: De verpleegkundige moet ervoor waken dat bijvoorbeeld een fysiotherapeut niet heel inspannende dingen gaat doen met de patiënt wanneer deze zonder fysiotherapie al te moe is om 's middags nog bezoek te ontvangen, of dat een arts geen behandeling voorschrijft waar de patiënt niet achter staat.

Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt wordt gezien als extra-role performance. Dit is daarom opgenomen als dimensie van kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Kenmerken van vakmanschap die bij deze dimensie horen zijn:

- Het goed informeren van de patiënt
- De belangen van de patiënt beschermen
- Het aangeven wanneer de verpleegkundige iets niet weet

### *Bevlogenheid*

Een ander persoonsgebonden kenmerk is bevlogenheid. Tijdens de interviews werd duidelijk dat dit als een belangrijk kenmerk gezien wordt van vakmanschap, negen van de tien verpleegkundigen gaven dit aan. De aanwezigheid van bevlogenheid bij verpleegkundigen zorgt ervoor dat zij intrinsiek gemotiveerd zijn om wat extra's te bieden in het werk. De bevlogenheid van de verpleegkundige is daarnaast sterk gericht op anderen. Zij willen anderen helpen en er voor hen zijn. Het volgende citaat geeft aan waarom bevlogenheid belangrijk is voor de extra-role performance van een verpleegkundige en laat zien dat deze gericht is op anderen. Alle verpleegkundigen gaven aan dat zij dit werk zijn gaan doen omdat ze mensen wilde helpen.

*“Je moet het echt leuk vinden. Dat is gewoon heel erg belangrijk. Ook dingen daarnaast die je beroep vaak van je vraagt dat je naar congressen gaat, dat je dingen leest. Niet iedereen heeft altijd zin om het gesprek met collega's aan te gaan. Weer een moeilijke feedback gesprek. Daarvoor moet je wel bevlogen zijn. Het vraagt soms veel van je. Iets voor patiënten betekenen, ja dat vraagt ook geen instelling: mijn werk duurt tot 16 uur. Soms moet het wel even doorgaan. Dat is voor die mensen belangrijk.” (Persoonlijke communicatie, respondent 4, 18 maart 2020)*

In dit citaat lijkt met bevlogenheid bedoeld te worden dat de verpleegkundige het eigenbelang aan de kant zet om de patiënt zo goed mogelijk te helpen. Dat kwam in meerdere interviews naar voren. Dit gaat enerzijds om de bereidheid om in eigen tijd met werk bezig te zijn, maar ook de eigen gezondheid van verpleegkundigen lijkt minder belangrijk te zijn dan het leveren van zorg voor patiënten. Dit is ook te zien in verschillende publicaties in de pers rond de COVID-19 crisis. Verpleegkundigen in de zorg blijven zorg leveren ook als er eigenlijk te weinig beschermingsmiddelen beschikbaar zijn voor de medewerkers (Visser, 2020). Verpleegkundigen blijven hun werk uitvoeren, ook wanneer dit hun eigen gezondheid in gevaar kan brengen.

Uit bovenstaande blijkt dat verpleegkundigen het gebruikte begrip bevlogenheid interpreteren als “het ondergeschikt maken van eigenbelang”. Dit wordt gezien als extra-role performance en daarom opgenomen als dimensie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Kenmerken die bij deze dimensie horen zijn:

- Het bereid zijn om in eigen tijd met werk bezig te zijn

- De eigen gezondheid van de verpleegkundige wordt minder belangrijk gevonden dan het leveren van zorg voor de patiënten

De aanwezigheid van bevlogenheid getuigt van een grote intrinsieke motivatie. Contrasterend is extrinsieke motivatie, in de vorm van het salaris van verpleegkundigen, ook regelmatig ter sprake gekomen. De respondenten geven aan dat zij te weinig verdienen voor het werk wat zij doen. Vier verpleegkundigen geven daarnaast wel aan dat zij het salaris niet heel belangrijk vinden. Deze extrinsieke motivatie lijkt een minder grote rol te spelen.

*“Je kan wel verwachten dat je kiest voor dit beroep om de goede reden: om mensen te helpen. Dat is echt de goede reden om de zorg in te gaan. Niet omdat je de hypotheek moet aflossen. Want dat straalt je uit. Patiënten zien dat ook: “De hypotheek zuster was er gisteren avond”. Dat zien ze echt! Dat heb ik vaak gehoord” (Persoonlijke communicatie, respondent 2, 17 maart 2020)*

Onderstaande verpleegkundige geeft aan waar de motivatie voor haar werk vandaan komt. Zij geeft daarbij ook aan dat ze maximale kwaliteit van zorg wil leveren. Dat sluit aan bij de definitie van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen die uit de interviews naar voren komt.

*“Ik probeer me voor te stellen van als jouw vader, moeder, echtgenoot of kind in het ziekenhuis ligt: wat zou je willen dat er gebeurt? En die bevlogenheid probeer ik dus uit te stralen om het maximale eruit te halen voor m'n patiënten. En dat verwacht ik dat andere dan ook voor mij of mijn familie, geliefden zouden doen.” (Persoonlijke communicatie, respondent 8, 20 mei 2020)*

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat extrinsieke motivatie geen kenmerk van vakmanschap is.

### *Beroepsstandaarden*

Het volgende kenmerk is het uitvoeren van taken volgens beroepsstandaarden. Dit bleek vooral van belang te zijn bij de taak van verpleegkundigen om de patiënt lichamelijk en psychisch verzorgen. De beroepsstandaarden werden tijdens de interviews door de respondenten vertaald naar protocollen en richtlijnen. Het opvolgen van deze protocollen en richtlijnen is volgens hen belangrijk voor het bieden van continuïteit van zorg. Het werd genoemd als iets wat van iedere verpleegkundige verwacht mag worden en is daarom geen extra-role performance en dus geen onderdeel van vakmanschap.

Het is volgens de respondenten wel vakmanschap als de verpleegkundige op basis van haar eigen kennis en vaardigheden ervoor kiest om af te wijken van de protocollen omdat dat beter bij de situatie past.

*“Iedereen kan volgens een handleiding een Ikea kast in elkaar zetten. Iedereen kan volgens een handleiding een paracetamol malen en door een sonde geven. Het wordt pas een ander verhaal als je denkt van: “Oh wacht even... Het is misschien niet handig bij deze operatie of kan beter intraveneus worden gegeven of nog iets anders erbij.” (Persoonlijke communicatie, respondent 1, 11 mei 2020)*

Bij het afwijken van protocollen speelt de intuïtie van de verpleegkundige ook een grote rol. De verpleegkundige bouwt dit op door veel ervaring op te doen. Dit wordt ook wel het ‘onderbuikgevoel’ genoemd door verpleegkundigen. Alle verpleegkundigen gaven aan dat dit een belangrijke rol speelt bij het leveren van zorg voor patiënten, doordat ze bijvoorbeeld een verslechtering zien van een patiënt die nog niet direct uit de cijfers terugkomt. Hierbij lijkt eigenlijk sprake te zijn van het belang van onbewuste kennis voor de uitoefening van het beroep (een beroepsgebonden kenmerk). De verpleegkundigen gebruiken hierbij alleen andere bewoordingen. Daarnaast geven zij aan dat het hierbij om een handeling gaat die een persoon uit moet voeren en geen kenmerk van het werk. Daarom wordt dit kenmerk persoonsgebonden en wel opgenomen als kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. De verpleegkundigen geven wel aan dat de dit ‘onderbuik gevoel’ getoetst moet worden met andere onderzoeken door de verpleegkundige of arts. De intuïtie klopt niet altijd. Het is daarom vakmanschap als de verpleegkundige dit deelt met anderen en niet bang is om geen gelijk te hebben maar alle informatie wil verstrekken aan bijvoorbeeld de arts zodat deze de beste behandeling kan voorschrijven.

*“Ja dat onderbuikgevoel dat is er natuurlijk wel eens. Ook niet altijd terecht. Soms heb ik dat en dan valt het eigenlijk allemaal wel mee. Maar het is denk ik vakmanschap dat je dat durft uit te spreken. Dat je dat niet alleen voor jezelf houdt.” (Persoonlijke communicatie, respondent 8, 20 mei 2020)*

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat het werken volgens beroepsstandaarden geen kenmerk van vakmanschap is. Het is wel een kenmerk van vakmanschap om af te wijken van protocollen wanneer deze ontoereikend zijn. Een ander kenmerk van vakmanschap is het uitspreken van wat de intuïtie een verpleegkundige ingeeft.

### *Nieuwe kenmerken*

De verpleegkundigen gaven in de interviews nog een aantal kenmerken van vakmanschap, die niet werden genoemd in de literatuur. Namelijk de aanwezigheid van perfectionisme die ervoor zorgt dat de verpleegkundige altijd naar de hoogste kwaliteit streeft. Daarnaast is er

sprake van extra-role performance wanneer de verpleegkundige de hele patiënt in kaart brengt, het gaat hierbij niet enkel over de lichamelijke klachten maar ook over de psychische klachten van een patiënt. Bij de psychische klachten van een patiënt is het extra van belang om maatwerk te bieden aangezien ieder mens anders reageert en de verpleegkundige moet daar op in kunnen spelen. Routine (wat volgens de literatuur een kenmerk is van algemeen vakmanschap) wordt dan ook gezien als iets wat niet bij vakmanschap hoort volgens de verpleegkundigen. Alle verpleegkundigen zagen routine als iets negatiefs. Bij routine wordt er namelijk geen maatwerk geboden. Daarnaast geven ze aan dat routine ook betekent dat je iets op de automatische piloot doet en daarom niet meer kritisch nadenkt. Routine is echter wel nodig om sommige handelingen wat sneller uit te kunnen voeren door de ervaring die je hebt opgedaan. Daarbij is het wel van belang om kritisch na te blijven denken en maatwerk te leveren.

Uit bovenstaande blijkt dat er sprake is van vakmanschap wanneer de verpleegkundige maatwerk levert bij het verlenen van zorg, hierbij is sprake van extra-role performance. Daarom is dit opgenomen als dimensie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Kenmerken die bij deze dimensie horen zijn:

- De verpleegkundige weet wanneer protocollen ontoereikend zijn
- De verpleegkundige wil de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg leveren
- De verpleegkundige is perfectionistisch in het uitvoeren van de zorg
- De verpleegkundige baseert het handelen op intuïtie
- De verpleegkundige brengt de individuele zorgbehoeften van een patiënt in kaart
- De verpleegkundige heeft aandacht voor zowel lichamelijke- als psychische klachten van een patiënt

#### *Beoordelen eigen handelen en raadplegen informatiebronnen*

Alle verpleegkundigen gaven aan dat het van belang is om actief eigen vaardigheden en kennis te verbeteren. Daarvoor moeten zij regelmatig protocollen en literatuur doornemen en om kritisch blijven kijken naar een situatie. Daarnaast worden ook regelmatig collega's gevraagd om mee te denken. Dit sluit ook aan bij het kenmerk: raadplegen van verschillende informatiebronnen. Daarbij is het van belang om te willen leren van feedback van collega's en nieuwe inzichten snel toe te passen in de praktijk. Hierbij is sprake van extra-role performance. Zo waren er jaren geleden andere standaard behandelingen bij verpleegproblemen. Sommige behandelingen zijn nu heel erg achterhaald zoals 'ijzen en fönen' bij doorligplekken (decubitus). De nieuwste inzichten geven aan dat deze behandelingen helemaal niet helpen

en het probleem zelfs erger te maken. Dit wordt nu als schoolvoorbeeld gebruikt voor waarom het belangrijk is om de nieuwste ontwikkelingen bij te houden.

*“Ja als je stil gaat zitten, we ijzen en föhnen nu niet meer. 25 jaar geleden waren er nog niet zo veel antidecubitus bedden. Als je dat nu blijft werken zoals je dat ooit geleerd hebt dan ben je nu hopeloos achterhaald.” (Persoonlijke communicatie, respondent 4, 18 maart 2020)*

Volgens zeven verpleegkundigen komen er in rap tempo nieuwe innovaties bij maar worden deze niet gelijk geïmplementeerd. Sommige verpleegkundigen geven soms ook weerstand tegen de veranderingen zoals te zien is in onderstaand citaat.

*“Je moet niet denken: “wij hebben altijd..” dat hoor je ook vaak bij onze collega’s die vroeger de opleiding of inservice opleiding hebben gedaan. Die hebben tegenwoordig vaak moeite “nee vroeger deden we het zo dus zo moet het” maar zoveel is veranderd.” (Persoonlijke communicatie, respondent 2, 17 maart 2020)*

Volgens de verpleegkundigen is leergierig zijn extra-role performance en is daarom opgenomen als dimensie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Kenmerken die hierbij horen zijn:

- Kritisch nadenken over de geboden zorg
- Actief opzoek te gaan naar nieuwe inzichten
- Actief verschillende bronnen raadplegen
- Actief bezig zijn met continu vergroten van kennis en vaardigheden
- Willen leren van feedback

#### *Bovengeslacht maken van kwaliteit aan financiële doelstellingen*

Een volgend kenmerk van vakmanschap welke is uitgevraagd tijdens de interviews was het bovengeslacht maken van kwaliteit aan financiële doelstellingen. De kwaliteit van de zorg wordt zeer belangrijk gevonden door verpleegkundigen en gezien als een deel van de definitie van vakmanschap. Twee verpleegkundigen waren het er echter niet mee eens dat financiële doelstellingen niets te maken hebben met kwaliteit van zorg. Betaalbare zorg is volgens hen ook kwaliteit van zorg. Tijdens de interviews kwam verder naar voren dat kwaliteit van zorg betekent dat de arts en patiënt tevreden zijn met de zorg en dat actuele inzichten over de zorg worden gevolgd. Daar lijken financiële doelstelling dan minder mee te maken te hebben. Hier lijkt een verschil te bestaan tussen de opvatting van de bestuurder en de uitvoerder (de verpleegkundige). Omdat niet alle verpleegkundigen het hier over eens waren is ervoor gekozen dit kenmerk niet mee te nemen als kenmerk van vakmanschap.

