

AUTONOMIE VEREIST, VERTROUWEN VERPLICHT



Een onderzoek naar hoe verpleegkundigen hun motivatie ervaren en hoe dit wordt beïnvloed door het JCI-model

Arno van Wijk



Universiteit Utrecht

UMC Utrecht

Een onderzoek naar hoe verpleegkundigen hun motivatie ervaren en hoe dit wordt beïnvloed door het JCI-model

Juli 2013

Master Organisaties Verandering en Management

Utrechtse School voor Bestuurs- & Organisationswetenschap (USBO)

Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap

Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisations

Studentnummer: 3935795

Arno van Wijk

Scriptiebegeleider: dr. M. (Martijn) Koster

Tweede lezer: dr. S.A. (Sander) Kramer

SAMENVATTING

Dit onderzoek laat zien hoe verpleegkundigen op de afdeling Longziekten hun motivatie ervaren en hoe dit beïnvloed wordt door het werken met het JCI-model. Het JCI-model is een normenkader dat het UMC Utrecht invoert. Dit moet leiden tot accreditatie door de Joint Commission International (JCI). Het doel hiervan is het vergroten van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Het normenkader is tussen het najaar van 2011 en maart 2013 geïmplementeerd door middel van de tracer-methodiek. Bij deze methodiek toetsen tracers, getrainde medewerkers uit het ziekenhuis, de zorgverlening aan de normen van de JCI.

Ten eerste laat dit onderzoek zien dat de motivatie van de verpleegkundigen uiteen valt in een basismotivatie, dat is het ideaal om anderen te dienen, en een dagelijkse werkmotivatie. Deze heeft betrekking op korte termijn doelen in het werk. De verpleegkundigen geven aan dat voor de *wijze waarop* ze het werk doen en het *resultaat* daarvan van belang zijn voor de dagelijkse werkmotivatie. Werkdruk speelt een dubbele rol. Enerzijds motiveert het omgaan met hectiek en onverwachte gebeurtenissen, anderzijds demotiveert een te hoge werkdruk omdat dit ten koste gaat van de tijd voor de patiënt. De verpleegkundigen streven vanuit hun motivatie naar het leveren van *Goed Werk*. Het doen van Goed Werk is voor de verpleegkundigen een verantwoorde invulling van de autonomie, het streven naar excellentie in het werk en een kritische houding naar het beleid van de arts en het eigen functioneren. Dit streven moet leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

Ten tweede laat dit onderzoek zien dat het groter wordende belang van samenwerking tussen zorgverleners botst met de autonomie van de verpleegkundigen en ontwikkelingen in het team. Het verpleegkundig team is de laatste jaren verjongd en er wordt individualistischer gewerkt dan een aantal jaren geleden. De verpleegkundigen willen wel betrokkenheid *op* het werk omdat deze sociale steun hen motiveert. Ze willen echter geen betrokkenheid *bij* het werk omdat dit de autonomie aantast. Dit is een paradox: goede samenwerking is een motiverende factor maar betekent een verkleining van de autonome ruimte, terwijl veel autonome ruimte juist motiverend werkt. Het onderzoek laat tevens zien dat de verpleegkundigen de normen van het JCI-model niet *altijd* en niet *strikt* naleven. Niet-naleving doet pijn als het aan het licht komt bij tracers, het maken van fouten of bij aanspreken door collega's. Dit zijn namelijk momenten waarop anderen de autonome ruimte van de verpleegkundigen betreden. De verpleegkundigen ervaren dit als beklemmend. Vanuit de motivatie om de beste zorg te bieden aan de patiënt vertrouwen ze namelijk op de eigen kennis en vaardigheden. Het onderzoek laat ook zien dat de tracer-methodiek niet werkt zoals bedoeld. Ook spreken de verpleegkundigen elkaar nauwelijks aan op naleving van normen. Een reden hiervoor lijkt de bescherming van de eigen autonomie te zijn.

Concluderend blijkt dat het JCI-model de dagelijkse werkmotivatie van de verpleegkundigen *tijdelijk* kan frustreren en belemmeren. De invloed op de basismotivatie lijkt beperkt, maar niet-naleving heeft weinig gevolgen. Daardoor kunnen de verpleegkundigen het JCI-model 'op afstand houden'. Naarmate de druk om na te leven groter wordt, krijgen de normen in de *praktijk* meer impact. Hierdoor kan de werkdruk stijgen. Dit kan ervoor zorgen dat de verpleegkundigen naar hun gevoel te weinig aan het bed kunnen staan en geen Goed Werk meer kunnen leveren. Dit raakt aan de basismotivatie. De verpleegkundigen willen anderen dienen en het contact met de patiënt maakt het werk voor hen betekenisvol. Een zekere instandhouding van de autonomie om af te wijken van de normen lijkt voor de verpleegkundigen nodig om op korte- en lange termijn gemotiveerd te blijven. Deze autonomie betekent niet het principiële en structurele afwijken van normen, maar incidenteel. Normen zijn er om nageleefd te worden, maar in sommige gevallen zijn ze er ook om niet nageleefd te worden. In die gevallen is vertrouwen op de professionele invulling van de autonomie door verpleegkundigen nodig voor een hoge kwaliteit van zorg.

VOORWOORD

Het schrijven van het voorwoord van de scriptie is het slotstuk van een proces waarin ik me heb mogen verwonderen, kennis heb verdiept en ben verrijkt met nieuwe ervaringen. Wat mij het meeste bijblijft zijn de vier dagen meelopen op B3West, de verpleegafdeling Longziekten. Als 'stagiair' mocht ik twee dagen meekijken met Anne en twee dagen met Inge. Dit gaf me inzicht in wat een verpleegkundige de hele dag doet, maar meer nog gingen discussies over professionals en regels voor mij leven. Zichtbaar werd dat verpleegkundigen vooral bezig zijn met de patiënt. Dat kan zijn aan het bed, maar ook in de medicijnkamer, de verpleegpost en de vergaderkamer. Het werk is niet regelmatig en rustig, maar bellende patiënten, wisselend beleid van artsen en complicaties maken het werk ongestructureerd en hectisch. De verpleegkundigen moeten omgaan met deze druk en dat kan voldoening geven, maar is ook weleens lastig. Het belang van het voorgaande zette voor mij het belang van de normen van het JCI-model in perspectief. Als buitenstaander had ik eerst de indruk dat het JCI-model iets heel belangrijks is voor iedereen in het ziekenhuis. Door het meelopen werd dit beeld genuanceerder. Een beeld is nooit helemaal zwart of wit, maar in meer of mindere mate ook grijs. Dit geldt ook voor het beeld van verpleegkundigen en regels. Enerzijds hebben verpleegkundigen een kader nodig waarbinnen ze moeten handelen, anderzijds moeten ze de ruimte hebben en houden om naar eigen inzicht de juiste zorg te bieden. Bepaalde regels zijn zwart-wit: naleving is noodzakelijk en dat begrijpt iedereen. Andere regels bevinden zich in een grijs gebied. Naleving van die regels is soms noodzakelijk, maar op andere momenten juist schadelijk voor de kwaliteit van zorg. De kern van de discussies over professionals gaat over dit grijze gebied: vrije handelingsruimte lijkt daarin noodzakelijk, maar er zijn ook goede redenen om deze in te kaderen. Dit vraagt om het continue balanceren tussen regelen en ruimte geven. De randen van het kader moet daarom niet rigide zijn, maar flexibel. Dat betekent ook dat dé balans tussen regelen en ruimte geven niet bestaat, maar er steeds naar gestreefd moet worden. Ook in deze scriptie heb ik dé balans niet kunnen vinden, maar wel bij mogen dragen aan de doorgaande zoektocht ernaar.

Deze zoektocht naar balans is op het voorblad beeldend weergegeven. Een bepaalde mate van autonomie voor verpleegkundigen om zelf de beste weg te kunnen kiezen is vereist. In de ene situatie moet gestuurd worden op wat de juiste weg is, in de andere situatie moet men erop vertrouwen dat de verpleegkundige de juiste weg kiest. Kortom: autonomie vereist, vertrouwen verplicht

Na deze inhoudelijke woorden nog een kort dankwoord. In de eerste plaats aan Anne en Inge, die mij meegenomen hebben in het werk van de verpleegkundige, een onvergetelijke ervaring. In de tweede plaats aan de andere verpleegkundigen op de afdeling, veel heb ik mogen spreken tijdens het meelopen en een aantal heb ik nog mogen interviewen. Ook dank ik Ariane en Liesbeth, die kritisch met me meedachten en met wie ik heb mogen discussiëren over de inhoud van mijn scriptie. Belangrijk in het hele proces was Martijn, mijn scriptiebegeleider bij de USBO. Hij voorzag de stukken die ik inleverde vaak binnen een dag van commentaar, prikkelde mij om na te denken en wat korter van stof te zijn in het schrijven. Ook gedoogde hij dat onze scriptiegesprekken een uur duurden in plaats van een half uur. Afsluitend dank aan de mensen die mij stimuleerden om door te werken en tussentijds feedback gaven op de scriptie.

Rest mij u uit te dagen deze scriptie vanaf het begin tot aan het einde te lezen. De selectieve lezer verwijs ik graag door naar de samenvatting, inhoudsopgave en de leeswijzer. Ik wens u veel leesplezier toe en zie uw reactie graag tegemoet.

Arno van Wijk
Juli 2013

a.l.vanwijk@gmail.com

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	1
Voorwoord	2
1. Inleiding	5
1.1 Probleembeschrijving.....	5
1.2 Probleemstelling.....	8
1.3 Onderzoeksbenadering.....	8
1.4 Focus: afdeling Longziekten van het UMC Utrecht.....	9
1.5 Maatschappelijke relevantie.....	10
1.6 Wetenschappelijke relevantie.....	10
1.7 Leeswijzer.....	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Cultuurperspectief.....	11
2.2 Theoretische concepten.....	11
2.2.1 Motivatie.....	11
2.2.2 Professionals en Goed Werk.....	14
2.2.3 Verandering.....	19
3. Methodologie	22
3.1 Onderzoeksbenadering.....	22
3.2 Onderzoeksstrategie.....	22
3.3 Onderzoeksmethoden.....	23
3.1.1 Inhoudsanalyse.....	23
3.1.2 Participatieve observatie.....	23
3.1.3 Interviews.....	24
3.1.4 Analyse en beschrijving bevindingen.....	25
3.4 Kwaliteitscriteria.....	25
3.4.1 Betrouwbaarheid.....	25
3.4.2 Validiteit.....	26
3.4.3 Bruikbaarheid.....	26
3.5 Reflectie op de rol van onderzoeker.....	26
4. Bevindingenhoofdstuk	28
4.1 Motivatie verpleegkundigen.....	28
4.1.1 Basismotivatie: dienen en zelfontplooiing.....	28
4.1.2 Dagelijkse werkmotivatie: voldoening en werkdruk.....	29
4.1.3 Demotivatie: collega's en veranderingen.....	30
4.1.4 Goed Werk: de verpleegkundige als professional.....	31
4.2 Ontwikkelingen die het werk beïnvloeden.....	35
4.2.1 Visie op veranderingen in de maatschappij.....	35

4.2.2 Veranderingen in het team	37
4.2.3 Aanspreken als aantasting van autonomie	39
4.3 Het JCI-model bezien vanuit de verpleegkundigen.....	42
4.3.1 Het waarom van het JCI-model: het doel onderschreven.....	42
4.3.2 Het wat van het JCI model: voordelen en knelpunten	43
4.3.3 Het hoe van het JCI-model: werken met de normen	46
4.3.4 Het traceren van professionals	49
4.4 Houding ten opzichte van veranderingen	53
5. Conclusies	55
5.1 Basismotivatie en dagelijkse werkmotivatie	55
5.1.1 Basismotivatie: inzicht in idealen	55
5.2.2 Dagelijkse werkmotivatie	55
5.2 Paradox: betrokkenheid versus autonomie	58
5.3 Motivatie vereist vertrouwen in autonomie	58
6. Discussie	60
6.1 Bevindingen bediscussieerd	60
6.2 Reflectie en implicaties.....	61
7. Aanbevelingen.....	62
8. Nawoord	64
9. Verklarende woordenlijst	65
10. Referenties.....	66
11. Bijlagen.....	72
Bijlage 1: Verwijzingen empirisch materiaal	72
Bijlage 2: Topiclijst interviews	72
Bijlage 3: Een beeld van naleving	73
Bijlage 4: Organogram UMC Utrecht	75

1. INLEIDING

Hanne is verpleegkundige. Dertig jaar geleden koos ze voor het werk omdat ze graag iets voor anderen wilde betekenen. Jarenlang had ze veel vrijheid om naar eigen inzicht zorg te verlenen aan patiënten. Haar sterke wil om goed voor anderen te zorgen zorgde ervoor dat ze goede zorg kon bieden. Hanne had veel tijd voor de patiënten, gaf ze persoonlijke aandacht en de patiënten waardeerden dat. In het begin hielden Hanne en haar collega's dossiers bij met potlood, in een schriftje. Nu is het 2013. Het schriftje is vervangen door een uitgebreid elektronisch patiëntendossier. De vrijheid om naar eigen inzicht zorg te bieden is ingeperkt door normen en protocollen. Wat betekent dit voor de motivatie van Hanne? Hoe ervaart zij de veranderingen? Heeft ze begrip voor de veranderingen en motiveert dit extra? Of ervaart ze de veranderingen als een extra druk die demotiverend werkt? Dit zijn vragen waar veel verpleegkundigen zich zomaar in kunnen herkennen. Dit geldt niet alleen voor verpleegkundigen die al dertig jaar werken, maar ook voor jongere verpleegkundigen die met een bepaald beeld van wat het werk inhoudt verpleegkundige zijn geworden.

De hiervoor beschreven casus is niet zomaar uit de lucht gegrepen. De samenleving verandert in hoog tempo en dat zorgt voor veranderende verwachtingen van de dienstverlening door professionals. Tijdens de verzuiling hebben professionals veel aanzien en vrijheid. Mensen die gebruik maken van de diensten van professionals zijn vooral behoeftig (RMO, 2006). In de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw is onder andere de individualisering een stuwende kracht achter de ontzuiling. Burgers krijgen meer keuzevrijheid en de verhouding tussen professionals en burgers verandert. Burgers worden kritischer en veeleisender ten opzichte van professionals. Tegelijkertijd neemt de druk op de verzorgingsstaat toe en aan het begin van de jaren '80 doet het New Public Management haar intrede (Frederickson & Smith, 2003; Hood, 1991; Osborne & Gaebler, 1992; Rhodes, 1996; Stoker, 2006). Hierdoor komt de patiënt steeds meer centraal te staan en moeten professionals steeds efficiënter en resultaatgerichter werken.

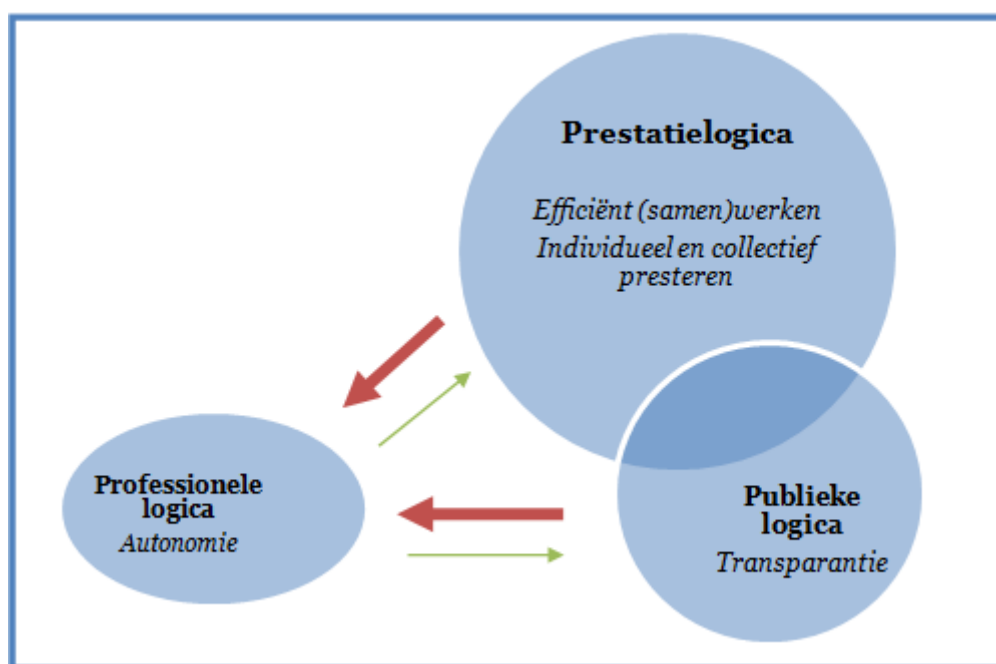
Deze veranderende verhoudingen in de samenleving zorgen ervoor dat hogere eisen aan het werk van verpleegkundigen worden gesteld. De kwaliteit van zorg moet hoog zijn, fouten moeten voorkomen worden en er moet steeds meer verantwoording worden afgelegd over het handelen. Dit leidt er onder andere toe dat verpleegkundigen minder tijd hebben voor hun passie: aan het bed staan om voor de patiënt te zorgen. Dit onderzoek laat de spanning zien tussen de *motivatie* van verpleegkundigen en de druk om aan dwingender wordende *normen* te moeten voldoen. In het onderzoek is door de ogen van de verpleegkundigen van de afdeling Longziekten in het UMC Utrecht gekeken naar een accreditatietraject dat moet bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

1.1 PROBLEMBESCHRIJVING

Zoals de introductie laat zien, hebben ontwikkelingen in de samenleving veel impact op het werk van professionals, zo ook op het werk van verpleegkundigen. Onduidelijk is hoe dit uitwerkt op de motivatie van verpleegkundigen. Inzicht hierin is van belang omdat de samenleving gebaat is bij verpleegkundigen die gemotiveerd zijn én blijven. Verpleegkundigen zijn namelijk de voortbrengers van kwalitatief goede zorg.

Trappenburg (2011) noemt drie grote ontwikkelingen die de samenleving veranderen: de globalisering, individualisering en technologisering. Deze ontwikkelingen hebben vanaf het begin van de jaren '80 onder andere de opkomst van het New Public Management in de publieke sector aangejaagd (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2004; Christensen & Laegreid, 2001). Hierdoor staan steeds minder professionele waarden zoals kwaliteit, autonomie en gelijkheid centraal in de professionele dienstverlening, maar domineren waarden zoals zakelijkheid, efficiency, keuzevrijheid voor de cliënt en resultaatgerichtheid (Tummers, 2012; Noordegraaf, 2012). Dit heeft effect op het werk van professionals in de zorg. Volgens Leistikow (2010) zorgen de voorgaande ontwikkelingen ervoor dat patiënten inhoudelijk steeds beter op de hoogte zijn van hun ziektebeeld en behandelopties,

professionals in de zorg steeds meer moeten samenwerken en de technische mogelijkheden van behandeling zijn toegenomen. Daarnaast neemt, mede ingegeven door het New Public Management, de marktwerking in de zorg toe en wijzigen verzekeringsstelsels en patiëntenrechten (Leistikow, 2010). Het voorgaande leidt tot een verandering van de verhoudingen tussen de professionele logica, prestatielogica en publieke logica (Noordegraaf, 2012). Als uitgegaan wordt van de professionele logica dan betekent dit dat in de professionele dienstverlening het denken en autonome handelen van de professional zelf leidend is. Met de prestatielogica wordt bedoeld dat waarden zoals presteren en efficiëntie leidend zijn in de professionele dienstverlening. Professionele dienstverlening volgens de publieke logica betekent dat transparantie de belangrijkste kernwaarde is, waardoor de professional vooral gericht moet zijn op verantwoording over het handelen. Waar tot aan het begin van de jaren '80 de professionele logica domineerde over de prestatielogica en publieke logica, zijn nu de rollen omgedraaid. De autonomie van de professional is ondergeschikt aan efficiëntie, presteren en transparantie, de kernwaarden van de prestatielogica en de publieke logica.



Model 1.1: veranderende logica's in de professionele dienstverlening

Model 1.1 laat zien dat dit andere eisen stelt aan de professionele dienstverlening. De prestatielogica vraagt om hoge kwaliteit en patiëntveiligheid, de publieke logica om verantwoording daarover. Professionals moeten daarom efficiënt en snel (samen)werken, individueel en collectief goed presteren en transparant zijn naar beweeglijke en veeleisende burgers (De Bruin & Noordegraaf, 2010). Voor ziekenhuizen betekenen deze veranderende verhoudingen dat er steeds meer nadruk komt te liggen op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid (Leistikow, 2010: 106). Ziekenhuizen moeten niet alleen werken aan de verbetering van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, maar ook laten zien dat men dit levert. Dit is een samenspel tussen de prestatielogica en publieke logica. Deze logica's zetten de professionele logica en de autonomie die daarin domineert onder druk. Dit vraagt om een antwoord vanuit de professionele logica en daarmee ook van het UMC Utrecht en de professionals die er werkzaam zijn.

Accreditatie als meebewegen met veranderende verhoudingen

Het UMC Utrecht is in het kader van de Strategie 3.0 (2010-2015) gestart met een proces dat moet leiden tot accreditatie door de JCI (Joint Commission International), een gezaghebbende organisatie die zorginstellingen accrediteert. Dit kan gezien worden als een antwoord van het UMC Utrecht op de druk vanuit de prestatielogica en de publieke logica. Accreditatie wordt namelijk gebruikt om efficiënte en effectieve kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bevorderen, te promoten en te garanderen (Al-

Awa et al., 2011: 200). Dit is een reactie op de roep vanuit verschillende actoren in de samenleving, zoals overheden en patiënten, om de kwaliteit van zorg te verbeteren en meetbaar te maken (Jovanovic, 2005: 156). Gerelateerd aan het JCI-model wordt *patiëntveiligheid* door het UMC Utrecht geformuleerd als: “het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem.” (Wagner & Van der Wal, 2005: 1891).

Accreditatie heeft voor het UMC Utrecht naast het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid nog andere voordelen. Accreditatie laat namelijk zien dat een ziekenhuis voldoet aan nationale standaarden van kwaliteit (Pomey et al., 2005; Turner, 2007). Uit onderzoek blijkt tevens dat het feit of een zorginstelling geaccrediteerd is een grote rol speelt bij de keuze van cliënten voor een bepaalde zorgverlener (Peters & Sauer, 2011: 121). Dit wordt steeds belangrijker omdat ziekenhuizen door de opkomst van marktwerking in de zorg zelf patiënten moeten aantrekken (Crone, 2008: 118). Er wordt veel waarde toegekend aan accreditatie omdat het aan tijd gebonden is. Accreditatie vraagt namelijk om periodieke herevaluatie, dus om een doorgaand proces van verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid (Schwark, 2005). Dit geldt ook voor accreditatie door de JCI. De accreditatie dient elke drie jaar opnieuw getoetst en verleend te worden.

De doelstelling van het UMC Utrecht om zich te laten accrediteren door de JCI vloeit voort uit het thema ‘Kwaliteit en Veiligheid’ van de Strategie 3.0 (2010-2015):

In 2015 heeft het UMC Utrecht kwaliteit en veiligheid meetbaar en toetsbaar gemaakt en onderscheidt het zich in Nederland in positieve zin op het gebied van kwaliteits- en veiligheidsmanagement in zorg, onderwijs en onderzoek.

Door middel van onder andere accreditatie door de JCI wil het UMC Utrecht de bovenstaande doelstelling bereiken. De JCI toetst de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg aan de hand van een integraal normenkader. Dit normenkader is vanaf het najaar van 2011 geïmplementeerd door het UMC Utrecht. Begin juli 2013 is een auditcommissie van de JCI in het ziekenhuis om de normen te toetsen. Indien het ziekenhuis dit onderzoek goed doorloopt wordt de accreditatie verleend door de JCI. Voorafgaand aan deze audit heeft het UMC Utrecht vanaf het najaar van 2011 het normenkader van de JCI vertaald in ziekenhuisbreed beleid, concrete normen en protocollen. Voor de implementatie van de normen wordt door het UMC Utrecht de zogenaamde tracer-methodiek gehanteerd. Een tracer volgt het pad en de ervaringen van een patiënt om de prestaties van een zorginstelling te toetsen aan de internationale JCI-standaarden. Uniek aan deze methodiek is dat er in theorie sprake is van een actieve dialoog met de professionals over het verloop van het proces en de normen waaraan voldaan moet worden. De tracers worden uitgevoerd door ongeveer zeventig medewerkers uit alle lagen van de organisatie die zijn opgeleid in het UMC Utrecht.

De normen van het JCI-model zijn een uitdrukking van maatschappelijke eisen en zijn *evidence-based* in het werkveld (Al-Awa, 2011; Donahue & VanOstenberg, 2000; Jovanovic, 2005). Dit betekent dat de normen zijn ontwikkeld door mensen in het werkveld, waaronder medici en verpleegkundigen. Een van de gevolgen hiervan is dat de normen aan zouden moeten sluiten bij het perspectief van de zorgverleners. Verpleegkundigen zijn namelijk geneigd normen te volgen als ze zich herkennen in de doelen ervan (Leistikow, 2010). Dit sluit aan bij theorie over veranderingen en professionals. Zo laat Tummers (2012) het verband tussen de *wil* om mee te gaan in een verandering en de perceptie van de professional zien. Johns (1990: 891) stelt op zijn beurt dat verpleegkundigen als ze zich eigenaar voelen van de normen het idee hebben dat ze controle hebben over de grenzen die gesteld worden aan hun autonomie, dus geneigd zullen zijn om de normen te volgen.

Het proces dat tot accreditatie door de JCI moet leiden heeft gevolgen voor het werk van de professionals: de verpleegkundigen, artsen en andere mensen op de werkvloer. Op het eerste gezicht lijkt het JCI-model met normen die aansluiten bij de professionele logica een passend antwoord op de eisen die gesteld worden vanuit de prestatie logica en publieke logica. Dit onderzoek laat zien in hoeverre het JCI-model inderdaad aansluit bij de logica van de verpleegkundige.

1.2 PROBLEEMSTELLING

De (professionele) logica van de verpleegkundige staat op gespannen voet met de publieke- en prestatielogica. De hiervoor beschreven ontwikkelingen zetten druk op de hogere waarden van de verpleegkundigen en raken daarmee aan hun motivatie. Verpleegkundigen worden gedreven door een ideaal van dienstbaarheid en streven naar het leveren van *Goed Werk*. Verpleegkundigen zijn bij dat streven naar Goed Werk gebonden aan regels, zoals de normen van het JCI-model. Het belang van deze regels neemt toe en daardoor wordt ook de spanning tussen regels en de hogere waarden van de verpleegkundigen groter. Verpleegkundigen worden vaak gedreven door het ideaal om anderen te dienen en willen vooral ‘aan het bed’ staan. Complexer wordende contexten en nieuwe eisen kunnen deze ‘tijd aan het bed’ en daarmee de motivatie onder druk zetten. Verschillende auteurs bespreken dit en er wordt ook wel gesproken over de beklemming van professionals (Jansen et al., 2009; Tonkens, 2003). Hiermee wordt bedoeld dat professionals steeds meer klem komen te zitten tussen veeleisende managers en assertieve patiënten. Onduidelijk is echter hoe verpleegkundigen dit ervaren en hoe deze ontwikkelingen de motivatie beïnvloeden (Moody & Pesut, 2006: 16). In dit onderzoek wordt aan de hand van de volgende vraagstelling onderzocht hoe het werken met het JCI-model inwerkt op de motivatie van de verpleegkundigen:

Hoe ervaren verpleegkundigen van de afdeling Longziekten van het UMC Utrecht hun motivatie en hoe wordt deze beïnvloed door het werken met het JCI-model?

In het onderzoek is ervoor gekozen om bij het empirisch onderzoek naar het JCI-model vooral aandacht te hebben voor normen die gerelateerd zijn aan vier van de zes zogenaamde International Patient Safety Goals (IPSG). Deze zes doelen worden door de JCI als cruciaal en fundamenteel gezien voor het leveren van kwalitatief goede zorg en een hoge patiëntveiligheid. Vier van deze zes doelen zijn juist ook voor verpleegkundigen relevant in de alledaagse praktijk, wat niet geldt voor alle doelen van de JCI. Zo zijn er ook normen van de JCI die gericht zijn op het hebben van centraal beleid in het ziekenhuis en het instellen van commissies. Deze raken niet direct aan het werk van de verpleegkundigen. De vier relevante International Patient Safety Goals zijn de volgende:

IPSG.1 Correcte identificatie van patiënten

IPSG.2 Verbetering van effectieve communicatie

IPSG.5 Beperking van het risico van ziekenhuisinfecties

IPSG.6 Beperking van het risico van letsel bij de patiënt als gevolg van vallen

Het onderzoek heeft twee doelen. In de eerste plaats helpt het om te begrijpen hoe de verpleegkundigen hun motivatie ervaren en welke factoren daar invloed op hebben. Ten tweede laat het onderzoek zien hoe het werken met het JCI-model inwerkt op de motivatie van de verpleegkundigen. Dit kan het management van de afdeling Longziekten helpen om het JCI-model op een voor de verpleegkundigen betekenisvolle wijze in te zetten in het werk.

1.3 ONDERZOEKSBENADERING

De doelstelling van het onderzoek en de vraagstelling zijn beschrijvend. Deze wijze van onderzoek laat veel ruimte voor betekenisgeving door actoren (Van Thiel, 2007: 23), in dit geval de verpleegkundigen op de afdeling Longziekten. Dit past bij de etnografische benadering van dit onderzoek. Deze benadering betekent dat de onderzoeker een groep mensen beschrijft in de natuurlijke situatie. Hierbij kijkt de onderzoeker naar wat er gaande is in de organisatie en wat de mensen bezighoudt (Agar, 2009; Van Hulst, 2008; Van Maanen, 1979). Voor dit onderzoek betekent dit dat de onderzoeker het perspectief van de verpleegkundigen op de afdeling Longziekten probeert te begrijpen en van daaruit kijkt naar het JCI-model. Om dit te bereiken is er gebruik gemaakt van participatieve observaties, interviews en documentanalyse. Deze methoden helpen om inzicht te verkrijgen in hoe de verpleegkundigen betekenis geven aan het JCI-model voor hun werk en motivatie.

1.4 FOCUS: AFDELING LONGZIEKTEN VAN HET UMC UTRECHT

Het onderzoek focust op de afdeling Longziekten van het UMC Utrecht. Het UMC Utrecht, voluit het Universitair Medisch Centrum Utrecht, is een van de acht Universitair Medische Centra in Nederland. Het bijzondere van UMC's is de samenwerkingsvorm tussen Academische Ziekenhuizen en Medische Faculteiten. Dit zorgt voor een bundeling van drie kerntaken die tegelijkertijd ook de drie hoofdprocessen vormen: het bieden van zorg, het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en het bieden van onderwijs en opleiding.

Typering UMC Utrecht: een professionele bureaucratie

Het UMC Utrecht kan getypeerd worden aan de hand van het onderscheid dat Mintzberg (1983) maakt in configuraties van organisaties. Mintzberg (1983) noemt vijf typen organisaties die ingedeeld worden op basis van drie dimensies: het kernonderdeel van de organisatie, het belangrijkste sturingsmechanisme en het type van decentralisatie. Dit leidt tot de volgende vijf structurele configuraties: simpele structuur, divisiestructuur, professionele bureaucratie, adhocratie en machinebureaucratie. Het UMC Utrecht kan gezien worden als een professionele bureaucratie. Het kernonderdeel van het UMC Utrecht wordt gevormd door een *uitvoerende kern*, die bestaat uit professionals. Dat zijn voornamelijk de verpleegkundigen en artsen. Het belangrijkste sturingsmechanisme is *standaardisatie van werkzaamheden*. De aard van de werkzaamheden van verpleegkundigen, het verplegen van patiënten, maakt sturing op outputs of werkprocessen lastig. De focus ligt op de professionele invulling en de toepassing van vaardigheden door de verpleegkundige in ieder individueel geval. Ten slotte is het type van decentralisatie bij het UMC Utrecht *verticaal en horizontaal*. Het UMC Utrecht is in grote mate geformaliseerd, wat terug te zien is in de structuur en gelaagdheid van het organogram (bijlage 4). De organisatiestructuur biedt echter ook ruimte voor de autonomie van de professionals (Lunenberg, 2011). Deze ruimte bevindt zich binnen de divisiestructuur. De divisies opereren als bijna zelfstandige organisaties die in belangrijke mate aangestuurd worden door medisch specialisten en hoogleraren. Afsluitend kan het UMC Utrecht, in lijn met Putters (2006) gezien worden als een *hybride organisatie*. Dit betekent dat het ziekenhuis gekenmerkt wordt door een mix van publieke en private elementen. Een ziekenhuis functioneert als een maatschappelijke onderneming die gebruik maakt van principes uit het bedrijfsleven, zoals bedrijfsmatig werken, innovatie nastreven en een klantgerichte benadering. Deze private elementen zijn gericht op het realiseren van publieke doelen: het bieden van toegankelijke, kwalitatief goede en doelmatige gezondheidszorg (Putters, 2006: 143).

Typering afdeling Longziekten

De afdeling Longziekten is onderdeel van de divisie Hart & Longen van het UMC Utrecht, een van de elf divisies van het ziekenhuis. De afdeling, B3West, beschikt over 26 bedden, waaronder 2 bedden voor dagbehandelingen. Bij de afdeling Longziekten zijn 25 verpleegkundigen en zeven senior-verpleegkundigen in dienst. De laatste groep heeft naast de patiëntenzorg extra verantwoordelijkheden met betrekking tot onder andere kwaliteitsverbetering. De meeste patiënten op de afdeling Longziekten worden behandeld voor longziekten, voornamelijk Astma, Cystic Fibrosis (CF), COPD of ondergaan een longtransplantatie (afgekort als LOTX). Dit betekent dat het patiënten zijn met *complexe aandoeningen*, die over een *lange periode regelmatig* opgenomen worden op de afdeling.

Het UMC Utrecht is een academisch ziekenhuis. Dit betekent dat de patiëntenzorg die geboden wordt een hogere mate van complexiteit bevat dan zogenaamde perifere ziekenhuizen, die vooral basiszorg bieden. Voor de verpleegkundigen op de afdeling Longziekten betekent dit dat ze verschillende taken hebben. In de eerste plaats het verzorgen van patiënten, maar ook het begeleiden van leerling-verpleegkundigen, het investeren in persoonlijke ontwikkelingen en het verzorgen en bijwonen van klinische lessen. Het onderzoek laat zien dat de verpleegkundigen bij de toepassing van de verschillende vaardigheden autonomie hebben, dat is ruimte om te handelen binnen gestelde kaders. Het JCI-model maakt deel uit van deze kaders. De verpleegkundigen moeten op technisch en moreel verantwoorde wijze omgaan met de invulling van deze autonomie. Dit onderzoek laat zien hoe de verpleegkundigen hun motivatie ervaren en hoe dit kader, het JCI-model, inwerkt op de motivatie.

1.5 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant omdat ontwikkelingen in de samenleving de eisen die aan het werk van de verpleegkundigen gesteld worden, verhogen. Verschillende middelen, zoals het JCI-model, worden ingezet om de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid te verbeteren. Onduidelijk is hoe dit de motivatie van verpleegkundigen beïnvloedt. Inzicht hierin is van belang omdat de samenleving gebaat is bij gemotiveerde verpleegkundigen. Systemen en normen zijn namelijk niet de voortbrengers van kwaliteit, maar dat zijn de verpleegkundigen zelf. Dit onderzoek draagt bij aan inzicht in de motivatie van verpleegkundigen en hoe deze het JCI-model ervaren.

1.6 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

De motivatie van verpleegkundigen is een factor die de kwaliteit en inhoud van werkgerelateerde uitkomsten in de zorg beïnvloedt (Toode et al., 2011). Hoewel er onderzoek is gedaan naar de motivatie van verpleegkundigen, is de empirische overeenstemming daarover gefragmenteerd en onduidelijk (Toode et al., 2011). De onderzoeken naar de motivatie van verpleegkundigen hebben daarnaast vooral gefocust op statische factoren die de motivatie beïnvloeden. Hierdoor is er weinig wetenschappelijke kennis over hoe de motivatie van verpleegkundigen verandert onder toenemende druk van uitdagingen in de samenleving (Moody & Pesut, 2006; Toode et al., 2011). Tevens laat de literatuur op het gebied van accreditatie zien dat er weinig onderzoek is gedaan naar de impact van accreditatieprocessen op zorgverleners (Al-Awa et al., 2011; Buetow & Wellingham, 2003).