### *Kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen*

Tijdens de interviews is het verhogen van de kwaliteit van zorg op de gehele afdeling als kenmerk van vakmanschap genoemd, hierbij is eveneens sprake van extra-role performance. Dit kenmerk is niet in de literatuur beschreven. Het is volgens verpleegkundigen belangrijk om zichzelf uit te dagen om zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te leveren en daarom na te gaan wat je weet en de ontbrekende kennis actief aan te vullen. Dit proces kan echter niet altijd alleen doorlopen worden. Daarom speelt de samenwerking met collega's hier ook een grote rol in.

*“Als je zelf denkt dat je iets goed hebt gedaan maar je hebt er heel weinig verstand van dan kan het best zijn dat je dingen mist. Als je dan zelf gaat beoordelen of je het goed hebt gedaan. Dan kan het best zijn dat je denkt dat het prima ging terwijl dat niet zo was. Dan heb je juist iemand nodig die er nog een keer overheen scant en zegt: oh dat had je even anders moeten doen.” (Persoonlijke communicatie, respondent 1, 11 mei 2020)*

Voor het verhogen van de kwaliteit van zorg is het belangrijk dat verpleegkundigen gemotiveerd zijn om kennis over te dragen op andere collega's en studenten, hierbij is sprake van extra-role performance.

*“Elkaar stimuleren om te groeien is belangrijk. Niet achter de rug over iemand praten omdat ze iets niet weet. Misschien als je haar helpt weet ze het en ben je een goed sterk team. Open sfeer, elkaar stimuleren, meeslepen van diegenen die minder goed zijn en haar ook laten groeien.” (Persoonlijke communicatie, respondent 2, 17 maart 2020)*

Daarnaast vinden verpleegkundigen het zeer belangrijk dat anderen binnen het team worden gesteund. Omdat het werk zwaar is en je elkaar soms moet steunen wanneer er heftige situaties zijn geweest, dit zorgt ervoor dat je als team beter de zorg kan bieden. Dit geldt zowel voor collega's als voor artsen.

*“Het werk is emotioneel, je hebt te maken met zware ziektes. Niet gewoon malaria of een kleine griep die morgen weg gaat. Vaak zijn het chronische of dodelijke dingen. Daar moet je ook met elkaar mee omgaan.” (Persoonlijke communicatie, respondent 2, 17 maart 2020)*

Het verhogen van de kwaliteit van zorg op de afdeling wordt gezien als een dimensie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Kenmerken van vakmanschap zijn hierbij:

- Steun bieden aan collega's in moeilijke situaties
- Gemotiveerd zijn om kennis over te dragen op andere collega's en studenten

#### 4.1.4 Visuele weergave van kenmerken van vakmanschap volgens de interviews

In tabel 3 worden de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen verkregen uit de interviews weergegeven. Daarbij wordt bij de dimensies cursief het oorspronkelijke kenmerk van algemeen vakmanschap uit de literatuur weergegeven.

**Tabel 3**

*Kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen verkregen uit de interviews en dimensies uit de literatuur*

<b>Dimensies</b>	<b>Kenmerken</b>
Vertrouwensrelatie met patiënt opbouwen <i>Vertrouwensrelatie met de klant opbouwen</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bij de patiënt eerlijk aangeven wanneer je iets niet weet</li><li>• Belangen van de patiënt beschermen</li><li>• Informeren van de patiënt</li></ul>
Eigenbelang ondergeschikt <i>Komt nog niet voor in de literatuur</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bereid om in eigen tijd met werk bezig te zijn</li><li>• Eigen gezondheid is minder belangrijk dan het leveren van zorg voor de patiënten</li></ul>
Maatwerk bieden <i>Komt nog niet voor in de literatuur, een onderdeel wel: het belang van onbewuste kennis (intuïtie).</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Weten wanneer protocollen ontoereikend zijn</li><li>• Hoogst mogelijke kwaliteit van zorg leveren</li><li>• Perfectionistisch zijn in het uitvoeren van de zorg</li><li>• Het uitspreken van wat de intuïtie een verpleegkundige ingeeft</li><li>• De individuele zorgbehoeften van een patiënt in kaart brengen</li><li>• Aandacht hebben voor zowel lichamelijke als psychische klachten van de patiënt</li></ul>
Leergierig zijn <i>Raadplegen van verschillende informatiebronnen</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Handelen aanpassen op de nieuwste inzichten</li><li>• Kritisch nadenken over hoe de zorg wordt geboden</li><li>• Actief verschillende bronnen raadplegen</li><li>• Willen leren van feedback</li><li>• Actief bezig zijn met continu vergroten van kennis en vaardigheden.</li></ul>
Kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen <i>Komt nog niet voor in de literatuur</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Steun bieden aan collega's in moeilijke situaties</li><li>• Gemotiveerd zijn om kennis over te dragen op andere collega's en studenten</li></ul>

#### 4.1.5 Factoranalyse kenmerken van vakmanschap

Na het uitvoeren van de interviews is een vragenlijst uitgezet bij meer verpleegkundigen. In deze vragenlijst werd de verpleegkundigen gevraagd in hoeverre zij een item bij vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen vinden horen. Op de vragen kon worden geantwoord op basis van een vijfpunts likertschaal: helemaal eens (5), eens (4), neutraal (3), oneens (2) en helemaal oneens (1). Allereerst zijn de gemiddelden van de antwoorden op de vragen in de vragenlijst bestudeerd. Wanneer een gemiddelde kleiner is dan twee (oneens of helemaal oneens) is dit item niet beschouwd als een onderdeel van vakmanschap door de respondenten. In tabel 4 worden de items met N, minimum- en maximum score, en het gemiddelde weergegeven. Daarnaast wordt beschreven bij welke dimensie de items horen en worden deze gelabeld.

**Tabel 4***Gemiddelden van de antwoorden van respondenten*

<b>Items</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Gemiddelde</b>
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied. <i>(Leergierig zijn 2)</i>	118	4	5	4,73
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires. <i>(Kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen 2)</i>	116	4	5	4,71
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties. <i>(Kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen 1)</i>	117	3	5	4,68
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt. <i>(Maatwerk bieden 6)</i>	125	3	5	4,66
Dat ik de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg lever. <i>(Maatwerk bieden 2)</i>	117	2	5	4,62
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm. <i>(Activiteiten voor opbouwen vertrouwensrelatie patiënt 2)</i>	125	3	5	4,60
Dat ik de patiënt optimaal informeer over de zorg die ik verleen. <i>(Activiteiten voor opbouwen vertrouwensrelatie patiënt 3)</i>	125	3	5	4,60
Dat ik wil leren van de feedback van collega's. <i>(Leergierig zijn 4)</i>	117	4	5	4,60
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet. <i>(Activiteiten voor opbouwen vertrouwensrelatie patiënt 1)</i>	125	3	5	4,56
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten. <i>(Leergierig zijn 1)</i>	117	3	5	4,55
Dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel. <i>(Maatwerk bieden 5)</i>	125	3	5	4,53
Dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten. <i>(Leergierig zijn 5)</i>	125	3	5	4,50
Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer. <i>(Leergierig zijn 3)</i>	118	2	5	4,30
Dat ik afwijk van protocollen als ik denk dat dat nodig is. <i>(Maatwerk bieden 1)</i>	124	1	5	4,19
Dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt. <i>(Maatwerk bieden 3)</i>	125	1	5	3,94
Dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie. <i>(Maatwerk bieden 4)</i>	125	1	5	3,67
Dat ik bereid ben om in eigen tijd met werk bezig te zijn. <i>(Eigenbelang ondergeschikt 1)</i>	116	1	5	2,63
Dat ik bereid ben mijn eigen gezondheid in gevaar te brengen zodat de zorg voor de patiënten gewaarborgd kan worden. <i>(Eigenbelang ondergeschikt 2)</i>	116	1	5	1,92

Zoals te zien is in bovenstaande tabel is het gemiddelde van het item *Eigenbelang ondergeschikt 2* kleiner dan twee. Dit betekent dat het gemiddelde antwoord op de vraag of dit een kenmerk van vakmanschap is 'oneens' was. Verpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld zijn het blijkbaar niet eens met de verpleegkundigen die zijn geïnterviewd over dat dit een kenmerk van vakmanschap is. Het gemiddelde van het item *Eigenbelang ondergeschikt 1* is ook laag. Het gemiddelde antwoord op de vraag of dit een kenmerk van vakmanschap is, was 'neutraal' daarom moet de aanwezigheid van dit kenmerk voorzichtig worden gesteld. Het gemiddelde van de overige items is dusdanig hoog dat kan worden aangenomen dat de aanwezigheid van deze kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen aannemelijk is.

Vervolgens is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd met alle items. De Cronbach's Alpha van deze schaal is 0,83. De betrouwbaarheid is hoog. Dit is namelijk het geval wanneer de Cronbach's Alpha groter dan 0,7 is. De betrouwbaarheid van de schaal wordt groter wanneer het item *Maatwerk bieden 4* wordt verwijderd. De Cronbach's Alpha stijgt dan naar 0,84. Dit betekent dat de variabelen informatie verzamelen over hetzelfde fenomeen. Daarom kan gesteld worden dat de vragen uit de vragenlijst allemaal daadwerkelijk hetzelfde meten, vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

Door middel van een factoranalyse is een samenhangend verband tussen meerdere variabelen gezocht. Deze samenhangende variabelen vormen samen een factor. Deze factor is meetbaar te maken door gebruik te maken van onderliggende variabelen (Van Thiel, 2013). Door middel van de factoranalyse is inzicht verkregen in de onderliggende factoren en variabelen van het begrip vakmanschap. Vervolgens is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd om de betrouwbaarheid van de factoren te meten.

Uit de analyse van de interviews lijkt er sprake te zijn van vijf factoren, zoals te zien is in 4.1.5. Om het daadwerkelijke aantal factoren te onderzoeken is een explorerende factoranalyse met een oblimin rotatie en pairwise deletion van de missings uitgevoerd. Uit de factoranalyse blijkt dat vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen wordt gevormd door twee factoren.

Allereerst is een factoranalyse uitgevoerd met alle variabelen. Een tabel met alle items en bijbehorende factorladingen is weergegeven in bijlage 7. Op basis van de 'communalities' tabel en de factorladingen zijn items één voor één verwijderd. Een item is verwijderd wanneer deze lager scoorde dan 0,2 in de 'communalities' tabel of uit de factorladingen bleek dat het ging om een dubbellader (het verschil tussen de factorladingen was niet groter dan 0,2) of een zwak item (de factorlading was niet groter dan 0,4). Er zijn net zo lang variabelen verwijderd totdat er geen sprake meer was van dubbelladers of zwakke items. De items en factoren die uiteindelijk over blijven worden aangemerkt als definitieve factoren met bijbehorende items.

De volgende items zijn achtereenvolgens verwijderd:

- Dat ik de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg lever.
- Dat ik bereid ben om in eigen tijd met werk bezig te zijn.
- Dat ik afwijk van protocollen als ik denk dat dat nodig is.
- Dat ik de patiënt optimaal informeer over de zorg die ik verleen.
- Dat ik bereid ben mijn eigen gezondheid in gevaar te brengen zodat de zorg voor de patiënten gewaarborgd kan worden.
- Dat ik wil leren van de feedback van collega's.

Dit heeft vervolgens geleid tot de factoren in tabel 5.

**Tabel 5**

*Factoren na verwijdering items met bijbehorende dimensies 4.1.5*

<b>Item</b>	<b>Factorlading factor 1</b>	<b>Factorlading factor 2</b>
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten. <i>(Leergierig zijn 1)</i>	0,77	-0,11
Dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten. <i>(Leergierig zijn 5)</i>	0,73	-0,09
Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer. <i>(Leergierig zijn 3)</i>	0,73	-0,23
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires. <i>(Kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen 2)</i>	0,71	0,01
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied. <i>(Leergierig zijn 2)</i>	0,71	-0,05
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm. <i>(Activiteiten voor opbouwen vertrouwensrelatie patiënt 2)</i>	0,63	0,22
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet. <i>(Activiteiten voor opbouwen vertrouwensrelatie patiënt 1)</i>	0,58	0,09
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt. <i>(Maatwerk bieden 6)</i>	0,58	0,16
Dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel. <i>(Maatwerk bieden 5)</i>	0,57	0,23
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties. <i>(Kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen 1)</i>	0,53	0,11
Dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie. <i>(Maatwerk bieden 4)</i>	-0,05	0,61
Dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt. <i>(Maatwerk bieden 3)</i>	0,22	0,47

De dimensie “eigenbelang ondergeschikt” uit paragraaf 4.1.5. komt niet terug in een van beide factoren. De gemiddelden van deze items waren ook erg laag. Deze items worden door middel van de factoranalyse dan ook verwijderd als kenmerken van vakmanschap. Factor 1 wordt gevormd door kenmerken van de dimensie *leergierig zijn*, alle kenmerken van de dimensie *kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen*, kenmerken van de dimensie *activiteiten*

voor *opbouwen vertrouwensrelatie patiënt* en kenmerken van de dimensie *maatwerk bieden*. Factor 2 bestaat uit twee van de kenmerken van de factor *maatwerk bieden*.

Volgens Factor 1 is een onderdeel van vakmanschap dat de verpleegkundige actief bezig is met zelfontwikkeling om tot een hogere kwaliteit van door zichzelf en door collega's geleverde zorg te komen waarbij aandacht is voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt en het leveren van zorg op basis van de individuele lichamelijke en psychische behoeften van de patiënt zijn hierbij van belang. Het beschermen van de belangen van patiënten werd tijdens de interviews vaak genoemd in het kader van samenwerking. In die samenwerking moet de verpleegkundige ervoor zorgen dat de patiënt de best passende zorg krijgt. Dit zorgt ervoor dat de kwaliteit van zorg op de afdeling in zijn geheel vergroot wordt. Daarnaast moet zorg op basis van de individuele lichamelijke en psychische individuele behoeften van de patiënt worden geleverd. In het vervolg wordt Factor 1 in dit onderzoek 'Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt' genoemd.