Dit onderzoek sluit aan op deze lacunes en geeft meer inzicht in hoe de motivatie van verpleegkundigen wordt beïnvloed door het JCI-model als verandering. Ook geeft het inzicht in hoe de verpleegkundigen op een afdeling in een academisch ziekenhuis, het UMC Utrecht, het JCI-model ervaren.

1.7 LEESWIJZER

Deze scriptie bevat zeven hoofdstukken. In hoofdstuk twee, het literatuurhoofdstuk, worden de relevante theoretische concepten besproken. Het derde hoofdstuk beschrijft de methodologie. In hoofdstuk vier zijn de bevindingen beschreven op basis van de observaties en interviews. Dit is voornamelijk interessant voor lezers die geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van het onderzoek. Hetzelfde geldt voor hoofdstuk vijf, waarin de conclusies zijn geformuleerd. In hoofdstuk zes worden de implicaties van dit onderzoek bediscussieerd. Afsluitend zijn in hoofdstuk zeven concrete aanbevelingen geformuleerd voor het management en de verpleegkundigen van de afdeling Longziekten en het management van het UMC Utrecht, in het bijzonder diegenen die het JCI-model implementeren en aansturen. De verklarende woordenlijst staat op pagina 65.

In het onderzoek wordt, als er gesproken wordt over ‘de verpleegkundigen’, gedoeld op de verpleegkundigen van de afdeling Longziekten. Het gebruik van het woord ‘verpleegkundigen’ duidt erop dat de betreffende frase betrekking heeft op verpleegkundigen in het algemeen. Er is in het belang van de leesbaarheid gekozen om bij verpleegkundigen te spreken in de in de vrouwelijke persoonsvorm omdat het grootste deel van de beroepsgroep bestaat uit vrouwen.

2. THEORETISCH KADER

Dit hoofdstuk valt uiteen in twee delen. In de eerste plaats wordt de bril waardoor naar de afdeling Longziekten wordt gekeken, het cultuurperspectief, toegelicht. In de tweede plaats worden vier centrale theoretische concepten besproken: motivatie, professionals, Goed Werk en verandering.

2.1 CULTUURPERSPECTIEF

In dit onderzoek is vanuit een cultuurperspectief naar de afdeling Longziekten gekeken. Dit betekent dat een organisatie wordt gezien als iets dat cultuur *is* (Smircich, 1983). Cultuur is in deze opvatting het resultaat van een doorgaand en proactief proces van constructie van de werkelijkheid door mensen, in dit onderzoek de verpleegkundigen (Morgan, 2006). Deze opvatting verschilt van andere opvattingen van cultuur. Zo stelt Morgan (2006: 116) dat bij cultuur vaak wordt gedoeld op het ontwikkelingspatroon dat gereflecteerd wordt in systemen van kennis, ideologie, waarden, wetten en dagelijks rituelen in een samenleving. Ook wordt vaak gesproken over het 'toe-eigenen' of deel worden van een cultuur. Deze opvattingen zien cultuur als een soort gegeven en als iets dat de organisatie heeft (Peters & Waterman, 1982; Schein, 1992).

Het kijken naar organisaties als iets dat cultuur *is*, betekent dat alle processen en aspecten in organisaties cultureel verklaard kunnen worden (Vermeulen & Koster, 2011). De Man (2009: 28) en Sandberg en Targama (2007) benadrukken dat het daarom van belang is om te begrijpen hoe culturen zich in bepaalde situaties ontwikkelen en wat het effect daarvan is op de effectiviteit van organisaties. Hannertz en anderen (1982) stellen dat het onderzoeken van een groep mensen en hun acties en activiteiten vanuit een perspectief op een organisatie als cultuur vraagt om een focus op het collectieve begrip in de organisatie en de communicatievormen die daarbij horen. Cultuur heeft gedeelde kennis, waarden, ervaringen en verbonden wijzen van denken in zich. Cultuur bestaat niet alleen in het denken van mensen, maar uit zich door communicatie, gedeelde taal, de interpretatie van berichten en een gedeelde visie op de omgeving. Enerzijds uit cultuur zich dus door het gedrag van mensen, anderzijds wordt de cultuur door diezelfde mensen steeds weer opnieuw geconstrueerd.

Voor het onderzoek betekent dit dat van belang is hoe de verpleegkundigen de afdeling Longziekten beschrijven en ervaren, hoe dit wordt geuit in de onderlinge communicatie op de afdeling, hoe de verpleegkundige handelen en hoe ze omgaan met materiële objecten. Dit zijn namelijk processen die betekenissen voortbrengen en daardoor zijn ze cruciaal voor het bestaan van organisaties (Smircich, 1983: 353; Vermeulen & Koster, 2011: 200). Het kijken naar de afdeling Longziekten aan de hand van het cultuurperspectief helpt dus om te begrijpen hoe de verpleegkundigen de afdeling als cultuur ervaren. Daarnaast laat het kijken door dit perspectief zien hoe de invoering en het werken met het JCI-model uitwerkt op de afdeling Longziekten als cultuur.

2.2 THEORETISCHE CONCEPTEN

Dit deel bevat de bespreking van het concept 'motivatie', de concepten 'professionals en Goed Werk' en het concept 'verandering'.

2.2.1 MOTIVATIE

Een van de concepten die in dit onderzoek wordt belicht is motivatie. Literatuur over motivatie helpt om te begrijpen hoe de motivatie van de verpleegkundigen eruit ziet.

Motivatie is een concept dat vaak verward wordt met 'motieven' en 'motivator'; de betekenis ervan is niet altijd helder (Steijn, 2006). Om inzicht te krijgen in de betekenis van het concept motivatie wordt eerst teruggegaan naar klassieke denkers. Daarna wordt het in het onderzoek gehanteerde onderscheid tussen basismotivatie en dagelijkse werkmotivatie besproken. Klassieke theorieën over motivatie maken onderscheid tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie (Herzberg, 1967; Hackman & Oldham, 1980). Herzberg (1967) stelt dat intrinsieke motiverende factoren zoals erkenning, waardering, ontwikkeling en ontplooiing bij kunnen dragen aan werktevredenheid. Extrinsiek motiverende factoren zoals arbeidsomstandigheden, -verhoudingen, -beleid en beloning dragen niet bij aan

motivatie, maar kunnen er wel afbreuk aan doen als er niet aan voldaan wordt. Hackman & Oldham (1980) en Von Grumbkow (1989) kijken naar welke factoren noodzakelijk zijn voor een hoog niveau van motivatie en noemen er drie: de mate waarin het werk betekenisvol is, kennis van en verantwoordelijkheid voor de resultaten van het werk en kennis van de uitkomsten van het werk.

Basismotivatie en dagelijkse werkmotivatie

Vredeveld (2010) stelt dat het onderscheid tussen intrinsieke- en extrinsieke motivatie niet voldoet om motivatie te analyseren en maakt onderscheid tussen basismotivatie en dagelijkse werkmotivatie. Met basismotivatie wordt bedoeld op aansluiting van het hogere doel in het werk bij de missie en doelen van de organisatie. Dit komt voort uit het denken van Steers et al (1996) die stellen dat mensen niet alleen in doelen willen voorzien, maar ook zelfexpressie willen bereiken. Een element hiervan is zelfopoffering, dus het belang van de ander hoger stellen dan het eigen belang (Etzioni, 1975). Mensen willen hun zelfvertrouwen en eigenwaarde versterken door hun werk. Dit verklaart mede waarom mensen voor bepaald werk kiezen. Volgens Vredeveld (2010) gaat basismotivatie om een gevoel of emotie die iemand triggert om voor een baan te kiezen. De dagelijkse werkmotivatie is, zo stelt Vredeveld (2010: 22), wat een individu motiveert in het doen van het dagelijkse werk. Basismotivatie gaat over doelen op de langere termijn die niet veranderen, de dagelijkse werkmotivatie gaat over korte termijndoelen. Dit betekent ook dat de mate waarin een factor de dagelijkse werkmotivatie beïnvloedt per persoon kan verschillen.

Een overzicht van onderzoek naar de motivatie van verpleegkundigen

Naar de motivatie van verpleegkundigen is al veel onderzoek gedaan (zie voor een overzicht: Toode, Routasalo, & Suominen, 2011), maar weinig onderzoeken geven een heldere definitie van motivatie in de context van het werk van verpleegkundigen. Toode en anderen (2011: 253) formuleren op basis van definities van zeven andere auteurs een samengestelde definitie van motivatie:

de bereidheid of het verlangen om goed te werken, zich in te spannen en het werk effectief uit te voeren. Dit wordt gedreven door de wil om positieve gevoelens te ervaren, intrinsieke genoegdoening te bereiken, succesvol te zijn op het werk en om bij te dragen aan de doelen van de organisatie of het team.

Deze definitie bevat hoofdzakelijk elementen die van belang zijn voor de dagelijkse werkmotivatie van de verpleegkundigen. Om meer inzicht te krijgen in de factoren die de motivatie van verpleegkundigen beïnvloeden, biedt het overzicht van Toode et al (2011) uitkomst. Aan de hand van een uitvoerige analyse van negentien onderzoeken die de motivatie van de verpleegkundigen meten, stellen zij vijf factoren samen die de motivatie van verpleegkundigen beïnvloeden. Deze zijn opgenomen in schema 2.1. Opvallend is dat er weinig onderzoek is gedaan naar hoe de motivatie van verpleegkundigen door de tijd heen verandert, bijvoorbeeld door organisatieveranderingen. De onderzoeken die in het schema weergegeven zijn, beperken zich tot statische factoren die de motivatie beïnvloeden. Daarnaast valt op dat de onderzoeken los van elkaar enkele factoren die invloed hebben op motivatie meten, maar dat er weinig aandacht is voor hoe deze factoren zich tot elkaar verhouden. Dit onderzoek laat onder andere zien dat enkele factoren: samenwerking, sociale ondersteuning binnen het team en sociale contacten, zich paradoxaal verhouden tot de hoge autonomie bij het nemen van beslissingen.

Factor	Elementen die bijdragen aan motivatie	Auteurs
Kenmerken van de werkplek	Goede samenwerking tussen verpleegkundigen en het medisch team	<i>Hertting et al., 2004</i>
	Sociale ondersteuning binnen het team	<i>Tummers et al., 2002; 2003</i>
	Positieve teamspirit	<i>Koivula et al., 1998</i>
	Gelijkwaardige status in het team	<i>De Cooman et al., 2008; Hertting et al., 2004; Öztürk et al., 2006</i>
	Sociale contacten	<i>Janssen et al., 1999</i>
	Hoge autonomie bij het nemen van beslissingen	<i>Janssen et al., 1999; McCloskey, 1990; Tummers et al., 2002; 2006; Van den Berg et al., 2006</i>
	Afwisselende taken en variatie in benodigde vaardigheden Mogelijkheden om te leren	<i>Janssen et al., 1999; Kivimäki et al., 1995; Janssen et al., 1999; Hertting et al., 2004; De Cooman et al., 2008</i>
Hoge werkdruk, tenzij die te hoog is	<i>Tummers et al., 2002; Van den Berg et al., 2006; 2008</i>	
Arbeidsomstandigheden	Mogelijkheid om werktijden en functionele voorwaarden te bepalen	<i>De Cooman et al., 2008; Koivula et al., 1998</i>
Persoonlijke kenmerken	Verplegende filosofie	<i>Hertting et al., 2004</i>
	Professionele kennis en vaardigheden	<i>Hertting et al., 2004</i>
Individuele prioriteiten	Aansluiting werk bij behoeften en waarden van de verpleegkundige	<i>Hertting et al., 2004</i>
	Mogelijkheid anderen te helpen: altruïsme en inter-persoonlijk	<i>De Cooman et al., 2008; Öztürk et al., 2006</i>
Persoonlijke psychologische situatie	Mate waarin het werk als betekenisvol wordt ervaren	<i>Hertting et al., 2004; Reutter & Northcott, 1993; Öztürk et al., 2006</i>
	Kennis en verantwoordelijkheid over uitkomsten Betekenisvolheid motiveert om goed voor anderen te zorgen, ook bij een hoger risico voor de eigen gezondheid en veiligheid	<i>Edgar, 1999; Öztürk et al., 2006; Reutter & Northcott, 1993</i>

Schema 2.1: factoren en elementen die bijdragen aan de motivatie van verpleegkundigen (gebaseerd op Toode et al., 2011: 253-254)

De meeste factoren in het bovenstaande schema beïnvloeden vooral de dagelijkse werkmotivatie. Dit zijn de kenmerken van de werkplek, de arbeidsomstandigheden en de persoonlijke kenmerken. De individuele prioriteiten en de persoonlijke psychologische situatie raken naast de dagelijkse werkmotivatie aan de basismotivatie. Dit geldt het duidelijkst voor het element 'mogelijkheid om anderen te helpen'. Deze wil en mogelijkheid die verpleegkundigen hebben om te zorgen wordt door verschillende auteurs als cruciaal gezien voor de motivatie van verpleegkundigen (Moody & Pesut, 2006; De Cooman et al., 2008; Öztürk et al., 2006). Glen (1998) definieert de wil om te zorgen als het voorzien in de speciale behoeften van mensen in kwetsbare situaties. Glen (1998) legt de nadruk op het dienen van mensen die nadrukkelijk in kwetsbare situaties verkeren, anderen leggen de nadruk op het ideaal van toewijding aan anderen. Zo omschrijft Miller (2006: 472) motivatie als het belang van de zorgvrager hoger achten dan het eigen belang. Trappenburg (2011: 170) stelt het scherper en zegt dat het erom gaat dat het belang van de patiënt hoger geacht wordt dan het eigen *financiële* gewin. Thompson en Thompson (1987: 106) drukken zich in ideologische termen uit als ze zeggen dat verpleegkundigen zich toewijden aan het ideaal om anderen te dienen. In tegenstelling tot Toode et al (2011) benadrukken de genoemde auteurs het ethische of morele element van zorg. Bishop en Scudder

(1990) spreken in het kader van dit ethische element over zorg als *morele praktijk* en Haggerty en Grace (2008) stellen dat het bieden van *goede* patiëntenzorg het ultieme doel is van verzorging en verpleging.

Kaders van goede zorg

Het spreken over de motivatie van de verpleegkundige en het bieden van *goede* zorg leidt tot de vraag wat goede zorg is. Bij het bieden van goede zorg is de verpleegkundige zelf het instrument, zij biedt de zorg en vult dit in op basis van haar eigen oordeel over wat goed is. Coles (2002) noemt dit handelen op basis van het eigen oordeel als een belangrijk kenmerk van professionals: “Without judgement, professional practice is merely technical work” (2002: 5). De verpleegkundige komt dagelijks vele situaties tegen waarin ze een beslissing moet nemen op basis van haar eigen oordeel over wat goed is om te doen. Dit is onvermijdelijk omdat niet alle handelingen in een norm of protocol te vatten zijn. Dit betekent echter niet dat de verpleegkundige zomaar iets doet, maar ze handelt op basis van een soort gedeeld begrip over wat goede zorg is. Gastmans et al (1998: 45) zeggen daarover: “In every care situation, nurses have to make personal choices and decisions based on the good that nursing practice sets as a goal”. Kader voor deze keuzes is enerzijds een gedeeld begrip over wat goede zorg is, het *informele* kader, maar het kader wordt ook bepaald door normen en protocollen, het *formele* kader. Het normenkader van de JCI kan gezien worden als een deel van het formele kader waarbinnen de verpleegkundige goede zorg biedt. Deze twee kaders staan echter niet los van elkaar. De normen van de JCI zijn opgesteld op basis van ideeën die in het veld, dus onder medici en verpleegkundigen, heersen over waar goede zorg aan moet voldoen (Donahue & VanOstenberg, 2000: 245; Jovanovic, 2005: 156). Bij het JCI-model gaat goede zorg vooral over *kwaliteit* van zorg en *patiëntveiligheid* (VanOstenberg, 2004: 6).

Een verpleegkundige handelt dus binnen het informele kader dat gevormd wordt door een gedeeld begrip van goede zorg. Het formele kader valt gedeeltelijk samen met dit gedeeld begrip van goede zorg, maar perkt het ook in. De oorzaak hiervan is dat verpleegkundigen niet alleen kunnen handelen volgens de uitgangspunten van de professionele logica, maar het handelen moet ook voldoen aan de eisen van de publieke logica en de prestatie logica (Noordegraaf, 2012). Dit wordt in de volgende paragraaf uitgewerkt.

Voordat verder ingegaan wordt op het handelen van de verpleegkundige als professional verdienen het concept ‘professional’ en de ontwikkelingen die vorm en inhoud geven aan de professionele-, publieke- en prestatie logica aandacht.

2.2.2 PROFESSIONALS EN GOED WERK

De verpleegkundige beroepsgroep heeft lang gestreefd naar erkenning van de professionele status (Shutzenhofer, 1988; Moloney, 1992). Getuige vele onderzoeken die worden gedaan naar de verpleegkundige als professional heeft de verpleegkundige beroepsgroep deze status bereikt (Hafferty & Light 1995; Iliopoulou & While, 2010; Llewellyn 2001; Noordegraaf, 2007). In dit deel wordt verduidelijkt wat het betekent dat de verpleegkundige professional is. Het concept ‘professional’ roept namelijk verschillende associaties op zonder dat altijd duidelijk is wat nu precies kenmerken van een professional zijn (Duyvendak et al., 2006; Noordegraaf, 2007). In dit deel worden enkele algemene ideeën over kenmerken van professionals besproken en toegespitst op de verpleegkundige.

Van de klassieke professional naar de professional-nieuwe-stijl

In dit deel wordt het verschil tussen de klassieke professional en de professional-nieuwe-stijl beschreven. Dit is relevant omdat ontwikkelingen ervoor hebben gezorgd dat de verwachtingen van de verpleegkundige als professional zijn veranderd, waardoor de verpleegkundige steeds meer een professional-nieuwe-stijl moet zijn. De invoering van het JCI-model is in deze ontwikkelingen te plaatsen en is beter te begrijpen door inzicht in deze ontwikkelingen.

De afgelopen decennia is veel geschreven over professionals waarin verschillende opvattingen over wat een professional is zijn gaan circuleren (Tummers, 2012: 143). Grofweg kan er onderscheid worden

gemaakt in literatuur over *klassieke* professionaliteit en literatuur over *nieuwe* professionaliteit. Bij een klassieke professional wordt vaak gedacht aan personen die onderdeel uitmaken van een sterke beroepsgroep en vooral individueel werken en autonoom handelen. Voorbeelden die vaak genoemd worden zijn artsen en juristen. De definitie die Van Aken (1994: 19) hanteert kan beschouwd worden als typerend voor de klassieke professional:

een professional, zoals een arts, architect of jurist, kan worden omschreven als een persoon uit een welomschreven beroepsgroep die met behulp van creativiteit en toepassingsvaardigheden, wetenschappelijke kennis gebruikt bij het oplossen van waardeproblemen.

In de definitie van Van Aken komen verschillende kenmerken van de klassieke professional naar voren. Twee belangrijke auteurs in de klassieke school, Abbott (1988) en Freidson (1994), stellen dat de professional op strikte en routinematige wijze algemene en wetenschappelijke kennis in individuele gevallen toepast. Een ander kenmerk is dat de klassieke professional deel uitmaakt van een geformaliseerde beroepsgroep die een grote mate van vrijheid van zelfbestuur heeft (McKay, 1983; Chitty, 1993). Gastelaars en Van Wijk (2007) noemen drie waarden die vaak als kenmerkend worden gezien voor de klassieke professional: onafhankelijkheid, integriteit en betrouwbaarheid. De Bruijn en Noordegraaf (2010) noemen in aanvulling daarop dat een klassieke professional beschikt over een beroepsbesef en een *service ethic*.

In de loop der jaren zijn steeds meer mensen in bepaalde beroepsdomeinen aangemerkt als professionals en is de opvatting van wat een professional veranderd. Dit is mede ingegeven door ontwikkelingen in de samenleving. Dit zorgt voor een veranderend beeld waarin de opvatting van de klassieke professional plaats heeft gemaakt voor de professional-nieuwe-stijl (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Ingegeven door de veranderde verhouding tussen de professionele logica, de prestatielogica en de publieke logica, wordt de nadruk gelegd op andere eigenschappen van de professional. Noordegraaf (2012) stelt dat deze drie logica's domineren in de organisatie van de professionele dienstverlening. Waar tot het begin van de jaren '80 de professionele logica domineerde over de publieke logica en de prestatielogica, veranderde dit naar dominantie van de prestatielogica. Niet meer professionele waarden zoals kwaliteit, autonomie en individuele cases domineren de professionele dienstverlening, maar zakelijkheid, efficiency en resultaatgerichtheid staan centraal. Ondertussen heeft ook de publieke logica, waarin het gaat om bekostiging, transparantie en waarden, een belangrijke rol ingenomen in de professionele dienstverlening (Noordegraaf, 2012).

Deze veranderende logica's in de publieke dienstverlening stellen andere eisen aan de professional. Professionaliteit-nieuwe-stijl heeft een ander perspectief op werk (Ackroyd & Muzio, 2007). De specialisatie van de professional staat niet meer centraal, maar de problematiek waar hij mee om moet gaan. De complexiteit van deze problematiek is in de loop van de tijd toegenomen waardoor professionals meer samen moeten werken (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). De professional-nieuwe-stijl moet niet meer gericht zijn op de eigen specialisatie en autonomie, maar op samenwerking en verbinding. Dit betekent dat de professional nieuwe stijl kritisch is naar de eigen kennis, het eigen handelen en functioneren en naar maatschappelijke ontwikkelingen (Barnett, 1997). Sandberg en Targama (2007) benadrukken het belang van samenwerking vanuit een ander perspectief. Zij stellen dat de mate waarin werk effectief uitgevoerd wordt afhankelijk is van de *collectieve competentie*. Dit betekent dat individuen samenwerken bij de uitvoering van een specifieke taak die niet door een individu uitgevoerd kan worden. Dit geldt ook steeds meer voor het werk in de zorg. De taken worden complexer en samenwerking is vereist (Leistikow, 2010). Sandberg en Targama (2007) zeggen over dit soort werk dat individuele competenties alleen tot hun recht komen in samenhang met de andere competenties. Deze individuele competenties, die ook gezien kunnen worden als de kwaliteiten van elke individuele verpleegkundige, krijgen dus betekenis in de context van het werk. Volgens Sandberg en Targama (2007) is het hierbij van belang dat de individuen die samenwerken een gedeeld begrip, een soort zelfde opvatting, hebben van hun werk om tot goede collectieve prestaties te kunnen komen.

Een ander gevolg van de ontwikkeling van de klassieke professional naar de professional-nieuwe-stijl is dat de professional steeds meer verantwoording af dient te leggen over zijn omgang met de autonomie. Dit is een gevolg van het steeds dominanter worden van de prestatie-logica in de professionele dienstverlening. Deze ontwikkeling is aangezwengeld door de opkomst van het New Public Management (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2004; Christensen & Lægreid, 2001). Gastelaars (2006: 199) stelt in aanvulling daarop dat dienstverlenende organisaties, zoals ziekenhuizen, te maken met veranderende betekenisgeving van dienstverlening door de druk van individualisering, privatisering, professionalisering en toenemende concurrentie door marktwerking. Daardoor moeten professionals in het heden de patiënt als uitgangspunt nemen en ook resultaat halen.

De professional-nieuwe-stijl en de verantwoordingsplicht van autonomie

De professional-nieuwe-stijl, dus ook de verpleegkundige anno 2013, dient samen te werken met andere zorgverleners, maar ook verantwoording af te leggen over het handelen. De vraag naar verantwoording komt vanuit twee kanten: vanuit de aard van het werk van de professional en vanuit ontwikkelingen in de samenleving. Bergman (1981) spitst verantwoording toe op het werk van de verpleegkundige en schrijft over het informele contract tussen de verpleegkundige en haar omgeving. De verpleegkundige accepteert de professionele rol als verpleegkundige en neemt daarmee ook de verantwoordelijkheid om verantwoording af te leggen over hoe ze omgaat met haar autonomie. Het begrip autonomie vraagt nadere uitleg. Een van de bekendste definities van autonomie is die van Hall (1968) die autonomie vrij breed definieert als de vrijheid van de werknemer om besluiten te nemen op basis van vereisten van de functie. Bergman (1981) en Batey & Lewis (1982) beschrijven autonomie als *discretionaire ruimte* en daarmee doelen ze op de ruimte die de professional in het handelen heeft om af te wijken van de formele of informele kaders. Autonomie en discretionaire ruimte lijken zodoende twee lastig uit elkaar te halen concepten te zijn, maar Noordegraaf en Steijn (2013) brengen hier verheldering in. Discretionaire ruimte wordt gezien vanuit formele kaders en geldt zodoende voor street-level bureaucrats, of eenvoudig gezegd ambtenaren die in direct contact met de burger staan. Autonomie is van toepassing op de handelingsruimte die de professional heeft. Deze autonomie wordt niet alleen begrensd door formele, maar ook door informele kaders. De literatuur over autonomie van professionals laat zien dat het lastig is om aan te geven wat deze ruimte precies is, waar de grenzen ervan liggen en wie bepaalt wat die grenzen zijn. Enerzijds proberen professionals de autonome ruimte te maximaliseren, anderzijds is begrenzing nodig. Dit lijkt een doorgaande zoektocht of misschien wel strijd tussen professionals en managers naar waar deze grenzen moeten liggen.

Bergman (1981) laat zien dat autonomie voor verpleegkundigen de plicht van verantwoording met zich meebrengt. Johns (1990) onderschrijft dit en stelt dat de verpleegkundige zich moet verantwoorden in verschillende richtingen. De professie is niet meer het voornaamste platform waaraan verantwoording moet worden afgelegd, maar het zijn nu juist de patiënt, de peer-groep en de organisatie waaraan verantwoording moet worden afgelegd. Voor de professional-nieuwe-stijl betekent deze verandering van verantwoordingsrelaties dat professionals zich niet moeten afschermen van de maatschappelijke omgeving, maar zich juist kwetsbaar op moeten stellen naar die omgeving. Dat betekent dat van de professional-nieuwe-stijl gevraagd wordt dat hij goed communiceert met zijn omgeving en anderen aanspreekt bij ondermaatse communicatie (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Gedreven door de publieke- en prestatie-logica leidt deze druk om te verantwoorden tot meer kwaliteitseisen en 'managerialisme' (Noordegraaf, 2012). Met managerialisme wordt het steeds economischer denken in de professionele dienstverlening bedoeld (Pollitt, 1993). Enkele auteurs leggen de nadruk op de nadelen van de opkomst van het managerialisme die gepaard gaat met toenemende druk om verantwoording af te leggen. Volgens Jansen et al (2009) zorgen hogere kwaliteitseisen vanuit samenleving en overheid, minder vertrouwen in professionals en inperking van de handelingsruimte voor een miskennis van beroepstrots en beroepseer. Dit beklemmt de professional, zo schrijft ook Tonkens (2003). Professionals komen door de toenemende druk van de prestatie-logica en publieke logica steeds meer 'klem' te zitten tussen veeleisende managers enerzijds en assertieve cliënten aan de andere kant.

Verwevenheid Goed Werk en motivatie

In dit deel wordt verder ingegaan op de plicht van verantwoording die hoort bij de autonomie van de professional en wordt besproken wat *Goed Werk* is. Hoewel iedereen de term voor zichzelf in zou kunnen vullen, is er door wetenschappers onderzoek gedaan naar Goed Werk. Het bespreken hiervan is belangrijk omdat verpleegkundigen vanuit hun motivatie *streven* naar het doen van Goed Werk. Dit betekent dat de mogelijkheid tot het doen van Goed Werk positief in kan werken op de motivatie van verpleegkundigen, maar dat obstakels voor het doen van Goed Werk die motivatie ook negatief kunnen beïnvloeden.

Joan Miller heeft zich verdiept in wat Goed Werk specifiek voor verpleegkundigen betekent. Zij hanteert als definitie van Goed Werk in de zorg: “Work that is technically and scientifically effective as well as morally and socially responsible” (2006: 471). Deze definitie legt de nadruk op het aspect ‘verantwoord’ in het werk van de verpleegkundige. Het werk van de verpleegkundige moet niet alleen technisch en wetenschappelijk gezien effectief worden uitgevoerd, maar ook op *verantwoorde* wijze. Hoewel deze verantwoorde wijze op zichzelf niet de plicht tot verantwoorden bevat, ligt het wel voor de hand dat Goed Werk ook actieve verantwoording betekent. Een *verantwoorde* werkwijze kan namelijk pas als verantwoord worden aangemerkt als anderen het ook als zodanig kwalificeren.

Zoals genoemd definieert Miller (2006) Goed Werk in de zorg als technisch en wetenschappelijk effectief en moreel en sociaal verantwoord. De wijze waarop Gardner et al (2009) Goed Werk conceptualiseren voegt daar nog een aspect aan toe. Het werk moet volgens hen ook betekenisvol zijn voor degene die het uitvoert. Deze betekenisvolheid is van belang, omdat dit ook een factor is die de motivatie van de verpleegkundige positief kan beïnvloeden (Hertting et al., 2004; Reutter & Northcott, 1993; Öztürk et al., 2006). Het handelen vanuit de motivatie om voor anderen te zorgen en het streven naar Goed Werk gaan voor de verpleegkundigen dus deels samen op. Het streven naar het doen van Goed Werk leidt tot goede zorg en maakt het werk voor de verpleegkundige betekenisvol. De mate waarin betekenisvolheid wordt ervaren, kan de motivatie van de verpleegkundige positief beïnvloeden.

Versterking en verzwakking motivatie door Goed Werk

Motivatie en het doen van Goed Werk hangen samen. De mogelijkheid tot het doen van Goed Werk kan gefrustreerd, maar ook gestimuleerd worden. Het doen van Goed Werk in de zorg kan volgens Miller (2006) door twee factoren gestimuleerd worden: vormende invloeden en een ondersteunende werkomgeving. In de eerste categorie wordt de nadruk gelegd op het belang van rolmodellen en mentoren binnen en buiten de beroepsgroep. Een voorbeeld in de omgeving van de verpleegkundige kan haar helpen Goed Werk te doen. Zo schrijft Miller: “Through their example, exemplar nurses help to shape the character of other nurses, ultimately forming moral communities of care to sustain the tradition of the profession” (2006: 473). Rolmodellen kunnen dus bijdragen aan het bereiken van een cultuur waarin verpleegkundigen streven naar technisch en wetenschappelijk efficiënt uitgevoerd werk dat moreel en sociaal verantwoord is. De tweede factor die Miller (2006) noemt is een ondersteunende werkomgeving. Ze stelt dat het team waarin iemand werkt belangrijk is voor de mate waarin een verpleegkundige wordt gestimuleerd tot het doen van Goed Werk. Een ondersteunend en stimulerend team is een team waarin sprake is van cohesie, gedeelde waarden, een dankbare omgeving en een ondersteunende organisatie. Onderzoeken naar de motivatie van verpleegkundigen laten zien dat een ondersteunend team niet alleen belangrijk is voor het doen van Goed Werk, maar ook de motivatie van verpleegkundigen positief beïnvloedt (Janssen et al., 1999; Koivula et al., 1998; Tummers et al., 2002; 2003). Dit laat zien dat het streven naar het doen van Goed Werk een mes is dat aan twee kanten snijdt. Enerzijds draagt het bij aan de motivatie van de verpleegkundige, anderzijds draagt Goed Werk ook bij aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Het uitvoeren van technisch en wetenschappelijk efficiënt werk dat moreel en sociaal verantwoord is, impliceert namelijk dat het voldoet aan de wensen en eisen vanuit de omgeving. Dit is relevant in het kader van de normen van het JCI-model. Deze normen kunnen gezien worden als een uitdrukking van wensen en eisen die door de omgeving aan het werk van de verpleegkundige worden gesteld. Daarnaast zijn deze normen ook

feitelijk gebaseerd op deze wensen en eisen waarvan verwacht wordt dat verpleegkundigen er in hun werk aan voldoen.

Naast stimulerende factoren zijn er ook belemmeringen voor het doen van Goed Werk. Deze kunnen de motivatie en prestaties van verpleegkundigen negatief beïnvloeden. Miller (2006) noemt vier factoren die het doen van Goed Werk kunnen belemmeren:

- I. Tekort aan personeel;
- II. tekort aan tijd (door strenge eisen);
- III. conflicterende waarden tussen collega's;
- IV. gebrek aan autonomie.

Opvallend in het kader van dit onderzoek naar JCI-normen is dat regels op zichzelf niet als obstakel voor Goed Werk en de motivatie van verpleegkundigen worden genoemd. Dit wekt de verwachting dat de invoering en het werken met het JCI-model weinig invloed zal hebben op het doen van Goed Werk en motivatie. De invloed van meer of verscherpte regels is echter wel te herleiden tot twee obstakels. Het tweede obstakel, tekort aan tijd door strenge eisen, kan door de invoering van het JCI-model vergroot worden. Hetzelfde geldt voor het vierde obstakel, gebrek aan autonomie. Nieuwe en verscherpte normen kunnen de autonomie van verpleegkundigen inperken en zodoende een obstakel vormen voor Goed Werk. Verscherpte en nieuwe regels hebben echter ook voordelen. Zo stellen Hameeteman (2009) en Singleton en Nail (1984) en Johns (1990) dat de professional wel een kader nodig heeft waarbinnen hij kan handelen. Een kader geeft namelijk houvast en zorgt voor heldere verwachtingen. Ook draagt een handelingskader bij aan de kwaliteit van zorg. Volgens Robinson en Strong (1987) gaat deze kwaliteit van zorg over vier elementen: menselijkheid, toegankelijkheid, effectiviteit en efficiency. Deze elementen gaan eenvoudig gezegd over patiëntgerichte en uniforme zorg. Om dit te bereiken zijn standaarden en normen nodig en moeten verpleegkundigen samenwerken. De uniformiteit in het bieden van zorg ontstaat dus niet vanzelf, maar wordt door de professionals gezamenlijk geschapen binnen de informele en formele kaders.

Obstakels voorbij

Het voorgaande laat een aantal dingen zien. De veranderende verhoudingen in de professionele dienstverlening, mede versterkt door het NPM, zetten professionele kernwaarden en de daarmee de motivatie van professionals onder druk. Typisch professionele waarden, zoals autonomie, integriteit en betrouwbaarheid (Abbott, 1988; Freidson, 1994; Gastelaars & Van Wijk, 2007; De Bruijn & Noordegraaf, 2010) zijn niet meer afdoende en zijn vervangen door waarden als efficiënt en snel (samen)werken en verantwoording (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). In dit debat over managers en professionals in de professionele dienstverlening, dat ongeveer tien jaar oud is (Noordegraaf, 2010), zijn verschillende posities. Tonkens (2003), Van den Brink et al (2005) en Jansen et al (2009) wijzen op de toenemende 'beklemming' van de professional. Sommigen stellen dat deze ontwikkelingen de autonomie van professionals belangrijker maakt (Mryyan, 2004). Anderen wijzen juist op de noodzaak voor professionals om mee te bewegen met de veranderende verhoudingen in de professionele dienstverlening en de kansen die dit biedt (De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Het voorgaande laat zien dat enerzijds wordt gewezen op de noodzaak om de autonomie van professionals in te perken, anderzijds wordt gewezen op de beklemming waar dat toe leidt. Beiden bevatten een kern van waarheid, autonomie moet grenzen hebben, maar hetzelfde geldt voor de inperking ervan. Dit doorgaand zoeken naar het kader van de autonomie dient een wisselwerking tussen managers en professionals te zijn. Dit vraagt om begrip van twee kanten. Zowel managers als professionals hebben een eigen perspectief op de uitdagingen die worden gesteld aan de professionele dienstverlening. Wederzijds begrip hiervoor is de sleutel naar een antwoord op de uitdagingen.

2.2.3 VERANDERING

De voorgaande paragraaf laat zien met welke uitdagingen verpleegkundigen geconfronteerd worden. Om meer inzicht te krijgen in hoe verpleegkundigen omgaan met veranderende verwachtingen en veranderingen wordt in deze paragraaf ingegaan op het thema verandering.

Er zijn verschillende benaderingen van organisatieveranderingen. Boonstra en De Caluwé (2006) beschrijven vier paradigma's in het denken over organisaties en verandering. Dit onderzoek is te plaatsen in een van die paradigma's, het sociaal-interpretatieve paradigma. Uitgangspunt van dit paradigma is dat mensen in staat zijn om hun werkelijkheid te veranderen. Dit paradigma richt zich op het begrijpen van de leefwereld van mensen en gaat uit van de gedachte dat organisaties continu in verandering zijn (Boonstra, 2004; Morgan, 2006; Sandberg & Targama, 2007; Schein, 1992; Smircich, 1983). De interpretatieve benadering van verandering helpt om te begrijpen hoe het JCI-model is ingevoerd in het UMC Utrecht. Sandberg en Targama (2007) stellen dat het denken vanuit deze benadering steeds meer in de plaats komt van de rationalistische benadering. Verandering wordt veelal op rationalistische wijze ingezet, dus top-down en gebaseerd op de idee dat het werk van mensen kan worden gecoördineerd en gecontroleerd (Kotter, 1995; Ogbonna, 1992). Sandberg en Targama (2007) stellen dat deze benadering vervangen moet worden door de interpretatieve benadering. Hierin wordt uitgegaan van de leefwereld als basis. De mens is in interactie met andere objecten en zo wordt de werkelijkheid gecreëerd. Mensen begrijpen de werkelijkheid door interactie met anderen. Het voorgaande betekent dat mensen handelen op basis van hun *begrip*, dat is hoe ze de wereld begrijpen.

Het belang van management van begrip bij verandering

De aanname dat mensen handelen op basis van begrip is van betekenis voor veranderingen zoals de invoering van het JCI-model. Fleming (2005) stelt dat managers voordat ze een verandering implementeren, eerst moeten onderzoeken hoe de werknemers tegen de verandering aankijken. Ackroyd en Crowdy (1990) verdiepen dit en gaan in op de vraag in hoeverre cultuur gemanaged kan worden. Zij stellen dat managers vaak proberen te sturen op organisatiecultuur, maar geen aandacht hebben voor de onderliggende betekenissen die de basis zijn van het handelen van de werknemers. Ackroyd & Crowdy (1990) stellen dan ook dat cultuur moeilijk te managen is, tenzij de manager begrip krijgt voor de betekenissen en complexiteit op de werkvloer.

Argyris (1970) noemt een ander aspect dat belangrijk is bij veranderingen. Hij stelt dat mensen verantwoordelijkheid moeten *krijgen* en *voelen* voor hun handelen. Mensen moeten geen dingen doen omdat het moet. Tummers (2012) en Reinhardt en Keller (2009) laten zien door welke factoren de kans dat publieke professionals meegaan in een verandering wordt beïnvloed. Deze kans, ook wel de *change willingness* genoemd, wordt door Metselaar (1997: 42) omschreven als:

Een positieve gedragsintentie ten opzichte van de implementatie van wijzigingen in de structuur van de organisatie of in werk- en uitvoeringsprocessen, resulterend in inzet door leden van de organisatie om de inpassing van het veranderproces te ondersteunen.

Reinhardt en Keller (2009: 319) stellen dat professionals in de zorg meer geneigd zijn om een verandering zich eigen te maken als ze de verandering kunnen ervaren, feedback kunnen geven en belangrijker nog, dat hun bijdragen op waarde worden geschat. Dit wijkt deels af van de conclusies in het onderzoek van Tummers (2012) naar beleidsvervreemding, wat hij definieert als: "A general cognitive state of psychological disconnection from the policy program being implemented, in this instance by a public professional who regularly interacts directly with clients" (2012: 146). Tummers (2012: 147) operationaliseert beleidsvervreemding in vijf dimensies, zie daarvoor schema 3.1.

Dimensie	Definitie
<i>Strategische machteloosheid</i>	De gepercipieerde invloed van de professional op beslissingen over de inhoud van het beleid, zoals vastgelegd in regels en voorschriften
<i>Tactische machteloosheid</i>	De door professionals ervaren invloed op beslissingen met betrekking tot de wijze waarop het beleid wordt geïmplementeerd in de eigen organisatie
<i>Operationele machteloosheid</i>	De ervaren mate van vrijheid in het maken van keuzes met betrekking tot het soort, de kwaliteit en kwaliteit van sancties en beloningen als het beleid geïmplementeerd wordt
<i>Sociale betekenisloosheid</i>	De perceptie van de professionals op de toegevoegde waarde van de verandering voor sociaal relevante doelen
<i>Betekenisloosheid voor de cliënt</i>	De perceptie van de professionals op de toegevoegde waarde van het implementeren van het beleid voor de eigen cliënten

Schema 3.1: vijf dimensies van beleidsvervreemding (Tummers 2012: 147)

Aan de hand van het schema kan duidelijk gemaakt worden waarom verpleegkundigen zich vervreemd voelen van beleid, zoals het JCI-model. Als we de conclusie van Reinhardt en Keller (2009) volgen dan hangt de veranderingsbereidheid van zorgprofessionals vooral af van de ervaren tactische machteloosheid. Tummers (2012) concludeert op basis van onderzoek naar de veranderingsbereidheid van publieke professionals iets anders, namelijk dat deze vooral afhangt van de ervaren waarde van het beleid voor de samenleving en de eigen cliënten. Tummers (2012: 164) stelt dat het voor publieke professionals belangrijker is dat ze de logica van nieuw beleid zien, dan dat ze het gevoel hebben dat ze invloed hebben op het maken ervan. Van Thiel en Leeuw (2002) laten in een eerder onderzoek ook al zien dat professionals sociale betekenisloosheid kunnen signaleren. Zij stellen dat professionals aan kunnen voelen dat het implementeren van beleid betekenisloos is als het geen positieve bijdrage levert aan de uitkomsten voor de samenleving. Sandberg en Targama (2007) gaan dieper in op de wil om wel of niet mee te gaan in veranderingen en stellen dat niet meegaan vaak niet voorkomt uit *onwil*, maar uit *onbegrip*. Mensen kunnen zich verzetten tegen veranderingen omdat ze zich simpelweg niet kunnen identificeren met wat wordt gepresenteerd door het management.

Managen van veranderingsbereidheid

Tummers (2012: 169) stelt dat geen bereidheid van professionals om mee te gaan in een verandering serieuze consequenties heeft. Hij citeert daarbij twee andere auteurs. Ewalt en Jennings (2004) stellen dat dit de effectiviteit van de implementatie en daarmee de doelbereiking kan belemmeren. Bekkers et al (2007) stellen dat ook de kwaliteit van de interactie tussen professionals en burgers aangetast kan worden, wat schadelijk is voor de legitimiteit van de professionals. Tummers (2012: 163) waarschuwt in zijn proefschrift voor de gevolgen van veranderingen voor professionals. Hij stelt dat vermindering van de autonomie van professionals een wel overwogen keuze moet zijn, waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijke voor- en nadelen. Concreet kan dit betekenen dat managers bij het doorvoeren van verandering vooral de doelen van verandering communiceren en met de professionals zelf in gesprek gaan over hoe deze te bereiken (Tummers, 2012: 164). Daarbij doen managers er volgens Tummers (2012) verstandig aan om te focussen op de mogelijke betekenisloosheid voor samenleving en cliënt, omdat dit de belangrijkste dimensies van beleidsvervreemding zijn. De Bruijn

en Noordegraaf (2010: 13) geven ook enkele aanbevelingen. Zij stellen dat managers de logica van de processen die ze aansturen, moeten proberen te doorgronden, zodat acties betekenisvol kunnen zijn. Dit sluit naadloos aan bij de stelling van Sandberg en Targama (2007) en Ackroyd en Crowdy (1990) dat managers de betekenissen en complexiteit op de werkvloer moeten kunnen begrijpen om het begrip van werknemers te beïnvloeden. Dit kan onder meer door het stimuleren van reflectie en de werknemers te bevragen op het huidige begrip dat ze hebben van hun werk. Dat maakt de werknemers bewust van hun begrip, waarna het mogelijk wordt om dit begrip te veranderen. De Bruijn en Noordegraaf (2010) stellen in aanvulling daarop dat managers er goed aan doen om hun handelen, bijvoorbeeld het doorvoeren van een verandering, te plaatsen in de bredere context van de organisatie. Daarnaast pleiten ze ervoor dat managers bij het vormgeven van nieuwe werkwijzen aansluiting zoeken bij het professioneel handelen. Want, zo stellen Emery en Giauque (2003: 475), alleen een focus op de economische logica van handelen conflicteert met de perceptie en waarden van professionals. De hiervoor besproken literatuur is weinig kritisch ten opzichte van veranderingen zelf. Wel is er aandacht voor factoren die van belang zijn om de veranderingsbereidheid te managen. Soms is het echter nodig dat managers zich kritisch afvragen of een verandering wel kan brengen wat wordt beoogd. Dit geldt voor dit onderzoek ook voor het JCI-model. Het is belangrijk dat er aandacht is voor hoe deze verandering op betekenisvolle wijze ingezet kan worden voor de verpleegkundigen. Het is echter ook belangrijk om kritisch te zijn naar het model als middel om gedragsverandering te bereiken.

3. METHODOLOGIE

In dit hoofdstuk worden de aanpak en uitvoering van het onderzoek verantwoord. Er wordt ingegaan op de interpretatieve onderzoeksbenadering, de onderzoeksstrategie, de onderzoeksmethoden, de aanpak van de analyse, de betrouwbaarheid van het onderzoek en afsluitend wordt gereflecteerd op de rol van de onderzoeker.

3.1 ONDERZOEKSBENADERING

De keuze voor de onderzoeksstrategie wordt bepaald door de wetenschapsfilosofische opvattingen van de onderzoeker. Twee begrippen zijn van belang bij dit onderzoek: ontologie en epistemologie. Ontologie duidt op de aard van de werkelijkheid, dus de vraag ‘wat is er?’. Epistemologie is de manier waarop kennis van de werkelijkheid kan worden verkregen (Boeije et al., 2009). Dit onderzoek gaat uit van een epistemologische visie en wordt op interpretatieve wijze benaderd. Dit betekent dat het uitgangspunt is dat er niet één werkelijkheid is, maar dat iedereen de werkelijkheid vanuit zijn of haar eigen perspectief ziet (Van Thiel, 2007: 41). In dit onderzoek is onderzocht hoe de werkelijkheid, in het bijzonder het JCI-model, in de perceptie van de verpleegkundigen wordt ervaren. Het begrijpen van deze percepties vraagt om onderzoek van de gebeurtenissen in het geheel van de leefwereld van de actoren (Boeije et al., 2009). Bij deze interpretatieve benadering past kwalitatief onderzoek. Dit betekent volgens Bryman (2008) dat de onderzoeker aandacht heeft voor de context waar het onderzoek zich in afspeelt en voor het gebruik van taal. Voor dit onderzoek betekent de onderzoeksbenadering dat er veel aandacht is voor de cultuur van afdeling Longziekten en ontwikkelingen die de context vormen waarin het JCI-model is geïmplementeerd.

De onderzoeksbenadering heeft gevolgen voor de onderzoeksmethoden. De methoden worden gebruikt om inzicht te krijgen in de betekenisgeving door de verpleegkundigen. Het perspectief van de verpleegkundigen staat namelijk centraal in dit onderzoek. Dit wordt in paragraaf 3.3 uitgewerkt.

3.2 ONDERZOEKSSTRATEGIE

Dit onderzoek is een gevalstudie van de afdeling Longziekten, B3West, van het UMC Utrecht. Deze strategie van onderzoek past bij kwalitatief onderzoek. Op de afdeling Longziekten wordt onderzocht hoe verpleegkundigen hun motivatie ervaren en hoe deze beïnvloed wordt door het JCI-model. Bij een gevalstudie worden één of enkele gevallen in hun natuurlijke situatie onderzocht. (Van Thiel, 2007: 79). Dit betekent dat er sprake kan zijn van een verkenning, beschrijving, diagnose, ontwerp en/of evaluatie. Kenmerkend aan een gevalstudie is dat er een gering aantal eenheden en een groot aantal variabelen is (Van Thiel, 2007: 67). Tevens worden er bij een gevalstudie vaak kwalitatieve gegevens verzameld en meerdere onderzoeksmethoden gebruikt die een praktijkgericht karakter hebben (Van Thiel, 2007: 97,105). De gevalstudie past goed bij interpretatief onderzoek en wordt vaak toegepast in beleids- en organisatiecontexten (Verschuren & Doorewaard, 2005).

In samenspraak met de contactpersoon bij het UMC Utrecht is besloten om onderzoek te doen op de afdeling Longziekten. Redenen hiervoor zijn dat het team verpleegkundigen open staat voor ‘buitenstaanders’ en de leidinggevenden graag mee wilden werken.

De interpretatieve benadering betekent voor het gebruik van literatuur dat er in navolging van Blumer (1954: 7) geen gebruik is gemaakt van ‘definitive concepts’ maar van ‘sensitizing concepts’. Waar de eerste vorm van concepten voorschrijven waar naar gekeken moet worden, geven *sensitizing concepts* richtingen waarin gekeken kan worden (Blumer, 1954: 7). Het gebruik hiervan zorgt voor een open blik in het onderzoek. Gebeurtenissen worden door de onderzoeker niet vanuit een vast kader waargenomen en geïnterpreteerd, maar de onderzoeker staat open voor verschillende interpretaties. Het gebruik van *sensitizing concepts* past bij dit onderzoek omdat een groep in de natuurlijke situatie onderwerp van onderzoek is (Blumer, 1954: 7). Het gebruik van *sensitizing concepts* betekent in dit onderzoek dat voorafgaand aan het empirisch onderzoek een beperkte literatuurstudie is uitgevoerd. Een uitvoerige literatuurstudie en het schrijven van het theoretisch kader is uitgevoerd na het empirische onderzoek, de analyses en een eerste beschrijving van de bevindingen.

3.3 ONDERZOEKSMETHODEN

Het onderzoek is etnografisch van aard. Dat betekent dat het team verpleegkundigen van de afdeling Longziekten wordt beschreven in de natuurlijke situatie. De onderzoeker kijkt bij etnografisch onderzoek wat er gaande is in de organisatie en wat de mensen bezighoudt (Van Hulst, 2008). Bij deze wijze van onderzoek passen drie methoden, die ook in dit onderzoek zijn gehanteerd. Voor elke methode wordt beschreven hoe deze is toegepast in het onderzoek en hoe dat bijdraagt aan de beantwoording van de centrale vraag.

De eerste periode van het empirisch onderzoek, de eerste weken van maart, is benut voor inhoudsanalyse van documenten. Van 19 maart tot en met 23 maart vond de participatieve observatie plaats. Vervolgens zijn in april en in de eerste week van mei 12 interviews afgenomen met verpleegkundigen. Vanaf 6 tot en met 18 mei zijn alle data gecodeerd en is er begonnen met het schrijven van deze scriptie. Tijdens het onderzoek is er door mij een logboek bijgehouden waarin ik heb opgeschreven welke stap op welk moment is uitgevoerd en heb ik aantekeningen gemaakt en tussentijds gereflecteerd op de werkwijze en het eigen standpunt in het onderzoek.

3.1.1 INHOUDSANALYSE

Documenten zijn in dit onderzoek gebruikt als achtergrond. De belangrijkste bronnen zijn de observaties en de interviews. Hierin komt namelijk de betekenisgeving door de verpleegkundigen naar voren. Als voorbereiding op de participatieve observatie heb ik een aantal documenten van en over het UMC Utrecht gelezen om een indruk te krijgen van de taken van de verpleegkundigen, de specialismen, de aard van de aandoeningen van de patiënten en het beleid op de afdeling. Bij dit lezen heb ik inhoudsanalyse toegepast. Dit is het interpreteren van de inhoud van documenten (Van Thiel, 2007: 68). Voor de selectie van documenten zijn enkele criteria en aandachtspunten gebruikt. Er zijn documenten geanalyseerd die generieke informatie over de afdeling Longziekten en het JCI-model bevatten. Deze laatste categorie documenten, waaronder het handboek met de JCI-normen, nieuwsbrieven, promotiemateriaal en protocollen, geven inzicht in de implementatie en werking van het JCI-model. Tevens heb ik alle verslagen van de tracers bekeken die op de afdeling Longziekten zijn uitgevoerd tot het moment waarop de observatie startte. Doel hiervan was om een indruk te krijgen van hoe de tracer-methodiek werkt. Nadeel van deze methode is dat de onderzoeker door inhoudsanalyse vooral data verzameld over wat er op papier staat. In dit onderzoek was dat vooral informatie over de afdeling Longziekten en hoe het JCI-model in theorie hoort te werken. Enerzijds is enige theoretische voorkennis noodzakelijk om een indruk te krijgen van wat er gebeurt in het onderzoeksveld, anderzijds kan dit belemmerend werken bij het onderzoeken van betekenisgeving.

3.1.2 PARTICIPATIEVE OBSERVATIE

Deze methode wordt omschreven als “Establishing a place in some natural setting on a relatively long-term basis in order to investigate, experience and represent the social life and social processes that occur in that setting” (Emerson et al., 2001: 352). Deze methode geeft zodoende inzicht in wat er in de organisatie speelt, dus hoe de mensen *handelen*, hoe ze over hun werk *spreken* en hoe ze omgaan met *materiële artefacten*, dus wat mensen maken en gebruiken in hun werk. Deze wijze van onderzoek is tevens een manier om een veelzijdige en relatief vertrouwde relatie met de verpleegkundigen op te bouwen. Yanow (2007: 114) wijst op het nut hiervan:

A closer, situational involvement can enable the researcher-analyst to gain access to events, stories, and the like that a more distanced survey researcher would not hear, thereby enabling the interpretive research to develop a greater understanding of the circumstances underlying policy-related choices, decisions and so on.

Bij deze methode kan de onderzoeker geen neutrale positie innemen, omdat juist ook de eigen gevoelens en ervaringen van de onderzoeker belangrijk zijn voor het begrijpen van de leefwereld van de onderzochten (Van Hulst, 2008). Een nadeel van deze methode is dat de onderzoeker teveel deel van de werkelijkheid kan worden die hij onderzoekt (Rhodes, 2002). De onderzoeker moet dus continu

balanceren tussen betrokkenheid en afstand van de leefwereld. In dit onderzoek heb ik dit vormgegeven door tussentijds te reflecteren op mijn eigen rol. Dit is uitgewerkt in paragraaf 3.5.

De data die voortkomen uit de participatieve observatie laten zien hoe de verpleegkundigen betekenis geven aan hun werk. Als participatieve observatie heb ik vier keer een dienst van acht uren meegelopen met een verpleegkundige op de afdeling Longziekten in het UMC Utrecht. Ik heb op dinsdag 19 en woensdag 20 maart een dagdienst meegelopen, dus van 8 uur tot 16 uur, op donderdag 21 maart een avonddienst, van 16 uur tot 00.00 uur en op zaterdag 23 maart een dagdienst van 8.00 uur tot 16.00 uur. Ik heb gekozen voor verschillende diensten omdat elke dienst anders is. Avonddiensten en weekenddiensten zijn over het algemeen rustiger, dat wil zeggen dat er minder activiteiten zijn op de afdeling en de verpleegkundigen meer tijd hebben voor de patiënt en voor elkaar. Het doel van de participatieve observatie was om meer inzicht te krijgen in de cultuur op de afdeling, de taken en werkwijze van de verpleegkundigen, de motivatie van de verpleegkundigen, de praktische betekenis van het JCI-model op de werkvloer, de omgang met normen, protocollen en hulpmiddelen en hoe onderling gesproken werd over het JCI-model. Tevens waren de participatieve observaties een middel om vertrouwen te wekken bij de verpleegkundigen in aanloop naar de interviews. Dit bleek te werken, want tijdens het observeren heb ik veel verpleegkundigen gesproken en daardoor heb ik ook eenvoudig afspraken kunnen maken voor interviews.

Bij het meelopen heb ik net als alle andere verpleegkundigen een wit pak gedragen. Ook droeg ik een badge met de vermelding 'stagiaire'. Dit ondersteunde mijn positie als onderzoeker in het onderzoeksveld. Voor verpleegkundigen en ander personeel was ik door mijn kleding een van hen. Dit komt mede doordat het UMC Utrecht een academisch ziekenhuis is, waar men gewend is aan de aanwezigheid van stagiaires en studenten. Voor mij zorgde het dragen van een wit pak er wel voor dat ik mezelf ook wat meer een verpleegkundige ging voelen. Enerzijds hielp dit voor het begrijpen van de betekenisgeving door de verpleegkundigen, anderzijds was het gevaar dat ik me teveel verpleegkundige ging voelen. Dat zou me af kunnen leiden van mijn rol als onderzoeker. Het bewustzijn hiervan hielp mij om in de rol van de participerende onderzoeker te blijven.

Tijdens het meelopen had ik een klein notitieboekje bij me en heb ik me af en toe terug getrokken om aantekeningen te maken. Een nadeel van participatieve observatie is dat mensen in het onderzoeksveld het idee kunnen hebben dat ze geobserveerd worden, waardoor ze zich anders gaan gedragen. Deze kans heb ik proberen in te perken door zo weinig mogelijk notities te maken in de nabijheid van verpleegkundigen. De aantekeningen heb ik verwerkt in een document. Dit document heb ik gecodeerd. Van daaruit heb ik de belangrijkste observaties opgenomen in het bevindingenhoofdstuk. De bevindingen uit de participatieve observaties vormde tevens de input voor het opstellen van de topiclijst voor de interviews.

3.1.3 INTERVIEWS

In dit onderzoek zijn 12 semigestructureerde interviews gehouden met verpleegkundigen. Bij deze interviews worden aan de hand van een topiclijst open of gesloten vragen gesteld aan de respondenten (Van Thiel, 2007: 68). Nadeel van deze methode is dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven. Deze kans was vooral aanwezig bij het spreken over het JCI-model, omdat ik via de leidinggevende op de afdeling was geïntroduceerd. De leidinggevende is op de afdeling ook verantwoordelijk voor de invoering van dat model. Daardoor konden respondenten de indruk hebben dat ik vanuit 'het management' het JCI-model onderzocht. Dit heb ik in de interviews geprobeerd te voorkomen door de vragen zo open mogelijk te stellen en door anonimiteit te verzekeren. Ook droeg de participatieve observatie bij aan het wekken van vertrouwen onder de verpleegkundigen.

De topiclijst is opgesteld aan de hand van de data uit de participatieve observatie en inhoudsanalyse van documenten (zie bijlage 2). De selectie van respondenten is gedaan in overleg met het senior-unithoofd van de afdeling Longziekten en kwam mede voort uit de participatieve observatie. Gesprekken met verpleegkundigen en observaties vormden aanleiding om interviews te houden met bepaalde verpleegkundigen. Bij de selectie is beoogd dat deze een goede afspiegeling vormde van het

verpleegkundig team. Hierbij is rekening gehouden met functie, leeftijd, geslacht en de lengte van de periode dat de respondenten in dienst zijn. Het onderscheid op functie werd gevormd door het formele onderscheid dat het UMC Utrecht hanteert tussen verpleegkundigen en senior-verpleegkundigen. Het onderzoek beperkt zich tot verpleegkundigen die de opleiding verpleegkunde hebben afgerond, studentverpleegkundigen zijn dus niet geïnterviewd. De reden hiervoor is dat deze verpleegkundigen vaak kort op een afdeling werken en beperkte bevoegdheden hebben, waardoor het JCI-model voor hen minder relevant is en ze weinig ervaringen hebben met dat model. De interviews vonden plaats op de afdeling Longziekten en zijn opgenomen met een voice recorder. Vervolgens zijn de interviews letterlijk uitgewerkt en gecodeerd.

3.1.4 ANALYSE EN BESCHRIJVING BEVINDINGEN

Bij de data-analyse in dit onderzoek lag de focus niet op het creëren van een beeld van de werkelijkheid, maar op het bezien van de werkelijkheid vanuit het perspectief van de verpleegkundigen. Dit sluit aan bij een interpretatieve benadering (Van Thiel, 2007). Dit is belangrijk omdat het doel van het onderzoek is om te begrijpen hoe de verpleegkundigen hun motivatie ervaren en hoe deze wordt beïnvloed door het JCI-model. De aantekeningen van de participatieve observaties heb ik na afloop van elke dag observeren, meteen uitgewerkt. Hetzelfde geldt voor de interviews. Bij de analyse van de interviews heb ik eerst vier transcripties op papier gecodeerd. Hierbij kende ik specifieke codes aan tekstfragmenten toe en die codes gebruikte ik vervolgens als uitgangspunt voor het coderen van de volgende interviews. Na het coderen van de eerste vier interviews heb ik een eerste coderingsschema gemaakt waarin ik codes heb samengevoegd en uitgesplitst. Dit schema bevatte inhoudelijke codes, dus een interpretatie van het fragment door de onderzoeker, en beschrijvende codes die kenmerken van de respondent, situatie of afdeling weergaven (Van Thiel, 2007: 162). Vervolgens heb ik de codes ingevoerd in het coderingsprogramma Nvivo en daarin het observatieverslag en alle interviews, dus ook de eerste vier, gecodeerd. Vervolgens kwam de volgende stap, het vinden van patronen in de gebruikte codes, ook wel axiaal coderen genoemd (Van Thiel, 2007: 163). In dit proces heb ik de codes aan elkaar gerelateerd en verbanden gelegd met de literatuur. Dit resulteerde in een codeerschema. Tijdens de fase van axiaal coderen ben ik begonnen met het beschrijven van de resultaten. Na een eerste beschrijving van de resultaten ben ik teruggegaan naar de literatuur om dit te relateren aan de bevindingen. Vervolgens heb ik de literatuur op analytisch niveau verweven in het bevindingenhoofdstuk.

3.4 KWALITEITSCRITERIA

De meerwaarde van een gevalstudie is dat er een rijkdom aan empirische informatie gegenereerd wordt en dit de basis kan vormen voor nieuwe theorievorming (Van Thiel, 2007: 104). De keuze voor een enkelvoudige casestudy betekent dat er sprake is van één onderzoekseenheid en een gering aantal respondenten. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker methodologisch zorgvuldig aandacht moet besteden aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (Van Thiel, 2007: 104).

3.4.1 BETROUWBAARHEID

In kwalitatief onderzoek is voor de betrouwbaarheid vooral de navolgbaarheid van de analyses van belang (Van Thiel, 2007: 166). In de voorgaande paragraaf is daartoe nauwkeurig beschreven hoe de analyse vanuit de data tot stand is gekomen en is de methode van onderzoek verantwoord. Daarnaast is om de betrouwbaarheid te vergroten een logboek van de onderzoeksactiviteiten en een database met empirische gegevens bijgehouden. Dit zorgt ervoor dat replicatie van het onderzoek mogelijk is (Van Thiel, 2007: 105). Ook zijn de bevindingen gerepliceerd bij verpleegkundigen en andere bij het onderwerp betrokken medewerkers in het UMC Utrecht.

Een kanttekening bij de betrouwbaarheid van het onderzoek is dat het onderzoek is uitgevoerd in een periode waarin het JCI-model pas enkele weken in het geheel was doorgevoerd. Daardoor was het JCI-model pas op het moment van onderzoek nog niet helemaal geland. Hierdoor is het mogelijk dat de verpleegkundigen doordat ze nog moeten wennen aan het JCI-model het werken daarmee anders ervaren dan wanneer het model al langere tijd is ingevoerd.

3.4.2 VALIDITEIT

De validiteit van het onderzoek betreft de geldigheid en generaliseerbaarheid van het onderzoek (Van Thiel, 2007: 56). Hier worden twee varianten van validiteit besproken, de interne en de externe validiteit.

Interne validiteit

De interne validiteit gaat over de geldigheid van het onderzoek, ofwel de vraag of het aannemelijk is dat de onderzoeker heeft gemeten wat hij wilde meten (Van Thiel, 2007: 165). Om de interne validiteit te maximaliseren is gebruik gemaakt van triangulatie, dat betekent dat de data op meer dan één manier zijn verzameld (Hakvoort, 1996: 132). In dit onderzoek zijn participatieve observatie, interviews en inhoudsanalyse van documenten toegepast. Daardoor komen de data voort uit verschillende bronnen waardoor de validiteit toeneemt. De observaties laten vooral zien wat de verpleegkundigen *doen*, de interviews laten zien wat de verpleegkundigen *zeggen* en wat ze *zeggen dat ze doen*.

Externe validiteit

De externe validiteit gaat over de generaliseerbaarheid van het onderzoek (Van Thiel, 2007: 165). Om het onderzoek extern valide te maken is het van belang om een goede representatieve selectie van respondenten en databronnen te maken. Daartoe is gekozen voor een beperking van het onderzoek tot één afdeling van het UMC Utrecht en één onderzoeksgroep: verpleegkundigen. De keuze voor onderzoek op meerdere afdelingen zou ten koste gaan van de representativiteit van het onderzoek, omdat het onderzoek beperkt is in tijd en omvang. Door te richten op verpleegkundigen op één afdeling kon een aantal verpleegkundigen geïnterviewd worden dat representatief is voor alle verpleegkundigen op de afdeling. Dit betekent dat de uitkomsten van het onderzoek in vergaande mate betrouwbaar en geldig zijn voor de betreffende afdeling, maar in mindere mate voor andere afdelingen. Dit heeft gevolgen voor de bruikbaarheid.

3.4.3 BRUIKBAARHEID

De mate waarin het onderzoek bruikbaar is zegt iets over voor wat en wie de resultaten bruikbaar zijn. Dit onderzoek is bruikbaar voor de leidinggevenden van de afdeling Longziekten en het implementatieteam van het JCI-model van het UMC Utrecht. Voor hen laat het zien hoe de verpleegkundigen op de afdeling Longziekten hun motivatie beschrijven en wat hun perspectief op het JCI-model is. Dit kan de leidinggevenden en het implementatieteam van JCI helpen om te begrijpen hoe de verpleegkundigen naar het JCI-model kijken. Dit helpt hen om bij het sturen op het werken met het JCI-model aan te sluiten bij het perspectief en de motivatie van de verpleegkundigen.

3.5 REFLECTIE OP DE ROL VAN ONDERZOEKER

Bij interpretatief onderzoek is de onderzoeker zelf het instrument van onderzoek. Reflectie op de rol van onderzoeker is om die reden gepast.

In de periode van de inhoudsanalyse merkte ik dat ik ging denken vanuit het belang van het JCI-model. Daardoor ging ik tijdens de voorbereiding op de observaties nadenken over waar ik op moest letten bij hoe de verpleegkundigen omgingen met de JCI-normen. Enerzijds is het goed om oog te hebben voor wat belangrijk is voor het JCI-model, anderzijds is de ervaring van de verpleegkundigen belangrijker dan wat op papier staat. Dit heb ik ondervangen door tijdens het verdere onderzoeksproces niet meer terug te grijpen op de documenten en door bij de observaties veel te vragen naar de ervaring en interpretaties van de verpleegkundigen zelf.

Een tweede punt is dat ik tijdens het observeren soms aan verpleegkundigen uit moest leggen waarom ik vier dagen 'meeliiep'. Daardoor was een deel van de verpleegkundigen op de hoogte van wat ik onderzocht. Enerzijds was dit waardevol omdat dit tot spontane reacties leidde over hoe ze dachten over het model. Vaak waren die reacties overwegend negatief. Anderzijds was het uitleggen van wat ik onderzocht mogelijk van invloed op de verpleegkundigen met wie ik meeliiep. Het is namelijk mogelijk

dat die verpleegkundigen de indruk hadden dat ik ook normnaleving onderzocht, waardoor ze zich anders zouden kunnen gedragen.

Ten derde is een beperking dat ik als onderzoeker weinig kennis had over het werk van de verpleegkundige en de vaktaal niet sprak. Dit heb ik ondervangen door me vooraf in te lezen op de taken van de verpleegkundigen en de kenmerken van de afdeling. Daarnaast hielp het meelopen met de verpleegkundigen mij om tijdens de interviews de vaktaal te spreken en te begrijpen.

In de vierde plaats was mijn afhankelijkheid van de leidinggevenden bij de selectie en benadering van de respondenten een voordeel en een nadeel. Enerzijds hielp mij dit bij het maken van afspraken met verpleegkundigen, anderzijds kon de leidinggevende in bepaalde mate sturen op wie ik wel en niet zou interviewen. Dit is ondervangen doordat ik op basis van de observaties zelf aangegeven heb wie ik wilde interviewen. Daarnaast heb ik de selectie van de overige respondenten criteria gehanteerd om de representativiteit van de respondenten voor het verpleegkundig team te vergroten.

Het vijfde punt is de totstandkoming van de topiclijst. Deze is gebaseerd op de observaties en literatuur over het onderzoeksonderwerp. De topiclijst is in samenspraak met de begeleider opgesteld. Nadeel van het gebruik van de topiclijst was dat ik een aantal verpleegkundigen interviewde die ik eerder ook al uitgebreid had gesproken over thema's die op de topiclijst stonden. Enerzijds zorgde dat ervoor dat ik aan bepaalde respondenten vragen voor de tweede keer stelde, anderzijds gaf het terugvallen op de observaties mij de kans om thema's uit te diepen.

In de laatste plaats een korte reflectie op de focus in het onderzoek op de vier International Patient Safety Goals (IPSG). Hoewel ik in de interviews ik specifiek vroeg naar hoe de verpleegkundigen tegen deze normen aankeken, praatten de verpleegkundigen al snel over het JCI-model in het algemeen. De focus op de vier IPSG is dus wel van waarde voor wat de verpleegkundigen zeggen over naleving van deze normen, maar minder voor het beeld dat de verpleegkundigen over het algemeen hebben van het JCI-model.

4. BEVINDINGENHOOFDSTUK

Het bevindingenhoofdstuk bevat vier delen. De bespreking van de motivatie van de verpleegkundigen laat zien wat voor hen motivatie is en hoe ze van daaruit streven naar Goed Werk. Het deel over ontwikkelingen die het werk van de verpleegkundigen beïnvloeden, laat zien welke factoren inwerken op de motivatie van verpleegkundigen. Dit zijn veranderingen in de maatschappij en in de cultuur op de afdeling. Het bespreken van het beeld dat de verpleegkundigen hebben van het JCI-model laat zien hoe zij dit model ervaren en hoe dit inwerkt op hun motivatie en het doen van Goed Werk. Ten slotte laat het deel over de houding van de verpleegkundigen ten opzichte van veranderingen laat zien welke factoren een rol spelen bij de inbedding van het JCI-model op de afdeling. Dit is de opmaat voor de beantwoording van de centrale vraag.

4.1 MOTIVATIE VERPLEEGKUNDIGEN

In dit deel gaat het over de verpleegkundige, wat vormt haar motivatie, wat zijn haar doelen, wat geeft haar voldoening en welke factoren beïnvloeden dit. Motivatie valt uiteen in basismotivatie en dagelijkse werkmotivatie. Dit deel laat zien dat de basismotivatie van de verpleegkundigen vooral bestaat uit de toewijding aan het ideaal om anderen te dienen. De dagelijkse werkmotivatie van de verpleegkundigen bestaat uit verschillende factoren die de verpleegkundigen motiveren in het doen van het dagelijkse werk.

4.1.1 BASISMOTIVATIE: DIENEN EN ZELFONTPLOOIING

Het is niet voor iedere verpleegkundige eenvoudig om aan te wijzen waarom hij of zij verpleegkundige is geworden: “Toen ik vier was riep ik al dat ik pleegzuster wilde worden. Waarom? Ik weet het niet...het gewoon iets voor de mensen doen, maar dat kan je ook bij de Hema hè” (1). Anderen benadrukken ‘het iets voor anderen betekenen’ als een belangrijke drijfveer om het werk te doen: “Ik denk dat verpleegkundigen altijd wel geneigd zijn om mensen te willen helpen.” (7) en “Het feit dat ik voor mensen kan zorgen, het klinkt zo cliché, maar je kunt wat doen voor anderen.” (5). Dit laatste komt terug in de literatuur als de basismotivatie van de verpleegkundige. Verpleegkundigen hebben de wil om te zorgen (Moody & Pesut, 2006; De Cooman et al., 2008; Öztürk et al., 2006) of sterker nog, zijn toegewijd aan het ideaal om anderen te dienen (Thompson & Thompson, 1987). Hoewel weinig verpleegkundigen van de afdeling Longziekten dit ideaal van dienen noemen als motivatie om het werk te doen, komt dit wel duidelijk terug in het doel dat ze hebben in het werk. Een aantal verpleegkundigen noemt als doel het bieden van kwalitatief goede zorg en het tevreden maken van de patiënt: “Ik denk dat een verpleegkundige in algemene zin wil bereiken dat er goede patiëntenzorg wordt geleverd met patiënten die tevreden zijn en familie die tevreden is.” (5) en “Goede kwaliteit van zorg, dat is voor mij in ieder geval nummer één, dat de patiënt krijgt waar die recht op heeft en het liefst meer.” (7). Het eerste aspect, het bieden van goede zorg, wordt door Haggerty en Grace (2008) genoemd als het ultieme doel van verpleging.