De tweede factor laat zien dat een onderdeel van vakmanschap is dat de zorg voor patiënten op een bepaalde manier geleverd wordt. Namelijk door middel van het uitspreken van wat de intuïtie een verpleegkundige ingeeft en perfectionistisch het werk uitvoeren. Dit lijkt in eerste instantie tegenstrijdig. Wellicht is het echter perfectionistisch om ook de ingevingen die je als verpleegkundige krijgt door middel van intuïtie serieus te nemen en te delen met collega's. Hierdoor worden meer factoren in acht genomen bij het bieden van zorg wanneer een verpleegkundige over veel vakmanschap beschikt door perfectionistisch te zijn en intuïtie een rol te laten spelen, de zorg wordt hierdoor volwaardiger. In het vervolg wordt factor twee in dit onderzoek 'volwaardige zorgverlening' genoemd.

Vervolgens is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd voor de twee factoren. Allereerst is deze uitgevoerd voor de factor 'verbeteren van de door de hele afdeling geleverde zorg op basis van individuele zorgbehoeften met aandacht voor de vertrouwensrelatie met de patiënt'. De Cronbach's alpha heeft een waarde van 0,88. Het gaat hier om een betrouwbare schaal. Hier is namelijk sprake van wanneer de Cronbach's alpha groter is dan 0,7. Vervolgens is gekeken of deze nog hoger wordt wanneer er een variabele wordt verwijderd. Dit is niet het geval. Op basis van deze berekening kan geconcludeerd worden dat de factor 'Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt' een betrouwbare schaal is en meegenomen kan worden in een regressieanalyse.

Daarna is de betrouwbaarheidsanalyse voor de factor 'Volwaardige zorgverlening' uitgevoerd. Aangezien het hier gaat over een factor met twee variabelen is niet het alpha model maar het split-half model gebruikt. Hierbij was sprake van een Spearman-Brown Coefficient equal length van 0,52. Dit is onder de benodigde 0,7. Deze schaal is daarom zwak. Het is niet mogelijk om een variabele te verwijderen aangezien er dan geen schaal meer over blijft. Een factor op basis van twee variabelen wordt over het algemeen gezien als een zwakke schaal

op basis waarvan voorzichtig om moet worden gegaan met resultaten uit verdere analyses (Yong & Pearce, 2013). De factor wordt wel gebruikt in een regressieanalyse. De uitkomsten van deze analyse moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd door de lage betrouwbaarheid.

#### 4.1.6 Samenvatting

Door middel van factoranalyse op basis van 127 vragenlijsten kan worden geconcludeerd dat vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen uit twee factoren bestaat: ‘Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt’ en ‘Volwaardige zorgverlening’. De bijbehorende kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen worden weergegeven in tabel 6.

**Tabel 6**

*Kenmerken bij de twee factoren van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen*

<b>Factor: Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt</b>	<b>Factor: Volwaardige zorgverlening</b>
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.	Dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie.
Dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten.	Dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt.
Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.	
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.	
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.	
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm.	
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.	
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.	
Dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel.	
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	

De kenmerken welke naar voren kwamen uit de interviews komen in grote mate terug na de factoranalyse. Zo blijken vier van de vijf dimensies uit de interviews, na de factoranalyse, kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen te bevatten. Van de dimensie uit de interviews ‘vertrouwensrelatie met patiënt opbouwen’ komt enkel het kenmerk ‘informereren van de patiënt’ niet meer terug na de factoranalyse. De kenmerken van de dimensie ‘eigenbelang ondergeschikt’ blijken niet terug te komen na de factoranalyse. Deze kenmerken hadden ook de grootste gemiddelden wat betekent dat de respondenten deze kenmerken de minst passende kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen vonden. Van de dimensie ‘maatwerk bieden’ komen twee kenmerken niet meer voor na de factoranalyse: ‘weten wanneer protocollen ontoereikend zijn’ en ‘hoogst mogelijke kwaliteit van zorg leveren’. Van de dimensie ‘leergierig zijn’ komt het kenmerk ‘willen leren van feedback’ niet meer voor na de factoranalyse. Ten slotte komen alle

kenmerken van de dimensie 'kwaliteit van zorg op de afdeling verhogen' voor na het uitvoeren van de factoranalyse.

#### **4.2 Resultaten deelvraag 3**

In deze paragraaf wordt, door middel van data uit 127 vragenlijsten, een antwoord geformuleerd op de volgende deelvraag:

3. Heeft het werken met continue monitoring effect op de kenmerken van vakmanschap die door ziekenhuisverpleegkundigen worden erkend?

Voor de beantwoording van deze deelvraag is een regressieanalyse uitgevoerd. Zoals in hoofdstuk 3.6.2 is beschreven zijn de assumpties getoetst en is er voor de beantwoording van deze deelvraag gebruik gemaakt van ordinale regressie analyse en pairwise deletion van de missings.

In deze paragraaf wordt de in hoofdstuk 2.4 beschreven hypothese getoetst: Verpleegkundigen die met continue monitoring werken formuleren andere kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen dan verpleegkundigen die hier niet mee werken.

Voor de beantwoording van de deelvraag worden allereerst regressieanalyses uitgevoerd met de twee factoren van vakmanschap zodat kan worden onderzocht of continue monitoring effect heeft op de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

4.2.1 Factor: Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt  
Allereerst is een regressieanalyse uitgevoerd met de factor 'Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt' als afhankelijke variabele en de controle- en continue monitoring variabelen als onafhankelijke variabelen. Door middel van de regressieanalyse wordt onderzocht of de onafhankelijke variabelen effect hebben op deze factor van vakmanschap. De coëfficiënten,  $R^2$  (Nagelkerke) en Pearson Chi-Square worden gepresenteerd in tabel 7.

**Tabel 7**

*Regressiecoëfficiënten, R<sup>2</sup> en Pearson Chi-Square voor factor: Verbeteren van het vervullen van individuele zorgbehoeften op de afdeling op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt*

<b>Onafhankelijke variabele</b>	<b>B</b>	<b>p</b>
Continue monitoring	-0,67	0,28
Geslacht	-1,85	0,02
Leeftijd	-0,10	0,74
Werkervaring	0,38	0,13
Praktiserend	0,69	0,25
Opleiding	0,14	0,67
Ziekenhuis= Perifeer	0,12	0,83
Ziekenhuis= Academisch	0*	-
Afdeling= Interne geneeskunde	-0,30	0,79
Afdeling= Snijdend	-0,54	0,58
Afdeling= Polikliniek	-0,58	0,57
Afdeling= Flexwerk	0*	-
<b>R<sup>2</sup></b>	0,16	
<b>Pearson Chi-square</b>	751,45	
<b>p</b>	0,68	

**Opmerking: Aanduiding met \* indiceert de referentiewaarde**

Als deze tabel wordt beoordeeld kan geconcludeerd worden dat enkel de invloed van de variabele geslacht op het model significant is. De invloed van deze variabele op de factor is (-)1,85. Dit geeft aan dat de kans dat een ziekenhuisverpleegkundige deze factor erkent als kenmerk van vakmanschap groter wordt wanneer het een vrouw is dan wanneer het een man is. De andere effecten zijn niet significant. Hiermee kan worden geconcludeerd dat de variabele continue monitoring geen effect heeft op de kenmerken ziekenhuisverpleegkundigen erkennen bij het begrip vakmanschap maar de variabele geslacht dat wel heeft. Uit bovenstaande tabel blijkt daarnaast dat de model fit goed is. De Pearson Chi-Square is namelijk niet significant. De verklaringskracht is echter niet zo goed. Dit model verklaart slechts 16% van de verklaarde variantie. De R<sup>2</sup> is namelijk 0,16.

Geconcludeerd kan worden dat de variabele continue monitoring geen effect heeft op het streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt, geslacht lijkt hier wel een negatief effect op te hebben. Vrouwen vinden dit dus vaker een onderdeel van vakmanschap dan mannen.

#### 4.2.2 Factor: Volwaardige zorgverlening

Vervolgens is een regressieanalyse uitgevoerd met de factor 'volwaardige zorgverlening' als afhankelijke variabele en de controle- en continue monitoring variabelen als onafhankelijke variabelen. In tabel 8 worden de regressiecoëfficiënten, R<sup>2</sup> (Nagelkerke) en Pearson Chi-Square gepresenteerd van deze regressieanalyse.

**Tabel 8***Regressiecoëfficiënten, R<sup>2</sup> en Pearson Chi-Square voor factor: Volwaardige zorgverlening*

<b>Onafhankelijke variabele</b>	<b>B</b>	<b>p</b>
Continue monitoring	0,56	0,38
Geslacht	-0,09	0,90
Leeftijd	-0,30	0,31
Opleiding	-0,14	0,67
Werkervaring	0,22	0,38
Praktiserend	0,05	0,94
Ziekenhuis= Perifeer	-0,38	0,51
Ziekenhuis= Academisch	0*	-
Afdeling= Interne geneeskunde	0,67	0,54
Afdeling= Snijdend	-0,84	0,36
Afdeling= Polikliniek	-0,17	0,86
Afdeling= Flexwerk	0*	-
<b>R<sup>2</sup></b>	0,12	
<b>Pearson Chi-Square</b>	429,52	
<b>p</b>	0,69	

**Opmerking: Aanduiding met \* indiceert de referentiewaarde**

Uit deze tabel blijkt dat geen van de variabelen een significant effect heeft op deze factor. De model fit van dit model lijkt wel in orde. De Pearson Chi-Square is namelijk significant. Het model verklaart wel maar weinig van de verklaarde variantie: 13%. R<sup>2</sup> is namelijk 0,13.

Op basis van bovenstaande analyses zou kunnen worden geconcludeerd dat continue monitoring geen effect heeft op de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Het is echter de vraag of bovenstaand model antwoord geeft op deelvraag 3. In dit onderzoek wordt namelijk niet enkel onderzocht of continue monitoring een effect heeft op de kenmerken van vakmanschap maar vooral of en op welke manier deze kenmerken afwijken bij ziekenhuisverpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken. Daarom zijn na deze regressieanalyse nogmaals een aantal regressieanalyses uitgevoerd maar nu met als afhankelijke variabelen kenmerken van vakmanschap waaruit de factoren bestaan.

#### 4.2.3 Kenmerken van vakmanschap

Om de uitkomsten van deze regressieanalyses overzichtelijk te kunnen behandelen worden de resultaten besproken aan de hand van de onafhankelijke variabelen. Te beginnen met continue monitoring. Hieronder wordt een tabel weergegeven met coëfficiënten, R<sup>2</sup> (Nagelkerke) en Pearson Chi-Square gepresenteerd per kenmerk van vakmanschap. In deze regressieanalyse zijn ook de controle variabelen mee genomen, deze worden echter niet gepresenteerd in tabel 9.

**Tabel 9**

*Regressiecoëfficiënten, R<sup>2</sup> en Pearson Chi -Square van het effect van continue monitoring op de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen*

<b>Labels kenmerken vakmanschap</b>	<b>B</b>	<b>p</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>p</b>
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.	-1,59	0,06	0,45	74,89	0,99
Dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten.	-0,94	0,19	0,12	133,01	0,20
Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.	-1,90	0,02	0,29	124,17	0,99
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.	0,19	0,98	0,24	49,41	0,42
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.	-1,09	0,22	0,25	48,88	0,48
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm.	-0,46	0,54	0,16	220,62	0,00
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.	-0,23	0,75	0,16	110,92	0,71
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.	0,01	0,99	0,20	99,28	0,92
Dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel.	-0,21	0,77	0,11	132,45	0,21
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	1,05	0,28	0,28	84,06	0,96
Dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie.	0,51	0,45	0,16	233,90	0,79
Dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt.	0,68	0,29	0,12	277,26	0,13

Uit deze tabel is op te maken dat continue monitoring enkel effect heeft op het kenmerk 'dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer'. Dit betreft een effect van (-)1,9. Dit betekent dat de kans groter is dat verpleegkundigen die met continue monitoring werken dit een kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen vinden dan wanneer zij niet met continue monitoring werken.

Het effect van continue monitoring op de aanwezigheid van het kenmerk "Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten" is bijna significant (0,06). Het werken met continue monitoring heeft ook hier een negatief effect van (-)1,59. De kans dat verpleegkundigen die met continue monitoring werken dit een kenmerk van vakmanschap vinden is groter dan wanneer zij niet met continue monitoring werken.

De kenmerken binnen de factor *Volwaardige zorgverlening* worden gedeeld door verpleegkundigen die wel en niet met continue werken. De twee kenmerken waar verschillen lijken te bestaan, behoren tot de factor *Verbeteren van het vervullen van individuele zorgbehoeften op de afdeling op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt*.

Een andere variabele welke effect heeft op de aanwezigheid van kenmerken was geslacht. In tabel 10 worden de regressiecoëfficiënten gegeven van de modellen waarin de

controle variabele 'geslacht' invloed had op de aanwezigheid van een kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen.

**Tabel 10**

*Regressiecoëfficiënten van het effect van geslacht op de kenmerken vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen*

<b>Afhankelijke variabele</b>	<b>B</b>	<b>p</b>
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.	-3,89	,01
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.	-3,05	,02
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.	-2,72	,04
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	-3,45	,00

Uit deze tabel is op te maken dat geslacht in alle gevallen een negatief effect had op de kans dat een respondent een bepaald kenmerk bij vakmanschap vond horen. Dit betekent dat de kans groter is dat vrouwen dit een kenmerk van vakmanschap vinden dan mannen.

Werkervaring had ook een effect op de kenmerken van vakmanschap. In tabel 11 is dit geïllustreerd.

**Tabel 11**

*Regressiecoëfficiënten van het effect van werkervaring op de kenmerken vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen*

<b>Afhankelijke variabele</b>	<b>B</b>	<b>p</b>
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.	0,98	0,01
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	-3,05	0,02

Uit deze tabel blijkt dat naarmate verpleegkundigen meer werkervaring hebben dat de kans toeneemt dat zij het aanpassen van handelen aan de nieuwste inzichten als kenmerk van vakmanschap herkennen. Meer werkervaring heeft echter een negatief effect op de kans dat een verpleegkundige vindt dat het bieden van steun aan collega's een kenmerk is van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Verpleegkundigen vinden dit minder belangrijk naarmate zij meer werkervaring hebben.