Opvallend is dat ook ‘tevredenheid van familie’ wordt genoemd door de verpleegkundigen. Dit komt niet terug in andere onderzoeken naar de motivatie van verpleegkundigen. Dit lijkt voor de verpleegkundigen op de afdeling Longziekten belangrijk doordat familieleden van de patiënten nauw betrokken zijn bij de veelal intensieve en langdurige behandelingen. Hierdoor hebben de verpleegkundigen relatief veel contact met familieleden van de patiënten, waardoor: “Je best wel op een bepaalde manier een band opbouwt met mensen.” (5). Hoewel de verpleegkundigen niet expliciet zeggen dat het contact met de patiënt voor hun motivatie belangrijk is, komt het wel vaak naar voren als ze over hun werk praten. Zo zegt een oudere verpleegkundige tijdens het observeren dat de verpleegkundigen de patiënt op de eerste plaats zetten, want ‘daar zijn we voor in de wieg gelegd’ en ‘zet mij maar aan het bed’ (Observatie.3.1). Ook geven andere verpleegkundigen tijdens het observeren aan dat ze het liefst bij de patiënt aan bed bezig zijn (Obs.1-4). Dit sluit aan bij wat De Cooman et al (2008) en Öztürk et al (2006) bedoelen als ze stellen dat het inter-persoonlijke element van zorg bijdraagt aan de motivatie van de verpleegkundigen.

Een andere reden om verpleegkundige te worden is een bepaalde ervaring: “Toen ben ik zelf in het ziekenhuis beland met een blindedarmontsteking, toen ben ik geopereerd en heb ik even van de andere kant gekeken en toen dacht ik van ‘dat vind ik toch wel leuk’..” (11) en “Vanuit die ervaring van vroeger dat ik zelf iets heb gehad, die zorg voor de patiënt, voor alle mensen die wil ik doorgeven en ik wil gewoon mensen doorgeven dat je altijd een doel voor ogen moet houden.” (3). Enkele verpleegkundigen noemen ook de mogelijkheden tot groeien en leren binnen een academisch ziekenhuis als reden om verpleegkundige te worden: “Verpleegkundige is iets waardoor je nog vele kanten op kunt, daarom vond ik het wel bij me passen.” (5). Opvallend is dat dit door senior-verpleegkundigen werd genoemd als motiverende factor en niet door andere verpleegkundigen. Anderzijds is dit verklaarbaar doordat de functie van senior-verpleegkundige juist past bij verpleegkundigen die naast het bieden van zorg ook leidinggevende verantwoordelijkheden willen dragen. Een andere senior-verpleegkundige noemt de mogelijkheden om door te groeien niet als motiverende factor, maar wel als doel in haar werk: “Ik wil wel leidinggevende worden, dus daarvoor ben ik die opleiding gaan doen.” (12).

Het voorgaande laat zien dat de basismotivatie en doelen van de verpleegkundigen bij elkaar aansluiten. Een deel van de verpleegkundigen kiest voor het werk om voor anderen te kunnen zorgen. Het bieden van kwalitatief goede zorg is dan hun doel. Een ander deel kiest voornamelijk voor het beroep om de mogelijkheden tot groei en ontwikkeling. Deze, vooral senior-verpleegkundigen, willen door kunnen groeien naar andere functies. Het zorgen voor mensen lijkt primair op de patiënt gericht, het doorgroeien is meer gericht op zelfontplooiing van de verpleegkundige.

4.1.2 DAGELIJKSE WERKMOTIVATIE: VOLDOENING EN WERKDruk

Naast een basismotivatie heeft de verpleegkundige een dagelijkse werkmotivatie. Deze motivatie heeft vooral betrekking op de doelen en verlangens die de verpleegkundige op korte termijn wil vervullen in het werk (Vredeveld, 2010). Inzicht in deze verlangens wordt verkregen door te bespreken waar de verpleegkundigen voldoening uit halen in hun werk. Dit laat zien dat de verpleegkundigen voldoening halen uit *hoe* ze het werk doen en in de tweede plaats uit het *resultaat* van het werk. Deze paragraaf laat ook de tweezijdige rol van *werkdruk* zien. Verpleegkundigen halen voldoening uit het omgaan met hectiek en onverwachte gebeurtenissen, maar als de werkdruk naar hun gevoel te hoog wordt, kan dit demotiverend werken.

Uitvoering van het werk als motiverende factor

De verpleegkundigen halen in de eerste plaats voldoening uit *hoe* ze hun werk doen. Ze willen het beste voor elke individuele patiënt en het geeft voldoening als de patiënt hen hierin bevestigt: “Dan zeiden ze we zijn echt blij dat je er bent en dat is natuurlijk goud om te horen, daar doe je het voor. Dat geeft een goed gevoel, absoluut.” (10). Tijdens de observaties noemt een oudere verpleegkundige als het mooiste van het werk ‘de handdruk van een patiënt als deze naar huis gaat’ en als een patiënt zegt ‘bent u er morgen weer?’ (Obs.1.1). De bevestiging van de patiënt maakt het werk voor de verpleegkundigen betekenisvol. De mate waarin het werk betekenisvol is, wordt ook in andere onderzoeken naar de motivatie van verpleegkundigen benoemd als motiverende factor (Hertting et al., 2004; Reutter & Northcott, 1993; Öztürk et al., 2006). De verpleegkundigen halen ook voldoening uit het hebben van een vooruitziende en scherpe blik op wat de patiënt nodig heeft: “Dat je aan ziet komen van hier gaat iets zoals we niet willen of zoals de patiënt wil en dat je daarop in kunt spelen. Dus die hectiek, daar kan ik ook helemaal van genieten.” (1) en vaak is men tevreden “Als alle puntjes op de i staan, als ik genoeg heb vooruitgedacht voor de volgende dagen.” (7). Een element dat die vooruitziende blik en het omgaan met hectiek lastig, maar daarmee ook waardevol maakt, is de complexiteit van de aandoeningen van de patiënten:

We zijn hier een longafdeling, maar het hangt helemaal met elkaar samen, we krijgen hier ook veel mensen met hartproblemen, de longen houdt zoveel meer in dan alleen de longen, dus je moet wel van een hoop dingen wat weten en we deinzen niet terug voor complexe dingen. (10)

De verpleegkundigen lijken voldoening te halen uit een goede uitoefening van professionele vaardigheden: een holistische en vooruitziende blik bij complexe aandoeningen. Dit is volgens Hertting et al (2004: 149) kenmerkend voor verpleegkundigen die de patiënt centraal stellen. Het motiveert hen als ze de patiënt in het geheel kunnen begrijpen en ook vooruit kunnen denken en op basis daarvan handelen. Het belang van de complexiteit van de patiënten laten Janssen et al (1999) en Kivimäki et al (1995) ook zien als ze concluderen dat het voor verpleegkundigen motiverend werkt als ze afwisselende taken hebben en er variatie is in de vereiste vaardigheden.

Het resultaat van het werk als motiverende factor

In de tweede plaats halen de verpleegkundigen voldoening uit het *resultaat* van hun werk. Dat is vooral in de vorm van een succesvolle uitkomst van het zorgproces:

Als mensen een longtransplantatie gehad hebben, die komen lopend binnen, die komen terug van de operatie, compleet afhankelijk, kunnen niks, heel veel impact, en de een gaat anderhalf week later, de ander gaat drie weken later weer lopend de deur uit en dat is ook mooi. (3)

Voldoening wordt ook gehaald uit de afronding van een dienst: “Als ik voor de patiënt goed mijn werk doe of zijn vragen goed heb beantwoord, zodat de patiënt ook tevreden is.” (4) en “Als je het zo goed mogelijk hebt neergelegd waardoor de patiënt nergens onder lijdt.” (6). Ook andere onderzoeken laten zien dat het voor verpleegkundigen motiverend is als ze kennis hebben over de resultaten van het werk en verantwoordelijkheid ervaren voor de uitkomsten daarvan (Edgar, 1999; Öztürk et al., 2006). Dit maakt voor hen het werk namelijk betekenisvol en motiveert verpleegkundigen om goed voor patiënten te blijven zorgen, zelfs bij een hoger risico voor de eigen gezondheid en veiligheid (Reutter & Northcott, 1993). Een verpleegkundige geeft dit ook aan:

De patiënt gaat voor, en eerst de patiënt en dan jezelf. Je zorgt slechter voor jezelf dan voor de patiënt. Het huis van de schilder ziet er ook niet uit, maar als de schilder ergens anders gaat schilderen ziet het er prachtig uit. (2)

Dit citaat geeft precies weer waar Miller (2006: 472) en Trappenburg (2011: 170) op doelen als ze stellen dat de kern van de motivatie van de verpleegkundige is dat deze het belang van de zorgvrager hoger acht dan het eigen belang.

De dubbele rol van werkdruk

Werkdruk neemt een bijzondere rol in bij de motivatie van de verpleegkundigen. Enerzijds vinden verpleegkundigen hectiek in het werk waardevol. Tijdens de observaties blijkt tijdens elke dienst dat de planning steeds verandert door onverwachte gebeurtenissen. Een verpleegkundige zegt daarover dat het werk juist zo leuk is doordat ze niet weet hoe de dag van morgen eruit ziet. Ook andere verpleegkundigen geven aan dat ze die ‘chaos’ niet vervelend vinden (Obs.2.1). Dit wordt bevestigd bij de interviews. Een verpleegkundige beantwoordt de vraag of hij de hectiek vervelend vindt met: “Nee dan kan ik ook op een kantoorbaan gaan werken als doorgeefluik, dan weet ik precies wat er komen gaat. Het zijn juist die onverwachte dingen die je hier tegenkomt.” (2). De hectiek heeft echter ook een keerzijde, zo vindt een verpleegkundige teveel werkdruk vervelend: “Als het zo druk is dat het niet behapbaar is en ik niet de dingen kan afmaken die ik had willen afmaken, dan ga ik niet tevreden naar huis.” (11). Dit komt ook terug in de onderzoeken van Tummers et al (2002) en Van den Berg et al (2006; 2008). Zij laten zien dat werkdruk motiverend kan werken, maar ook demotiverend als de werkdruk als te hoog wordt ervaren. Over het laatste, demotiverende factoren in het werk van de verpleegkundige, gaat de volgende paragraaf.

4.1.3 DEMOTIVATIE: COLLEGA’S EN VERANDERINGEN

De motivatie van verpleegkundigen is niet onkreukbaar, maar op sommige punten juist kwetsbaar. Een aantal factoren kunnen demotiverend werken voor een verpleegkundige, voornamelijk *collega’s* en *veranderingen die de werkdruk verhogen en autonomie inperken*. Dit is van belang voor dit onderzoek, omdat het werken met het JCI-model voor veranderingen in het werk zorgt en daardoor demotiverend kan werken.

Bij patiëntenzorg is samenwerking tussen en binnen verschillende disciplines belangrijk. Een goede omgang met collega's kan daarbij helpen. Andersom kan een minder goede omgang daar afbreuk aan doen. Een ervaren verpleegkundige geeft aan dat ze het werken met een bepaalde collega als vervelend ervaart:

Een patiënt die moest ik eigenlijk echt met haar doen, eigenlijk kon ik dat echt niet alleen, maar hoepel op zeg, ik doe het echt liever alleen dan met jou, maar dat is natuurlijk van de gekken, dat is gewoon slecht, als je niet goed communiceert, dan heeft dat altijd ook gevolgen voor je zorg voor de patiënt, voor alles. (8)

Bij een goede omgang lijken communicatie en de sfeer op de afdeling van belang: "Collega's, dat kan heel motiverend werken, maar kan ook demotiverend werken, dus dat is heel belangrijk, hoe collega's ook met elkaar omgaan en de sfeer op de afdeling is uitermate belangrijk." (1). De bevinding dat collega's en sfeer de dagelijkse werkmotivatie van verpleegkundigen positief maar ook negatief kunnen beïnvloeden, wordt eveneens aangetoond door Koivula et al (1998) en Hertting et al (2004).

Een tweede factor die invloed heeft op de motivatie van verpleegkundigen zijn veranderingen in het werk. Vooral als deze de *werkdruk verhogen* en de *autonomie inperken*. Een verpleegkundige noemt het demotiverend als onduidelijk is waar een verandering voor dient: "Dat niet overal duidelijk bij verteld is van wat houdt het precies in, en als je dan niet precies weet wat je doet, dat dan ook je motivatie zakt." (12). Een andere verpleegkundige ervaart het als demotiverend dat door veranderingen de informatiedruk groot is: "De informatiedruk is groot en als jij weinig werkt..en ze zeggen 'ja meid doe lezen dat dan onder werktijd', dat kan gewoon niet. Dus je moet naast je werk ook nog die informatiestroom moeten bijhouden en dat is niet te doen vind ik." (11). In het laatste citaat komt naar voren dat veranderingen voor verpleegkundigen extra tijd kosten, tijd om op de hoogte te blijven en tijd om te wennen aan een veranderende werkwijze. Het kan demotiverend werken als de verandering weinig meerwaarde lijkt te hebben voor zowel de verpleegkundige als de patiënt:

Het is allemaal wel leuk, maar men kiest daar niet voor...je kiest voor het feit om voor mensen te zorgen. En natuurlijk is er verandering en moet je met de tijd mee en natuurlijk moet je er wel voor open staan...het kan soms net wel teveel van jou vragen, want je moet daarnaast ook nog de zorg voor je patiënt waarborgen, en de veiligheid, kan je dat dan beiden? Nee. (6)

Ook vindt een verpleegkundige het demotiverend als ze het gevoel heeft dat ze energie moet steken in verkeerde dingen: "Ik zit meer achter een computer dan dat ik daadwerkelijk bij een patiënt aan het bed sta, en dat belemmert mij soms wel, absoluut...dat demotiveert." (9). Het meer moeten rapporteren draagt bij aan een hogere werkdruk. De verpleegkundigen moeten namelijk ondertussen alle andere taken ook goed uitvoeren.

Het voorgaande deel laat zien hoe de motivatie van verpleegkundigen eruit ziet en welke factoren dat kunnen beïnvloeden. Dit laat nog niet zien welke *kernwaarden* centraal staan in het werk van de verpleegkundigen. Dit is een dieper liggende laag. In de volgende paragraaf worden deze kernwaarden beschreven aan de hand van het begrip 'Goed Werk' en de verpleegkundige als professional.

4.1.4 GOED WERK: DE VERPLEEGKUNDIGE ALS PROFESSIONAL

Verpleegkundigen streven naar het doen van Goed Werk. De mogelijkheid tot het doen van Goed Werk kan positief bijdragen aan hun motivatie. Obstakels voor het doen van Goed Werk kunnen de motivatie echter negatief beïnvloeden. Dit deel laat aan de hand van Goed Werk zien wat de verpleegkundige tot professional maakt. Goed Werk laat namelijk zien welke waarden voor de verpleegkundigen belangrijk zijn. Ten eerste is Goed Werk voor de verpleegkundigen ruimte om af te wijken van normen en beleid. Deze autonomie maakt hen tot professionals. De verpleegkundigen zijn geneigd de autonomie te beschermen. Ze voeren het werk het liefst uit zonder veel betrokkenheid van anderen. Een tweede kenmerk van Goed Werk is volgens de verpleegkundigen 'de lat hoog leggen', dus het streven naar excellentie in het werk. Het derde kenmerk van Goed Werk is een kritische houding, zowel naar het beleid dat een arts voor een patiënt opstelt, als naar het eigen functioneren.

1. Autonomie: de ruimte om af te wijken van normen en beleid

Het belangrijkste kenmerk dat verpleegkundigen tot professional maakt is dat ze individuele patiënten behandelen op basis van algemene kennis en ervaringen (Freidson, 1994; Abbott, 1988; Van Aken, 1994; Noordegraaf & Sterrenburg, 2009). Uitgangspunt voor het handelen van verpleegkundigen zijn protocollen en het beleid van de arts. Deze moeten op individuele patiënten toegepast worden. Dit komt duidelijk naar voren in de interviews: “Een protocol is gewoon een soort werkbeschrijving voor sommige gevallen, voor de meest ideale situatie, die bestaat bijna niet, de meest ideale situatie, die kom je weleens tegen, maar meestal zit er wel een of andere haak of oog aan.” (2). Een ervaren verpleegkundige zegt over protocollen: “Het geeft je richting, maar als ik denk van het moet anders, dan zal ik er ook van afwijken.” (1). Een verpleegkundige stelt dat het belangrijk is om niet zomaar opdrachten uit te voeren, maar zelf ook na te denken over waarom iets moet gebeuren en wat het effect is:

De dingen doen die van je gevraagd worden in het plan, maar aan de andere kant dat je verder denkt dan je neus lang is en niet denkt van dit is een kunstje, dat ga ik nu doen, maar wat zit daarachter en wat heeft daarmee te maken en wat voor consequenties kan het hebben. (11)

De verpleegkundige moet niet alleen nadenken waarom zij iets doet, maar er ook voor zorgen: “Dat het volgens protocol veilig gaat gebeuren, ik bedoel het blijven mensen waar je mee bezig bent en dan moet het wel naar die patiënt veilig gebeuren.” (2). De autonomie om van normen af te wijken is nodig om de patiënt de juiste zorg te bieden, maar heeft ook een keerzijde. De verpleegkundige moet namelijk niet te snel van een protocol of van het beleid afwijken:

Je mag denk ik wel je eigen oordeel hebben of iets van toepassing is of niet, maar sommige checklisten zijn er ook gewoon om dingen te ondervangen waar je misschien zelf niet aan denkt, dus ik vind dat een protocol wel iets is om nageleefd te worden. (7).

Als een verpleegkundige afwijkt van een protocol of het beleid van de arts dan moet ze dat wel kunnen beargumenteren: “Je moet wel beargumenteren waarom je iets niet hebt gedaan. Dan kan de arts altijd nog zeggen van ‘doe het wel.’” (4). Het risico dat schuilt in de autonomie is dat de verpleegkundige teveel haar eigen plan trekt waardoor ze belangrijke dingen over het hoofd ziet. Een andere keerzijde van de autonomie is dat de verpleegkundige veel handelingen het liefst zelf doet, ook als ze niet voldoende kennis of ervaring heeft om iets op te lossen.

Goed Werk is volgens de verpleegkundigen: “Dat je de kennis hebt van wat je doet en dat je weet wat je doet.” (10) en het principe daarbij is: “Weet je het niet, dan haal je er iemand bij” (3), maar de praktijk is weerbarstiger, want: “Als je dingen niet weet dan weet je ze ook niet, dus dan vraag je ze ook niet.” (4) en “Je kunt niet alles zelf, hoewel ik het wel vaak probeer, maar dat is natuurlijk mijn ding” (5). Enerzijds is een bepaalde mate van autonomie voor een verpleegkundige nodig, anderzijds kan de autonomie een valkuil zijn. Verpleegkundigen moeten namelijk wel handelen binnen de kaders die gesteld worden door de professie en de samenleving (Miller 2006; Hameeteman, 2009) en hier verantwoording over afleggen (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Jansen et al., 2009; Johns, 1990).

2. Op zoek naar excellentie: de lat hoog leggen

Goed Werk is voor de verpleegkundigen ook een goede en zorgvuldige uitvoering van het werk met zichtbaar resultaat: “Dat je de lat hoog legt bij alles wat moet gebeuren, dat alles uitgevoerd is op de manier zoals het moet en toch duidelijk wat verandering teweeg hebt kunnen brengen.” (1). Zorgvuldige uitvoering van het werk zit vooral in het goed uitvoeren van de basistaken. Een jongere verpleegkundige zegt hierover dat Goed Werk is: “Dat je gewoon je kamer, je rapportage, je werk gewoon op tijd af moet hebben, je collega's helpt waar nodig.” (4). Enkele ervaren verpleegkundigen vinden dat Goed Werk ook het netjes houden van een patiëntenkamer is en het tevreden houden van de patiënt: “Maar ook precies in de omgeving...dus een patiënt ligt in bed en kan niet z'n kamer opruimen, dat vind ik ook heel belangrijk.” (11) en “Dat je verzorgd en netjes werkt en de patiënt tevreden houdt.” (6).

Goed Werk gaat niet alleen om *de wijze waarop* het werk wordt uitgevoerd, maar ook om het *bereikte resultaat* voor de patiënt. Voor de verpleegkundigen is de mate waarin voldaan is aan de behoeften van de patiënt de graadmeter: “Het is goed gegaan, misschien niet af maar dat maakt niks uit, de patiënten hebben alles wat ze nodig hebben, de patiënten zijn goed begeleid voor wat ze nodig hebben, ze zijn niet tekort gekomen in de zin van lichamelijk naar psychisch.” (2) en “Goed werk vind ik dus een tevreden patiënt en familie.” (5). Verpleegkundigen lijken bij het bieden van zorg vooral vanuit het belang van de patiënt te denken. Het goed en zorgvuldig uit willen voeren van het werk als aspect van Goed Werk komt ook terug in de literatuur. Miller (2006) en Gardner et al. (2009) noemen dat Goed Werk onder andere gaat over een *technisch* effectieve of excellente uitvoering van het werk. Dit lijken de verpleegkundigen in het onderzoek ook belangrijk te vinden. Voor hen gaat het echter ook om een *betekenisvolle* uitvoering die ervoor zorgt dat de patiënt niks tekort komt, dus dat de zorg afgestemd is op de behoeften van de patiënt.

3. Goed Werk als kritische houding

Het derde punt dat volgens de verpleegkundigen valt onder Goed Werk is een kritische houding naar het beleid dat de verantwoordelijke arts heeft vastgesteld en kritisch naar het eigen handelen. Zoals Johns (1990) en Leistikow (2010) stellen, is de samenwerking met de verschillende disciplines bij het bieden van zorg aan een specifieke patiënt van belang. De verpleegkundigen onderschrijven dit. Een verpleegkundige zegt hierover:

Goede communicatie met artsen, andere disciplines, dat voor iedereen duidelijk is wat er gebeurt, dat de dossiers op orde zijn, dat je wel het totaalplaatje van de patiënt bekijkt, niet alleen het ziektebeeld, maar dat je echt probeert om andere disciplines te betrekken zodat je weet dat iedereen echt zijn eigen stukje heeft en dat je dat in overleg met elkaar afstemt. (5)

In die samenwerking is het van belang dat de verpleegkundige, omdat deze relatief veel bij de patiënt is en zodoende veel van de patiënt weet, een kritische houding aanneemt naar het beleid van de arts: “De uitslagen van patiënten in de gaten houden en bijvoorbeeld bloedsuitslagen en medicijnen die ze krijgen of een bepaald beleid van artsen waar je het zelf niet mee eens bent en waar je toch tegenin gaat omdat je weet dat het in de praktijk anders gaat.” (3) en een andere verpleegkundige stelt: “Ik denk als je een kritische houding aanneemt en dingen ter discussie durft te stellen, dat je dan je werk goed doet.” (7).

De verpleegkundigen noemen bij een kritische houding ook dat Goed Werk kritisch zijn naar je eigen werkwijze is: “Ook als je al jaren bepaalde dingen doet en je al een tijdje iets niet gedaan hebt, is het verstandig om toch even te kijken of dingen veranderen.” (1). Deze houding betekent voor de verpleegkundigen dat ze goed nadenken waarom ze iets doen en ervoor zorgen dat hun kennis up to date is. Een verpleegkundige benadrukt dat het vooral gaat om de *houding* ten opzichte van de eigen werkwijze: “Het gaat er denk ik niet zozeer om dat je echt alles weet, maar vooral dat je erachter moet komen hoe je iets moet aanpakken, met het beste voor de patiënt als gevolg.” (7). Een kritische houding betekent voor de verpleegkundigen ook het reflecteren op het eigen functioneren. Een verpleegkundige moet in het werk namelijk schakelen tussen verschillende situaties:

Op een gegeven moment kom je binnen bij de patiënt die dood gaat, die gaat dood, nou de familie helpen, het rouwproces begint, dan kun je geen grappen maken, dan moet je serieus zijn.. en dan kom je bijvoorbeeld bij die draaideurpatiënt en dan moet je toch weer je vrolijke zelf zijn terwijl je net iemand hebt zien sterven en al die familie hebt zien rouwen en doen...als je merkt dat het niet meer gaat, om dat dan aan te voelen, daar heeft iedereen nog steeds moeite mee, ik ook, dat maakt niet uit wie..om er toch over te gaan praten met iemand. (2)

Zoals eerder werd genoemd zijn verpleegkundigen geneigd om veel werk individueel te doen en vooral te denken vanuit het belang van de patiënt. Daardoor vergeten ze weleens om stil te staan bij in hoeverre ze zelf emotioneel in staat zijn om zorg te bieden. Dat komt naar voren in het citaat waar de verpleegkundige zegt dat iedereen er moeite mee heeft om te erkennen dat wat ze meemaken soms het functioneren beïnvloedt. Enerzijds is de sterke drive om voor de patiënt te zorgen een kracht van de

verpleegkundige, anderzijds een valkuil. Teveel focus op het belang van de patiënt en te weinig aandacht voor het eigen functioneren, kan juist afbreuk doen aan het doen van Goed Werk. Reflectie op het eigen functioneren, eventueel samen met collega's, lijkt belangrijk om Goed Werk te kunnen doen. Het valt op dat de verpleegkundigen zelf ook aangeven dat een kritische houding een aspect van Goed Werk is. Dit komt niet specifiek terug in de literatuur over Goed Werk, maar wordt wel genoemd in het spreken over de professional-nieuwe-stijl (Barnett, 1997; De Bruijn & Noordegraaf, 2010). De verpleegkundigen lijken wel kritisch naar zichzelf te willen en kunnen zijn, maar vinden het lastig om verantwoording af te leggen over het eigen functioneren en open te staan voor feedback. De kritische houding maakt de verpleegkundigen niet alleen kritisch naar het beleid van artsen, maar ook naar andere ontwikkelingen die van buiten komen. Een van die ontwikkelingen is de invoering en het werken met het JCI-model.

4.2 ONTWIKKELINGEN DIE HET WERK BEÏNVLOEDEN

Dit deel laat de context zien waarin het JCI-model is ingevoerd. Dit laat zien dat het werken met het JCI-model voor oudere verpleegkundigen een relatief kleine verandering is, omdat andere veranderingen die ze hebben meegemaakt als ingrijpender werden ervaren. Vervolgens wordt duidelijk dat de invoering van het JCI-model een reactie is op maatschappelijke ontwikkelingen die de eisen waar de zorg aan moet voldoen verhogen. Daarna worden ontwikkelingen op de afdeling Longziekten beschreven. Dit laat zien dat het verpleegkundig team de laatste jaren is verjongd. Ook lijken de verpleegkundigen individualistischer te werken dan een aantal jaren geleden. Dit laat zien dat de verpleegkundigen wel betrokkenheid *op* het werk willen, maar niet *bij* het werk. Deze vormen van betrokkenheid komen terug in het deel over de aanspreekcultuur op de afdeling. De verpleegkundigen spreken elkaar niet aan op werkafspraken en naleving van normen om de eigen autonomie te beschermen en omdat ze persoonlijk redelijk sterk op elkaar zijn betrokken.

Het bespreken van de context waarin het JCI-model is ingevoerd is van belang omdat dit helpt om te begrijpen in welke mate het JCI-model impact heeft op het werk van de verpleegkundigen.

4.2.1 VISIE OP VERANDERINGEN IN DE MAATSCHAPPIJ

De verpleegkundigen zien het JCI-model als één van de projecten die een verandering voor de werkzaamheden betekent. Het JCI-model heeft daardoor, vooral voor oudere verpleegkundigen, een relatief kleine impact op het werk ten opzichte van andere veranderingen. Zo noemt een ervaren verpleegkundige als voornaamste verandering in haar werkzaamheden dat de patiënt zelf meer meedenkt dan vroeger en veel weet door het internet:

Dat is denk ik de allergrootste verandering, dat wij als gezondheidsmedewerkers niet meer voor de patiënt denken, maar met de patiënt. Ik vind het prima, laat maar komen, laat ze het internet maar afstruinen, het is aan mij om uit te leggen als er iets niet klopt, en dat is dan weer die uitdaging. (1)

Naast deze verandering, die het gevolg is van 'beweeglijke' burgers die de dienstverlening steeds meer in eigen hand willen hebben (De Bruijn & Noordegraaf, 2010, Trappenburg, 2011), is ook de digitalisering in de zorg een belangrijke verandering: "Dat alles digitaal moest...dat je dan niet alles weet, niet op de juiste plek zet, dat vind ik een veel grotere verandering dan JCI." (8). De oudere verpleegkundige spreekt in het citaat over de invoering van een digitaal patiëntendossier, genaamd Ezis, dat in juni 2010 is ingevoerd in het ziekenhuis. Voor verpleegkundigen, zeker voor diegenen die al lang in de zorg werken, is dit een grote verandering: "In het werk is er echt ongelooflijk veel veranderd, allereerst al in documentatie, eerst had je een schriftje, daar schreef je een naam in en hoe iemand geslapen had en dan ging je door naar de volgende patiënt." (1). Een jongere verpleegkundige benoemt de invoering van Ezis ook als een grote verandering: "Ezis, is dat ook een organisatieverandering? Ik denk het wel, dat is wel een grote verandering geweest in ieder geval." (5). De digitalisering is een gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen. De samenleving en overheid stellen hogere kwaliteitseisen aan de dienstverlening (Noordegraaf & Sterrenburg, 2009) en vragen om transparantie over prestaties (Tummers, 2012: 144). Daarnaast zijn deze prestaties en waarden zoals efficiency en keuze voor de cliënt door de introductie van New Public Management de standaard geworden (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2004).

Toenemend belang van samenwerking met artsen

Deze toenemende druk van 'buiten' maakt ook de samenwerking met het medisch team belangrijker. Een reden hiervoor is: "Uiteindelijk is de arts eindverantwoordelijk, want hij heeft met de patiënt een behandelovereenkomst, dus hij blijft verantwoordelijk voor het hele gebeuren, maar het is wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid." (1). Een goede samenwerking met artsen is volgens Hertting et al (2004) ook van belang voor de dagelijkse werkmotivatie van de verpleegkundige. Verpleegkundigen hechten belang aan een gelijkwaardige relatie met artsen en goede samenwerking in

de behandeling van de patiënt. Dit laat zien dat het voor het verscherpen van het beeld van de motivatie van de verpleegkundigen van belang is om de samenwerking met artsen te belichten.

De samenwerking met de artsen wordt door de verpleegkundigen over het algemeen als goed ervaren: “Ook het contact met de artsen is altijd laagdrempelig geweest vond ik, vanaf het begin. Leuke sfeer met de arts-assistenten, zelfs met de supervisors, de echte longartsen.” (5). Enkele verpleegkundigen ervaren daarin wel verschillen. Een ervaren verpleegkundige zegt dat haar leeftijd het voor haar makkelijker maakt om lastige dingen aan te kaarten bij artsen: “Ik merk bij collega’s wel dat ze het lastig vinden om kwetsbare dingen of wat lastige dingen aan te kaarten. Ik heb dan gelukkig mijn leeftijd weer mee, dat is een voordeel.” (1). Een jongere verpleegkundige bevestigt de verschillen in ‘afstand’ tot de artsen:

Met de longartsen is het contact net iets minder, die staan net iets verder van de afdeling af, maar de assistenten ken je meestal ook wel aardig goed, je kent de privésituaties vaak en je weet op een gegeven moment werk je veel met ze, dus weet je hoe ze werken, wat ze denken, wat ze willen of ze van doorpakken houden of dat je juist achter hun reet aan moet zitten. (2)

Drie jongere verpleegkundigen geven aan dat het aanspreken van zaalartsen eenvoudiger gaat dan het aanspreken van oudere artsen, omdat zaalartsen vaak relatief jong zijn (Obs.1.2) en vaker op de afdeling zijn (Obs.2.2). Dit wordt bevestigd tijdens de observaties. De situatie doet zich voor dat de verpleegkundigen hun pasjes die onder meer toegang geven tot de medicijnkamer mee hebben gegeven aan een collega voor het halen van lunch.¹ Twee jongere verpleegkundigen kunnen daardoor de medicijnkamer niet in en zien dat een longarts die ook in de verpleegpost is nog wel een pas heeft, maar ze vragen niet om de pas. Even later komt een oudere verpleegkundige binnen met hetzelfde probleem en zij vraagt onbevangen de pas van de arts (Obs.4.1). Dit laat zien dat leeftijd en hiërarchie voor de jongere verpleegkundigen een belemmering kunnen vormen in het contact met artsen. De verpleegkundigen geven echter niet aan dat ze de samenwerking met de artsen als negatief ervaren. Zodoende lijkt dit de dagelijkse werkmotivatie van de verpleegkundigen niet negatief te beïnvloeden.

Gevolgen van toenemende complexiteit van zorg

Een andere ontwikkeling die de verpleegkundigen ervaren is toenemende complexiteit van zorg: “Ik denk dat de complexiteit wel toegenomen is hier...af en toe lijkt het hier net een medium care qua complexiteit.” (10). De toenemende complexiteit leidt tot een grotere informatiedruk:

Er is veel meer informatie die je moet opnemen en weten...en dat is tweeledig, aan de ene kant is het leuk dat we hier veel specialismen hebben op de afdeling, aan de andere kant is het zwaar, want bij de longtransplantaties verandert iets, daar moet je van op de hoogte zijn, maar dan verandert bij CF ook wat en dat is weer een ander protocol en moet je weer aan andere regeltjes voldoen. (11)

Dit zorgt ervoor dat verpleegkundigen: “Tegenwoordig natuurlijk ook heel veel met minder tijd moeten doen, je moet veel harder werken, je moet sneller door...je moet veel meer achter de computer zitten dan bij de patiënt.” (6). De druk op de verpleegkundigen lijkt dus groter te zijn geworden gedurende de laatste twee decennia. De Bruijn en Noordegraaf (2010) leggen een verband tussen twee ontwikkelingen die in deze paragraaf zijn besproken. De complexiteit van de problematiek is toegenomen waardoor professionals meer samen moeten werken om deze op te lossen. Verpleegkundigen moeten daardoor minder gericht zijn op de eigen specialisatie en autonomie, maar meer op samenwerking.

Vastgesteld kan worden dat het werk van de verpleegkundigen door externe ontwikkelingen verandert. De invoering van het JCI-model is hier een uitvloeisel van. Voordat daar aandacht aan wordt besteed, wordt een beeld geschetst van *interne* ontwikkelingen op de afdeling Longziekten die het werk beïnvloeden.

¹ Verpleegkundigen hebben een identificatiepas die tevens wordt gebruikt als toegangspas voor de medicijnkamer en als betaalpas in het personeelsrestaurant.

4.2.2 VERANDERINGEN IN HET TEAM

Twee veranderingen in het team lijken het werk en de motivatie van de verpleegkundigen te beïnvloeden. In de eerste plaats is het team ‘verjongd’, waardoor ervaring soms wordt gemist. In de tweede plaats ziet een deel van de verpleegkundigen dat er de laatste jaren steeds individualistischer wordt gewerkt. Deze twee ontwikkelingen blijken een spanning te bevatten voor de motivatie van de verpleegkundigen. Enerzijds kan betrokkenheid *op* het werk bijdragen aan de motivatie, maar betrokkenheid *bij* het werk kan er juist negatief op inwerken.

Verjonging van het verpleegkundig team

Tijdens de observaties geven twee verpleegkundigen aan dat er de laatste jaren veel ervaren verpleegkundigen zijn vertrokken. Dit vinden ze niet zo erg, maar ze missen daardoor weleens ervaring. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat drie jonge en onervaren verpleegkundigen gezamenlijk nachtdienst hebben terwijl er veel longtransplantatiepatiënten liggen die specialistische zorg nodig hebben. Op die momenten missen ze ervaren krachten (Obs.1.3). Enkele verpleegkundigen die een paar jaar werkervaring hebben zeggen hierover: “Qua personeel is er heel veel ervaren personeel weggegaan en dat merk je wel in de kennis op de afdeling.” (3) en een andere ziet de verjonging terug in wat beginnende verpleegkundigen tegenwoordig mogen, en wat zij zelf mocht als beginnende verpleegkundige:

Toen ik hier net kwam waren er echt veel senior-verpleegkundigen en transplantatie-verpleegkundigen. Nieuwe verpleegkundigen werden bijvoorbeeld niet op transplantatiepatiënten gezet en nu zijn echt heel veel ervaren krachten weg en degenen die nu hier zijn die mogen daar al wel staan. (4)

Niet alleen jongere, maar ook oudere verpleegkundigen zien nadelen van de verjonging: “Soms denk ik jeetje, waar is het arbeidsethos gebleven...maar het zit ook in de aard van het beestje, je hebt ook jonkies die enorm betrokken zijn.” (8) en een andere ervaren verpleegkundige: “Ik heb nu al twee keer zo'n hele grote leegloop meegemaakt..dat er wel heel veel kwaliteit weggaat...dat er vijf weggaan en dan komen vijf jonkies terug en die moeten dan wel helemaal ingewerkt worden. (10)”. Ook enkele verpleegkundigen met minder dan vier jaar werkervaring merken door de recente verjonging de werkcultuur op de afdeling verandert: “Bijvoorbeeld met die afdelingsregels, die worden dan niet echt nageleefd terwijl vroeger iedereen dan gewoon echt... maar er kwamen zoveel wisselingen en nieuwe mensen dat het niet helemaal goed is overgekomen en dat er dingen niet werden gedaan.” (4) en een andere verpleegkundige beschrijft de ontwikkeling vanaf het moment dat ervaren krachten vertrokken:

Dat merk je echt in het team, daardoor is het team véél jonger geworden. De ervaring, die was natuurlijk ook echt wel weg en ik denk dat dat ook echt wel een verschuiving is geweest in het team, waardoor de cultuur in mijn ogen wel veranderd is. Ik vond toen ik hier net werkte het een stuk gedisciplineerder...gewoon kleine dingen die niet gedaan worden, maar ook mensen er niet op aanspreken. (5)

De verpleegkundigen zien dat door verloop in het team de cultuur verandert. Dit sluit aan bij Morgan (2006) die stelt dat cultuur geconstrueerd wordt door mensen, dus als de samenstelling van de groep verandert, zal ook de cultuur veranderen. Het vertrek van ervaren collega's lijkt gevolgen te hebben voor de continuïteit en kwaliteit van zorg. Sommige jonge verpleegkundigen lijken minder gedisciplineerd te werken en ervaring wordt in bepaalde situaties gemist.