Op welke afdeling verpleegkundigen werkzaam zijn heeft bij sommige kenmerken van vakmanschap ook een effect zoals te zien is in tabel 12.

**Tabel 12**

*Regressiecoëfficiënten van het effect van afdelingen op de kenmerken vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen*

<b>Afhankelijke variabele</b>	<b>Onafhankelijke variabele</b>	<b>B</b>	<b>p</b>
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.	Afdeling: Interne geneeskunde	-19,29	0,00
	Afdeling: Snijdend	-17,83	0,00
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.	Afdeling: Interne geneeskunde	-17,79	0,00
	Afdeling: Snijdend	-17,24	0,00
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm.	Afdeling: Interne geneeskunde	-18,26	0,00
	Afdeling: Snijdend	-18,46	0,00
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.	Afdeling: Interne geneeskunde	-17,64	0,00
	Afdeling: Snijdend	-18,61	0,00
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	Afdeling: Interne geneeskunde	-18,80	0,00
	Afdeling: Snijdend	-17,64	0,00
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.	Afdeling: Interne geneeskunde	-17,04	0,00
	Afdeling: Snijdend	-16,29	0,00

In deze tabel is te zien dat wanneer verpleegkundigen werkzaam zijn op een afdeling interne geneeskunde of een snijdend specialisme dit een negatief effect heeft op de kans dat een verpleegkundige deze kenmerken vindt passen bij vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Verpleegkundigen die werkzaam zijn op meerdere afdelingen als flex verpleegkundige of op een polikliniek zijn eerder geneigd dit als kenmerk van vakmanschap te onderscheiden.

Opleiding had een positief effect (0,95) op het kenmerk wat over het raadplegen van bronnen gaat. Wanneer verpleegkundigen hoger zijn opgeleid wordt de kans groter dat zij dit een kenmerk van vakmanschap vinden.

Ten slotte had het feit dat een verpleegkundige op dit moment werkzaam is als ziekenhuisverpleegkundige een effect op het kenmerk over het bieden van steun aan collega's. Er is hierbij sprake van een effect van (+)1,95. Dit betekent dat de kans dat verpleegkundigen dit een kenmerk van vakmanschap vinden wordt vergroot wanneer een respondent werkzaam is als ziekenhuisverpleegkundige.

#### 4.2.4 Samenvatting

Ter beantwoording van deelvraag 3 kan uit bovenstaande geconcludeerd worden dat de meeste kenmerken van vakmanschap overeen komen tussen verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken. Het werken met continue monitoring had een significant effect op slechts één kenmerk (het raadplegen van bronnen), het effect op het kenmerk over het aanpassen van het handelen op nieuwe inzichten was bijna significant. De andere kenmerken komen overeen. De kans dat een verpleegkundige die wel met continue monitoring werkt deze kenmerken erkent is groter dan bij verpleegkundigen die niet met continue monitoring werken. De hypothese die is geformuleerd in hoofdstuk 2.4: Verpleegkundigen die met continue monitoring werken formuleren andere kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen dan verpleegkundigen die hier niet mee werken, kan in principe worden aangenomen. Er is immers sprake van een verschil bij één (of twee) van de twaalf variabelen, echter is het verschil gering. Daarom wordt het antwoord op deze deelvraag genuanceerd.

Daarnaast bleken de controlevariabelen: geslacht, werkervaring, afdelingen, opleiding en of een verpleegkundige op dit moment werkzaam is als ziekenhuisverpleegkundige, een significant effect op een aantal kenmerken van vakmanschap.

## 5 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Daarna wordt in de volgende paragraaf gereflecteerd op het onderzoek.

### 5.1 Conclusie

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde: *“Welk verschil bestaat er tussen de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen die niet werken met continue monitoring en ziekenhuisverpleegkundigen die wel werken met continue monitoring?”*. Om een antwoord te kunnen geven op deze vraagstelling zijn een aantal deelvragen opgesteld welke zijn beantwoord in de voorgaande hoofdstukken.

In het theoretisch kader is de eerste deelvraag beantwoord door te onderzoeken wat algemeen vakmanschap inhoudt volgens verschillende auteurs. Op basis hiervan is de volgende algemene definitie van vakmanschap geformuleerd: *“Vakmanschap gaat over mensen die werken. De uiteindelijke kwaliteit van het product wordt bepaald door het werk in de praktijk waarbij de werknemer intrinsiek gemotiveerd is om een product van hoge kwaliteit te produceren”*. Er bleek sprake te zijn van zeven beroepsgebonden- en zeven persoonsgebonden kenmerken (Brinkman, 2020). Alle kenmerken zijn weergegeven in tabel 1 op pagina 15. De beroepsgebonden kenmerken gaan over eigenschappen van het werk die aanwezig moeten zijn voor het verkrijgen van vakmanschap. Persoonsgebonden kenmerken zijn eigenschappen van de werknemers die duiden op vakmanschap. De persoonsgebonden kenmerken kunnen worden opgedeeld in twee kenmerken met betrekking tot attitude en vijf kenmerken met betrekking tot vaardigheden.

Vervolgens is onderzocht wat de specifieke kenmerken zijn van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Hiervoor zijn allereerst tien interviews afgenomen bij verpleegkundigen. Hieruit werd de definitie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen afgeleid: *“Vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen betekent dat een verpleegkundige de best mogelijke kwaliteit van zorg levert, waarbij sprake is van extra-role performance.”* Bij deze definitie is het verschil tussen in-role- en extra-role performance cruciaal. Het verschil tussen in-role- en extra-role performance betreft de aanwezigheid van activiteiten die geen onderdeel zijn van de formele functieomschrijving van verpleegkundigen in tegenstelling tot in-role performance welke activiteiten wel onderdeel zijn van de functieomschrijving (Salanova, Lorente, Chambel, Martinez, 2011). Daarnaast werd duidelijk dat er bij het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen geen sprake is van beroepsgebonden kenmerken, enkel van persoonsgebonden kenmerken.

Vervolgens is door middel van een vragenlijst is onderzocht of deze kenmerken breder gedragen worden door ziekenhuisverpleegkundigen. Hieruit werd duidelijk dat vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen bestaat uit twee factoren met bijbehorende kenmerken. De

twee factoren betreffen: “*Streven naar optimale zorg op basis van een vertrouwensrelatie met de patiënt*” en “*Volwaardige zorgverlening*”. Niet alle kenmerken die uit de interviews naar voren kwamen worden erkend door de verpleegkundigen die de vragenlijst hebben ingevuld. De definitieve kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen zijn weergegeven in tabel 6 op bladzijde 57.

Tot slot zijn ordinale regressieanalyses uitgevoerd om het effect van continue monitoring op de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen vast te stellen, daarmee is de laatste deelvraag en de hoofdvraag beantwoord. Uit deze analyses kan worden geconcludeerd dat ziekenhuisverpleegkundigen die met continue monitoring werken eerder geneigd zijn om ‘actief verschillende bronnen raadplegen en het handelen hierop te baseren’ als kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen aan te merken. Daarnaast zijn zij waarschijnlijk eerder geneigd om ‘handelen aanpassen op nieuwe inzichten’ als kenmerk van vakmanschap te formuleren. Ziekenhuisverpleegkundigen die niet met continue monitoring werken lijken dit een minder belangrijk kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen te vinden. Verder formuleren de ziekenhuisverpleegkundigen ongeacht hun ervaring met continue monitoring dezelfde kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Het werken met continue monitoring lijkt daarom maar een geringe invloed te hebben op wat verpleegkundigen onder vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen verstaan. Er is namelijk sprake van één a twee kenmerken waar een verschil bestaat en tien kenmerken welke voor beide groepen overeen komen. Voor het overgrote deel wordt de perceptie van wat vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen is gedeeld door de verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken.

Het effect van continue monitoring op het kenmerk ‘dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer’. Heeft wellicht iets te maken met dat verpleegkundigen ervoor kiezen om op een afdeling te gaan werken waar met deze technologie gewerkt wordt en dat continue monitoring het eerst is ingevoerd op deze afdelingen omdat de afdeling dit wilde, de verpleegkundigen waren enthousiast. Wellicht is hier sprake van een ander type verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen hebben misschien ook meer interesse in wetenschappelijke ontwikkeling van het verpleegkundig beroep of zien de noodzaak hier meer van in.

Het effect van continue monitoring op het kenmerk ‘handelen aanpassen op nieuwe inzichten’. Kan wellicht worden verklaard doordat de verpleegkundigen die met continue monitoring werken niet zo lang geleden een ingrijpende implementatie van deze vorm van monitoring hebben doorgemaakt. Daarnaast wilde de verpleegkundigen continue monitoring graag invoeren op de afdeling. Hieruit blijkt ook dat zij ervoor open staan om hun handelen aan te passen aan nieuw inzichten. Deze verpleegkundigen zijn daardoor misschien meer doordrongen van de noodzaak tot het aanpassen van het handelen aan nieuwe inzichten.

In dit onderzoek is ook naar voren gekomen dat de controlevariabelen: geslacht, werkervaring, op welke afdeling de verpleegkundige werkzaam is, opleidingsniveau en of een verpleegkundige op dit moment werkzaam is als ziekenhuisverpleegkundige gaven eveneens significante effecten op verschillende kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen hadden. Geslacht en werkervaring hadden, naast continue monitoring, ook effect op het kenmerk over het aanpassen van het handelen op basis van nieuwe inzichten. Hierbij waren vrouwen en mensen met meer werkervaring eerder geneigd om dit als kenmerk van vakmanschap te erkennen. Naast continue monitoring had ook de opleiding een effect op het kenmerk over het raadplegen van bronnen. Wanneer verpleegkundigen hoger opgeleid waren, steeg de kans dat zij dit als kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen aanmerkten.

## **5.2 Discussie**

In deze paragraaf wordt gereflecteerd op het onderzoek, waarbij allereerst aandacht wordt besteed aan de reflectie op de theorie welke is gebruikt in dit onderzoek. Daarna wordt aandacht besteed aan de beperkingen van dit onderzoek en de wijze waarop hiermee is omgegaan. Afsluitend worden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

### **5.2.1 Reflectie theorie**

In het theoretisch kader van dit onderzoek zijn de definitie en kenmerken van algemeen vakmanschap beschreven. Dit onderzoek brengt verdieping aan in de bestuurskundige HR en verpleegkundige literatuur over vakmanschap. Zo geeft het inzicht in de specifieke onderdelen van vakmanschap voor de beroepsgroep van ziekenhuisverpleegkundigen. Er blijkt overlap te bestaan tussen de onderdelen en definitie van algemeen vakmanschap en het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen, maar er bestaan ook verschillen. In het theoretisch kader is gebruik gemaakt van de theorieën van Klein (1998), Jenks (1956), Fry (2003), MacIntyre (1994) en Sennett (2008).

Zoals in het theoretisch kader is beschreven ziet Klein (1998) vakmanschap als het streven naar kwaliteit of excellentie van het geleverde product of de geleverde dienst. Deze komt overeen met de definitie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen met als toevoeging dat dit wordt gedaan middels extra-role performance, maar dit is iets wat Klein niet heeft opgenomen in de theorie. Klein (1998) ziet trots, voldoening en waardigheid door zelfontwikkeling als de motivatie om vakmanschap te verkrijgen. Het onderzoek wat voor u ligt ging niet over de motivatie van verpleegkundigen om vakmanschap na te streven. Het verkrijgen van voldoening werd tijdens de interviews wel door meerdere verpleegkundigen als motivatie gegeven om te kiezen voor het werk. Dit wordt dus wel degelijk gezien als motivatie

door verpleegkundigen. Wellicht speelt voldoening ook bij verpleegkundigen een rol in de motivatie voor het nastreven van vakmanschap. Hier is echter meer onderzoek voor nodig om hier daadwerkelijk uitspraken over te kunnen doen.

Volgens Jenks (1956) is een goede opleiding de basis van vakmanschap. Daarnaast is het volgens hem belangrijk dat de werknemer het vak voor langere tijd uitvoert om meer vakmanschap te verkrijgen. Vaardigheden spelen een grote rol bij vakmanschap volgens Jenks (1956) en Fry (2003). De opleiding van de verpleegkundige wordt niet erkend als onderdeel van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen aangezien dit een vereiste is voor het uitvoeren van het vak. Het blijven ontwikkelen van de kennis en vaardigheden van de verpleegkundige daarentegen wel. Ook wordt ervaring door de respondenten van dit onderzoek niet gezien als een kenmerk van vakmanschap. Het lijkt er bij vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen om te gaan dat de verpleegkundige leergierig blijft en niet om het uiteindelijke niveau van de kennis en vaardigheden. Het is echter interessant om te onderzoeken of de mate van het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen hoger is wanneer zij meer werkervaring hebben. Uit de interviews kwam namelijk naar voren dat verpleegkundigen die veel werkervaring hebben meer moeite hebben met veranderende vaardigheden en kennis. Dit blijkt ook uit onderstaand citaat.

*“Ik denk dat als je al heel lang op dezelfde afdeling werkt dat je een soort tunnelvisie krijgt en weinig oog meer hebt voor dingen die er ook nog zijn.”* (Persoonlijke communicatie, respondent 6, 25 maart 2020)

Wellicht zorgt dit ervoor dat verpleegkundigen met meer werkervaring een lagere mate hebben van vakmanschap omdat zij minder leergierig worden en minder gericht zijn op het vergroten van de kwaliteit van zorg op de afdeling. De mate van vakmanschap is echter niet onderzocht in dit onderzoek.

Hierop volgend beschrijft MacIntyre (1994) dat vakmanschap meer is dan het resultaat van het werk. Het gaat erom dat de vakman niet enkel een goed product aflevert maar in het proces ook zijn eigen vakmanschap verbetert. Dit komt overeen met het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen, waar het ook gaat over het belang van een leergierige verpleegkundige die gemotiveerd is om de kwaliteit van zorg op de gehele afdeling te verbeteren.

Sennett (2008) geeft daarnaast aan dat niet alleen waarden van de beroepsgroep mee spelen bij vakmanschap maar dat ook sprake is van het ontwikkelen van eigen waarden. De vakman bepaald vooral zelf wat de kwaliteit van zijn werk inhoudt. Dit lijkt overeen te komen met het feit dat het bieden van maatwerk in de zorg voor de patiënt een grote rol speelt in het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Volgens de respondenten van dit onderzoek is het een teken van vakmanschap dat een verpleegkundige niet enkel de zorg levert volgens

'de regels' maar de individuele zorgbehoeften van de patiënt in kaart brengt en hier de zorg op aanpast. Hierin speelt ook de interpretatie van goede zorg door de verpleegkundige een rol.

Verder beschreef Brinkman (2020) dat er sprake was van beroepsgebonden- en persoonsgebonden kenmerken van vakmanschap. Bij het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen blijkt dit niet op te gaan, er is enkel sprake van persoonsgebonden kenmerken. Ook de kenmerken van vakmanschap die hij beschrijft komen niet naar voren in dit onderzoek, veel van de kenmerken worden anders verwoord door de verpleegkundigen. In dit onderzoek is ervoor gekozen om de verwoordingen van de verpleegkundigen over te nemen en op die manier zo dicht mogelijk bij de perceptie van de verpleegkundigen te blijven. Het raadplegen van verschillende bronnen en het op een vertrouwen gebaseerde relatie met de klant (in dit geval de patiënt) aangaan zijn wel kenmerken van Brinkman (2020) die ook in dit onderzoek terugkwamen als kenmerken van vakmanschap. Een ander kenmerk wat hij beschrijft is het uitvoeren van taken volgens beroepsstandaarden. Uit de interviews kwam naar voren dat dit niet als kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen werd gezien, juist het tegenovergestelde. Volgens de respondenten is er sprake van vakmanschap wanneer een verpleegkundige weet wanneer hij of zij moet afwijken van protocollen en richtlijnen. Uiteindelijk is ook dit kenmerk niet opgenomen aangezien deze niet naar voren kwam uit de interviews.

Bij het verwerken van de resultaten van de interviews is ervoor gekozen om de bewoordingen van de verpleegkundigen aan te houden om zo dicht bij de belevingswereld van de verpleegkundigen te blijven. Uiteindelijk bleken drie kenmerken uit de literatuur in aangepaste vorm terug te komen als kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Eén kenmerk komt bijna helemaal overeen met wat er in de literatuur is beschreven: Het raadplegen van verschillende informatiebronnen. De verpleegkundigen voegen hier aan toe dat het raadplegen ook het handelen moet beïnvloeden. Zij specificeren dit kenmerk uit de literatuur. Een kenmerk wat wordt aangepast aan de context van de verpleegkundigen is het kenmerk uit de literatuur: 'Gaat een op vertrouwen gebaseerde relatie met de klant aan'. Binnen het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen is dit niet langer een kenmerk maar is deze opgesplitst in twee kenmerken die dit bewerkstelligen. Het gaat hierbij om de kenmerken: de belangen van de patiënt beschermen en het aan de patiënt of collega's aangeven als je iets niet weet. Daarnaast wordt niet gesproken over de 'klant' maar over de 'patiënt'. Het derde kenmerk van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen wat voor een groot deel overeen komt met de literatuur is het baseren van handelen op intuïtie. In de literatuur wordt hierbij gesproken over onbewuste kennis waar de verpleegkundigen spreken over intuïtie of een onderbuikgevoel. Daarnaast wordt dit kenmerk door verpleegkundigen niet gezien als een beroepsgebonden

kenmerk, zoals in de literatuur, maar als een persoonsgebonden kenmerk. Het gaat hierbij namelijk om het handelen van de verpleegkundige.

In de literatuur is het begrip vakmanschap op diverse manieren beschreven. Vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen is echter nog niet beschreven. Dit onderzoek voorziet in een definitie van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen en levert daarmee een bijdrage aan de al bestaande theorieën. Het grootste verschil tussen de definitie van vakmanschap in het algemeen en vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen is dat er bij de laatste sprake is van extra-role performance. De aanwezigheid van extra-role performance in de definitie van vakmanschap is ook nog niet eerder vastgesteld bij het vakmanschap van een andere beroepsgroep. Daarnaast is het ondergeschikt zijn van het eigenbelang van de verpleegkundige, net als het belang van het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt, een nieuw onderdeel van vakmanschap. Dit is nog niet eerder beschreven in de theorie over vakmanschap.

In hoofdstuk 2.4 is beschreven dat werd verwacht dat verpleegkundigen andere vaardigheden nodig zouden hebben wanneer zij met continue monitoring werken dan wanneer zij niet met continue monitoring zouden werken. Daarnaast werd in dat hoofdstuk beschreven dat het volgen van bijscholing techno-stress kan verminderen. Daarom werd verwacht dat bijscholing belangrijker gevonden zou worden door verpleegkundigen die met continue monitoring werken. Dit onderzoek heeft hier geen informatie over verkregen omdat het volgen van bijscholing door geen van de verpleegkundigen werd genoemd als onderdeel van vakmanschap. Dit onderzoek sluit de aanwezigheid van andere vaardigheden daarom niet uit maar er moet extra onderzoek worden gedaan naar de verschillen tussen benodigde vaardigheden van verpleegkundigen die wel en niet met continue monitoring werken, om hier uitspraken over te kunnen doen.

Afsluitend levert dit onderzoek een bijdrage aan de literatuur omdat deze een beschrijving van het verpleegkundig beroep en de waarden van verpleegkundigen bevat. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek bleek het erg lastig te zijn om literatuur te vinden om te beargumenteren of een algemeen kenmerk van vakmanschap ook aanwezig zou kunnen zijn in het verpleegkundig beroep. Daarom is uiteindelijk gebruik gemaakt van een functieomschrijving van verpleegkundigen binnen de organisatie Pluryn. Alhoewel deze functieomschrijving generaliseerbaar leek voor verpleegkundigen in het ziekenhuis was dit niet ideaal. Voor vervolgonderzoeken kan dit onderzoek gebruikt worden om een dergelijke argumentatie te onderbouwen.

### 5.2.2 Beperkingen

Het is opvallend dat geen van de verpleegkundigen tijdens de interviews iets vertelde over het belang van technische vaardigheden. Vanuit de literatuur werd verwacht dat

technische vaardigheden belangrijker zouden worden als verpleegkundigen meer met technologie gingen werken. Het onderwerp kwam echter bij geen van de interviews aan bod. De verpleegkundigen werd aan het einde wel een vraag gesteld of ze nog iets toe wilde voegen. Er was daarom wel ruimte voor eigen inbreng. Verpleegkundigen die met continue monitoring werken waren wel vertegenwoordigd in de interviews: twee van de respondenten werken er dagelijks mee. Wellicht worden de technische vaardigheden gezien als in-role performance en daarom niet aangemerkt als vakmanschap of de benodigde technische vaardigheden worden niet als ingewikkeld gezien door de respondenten. Het is echter in de interviews helemaal niet aan bod gekomen terwijl er wel gesproken is over de 'normale' werkzaamheden van de verpleegkundigen. Wellicht had hier een extra vraag over gesteld moeten worden tijdens de interviews. Het doel van de interviews was echter om de verpleegkundige zelf invulling te laten geven aan het begrip vakmanschap en hier zo min mogelijk sturend in te zijn als onderzoeker. Daarom is hier niet voor gekozen.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat de enige dimensie uit 4.1.3 die niet gevonden werd in de factoranalyse was dat het eigenbelang van de verpleegkundige ondergeschikt is aan de zorg voor de patiënten. De resultaten van de interviews en vragenlijsten spreken elkaar wat tegen over deze dimensie. Het ondergeschikt maken van eigenbelang kan voortkomen uit altruïstische motivatie. Altruïstische motivatie komt volgens Batson voort uit empathische bezorgdheid doordat iemand anders wordt gezien als hulpbehoevend en er waarde wordt gehecht aan het welzijn van die persoon (Claes, 2012). Gedrag wat hieruit voortvloeit zou gezien kunnen worden als extra-role performance aangezien het niet vastgelegd kan worden in functie-eisen, het gaat immers om een intrinsieke drijfveer. Hierdoor lijkt het ondergeschikt maken van het eigenbelang zeer te passen binnen het vakmanschap van de ziekenhuisverpleegkundigen en maakt het des te opvallender dat dit niet op die manier wordt gekenmerkt door verpleegkundigen. Wellicht heeft dit te maken gehad met de manier waarop de stellingen gepresenteerd zijn. Het in eigen tijd bezig zijn met werk en het ondergeschikt maken van de eigen gezondheid wordt misschien geassocieerd met termen als 'roeping'. Volgens verpleegkundigen wordt deze term geassocieerd met de motivatie van verpleegkundigen ten tijde van Florence Nightingale (de eerste moderne verpleegkundige) die het werk zag als een roeping van God (Carter, 2014). De term roept tegenwoordig een negatieve associatie op terwijl mededogen, zorgzaamheid en toewijding wel worden genoemd als motivatie om verpleegkundige te worden, wat niet sterk is veranderd (Carter, 2014). In dit onderzoek roepen de gestelde vragen over het ondergeschikt maken van het eigenbelang, wellicht ook een negatieve associatie op. Ook zou het kunnen dat dit in de huidige tijd een beladen onderwerp is vanwege de recente gebeurtenissen tijdens de COVID-19 crisis. Tijdens de crisis brachten verpleegkundigen hun eigen gezondheid in gevaar tijdens het werk omdat er onvoldoende beschermingsmiddelen waren, er weinig bekend was over het

ziektebeeld en werkten zij vaak extra diensten door ziekte van collega's (Visser, 2020). Het zou daarom kunnen dat de vragen weerstand hebben opgeroepen waardoor de verpleegkundigen in hebben gevuld dat het hier niet ging om kenmerken van vakmanschap. Het is ook mogelijk dat de verpleegkundigen altruïstische motivatie en vakmanschap als twee aparte zaken zien die naast elkaar kunnen bestaan, waardoor het mogelijk is om over vakmanschap te beschikken zonder altruïstische motivatie of andersom. De rol van altruïstische motivatie in vakmanschap kan niet helemaal worden uitgesloten op basis van de interviews en vragenlijsten. Meer onderzoek is nodig om de daadwerkelijke rol van altruïstische motivatie bij verpleegkundigen in kaart te brengen.

Een volgende beperking van het onderzoek is dat de onderzoeker opgeleid is tot verpleegkundige en ook heeft gewerkt in het ziekenhuis wat tot vertekeningen van de resultaten van het onderzoek kan hebben geleid. Zo is de onderzoeker eerder geneigd om uitspraken van respondenten tijdens de interviews op een bepaalde manier te interpreteren welke overeen komt met haar eigen opvattingen over vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Anderzijds heeft de voorkennis van de onderzoeker ook geleid tot een beter begrip van de resultaten en van wat de respondenten vertelden in de interviews in de context van het werken in het ziekenhuis. Om de negatieve gevolgen van deze onderzoekersbias te beperken is gebruik gemaakt van een interviewgide. In de interviewgide zijn vooraf vragen beschreven welke zijn gecontroleerd door verschillende experts: Wilco Brinkman: promovendus aan de Universiteit van Amsterdam op het gebied van vakmanschap onder invloed van technologische ontwikkelingen, Marel Verheijen: ziekenhuisverpleegkundige, Rutger Blom: inhoudelijk expert op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, Harry van Goor en Bas Bredie: deskundigen op het gebied van continue monitoring. Hierdoor wist de onderzoeker welke vragen er gesteld moesten worden en werd de invloed van de onderzoekersbias beperkt. Daarnaast is gebruik gemaakt van een peer debriefer, Wilco Brinkman, om de invloed onderzoekersbias te beperken (Hak, 2004). Hij is niet opgeleid als verpleegkundige. Er heeft wekelijks overleg plaatsgevonden over de resultaten van het onderzoek waardoor hij de kwaliteit van het onderzoek mede kon bewaken. Daarnaast heeft de gekozen onderzoeksstrategie bijgedragen aan de vermindering van de onderzoekersbias. De kans dat de onderzoekersbias de resultaten vertekent is het grootste bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten in het kwalitatieve onderdeel van dit onderzoek. Doordat de resultaten worden getoetst door middel van de vragenlijsten en statistische analyses wordt de invloed van de onderzoekersbias beperkt.

Daarnaast kan er een vertekening plaats hebben gevonden bij het significante effect van continue monitoring op het kenmerk over het raadplegen van bronnen. De groep verpleegkundigen die wel met continue monitoring werken bestond namelijk uit twee afdelingen binnen het Radboudumc waar de verpleegkundigen de afgelopen maanden hebben

gezorgd voor COVID-19 patiënten. Wellicht was de noodzaak op dat moment groot om bronnen te raadplegen omdat er nog maar zo weinig bekend was over dit nieuwe virus. Het werken op een COVID afdeling zou dan de verklaring zijn voor dit effect en niet het werken met continue monitoring. Daarom wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de oorzaak van het effect van continue monitoring op de kenmerken over het raadplegen van bronnen en het aanpassen van handelen aan nieuwe inzichten om te achterhalen of er inderdaad een vertekening heeft plaats gevonden.

De laatste beperking van dit onderzoek lijkt de zeer ongelijke verdeling tussen mannen en vrouwen in de vragenlijst. Dit is echter niet het geval. 88,9% van de respondenten is een vrouw en 10,3% is een man, de overige 0,8% heeft ingevuld dat hij of zij zijn geslacht niet kenbaar wilde maken. Dit komt overeen met de percentages van mannen en vrouwen bij verpleegkundigen. Zo is 11% van de mbo opgeleide verpleegkundigen en 9,4% van de hbo-opgeleide verpleegkundige een man (Centraal Bureau Statistiek, 2016). Ondanks de ongelijke verdeling in dit onderzoek is deze steekproef wel een goede afspiegeling van de populatie, wat de generaliseerbaarheid van dit onderzoek vergroot.

### 5.2.3 Praktische implicaties

De resultaten van dit onderzoek hebben gevolgen voor de praktijk. Zo is uit dit onderzoek naar voren gekomen dat de kans kleiner is dat verpleegkundigen die niet met continue monitoring werken, het raadplegen van bronnen en het aanpassen van het handelen op nieuwe inzichten als kenmerk van vakmanschap zien, dan verpleegkundigen die hier wel mee werken. Dit zijn echter wel zeer belangrijke taken van de verpleegkundige om de kwaliteit van de zorg te verhogen (Schuurmans, Lambregts & Grotendorst, 2012). Onderzocht moet worden of verpleegkundigen die niet met continue monitoring werken dit wel belangrijk vinden of dat zij dit wellicht geen extra-role performance vinden maar in-role performance. Wanneer zij het belang er niet van inzien kan hier voor afdelingen een grote kans liggen voor het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Een onderdeel van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen is dat de verpleegkundige actief bezig is met het verbeteren van de zorg op de gehele afdeling. Samenwerking is hierbij zeer belangrijk. Daarom wordt ter verbetering van het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen aanbevolen dat interventies worden ingezet die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking met andere verpleegkundigen en andere disciplines zoals artsen en fysiotherapeuten.

Wanneer er veranderingen in de organisatie of werkprocessen worden doorgevoerd is het voor beleidsmakers van belang om de effecten van de verandering op vakmanschap mee te wegen. Wanneer de verandering het vakmanschap van de verpleegkundigen raakt, zal dit

een negatief effect hebben op de kwaliteit van zorg en de motivatie van verpleegkundigen. Het gewenste doel is uiteraard niet dat het nieuwe beleid de kwaliteit van zorg negatief beïnvloed.

#### 5.2.4 Suggesties voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek is erop gericht om het effect van continue monitoring te meten op vakmanschap van verpleegkundigen. In de inleiding wordt daarnaast de vraag opgeroepen of het werken met continue monitoring effect heeft op de onderliggende waarden van het werk van de verpleegkundige. In dit onderzoek wordt niet de mate van het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen gemeten. Het is mogelijk dat de verpleegkundigen voor een groot deel dezelfde kenmerken van vakmanschap erkennen, maar dat de mogelijkheid om vakmanschap te bereiken wordt verkleind door continue monitoring. Zo kan een verpleegkundige het handelen op basis van intuïtie wel een kenmerk vinden van vakmanschap, maar kan het werken met continue monitoring dit minder belangrijk maken doordat er meer informatie beschikbaar is. Bij het werken met continue monitoring wordt namelijk 24 uur per dag data verzameld over de vitale functies van de patiënt in plaats van drie keer per dag. Dit kan als gevolg hebben dat de mate van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen die met continue monitoring kleiner is.

Tevens zou het al dan niet werken met continue monitoring invloed kunnen hebben op de onderliggende waarden van de verpleegkundige en de mate waarin zij het werk betekenisvol vinden. Het is daarom van belang dat de invloed van continue monitoring op de uiting van de kenmerken van vakmanschap in de praktijk wordt onderzocht. Dit zou gedaan kunnen worden door de verpleegkundigen op afdelingen waar met continue monitoring gewerkt wordt een vragenlijst in te laten vullen waarin zij zichzelf een score moeten geven voor elk van de kenmerken van vakmanschap. Dezelfde vragenlijst kan vervolgens ook worden afgenomen bij verpleegkundigen die niet met continue monitoring werken, daarna kunnen eventuele verschillen in kaart kunnen worden gebracht. De gebruikte vragenlijst van dit onderzoek, welke is bijgevoegd in bijlage 2, kan ook worden aangepast om de mate van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen te meten. De vragen die over de items van de factoren “Verbeteren van de door de hele afdeling geleverde zorg op basis van individuele zorgbehoeften met aandacht voor de vertrouwensrelatie met de patiënt” en “Volwaardige zorgverlening” kunnen daarvoor worden samengebracht in een vragenlijst. Wanneer inzicht wordt verkregen in de mate van vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen is het de vraag hoe het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen bevorderd zou kunnen worden. Hier is in dit onderzoek geen onderzoek naar gedaan en zal daarom verder onderzocht moeten worden.

Ander vervolgonderzoek wat uitgevoerd zou kunnen worden is het onderzoeken van de relatie tussen vakmanschap en betekenisvol werk. Betekenisvolwerk is namelijk een

beschermende factor in het beperken van de uitstroom van verpleegkundigen uit het vak (Both-Nwabuwe, 2020). Zoals wordt beschreven in de inleiding is de verwachting dat de uitstroom in de toekomst tot tekorten in de zorg gaat leiden (Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). Wellicht kan door middel van het bevorderen van het vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen de uitstroom van verpleegkundigen worden verminderd wanneer er een relatie blijkt te bestaan tussen betekenisvol werk en vakmanschap.

Ook de generaliseerbaarheid van de kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen moet worden onderzocht. Het is namelijk de vraag of deze kenmerken van vakmanschap enkel van toepassing zijn op ziekenhuisverpleegkundigen of ook op verpleegkundigen in andere sectoren. Wellicht kan de uitstroom uit andere zorg sectoren zoals de thuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg ook worden verminderd door het verbeteren van het vakmanschap van de verpleegkundigen die daar werkzaam zijn.

Uit dit onderzoek blijkt dat het handelen baseren op informatie uit bronnen een minder belangrijk kenmerk van vakmanschap wordt gevonden door verpleegkundigen die werken met continue monitoring. Het baseren van het handelen op informatie uit bronnen door ziekenhuisverpleegkundigen is echter belangrijk voor het waarborgen van de kwaliteit van zorg (Stevens, 2013). In dit onderzoek worden enkele mogelijke verklaringen gegeven voor het negatieve effect van continue monitoring op het kenmerk over het baseren van handelen op bronnen, zonder uitsluitel te geven over de daadwerkelijke verklaring. Aanbevolen wordt om nader onderzoek te doen naar waarom dit effect optreedt. Dat zou inzicht kunnen geven in het effect op de kwaliteit van zorg.

Dit onderzoek beschrijft voor het eerst kenmerken van vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen. Er zijn tal van mogelijkheden om deze kenmerken te gebruiken in vervolgonderzoek. Dit onderzoek zal effect hebben op de zorg die ziekenhuisverpleegkundigen leveren, wat in het belang is van iedereen. Verpleegkundigen zijn van vitaal belang voor de maatschappij. Met nieuwe technieken zoals continue monitoring is het in de toekomst wellicht niet meer belangrijk om de vitale functies te meten als verpleegkundige. Het monitoren van de behoeften van een patiënt blijft wel een kenmerk van vakmanschap. Het is van belang dat onderzoekers en beleidsmakers monitoren of het werk voor verpleegkundigen betekenisvol blijft om uitstroom te voorkomen zodat de zorg gewaarborgd blijft.

# Bibliografie

- Batey M.V. & Lewis F.M. (1982). Clarifying autonomy and accountability in nursing service: Part 1. *Journal of Nursing Administration*, 12(9), 13-18.
- Bleijenbergh, I. (2016). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers BV.
- Both -Nwabuwe, J.M.C. (2020). *Making work meaningful: A way to attract nurses to remain in their jobs*. (Ongepubliceerde dissertatie).
- Braverman, H. (1974). *Labor and monopoly capital: the degradation of work in the twentieth century*. New York: Monthly Review Press.
- Brinkman, W. (2020). Vakmanschap: een verkenning van een raamwerk van factoren van en voor beroepsuitoefenaars in hun individuele streven naar kwalitatief hoogwaardige producten en diensten. *Tijdschrift Sociologie* (in review).
- British Educational Communications and Technology Agency (Becta). (2004). *A Review of the Research Literature on Barriers to the Uptake of Ict by Teachers*. Geraadpleegd op 20 mei 2020 van, [https://dera.ioe.ac.uk/1603/1/becta\\_2004\\_barrierstouptake\\_litrev.pdf](https://dera.ioe.ac.uk/1603/1/becta_2004_barrierstouptake_litrev.pdf)
- Bruining, T. (2013). Vakmanschap, verlies en perspectief. *Opleiding & Ontwikkeling*, 26(1), 50-53.
- Brynjolfsson, E., & McAfee, A. (2014). *The second machine age: Work, progress, and prosperity in a time of brilliant technologies*. New York: Norton & Company.
- Bourdieu (1990). In Bruining, T. (2013). Vakmanschap, verlies en perspectief. *Opleiding & Ontwikkeling*, (1), 50-53.
- Carr, N. (2014). *The Glass Cage*. New York: Norton & Company.
- Carter, M. (2014). Vocation and altruism in nursing: The habits of practice. *Nursing Ethics*. 21(6), 695-706.
- Centraal Bureau Statistiek (CBS). (2016). *Weinig mannen kiezen voor een zorgopleiding*. Geraadpleegd op 2 september 2020 van, [https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/weinig-mannen-kiezen-voor-een-zorgopleiding#:~:text=Onder%20de%20verzorgenden%20\(mbo%203,en%2011%20procent%20een%20man](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/weinig-mannen-kiezen-voor-een-zorgopleiding#:~:text=Onder%20de%20verzorgenden%20(mbo%203,en%2011%20procent%20een%20man).
- Chen, M., Hao, Y., Hwang, K., Wang, L. & Wang, L. (2017). Disease Prediction by Machine Learning over Big Data From Healthcare Communities. *IEEE Acces*, 5, 8869-8879.
- Claes, S. (2012). Altruism in Humans. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 54(7), 680-681.
- Creswell & Plano Clark, 2007 in Cameron, R. (2009). Asequential mixed model research design: design, analytical and display issues. *International Journal of Multiple Research Approaches*. 2003(3), 140-152.

- Elsevier. (2020). *EW-onderzoek: Wat verdienen de helden van de coronacrisis?* Geraadpleegd op 20 mei 2020 van, <https://www.elsevierweekblad.nl/economie/achtergrond/2020/03/wat-verdiene-de-verpleegkundigen-744622/>
- Esteva, A., Kuprel, B., Novoa, R.A., Ko, J., Swetter, S., Blau, H. & Thrun, S. (2017). Dermatologist-Level Classification of Skin Cancer with Deep Neural Networks. *Nature*, 542(7639), 115–118.
- Evans, L. (2010). Professionalism, professionalism and the development of education professionals. *British Journal of Educational Studies*. 56(1), 20-38.
- Evetts, J. (2011). Sociological Analysis of Professionalism: Past, Present and Future. *Comparative Sociology*, 10 (1), 1-37.
- Evetts, J. (2014). *The Concept of Professionalism: Professional Work, Professional Practice and Learning*. In Billet. S. (2014). *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning*. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Fry, L. W. (2003). Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly*, 14, 693–727.
- Gardner, Csikszentmihalyi en Jansen, (2009), in Zwart, R. (2015). *Vakmanschap: werk dat deugt en deugd doet* (master thesis). Groningen: Hanzehogeschool
- Geerts, I. & Zelfde, P. van 't. (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorgen: Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*. Geraadpleegd op 20 mei 2020 van, [https://www.nfu.nl/img/pdf/Rapport\\_toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging.pdf](https://www.nfu.nl/img/pdf/Rapport_toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging.pdf)
- Geurts, J. (2011). *Talentvol vakmanschap in het MBO*. In *Handboek effectief opleiden*. (2011). Doetinchem: Reed Business.
- Hak, T. (2004). Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek: Methodologie van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*. 2004(47), 205–212.
- Hart, P. 't. (2014). *Ambtelijk vakmanschap 3.0: Zoektocht naar het handwerk van de overheidsmanager. Essay in opdracht van de Vereniging voor Overheidsmanagement*. Den Haag: Nederlandse School voor Overheid en Bestuur.
- Hilbers-Modderman, E.S.M. & De Bruin, A.C.P. (2013). *Domotica in de langdurige zorg- Inventarisatie van technieken en risico's*. Den Haag: RIVM.
- Jenks, C.W. (1956). Craftsmanship in International Law. *The American Journal of International Law*, 50(1), 32-60.
- Klein, S. (1998). Don Quixote and the problem of idealism and realism in business ethics. *Business Ethics Quarterly*, 8(01), 43-63.
- Laan, G. van der. (2006). *Maatschappelijk werk als ambacht: Inbedding en belichaming*. Amsterdam: SWP.

- Larner, D. & L. Timberlake. (1995). *Teachers with Limited Computer Knowledge: Variables Affecting Use and Hints to Increase Use*. Virginia: Curry School of Education, University of Virginia.
- Leeuw, E. D., de & Hox, J. J. (1998). Nonrespons in surveys: een overzicht. *Kwantitatieve methoden*, 19, 31-53.
- Looije, R. (2016). *Is vakmanschap ook meesterschap? Een onderzoek naar de definitie van vakmanschap in de 21<sup>e</sup> eeuw en naar de relatie van dit vakmanschap met de bereidheid om vakmanschap over te dragen* (Master scriptie). Geraadpleegd op 18 april 2020 van, <https://core.ac.uk/download/pdf/80496537.pdf>
- MacIntyre, A. (1994). *A Partial Response to My Critics*. 283–304. In Horton, J. & Mendus, S. (1994). *After MacIntyre*. Cambridge: Polity Press.
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Werken in de zorg: actieprogramma*. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Muñoz, O.R., Penalba, F.A., Sánchez, J.F. & Santos, O.C. (2016). Reducing techno-anxiety in high school teachers by improving their ICT problemsolving skills. *Behaviour & Information Technology*, 36(3), 255-268.
- Myers, M. D. (2013). *Qualitative research in business & management*. Thousand Oaks, Californië: Sage Publications.
- Nonka, I. (2007). The knowledge-creating company. *Harvard Business Review*, 2007 (juli-augustus), 96-104.
- Patel, V.L., Arocha, J.F. & Kaufman, D.R. (1999). *Expertise and Tacit Knowledge in Medicine*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates publishers.
- Peters, J. & Jansen, H. (2011). 100 jaar piepel-managen is wel genoeg. *Slow management*, 18. In Bruining, T. (2013). *Vakmanschap, verlies en perspectief*. *Opleiding & Ontwikkeling*, 26(1), 50-53.
- Petit, R. (2017). *Vakmanschap: wat verstaan we hieronder en hoe leer je dit op school en in werk?* Amsterdam: Kohnstamm Instituut.
- Petit, R. en Rözer J. (2017). De betekenis van vakmanschap voor onderwijs en arbeidsmarkt. *Mens & Maatschappij*, 92 (3), 259–287.
- Pluryn. (2016). *Functieomschrijving Praktijkverpleegkundige* (Intern document).
- Pluryn. (z.d.). *Over Pluryn*. Geraadpleegd op 7 juli 2020 van, <https://www.pluryn.nl/over-pluryn>
- Radboudumc. (2020). *Continue monitoring van COVID-patiënten wordt uitgebreid naar patiënten verdacht van besmetting*. Geraadpleegd op 3 juni 2020 van, <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2020/continue-monitoring-bij-covid-wordt-uitgebreid-naar-patienten-verdacht-van-besmetting>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Herregistreren als verpleegkundige*. Geraadpleegd op 19 mei 2020 van, <https://www.bigregister.nl/herregistratie/criteria-per-beroep/verpleegkundige>
- Ritzer, G. (2015). *The McDonaldisation of Society*. Los Angeles: SAGE.
- Salanova, M., Ilorens, S. & Cifre, E. (2013). The Dark Side of Technologies: Technostress among Users of Information and Communication Technologies. *International Journal of Psychology*, 48, 422–436

- Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M. J., & Martínez, I. M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2256–2266
- Schafeli, W.B. & Bakker, A.B. (2001). Werk en welbevinden: Naar ene positieve benadering in de Arbeids- en Gezondheidspsychologie. *Gedrag & Organisatie*, 14, 229-253.
- Schaufeli, W.B., Loo, M., Van der Velde, C., & Siegert, H. (2013). *Arbokennisdossier Bevlogenheid*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Schuermans, M., Lambregts, J. & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Gedownload op 5 april 2020 van, [https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3\\_profiel%20verpleegkundige\\_def.pdf](https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf)
- Sennett, R. (2008). *De ambachtsman, de mens als maker*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Sociaal- Economische Raad. (2019). *Effecten van technologisering op de arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Stevens, K. (2013). The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 18(2). Geraadpleegd op 3 september 2020 van, <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based-Practice.html>
- Susskind, R. & Susskind, D. (2017). *The Future of Professions*. Oxford: Oxford University Press.
- Thiel, S, van. (2013). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Troman, G. (1996). The rise of the new professionals? The restructuring of primary teachers' work and professionalism. *British Journal of Sociology of Education*, 17 (4), 473–487.
- Veer, A.J.E., de. & Francke, A.L. (2009). *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. Utrecht: Nivel.
- Vennix, J. (2019). *Research methodology: An introduction to scientific thinking and practice*. Amsterdam: Pearson.
- Visser, M. (2020). 'Ook in thuiszorg en verpleeghuis moet veiligheid leidraad zijn, stellen vakbonden'. *Trouw*. Geraadpleegd op 11 juni 2020 van, <https://www.trouw.nl/nieuws/ook-in-thuiszorg-en-verpleeghuis-moet-veiligheid-leidraad-zijn-stellen-vakbonden~b3edd7be/>
- Vogd, W. (2017). The Professions in Modernity and the Society of the Future: A theoretical approach to understand the polyvalent logics of professional work. *Professions and Professionalism*, 7 (1), 1-15.
- Vosman, F. (2008). *Over het uitzieden van praktische wijsheid*. In: F. Vosman & A. Baart, *Aannemelijke Zorg: Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. pp. 11-44. Den Haag: Lemma in Zwart, R. (2015). *Vakmanschap: werk dat deugt en deugd doet* (master thesis). Groningen: Hanzehogeschool.

- V&VN. (z.d.) *Broepscode*. Geraadpleegd op 20 mei 2020 van, <https://www.venvn.nl/themas/beroepscode/>
- V&VN, CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, NU'91 en RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer'. (2015). *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.
- Weenk, M. (2019). *Wearable sensor monitoring in hospital care* (ongepubliceerde dissertatie). Nijmegen: Radboud university medical center.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. (1993). Geraadpleegd op 5 juni 2020 van, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-03-19/#HoofdstukIII>
- Wier, M. van de. & Lustgraaf, R. van de. (2020). De verpleging is dringend op zoek naar een testosteron-injectie. *Trouw*. Geraadpleegd op 20 mei 2020 van, <https://www.trouw.nl/zorg/de-verpleging-is-dringend-op-zoek-naar-een-testosteron-injectie~b8a2a525e/>
- Winter, J.C.F. de., Dodou, D. & P Wieringa, P.A. (2009). Exploratory Factor Analysis With Small Sample Sizes. *Multivariate Behavioral Research*, 44(2), 147-181.

# Bijlage 1: Interviewhandboek

## *Interviewhandboek*

Opmerking vooraf: Dit interviewhandboek is de basis voor de af te nemen interviews. Het exploratieve karakter van het onderzoek brengt met zich mee dat de uitkomsten van één of meerdere interviews aanleiding kunnen zijn voor aanpassing van, verwijdering van of nieuwe vragen.

I = interviewer

GI= geïnterviewde

### **[Start opname]**

#### *Inleidende tekst*

#### **(Keuze voor u/je en ik/wij): Waar GI zich comfortabel bij voelt. Bij aanvang vragen.**

Allereerst willen we je bedanken voor je deelname aan dit onderzoek en interview. Dit gesprek zal gaan over vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen en wordt afgenomen bij meerdere mensen. Met vakmanschap bedoelen we wat jij als professional doet en nodig hebt om de kwaliteit 'te leveren' die je wil. Door middel van dit interview willen we het begrip vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen vanuit het perspectief van verpleegkundigen definiëren. Het interview dient niet om vakmanschap bij jou te meten. Jouw invulling van het begrip vakmanschap is erg belangrijk voor ons onderzoek. We zijn daarom erg benieuwd naar wat jij vindt dus niet wat je denkt dat anderen zullen vinden of wat in je functieomschrijving staat. Daarnaast zou het fijn zijn als je het aangeeft wanneer je geen goed antwoord kan geven op de vraag, je hoeft geen antwoord te bedenken als je het niet hebt.

Dit interview wordt opgenomen zodat het gesprek achteraf kan worden uitgetypt. Bij het uitwerken van de interviews wordt je naam niet genoemd. Zo kan niemand achterhalen wat jij precies hebt gezegd. De opname wordt bewaard. Hierbij volgen wij de Richtlijn archivering wetenschappelijk onderzoek voor Nederlandse faculteiten Maatschappij- en Gedragswetenschappen Versie 2.1, april 2018 [indien gewenst kan GI een exemplaar ontvangen]

Ten behoeve van het onderzoek is de opname alleen toegankelijk voor de onderzoekers. Na afronding van het onderzoek kunnen de opnames alleen in het kader van een integriteitsonderzoek worden geraadpleegd.

De dingen die je ons verteld zullen alleen voor dit project worden gebruikt en zijn niet herleidbaar tot jou.

Het interview duurt ongeveer een uur. Tijdens het interview mag je op ieder moment stoppen of aangeven dat je een vraag niet wil beantwoorden. Dit heeft verder geen gevolgen voor jou.

Heeft u hier nog vragen over? Dan wil ik je vragen om te bevestigen dat je het bovenstaande hebt begrepen en er mee instemt.

Nadat I heeft ingestemd:

Dan kunnen we daarna beginnen met het interview

### *Algemene gegevens*

1. In wat voor een ziekenhuis ben je werkzaam? GI kan kiezen uit:
  - a. Academisch ziekenhuis
  - b. Regionaal/ perifeer ziekenhuis
  - c. Specialistisch ziekenhuis
  
2. Als wat voor een type verpleegkundige ben je werkzaam? GI kan kiezen uit:
  - a. Chirurgisch
  - b. Beschouwend
  - c. Anders, namelijk....
  
3. Hoeveel jaar werkervaring heb je in totaal als verpleegkundige?  
.....
  
4. Welke opleiding heb je gevolgd?
  - a. Hbo/mbo
  - b. Aanvullende opleidingen...

Doorvragen op wat iemand daar heeft geleerd, hoe iemand dat heeft ervaren en het belang ervan.

### *Inleidende vragen*

5. Wat vertel je op een verjaardag over je vak?
  
6. Als jij aan je eigen vakmanschap denkt, wat schiet er dan bij je te binnen?  
  
Als er niks meer komt, vragen om verduidelijking: Wat bedoel je daarmee, kan je een voorbeeld geven? Waarom is [onderwerp] voor jou een onderdeel van vakmanschap?
  
7. Wanneer doe jij volgens jou je werk goed?  
I: Ook doorvragen op wie bepaalt of het werk goed is. De GI zelf? Of iemand anders?
  
8. Wat maakt jou een goede verpleegkundige?  
  
I: Waarom? Waar blijkt dat uit? Onderscheid je je daarmee van collega's? Of juist niet? Wanneer ben je tevreden over het resultaat van jouw werk?

### *Kenmerken vakmanschap*

9. Zou je kunnen aangeven of het bij de volgende stellingen gaat over kenmerken van vakmanschap?

Instructie I:

- Benadruk dat het om het werk van de GI gaat, niet het werk van de verpleegkundige in het algemeen
- Benadruk dat het om de feitelijke situatie gaat, zoals het nu is. Niet hoe de ideale situatie eruit zou moeten zien.

- Stellingen zijn basis voor doorvragen. Waarom vind je dat? Kan je daar een voorbeeld van geven hoe het in de praktijk werkt?
- Vraag bij de stellingen ook of daar in de opleiding (kan ook bijscholing oid zijn) aandacht aan is besteed (mogelijk dat oudere verpleegkundigen dat niet meer weten, dan laten gaan).

Om mijn werk goed te kunnen doen:

*Beroepsgebonden kenmerken*

- Vertrouw ik op mijn 'niet pluis gevoel'.
- Is het belangrijk dat ik mijn eigen oordeel kan vormen en daar naar kan handelen

*Persoonsgebonden kenmerken*

- Ben ik me bewust van de afhankelijkheid van de patiënt van mij.
- Moet ik bevlogen zijn.
- Handel ik volgens de standaarden van mijn beroep.
- Toets ik mijn handelen bij collega's en/of externe bronnen als literatuur, beroepsorganisatie.
- Is het nodig dat ik kwaliteit laat voorgaan op andere aspecten die de organisatie of de patiënt belangrijk vindt.
- Maak ik gebruik van verschillende informatiebronnen om mijn handelen te bepalen.
- Is het belangrijk dat ik ervoor zorg dat de patiënt mij vertrouwt.

10. Wat is voor jou de belangrijkste reden om dit werk te doen?

11. Wat motiveert jou dagelijks in je werk?

*Context en andere beroepen*

12. Wat helpt jou in je werkomgeving je werk goed te doen? Waarom?

Instructie I:

- GI kan hier worden geholpen door opperen van voorbeelden: samenwerking met collega's (ook werk-/teamoverleg) en artsen, procedures, betrokken bij veranderingen, functiebeschrijving, vakbond/beroepsvereniging, leidinggevende (bijvoorbeeld waardering), faciliteiten, technologieën/hulpmiddelen, scholing.
- Doorvragen op genoemde items → "hoe concreter hoe beter". Wat bedoel je? Kan je een voorbeeld geven? Op wat voor een manier helpt [onderwerp] om je werk goed te doen?

13. Wat belemmert jou in je werkomgeving je eigen werk goed te doen? Waarom?

14. Kan je aangeven hoe anderen in de nabije werkomgeving (bijvoorbeeld artsen, verzorgenden) tegen het beroep verpleegkundige aankijken op de?

- Vaardigheden en kennis.
- Complexiteit
- Belang van ontwikkeling en opbouw van kennis en ervaring.

*Overig*

We zijn aan het einde van het interview gekomen. Nog een laatste vraag

15. Heb je kunnen zeggen wat je wilde zeggen? Of wil je nog iets toelichten? Zijn er onderwerpen die je hebt gemist of onvoldoende aan de orde zijn gekomen?

## Bijlage 2: Vragenlijst

Tekst begeleidende mail:

Beste (voormalig) verpleegkundige,

Graag wil ik, Marijke Berendijk (master-student Bestuurskunde), je vragen om een bijdrage te leveren aan mijn onderzoek voor mijn masterscriptie over vakmanschap van verpleegkundigen in ziekenhuizen. Voor dit onderzoek ben ik op zoek naar verpleegkundigen die werkzaam zijn (geweest) op een verpleegafdeling binnen een ziekenhuis. Je kan helaas niet deelnemen als je al hebt deelgenomen aan het onderzoek 'vakmanschap in een crisissituatie' binnen het Radboudumc. Je zou mij enorm helpen door bijgaande vragenlijst in te vullen (de link staat onderaan de pagina), dit duurt ongeveer vijf minuten en de vragenlijst te delen met andere (voormalige) ziekenhuisverpleegkundigen.

Onder vakmanschap wordt in dit onderzoek verstaan wat jij als professional nodig hebt en doet om de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg te bieden. Door deze vragenlijst in te vullen draag je bij aan het verkrijgen van inzicht in wat verpleegkundigen onder vakmanschap verstaan. Deze kennis zal gebruikt worden om verpleegkundigen in de toekomst te kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen en waarborgen van zijn of haar vakmanschap. De vragenlijst dient niet om de mate van vakmanschap bij je te meten.

Jouw persoonlijke invulling van het begrip vakmanschap is erg belangrijk voor dit onderzoek. Ik wil graag weten wat jij vindt, dus niet wat je denkt dat anderen zullen vinden of wat in je functieomschrijving staat. De ingevulde vragenlijsten zijn alleen voor mij toegankelijk en worden anoniem verwerkt. Zo kan niemand achterhalen welke antwoorden je hebt gegeven.

Als je naar aanleiding van bovenstaande nog vragen of opmerkingen hebt over het onderzoek kan je met mij contact opnemen, mijn gegevens staan onderaan deze mail.

Alvast hartelijk dank voor je medewerking!

Met vriendelijke groet,

Marijke Berendijk  
Master-student Bestuurskunde  
(marijke.berendijk@student.ru.nl)

(De link naar de vragenlijst)

Tekst bij de vragenlijst:

Allereerst wil ik je bedanken voor je hulp aan het onderzoek over vakmanschap bij ziekenhuisverpleegkundigen door deel te nemen aan deze vragenlijst. Deze bestaat uit een aantal algemene vragen en een onderdeel welke gaat over wat jij onder vakmanschap verstaat. Ik verzoek je iedere vraag in te vullen, wanneer je geen goed antwoord kan geven op de vraag kan je 'weet ik niet' invullen. Vergeet aan het einde van de vragenlijst niet op 'verzenden' te klikken. Veel succes!

1. Wat is je geslacht?

man

vrouw

wil ik liever niet zeggen

2. Wat is uw leeftijd?

jonger dan 25 jaar

25 tot 35 jaar

- 35 tot 45 jaar
- 45 tot 55 jaar
- 55 tot 65 jaar
- ouder dan 65 jaar
- wil ik liever niet zeggen

3. Welke opleiding heeft u gevolgd?

- MBO Verpleegkunde
- HBO Verpleegkunde
- Inservice opleiding
- anders namelijk....

4. Hoeveel jaar werkervaring heeft u als verpleegkundige?

- minder dan 3 jaar
- 3 tot 5 jaar
- 5 tot 10 jaar
- 10 tot 15 jaar
- meer dan 15 jaar
- niet ingevuld

5. Werk je op dit moment in een ziekenhuis?

- ja (door naar vraag 7)
- nee (door naar vraag 6)

6. Hoe lang ben je niet meer werkzaam in het ziekenhuis?

- tot 3 jaar
- 3 tot 5 jaar
- 5 tot 10 jaar
- meer dan 10 jaar

7. In welk ziekenhuis ben je werkzaam (geweest)?

Open vraag

8. Op welke verpleegafdeling(en) ben je het meest recent werkzaam geweest?

- Interne geneeskunde
- Snijvend
- polikliniek
- flex

9. Heeft u gewerkt met de VisiMobile / Continue Monitoring?

- ja
- nee

Dit onderdeel gaat over wat jij onder vakmanschap verstaat als verpleegkundige binnen een ziekenhuis. Kan je aangeven in welke mate je het eens bent met de volgende stellingen?

Vakmanschap van ziekenhuisverpleegkundigen betekent voor mij:

- dat ik de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg lever.
- dat ik bereid ben om in eigen tijd met werk bezig te zijn.
- dat ik bereid ben mijn eigen gezondheid in gevaar te brengen zodat de zorg voor de 19: patiënten gewaarborgd kan worden.
- dat ik wil leren van de feedback van collega's.
- dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.
- dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.
- dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.

- dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.
- dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.
- dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten.
- dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.
- dat ik de belangen van de patiënt bescherm.
- dat ik de patiënt optimaal informeer over de zorg die ik verleen.
- dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel.
- dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.
- dat ik afwijk van protocollen als ik denk dat dat nodig is.
- dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt.
- dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie.

Antwoord categorieën: Helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens, weet ik niet.

Dit is het einde van de vragenlijst. Vergeet niet op de knop 'verzenden' te klikken. Nogmaals bedankt voor je deelname!

## Bijlage 3: Frequentieverdelingen controlevariabelen

**Tabel 13**

*N en missings*

		Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Werkervaring	Praktiserend	Ziekenhuis	Afdeling	Continue monitoring
<b>N</b>	<b>Valid</b>	126	125	125	126	127	118	93	127
	<b>Missing</b>	1	2	3	1	0	9	34	0

**Tabel 14**

*Frequentie verdeling Continue monitoring*

		Frequency	Percent
<b>Valid</b>	Ja	68	53,5
	Nee	59	46,5
	Total	127	100,0

**Tabel 15**

*Frequentie verdeling controlevariabele geslacht*

		Frequency	Percent
<b>Valid</b>	Vrouw	112	88,9
	Man	13	10,3
	Total	126	99,2
<b>Missing</b>	Wil ik liever niet zeggen	1	0,8
<b>Total</b>		127	100,0

**Tabel 16***Frequentie verdeling controlevariabele leeftijd*

		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
<b>Valid</b>	Jonger dan 25 jaar	24	18,9
	25 tot 35 jaar	52	40,9
	35 tot 45 jaar	12	9,4
	45 tot 55 jaar	23	18,6
	55 tot 65 jaar	14	11,0
	Total	125	98,4
<b>Missing</b>	Wil ik liever niet zeggen	2	1,6
<b>Total</b>		127	100,0

**Tabel 17***Frequentie verdeling controlevariabele opleiding*

		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
<b>Valid</b>	Doktersassistent	1	0,8
	MBO verpleegkunde	15	11,8
	Inservice opleiding	19	15,0
	HBO verpleegkunde	77	60,6
	Master	12	9,4
	Total	124	97,6
<b>Missing</b>	Niet ingevuld	3	2,4
<b>Total</b>		127	100,0

**Tabel 18***Frequentie verdeling controlevariabele werkervaring*

		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
<b>Valid</b>	Minder dan 3 jaar	35	27,6
	3 tot 5 jaar	20	15,7
	5 tot 10 jaar	26	20,5
	10 tot 15 jaar	14	11,0
	Meer dan 15 jaar	31	24,4
	Total	126	99,2
<b>Missing</b>	Niet ingevuld	1	0,8
<b>Total</b>		127	100,0

**Tabel 19***Frequentie verdeling controlevariabele verpleegkundige is op dit moment werkzaam als ziekenhuisverpleegkundige*

		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
<b>Valid</b>	Nee	13	10,2
	Ja	114	89,8
	Total	127	100,0

**Tabel 20***Frequentie verdeling controlevariabele soort ziekenhuis*

		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
<b>Valid</b>	Perifeer	30	23,6
	Academisch	88	69,9
	Total	118	92,9
<b>Missing</b>	Niet ingevuld	9	7,1
<b>Total</b>		127	100,0

**Tabel 21***Frequentie verdeling controlevariabele afdeling waar de verpleegkundige werkzaam is*

		<b>Frequency</b>	<b>Percent</b>
<b>Valid</b>	Interne geneeskunde	14	11,0
	Snijdend specialisme	48	37,8
	Polikliniek	25	19,7
	Flexwerk	6	4,7
	Totaal	93	73,2
<b>Missing</b>	Niet ingevuld	34	26,8
<b>Total</b>		127	100,0

## Bijlage 4: Codeboek

Continue monitoring?

Ja = 0

nee = 1

Wat is je geslacht?

man = 1

vrouw = 0

wil ik liever niet zeggen = 99

Wat is uw leeftijd?

jonger dan 25 jaar = 0

25 tot 35 jaar = 1

35 tot 45 jaar = 2

45 tot 55 jaar = 3

55 tot 65 jaar = 4

ouder dan 65 jaar = 5

wil ik liever niet zeggen = 99

Welke opleiding heeft u gevolgd? Hoogst afgerond

doktersassistent = 1

MBO Verpleegkunde = 2

Inservice opleiding = 3

HBO Verpleegkunde = 4

Een master = 5

niet ingevuld = 99

Hoeveel jaar werkervaring heeft u als verpleegkundige?

minder dan 3 jaar = 0

3 tot 5 jaar = 1

5 tot 10 jaar = 2

10 tot 15 jaar = 3

meer dan 15 jaar = 4

niet ingevuld = 99

Werk je op dit moment in een ziekenhuis?

ja = 1

nee = 0

Hoe lang ben je niet meer werkzaam in het ziekenhuis?

tot 3 jaar = 0

3 tot 5 jaar = 1

5 tot 10 jaar = 2

meer dan 10 jaar = 3

niet van toepassing = 99

In welk ziekenhuis ben je werkzaam (geweest)?

Perifeer = 0

Academisch = 1

niet ingevuld = 99

Op welke verpleegafdeling(en) ben je het meest recent werkzaam geweest?

Interne geneeskunde = 0

Snijdend = 1

- O polikliniek = 2
- O flex = 3
- O niet ingevuld = 99

- dat ik de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg lever.
- dat ik bereid ben om in eigen tijd met werk bezig te zijn.
- dat ik bereid ben mijn eigen gezondheid in gevaar te brengen zodat de zorg voor de patiënten gewaarborgd kan worden.
- dat ik wil leren van de feedback van collega's.
- dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.
- dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.
- dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.
- dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.
- dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.
- dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten.
- dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.
- dat ik de belangen van de patiënt bescherm.
- dat ik de patiënt optimaal informeer over de zorg die ik verleen.
- dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel.
- dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.
- dat ik afwijk van protocollen als ik denk dat dat nodig is.
- dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt.
- dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie.

Bij deze stellingen:

Helemaal eens = 5

Eens = 4

Neutraal = 3

Oneens = 2

Helemaal oneens = 1

Weet ik niet = 6

Niet ingevuld = 99

## Bijlage 5: Outliers

**Tabel 22**

*Outliers*

<b>Variabele</b>	<b>Outliers</b>
Dat ik de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg lever.	29= 4
Dat ik bereid ben om in eigen tijd met werk bezig te zijn.	12= 1
Dat ik bereid ben mijn eigen gezondheid in gevaar te brengen zodat de zorg voor de patiënten gewaarborgd kan worden.	88= 2 79= 2 123= 2 58= 2 107= 1 92= 1
Dat ik wil leren van de feedback van collega's.	-
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	-
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.	-
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.	-
Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.	125= 4
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.	-
Dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten.	-
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.	-
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm.	-
Dat ik de patiënt optimaal informeer over de zorg die ik verleen.	-
Dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel.	-
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.	-
Dat ik afwijk van protocollen als ik denk dat dat nodig is.	69= 5 108= 5 11= 4 111= 4
Dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt.	-
Dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie.	69= 5
Verbeteren van de door de hele afdeling geleverde zorg op basis van individuele zorgbehoeften met aandacht voor de vertrouwensrelatie met de patiënt	-
Volwaardige zorgverlening	69= 5

Helemaal eens = 5

Eens = 4

Neutraal = 3

Oneens = 2

Helemaal oneens = 1

Weet ik niet = 6

Niet ingevuld = 99

## Bijlage 5: Variantie items

**Tabel 23**

*Variantie items*

<b>Variabele</b>	<b>Variantie</b>
Dat ik de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg lever.	0,31
Dat ik bereid ben om in eigen tijd met werk bezig te zijn.	0,90
Dat ik bereid ben mijn eigen gezondheid in gevaar te brengen zodat de zorg voor de patiënten gewaarborgd kan worden.	0,99
Dat ik wil leren van de feedback van collega's.	0,24
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	0,24
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.	0,21
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.	0,34
Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.	0,47
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.	0,20
Dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten.	0,35
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.	0,33
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm.	0,27
Dat ik de patiënt optimaal informeer over de zorg die ik verleen.	0,29
Dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel.	0,32
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.	0,24
Dat ik afwijk van protocollen als ik denk dat dat nodig is.	0,62
Dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt.	0,84
Dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie.	0,71

## Bijlage 6: Factorladingen voor verwijdering van items

**Tabel 24**

*Factoren voor verwijdering van items*

Item	Factorlading factor 1	Factorlading factor 2	Factorlading factor 3	Factorlading factor 4	Factorlading factor 5
Dat ik actief bezig ben mijn kennis en vaardigheden continu te vergroten.	0,85	0,15	0,05	-0,09	0,08
Dat ik kritisch blijf op mijn eigen handelen en de zorg die ik bied.	0,66	-0,08	-0,19	0,06	0,02
Dat ik mijn handelen aanpas aan de nieuwste inzichten.	0,64	-0,03	-0,04	-0,03	-0,15
Dat ik actief verschillende bronnen raadpleeg waar ik mijn handelen op baseer.	0,55	-0,14	-0,05	-0,13	-0,08
Dat ik aan de patiënt of collega's aangeef als ik iets niet weet.	0,47	0,15	-0,16	0,05	-0,08
Dat ik bereid ben mijn eigen gezondheid in gevaar te brengen zodat de zorg voor de patiënten gewaarborgd kan worden.	0,01	0,55	0,10	0,10	0,02
Dat ik perfectionistisch ben in het uitvoeren van de zorg voor een patiënt.	0,10	0,53	-0,29	-0,09	0,01
Dat ik bereid ben om in eigen tijd met werk bezig te zijn.	0,06	0,37	0,12	-0,05	-0,24
Dat ik mijn handelen voor een deel baseer op intuïtie.	-0,12	0,36	-0,28	-0,23	0,05
Dat ik aandacht heb voor zowel psychische als lichamelijke klachten van de patiënt.	0,19	-0,08	-0,73	0,16	-0,01
Dat ik de individuele zorg behoeften van een patiënt in kaart breng en daar naar handel.	0,11	-0,07	-0,61	-0,11	-0,12
Dat ik de belangen van de patiënt bescherm.	0,17	-0,05	-0,51	-0,05	-0,23
Dat ik de patiënt optimaal informeer over de zorg die ik verleen.	0,16	0,10	-0,40	-0,04	-0,28
Dat ik de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg lever.	0,06	0,10	-0,22	-0,12	-0,13
Dat ik afwijk van protocollen als ik denk dat dat nodig is.	0,10	-0,10	0,10	-0,96	0,02
Dat ik steun bied aan collega's in moeilijke werksituaties.	-0,14	0,02	-0,09	-0,02	-0,89
Dat ik kennis overdraag op collega's en stagiaires.	0,23	0,01	-0,06	-0,00	-0,67
Dat ik wil leren van de feedback van collega's.	0,31	-0,06	-0,01	0,06	-0,47