De verjonging van het team heeft niet alleen nadelen, maar ook voordelen, zoals diversiteit en de nieuwe en frisse blik van jonge verpleegkundigen. Een verpleegkundige noemt als voordeel van de jonge verpleegkundigen: “Ze denken wat minder in hokjes en van 'we doen het al jaren zo' en de wat oudere verpleegkundigen die houden vast aan wat gebruikelijk is.” (9). Een ervaren verpleegkundige zegt over de verjonging van het team: “Gelukkig blijven de ouderen ook nog, want daar heb je dan natuurlijk ook wat mee opgebouwd, maar ik vind het heel leuk, een heel divers team.” (10). Enerzijds

zijn er dus voordelen aan de ‘verjonging’ op de afdeling, anderzijds zijn er nadelen zoals de beweging dat verpleegkundigen elkaar weinig aanspreken op het nakomen werkafspraken.

Individualistischer werken

In samenhang met de verjonging van het team geven de verpleegkundigen aan dat men individualistischer werkt dan enkele jaren geleden:

Vroeger was het zo als je een dagdienst had...dan zorgde je wel dat je met z'n allen om half 11 aan de koffie zat of om 11 uur, en lukte dat iemand niet, dan ging je hem helpen. Nu is het allemaal een beetje je eigen patiënt en met je computer natuurlijk ben je sowieso al wat meer afgeschermd. Het is allemaal wat individualistischer geworden, iedereen werkt voor zich. (10)

Ik denk dat wij soms wat individualistisch kunnen werken...op de vorige afdeling waar ik werkte hadden we echt altijd maatjes, waarbij we van een aantal patiënten samen de zorg coördineerden, maar dat je toch als er dingen zijn die je niet kent, dan is er altijd iemand waarmee je dat samen kunt doen en dat houdt elkaar wel scherp denk ik. (7)

Een andere verpleegkundige geeft aan dat het individualistischer werken komt doordat de verpleegkundigen zich alleen op de eigen patiënten richten: “Dat we ons allemaal echt op onze eigen kamers richten, dat we best niet heel collegiaal zijn..dat zeggen we allemaal wel, maar dat zijn we niet echt. Ik ken het ook anders.” (4). De individualistische wijze van werken is opmerkelijk omdat het juist voor een team van verpleegkundigen belangrijk is om samen te werken. Een ervaren verpleegkundige verwoordt hoe zij samenwerking als team ziet: “Je bent een team dus je moet het wel met elkaar zien te redden. Het is onzin dat één iemand het ontzettend druk heeft en de anderen zitten allemaal lekker koffie te drinken.” (10). Een andere verpleegkundige wijst erop dat *overleggen* belangrijk is voor het bieden van goede zorg, maar dat jong gediplomeerden geneigd zijn om veel zelf te doen:

Ik denk ook dat sommige mensen, misschien zelfs wel jong gediplomeerden, geneigd zijn om alles te willen kunnen en daardoor misschien wel te laat iets ter discussie stellen, dat je gewoon zelf aan de slag gaat maar dat je er later achterkomt dat het handig was om wel te overleggen met iemand. (7)

In het bovenstaande deel lijkt een opmerkelijke spanning op te treden. De verpleegkundigen geven aan dat men de laatste jaren op de afdeling individualistischer is gaan werken, terwijl ze zeggen dat samenwerking juist belangrijk is. Daarnaast wordt goede samenwerking tussen verpleegkundigen genoemd als een factor die de motivatie van verpleegkundigen positief kan beïnvloeden (Hertting et al., 2004; Koivula et al., 1998) Deze spanning is ook opmerkelijk in het kader van brede ontwikkelingen in de samenleving en de invoering van het JCI-model die verpleegkundigen dwingen tot meer en betere samenwerking (Leistikow, 2010; Noordegraaf & De Bruijn, 2010). Een aspect dat deze spanning mogelijk kan verklaren is de mate waarin de verpleegkundigen op elkaar zijn betrokken *bij* en *op* het werk. Enkele verpleegkundigen zien namelijk dat collega's op privégebied *op* elkaar betrokken zijn, maar soms wat teveel: “We zijn zeker heel betrokken op elkaar, soms een beetje te..je bent hier aan het werk en we zijn hier geen maatschappelijke werkers met z'n allen gewoon maar ieders problemen te bespreken.” (12) en “Soms denk ik dat iedereen teveel in vrije tijd met elkaar omgaat, ik bedoel bijvoorbeeld met elkaar uit eten of koffie drinken met elkaar. Ja, natuurlijk mag het, maar soms denk ik wel dat het ten koste gaat van elkaar aanspreken.” (3). Het citaat van respondent 7 laat zien dat de verpleegkundigen het liefst hun werkzaamheden uit lijken te voeren zonder veel betrokkenheid van collega's. De twee laatste citaten laten zien dat die betrokkenheid niet alleen de uitvoering van de taken zelf omvat, maar ook betrokkenheid in de zin van praten over elkaars werk of elkaar aanspreken op hoe men handelt.

Enerzijds lijken de verpleegkundigen dus niet teveel betrokkenheid te willen *bij* het werk, maar wel persoonlijke betrokkenheid *op* het werk. Hier lijkt een spanning op te treden tussen twee factoren die beiden positief bij kunnen dragen aan de motivatie van verpleegkundigen. Enerzijds hebben verpleegkundigen behoefte aan sociale ondersteuning (Tummers et al., 2002; 2003) en sociale contacten (Janssen et al., 1999), anderzijds hechten verpleegkundigen ook veel waarde aan een hoge

autonomie bij het nemen van beslissingen (Janssen et al., 1999; McCloskey, 1990; Tummers et al., 2002; 2006; Van den Berg et al., 2006). Ze willen terug kunnen vallen op elkaar, maar willen niet dat anderen zich mengen in hun autonomie in het nemen van beslissingen. Deze spanning is van betekenis voor de inwerking van het JCI-model op de motivatie van de verpleegkundigen. Het JCI-model kan ervaren worden als iets ‘van buiten’ dat inbreuk maakt op de autonomie. Daarnaast betekent het werken met het JCI-model dat van de verpleegkundigen verwacht wordt dat ze elkaar aanspreken op naleving van de normen. Dit betekent aantasting van de autonomie en dat wordt door professionals in het algemeen als lastig ervaren.

4.2.3 AANSPREKEN ALS AANTASTING VAN AUTONOMIE

Dit deel over de aanspreekcultuur laat zien dat er bij de verpleegkundigen een sterke overlap is tussen de professionele rol en de persoon. Dat is een verklaring voor de spanning tussen enerzijds gewenste betrokkenheid bij de persoon en anderzijds ongewenste betrokkenheid bij het werken in de professionele rol.

De voorgaande paragraaf laat zien dat de persoonlijke betrokkenheid op het werk ten koste lijkt te gaan van het elkaar aanspreken op werkafspraken. Dit is een onderwerp dat leeft op de afdeling: “Ik denk dat het allemaal wel gevoelig ligt, omdat hier sowieso niet veel wordt aangesproken.” (5) en “Misschien zijn we wel wat te soft hoor, dat we elkaar te weinig aanspreken..tenminste dat is dan de klacht altijd, dat we elkaar te weinig aanspreken op dingen die niet goed gaan.” (8). De verpleegkundigen geven als knelpunt bij het aanspreken aan: “Je ziet elkaar wat minder door wisselende diensten...je komt uit de nachtdienst en je ziet iets, maar dan ben je weer een week verder voordat je de persoon die het betref ziet en dan ben je het weer kwijt.” (1) en “Omdat je onregelmatig werkt zie je elkaar niet zo vaak...en daarna weet ik sowieso de situatie niet meer en de collega heeft ook zoiets van nou het is allang geleden dus laat maar.” (11). Het voorgaande laat zien dat verpleegkundigen elkaar niet zo snel en niet zo vaak aanspreken op werkafspraken. Dit betekent ook dat men geneigd is om elkaar niet aan te spreken op naleving van de JCI-normen. De verpleegkundigen zien echter wel het belang van het elkaar aanspreken in: “Op een gegeven moment doe je heel veel dingen uit automatische piloot en als je dan alert wordt gemaakt door andere mensen dan triggert dat je wel weer.” (3) en de normen van het JCI-model maken het voor sommigen eenvoudiger om aan te spreken. Zo geeft een verpleegkundige aan dat ze bij aanspreken weleens refereert aan JCI: “Ik zeg weleens van dat is niet JCI proof hè” (10) en:

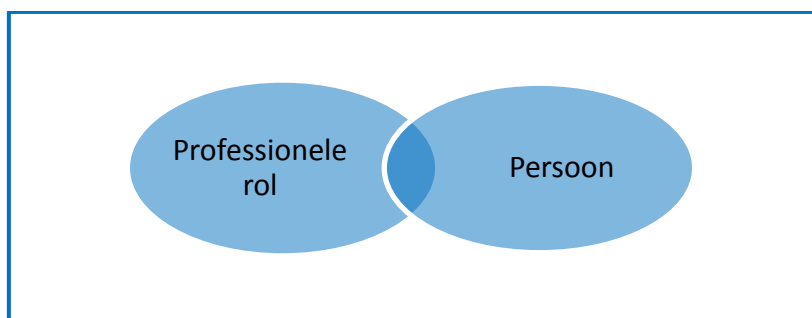
Ik denk dat het het wel makkelijker maakt, omdat je weet dat het uit de JCI komt, dat je kan spreken vanuit de JCI gezien mogen die oorbellen niet zo groot zijn, in plaats van dat je zegt van 'ik vind dat het niet kan', terwijl dat natuurlijk ook zo is, dat je het niet vindt kunnen, maar dat terzijde. (5)

De verpleegkundigen zien het belang van elkaar aanspreken in en spreken elkaar in sommige gevallen ook daadwerkelijk aan, maar over het algemeen vinden ze het lastig om iemand direct aan te spreken. Een verpleegkundige noemt een voordeel van direct aanspreken: “Als ik jou iedere dag zeg dat je iets vergeten bent dan ga je het vanzelf wel doen, want dan denk je van goh daar komt ze weer aan...of omdat je het een keer hoort en dat vervelend vindt en denkt van ik verbeter mezelf.” (5). Verpleegkundigen lijken echter verschillende hindernissen te ervaren die hen beletten om een collega aan te spreken: *karakter van de verpleegkundige, leeftijd en ervaring, eigen normnaleving en persoonlijke band met de betreffende collega*. Tijdens de observaties geeft een verpleegkundige aan dat het volgens haar voor oudere collega’s lastig is om anderen aan te spreken omdat ‘ze het minder gewend zijn, maar ook omdat het niet in het karakter zit’ (Obs.3.2). Anderzijds maken leeftijd en meer ervaring het volgens een aantal verpleegkundigen wel makkelijker om iemand aan te spreken. Zo zegt een jongere verpleegkundige: “Ervaren collega's die hier al jaren werken die spreken iemand makkelijker aan die hier een jaar werkt, dan vice versa, dus iemand die een jaar werkt die iemand aanspreekt van 13 jaar ervaring.” (3).

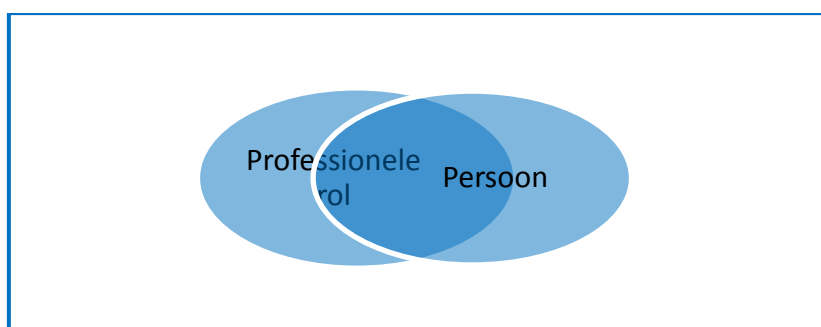
Een oudere verpleegkundige zegt over het aanspreken door jongere verpleegkundigen: “Ik vraag me af in hoeverre ze het soms ook durven. Ze zullen wel denken van jij zal het wel weten..ja ik weet ook niet alles hoor. Dat zeg ik ook altijd. Sommigen doen het wel hoor, maar niet allemaal.” (6). De derde hindernis is de eigen normnaleving. Tijdens het observeren geeft een verpleegkundige aan waarom aanspreken zou moeten en ook waarom de verpleegkundige het zelf niet doet: ‘Ik moet er eigenlijk wat van zeggen, anders weet die ander niet dat het niet goed is, dus kan hij niks veranderen...maar dat doe ik niet, je moet flexibel zijn en iedereen ziet het anders.’ (Obs.1.5). Een van de leidinggevendenden zegt hierover dat verpleegkundigen vaak bij de leidinggevendenden komen als ze ontevreden zijn over een collega, bijvoorbeeld als ze een kamer aantreffen die niet is opgeruimd door een collega. De verpleegkundigen accepteren dit meestal van elkaar en denken dan vaak ‘die ander zal daar wel geen tijd voor hebben gehad’. Verpleegkundigen vullen dus voor anderen in waarom ze iets niet doen, waardoor er weinig wordt geconfronteerd. Aanspreken vinden ze lastig om het vaak persoonlijk wordt opgevat. Daarnaast hebben ze volgens de leidinggevende misschien zoets van ‘als ik nu wat zeg, dan spreken ze mij de volgende keer aan als ik iets niet goed doe’ (Obs.1.6). Een verpleegkundige zegt hierover dat ze het fijn vindt dat mensen haar aardig vinden en dit haar kan beletten bij het aanspreken van andere verpleegkundigen:

Ik ben ook wel een persoon die het fijn vindt dat mensen me aardig vinden, dus dan zou ik bang zijn ook dat als ik iemand aanspreek dat ie denkt van trut, zoek het uit...ik zeg dan wel van wat het niet persoonlijk op, maar ik denk wel in m’n achterhoofd van als ze me maar nog aardig vinden als ik nu iets zeg. (12)

De verpleegkundigen lijken moeite te hebben om de professionele rol en de persoon te scheiden. Het aanspreken en feedback ontvangen van patiënten is voor de meeste verpleegkundigen geen probleem. Dit kan verklaard worden doordat een verpleegkundige ten opzichte van de patiënt vooral in haar professionele rol als verpleegkundige zit. Ten opzichte van de collega’s is er meer overlap tussen de professionele rol en de persoon, waardoor men een collega minder snel aanspreekt dan een patiënt. Zie voor een beeldende weergave van de overlap tussen de rollen model 4.1 en 4.2. Feedback van een patiënt wordt vooral opgevat vanuit de professionele rol als verpleegkundige. Een reactie van een collega in de vorm van het aanspreken op normen en werkafspraken raakt meer aan de persoon dan aan de professionele rol als verpleegkundige.



Model 4.1: professionele rol en persoon ten opzichte van patiënt



Model 4.2: professionele rol en persoon ten opzichte van collega’s

Enkele verpleegkundigen onderkennen het onderscheid tussen de professionele rol en de persoon: “Het wordt snel persoonlijk opgevat en dat is niet altijd nodig want je bent hier in de rol van verpleegkundige en daar spreek ik jou op aan en niet als moeder, vrouw, vriendin..dat vind ik wel degelijk een verschil.” (12) en “Het is gewoon heel moeilijk om feedback te geven...dat je het niet persoonlijk maakt, dat is het lastige.” (10). Naast het onderscheid tussen rol en persoon speelt de timing en de wijze waarop men aanspreekt een rol: “Als je gewoon echt iets met iemand wilt bespreken en je doet dat op een rustige plek, dan denk ik dat heel veel collega's hier open voor staan.” (7) en een andere verpleegkundige zegt dat feedback geaccepteerd wordt als je het op de juiste manier brengt: “Punt één is hoe breng je het, punt twee is aan welke collega, maar over het algemeen wel goed, als jij op correcte manier je feedback geeft dan wordt dat ook aanvaard.” (2).

Deze paragraaf laat zien dat verpleegkundigen geneigd zijn om elkaar niet aan te spreken op werkafspraken en op naleving van normen. Dit komt terug in de literatuur over professionals. Ze zijn geneigd elkaar niet aan te spreken om zodoende hun autonomie te maximaliseren (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Johns, 1990). Dit heeft verschillende oorzaken. De verpleegkundigen lijken persoonlijk teveel op elkaar betrokken en vinden het belangrijk om aardig gevonden te worden. Zelf noemen de meeste verpleegkundigen andere argumenten om niet aan te spreken, zoals dat men elkaar door wisselende diensten niet ziet. De verpleegkundigen lijken moeite te hebben om de professionele rol en de persoon te scheiden. Persoonlijk zijn ze op elkaar betrokken, maar daardoor spreken ze elkaar weinig aan op het handelen in de professionele rol. Dit sluit aan bij de bevinding dat de verpleegkundigen enerzijds behoefte hebben aan persoonlijke betrokkenheid, maar niet willen dat anderen zich mengen in hun autonomie bij het nemen van beslissingen.

Dit beeld van deze cultuur van aanspreken is van belang voor de bespreking van de inwerking van het JCI-model op de motivatie van de verpleegkundigen. De verpleegkundigen lijken de autonomie te willen beschermen en het JCI-model kan hiermee conflicteren. De volgende paragraaf laat de spanning zien tussen het JCI-model en de waarden van de verpleegkundigen.

4.3 HET JCI-MODEL BEZIEN VANUIT DE VERPLEEGKUNDIGEN

Dit deel laat zien welk beeld de verpleegkundigen van het JCI-model hebben en hoe ze de invoering en het werken met het model ervaren. Duidelijk wordt dat waarden van de verpleegkundige als professional botsen met uitgangspunten van het JCI-model. Enerzijds onderschrijven de verpleegkundigen de doelen van het model, maar het werken ermee moet niet teveel extra tijd kosten. De verpleegkundigen leven de normen na, maar niet *strikt* en niet *altijd*. Dit komt mede doordat niet-naleving van normen weinig gevolgen lijkt te hebben, waardoor de verpleegkundigen het JCI-model relatief ver van zich af kunnen houden. Dit deel laat zien dat ook de aanspreekcultuur en de werking van de tracer-methodiek de naleving van de normen nauwelijks lijken te versterken.

4.3.1 HET WAAROM VAN HET JCI-MODEL: HET DOEL ONDERSCHREVEN

Dit deel laat zien wat de verpleegkundigen vinden van het ‘waarom’ en de doelen van het JCI-model. Duidelijk wordt dat ze het doel van het JCI-model begrijpen, maar het model roept ook de associatie van controle op. Een deel van de verpleegkundigen lijkt goed op de hoogte te zijn van wat het JCI-model inhoudt, maar de meesten hebben er weinig interesse in.

Het JCI-model zoals het moet zijn

In de inleiding is aandacht besteed aan het JCI-model. Eenvoudig gezegd wordt het model gehanteerd om kwaliteit van zorg te promoten en de kans op het maken van fouten in de zorgverlening te minimaliseren. Voor de toepassing van de normen betekent dit dat er in de eerste plaats eenvoudig weg aan voldaan moet worden. De accreditatie wordt namelijk toegekend aan de hand van toetsing in hoeverre het ziekenhuis aan de normen voldoet. In de tweede plaats is het voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid van belang dat de verpleegkundigen de normen die voor hen van toepassing zijn goed interpreteren, internaliseren en van daaruit gaan handelen. De verpleegkundigen zijn namelijk de ‘instrumenten’ die kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid voortbrengen, niet de normen zelf.

Het JCI-model als controle en het voorkomen van fouten

Het doel van het JCI-model is voor de meeste verpleegkundigen helder: “Kwaliteitsgericht en veiligheidsgericht voor de patiënt, maar ook voor onszelf.” (3) en “Neuzen dezelfde kant weer op. Iedereen staat ergens heen met z’n neusje en het is wel belangrijk dat je met elkaar hetzelfde doel nastreeft.” (9). Deze kwaliteitsgerichte en veiligheidsgerichte benadering en het streven naar uniformiteit binnen het ziekenhuis is bedoeld om:

Calamiteiten met patiënten verminderen, dat is toch je geld en je werk. Ik bedoel voor ons is het werk en voor het ziekenhuis geld. Hoe minder fouten worden gemaakt, hoe beter de ervaringen van de patiënt met het ziekenhuis, hoe liever ze terug willen komen dus hoe meer geld ze kunnen verdienen. (2)

Het valt op dat enkele verpleegkundigen inzien welke belangen schuilgaan achter het binnenhalen van de accreditatie. Het gaat om betere zorg en patiëntveiligheid, maar ook om een betere positie van het ziekenhuis op de zorgmarkt. Een tweede doel van JCI is volgens de verpleegkundigen meting en controle: “Ik denk het doel is dat je volgens bepaalde richtlijnen ergens aan gekwalificeerd kan worden, dat is het doel van JCI.” (11) en “Controle, controle, controle...uiteindelijk is je doel gewoon dat er geen missers plaatsvinden, de missers zijn vooral op medicijngebied. Dat er steeds meer controle is, dat is natuurlijk gewenst.” (8). De verpleegkundigen begrijpen blijkbaar het doel, maar uit het laatste citaat blijkt ook dat JCI de associatie van ‘controle’ oproept.

Hoe het begon: wisselende betrokkenheid

De verpleegkundigen zijn wisselend op de hoogte van wat de JCI is. Enkelen kunnen precies beschrijven wat de JCI is: “Dat het de Joint Commission International is...ik kan nog meer vertellen hoor, maar ik denk niet dat je erop zit te wachten. Het is mij duidelijk wat JCI is ja.” (5). Anderen hebben daar meer moeite mee: “Je hoort iets van nou ja ze willen een nieuwe kwaliteitsbeoordeling hebben, hoe heet het ook alweer..een oorkonde..een kwaliteits.” (3) en “Ik werk drie dagen dus ben

niet zo ingelezen in al die rompslomp, wat ik begrepen heb is dat JCI komt uit Amerika en het ziekenhuis wil daaraan voldoen, het is een of andere richtlijn en dat is allemaal fantastisch.” (11). De laatste twee citaten laten zien dat niet alle verpleegkundigen zich betrokken voelen bij de JCI en ook beperkt op de hoogte zijn van wat het JCI-model inhoudt en voor hen betekent. In het laatste citaat wordt dit onder meer duidelijk door de cynische wijze waarop de respondent de JCI omschrijft als ‘dat is allemaal fantastisch’. Dit brengt ons bij het volgende punt.

(Des)interesse

De mate van interesse in JCI onder verpleegkundigen verschilt. Tijdens de observaties valt op dat er nauwelijks wordt gesproken over het JCI-model, verpleegkundigen elkaar weinig aanspreken en ook niet goed op de hoogte zijn van de normen. Tevens ontstaat de indruk dat er onder de verpleegkundigen geen mentaliteit heerst van ‘Yes dit is goed, hier gaan we ons voor inzetten’ (Obs.4.2). Een aantal verpleegkundigen weet goed waar informatie te vinden is over wat JCI inhoudt: “Je kunt alle JCI dingen vinden op scoop, dat is een apart kader JCI. Daar kun je alles vinden wat er is. Dus het is maar net hoe geïnteresseerd ben je om ernaar te kijken.” (8) en “Als je kijkt hoe dik dat JCI boek is..dan staat er natuurlijk ontzettend veel in, dus in hoeverre je dus echt alle normen moet weten...maar dat je de thema's die belangrijk zijn voor de afdeling, die moet je denk ik wel kunnen benoemen.” (7). Anderen zijn niet goed op de hoogte van de JCI:

Ik durf het je niet te zeggen, zo goed ben ik ook niet in de JCI thuis...dat het me niet heel erg interesseert. Dat is niet mijn nummer 1 prioriteit als ik ga werken, om alles volgens JCI te gaan doen. En je bent er de laatste tijd wel wat bewuster van, dus dan wen je er ook wel aan, maar om dan als die nieuwsbrieven en alles te gaan lezen, nee dat is niet mijn eerste ding als ik lekker aan het werk ben. (4)

De mate waarin de verpleegkundigen geïnteresseerd zijn in JCI en zich erin verdiepen hangt samen met hoe ze het werken met het JCI model ervaren.

Meerwaarde JCI: niet teveel extra werk en wat al gedaan wordt verbeteren

Een deel van de verpleegkundigen ziet het nut van het werken met het JCI-model niet echt in: “Ik vraag me af of er echt zoveel fouten worden gemaakt met medicijnen.” (4) en “Het is een heel mooi plaatje voor naar buiten toe, voor de buitenwereld, maar ja..en verder.” (6). Een aantal verpleegkundigen ervaart het werken met het JCI-model als een verandering, anderen zien het werken met het JCI-model als een aanscherping van bestaande normen: “Ik vind het heel goed...en ik vind het niets gek wat ze vragen, het zijn eigenlijk basale dingen natuurlijk, patiënten kunnen identificeren en dat soort dingen.” (5) en “Dat vind ik wel echt een goede bewustwording. Is het echt een verandering? We moesten het al doen, maar iedereen is nu wel bewuster ermee bezig.” (4). Een aantal verpleegkundigen lijken het als aanscherping te zien en zien daar ook het nut van in: “Je moet alles gewoon veel meer en duidelijker opschrijven, maar daar had ik daarvoor ook niet echt problemen mee...het is een refreshment, een wake-up call.” (9). Een andere verpleegkundige zegt over het JCI-model:

Ik denk niet dat het goed zou zijn als het helemaal als nieuw op afdelingen terechtkomt...ik denk dat collega's het ook belangrijk vinden dat het past in het werk en dat het niet heel veel extra werk moet opleveren, het moet versterken wat je al doet, wat je doet beter maken. (7)

In het laatste citaat wordt kernachtig verwoord hoe het JCI-model volgens de verpleegkundigen zou moeten werken: het moet niet teveel extra werk opleveren en versterken wat je al doet. Dit is typerend voor de houding van professionals ten opzichte van veranderingen. De volgende paragraaf laat zien welke voordelen en knelpuntend de verpleegkundigen ervaren bij het werken met het JCI-model. Dit bepaalt mede hoe het werken met het model inwerkt op hun motivatie.

4.3.2 HET WAT VAN HET JCI MODEL: VOORDELEN EN KNELPUNTEN

In dit deel wordt het ‘*wat*’ van het model besproken, dus wat de verpleegkundigen van het JCI- model als middel tot kwaliteits- en veiligheidverbetering vinden. Voordelen die de verpleegkundigen noemen

zijn dat het JCI-model een verfrissing is van wat ze al moesten doen, het voor uniformiteit in het ziekenhuis zorgt en dat de normen houvast geven in het werk en bijdragen aan het aanspreken van collega's. Nadelen die genoemd worden betreffen zowel de invoering als het werken met het model. Knelpunten die de verpleegkundigen hierbij ervaren zijn tijd, kosten en hoeveelheid en snelheid.

Voordelen: verfrissing, uniformiteit en aanspreken

Zoals in het vorige deel al werd aangestipt, zien verpleegkundigen verfrissing van 'wat al moest' en het aanbrengen van uniformiteit binnen het ziekenhuis als twee voordelen van het werken met het JCI-model. Twee verpleegkundigen zeggen hierover: "Het legt wel dingen bloot dat je denkt van heel goed, daar heb ik helemaal geen erg in, dus laat maar komen." (1) en "Dat hoefde nooit..het hoefde nooit? Het werd nooit gedaan, laat ik het zo zeggen, en dat wil niet zeggen dat het niet moest, maar dat het niet goed nageleefd werd, dus dat is zeker wel veranderd, absoluut." (12). Uit dit laatste citaat blijkt dat enkele verpleegkundigen ook al resultaat zien van het werken met het JCI-model. Dit werkt mogelijk positief mee aan de perceptie die verpleegkundigen hebben van het JCI-model. Een tweede voordeel is het aanbrengen van uniformiteit in het hele ziekenhuis: "We zijn natuurlijk wel een ziekenhuis, maar met heel veel verschillende eilandjes, verschillende divisies, eigenlijk verschillende bedrijven in één, door dezelfde normen te hanteren dat je de kwaliteit over het hele ziekenhuis kunt optimaliseren." (7). Een derde voordeel van het werken met het JCI-model, dat ook terugkomt in de literatuur (Hameeteman, 2009; Johns, 1990; Singleton & Nails, 1984), is dat normen houvast geven voor hoe iets wel en niet moet. Dit helpt de verpleegkundigen bij het aanspreken op naleving van normen en werkafspraken: "Dat is ook goed van JCI, tegenwoordig moeten ze bespreken en beleid maken, maar dat is heel lang nergens geweest...dat ze gewoon niet hun verantwoording namen, maar tegenwoordig moet het van JCI, dan wordt ze ook gewoon aangesproken en dat vind ik heerlijk." (8) en "Ik ervaar best wel veel voordelen van de JCI en ik krijg daardoor ook wel meer dat mensen elkaar wat meer gaan aanspreken van jongens, JCI." (9). Het aanspreken is op de afdeling Longziekten een aandachtspunt, maar ook breder in de zorg (Bremer et al., 2006; Maseland, 2013). Het JCI-model lijkt door de heldere normen bij te kunnen dragen aan het beter aanspreken op werkafspraken en normnaleving onder zorgverleners.

Knelpunten: botsende logica's

Verpleegkundigen ervaren hoofdzakelijk drie knelpunten bij de invoering en het werken met het JCI-model. Deze zijn in schema 4.3 weergegeven. Deze zorgen voor verschillende spanningen waarin de logica van de verpleegkundige botst met die van het JCI-model.

Knelpunt	Invoering	Werken met normen
Tijd	Internaliseren: tijd is nodig om normen te internaliseren	Handelingen: normen vereisen extra handelingen, dit kost tijd
<i>Spanning</i>	<i>Te weinig tijd voor internaliseren normen vermindert kans op naleving</i>	<i>Tijd voor extra handelingen gaat ten koste van tijd voor de patiënt</i>
Kosten	Rendabel: JCI is een grote investering, wat is het resultaat (voor de patiënt)?	Verspilling: normen zorgen ervoor dat veel (ongebruikte) materialen weg worden gegooid
<i>Spanning</i>	<i>Bezuinigingen in de zorg versus JCI als geldverslindend project</i>	<i>Kosten-baten: normen zorgen eerder voor verspilling dan besparing</i>
Hoeveelheid en snelheid	Invoering: hoeveelheid regels groot en snelheid invoering hoog	Informatie: doorgaande stroom veranderende normen zorgt voor aanhoudende informatiedruk
<i>Spanning</i>	<i>Snelheid lijkt te gaan voor kwaliteit van invoering</i>	<i>Veranderende kaders maken verpleegkundigen onzeker</i>

Schema 4.3: knelpunten bij de invoering en het werken met het JCI-model

1. Tijd: de spanningsvolle relatie tussen tijd aan het bed en veiligheid

De verpleegkundigen zien het knelpunt 'tijd' op twee manieren. In de eerste plaats is *tijd* nodig om de normen van het JCI model goed te internaliseren. De verpleegkundigen ervaren dat deze tijd er onvoldoende is, zoals ook bij knelpunt drie over hoeveelheid en snelheid wordt uitgewerkt. Dit zorgt ervoor dat de verpleegkundigen onvoldoende tijd hebben om de normen in te passen in hun werkwijze. Een verpleegkundige zegt dat het uitgangspunt moet zijn dat alles wat geïmplementeerd wordt, goed geïmplementeerd moet zijn voordat iets nieuws ingevoerd wordt: "Alles wat we moeten implementeren, implementeren we goed, alles zit er goed in bij iedereen, dat het een werkafspraak wordt." (2).

In de tweede plaats speelt het aspect *tijd* een rol voor de verpleegkundigen in het werken met het JCI-model. Hierbij is sprake van een botsing tussen de logica van de verpleegkundige, de patiënt op de eerste plaats, en de logica van het JCI-model, zorgvuldigheid en veiligheid op de eerste plaats. Verpleegkundigen begrijpen de noodzaak van extra handelingen: "Ik denk dat dat ten gunste van veiligheid mag, dat is prima, ja dat mag, het zal wel extra tijd gaan kosten, zeker." (1). Anderzijds zien de verpleegkundigen dat volledige naleving van de normen zoveel tijd kost dat het onwerkbaar is: "Dan denk ik van ja als er inderdaad echt allemaal zo..zo moeten doen als JCI het wil, dan denk ik dat je uren bezig bent, niet alleen individueel, maar ook bij de patiënt." (5). Voor de meeste verpleegkundigen geldt dat ze de tijd liever investeren in patiëntencontact dan in het volledig naleven van de normen van het JCI-model: "Ik vind het voor mezelf veel extra werk dat ik niet aan de patiënt kan geven." (11). In het voorgaande komt naar voren dat het aspect tijd raakt aan de basismotivatie van de verpleegkundigen die in de kern voor anderen willen zorgen (Moody & Pesut, 2006). Het contact met de patiënt maakt het werk voor de verpleegkundigen betekenisvol en dat motiveert hen (Hertting et al., 2004). Tekort aan tijd door strengere eisen is volgens Miller (2006) ook een obstakel in het leveren van Goed Werk en kan zodoende de motivatie van de verpleegkundigen negatief beïnvloeden.

2. Kosten: de meerwaarde van investeren

Verpleegkundigen ervaren bij de invoering en het werken met het JCI-model een botsing tussen enerzijds de ogenschijnlijk grote hoeveelheid geld die geïnvesteerd wordt in het model en anderzijds de bezuinigingen waarmee de zorg wordt geconfronteerd. Twee verpleegkundigen benoemen dit:

Als ik de posters voorbij zie komen en de boekjes en krantjes, de JCI-specials, mailtjes..dan denk ik ja, er zijn wel heel wat mensen mee bezig. En de tracers die voorbij komen die ook allemaal hun tijd investeren en daardoor andere tijd niet, dat zal ongetwijfeld. Ik denk ook wel dat het veel gaat opleveren, maar ik vraag me af of het in verhouding staat tot wat het kost. (5)

Er wordt zoveel veranderd en er worden zoveel dingen aangescherpt..wat ook gewoon een hele hoop geld kost. Aan de ene kant moet er van alle kanten bezuinigd worden, maar ik denk als je het bij elkaar optelt hoeveel JCI qua investering..hoeveel geld het kost, dat het misschien wel op de lange duur met efficiënter werken het er wel uithaalt...dat is tegenstrijdig en verwarrend vind ik. (12)

Zoals de bovenstaande citaten laten zien, vragen verpleegkundigen zich af of de investering in het JCI-model wel echt in verhouding staat tot wat het kost. De verpleegkundigen lijken nog niet concreet terug te zien wat het oplevert, maar wel dat het veel kost, dit zorgt voor onbegrip: "Het is een ontzettend geldverslindend project, het kost ongelofelijk veel geld hier in het ziekenhuis, daar ben ik ook echt wat gevoelig voor." (8) en "Ik vind dat zoveel geldverspilling elke keer, ja hoe kan je de zorg goedkoper maken, nou ik denk door daar even goed naar te kijken, door al die spullen niet weg te hoeven gooien." (11). Een deel van de verpleegkundigen lijkt het gevoel te hebben dat de investering in het JCI-model weinig opbrengt. Dit verkleint de bereidheid van professionals om mee te gaan in veranderingen (Tummers, 2012; Van Thiel & Leeuw, 2002).

3. Grote hoeveelheid in korte tijd: snelheid voor kwaliteit?

De invoering van het JCI-model is eind 2011 gestart en in maart 2013 zijn de normen ziekenhuisbreed officieel doorgevoerd. Dit betekent dat de verpleegkundigen in een relatief *korte* periode geconfronteerd zijn met *veel* normen. De verpleegkundigen lijken soms niet meer te weten wat ze precies moeten doen: “Welke protocollen, welke lijstjes moet ik invullen, omdat het denk ik best wel veel is en daar lopen denk ik best veel mensen tegenaan.” (12) en “Er komt zoveel tegelijk dat je niet kunt verwachten dat iedereen het allemaal in een keer goed doet, of dat iemand het allemaal in een keer goed doet.” (2). Een andere verpleegkundige noemt een mogelijke oplossing om meer overzicht te creëren: “Ik denk wel dat er onderscheid gemaakt mag worden in de belangrijkheid van die dingen.” (5). Er is blijkbaar sprake van een grote hoeveelheid normen waarvan niet duidelijk is wat wel en niet belangrijk is. Mede daardoor wordt het JCI-model ook gezien als iets dat de regeldruk verder verhoogt: “Allemaal nieuwe regeltjes en moeten we ons daar weer helemaal aan houden en we hebben al zoveel regeltjes.” (9). De *hoeveelheid* conflicteert met de *werkbaarheid* met de normen: “Dan zijn er soms normen die zo specifiek zijn dat ik denk van ja, gaan we niet iets te ver daarin. Dus je moet er ook voor zorgen dat het behapbaar blijft en uitvoerbaar is in de praktijk.” (7). Ook zorgt de hoeveelheid voor een hogere werkdruk: “Dat je steeds meer moet doen, met minder mensen, dat er steeds meer taken bijkomen waar je dezelfde tijd voor hebt, maar soms ook met minder mensen.” (3).

Een tweede knelpunt bij de hoeveelheid van de normen is dat dit zorgt voor een hoge informatiedruk: “Nu merk je dat ze wat informatiemoe worden, van 'nee de mededelingen heb ik nog niet gelezen'..” (11). Deze informatiedruk zorgt ervoor dat niet iedereen op de hoogte is van alle normen en dat zorgt weer voor problemen in de toepassing van de normen en de communicatie in het werk: “Om er goed mee te kunnen werken moet iedereen op de hoogte zijn en ik denk dat dat bij alle disciplines niet helemaal het geval is, als het over een bepaald onderwerp gaat..en dat dat het soms wat lastig maakt in de communicatie.” (7).

De verpleegkundigen noemen samenhangend met de grote hoeveelheid normen de snelheid van de invoering als een probleem. Reacties zoals: “Er komt veel op je af..en dat in een kort tijdsbestek.” (12) en “Als het ene onderwerp geweest is dan komt het andere onderwerp alweer.” (3) laten zien dat de snelheid van de invoering van het werken met het JCI-model botst met de logica dat tijd nodig is voor een kwalitatief goede invoering van het model. Een verpleegkundige met enige kennis van verandermanagement wijst erop dat snelheid een valkuil is bij de invoering van een verandering:

Ze willen te snel, te mooi het naampje hier willen hangen, 'we zijn JCI geaccrediteerd', wat wil je daarmee bereiken dan? Om dat zo snel hier binnen te hebben..dat snap ik echt niet..snelheid is echt..daar ga je geheid de fout mee in. (6)

De aspecten *hoeveelheid* en *snelheid* worden ook in de literatuur genoemd. Noordegraaf (2008: 41) stelt dat het te snel invoeren van teveel als ‘vreemd’ ervaren standaarden eraan bijdraagt dat professionals vervreemden van de standaarden. Dit kan ondermeer leiden tot weerstand. Tummers (2012) beschrijft dit in zijn proefschrift als *beleidsvervreemding* (2012: 146). Het lijkt dat de snelheid en hoeveelheid van de invoering de beleidsvervreemding vergroten. Dit kan eraan bijdragen dat de verpleegkundigen minder geneigd zijn om mee te gaan in het werken met het JCI-model.

4.3.3 HET *HOE* VAN HET JCI-MODEL: WERKEN MET DE NORMEN

Deze paragraaf gaat over *hoe* de verpleegkundigen omgaan met de normen. Het onderzoek laat zien dat niet-naleving van normen weinig gevolgen heeft, waardoor de impact van het werken met de normen op de motivatie van verpleegkundigen beperkt lijkt. Ook komt naar voren dat drie elementen de mate van naleving van normen beïnvloeden: meerwaarde, werkdruk en aanspreekcultuur.

Eerst wordt een indruk gegeven van hoe verpleegkundigen met de normen van het JCI-model omgaan en vervolgens worden factoren besproken die voor verpleegkundigen een rol spelen bij de keuze om een norm wel of niet na te leven.

Naleving en weerstand bij vier hoofdnormen: niet *altijd* en niet *strikt*

In het onderzoek is gefocust op vier van de zes hoofdnormen van het JCI-model. Van deze vier normen, identificatie van patiënten [IPSG.1], effectieve communicatie [IPSG.2], beperken risico ziekenhuisinfecties [IPSG.5] en valpreventie [IPSG.6], is een beeld van naleving en weerstand geschetst aan de hand van de interviews en observaties. Dit beeld is als bijlage 3 toegevoegd. Samengevat laat het beeld van naleving en weerstand zien dat verpleegkundigen drie van de vier patiëntveiligheidsnormen (1, 2 en 5) niet *altijd* en niet *strikt* naleven, maar wel de doelen onderschrijven en van daaruit handelen. De vierde norm, valpreventie, was tijdens het onderzoek pas recent ingevoerd, waardoor de norm weinig bekendheid had onder de verpleegkundigen.

Factoren bij (niet-)naleving: meerwaarde, werkdruk en aanspreekcultuur

Het beeld van naleving van de normen, niet *altijd* en niet *strikt*, laat zien welke elementen een rol spelen bij de keuze van de verpleegkundige om een norm wel of niet na te leven. De mate waarin de verpleegkundigen de meerwaarde *zien*, werkdruk *ervaren* en worden *aangesproken* beïnvloedt de mate van naleving van een norm.

A. Meerwaarde als intrinsieke drijfveer voor naleving

De verpleegkundigen geven aan dat ze bij het inzien van de meerwaarde van een norm: “Zich er ook makkelijker aan conformeren, ja, niets menselijks is ons vreemd, zo werkt dat.” (1). Het inzien van de meerwaarde betekent voor de verpleegkundige dat ze *begrijpt* waarom iets moet: “Je motivatie ligt vooral ook in als je snapt waarom iets moet, dan doe je het ook wel.” (8) en of men het doet hangt af van: “Of ik het daadwerkelijk zinvol vindt.” (11). Aangegeven wordt dat het vooral van belang is dat de meerwaarde van de norm voor de verpleegkundige *zelf* duidelijk is: “De patiënten zien het toch vaak niet, het gebeurt vaak allemaal achter de schermen die regels, het moet verkoopbaar zijn naar ons...het moet voor ons logisch zijn.” (2) en “Als je er zelf niet in gelooft, waarom zou je het dan doen? Ik denk dat best veel verpleegkundigen er zo over denken.” (4). Als verpleegkundigen de meerwaarde van een norm niet inzien zijn ze geneigd om deze niet na te leven. Dit komt overeen met wat Tummers (2012: 147,164) concludeert in zijn onderzoek over beleidsvervreemding. Voor professionals is het belangrijk dat ze de betekenis van beleid en normen voor de samenleving en de cliënten van de professional inzien. Als de verpleegkundigen de meerwaarde van de normen voor zowel de samenleving als de patiënt niet inzien, zullen ze vervreemden van de normen. Vervreemding van de normen zorgt ervoor dat de bereidheid om de norm na te leven kleiner zal zijn.

De verpleegkundigen geven aan dat ze een norm een meerwaarde vinden als deze in het belang is van de eigen veiligheid en die van de patiënt. Als die veiligheid niet in gevaar komt door niet-naleving, zijn de verpleegkundigen geneigd de norm niet na te leven: “Als ik jou en je patiënt niet in gevaar breng, dan houd je het gewoon zoals het was.” (6). De verpleegkundigen lijken bij het maken van een inschatting van de meerwaarde ook te kijken naar de kans op fouten en de gevolgen daarvan bij niet-naleving. Een verpleegkundige zegt over deze factor bij de keus van naleving: “De consequentie natuurlijk ook, als ik het niet doe, wat gebeurt er dan..niet dat je dat altijd kan overzien natuurlijk.” (10). Een andere verpleegkundige legt deze afweging uit:

Het ligt aan wat je gaat doen, hoe erg het is als het fout gaat...als ik verkeerde medicijnen geef omdat ik niet check of het de goede patiënt is en hij die wel moet krijgen, dat vind ik ook erg, maar als je gewoon minder grote gevolgen...dan denk ik wel dat je sneller de afweging kunt maken van nou laat dan maar. (5)

Het maken van een fout kan ook gevolgen hebben voor de verpleegkundige zelf. Dit weegt mee bij de keuze om een norm wel of niet na te leven. Een verpleegkundige zegt over fouten bij het delen van medicijnen en het niet aantrekken van handschoenen bij het klaarmaken van antibiotica:

Bij pillen delen, stel dat er iets misgaat en jij bent daarvoor verantwoordelijk, jij komt voor het tuchtrecht, dus je moet het zelf doen. En kijk als jij weigert om je handschoenen aan te doen

omdat jij het niet belangrijk vindt, en later ga je dood aan een infectie omdat je resistent bent, dat is dan je eigen ding denk ik dan. (11)

De verpleegkundigen maken bij het bepalen van de meerwaarde van een norm schijnbaar een inschatting van het risico dat niet-naleving heeft voor de eigen veiligheid en die van de patiënt.

B. Werkdruk als verdringende factor voor naleving

Een andere factor die de naleving van normen beïnvloedt is de werkdruk. Wanneer de werkdruk hoog is en de naleving van een norm veel tijd kost kan dat voor de verpleegkundige een reden zijn om de norm niet na te leven:

Je zit gewoon met je tijd, je hebt een dienst van 9 uur, daar moet je gewoon dingen in doen en soms heb je dat je een spoedopname krijgt en dan moet je ineens je tijd weer anders inplannen, dan moet je prioriteiten gaan stellen. (3)

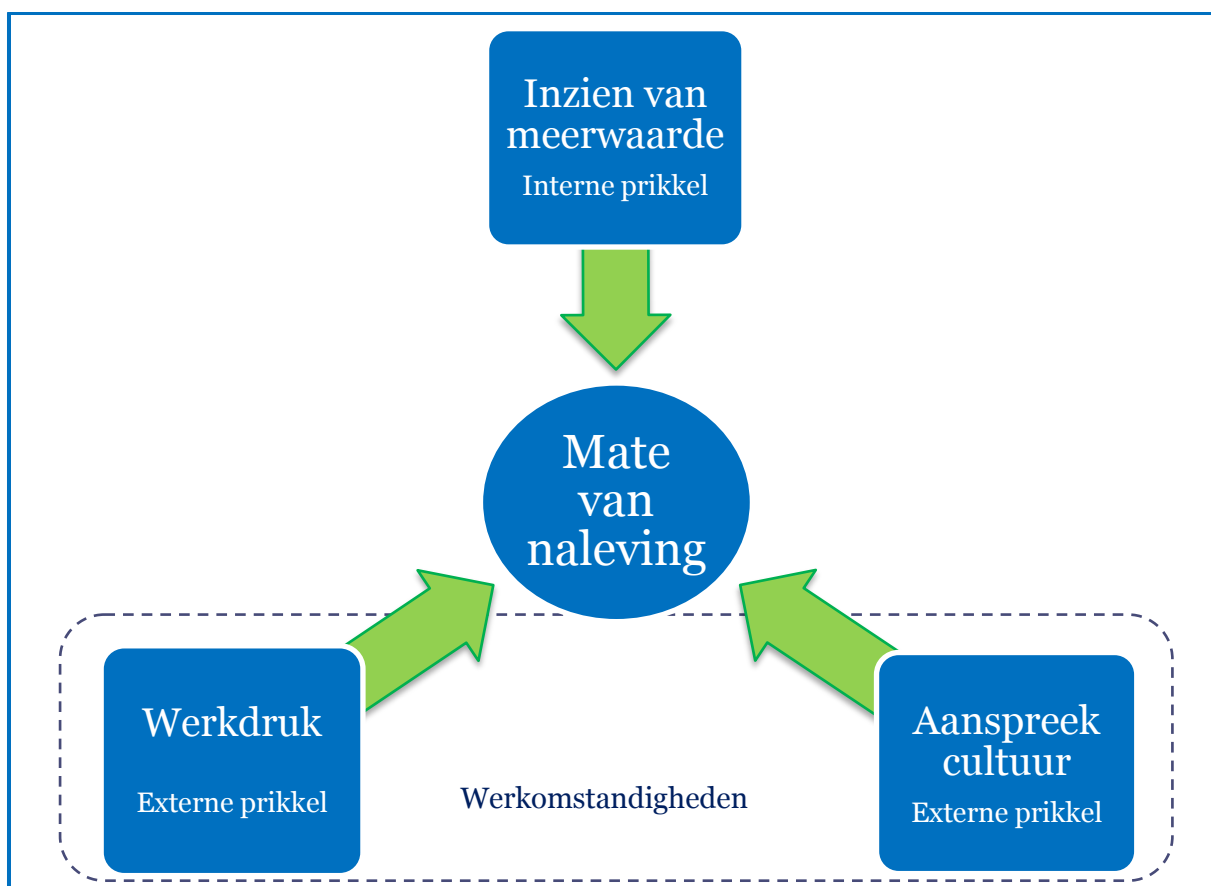
De naleving van een norm is: “Ook afhankelijk van de drukte” (9) en “Je moet ook efficiënt blijven werken en denk dat het verpleegkundige beroep een beroep is waarbij de werkdruk hoog ligt.” (7). Dat de werkdruk een rol speelt bij normnaleving blijkt ook tijdens de observaties. Het valt op dat een verpleegkundige waar de onderzoeker twee dagen bij meeloopt tijdens de eerste dag normen zoals de handhygiëne, maar ook het vragen van pijnscores, minder toepast dan tijdens de tweede dag. De eerste dag is ook beduidend drukker en chaotischer dan de tweede dag (Obs.4.3). Dit is een indicatie dat een hogere werkdruk, die per dienst kan verschillen, zorgt voor minder aandacht voor normnaleving bij de verpleegkundigen. Een hoge werkdruk wordt in de literatuur genoemd als een negatieve factor voor de dagelijkse werkmotivatie van de verpleegkundige (Tummers et al., 2002; Van den Berg et al., 2006; 2008). Ook Miller (2006) laat zien dat een gebrek aan tijd door een hoge werkdruk een obstakel vormt voor het doen van Goed Werk. Een hoge werkdruk in combinatie met een grote druk op normnaleving lijkt een negatieve uitwerking te kunnen hebben op de motivatie van de verpleegkundigen.

C. Aanspreken als druk om na te leven van buitenaf

Dit deel laat zien dat in situaties waar verpleegkundigen elkaar aanspreken op de normen, ze geneigd zijn de normen na te leven. Dit wordt onder andere duidelijk tijdens de observaties. Een verpleegkundige staat antibiotica klaar te maken in het medicijnhok, hierbij is het dragen van handschoenen verplicht. De verpleegkundige heeft echter geen handschoenen aan. Vervolgens komt een leidinggevende binnen en die vraagt waarom de verpleegkundige geen handschoenen draagt. Er volgt een moment van ongemak, geen duidelijk antwoord en de verpleegkundige trekt handschoenen aan. Enkele uren later maakt de verpleegkundige wederom antibiotica klaar, ditmaal met handschoenen aan. De vraag of de verpleegkundige dit doet omdat de leidinggevende er iets over zei wordt met een duidelijk ‘ja’ beantwoord (Obs. x.x). Deze situatie laat zien dat het aanspreken op naleving van normen bij kan dragen aan naleving. Kanttekening is dat het in de bovenstaande situatie een leidinggevende was die aansprak en niet een andere verpleegkundige. De bespreking van de aanspreekcultuur in paragraaf 4.2.3 laat echter zien dat enkele verpleegkundigen in de interviews ook zelf aangeven dat aanspreken bijdraagt aan de naleving van normen.

Concluderend: mate van naleving nader beschouwd

Model 4.4 laat drie elementen zien die de mate van naleving van normen beïnvloeden. De mate van naleving lijkt hoog te zijn als aan minimaal één van de voorwaarden voldaan wordt: duidelijke meerwaarde van de norm voor de eigen veiligheid en die van de patiënt, genoeg tijd om normen strikt na te leven en een cultuur waarin de verpleegkundigen elkaar veel en makkelijk aanspreken op naleving. Andersom is de werking hetzelfde. De verpleegkundigen lijken de afweging om normen na te leven niet heel bewust en rationeel te maken, maar onbewust en gevoelsmatig. De verpleegkundigen hebben een beeld van wat de meerwaarde van een norm moet zijn en aan de hand van dat beeld en externe factoren zoals werkdruk en aangesproken worden ‘beslissen’ ze om een norm wel of niet strikt na te leven.



Model 4.4: schematische weergave van elementen die de mate van naleving van normen beïnvloeden

Het model laat zien dat de meerwaarde een interne prikkel voor de verpleegkundige is om normen na te leven. De verpleegkundige handelt namelijk vanuit een interne drive als ze een norm naleeft omdat ze de meerwaarde ervan inziet. De andere twee elementen, de werkdruk en de aanspreekcultuur, vormen de werkomstandigheden en zijn zodoende een externe prikkel. Als de verpleegkundige naleeft omdat ze *na moet leven*, de werkdruk laag is en ze aangesproken wordt bij niet-naleving, dan doet ze dat niet vanuit zichzelf, maar door druk vanuit de omgeving.

De mate van naleving is zodoende beïnvloedbaar en de zogenaamde tracer-methodiek bij het JCI-model kan daar een rol in spelen. De tracer-methodiek wordt gebruikt om de normen in te voeren en ook om het begrip voor de normen bij de professionals te vergroten. Een goede werking van de tracer-methodiek zou zodoende bij kunnen dragen aan het begrip voor de meerwaarde van de normen bij de verpleegkundigen en zo positief uit kunnen werken op hun motivatie. Dit onderzoek laat echter zien dat de verpleegkundigen de tracer-methodiek nauwelijks ervaren als een methode die eraan bijdraagt dat ze de meerwaarde van de normen inzien

4.3.4 HET TRACEREN VAN PROFESSIONALS

In dit deel wordt ingegaan op de werking van de tracer-methodiek. Voor het accrediteren toetst een auditcommissie van de JCI de patiëntveiligheid en kwaliteit aan de hand van een integraal normenkader. Voor de implementatie van de normen wordt door het UMC Utrecht de zogenaamde tracer-methodiek gehanteerd. Een tracer volgt het pad en de ervaringen van een patiënt om de prestaties van een zorginstelling te toetsen aan de internationale JCI-standaarden. Tracers worden in tweetallen uitgevoerd door intern opgeleide medewerkers van het UMC Utrecht. Bij deze methodiek is in theorie sprake van een actieve dialoog met de professionals over het verloop van het proces en de normen waaraan voldaan moet worden. Dit deel laat zien dat de ervaringen van de verpleegkundigen hier scherp mee in contrast staan. De tracers worden meer ervaren als controle en als punt van irritatie dan als middel tot vergroting van het begrip voor de normen van het JCI-model.

Tracers als vernieuwende en controlerende blik van een buitenstaander

Niet iedere verpleegkundige op de afdeling heeft een tracer meegemaakt. De meeste verpleegkundigen zijn daar blij om: “Nee, nee gelukkig niet, want dat lijkt me echt vreselijk, dat iemand de hele tijd op je vingers zit te kijken van waarom gebruik je dat nou..of waarom doe je niet zus of zo.” (10) en “Ik heb meer vrees dat ik ineens JCI op m'n dak krijg en moet bewijzen van waar is het protocol van dit of van dat, dat ik faal, dat ik het gewoon niet weet.” (8) en “Ik moet zeggen als ze het bij mij doen, dat ik het ook wel spannend zou vinden, het voelt toch wel dat je bekeken wordt..of altijd een fout willen ontdekken.” (4).

De verpleegkundigen hebben twee soorten opvattingen van de tracers. Een deel ziet het als controle en een deel ziet het ook als een vernieuwende blik op het eigen handelen. Een verpleegkundige die geen tracer heeft meegemaakt zegt: “Ik heb begrepen dat er dan mensen komen en die komen dingen controleren op de afdeling, dus dat is het, verder weet ik er niets van.” (11). Een verpleegkundige die wel een tracer heeft meegemaakt ziet een tracer ook als een soort controle: “Om te kijken of je de punten wel behaald hebt, dat is waar een tracer voor staat. En waar je wel en niet aan voldoet en waar je dus nog aan moet werken om dat te behalen.” (12). Ook weet een aantal verpleegkundigen weinig af van de werking en bedoeling van tracers. De verpleegkundigen die wel een tracer hebben meegemaakt hebben gemengde ervaringen: “Ja op zich wel leuk..nee haha nou ja goed een tracer, ik heb ooit iemand gehad van de apotheek die stond naast me met een stopwatch om te kijken hoelang ik erover deed om antibiotica op te lossen.” (9). Een andere verpleegkundige heeft een tracer meegemaakt en vond dat leuk en nuttig:

Leuk, hoewel..het is jammer dat er in het ziekenhuis per afdeling zo anders gewerkt wordt..dat ik denk van die tracers dat we daar veel dingen van kunnen leren, afdelingen zullen in bepaalde dingen heel goed zijn, andere afdelingen zullen daarin achterlopen..ik denk dat je daar ook van leert. (5)

In het eerste citaat (9) spreekt de respondent cynisch over de tracer, de respondent in de tweede quote benadrukt meer het leereffect van een tracer en vindt dit positief. Twee andere verpleegkundigen vinden dit leereffect ook positief: “Die signaleren en die komen met een bril op die wij niet altijd hebben en die kijken heel kritisch naar processen en naar werkvormen, naar van alles.” (1) en “Ik vind het wel goed, want je wordt er wel op gewezen, zeker weten.” (6). Een andere verpleegkundige ziet dat tracers nuttig kunnen zijn, maar dat de verpleegkundigen hun gedrag en normnaleving bij een tracer aanpassen:

Ik vind het wel leuk, alleen wat me wel een beetje tegenstaat, is dat het is 'ooh de JCI komt, ze komen tracers, dus de afdeling moet goed opgeruimd en de afdeling moet goed dit'..maar dan denk ik van doe maar gewoon normaal, zoals je altijd werkt, dan heb je volgens mij de beste tracer, als je dat gewoon doet..want vervolgens lopen die mensen van de afdeling af en ga je gewoon weer verder zoals je begonnen bent. (12)

Uit het bovenstaande blijkt dat de tracers niet met groot enthousiasme worden ontvangen en ze ervaren worden als controle, maar ook als een vernieuwende blik. Ook lijken verpleegkundigen voor een tracer even hun best te doen om alles netjes te krijgen en volgens 'JCI' te doen, maar pakken ze vervolgens oude patronen weer op.

Het mysterie rond traceraars

Onder de verpleegkundigen lijkt er weinig kennis te zijn over de tracers en dat geldt ook voor wat ze weten over traceraars. Op de vraag wie de tracers uitvoeren kwamen uiteenlopende antwoorden: “Buitenlandse mensen..geen idee..ik heb wel gehoord dat je er een tolk bij kon vragen als je geen Engels kon, maar ik zou niet weten wat hun achtergrond is, dat zou ik echt niet weten. (4) en “Allemaal verschillende mensen, ik heb een professor gehad van anesthesie en ik kan nog wel een jongen die een bedrijfsfunctie had, een controlfunctie ergens.” (5). In het eerste citaat doelt de verpleegkundige op een van de twee proefaudits die de JCI heeft gedaan in het UMC Utrecht. Deze worden uitgevoerd door een internationale commissie. De tracers worden intern uitgevoerd door medewerkers van het UMC Utrecht. Dit laat zien dat niet alle verpleegkundigen goed op de hoogte zijn van wat traceraars zijn.

Dit is opmerkelijk omdat de tracer-methodiek een belangrijk en zichtbaar onderdeel van het JCI-model moet zijn. Enkele verpleegkundigen hebben de indruk dat de traceraars weinig ervaring hebben op de werkvloer: “Tenminste wat mijn indruk is, dat zijn mensen die zitten normaal allemaal dingen uit te werken op een bureaustoel, maar die staan niet in de zorg.” (3). De meeste verpleegkundigen lijken te weten dat ze zelf ook traceraar zouden kunnen worden: “Ja volgens mij wel ja” (6) en “Ja! Tenminste, ik weet niet of ze er echt zijn, maar ik weet wel dat verpleegkundig afdelingshoofden tracers zijn, artsen zijn tracers en volgens mij ook wel gewoon verpleegkundigen.” (5) en “Dat zou ik wel kunnen worden denk ik, maar daar heb ik zelf geen behoefte aan...ik heb zelf niks met het managementgebeuren.” (3). Toch blijkt dat niet iedereen op de hoogte is. Zo beantwoordt een verpleegkundige de vraag of ze zelf ook traceraar zou kunnen worden met: “Nee, dat weet ik niet, geen idee, nee.” (10).

Tracers: de tragedie van goedbedoelde intenties

Enkele verpleegkundigen weten wat meer af van tracers en zijn er kritisch over: “Op rustige momenten moeten ze binnenkomen en dan moeten ze een tracer gaan doen, zodat je ook denkt van ik heb er nu tijd voor om er tijd in te steken en te denken van ik kan hiervan leren. Je leert zo ook helemaal niks.” (6). Twee andere verpleegkundigen hebben twijfels bij de werking van de tracers:

Ik heb er een klein beetje m'n vraagtekens bij omdat ik veel tracers heb doorgenomen op het punt voorlichting en omdat sommige echt 180 graden verschillend zijn, bij de een wordt rood gescoord en bij de ander scoort hetzelfde groen en dan denk ik van hoe kan dit? Als het werken van een tracer gaat afhangen of we een accreditatie gaan binnenhalen of niet, dan vraag ik me af of het nou een hele goede manier is om te meten, want het zijn wel echt heel erg momentopnames. (7)

Ik zou het beter vinden denk ik als ze gewoon onaangekondigd op de afdeling komen...dat vind ik eigenlijk de beste beoordeling, omdat je dan niet voorbereid bent en dan zie je gewoon of je werkt volgens alle protocollen en richtlijnen zoals het moet, dat is denk ik de beste manier om alles op orde te krijgen. Anders doe ik het even gauw opruimen, dan is het zo gemaakt. (12)

De verpleegkundigen geven aan dat het lerende effect van een tracer waardevol kan zijn, maar dat dit op deze wijze niet uit de verf komt. Traceraars beoordelen situaties verschillend en komen soms op een ongeschikt moment, anderzijds voorkomt een onverwachte tracer gewenst gedrag. Niet alle verpleegkundigen nemen de uitkomsten van tracers erg serieus:

Volgens mij kwam uit die tracer echt dat we allemaal moesten schoonmaken, wel echt dat we geen tijd meer hadden voor de patiënt...dat is me echt bijgebleven. Maar niet dat we de JCI heel serieus namen. Van we moeten alles schoonmaken..ja prima, kom zelf hier werken en wanneer heb je dan de tijd voor de patiënten..zo kwam het een beetje op de groep over. (4)

Tracers als bespelen van de autonome ruimte

De tracers hebben als een belangrijk doel dat de professionals door dialoog de normen begrijpen en daardoor eerder geneigd zullen zijn deze te internaliseren en ernaar te handelen. Dit doel lijkt niet bereikt te worden op de afdeling Longziekten. Dit onderzoek laat zien dat de verpleegkundigen weinig weten over tracers en traceraars en er een overwegend kritisch over zijn. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de tracers niet lijken te werken zoals ze bedoeld zijn. Tevens speelt het karakter van de verpleegkundige als professional mee. Een verpleegkundige handelt vanuit de motivatie om de beste zorg te bieden voor de patiënt en vertrouwt daarbij op haar eigen kennis, vaardigheden en ervaring. De verpleegkundige hecht veel waarde aan haar autonomie en vindt het daarom lastig als anderen zich in het autonome gebied bevinden (Janssen et al., 1999; McCloskey, 1990; Tummers et al., 2002; 2006; Van den Berg et al., 2006). Traceraars komen dit autonome gebied binnen doordat ze de verpleegkundige bevragen op haar handelen. Dit onderzoek laat zien dat dit tevens het moment is dat niet-naleving van normen pijn gaat doen bij de verpleegkundigen. Een verpleegkundige zegt over een tracer waar slecht op gescoord werd doordat er onder andere een gevulde po op een kast stond:

Ik weet wel dat <de leidinggevende> not amused was, dat we ook niks meer goed deden, hij gooide het allemaal op een bult, van we doen ook helemaal niks goed..dan denk ik van ja doe niet zo overdreven. Ja het kan ook niet, het mag ook niet, het kan niet, het hoort niet, maar het is nou eenmaal gebeurd, daar doe je niet zoveel meer aan en weet je iedereen is nu alert op po's denk ik, dat we dat goed opruimen, dus het had zeker effect inderdaad. (4)

Tijdens de observaties geeft een verpleegkundige aan het vervelend te vinden dat de leidinggevenden na een slechte score op tracer alleen benadrukken wat niet goed gaat en geen aandacht meer hebben wat wel goed gaat (Obs.1.7). Dit laat zien dat bij tracers niet-naleving van normen aan het licht komt, waarna leidinggevenden concreet kunnen aanspreken op niet-naleving van normen. De verpleegkundigen ervaren dit als vervelend, terwijl ze zich er wel van bewust zijn dat ze inderdaad normen niet naleven die ze wel na moeten leven. De verpleegkundigen lijken er moeite mee te hebben als ze aangesproken worden op na naleving van normen die ze in de praktijk binnen hun 'autonome ruimte' zelf interpreteren en wel of niet toepassen.

4.4 HOUDING TEN OPZICHTE VAN VERANDERINGEN

Dit deel laat zien wat de houding van verpleegkundigen is ten opzichte van veranderingen. Dit is de opmaat voor de conclusie over de invloed van het JCI-model op de motivatie van de verpleegkundigen. De verpleegkundigen zien veranderingen als frisse blik waardoor ze bereid zijn om er in mee te gaan. Wel hebben ze tijd nodig om te wennen aan veranderingen en vinden ze het lastig dat veranderingen elkaar snel opvolgen. De impact van veranderingen op de motivatie van verpleegkundigen lijkt voorlopig beperkt, maar druk op de tijd voor de patiënt werkt demotiverend. Dit laat zien dat ook het werken met het JCI-model kan demotiveren als de druk op tijd voor de patiënt toeneemt.

De verpleegkundigen geven aan dat ze niet meteen enthousiast worden van veranderingen. Ook blijkt dat ze er in de loop van de tijd mee leren werken: “Als iets op de afdeling geïntroduceerd wordt, dan staat iedereen zo'n beetje op z'n achterste poten van we doen al zoveel, dat willen we niet.” (10), maar:

Je leert ermee werken, je leert ermee omgaan. Dus wordt het normaal, of normaler naar je gevoel en is het een regel die eigenlijk toch wel passend is onder deze situatie, dan erken je hem en dan zie je de inhoud ervan en de waarde en dan krijg je zoiets van hij is toch wel goed..en soms ben je er wat sceptisch over..over een verandering. (2)

Verpleegkundigen wennen na verloop van tijd aan veranderingen, maar ervaren wel dat hun weinig tijd wordt gegund om aan veranderingen te wennen: “Op zich wel positief, maar soms denk ik ook weleens van goh laat ons eerst eens wennen aan wat er net is ingevoerd en dan het volgende...soms denk ik wel van nou dat is wel veel en dan ben ik niet echt gemotiveerd.” (9). Verpleegkundigen hebben er ook moeite mee dat de veranderingen zorgen voor wisselende afspraken, waardoor duidelijkheid ontbreekt: “Dan moesten we weer aan andere werkzaamheden vasthouden en na een paar maanden was er weer iets nieuws, dat vind ik dan wel vervelend.” (4). Dit kan verpleegkundigen onzeker maken:

Er zijn zoveel dingen waar je weet van moet hebben..dat je die niet ad hoc moet weten allemaal dat weet ik ook, maar het liefst heb ik dat wel. Dat geeft me ook vertrouwen, dat ik dat allemaal weet. (11)

De verpleegkundige geeft aan dat ze zich door veranderingen steeds meer beklemd voelt. Dit is een ontwikkeling die ook Tonkens (2003) en Van den Brink et al. (2005) beschrijven. Professionals komen steeds meer beklemd te zitten tussen de eisen van de cliënt aan de ene kant en de eisen van het management aan de andere kant. Organisatieveranderingen en ontwikkelingen, waaronder het JCI-model, zorgen er echter nog niet voor dat de motivatie van de verpleegkundigen dusdanig beïnvloed wordt dat ze van baan willen wisselen: “Het is niet zo dat ik denk van ik ga een andere baan zoeken want hier word ik helemaal achterlijk van, nog niet gehad.” (10), maar dit kan veranderen: “Als het echt de spuigaten uit gaat lopen. Als er zoveel regeltjes komen dat je niet meer ontspannen je werk kunt doen.” (10). De veranderingen hebben ook een positieve kant: “Doordat er een vernieuwing is gaan mensen meer nadenken van goh wat vind ik daar nou eigenlijk van, dus meer je eigen open blik.” (11) en “Als er nieuwe dingen zijn, bijvoorbeeld inderdaad de JCI, daar wil ik best wel ver in meegaan. Ik vind het vaak ook wel een eyecatcher, dat je denkt van goh..ja duidelijk en dan doen we met elkaar dezelfde dingen.” (9) en:

Het demotiveert niet, laat ik het zo stellen, je wordt er wel door getriggerd om alert te blijven...en je leert er natuurlijk altijd weer van en dat vind ik wel weer leuk, uitdaging, het moet uitdagend blijven, dan blijft het vak leuk en dan blijf je er ook gemotiveerd in. Als de uitdaging weg is, dan houdt het op. (6)

Verpleegkundigen lijken zich niet echt druk te maken over veranderingen, maar zijn ook weinig gemotiveerd om er helemaal in mee te gaan: “Veel veranderingen, zoals UMC breed, daar houd ik me niet zo mee bezig...dat interesseert me eigenlijk niet zoveel, ik vind het belangrijker dat de patiënt zich prettig voelt hier.” (10). Verpleegkundigen zijn vooral gericht op de patiënt en vinden het belangrijk

dat ze de patiënt de zorg kunnen geven die nodig is. De verpleegkundigen staan daarbij 'op zich' open voor veranderingen, maar hebben vaak twijfels over de meerwaarde van een verandering:

Soms heb je zoiets van al die veranderingen, zet het nou werkelijk iets van zoden aan de dijk of is het gewoon om ons bezig te houden, zodat je motivatie iets minder wordt. Dan werk je weer twee dagen en wen je aan die veranderingen en dan denk je van oja, misschien is het toch wel goed en dan komt je motivatie ook weer terug. Dan bots je er even tegenaan, dan gaat het moeizaam, als het moeizaam gaat dan heb je even minder motivatie en als je er een beetje ervaring mee hebt dan gaat het wat makkelijker en komt je motivatie weer een beetje terug. (2)

De verpleegkundigen geven aan dat veranderingen enerzijds een frisse blik vormen, waardoor ze bereid zijn om er in vergaande mate in mee te gaan. Anderzijds is er altijd een periode nodig om te wennen aan de veranderingen en is het lastig als de veranderingen elkaar snel opvolgen. Dit leidt namelijk tot wisselende werkafspraken. De verpleegkundigen lijken vooral gefocust te zijn op de zorg aan de patiënt en als ze voldoende tijd blijven houden om aan het bed te staan, dan lijkt de impact van veranderingen op de motivatie beperkt. Andersom geldt dat druk op de beschikbare tijd om bij de patiënt aan het bed te staan demotiverend werkt. Dit onderzoek laat zien hoe een verandering in de werkzaamheden van verpleegkundigen, het JCI-model, inwerkt op de motivatie van de verpleegkundigen van de afdeling Longziekten. De bevindingen worden samengevat in de conclusies.

5. CONCLUSIES

Dit onderzoek laat zien hoe de verpleegkundigen van de afdeling Longziekten in het UMC Utrecht hun motivatie ervaren. Ook geeft het inzicht in hoe de verpleegkundigen het JCI-model ervaren en hoe dit hun motivatie beïnvloedt. In dit hoofdstuk worden de conclusies samengevat door beantwoording van de centrale vraag:

Hoe ervaren verpleegkundigen van de afdeling Longziekten van het UMC Utrecht hun motivatie en hoe wordt deze beïnvloed door het werken met het JCI-model?

Het antwoord op de centrale vraag valt uiteen in meerdere delen: bespreking van de basismotivatie en dagelijkse werkmotivatie, de paradox tussen betrokkenheid en autonomie en de invloed van het JCI-model op de motivatie van de verpleegkundigen.

5.1 BASISMOTIVATIE EN DAGELIJKSE WERKMOTIVATIE

Dit onderzoek laat zien dat de motivatie van de verpleegkundigen uiteen valt in de basismotivatie en de dagelijkse werkmotivatie. De basismotivatie is het hogere doel dat de verpleegkundigen hebben in het werk. De dagelijkse werkmotivatie bestaat uit verschillende factoren die de motivatie op korte termijn beïnvloeden.

5.1.1 BASISMOTIVATIE: INZICHT IN IDEALEN

De meeste verpleegkundigen geven aan dat hun basismotivatie bestaat uit het ideaal om anderen te **diënen**. Ze noemen dit niet altijd expliciet, maar het blijkt wel uit het doel van hun werk. Dit is het bieden van kwalitatief goede zorg. Deze verpleegkundigen zetten de patiënt op de eerste plaats en contact met de patiënt motiveert hen. Dit sluit aan bij De Cooman et al (2008) en Öztürk et al (2006) die stellen dat het inter-persoonlijke element van zorg bijdraagt aan de motivatie van verpleegkundigen. Opvallend is dat de verpleegkundigen ook de tevredenheid van familie van patiënten noemen als motiverend. Dit lijkt van belang omdat familieleden van patiënten nauw betrokken zijn bij de veelal intensieve en langdurige behandelingen. Dit komt echter niet terug in andere onderzoeken naar de motivatie van verpleegkundigen. De basismotivatie van de senior-verpleegkundigen wijkt af van die van andere verpleegkundigen. De senior-verpleegkundigen noemen **zelfontplooiing** als basismotivatie. Zij kiezen voornamelijk voor het beroep om de vele mogelijkheden tot groei en ontwikkeling. Deze verpleegkundigen willen door kunnen groeien naar andere functies. Enkele onderzoeken laten zien dat mogelijkheden om te leren een motiverende factor is (Janssen et al., 1999; Hertting et al., 2004; De Cooman et al., 2008). Deze factor wordt in de literatuur echter nauwelijks gekoppeld aan de basismotivatie van verpleegkundigen. Dit onderzoek laat zien dat dit bij senior-verpleegkundigen juist wel raakt aan de kern van de basismotivatie.

5.2.2 DAGELIJKSE WERKMOTIVATIE

Anders dan de basismotivatie bestaat de dagelijkse werkmotivatie uit meerdere factoren. Deze beïnvloeden de motivatie op korte termijn. De verpleegkundigen halen voldoening uit *hoe* ze het werk doen en uit het *resultaat* van het werk.

Het hoe: professional zijn en Goed Werk doen

Bij het *hoe* is het motiverend als de verpleegkundigen door de patiënt bevestigd worden in hun streven naar kwalitatief goede zorg. Deze **bevestiging** maakt het werk voor de verpleegkundigen betekenisvol. Dit sluit aan bij de bevindingen van Hertting et al (2004), Reutter en Northcott (1993) en Öztürk et al (2006). Zij stellen dat de mate waarin werk als betekenisvol wordt ervaren een motiverende factor is.

In de tweede plaats is het motiverend als de verpleegkundigen in staat zijn om de complexiteit van de patiënt in het geheel te begrijpen, vooruit kunnen denken en op basis daarvan kunnen handelen. Dit vraagt veel van de **professionele vaardigheden**, maar dat zorgt juist voor voldoening. Dit komt overeen met de bevinding van Hertting et al (2004). Volgens hen motiveert het verpleegkundigen als ze een patiënt in het geheel begrijpen en van daaruit handelen. De verpleegkundigen geven tevens aan

dat ze voldoening halen uit het omgaan met hectiek en complexiteit. Dit sluit aan bij Janssen et al (1999) en Kivimäki et al (1995). Zij concluderen dat het verpleegkundigen motiveert als ze afwisselende taken hebben en er variatie is in de vereiste vaardigheden.

In de derde plaats is het motiverend voor de verpleegkundigen als ze de mogelijkheid hebben om Goed Werk te leveren. De verpleegkundigen streven vanuit hun motivatie namelijk naar het doen van Goed Werk. De beschrijving van Goed Werk door de verpleegkundigen laat zien welke waarden voor hen belangrijk zijn. In de eerste plaats is dit de **ruimte om af te wijken** van normen en beleid. Ze staan zelf dicht bij de patiënt en vinden het belangrijk dat ze ruimte hebben om op basis van eigen expertise en ervaring te handelen. Deze autonomie maakt ze tot professionals. In de literatuur wordt autonomie niet genoemd als onderdeel van Goed Werk. Miller (2006) en Gardner et al (2009) noemen andere aspecten: technische en wetenschappelijk effectieve uitvoering die sociaal en moreel verantwoord is en die betekenisvol is voor degene die het uitvoert. De autonomie is voor de verpleegkundigen wel een effectieve uitvoering van het werk, maar niet volgens de maatstaf van de techniek en wetenschap. Voor de verpleegkundigen is de eigen expertise en ervaring leidend bij het doen van Goed Werk. Dit is geen vrijbrief om zomaar wat te doen. De verpleegkundigen vinden dat ze wel moeten onderbouwen waarom ze afwijken van protocollen of beleid. Dit laat zien dat de verpleegkundigen streven naar het bieden van goede zorg. Dit zit in het tweede kenmerk van Goed Werk. Dit is volgens de verpleegkundigen **'de lat hoog leggen'**, dus het streven naar excellentie in het werk. Dit sluit aan bij waar Miller (2006) en Gardner et al (2009) op doelen bij een effectieve of excellente uitvoering van het werk. Voor de verpleegkundigen gaat het echter niet alleen om een excellente uitvoering, maar ook om een *betekenisvolle* uitvoering van het werk voor de patiënt.

Het derde kenmerk van Goed Werk is een **kritische houding** naar het beleid van een arts en naar het eigen functioneren. Kritisch zijn naar het beleid van de arts is gericht op het bieden van goede zorg. De verpleegkundige is veel bij de patiënt en zij weet en ziet daardoor veel van de patiënt. Een kritische houding betekent het niet blindelings volgen van het beleid van de arts, maar zelf ook goed nadenken over wat je doet. Kritisch zijn naar het eigen functioneren betekent goed nadenken *waarom* ze iets doen en of de eigen kennis wel up to date is. Het onderzoek laat ook zien dat verpleegkundigen geneigd zijn om veel werk individueel te doen en vooral vanuit het belang van de patiënt te denken. Daarbij wordt weleens vergeten om stil te staan bij in hoeverre ze zelf emotioneel in staat zijn om zorg te bieden. Enerzijds is de sterke drive om voor de patiënt te zorgen een kracht van de verpleegkundige, anderzijds een valkuil. Teveel focus op het belang van de patiënt en te weinig aandacht voor het eigen functioneren kan juist afbreuk doen aan het doen van Goed Werk. Reflectie op het eigen functioneren is belangrijk om Goed Werk te kunnen doen. Het valt op dat de verpleegkundigen zelf ook aangeven dat een kritische houding een aspect van Goed Werk is. Dit komt niet specifiek terug in de literatuur over Goed Werk, maar wordt wel genoemd als kenmerk van de professional-nieuwe-stijl (Barnett, 1997; De Bruijn & Noordegraaf, 2010). Ook valt op dat de verpleegkundigen wel kritisch naar zichzelf kunnen zijn, maar het lastig vinden om verantwoording af te leggen over het eigen functioneren. Daarnaast komt de kritische houding ook terug in hoe de verpleegkundigen ontwikkelingen die van buiten komen zien. Een van die ontwikkelingen is de invoering en het werken met het JCI-model. Zie daarvoor de conclusies in deel 5.3.

Resultaat van de zorg versus zorg voor zichzelf

Het is voor de verpleegkundigen motiverend als ze resultaat van hun werk zien en het gevoel hebben dat ze daaraan hebben bijgedragen. Dit maakt het werk voor hen betekenisvol en motiveert om goed voor de patiënt te blijven zorgen, ook bij een hoger risico voor de eigen gezondheid en veiligheid. De bevinding dat **resultaat** motiverend is sluit aan bij de uitkomsten van onderzoeken van Edgar (1999) en Öztürk et al (2006). Zij stellen dat het verpleegkundigen motiveert als ze kennis hebben over de resultaten van het werk en verantwoordelijkheid ervaren voor de uitkomsten ervan. De verpleegkundigen noemen zelf dat ze soms beter voor de patiënt zorgen dan voor zichzelf. Dit raakt aan de basismotivatie: het ideaal om anderen te dienen. Dit sluit aan bij de stelling van Miller (2006) en Trappenburg (2011) dat de kern van de motivatie van de verpleegkundige is dat ze het belang van de

zorgvrager hoger acht dan het eigen belang. Dit laat zien dat de verpleegkundigen het *resultaat* voor de patiënt vaak belangrijker vinden dan de *gevolgen* van bepaalde handelingen voor zichzelf.

Demotivatie: conflicterende waarden bij het JCI-model

De verpleegkundigen ervaren voornamelijk twee demotiverende factoren: *collega's* en *veranderingen die de werkdruk verhogen en autonomie inperken*. Dit onderzoek laat zien dat *collega's* demotiverend kunnen werken als de communicatie en de sfeer op de afdeling niet goed zijn. Dit sluit aan bij de onderzoeken van Hertting et al (2004), Koivula et al (1998) en Tummers et al (2002; 2003). De verpleegkundigen geven aan dat de sfeer op de afdeling over het algemeen goed is. Ook de samenwerking met de artsen wordt door de meesten als positief ervaren. Samenwerking met artsen kan dus demotiverend werken, maar voor de meeste verpleegkundigen werkt dit motiverend.

Dit onderzoek laat zien dat *veranderingen* demotiverend kunnen werken omdat deze vaak tijd kosten; tijd om op de hoogte te blijven en tijd om aan veranderingen te wennen. Dit werkt demotiverend als de meerwaarde van de verandering voor zowel de patiënt als de verpleegkundige zelf niet duidelijk is. Dit heeft betekenis voor hoe de verpleegkundigen het JCI-model ervaren. Het onderzoek laat zien dat de verpleegkundigen hoofdzakelijk drie knelpunten ervaren bij het JCI-model: tijd, kosten en hoeveelheid en snelheid. Bij deze knelpunten botst de logica van de verpleegkundigen met die van het JCI-model. De verpleegkundigen hebben in de eerste plaats het gevoel dat ze te *weinig tijd* hebben voor het internaliseren van de normen. Daarnaast gaat de tijd van extra handelingen die ze moeten doen door het JCI-model ten koste van tijd voor de patiënt. Ten tweede kunnen de verpleegkundigen de bezuinigingen in de zorg niet rijmen met de hoge *kosten* van het JCI-model. Ook zorgen een aantal van de JCI-normen voor verspilling in plaats van besparing. Ten derde lijkt de *snelheid* van de invoering van het JCI-model belangrijker dan de kwaliteit ervan. Ook maken de steeds veranderende kaders waarbinnen gewerkt moet worden de verpleegkundigen onzeker. De aspecten *hoeveelheid* en *snelheid* van invoering van normen worden ook in de literatuur genoemd. Volgens Noordegraaf (2008) zorg een snelle invoering van veel en 'vreemd' ervaren standaarden tot vervreemding ervan. Dit kan ondermeer leiden tot weerstand. Tummers (2012) noemt dit *beleidsvervreemding* (2012: 146). Het lijkt erop dat de snelheid en hoeveelheid van de invoering van het JCI-model de beleidsvervreemding vergroten. Dit kan eraan bijdragen dat de verpleegkundigen minder geneigd zijn om mee te gaan in de invoering en het werken met het JCI-model. Dit onderzoek laat zien in hoeverre de verpleegkundigen mee lijken te gaan in het werken met het JCI-model: de normen worden *niet altijd* en *niet strikt* nageleefd. De verpleegkundigen passen de normen toe naar eigen inzicht. Bij is uitgewerkt bij punt 5.3.

Opvallend is de tweezijdige rol die werkdruk speelt. De verpleegkundigen worden gemotiveerd door een bepaalde mate van werkdruk. Het kunnen omgaan met hectiek en onverwachte gebeurtenissen motiveert. Als de werkdruk naar het gevoel van de verpleegkundigen te hoog wordt, werkt dit demotiverend. Werkdruk als motiverende én als demotiverende factor wordt ook aangetoond in de onderzoeken van Tummers et al (2002) en Van den Berg et al (2006; 2008). Werkdruk maakt het werk dus enerzijds uitdagend, maar een te hoge werkdruk kan afbreuk doen aan de motivatie.

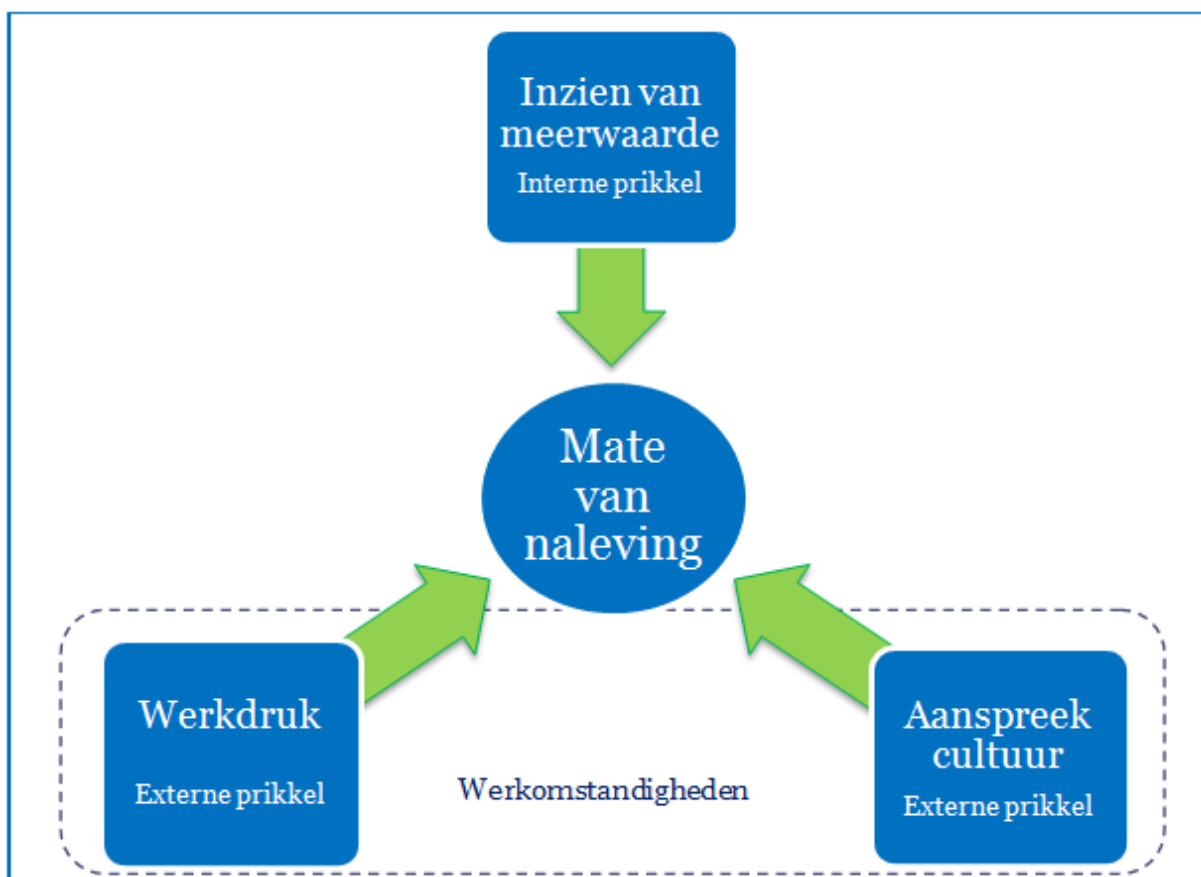
5.2 PARADOX: BETROKKENHEID VERSUS AUTONOMIE

Het onderzoek laat zien dat het JCI-model een reactie is op maatschappelijke ontwikkelingen die de druk vergroten om aan hoge kwaliteits- en veiligheidseisen te voldoen. Deze ontwikkelingen maken de noodzaak tot samenwerking tussen zorgverleners groter. Dit botst met ontwikkelingen in het team en de autonomie van de verpleegkundigen. Het verpleegkundig team is de laatste jaren verjongd en er wordt individualistischer gewerkt dan een aantal jaren geleden. Dit zorgt voor spanning. Goede samenwerking is een motiverende factor (Hertting et al., 2004), maar dit verkleint de autonome ruimte. Dit onderzoek en de literatuur laten echter zien dat deze autonomie ook een motiverende factor is (Janssen et al., 1999; McCloskey, 1990; Tummers et al., 2002; 2006; Van den Berg et al., 2006). De verpleegkundigen geven de bescherming van de autonomie prioriteit en geven dit vorm door vooral individualistisch te werken. Dit komt ook terug in de paradox tussen **betrokkenheid** en **autonomie**. Dit zijn twee motiverende factoren. Verpleegkundigen hebben behoefte aan sociale ondersteuning (Tummers et al., 2002; 2003) en sociale contacten (Janssen et al., 1999), maar hechten ook veel waarde aan hoge autonomie bij het nemen van beslissingen (Janssen et al., 1999; McCloskey, 1990; Tummers et al., 2002; 2006; Van den Berg et al., 2006).

De verpleegkundigen combineren de voordelen van de sociale steun met de voordelen van de autonomie. Dit doen ze door wel persoonlijk betrokken te zijn *op* het werk, maar niet *bij* het werk. Dit uit zich doordat de verpleegkundigen individualistisch werken en elkaar nauwelijks aanspreken op werkafspraken en normnaleving. Hierdoor beschermen de verpleegkundigen de eigen autonomie en daarmee beperken ze het effect van verkleining van de autonomie op de eigen motivatie. Dit doen ze in het werken met het JCI-model door elkaar niet aan te spreken op naleving van de JCI-normen. Het onderzoek laat zien dat dit mede komt doordat de professionele rol en de persoon bij de verpleegkundigen grotendeels samenvallen. Dit zorgt ervoor dat kritiek op de invulling van de professionele rol en aanspreken op normnaleving vaak persoonlijk wordt opgevat. De verpleegkundigen hebben daardoor moeite met aangesproken worden en het krijgen van feedback. Daardoor zijn ze geneigd om ook collega's geen feedback te geven.

5.3 MOTIVATIE VEREIST VERTROUWEN IN AUTONOMIE

Dit onderzoek laat zien dat de basismotivatie van de verpleegkundigen onder druk kan komen te staan door het JCI-model. De verpleegkundigen geven in het onderzoek aan dat het JCI-model vooral de motivatie op korte termijn kan frustreren en belemmeren. De invloed op de basismotivatie lijkt beperkt. Dit wordt mogelijk veroorzaakt doordat niet-naleving van de normen bij het JCI-model weinig gevolgen lijkt te hebben. Niet-naleving doet pijn als het aan het licht komt bij tracers, het maken van fouten of bij aanspreken door collega's. De tracers en het aanspreken zijn namelijk momenten waarop anderen de autonome ruimte van de verpleegkundige betreden. De verpleegkundigen ervaren dat als vervelend. Ze zijn professionals die handelen vanuit de motivatie om de beste zorg te bieden aan de patiënt. Daarbij vertrouwen ze op de eigen kennis en vaardigheden. Het beeld van de tracer-methodiek laat zien dat de methodiek niet werkt zoals die is bedoeld. De verpleegkundigen zien de positieve kant van tracers, het leereffect, maar ervaren het vooral als controle. Ook beoordelen traceraars naleving verschillend. Dit maakt de verpleegkundigen kritisch naar de tracer-methodiek. Het onderzoek laat zien dat de verpleegkundigen elkaar nauwelijks aanspreken op naleving van normen. Reden hiervoor lijkt de bescherming van de eigen autonomie te zijn. Dit leidt tot het beeld van elementen die de mate van normnaleving beïnvloeden in model 5.1.



Model 5.1: schematische weergave van elementen die de mate van naleving van normen beïnvloeden

Het onderzoek laat dus zien dat het JCI-model de dagelijkse werkmotivatie van de verpleegkundigen **tijdelijk** kan frustreren en belemmeren in het werk. De invloed op de basismotivatie lijkt beperkt, maar deze conclusie is te voorbarig. Het is voor de verpleegkundigen namelijk mogelijk om gewoon hun werk te doen zonder al teveel mee te gaan in het JCI-model. Naarmate de normen in de *praktijk* meer impact krijgen, zal de werkdruk stijgen. Dit kan ervoor zorgen dat de verpleegkundigen naar hun gevoel **te weinig aan het bed** kunnen staan. Deze stijgende werkdruk, of strenger wordende eisen, zijn volgens Miller (2006) een obstakel voor het doen van Goed Werk. Dit betekent dat het JCI-model bij meer impact het doen van Goed Werk kan belemmeren. Daarmee wordt dan ook de motivatie van verpleegkundigen negatief beïnvloed. Dit raakt aan de basismotivatie. De verpleegkundigen willen anderen dienen en het contact met de patiënt maakt het werk voor hen betekenisvol. Een zekere instandhouding van de autonomie om af te wijken van de normen lijkt voor de verpleegkundigen nodig om op korte- en lange termijn gemotiveerd te blijven. Deze autonomie betekent niet dat de verpleegkundigen principieel en structureel afwijken van normen, maar incidenteel. Normen dienen nageleefd te worden, maar in sommige gevallen zijn ze er ook om niet nageleefd te worden. Acute situaties en het handelen in individuele gevallen kan vragen om afwijking van normen. In die gevallen is vertrouwen op de professionele invulling van de autonomie door verpleegkundigen vereist.

6. DISCUSSIE

In dit deel worden ten eerste de uitkomsten van dit onderzoek geplaatst in het bredere maatschappelijke en wetenschappelijk debat. In de tweede plaats wordt gereflecteerd op de betekenis van dit onderzoek voor verder onderzoek.

6.1 BEVINDINGEN BEDISCUSSIEERD

Het JCI-model kan voor verpleegkundigen een antwoord bieden op de eisen die vanuit de prestatie logica en de publieke logica aan de zorg worden gesteld. Dit model lijkt echter niet goed aan te sluiten bij de professionele logica. Dit komt doordat de aard van de professionele logica moeilijk te verenigen is met de aard van de publieke- en de prestatie logica. De verpleegkundigen hechten veel waarde aan autonomie en de tijd die ze aan het bed staan om voor de patiënt te zorgen. Het JCI-model perkt de autonomie in en zet de tijd die de verpleegkundige heeft om aan het bed te staan onder druk. Dit kan schadelijk zijn voor de motivatie van de verpleegkundigen, zowel op korte termijn als op lange termijn.

Voor normen die de autonomie inperken is het van belang dat er overeenstemming over is binnen de professie. Inspraak voor de verpleegkundigen is hierbij van belang. Normen moeten namelijk niet opgelegd worden, maar de verpleegkundigen moet zich er **eigenaar** van voelen. In dat geval zullen ze de normen accepteren als het kader van hun autonomie (Johns, 1990). Het onderzoek laat zien dat de verpleegkundigen zich geen eigenaar voelen van een deel van de normen van het JCI-model. Hoewel de normen vanuit het werkveld komen, zien de verpleegkundigen niet overal de meerwaarde van in. Ze zijn gemotiveerd om de normen die ze onderschrijven na te volgen. De normen die ze niet onderschrijven leven ze in bepaalde situaties ook na, maar daarbij proberen ze wel de eigen autonomie in stand te houden. Die autonomie is volgens Argyris & Schön (1974) belangrijk voor professionals. De keuzevrijheid van het individu hangt namelijk af van de toegang die het heeft tot de persoonlijke capaciteiten en de autonome invulling daarvan. Mensen die verantwoordelijkheid dragen voor werk dat buiten hun persoonlijke grenzen valt, zullen daarom defensief zijn. Verpleegkundigen zullen daarom bij als vreemd ervaren normen weerstand bieden (Noordegraaf, 2008: 41). Dit blijkt ook uit het onderzoek. De verpleegkundigen tonen weerstand tegen de normen, maar die weerstand is onbewust en impliciet. Het werken met de normen lijkt namelijk **weinig impact** te hebben op het werk van de verpleegkundigen. Er is gevoelsmatig sprake van **grote afstand** tussen de verpleegkundigen en het JCI-model. Het model wordt ervaren als iets van buiten en de verpleegkundigen voelen zich geen eigenaar van alle normen. De geringe impact en grote afstand zorgen voor **stille weerstand**: geen openlijk verzet tegen het JCI-model, maar wel *gedeelte*lijke niet-naleving van normen. Het geringe gevoel van eigenaarschap van de normen en de stille weerstand hebben twee oorzaken. De tracer-methodiek lijkt haar doel te missen en de aanspreekcultuur op de afdeling sluit niet aan bij wat nodig is voor een goede werking van het JCI-model.

Het voorgaande werpt de vraag op of het JCI-model als middel tot verbetering van de kwaliteit- en patiëntveiligheid wel op een juiste wijze wordt ingezet. Een achterliggende vraag betreft de aanname die ten grondslag ligt aan het JCI-model. Het model beoogt aan te sluiten bij de professionele logica doordat de normen evidence-based zijn en de tracer-methodiek middel moet zijn voor dialoog over de normen. Dit lijkt in theorie te werken doordat het model op deze wijze aansluit bij het **begrip** van de verpleegkundigen. De praktijk laat een ander beeld zien. Het JCI-model is namelijk, hoewel bottom-up ontworpen, top-down ingezet. De verpleegkundigen hadden wel inspraak bij de implementatie, maar geen keuze. Deze wijze van implementatie zorgt ervoor dat de verpleegkundigen zich geen eigenaar van de normen voelen. Daarnaast maakt deze wijze van implementatie het kweken van *begrip* voor de normen lastig. De verpleegkundigen lijken ook maar deels de **meerwaarde** van het model in te zien. Een van de oorzaken daarvan ligt in de *framing* van het JCI-model: hoe het wordt gecommuniceerd naar de verpleegkundigen. Het model is door het management van het UMC Utrecht ingevoerd als een middel tot verbetering van de kwaliteit en patiëntveiligheid. In feite is het echter een antwoord op veranderende verhoudingen in de samenleving waar de verpleegkundige **zelf** ook antwoord op moet

geven. De verpleegkundigen zien door de gebruikte framing het JCI-model als 'iets van het management'. Het is echter voor henzelf ook een middel om te laten zien dat ze goede zorg leveren die voldoet aan de eisen die de samenleving aan zorgverlening stelt.

De snelheid van de invoering van het model speelt mogelijk ook een rol bij de mate waarin het JCI-model aansluit bij de professionele logica. Voor het gehele proces - van invoering tot accreditatie - is anderhalf jaar uitgetrokken. Afgevraagd kan worden of deze snelheid wel recht doet aan de impact van het JCI-model en de tijd die nodig is om het model te verankeren in de werkwijze van de verpleegkundigen. Een dergelijke verandering in de werkzaamheden vraagt namelijk om tijd om te wennen aan de veranderingen. De snelheid van de invoering kan zodoende ten koste gaan van de kwaliteit ervan.

Ten slotte kan de vraag opgeworpen worden of de impact die het JCI-model op het werk en de motivatie van de verpleegkundigen heeft, opweegt tegen de resultaten die behaald worden door het werken met het JCI-model. Dit onderzoek laat zien wat het werken met het model voor **gevolgen** kan hebben voor de motivatie van de verpleegkundigen, onduidelijk is wat de **resultaten** van het werken met het JCI-model zijn. Het inzichtelijk maken van deze resultaten kan helpen om het JCI-model als middel tot verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid te beoordelen, maar niet onbelangrijk: het kan ook helpen om de verpleegkundigen de meerwaarde van het JCI-model in te laten zien. De meerwaarde voor de verpleegkundigen zit hierbij in het nut voor de eigen veiligheid en die van de patiënt. Indien deze meerwaarde overtuigend is en ook zo overgebracht kan worden, is het JCI-model in potentie een middel dat de motivatie van de verpleegkundigen niet aantast, maar prikkelt en stimuleert.

6.2 REFLECTIE EN IMPLICATIES

Het onderzoek levert een aantal nieuwe inzichten, maar ook nieuwe vragen op. Om deze vragen te laten resulteren in vernieuwende en dieperliggende inzichten worden enkele aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

Een eerste aanbeveling, en tevens kanttekening bij dit onderzoek, is dat de invloed van het JCI-model op de motivatie van de verpleegkundigen is onderzocht op het moment dat de formele implementatie van het model pas recent was afgerond. Zoals het onderzoek laat zien moeten verpleegkundigen *wennen* aan veranderingen. Dat geldt ook voor het JCI-model. Dit leidt tot de aanbeveling om dit onderzoek na enkele jaren te herhalen. Dit kan laten zien of en hoe de invloed op de motivatie verandert. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een negatieve uitwerking van het JCI-model op de motivatie op korte termijn, verandert in een positieve invloed op de motivatie op de langere termijn.

De tweede aanbeveling is om een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren op andere afdelingen en in andere contexten, bijvoorbeeld in niet-academische (perifere) ziekenhuizen en andere landen. Een dergelijk onderzoek kan de relatie laten zien tussen enerzijds de organisationele context en de kenmerken van de verpleegkundigen, en anderzijds de wijze waarop zij veranderingen ervaren.

De derde aanbeveling betreft het doen van onderzoek naar hoe ontwikkelingen in de breedte van de samenleving teamculturen in ziekenhuizen beïnvloeden. Dit onderzoek laat zien dat een verjonging van het team zorgt voor individualistischer werken, terwijl veranderende verwachtingen om samenwerking vragen. Interessant om te onderzoeken is hoe ontwikkelingen in de samenleving de manier van werken van verpleegkundigen beïnvloeden en hoe dit uitwerkt op de werkwijze van verpleegkundigen.

7. AANBEVELINGEN

In dit deel zijn concrete aanbevelingen geformuleerd voor specifieke (groepen) personen in het UMC Utrecht en op de afdeling Longziekten.

De context van de aanbevelingen is dat veranderende verwachtingen nieuwe eisen stellen aan de professionele dienstverlening. Het UMC Utrecht anticipeert hierop door het doorlopen van het proces dat moet leiden tot accreditatie door de JCI. Accreditatie kan voor de verpleegkundigen dienen als legitimatie van de professionaliteit. De krachtbron van de verpleegkundigen om aan de veranderende verwachtingen te voldoen zit in de kern van de motivatie: het ideaal om dienstbaar te zijn aan de patiënt.

In de discussie is onder meer de vraag opgeworpen of het JCI-model het juiste middel is om een verbetering van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te realiseren. Logischerwijs zou hier het advies uit voortvloeien om te overwegen of het JCI-model het juiste middel is. Vanuit het bewustzijn dat het traject ver gevorderd is en een heroverweging daardoor mosterd na de maaltijd is, zijn andere aanbevelingen op zijn plaats. Deze aanbevelingen hebben als uitgangspunt dat het JCI-model een vaststaand feit is en betreffen tips tot verbetering en aanvulling op de inzet van het JCI-model.

Verpleegkundigen

- **Denk actief mee** over de waarde van het JCI-model of alternatieve methoden als middel tot verbetering van kwaliteit- en patiëntveiligheid;
- **deel je mening** over het JCI-model, bespreek het met collega's en de direct leidinggevenden zodat het gebruikt kan worden voor verbetering van de werking van het JCI-model;
- **je bent professional**: wees je bewust van je professionele rol en de verantwoordelijkheid als verpleegkundige om samen te werken en verantwoording af te leggen over je handelen;
- verantwoording is de keerzijde van autonomie en een **kans** om je professionaliteit te bewijzen naar patiënten en hun familie, collega's en leidinggevenden
- **spreek elkaar aan** op werkafspraken en normnaleving, dit versterkt de samenwerking en de kwaliteit van de zorg voor de patiënten. Een collega weet niet dat hij of zij iets fout doet als jij het niet zegt. Het leren van een collega begint met jouw verantwoordelijk om hem of haar te wijzen op verbeterpunten. Bespreek met collega's hoe jij wilt dat anderen jou wijzen op verbeterpunten.

Leidinggevenden afdeling Longziekten

- **Kijk en luister**: zoek samen met de verpleegkundigen naar hoe het JCI-model op een voor hen betekenisvolle wijze toegepast kan worden in het werk. Agendeer dit voor teambijeenkomsten;
- **vertel**: ga er niet van uit dat de verpleegkundigen de meerwaarde van het JCI-model vanuit zichzelf inzien, maak de meerwaarde duidelijk door het vertellen van verhalen met goede en minder goede voorbeelden van zorgverlening;
- **communiceer helder**: maak duidelijk wat de JCI-normen praktisch voor de verpleegkundigen betekenen, pas hierbij meerdere middelen toe: mail, face-to-face contact, teambijeenkomsten, een 'norm van de week';
- **organiseer** mini-tracers op de afdeling, doe deze zelf en laat alle verpleegkundigen dit doen. Begin met het laten zien van de meerwaarde hiervan voor zowel verpleegkundige als patiënt en werk van daaruit naar een praktische invulling in de vorm van mini-tracers;
- **creëer eigenaarschap**: zet in op een verandering van de aanspreekcultuur op de afdeling
 - ➔ geef zelf het goede voorbeeld
 - ➔ zorg ervoor dat alle verpleegkundigen training krijgen over het onderscheid tussen de professionele rol en de persoon, zodat men elkaar leert aanspreken
 - ➔ selecteer een aantal verpleegkundigen die de eigenschappen hebben om een rolmodel te zijn in het aanspreken en train deze daarin; rolmodellen dragen bij aan een cultuur van aanspreken

- maak door voorbeelden duidelijk wat de gevolgen zijn van fouten door niet-naleving van normen en werkafspraken

Implementatieteam JCI

- **Zet tracers in als middel** om de meerwaarde van normen duidelijk te maken, niet als controle;
- **selecteer traceraars** op basis van competentie, in het bijzonder de sociale vaardigheden en gespreksvaardigheden. Een traceraar moet aan kunnen sluiten bij het perspectief van de professional, kunnen luisteren, uitleggen en overtuigen;
- **bewijs meerwaarde** van het JCI-model door resultaten van normnaleving te meten. De professionals zijn pas overtuigd van de meerwaarde als deze bewezen is;
- **frame het JCI-model** als reactie op de veranderende verwachtingen, sluit daarbij aan bij het perspectief van de verpleegkundige, deze denkt vanuit het belang van naleving voor zichzelf en de patiënt.

Bestuurders UMC Utrecht

- **Verander verhalen:** vertel verhalen die helder maken waarom de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid verbeterd moet worden. Sluit aan bij het perspectief van de verpleegkundige, dus vertel vanuit het belang van de verpleegkundige en de patiënt.

8. NAWOORD

Verwachtingen. In het proces dat heeft geleid tot deze scriptie had ik verwachtingen van de inhoud van het onderzoek, verwachtingen van mezelf en verwachtingen van het eindresultaat. Wat heeft deze scriptie gebracht?

In de eerste plaats de inhoudelijke verwachtingen. Mijn verwachting aan het begin van het onderzoek was dat het JCI-model de motivatie van verpleegkundigen stimuleerde. Het JCI-model leek aan te sluiten bij de logica van verpleegkundigen en een meerwaarde te vormen voor de zorg voor de patiënt. Voor de verpleegkundige staat de patiënt centraal, dus ik redeneerde dat het JCI-model positief in zou werken op de motivatie. Deze verwachting is niet waar gemaakt, maar dat is geen teleurstelling. Ik heb geleerd vooronderstellingen los te laten, me in te leven in het perspectief van anderen en wat ik zie genuanceerd op te schrijven.

Ten tweede de verwachtingen van mezelf. Die had ik vooraf opgeschreven, dat maakt het wat makkelijker om er hier iets over te zeggen. Ik had drie doelen. Deze heb ik redelijk uitgebreid geformuleerd. Achteraf zou ik dit in het belang van de leesbaarheid anders doen. Een eerste poging daartoe doe ik in dit nawoord. De eerste doelstelling was het ontwikkelen van mijn vaardigheden voor het doen van wetenschappelijk onderzoek. Het feit dat ik af mag studeren wijst erop dat ik daar in ben geslaagd. Niet onbelangrijk, ik heb ook zelf het idee dat ik stappen heb gemaakt in het doen van onderzoek. Dit is deels te danken aan mijn eigen inzet en voor een deel ook aan mensen die me af en toe een duwtje gaven. Een tweede doelstelling was dat het onderzoek bij zou dragen aan de ontwikkeling van mijn competenties en (sociale en communicatieve) vaardigheden. Hoewel dit moeilijk meetbaar is, durf ik te zeggen dat ik hierin ben gegroeid. In de derde plaats wilde ik mijn begrip van de dynamiek in een organisatie waar professionals werken vergroten en doorontwikkelen. Dat is gelukt. Ik heb meer begrip gekregen voor de perspectieven van professionals, maar ook voor die van managers. Inzicht in beiden is cruciaal om de dynamiek tussen managers en professionals te begrijpen.

Ten derde verwachtingen van het eindresultaat. Mijn doel was om een scriptie te schrijven die door meer mensen gelezen zou worden dan alleen mijn eerste en tweede scriptiebegeleider. Dat is al gelukt voordat ik dit nawoord schrijf. Zes mensen hebben ondertussen de scriptie gelezen. Er zit echter meer achter dit doel. Ik wilde een scriptie schrijven die het lezen waard was en die betekenis heeft voor de praktijk. Gesprekken met onder andere Ariane, het senior-unithoofd van de afdeling Longziekten, bevestigden voor mij dat deze scriptie naast een plekje in mijn eigen boekenkast ook voor anderen meerwaarde heeft. Om dicht bij het thema van deze scriptie te blijven: dit geeft mij voldoening en maakte het schrijven van deze scriptie voor mij betekenisvol. Ik heb het idee dat ik Goed Werk heb kunnen leveren en dat motiveerde mij, ook tijdens het proces.

Afsluitend enkele woorden voor en over de verpleegkundigen op de afdeling Longziekten. Door het onderzoek heb ik veel respect gekregen voor deze verpleegkundigen. Ik heb mogen zien dat ze vol passie zijn voor hun werk en van daaruit goed voor de patiënten zorgen. Dit is iets om vast te houden en waar mogelijk te versterken.

9. VERKLARENDE WOORDENLIJST

Accreditatie: het toekennen van een keurmerk aan een organisatie. Accreditatie door de JCI laat zien dat een zorginstelling aan internationale standaarden van kwaliteit en patiëntveiligheid voldoet.

Autonomie: de vrijheid van een professional om beslissingen te nemen binnen de formele en informele kaders die gesteld zijn aan het handelen.

Goede zorg: een gedeeld en uniek begrip van wat goede zorg is. Dit begrip ontstaat in een groep, zoals onder verpleegkundigen.

JCI: afkorting voor Joint Commission International, een gezaghebbende organisatie die zorginstellingen accrediteert voor de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

JCI-model: het kader met de normen van de JCI en de wijze waarop dit kader wordt toegepast. Deze toepassing betreft het implementeren van de normen via de leidinggevende lagen en de inzet van de tracer-methodiek.

Motivatie: dit valt uiteen in basismotivatie en dagelijkse werkmotivatie. De basismotivatie is een hoger doel dat iemand motiveert om zijn werk te doen. De dagelijkse werkmotivatie bestaat uit doelen die iemand op korte termijn in zijn werk heeft.

Professional: iemand die in zijn werk algemene kennis en ervaringen toepast in individuele en unieke gevallen en daardoor een bepaalde mate van autonomie nodig heeft in het handelen.

Tracer-methodiek: het toetsen en implementeren van de normen van de JCI door middel van tracers. Een tracer volgt het pad en de ervaringen van een patiënt om de prestaties van een zorginstelling te toetsen aan de internationale JCI-standaarden. De tracers worden uitgevoerd door traceraars.

Traceraars: mensen die de tracers in het ziekenhuis uitvoeren. Het UMC Utrecht heeft zeventig mensen uit alle lagen van de organisatie opgeleid die naast hun vaste functie in tweetallen tracers uitvoeren in het ziekenhuis.

Patiëntveiligheid: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem.

10. REFERENTIES

- Abbott, A. (1988). *The system of the professions*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Ackroyd, S. & Muzio, D. (2007). The Reconstructed Professional Firm: Explaining Change in English Legal Practices, *Organization Studies*, 2007, 28(5), 729-747.
- Ackroyd, S., & Crowdy, P. A. (1990). Can Culture be Managed? Working with “Raw” Material: the Case of the English Slaughtermen. *Personnel Review*, 19(5), 3–13.
- Agar, M. (2009). On the Ethnographic Part of the Mix: A Multi-Genre Tale of the Field, *Organizational Research Methods*, 13(2), 286–303.
- Aken, J. van (1994). Bedrijfskunde als ontwerpwetenschap, *Bedrijfskunde*, 66(1), 16-26.
- Al-Awa, B., De Wever, A., Melot, C., Devreux, I. (2011). An Overview of Patient Safety and Accreditation: A Literature Review Study, *Research Journal of Medical Sciences*, 5(4), 200–223.
- Argyris, C. (1970). *Intervention Theory and Method: a Behavioral Science View*. Reading, MA: Addison Wesley
- Argyris, C. & Schon, D. (1974). *Theory in Practice Increasing Professionals Effectiveness*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Barnett, R. (1997). *Higher Education: A Critical Business*. Buckingham: Open University Press
- Batey, V.M. & Lewis, M.F. (1982). Clarifying Autonomy and Accountability in Nursing Service: part I, *The Journal of Nursing Administration*, 12(9), 13-18.
- Bekkers, V. J. J. M., Edwards, A., Fenger, M., & Dijkstra, G. (2007). *Governance and the Democratic Deficit, Assessing the Legitimacy of Governance Practices*. Aldershot: Ashgate.
- Berg, T.I.J. van den, Landeweerd, J.A., Tummers, G.E.R. & Van Merode, G.G. (2006). A Comparative Study of Organizational Characteristics, Work Characteristics and Nurses’ Psychological Work Reactions in a Hospital and Nursing Home Settings, *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 491–505.
- Berg, T.I.J. van den, Vrijhoef, H.J.M., Tummers, G., Landeweerd, J.A. & Van Merode, G.G. (2008). The Work Settings of Diabetes Nursing Specialists in the Netherlands: a Questionnaire Survey, *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1422-1432.
- Bergman, R. (1981). Accountability - Definition and Dimensions, *International Nursing Review*, 28(2), 53-59.
- Bishop, A.H. & Scudder, J.R. (1990). *The Practical, Moral and Personal Sense of Nursing: a Phenomenological Philosophy of Practice*. New York, NY: State University of New York Press.
- Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory, *American Sociology Review*, 19(1), 3-10.
- Boeije, H.R., ‘t Hart, H. & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom
- Boonstra, J.J. & de Caluwé, L.C.A. (red) (2006). Intervenieren en Veranderen. Zoeken naar Betekenis in Interacties, *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 60(3/4), 1-20.
- Boonstra, J.J. (2004). *Dynamics of Organizational Change and Learning*. Chichester: Wiley
- Bremer, M., Lamers, M. & Burm, K. (2008). *Nationaal Onderzoek Zorgcultuur*. Zwolle: Kikker Groep
- Brink, G. van den, Jansen, T. & Pessers, D. (red.) (2005). *Beroepszeer: Waarom Nederland niet Goed Werkt*. Meppel: Boom

- Bruijn, H. de, & Noordegraaf, M. (2010). Professionals versus Managers? De Onvermijdelijkheid van Nieuwe Professionele Praktijken. *Bestuurskunde*, 6(3), 6–20.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press
- Buetow, S.A. & Wellingham, J. (2003). Accreditation of General Practice: Challenges and Lessons, *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 129-135.
- Chitty, K.K. (1993). *Professional Nursing: Concepts and Challenges*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders
- Christensen, T. & Laegreid, P. (eds.). (2001). *New Public Management: The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot: Ashgate
- Coles, C. (2002). Developing Professional Judgment, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(1), 3-10.
- Cooman, R. De, De Gieter, S., Pepermans, R., Du Bois, C., Caers, R. & Jegers, M. (2008). Freshmen in Nursing: Job Motives and Work Values of a New Generation, *Journal of Nursing Management*, 16(1), 56–64.
- Crone, R. K. (2008). Flat medicine? Exploring Trends in the Globalization of Health Care, *Academic Medicine*, 83(2), 117–121.
- Donahue, K.T. & Van Ostenberg, P. (2000). Joint Commission Accreditation: Relationship to Four Models of Evaluation, *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 243–246.
- Duyvendak, J.W., Knijn, T. & Kremer, M. (2006). *Professionals Between People and Policy*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Edgar, L., (1999). Nurses' Motivation and its Relationship to Characteristic of Nursing Care Delivery Systems: a Test of the Job Characteristics Model, *Canada Journal of Nursing Leadership*, 12 (1), 14–22.
- Emerson, R. M., Fretz, R.I. & Shaw, L.L. (2001). Participant Observation and Fieldnotes. In: Atkinson, P., A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland & L. Lofland (2001). *Handbook of Ethnography*. London: Sage Publications, 352-367.
- Emery, Y., & Giaouque, D. (2003). Emergence of Contradictory Injunctions in Swiss NPM Projects, *International Journal of Public Sector Management*, 16(6), 468-481.
- Ewalt, J. A. G., & Jennings, E. T. (2004). Administration, Governance, and Policy Tools in Welfare Policy Implementation, *Public Administration Review*, 64(4), 449-462.
- Fleming, P. (2005). Workers' Playtime? Boundaries and Cynicism in a 'Culture of Fun' Program, *The Journal of Applied Behavioral Science*, 41(3), 285-303.
- Frederickson, H.G. & Smith, K.B. (2003). *The Public Administration Theory Primer*. New York: Perseus Books
- Gardner, H., Csikszentmihalyi, M. & Damon, W. (2009). Het GoodWork Project®: Enkele Resultaten van Vijftien Jaar Onderzoek. In: Jansen, T., Van den Brink, G. & J. Kole (red.) (2009). *Beroepstrots: een Ongekende Kracht*. Amsterdam: Boom, 48-76.
- Gastelaars, M. (2006). *Excuses voor het Ongemak - de vele Gevolgen van Klantgericht Organiseren*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Gastelaars, M., & Van Wijk, E. (2007). Reconnecting Organizational and Professional Identities. Creative Professionals and Account Managers in the Advertising Industry, *International Critical Management Studies Conference, 11- 13 juli, 2007, Manchester, UK*, 1-18.

- Gastmans, C., Dierckx de Casterle, B. & Schotsmans, P. (1998). Nursing Considered as Moral Practice: a Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8(1), 43-69.
- Glen, S. (1998), Emotional and Motivational Tendencies: the Key to Quality Nursing Care?, *Nursing Ethics*, 5(1), 36-42.
- Grumbkow, J. von (red.) (1989). *Arbeidsmotivatie. Een Psychologische Benadering*. Assen: Van Gorcum
- Hackman, J.R. & Oldham, G. (1980). *Work Redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Hafferty, F.W., & Light, D.W. (1995). Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work, *Journal of Health and Social Behavior*, 35(1), 132–153.
- Haggerty, L.A. & Grace, P. (2008). Clinical Wisdom: the Essential Foundation of “Good Nursing Care”, *Journal of Professional Nursing*, 24(4), 235-240.
- Hakvoort, J.L.M. (1996). *Methoden en Technieken van Bestuurskundig Onderzoek*. Delft: Eburon
- Hall, R.H. (1968). Professionalization and Bureaucratization, *American Sociological Review*, 33(1), 92-104.
- Hameeteman, R. (2009). *De kracht van mensen*. Zaltbommel: Uitgeverij Haystack.
- Hannertz, U., Liljeström, R. & Löfgren, O. (1982). *Kultur och Medvetande (Culture and Consciousness)*. Stockholm: Akademilitteratur
- Hertting, A., Nilsson, K., Theorell, T. & Sätterlund Larsson, U. (2004). Downsizing and Reorganization: Demands, Challenges and Ambiguity for Registered Nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 145–154.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B.B. (1967). *The Motivation to Work*. New York, NY: Wiley
- Hood, C. (1991). A Public Management for all Seasons, *Public Administration*, 19(1), 3-19.
- Hulst, M. J. van (2008). Quite an Experience: Using Ethnography to Study Local Governance, *Critical Policy Analysis*, 2(2), 143–159.
- Iliopoulou, K.K. & While, A.E. (2010). Professional Autonomy and Job Satisfaction: Survey of Critical Care Nurses in Mainland Greece, *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2520–2531.
- Jansen, T., Brink, G. van den & Kole, J. (red.). (2009). *Beroepstrots: een Ongekende Kracht*. Amsterdam: Boom.
- Janssen, P.P.M., De Jonge, J. & Bakker, A.B. (1999). Specific Determinants of Intrinsic Work Motivation, Burnout and Turnover Intentions: a Study among Nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1360–1369.
- Johns, C. (1990). Autonomy of Primary Nurses: the Need to both Facilitate and Limit Autonomy in Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 15(8), 886–894.
- Jovanovic, B. (2005). Hospital Accreditation as Method for Assessing Quality in Healthcare. *Archive of Oncology*, 13(4), 156–157.
- Kivimäki, M, Voutilainen, P. & Koskinen, P. (1995). Job Enrichment, Work Motivation, and Job Satisfaction in Hospital Wards: Testing the Job Characteristics Model, *Journal of Management*, 3(2), 87–91.
- Kluver, R & Tippet, J. (2009). Employee Rewards and Motivation in Non Profit Organizations: Case Study from Australia, *International Journal of Business and Management*, 4(3). 7-14.

- Koivula, M., Paunonen, M. & Laippala, P. (1998). Prerequisites for Quality Improvement in Nursing, *Journal of Nursing Management*, 6(6), 333–342.
- Kotter, J.P. (1995). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail, *Harvard Business Review*, (March-April), 59-67.
- Leistikow, I. P. (2010). *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Proefschrift Technische Universiteit Delft.
- Llewellyn, S. (2001). ‘Two-way windows’: Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies*, 22(4), 593–623.
- Lunenberg, F.C. (2011). Organizational Structure: Mintzberg’s Framework, *International Journal of Scholarly Academic Intellectual Diversity*, 14(1), 1-8.
- Maanen, J. van. (1979). The Fact of Fiction in Organizational Ethnography, *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 539–550.
- Maseland, A. (2013). Bij Ons is Alles Bespreekbaar, maar het Moet wel Gezellig Blijven, *Nursing*, april 2013
- McCloskey, C.J. (1990). Two Requirements for Job Contentment: Autonomy and Social Integration, *Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 140–143.
- McKay, P.S. (1983). Interdependent Decision Making: Redefining Professional Autonomy, *Nursing Administration Quarterly*, 7(4), 21-30.
- Metselaar, E. E. (1997). *Assessing the willingness to change: Construction and validation of the DINAMO*. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Miller, J.F. (2006). Opportunities and Obstacles for Good Work in Nursing, *Nursing Ethics*, 13(5), 471-487.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Moloney, M.M. (1992). *Professionalization of Nursing: Current Issue and Trends*. Philadelphia, PA: Lippincott
- Moody, R. C., & Pesut, D. J. (2006). The motivation to care: Application and extension of motivation theory to professional nursing work, *Journal of Health Organisation and Management*, 20(1), 15–48.
- Morgan, G. (2006). *Images of Organization*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Mryyan, M.T. (2004). Nurses’ Autonomy: Influence of Nurse Managers’ Actions, *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 326-336.
- Noordegraaf, M. & Steijn, A.J. (red.). (2013). *Professionals under Pressure. The Reconfiguration of Professional Work in Changing Public Services*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Noordegraaf, M. & Sterrenburg, J. (2009). Administratieve Lasten voor Publieke Professionals: Ficties en Feiten. In: T. Jansen, G. van den Brink & J. Kole (red.). *Beroepstrots: een Ongekende Kracht*. Amsterdam: Boom, 115-128.
- Noordegraaf, M. (2007). From Pure to Hybrid Professionalism. Present-day Professionalism in Ambiguous Public Domains, *Administration & Society*, 39(6), 761-785.
- Noordegraaf, M. (2012). *Organiseren van Professionele Samenwerking*. Presentatie najaarsconferentie 2012, UMC Utrecht

- Ogbonna, E. (1992). Managing Organisational Culture: Fantasy or Reality?, *Human Resource Management Journal*, 3(2), 42-54.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government*. Reading, MA: Adison Wesley Public Company
- Oztürk, H., Bahcecik, N. & Baumann, S.L. (2006). Nursing Satisfaction and Job Enrichment in Turkey, *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 360-365.
- Peters, T.J. & Waterman, R.H. (1982). *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-run companies*. New York, NY: Harper & Row
- Peters, C. R., & Sauer, K. M. (2011). A Survey of Medical Tourism Service Providers, *Journal of Marketing Development and Competitiveness*, 5(3), 117-126.
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 1990s?* Oxford: Blackwell
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pomey, M-P., Francois, P., Contandriopoulos, A.T. & Bertrand, D. (2005). Paradoxes of French Accreditation, *Quality and Safety in Health Care*, 14(1), 51-55.
- Putters, K. (2006). Het Zoekende Ziekenhuis: Strategiebepaling in een Hybride Context. In: Brandsen, T., Van den Donk, W. & Kenis, P. (2006). *Meervoudig Bestuur, Publieke Dienstverlening door hybride organisaties*. Den Haag: Lemma, 143-159.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). (2006). *Verschil Maken: Eigen Verantwoordelijkheid na de Verzorgingsstaat*. Den Haag: SDU
- Reinhardt, A. C., & Keller, T. (2009). Implementing Interdisciplinary Practice Change in an International Health-Care Organization, *International Journal of Nursing Practice*, 15(4), 318-325.
- Reutter, L.I., & Northcott, H.C. (1993). Making Risk Meaningful: Developing Caring Relationships with AIDS Patients, *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1377-1385.
- Rhodes, R.A.W. (1996). The New Governance: Governing without Government, *Political Studies*, 44(4), 652-667.
- Rhodes, R.A.W. (2002). Putting People Back into Networks, *Australian Journal of Political Science*, 37(3), 399-415.
- Sandberg, J. & Targama, A. (2007). *Managing Understanding in Organizations*. Londen: Sage Publications
- Schein, E. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. (2e editie). San Francisco, CA: Jossey Bass
- Schwark, T. (2005). *Concept for a Hospital Accreditation System in Georgia*. Georgia: USAID
- Singleton E.K. & Nail, F.C. (1984). Autonomy in Nursing, *Nursing Forum*, 21(3), 123-130.
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis, *Administrative Science Quarterly*, 28(3), 339-358.
- Steers, M. Porter, W. & Bigley, A. (1996). *Motivation and Leadership at Work*. Columbus, OH: McGraw-Hill Companies
- Steijn, A.J. (2006). *Carrièrejager of Dienaar van de Publieke Zaak. Over Ambtenaren en hun Motivatie*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit

- Stoker, G. (2006). Public Value Management: A New Narrative for Networked Governance?’, *The American Review of Public Administration*, 36(1), 41-57.
- Thiel, S. van (2007). *Bestuurskundig Onderzoek, een Methodologische Inleiding*. Coutinho: Bussum
- Thiel, S. van, & Leeuw, F. L. (2002). The Performance Paradox in the Public Sector *Public Performance and Management Review*, 25(3), 267-281.
- Thompson, H.O. & Thompson, J.E. (1987). Toward a Professional Ethic, *Journal of Nurse-Midwifery*, 32(2), 105-110.
- Tonkens, E. (2003). *Mondige Burgers, Getemde Professionals: over Marktwerking, Vraagsturing en Professionaliteit in de Publieke Sector*. Utrecht: NIZW
- Trappenburg, M. (2011). Professionals en Managers. In: Noordegraaf, M., Geuijen, K. & Meijer, A. (red.). (2011). *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Boom Lemma, 165-190.
- Tummers, G.E.R., Landeweerd, J.A. & Van Merode, G.G. (2002). Work Organization, Work Characteristics, and their Psychological Effects on Nurses in the Netherlands, *International Journal of Stress Management*, 9(3), 183-205.
- Tummers, G.E.R., Van Merode, G.G. & Landeweerd, J.A. (2006). Organizational Characteristics as Predictors of Nurses’ Psychological Work Reactions, *Organization Studies*, 27(4), 559-584.
- Tummers, G.E.R., Van Merode, G.G., Landeweerd, J.A. & Candel, M. (2003). Individual-Level and Group-Level Relationships between Organizational Characteristics, Work Characteristics, and Psychological Work Reactions in Nursing Work: a Multilevel Study, *International Journal of Stress Management*, 10(2), 111-136.
- Tummers, L.G. (2012). *Policy Alienation: Analyzing the experiences of public professionals with new policies*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam
- Turner, L. (2007). First World Health Care at Third World Prices’: Globalization, Bioethics and Medical Tourism, *BioSocieties*, 2(3), 303-325.
- VanOstenberg, P. (2004). Joint Commission International (JCI): A Partner in Quality and Safety, *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(4), 5-8.
- Vermeulen, J. & Koster, M. (2011). Managen van Cultuur. In: Noordegraaf, M., Geuijen, K. & Meijer, A. (red.). (2011). *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Boom Lemma, 191-210.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2005). *Het Ontwerpen van een Onderzoek*. Utrecht: Lemma.
- Vredeveld, T. (2010). *‘That’s exciting.’ A research on how employees of Icco experience changes, related to their motivation*. Masterthesis, Utrecht: USBO.
- Wagner C. & Van der Wal, G. (2005). Voor een Goed Begrip. Bevordering Patiëntveiligheid Vraagt om Heldere Definities, *Medisch Contact*, 60(47), 1888-1891.
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Yanow, D. (2007). Interpretation in Policy Analysis: on Methods and Practice, *Critical Policy Analysis*, 1(1), 110-122.

11. BIJLAGEN

BIJLAGE 1: VERWIJZINGEN EMPIRISCH MATERIAAL

Er zijn 12 interviews gehouden. In het bevindingenhoofdstuk is door middel van nummers na elk citaat verwezen naar een respondent. De nummering van de interviews komt overeen met de volgorde waarop de interviews zijn gehouden.

Bij de observaties is in de tekst verwezen door middel van de verwijzing: obs.x.x. Het eerste getal staat voor de dag waarop de observatie is gedaan. Het tweede getal geeft een ordening van de fragmenten per dag aan. Indien er geen getal staat maar 'obs.x.x' dan is er in het belang van de anonimiteit van de betreffende respondent voor gekozen om niet te verwijzen naar een specifieke observatie.

- | | |
|--|-------------------------|
| • Obs.1: de observaties op dag 1, dinsdag 19 maart | 8.00 uur tot 16.00 uur |
| • Obs.2: de observaties op dag 2, woensdag 20 maart | 8.00 uur tot 16.00 uur |
| • Obs.3: de observaties op dag 3, donderdag 21 maart | 16.00 uur tot 00.00 uur |
| • Obs.4: de observaties op dag 4, zaterdag 23 maart | 8.00 uur tot 16.00 uur |

BIJLAGE 2: TOPICLIJST INTERVIEWS

Loopbaan, begin en verloop

→ Waarom bent u dit werk gaan doen?

Doel en motivatie professional

→ Wat wil een verpleegkundige volgens u bereiken? Hoe pakt men dit aan? Hoe staat u hier zelf in?

Goed Werk

→ Wat is volgens de respondent Goed Werk?

→ Wanneer bent u tevreden met het werk?

→ Wat zijn voorbeelden van momenten waarop iets niet lukte? En voorbeelden van iets dat goed lukte en waar u trots op bent?

Obstakels Goed Werk

→ Zijn er obstakels om Goed Werk te kunnen leveren?

→ Waar lopen verpleegkundigen tegenaan? Waar loopt u tegenaan?

Cultuur op de afdeling

→ Hoe beschrijft u de sfeer op de afdeling?

→ Hoe is de omgang tussen de verpleegkundigen onderling volgens u?

→ Hoe ervaart u de (wijze van) communicatie tussen de verpleegkundigen?

→ Wat is volgens u de kracht van <de cultuur> op de afdeling?

→ Wat zijn volgens de respondent minder sterke punten <in de cultuur> van de afdeling? En hoe zouden die verbeterd kunnen worden?

→ Beschrijven slechte tracer (half maart) en de po op de kast: wat bracht dit teweeg op de afdeling? Wat vond u daarvan?

Patiëntveiligheid en kwaliteit

→ Wat is volgens de respondent kwaliteit? En hoe is dit de laatste jaren veranderd op de afdeling?

→ Wat is patiëntveiligheid? En hoe is dit de laatste jaren veranderd op de afdeling?

JCI-model

→ Wat is volgens de respondent het doel/de functie van het JCI-model?

→ Wat is volgens de respondent de functie van de normen van de JCI?

Specifiek aandacht voor de IPSC's: 1. Patiëntidentificatie, 2. Effectieve communicatie 5. Ziektenhuisinfecties 6. Valpreventie

- Wat vindt de respondent van het JCI-model?
 - In hoeverre beïnvloeden de normen van de JCI hoe de respondent Goed Werk kan leveren?
 - Tour-question: kunt u mij stap voor stap vertellen hoe de invoering van de JCI-normen is verlopen? Hoe heeft u dit ervaren?
 - Hoe is het werken met het JCI-model op de afdeling ontvangen door de collega's?
 - In hoeverre zijn jullie als verpleegkundigen betrokken bij de invoering van het JCI-model?
 - Wat zijn volgens de respondent positieve gevolgen van het hanteren van het JCI-model? Wat zijn voorbeelden daarvan?
 - Wat zijn op uw afdeling knelpunten bij het werken met het JCI-model?
- Waar worden die door veroorzaakt? Hoe kunnen deze worden weggenomen?

Tracer-methodiek

- Wat zijn op jullie afdeling de ervaringen met de Tracer-Methodiek?
- Heb je zelf weleens een tracer meegemaakt? Hoe vond je dat?
- Heb je zelf overwogen tracceraar te worden?
- Hoe zou de methodiek in een ideale situatie kunnen werken?

BIJLAGE 3: EEN BEELD VAN NALEVING

IPSG 1: Identificatie van patiënten

Deze norm betreft het beleid met betrekking tot correcte identificatie van patiënten. Voor de verpleegkundige betekent dit dat patiënten op twee manieren moeten worden geïdentificeerd voor de toediening van medicatie, bloed en bloedproducten en voor het afnemen van bloed en het starten van behandelingen en procedures. De verpleegkundige identificeert aan de hand van de naam en de geboortedatum van de patiënt (Protocollen JCI, Intranet UMC Utrecht).

Tijdens de observaties valt op dat verpleegkundigen deze norm nauwelijks toepassen, maar meestal wel bij patiënten die nieuw op de afdeling zijn (Obs.3.3). Een verpleegkundige noemt tijdens het observeren dat hij het nut van veel normen wel inziet, maar het steeds opnieuw identificeren van de patiënt belastend is en overbodig lijkt. Veel patiënten liggen lang op de afdeling en kent hij al snel. De verpleegkundige zegt dat elke keer identificeren niet nuttig is als je twintig keer per dag een handeling verricht bij de patiënt (Obs.1.8). Opmerkelijk is dat wanneer tijdens de interviews gevraagd wordt naar knelpunten bij JCI, veel respondenten het identificeren van patiënten noemen, dit is een terugkerend thema: “als je voor de zoveelste keer bij een patiënt komt en moet nog vragen van u bent mevrouw die en die en wanneer bent u geboren, weet je, er zijn grenzen.” (5) en “we hebben mensen die hier al een jaar liggen te wachten op donorlongen en dan ga je echt niet elke keer vragen van ben je die en die en wat is geboortedatum, die lachen je op een gegeven moment ook uit.” (12).

Verpleegkundigen vinden dat ze overdreven vaak patiëntenidentificatie moeten toepassen, maar zien wel het nut van de norm in: “omdat blijkt dat dat wel misgaat soms...en je wordt natuurlijk ook wel bewust gemaakt dat je dat gewoon vaker moet doen, dat is voor de patiënt ook prettiger denk ik, dat die pillen wel echt bij jou horen.” (10) en “veiligheid dat je geen fouten maakt in de medicatie uitgifte.” (3). De verpleegkundigen lijken bij medicijnen die risicovol zijn wel identificatie toe te passen: “in het geval van antibiotica wordt er niet altijd patiëntidentificatie toegepast, in de rest van de gevallen altijd: chemo's, bloedproducten, speciale kuren.” (2) en “zoals bij chemotherapie check je dat altijd een keer extra, maar voor elk medicijn, elke bloedsuiker die ik meet vind ik het een beetje overdreven.” (4). Er lijkt veel weerstand te zijn tegen deze norm. Het nut wordt ingezien bij risicovolle behandelingen en medicijnen, maar niet bij eenvoudige handelingen en ‘lichte’ pillen: “dat vragen naar z'n naam en geboortedatum, elke keer als ik hem een pilletje geef, dat doe ik gewoon niet, ik zorg voor die patiënt, al een week en dan zou die nu ineens iemand anders zijn..nee.” (11). Dit wordt bevestigd doordat bij de observaties ook blijkt dat de patiëntidentificatie nauwelijks wordt toegepast (Obs.1.9). De weerstand tegen de norm zit niet alleen in het praten over de norm, maar ook in het niet naleven ervan.

IPSG 2: Effectieve communicatie

Deze norm betreft beleid voor effectieve communicatie tussen hulpverleners. Bij mondelinge en telefonische instructies of onderzoeksresultaten dient de hulpverlener deze te noteren en de ontvanger leest ze ter bevestiging voor aan degene die de instructies geeft. Het UMC Utrecht hanteert als methode de SBARR, dat staat voor Situatie, Bijkomende informatie, Analyse, Respons en Repeteer (Protocollen JCI, Intranet UMC Utrecht).

Tijdens de observaties merkt de onderzoeker op dat de SBARR als methode nauwelijks wordt toegepast en er bij telefoongesprekken ook niet altijd wordt opgeschreven wat de opdracht is. De opdracht wordt ook niet altijd ter controle voorgelezen aan degene die de opdracht geeft (Obs.3.4). Tijdens de interviews blijkt dat alle verpleegkundigen weten waar deze norm voor dient, maar dat niet iedereen weet welke methode volgens het JCI-model gebruikt moet worden: “dan moet je in ieder geval herhalen, dus ik moet dit geven en zo en opschrijven.” (8) en “ik denk dat je met elkaar gewoon duidelijke communicatie, dat je geen verschillende boodschappen afgeeft.” (9) en een andere verpleegkundige zegt dat de norm gaat om “snel, kort en bondig.” (6).

De verpleegkundigen vinden de norm nuttig: “ik vind het zeker nuttig, omdat het natuurlijk ook weer gaat om de veiligheid van de patiënt” (12) en “al die verhalen en telefoonnummers voor als iemand belt..daar zie ik echt wel het nut van in.” (4). De norm wordt echter niet precies toegepast zoals het hoort, maar het doel wordt wel onderschreven en nagestreefd: “bij telefoongesprekken, dat ben ik nu wel aan het doen, dat ik het nog een keer herhaal wat de dokter zegt, weet je wel, maar dat ik dat helemaal volgens die SBARR doe, nee, dat doe ik niet.” (1) en

SBARR, communicatie, dat wordt wel gedaan, maar niet specifiek zo via de regels, maar er wordt wel teruggekoppeld van nou dit en dit en dit moet ik nu gaan doen bij die patiënt, dat zie je wel steeds meer terug dat dat gewoon niet altijd ja, ja, ja, ja goed ga ik doen. (2)

IPSG 5: Beperken risico van ziekenhuisinfecties

Doel van deze norm is om ziekenhuisinfecties en kruisbesmettingen te verminderen door middel van goede handhygiëne. Hiertoe dienen verpleegkundigen in grote lijnen voor en na behandelingen, maar ook bij het binnengaan en verlaten van kamers van patiënten de handen te reinigen met handen handen alcohol. Tevens mogen de verpleegkundigen geen sieraden, kunstnagels en kleding met lange mouwen dragen (Protocollen JCI, Intranet UMC Utrecht).

Tijdens de observaties valt op dat de verpleegkundigen op de afdeling wisselend met handhygiëne omgaan. Verpleegkundigen gebruiken meestal wel handen alcohol als ze in contact zijn geweest met de patiënt of als ze een isolatiekamer ingaan of verlaten, maar minder als ze op een kamer zijn waar meerdere patiënten verblijven (Obs.3.5). Verpleegkundigen lijken zelf in te schatten wanneer de navolging van een norm wel of niet nodig is. Zo komt het voor dat een verpleegkundige met volle drainbakken een kamer verlaat en daarbij zijn handen desinfecteert. Na het weggooien van de bakken desinfecteert de verpleegkundige wel meteen de handen (Obs.1.10). Het lijkt erop dat de verpleegkundigen zich bewust zijn van het belang van infectiepreventie en vanuit dat bewustzijn handelen. Dit komt volgende de verpleegkundigen onder andere doordat men op de afdeling veel te maken heeft met isolatierichtlijnen, waardoor er veel aandacht is voor hygiëne:

ik weet niet wat JCI daar eigenlijk mee doet! Wij zijn er wel goed mee bezig, we hebben zoveel isolatiekamers, iedereen houdt zich aan de isolatie. Die handen alcohol doen we echt altijd als je een kamer op of af gaat, ik denk dat we daar wel goed mee bezig zijn. (4)

Infectiepreventie zijn we al redelijk op gericht omdat we al zoveel isolatie hebben ben je al 9 van de 10 keer aangekleed als je iets gaat doen bij de patiënt en ook direct infectiepreventie omdat je je handen hebt gewassen...dat wordt al zoveel mogelijk toegepast inderdaad. (2)

De verpleegkundigen onderschrijven het nut van de norm en lijken risicobewust te handelen: “ik vind zeker wel de handhygiëne vind ik wel belangrijk.” (6) en “handen desinfecteren, ik moet zeggen ik ben daar vrij secuur in en adequaat altijd mee.” (9).

IPSG 6: Valpreventie

Doel van deze richtlijn is om vroegtijdig te kunnen identificeren of een patiënt valgevaar heeft zodat tijdig maatregelen genomen worden om de kans op een valincident zo klein mogelijk te maken. De verpleegkundige stelt tijdens de opname van een patiënt de risicofactoren vast en daar wordt rekening mee gehouden tijdens de opname in het ziekenhuis. Indien een valincident voorkomt moet de verpleegkundige hier een MIP-melding² van doen (Protocollen JCI, Intranet UMC Utrecht).

Deze norm was kort voordat dit onderzoek plaatsvond ingevoerd en dat kan mede de oorzaak zijn dat de verpleegkundigen niet echt wisten wat de norm inhield: “Valpreventie? Wat moet ik me daarbij voorstellen? Dat ik altijd wel let..dan denk ik aan de bedden zo laag mogelijk, bedoel je dat?” (9) en:

ik heb er niet echt veel over gehoord, maar volgens mij dat je iemand die helemaal in de war is dat je dan een hooglaag bed besteld, die helemaal laag kan, tot de grond, en dat je er een valmat bij hebt. Ik zou niet weten wat ik er verder voor interventies voor toe moet passen. (4)

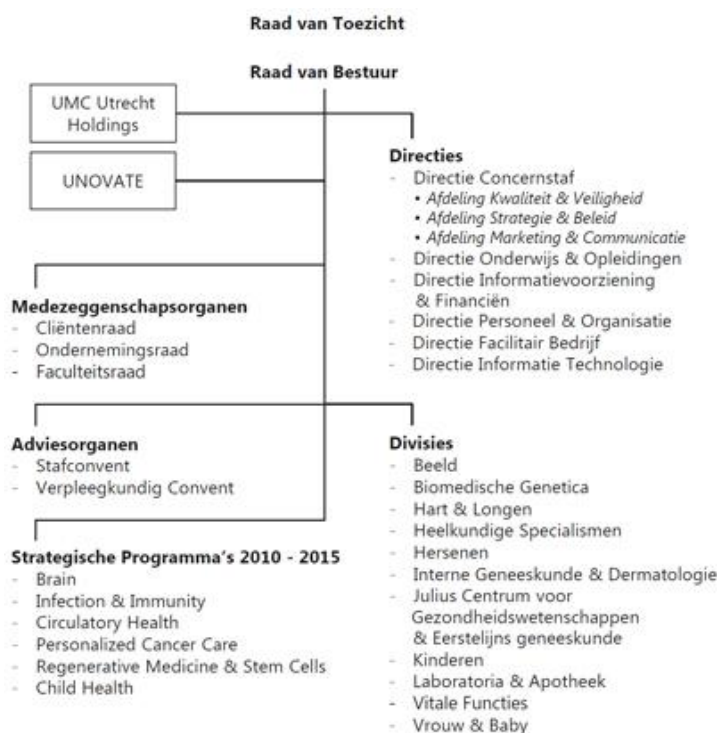
Dit bleek ook tijdens de observaties. Een patiënt is gevallen in de hal van het ziekenhuis en zegt dat niet tegen de verpleegkundige. De man van de patiënt komt binnen en geeft aan dat zijn vrouw gevallen. De verpleegkundige kijkt over er ‘schade’ is en of het infuus het nog doet. Er wordt geen officiële melding gemaakt van het incident (Obs.x.x). Tijdens een van de interviews vraagt de onderzoeker de betreffende verpleegkundige wat er gedaan moet worden in het geval van een val:

R: Uhm bij JCI bedoel je?

I: Ja

R: Ik heb geen idee, dat weet ik echt niet. (x)

BIJLAGE 4: ORGANOGRAM UMC UTRECHT



² Het incident wordt gemeld bij de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg.