

DUURZAME INZETBAARHEID VAN ZIEKENHUISVERPLEEGKUNDIGEN

EEN WISSELWERKING TUSSEN MEDEWERKER, LEIDINGGEVENDE ÉN HET TEAM



Universiteit Utrecht



**Kennemer
Gasthuis**

Naam: Peter Versteeg
Studentnummer: 3248968
Opleiding: Master Strategisch Human Resource Management
Kader: Masterscriptie
Beoordelaars: MSc. E.J. van Harten | Prof. dr. J.P.P.E.F. Boselie
Begeleider KG: Ilon Metaal
Datum: 17-11-2014

VOORWOORD

Voor u ligt de masterscriptie van Peter Versteeg, ter afronding van Master Strategisch Human Resource Management (SHMR). Het betreft een masteropleiding aan het departement Bestuurs- en Organisationswetenschappen (USBO) van de Universiteit Utrecht.

De studie SHRM vormt een prachtige aanvulling op de Hbo-opleiding Human Resource Management die ik aan de Hogeschool Utrecht heb gevolgd. Ik vind het mooi om mensen zo in te zetten dat ze volledig tot hun recht komen. Dat ieder het talent dat in hem/haar is gelegd kan benutten om waarde toe te voegen aan het eigen leven en het leven van anderen. Nog mooier is het om ook de toegevoegde waarde voor bedrijven zichtbaar te kunnen maken. Een prachtige uitdaging! De master heeft me uitgedaagd kritisch te lezen en gebruik te maken van de kennis van medestudenten vanuit allerlei studierichtingen. Juist de kleinschaligheid van het onderwijs spreekt me daarom bijzonder aan.

Het thema van deze masterscriptie, duurzame inzetbaarheid van ziekenhuisverpleegkundigen, sluit aan bij deze interesse. Verpleegkundigen moeten steeds langer doorwerken. Ze krijgen echter met allerlei uitdagingen te maken die het lastig maken het werk vol te houden. Het leek mij interessant om vanuit een bottom-up benadering te onderzoeken hoe medewerkers hier tegenaan kijken, in een nog weinig onderzochte context. Daarmee geef ik het Kennemer Gasthuis ziekenhuis in Haarlem inzicht in de behoeften van hun verpleegkundigen om langer door te kunnen werken.

Zoals het voor verpleegkundigen een uitdaging kan zijn om duurzaam inzetbaar te zijn, was het voor mij een uitdaging om deze masterscriptie tot een goed einde te brengen. Ik vond het een worsteling om enerzijds volledig te willen zijn, maar ook keuzes te moeten maken om het behapbaar te houden. Ook vond ik het een uitdaging dit onderzoek veelal zelfstandig uit te voeren, terwijl ik er juist van geniet om samen te werken met anderen. Tot slot vond ik het een uitdaging om mijn praktijkgerichte manier van denken te voegen naar het wetenschappelijke proces wat van een masterstudent wordt verwacht. Het eindresultaat mag er echter zijn en is zeker ook in de praktijk toepasbaar.

Ik wil een aantal mensen bedanken die het slagen van mijn masterscriptie mede mogelijk hebben gemaakt. Allereerst mijn schoolbegeleiders Jasmijn van Harten en Paul Boselie. Jasmijn, dank voor je enthousiasme waarmee je het thema duurzame inzetbaarheid in de ziekenhuiswereld levendig hebt gemaakt, dank voor je scherpe feedback op mijn stukken en voor het delen van je kennis over duurzame inzetbaarheid. Paul, dank voor je inspiratie en je soms noodzakelijke spiegel. Je hebt me meermalen flink aan het denken gezet.

Ook het Kennemer Gasthuis wil ik bedanken voor de mogelijkheid die ik heb gekregen om daar mijn onderzoek uit te voeren. Dank Ilon Metaal, Berry Spanjaard en Rian Lenting voor het meedenken over het onderzoek en zoeken naar oplossingsrichtingen voor de duurzame inzetbaarheid van verpleegkundigen. Dank ook aan de verpleegkundigen en hun leidinggevenden. Het meedenken met jullie als HR-adviseurs, de leidinggevenden en bovenal de interviews met verpleegkundigen heb ik het leukst gevonden van het gehele masteronderzoek.

Tot slot wil ik mijn ouders, zus, broer en vrienden bedanken voor de bemoedigingen die ik van jullie heb gekregen. Door jullie steun heb ik het volgehouden ook toen het proces langer duurde dan ik had gewild. Dank, heel veel dank.

Ik wens u veel leesplezier,

Culemborg

Peter Versteeg

17-11-2014

SAMENVATTING

De Nederlandse bevolking vergrijsst (Duin & Garssen, 2010). Daardoor krijgen ziekenhuizen te maken met steeds meer patiënten, een dreigend tekort aan verpleegkundigen (Hasselhorn, Mueller, & Tackenberg, 2003) en stijgende zorgkosten. Om de kosten het hoofd te bieden en om voldoende personeel te behouden voor de zorg heeft de Nederlandse overheid besloten dat de beroepsbevolking langer moet doorwerken (Rijksoverheid, 2014).

Ook ziekenhuisverpleegkundigen moeten langer doorwerken. Er zijn echter allerlei uitdagingen in hun werk (Heijden, Demerouti, Bakker & The NEXT Study Group, 2008) (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013). Een manier om het werk vol te houden die de literatuur aandraagt is het verduurzamen van de inzetbaarheid van medewerkers, door ervoor te zorgen dat medewerkers hun huidige en toekomstige werk kunnen en willen blijven uitvoeren (Vuuren, 2011).

Er is echter weinig bekend over de factoren die duurzame inzetbaarheid beïnvloeden in de ziekenhuiscontext en hoe ziekenhuismedewerkers denken over verantwoordelijkheden hieromtrent. Doel van dit onderzoek is om hier meer inzicht in te krijgen, door middel van een kwalitatief onderzoek onder 15 ziekenhuisverpleegkundigen en hun 3 leidinggevendenden, met behulp van semigestructureerde interviews. Het betreft een casestudie in het Kennemer Gasthuis aan de hand van de vraag:

Wat hebben ziekenhuisverpleegkundigen nodig om duurzaam inzetbaar te zijn en wie is hiervoor verantwoordelijk?

Ziekenhuisverpleegkundigen hebben allerlei instrumenten (o.a. herstelmomenten, team, fysieke hulpmiddelen, personeelsbezetting en rooster) nodig om goed met de uitdagingen (o.a. fysieke, mentale belasting/gesteldheid, wisseldiensten, werk-privébalans en ontwikkeling) omtrent duurzame inzetbaarheid om te gaan. Dit sluit aan bij het job demands resources model (Bakker & Demerouti, 2007). In hun loopbaankeuzes laten ze zich leiden door allerlei drijfveren (o.a. team, ontwikkeling/uitdaging, baankansen, afwisseling, zorg). De mate waarin deze factoren een rol spelen verschilt per individu en lijkt afhankelijk van leeftijd, levensfase, afdeling en werkervaring. Dit vraagt om maatwerk.

De behoeften van verpleegkundigen liggen vooral in het werk en niet in henzelf. De respondenten lijken daardoor hun inzetbaarheid vooral reactief te verduurzamen. Ondanks de concrete aanleiding voor dit onderzoek, zien de verpleegkundigen de urgentie om duurzaam inzetbaarheid te zijn nauwelijks.

Medewerkers en leidinggevendenden zijn gezamenlijk verantwoordelijk en moeten alles doen waar ze invloed op hebben om hun inzetbaarheid te verduurzamen. De social exchange theory beaamt het belang hiervan (Leisink, Knies, & Lange, 2010, p. 77). Afstemming tussen de leidinggevende en de medewerkers is van groot belang. Het informele gesprek tijdens het werk is hierin het meest waardevol. Het team lijkt nog belangrijker dan de leidinggevende in het verduurzamen van de inzetbaarheid.

Dit onderzoek roept nieuwe vragen op die te verklaren zijn met literatuur omtrent de P-O fit / P-J fit, stereotypering, inflated self-assessments, reactief <> proactief gedrag en het belang van het team. Het onderzoek is beperkt generaliseerbaar en mogelijk beïnvloed door sociale wenselijkheid en selectie door leidinggevendenden. Desondanks geeft het nieuwe inzichten over de behoeften van verpleegkundigen in de ziekenhuiscontext en het grote belang van het team hierin.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Achtergrond	9
1.2	Probleemstelling.....	10
1.3	Theoretische aanleiding.....	10
1.4	Praktische aanleiding.....	10
1.5	Doelstelling.....	11
1.6	Vraagstelling.....	11
1.7	Relevantie.....	12
1.8	Leeswijzer	12
2	Theoretisch Kader	15
2.1	Definitie duurzame inzetbaarheid.....	15
2.2	Aspecten duurzame inzetbaarheid.....	16
2.3	Belang duurzame inzetbaarheid.....	19
2.4	Verantwoordelijkheid	20
2.5	Factoren.....	21
2.6	Conceptueel model	27
2.7	Verwachtingen.....	27
3	Methode en instrumenten	29
3.1	Totstandkoming Topiclijst.....	29
3.2	Populatie	30
3.3	Steekproef	31
3.4	Interviews.....	33
3.5	Analysemethoden.....	33
3.6	Kwaliteitscriteria	33

4	Resultaten.....	37
4.1	Voorgeschiedenis.....	37
4.2	Behoeften goed / productief werken.....	40
4.3	Verantwoordelijkheid.....	47
4.4	Toekomstverwachting.....	48
5	Conclusie.....	55
5.1	Uitdagingen.....	55
5.2	Instrumenten.....	55
5.3	Drijfveren.....	57
5.4	Verantwoordelijkheid.....	57
5.5	Eindconclusie.....	59
6	Discussie.....	61
6.1	Reflectie op de resultaten.....	61
6.2	Praktische aanbevelingen.....	64
6.3	Tekortkomingen.....	67
7	Literatuurlijst.....	71
8	Bijlagen.....	77
8.1	Bijlage 1: Topiclijst interviews medewerkers.....	77
8.2	Bijlage 2: Topiclijst interviews leidinggevenden.....	79
8.3	Bijlage 3: Mogelijke randvoorwaarden Duurzame Inzetbaarheid.....	82
8.4	Bijlage 4: Codeboom.....	84
8.5	Bijlage 5: Paper publieke dimensie.....	85

1.

1 INLEIDING

Slechts 33% van de verpleegkundigen denkt zijn pensioen te halen (Maurits, Veer, & Francke, 2012). Een schokkende conclusie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Welke uitdagingen brengen het vak als verpleegkundige met zich mee om dit werk tot aan de pensioengerechtigde leeftijd te kunnen doen? En welke instrumenten zorgen ervoor dat verpleegkundigen het werk vol kunnen houden? Wat kan de medewerker doen en welke verantwoordelijkheid heeft de leidinggevende? Daarover gaat dit onderzoek onder ziekenhuis-verpleegkundigen in het Kennemer Gasthuis ziekenhuis in Haarlem.

1.1 ACHTERGROND

We worden met elkaar steeds ouder: het CBS voorspelt dat er in 2040 in Nederland 4,6 miljoen 65-plussers zullen zijn (25% van de bevolking). Dat waren er in 2010 nog 2,6 miljoen (16%) (Duin & Garssen, 2010). Er komen relatief gezien dus steeds meer ouderen bij. We vergrijzen.

In de zorgsector is sprake van een 'dubbele vergrijzing'. Zowel de patiënten als de medewerkers worden gemiddeld genomen ouder. Hierdoor komen er meer patiënten, maar zal de potentiële beroepsbevolking van 2010 tot 2040 met bijna 8% krimpen (Duin & Garssen, 2010). Hierdoor dreigt een tekort aan verpleegkundigen (Hasselhorn, Mueller, & Tackenberg, 2003).

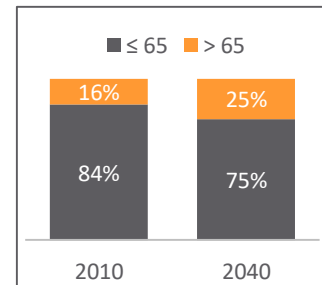
West, Griffith en Iphofen beamen het dreigende tekort aan verpleegkundigen in landen met vergrijzing (2007). Daarbij wordt de personeelsplanning omtrent nachtwerk ingewikkelder. Ziekenhuismedewerkers hoeven volgens de cao ziekenhuizen geen nachtwerk meer te verrichten als ze ouder zijn dan 57 jaar (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2011). Deze leeftijd was in 2006 nog 55 jaar. Door de vergrijzing komen er dus steeds minder medewerkers beschikbaar, in het bijzonder in de nacht. Hasselhorn et al. (2003) vatten het kernachtig samen:

"Wie zal de benodigde zorg leveren de komende decennia?" (p. 10)

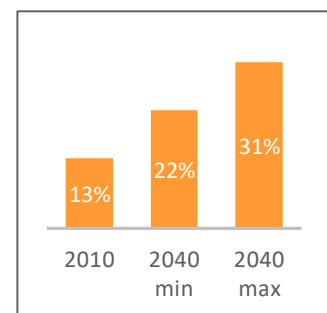
Naast het dreigende tekort aan verpleegkundigen zullen ook de zorgkosten stijgen (Ewijk, Horst, & Besseling, 2013). Dat blijkt uit ramingen van het Centraal Plan Bureau (CPB). Het bureau voorspelt dat de zorguitgaven in 2040 minimaal 22% en maximaal 31% van het bruto binnenlands product zullen zijn, tegenover 13% in 2010 (Ewijk, Horst, & Besseling, 2013).

Om het dreigende tekort aan verpleegkundigen op te vangen hebben bedrijven in de zorgsector volgens Hasselhorn et al., (2003) vier opties. Enerzijds kunnen ze de instroom van verpleegkundigen vergroten door meer verpleegkundigen op te leiden of er meer te laten immigreren. Anderzijds kunnen ze de uitstroom van verpleegkundigen beperken door de pensioenleeftijd te verhogen en voortijdig vertrek van verpleegkundigen te voorkomen. Het behouden van de verpleegkundigen is volgens Hasselhorn, Mueller en Tackenberg (2003) de meest effectieve manier.

Om de stijgende zorgkosten het hoofd te bieden en om voldoende personeel te behouden voor de zorgsector heeft de Nederlandse overheid besloten dat de beroepsbevolking langer door moet werken (Rijksoverheid, 2014). Daarnaast wordt er flink bezuinigd op de zorg, mede door de huidige economische crisis. Wat betekent dit voor verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken?



Figuur 1: Percentage ouderen, Nederlandse bevolking



Figuur 2: percentage zorguitgaven NL ten opzichte van het BBP

1.2 PROBLEEMSTELLING

Ook ziekenhuisverpleegkundigen moeten langer doorwerken om het dreigende tekort aan verpleegkundigen tegen te gaan en de stijgende zorgkosten op te kunnen vangen. Er zijn echter allerlei factoren die het een uitdaging maken voor ziekenhuisverpleegkundigen om langer door te werken.

Zo gaat het werk van verpleegkundigen gepaard met een hoge mate van emotionele, cognitieve en lichamelijke belasting (Heijden, Demerouti, Bakker & The NEXT Study Group, 2008). Deze belasting stijgt. Verpleegkundigen moeten ook steeds efficiënter gaan werken (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013). Daarnaast verandert de zorgvraag. Er komen meer patiënten met meerdere ziektes tegelijk en meer chronische aandoeningen, zo stelt de raad. De zorg wordt dus intensiever en hoog-complex. Hierdoor stijgt de werkdruk en daarmee de belasting van verpleegkundigen.

Om kwalitatieve en moderne zorg te kunnen blijven leveren is het daarbij noodzakelijk dat medewerkers bij blijven op hun vakgebied. Met intreding van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) is het aantonen van kennis en vaardigheden zelfs verplicht (Kennemer Gasthuis, 2013a). Continue ontwikkeling van medewerkers is dus ook van groot belang.

Zowel qua belasting als qua ontwikkeling kan het dus een grote uitdaging worden om ervoor te zorgen dat medewerkers hun werk kunnen blijven uitvoeren totdat ze de pensioengerechtigd zijn.

1.3 THEORETISCHE AANLEIDING

Een manier om het werk vol te houden die in de literatuur wordt aangedragen is het verduurzamen van de inzetbaarheid van medewerkers, door ervoor te zorgen dat medewerkers hun huidige en toekomstige werk kunnen en willen blijven uitvoeren (Vuuren, 2011). Het kunnen van de medewerker betreft onder andere de mate waarin men fysiek, psychisch en sociaal in staat is om te werken (Ilmarinen, Tuomi & Seitsamo, zoals geciteerd in Lange en Heijden, 2013). Daarbij gaat het zowel om de gesteldheid van de persoon als om de eisen die het werk stelt. Het willen van de persoon gaat om de arbeidsmarktpositie van de medewerkers (Thijssen, in Forrier & Sels, p. 106).

In de wetenschappelijke literatuur komen allerlei factoren naar voren die de duurzame inzetbaarheid beïnvloeden. Er is echter nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de factoren die in de ziekenhuiscontext een rol spelen. Daarnaast is er weinig onderzoek gedaan naar de verantwoordelijkheden hieromtrent. Wie is er aan zet? De medewerker of de leidinggevende? Hoe denken medewerkers en hun leidinggevendenden hierover? Daarover gaat dit onderzoek.

1.4 PRAKTISCHE AANLEIDING

Bedrijven doen er goed aan er voor te zorgen dat hun medewerkers duurzaam inzetbaar zijn. Zo ook het Kennemer Gasthuis Ziekenhuis (KG) in Haarlem. In dit ziekenhuis werken (eind 2012) 2444 mensen, waarvan 530 verpleegkundigen (Kennemer Gasthuis, 2013a). Het KG heeft in 2013 een medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) uitgevoerd op een verpleegafdeling, waaruit blijkt dat de duurzame inzetbaarheid van deze medewerkers te wensen over laat (Kennemer Gasthuis, 2013b). 35% van de medewerkers heeft last van fysieke klachten. 25% vindt het werk geestelijk erg inspannend. 20% geeft aan in het werk regelmatig te maken te hebben met emotionele situaties die hen aangrijpen. En nog eens 19% van de medewerkers zegt niet voldoende mogelijkheden te hebben voor het volgen van een cursus. Verwacht wordt dat deze uitdagingen op het gebied van duurzame inzetbaarheid ook spelen op andere verpleegafdelingen. Het MTO toont aan dat verpleegkundigen met uitdagingen kampen omtrent hun duurzame inzetbaarheid. Daarom vormen verpleegkundigen de onderzoekspopulatie van dit onderzoek.



Figuur 3: Logo Kennemer Gasthuis ziekenhuis

Het ziekenhuis is al een aantal jaar bezig met het ontwikkelen van beleid onder de noemer duurzame inzetbaarheid, als antwoord op ontwikkelingen die op het KG afkomen en de ambities die door HR zijn geformuleerd (Metaal, 2011). De OR en het KG hebben daarbij in 2013 afgesproken dat de toen ingezette reorganisatie gepaard moest gaan met het verbeteren van het personeelsbeleid. Daarbij wordt duurzame inzetbaarheid expliciet genoemd. De verschillende partijen hebben daarbij afgesproken dat ze dit proces bottum-up willen benaderen. De behoefte van de medewerkers omtrent duurzame inzetbaarheid vinden ze erg belangrijk. De vraag is hoe verpleegkundigen hier mee om kunnen gaan en welke ondersteuning ze verwachten vanuit hun leidinggevende. Dit onderzoek sluit aan bij de behoefte van het ziekenhuis om hier inzicht in te verkrijgen.

1.5 DOELSTELLING

De doelstelling van dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in de behoeften van ziekenhuisverpleegkundigen om duurzaam inzetbaar te zijn. Daarnaast dient dit onderzoek om inzicht te krijgen in hoe verpleegkundigen en hun leidinggevenden denken over verantwoordelijkheden hieromtrent.

1.6 VRAAGSTELLING

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is:

Wat hebben ziekenhuisverpleegkundigen nodig om duurzaam inzetbaar te zijn en wie is hiervoor verantwoordelijk?

Het verantwoordelijkheidsvraagstuk betreft in dit onderzoek de verpleegkundigen en hun leidinggevenden. De leidinggevenden staan het dichtst bij de medewerkers en bij de organisatie. Daarom zullen naast 15 verpleegkundigen ook hun 3 leidinggevenden worden geïnterviewd.

1.6.1 THEORETISCHE DEELVRAGEN

Daarbij horen de volgende theoretische deelvragen:

- Wat is duurzame inzetbaarheid?
- Uit welke aspecten bestaat duurzame inzetbaarheid?
- Wat is het belang van duurzame inzetbaarheid?
- Wie is verantwoordelijk voor de duurzame inzetbaarheid?
- Welke factoren zorgen er voor dat verpleegkundigen duurzaam inzetbaar zijn?

Een antwoord op deze theoretisch deelvragen zal worden gezocht in de wetenschappelijke literatuur omtrent het relatief jonge thema duurzame inzetbaarheid.

1.6.2 EMPIRISCHE DEELVRAGEN

Daarnaast bestaat het onderzoek uit de volgende empirische deelvragen:

- Wat hebben ziekenhuisverpleegkundigen nodig om duurzaam inzetbaar te zijn?
- Wie is volgens ziekenhuisverpleegkundigen en hun leidinggevenden verantwoordelijk voor de duurzame inzetbaarheid van de verpleegkundigen?

Het antwoord op deze empirische deelvragen zal door middel van casestudie in het Kennemer Gasthuis ziekenhuis in Haarlem worden onderzocht.

1.7 RELEVANTIE

Dit onderzoek heeft zowel een praktische, maatschappelijke als een theoretische relevantie, al zijn die gezien de omvang van het onderzoek beperkt. Hierbij moet tevens worden opgemerkt dat de resultaten niet zonder meer te generaliseren zijn. Daarover meer in hoofdstuk 3: methoden en instrumenten en in hoofdstuk 6: discussie.

1.7.1 PRAKTISCHE RELEVANTIE

Het onderzoek heeft een belangrijke praktische relevantie. Het onderzoek kan bijdragen aan het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van de verpleegkundigen. Enerzijds geeft het de respondenten meer inzicht in wat ze nodig hebben om duurzaam inzetbaar te zijn. Indien nodig kunnen ze hierover met hun leidinggevende in gesprek om de behoeften te realiseren. De leidinggevendenden krijgen meer inzicht in de behoeften van verpleegkundigen zodat zij hier op in kunnen spelen. Ook krijgen ze inzicht in de perceptie van verpleegkundigen over de verantwoordelijkheidsverdeling omtrent duurzame inzetbaarheid. Dit alles zodat de verpleegkundigen hun huidige en toekomstige werk kunnen en willen blijven voeren (naar Van Vuuren, 2011, p. 10).

Het ziekenhuis hoopt dat dit onderzoek er tevens voor zorgt dat medewerkers aan het denken worden gezet over hoe zij hun duurzame inzetbaarheid kunnen vergroten, hierover met elkaar in gesprek gaan en aangeven welke ondersteuning zij daar bij nodig hebben.

1.7.2 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Het onderzoek heeft ook een maatschappelijke relevantie. Het geeft inzicht in de behoefte van ziekenhuisverpleegkundigen omtrent hun duurzame inzetbaarheid. Dit kan bijdragen aan het ontwikkelen van oplossingsrichtingen voor het langdurig inzetbaar houden van deze beroepsgroep, ook als de pensioengerechtigde leeftijd opschuift. Daarbij geeft het brancheverenigingen inzicht in de belangrijkste uitdagingen waar verpleegkundigen mee te maken krijgen als het gaat om duurzame inzetbaarheid en de instrumenten die hen helpen met deze uitdagingen om te gaan. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ).

1.7.3 THEORETISCHE RELEVANTIE

Dit onderzoek is daarnaast theoretisch relevant. Het thema is een nog relatief jong onderzoeksthema. Er is daarbij nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de behoeften van verpleegkundigen omtrent duurzame inzetbaarheid in de ziekenhuiscontext en hoe zij denken over de verantwoordelijkheidsverdeling. De ziekenhuiscontext krijgt echter wel te maken met een vergrijzing van zowel patiënten als medewerkers, wat duurzame inzetbaarheid van medewerkers extra relevant maakt. Daarnaast wordt in dit onderzoek aandacht besteed aan de relatie tussen leeftijd en levensfase enerzijds en duurzame inzetbaarheid anderzijds.

1.8 LEESWIJZER

In dit onderzoeksverslag wordt allereerst in **HOOFDSTUK 2** de bruikbare theorie omtrent duurzame inzetbaarheid uiteen gezet. Daarna wordt in **HOOFDSTUK 3** verantwoord hoe dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd. In **HOOFDSTUK 4** staan de bevindingen van het onderzoek. De onderzochte theorie en empirie worden gecombineerd in **HOOFDSTUK 5**, conclusies. **HOOFDSTUK 6** betreft de discussie waarin wordt stilgestaan bij de tekortkomingen van dit onderzoek en de mogelijkheden voor vervolgonderzoek. In **HOOFDSTUK 7** staan de gebruikte bronnen weergegeven. De **BIJLAGEN** betreffen de gebruikte topiclijsten voor de interviews met medewerkers en leidinggevendenden, een overzicht van de mogelijk voorwaarden voor duurzame inzetbaarheid, de codeboom en een paper over de publieke dimensie.



2 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de wetenschappelijk literatuur omtrent het thema duurzame inzetbaarheid (DI), aan de hand van de volgende deelvragen:

- Wat is duurzame inzetbaarheid?
- Uit welke aspecten bestaat duurzame inzetbaarheid?
- Wat is het belang van duurzame inzetbaarheid?
- Wie is verantwoordelijk voor de duurzame inzetbaarheid?
- Welke factoren zorgen er voor dat verpleegkundigen duurzame inzetbaar zijn?

Duurzame inzetbaarheid is een relatief jong onderzoeksthema. Hierdoor zijn er nog geen alomvattende theorieën die deze onderzoeksthematiek vatten. De gebruikte theorie in dit hoofdstuk bevindt zich daarom voornamelijk op microniveau. Uitgangspunt zijn verschillende definities van duurzame inzetbaarheid en de aspecten waaruit het begrip kan bestaan. Vervolgens wordt toegelicht wat het belang is van dit onderzoeksthema voor de maatschappij, de organisatie en de medewerker. Daarna wordt ingegaan op de factoren die de duurzame inzetbaarheid van de medewerker beïnvloeden. Tot slot wordt stilgestaan bij de verantwoordelijkheid van medewerkers en leidinggevendenden hieromtrent. De theorie wordt samengevat in een conceptueel model.

De wisselwerking tussen medewerker en leidinggevende vormt de spil in het conceptueel model. De wisselwerking wordt uitgewerkt aan de hand van de ‘social exchange theory’ en ‘HR devolution’. De social exchange theory zegt in het kort dat medewerkers die zich in hun behoeften gesteund voelen door hun organisatie iets terug doen door zich in te zetten voor de organisatie (Leisink, Knies, & Lange, 2010, p. 77). De leidinggevende heeft hierin een belangrijke positie, omdat HR-verantwoordelijkheden, die te maken hebben met het omgaan met personeel, steeds meer worden gedecentraliseerd naar lijnmanagers, zo geeft HR devolution theorie aan (Perry & Kulik, 2008).

2.1 DEFINITIE DUURZAME INZETBAARHEID

In deze eerste paragraaf wordt stilgestaan bij de vraag:

- Wat is duurzame inzetbaarheid?

Duurzame inzetbaarheid wordt in de literatuur op verschillende manieren gedefinieerd. Er bestaan korte en uitgebreide definities. Van Vuuren (2011, p. 10), hoogleraar strategisch human resource management, geeft de volgende korte definitie:

“De mate waarin men zijn of haar huidige en toekomstige werk kan en wil blijven uitvoeren”.

Klink, Bültmann, Brouwer, Burdorf, Schaufeli, Zijlstra en Wilt (2011) hanteren een bredere definitie:

“Duurzaam inzetbaar betekent dat medewerkers doorlopend in hun arbeidsleven over daadwerkelijk realiseerbare mogelijkheden alsmede over de voorwaarden beschikken om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten” (p. 347).

Volgens deze definities gaat duurzame inzetbaarheid er enerzijds om dat de medewerker het werk **kan** uitvoeren en dus hiertoe zelf in staat is (mogelijkheden) en wordt gesteld (voorwaarden). Anderzijds gaat het erom dat de medewerker het werk **wil** uitvoeren en dus de juiste houding en motivatie heeft om de mogelijkheden te benutten. Oftewel, een medewerker moet inzetbaar zijn.

Inzetbaarheid kan worden vertaald met het Engelse employability. Deze term wordt verderop uitgebreid besproken, maar lijkt veel op het begrip duurzame inzetbaarheid. Bij employability gaat het om *“alle individuele en contextgebonden factoren die de toekomstige arbeidsmarktpositie in een bepaalde arbeidsmarkt beïnvloeden”* (Thijssen, in Forrier & Sels, 2003, p. 106). Dit gaat verder dan alleen inzetbaarheid. Het gaat niet alleen om het nu, maar ook om de toekomst, net als bij de definities van Van Vuuren (2011) en Klink et al. (2011). Dit maakt een medewerker niet alleen inzetbaar op dit moment, maar duurzaam inzetbaar, ook op de langere termijn.

In dit onderzoek is de eenvoudigere definitie van Van Vuuren (2011) als uitgangspunt genomen, waarbij het kunnen en willen van het individu centraal staan. Klink et al. (2011) en Thijssen nemen daarentegen in hun definities niet alleen duurzame inzetbaarheid mee als variabele, maar ook de factoren die hierop van invloed zijn. In hun definitie zitten dus zowel de onafhankelijke als afhankelijke variabelen. Dit onderzoek richt zich op de factoren die de duurzame inzetbaarheid van ziekenhuisverpleegkundigen beïnvloeden. Daarom zijn deze factoren buiten de definitie van DI gehouden. De individuele en contextgebonden factoren worden uiteraard wel meegenomen.

2.2 ASPECTEN DUURZAME INZETBAARHEID

Bij duurzame inzetbaarheid gaat het er dus om dat men kan en wil werken, nu en in de toekomst. De definitie zegt echter nog niks over wat iemand zou kunnen en willen. Daarom wordt in deze paragraaf stilgestaan bij de vraag:

- **Uit welke aspecten bestaat duurzame inzetbaarheid?**

De operationalisatie van de Sociaal Economische Raad (SER) kan uitkomst bieden. Om het begrip duurzame inzetbaarheid verder te structureren heeft de SER (2009) het begrip opgedeeld in drie elementen, te weten:

2.2.1. Vitaliteit

2.2.2. Werkvermogen

2.2.3. Employability

Iemand die duurzaam inzetbaar is is dus vitaal, heeft voldoende werkvermogen en is ‘employabel’. Om een beter beeld te krijgen van wat het betekent om duurzaam inzetbaar te zijn worden deze drie aspecten van duurzame inzetbaarheid in de volgende subparagrafen besproken.

2.2.1 VITALITEIT

Volgens de Sociaal Economische Raad is het begrip vitaliteit een aspect van duurzame inzetbaarheid. Schaufeli en Bakker definiëren vitaliteit als:

“Energiek, veerkrachtig, fit en onvermoeibaar door kunnen werken met een groot doorzettingsvermogen” (zoals geciteerd in Lange & Heijden, 2013, pag. 29).

Om duurzaam inzetbaar te zijn, is het dus volgens de SER belangrijk om energiek, veerkrachtig, fit en onvermoeibaar te zijn en een groot doorzettingsvermogen te hebben. Duurzame inzetbaarheid heeft dus een **gezondheidsaspect**, door de SER vitaliteit genoemd, waarbij het gaat om het vermogen, het **kunnen**, van de persoon. Maar duurzame inzetbaarheid is meer dan dat.

2.2.2 WERKVERMOGEN

Het begrip werkvermogen is volgens de SER ook een aspect van duurzame inzetbaarheid. Werkvermogen wordt door Ilmarinen, Tuomi en Seitsamo omschreven als:

“De mate waarin men fysiek, psychisch (zoals motivatie om te werken) en sociaal in staat is om te werken” (zoals geciteerd in Lange en Heijden, 2013).

Iemand die duurzaam inzetbaar is, is dus fysiek, psychisch en sociaal in staat om te werken. De begrippen werkvermogen en vitaliteit overlappen, omdat ze allebei een **gezondheidsaspect** van DI benadrukken en het bij allebei gaat om het vermogen, het **kunnen**, van de persoon zelf. Werkvermogen maakt het gezondheidsaspect wel breder en concreter. De fysieke en psychische (mentale) component worden meegenomen als onderdeel van het gezondheidsaspect van duurzame inzetbaarheid. De sociale component komt elders terug, omdat het daarbij gaat om een wisselwerking tussen de medewerker en anderen in zijn/haar omgeving.

Om het werkvermogen te meten is door Ilmarinen de Work Ability Index (WAI) ontwikkeld. De WAI gaat over: fysieke en mentale vereisten van het werk in relatie tot het individu, gediagnosticeerde ziekten, beperkingen in het werk als gevolg van ziekte, ziekteverzuim en psychologische bronnen (zoals geciteerd door Berg, Elders, Zwart & Burdorf, 2009). Daarover later meer.

2.2.3 EMPLOYABILITY

Employability is een derde, veelgebruikte, term in relatie tot duurzame inzetbaarheid. Employability is een complex begrip omdat het vanuit allerlei disciplines is onderzocht (zoals managementstudies, human resource management en development, psychologie, onderwijskunde en carrièrewetenschap) (Thijssen, Heijden & Rocco, 2008). Er zijn dan ook veel definities en synoniemen van het begrip. Thijssen (zoals geciteerd in Forrier & Sels, 2003) heeft de vele definities van employability naast elkaar gezet. In de definities vond hij verschillende lagen die hij als volgt kwalificeert:

- **De kerndefinitie** omvat de huidige persoonlijke bekwaamheid om werk uit te voeren. Employability is in dit geval: *“de bekwaamheid van het individu om een verscheidenheid aan functies te vervullen in een gegeven arbeidsmarkt”* (Forrier & Sels, 2003, p. 106).
- **De bredere definitie** betreft, naast de huidige employability, ook de individuele capaciteiten om de gegeven employability te versterken en te gebruiken erbij. Hiermee wordt de wil om employability te gebruiken en te versterken toegevoegd. Employability wordt dan omschreven als *“alle individuele factoren die de toekomstige positionering op een gegeven segment van arbeidsmarkt beïnvloeden”* (Forrier & Sels, 2003, p. 106).
- **De uitgebreide definitie** voegt contextfactoren toe die het effectieve gebruik van de employability bevorderen of belemmeren. Allereerst gaat het om contextfactoren die de employability helpen verhogen, zoals trainingsfaciliteiten van werkgevers. Ten tweede gaat het om factoren die helpen bepalen of individuen daadwerkelijk gebruik kunnen maken van hun employability op de arbeidsmarkt, zoals de economische situatie en discriminatie van bepaalde groepen. Thijssen (zoals geciteerd door Forrier & Sels, 2003, p. 106) vat deze definities samen als: *“alle individuele en contextgebonden factoren die de toekomstige arbeidsmarktpositie in een bepaalde arbeidsmarkt beïnvloeden”*.

In de kern gaat employability om het vermogen, het **kunnen**, van het individu. Het gaat daarbij niet zo zeer om de gezondheid van het individu, maar om zijn/haar bekwaamheid of competentie. Bredere definities voegen het **willen** van een persoon om employability te gebruiken én te versterken toe: de ontwikkelbereidheid. Uitgebreide definities gaan nog een stap verder en voegen ook individuele en contextgebonden factoren toe die de inzetbaarheid beïnvloeden. Zoals eerder is opgemerkt worden in dit onderzoek de factoren die van invloed zijn op duurzame inzetbaarheid apart gezien van de definitie van duurzame inzetbaarheid zelf. Deze factoren vallen dan ook niet onder de aspecten van duurzame inzetbaarheid, maar komen later aan bod.

Employability gaat een stap verder dan vitaliteit en werkvermogen. Employability gaat namelijk niet alleen om het huidige en toekomstige kunnen, maar ook om het vermogen en de wil om dit te ontwikkelen. Een individu moet niet alleen nu over de bekwaamheid beschikken om een baan uit te kunnen voeren, maar ook om het vermogen en de bereidheid om zich aan te passen aan de omgeving, zodat hij/zij ook in de toekomst inzetbaar is.

Dit blijkt ook uit de dimensies die Van der Heijde en Van der Heijden (2006) hebben afgeleid uit de vele definities van employability. Zij onderkennen vijf dimensies: beroepsmatige kennis, anticipatie en optimalisatie, persoonlijke flexibiliteit, organisatiesensitiviteit en balans. Naast de beroepsmatige kennis is het aanpassen aan veranderingen en ontwikkelingen dus onderdeel van employability. Dit aanpassingsvermogen heeft zowel een initiatief nemende en proactieve kant (anticipatie en optimalisatie), als een passieve, reactieve kant (persoonlijke flexibiliteit) (Heijde & Heijden, 2006).

Het aanpassingsvermogen zit ook in de dimensies van employability van Fugate, Kinicki en Ashforth (2004): carrière-identiteit, persoonlijk aanpassingsvermogen en sociaal en menselijk kapitaal. Zij benadrukken het belang van optimisme om verandering als een uitdaging te zien, een proactieve neiging om te leren, open te staan voor verandering en nieuwe uitdagingen, continue leren, geloven dat je je eigen leven bepaalt en zelfvertrouwen. Aanpassingsvermogen in een veranderende omgeving.

Van Dam (2004) benadrukt de reactieve kant van employability, employability orientation genaamd. Het gaat daarbij om de houding van werknemers tegenover interventies die de flexibiliteit van organisaties vergroten, door het ontwikkelen en onderhouden van de inzetbaarheid van werknemers.

Samenvattend bestaat het begrip duurzame inzetbaarheid volgens de SER (2009) uit de aspecten vitaliteit, werkvermogen en employability. Zoals blijkt uit voorgaande paragrafen overlappen deze aspecten elkaar. Bij vitaliteit en werkvermogen gaat het om het vermogen van het individu rondom de gezondheid en vitaliteit. In dit onderzoek worden deze aspecten samengevat als het **gezondheidsaspect** van duurzame inzetbaarheid, waarbij het belangrijk wordt geacht dat een medewerker blijvend fysiek en mentaal gezond is. Zoals uit bovenstaande blijkt gaat employability over de blijvende competentie en bekwaamheid en de wil om dit te ontwikkelen. Vanwege de focus van employability op de ontwikkeling van de medewerker, wordt dit aspect in dit onderzoek samengevat als het **ontwikkelingsaspect** van duurzame inzetbaarheid. Het gezondheids- en ontwikkelingsaspect hebben ook invloed op elkaar. Als een medewerker niet gezond is heeft hij/zij immers ook een slechtere arbeidsmarktpositie.

Het gaat bij duurzame inzetbaarheid dus niet alleen om het vermogen, het **kunnen**, van een individu in termen van gezondheid en bekwaamheid, de inzetbaarheid, op een bepaald moment. Het gaat ook om het vermogen en de **wil** om de inzetbaarheid te ontwikkelen, om duurzaam inzetbaar te zijn.

2.3 BELANG DUURZAME INZETBAARHEID

Nu duidelijk is wat duurzame inzetbaarheid is en uit welke aspecten het bestaat, is het belangrijk te weten waarom het investeren in duurzame inzetbaarheid van medewerkers belangrijk zou kunnen zijn. Daarover gaat deze paragraaf aan de hand van de vraag:

- **Wat is het belang van duurzame inzetbaarheid?**

Het belang van duurzame inzetbaarheid is afhankelijk van het niveau waarop het wordt bekeken. Het kan gaan om het maatschappelijk niveau, organisatieniveau en het niveau van de medewerker.

Op het **maatschappelijke niveau** draagt het optimaliseren van inzetbaarheid volgens Thijssen, Heijden & Rocco (2008) bij aan maximale werkgelegenheid en minimale werkloosheid. Dit zorgt voor economische gezondheid. De SER (2009) geeft aan dat het werken aan duurzame inzetbaarheid nodig is om de kosten van de vergrijzing op te vangen, voorziene structurele tekorten op de arbeidsmarkt te verminderen, het innoverend en mentaal vermogen van de beroepsbevolking optimaal te benutten en het draagvlak voor de sociale zekerheid op peil te houden.

Op **organisatieniveau** zorgt het optimaliseren van de employability van medewerkers ervoor dat vraag en aanbod (werk en werknemers) optimaal kunnen worden gematcht (Thijssen, Heijden, & Rocco, 2008). Het is ook belangrijk dat medewerkers gezond zijn. Dit draagt voor organisaties bij aan minder verzuim en uitval en tegelijkertijd hogere productie en betere prestaties (SER, 2009). Dit blijkt ook uit onderzoek van Cuyper, Van der Heijden en De Witte (2011), die een relatie vonden tussen employability en (zelf-beoordeelde) prestatie van medewerkers. Het optimaliseren van de gezondheid en competenties van medewerkers kan de organisatie dus voordelen bieden.

Dit sluit aan bij de 'resource-based view' op de organisatie (Heijde & Heijden, 2006). Dit gedachten-goed ziet de medewerker als een bron waar organisaties concurrentievoordeel mee kunnen behalen (Boxall & Purcell, 2011). Bij het bepalen van de strategie van een organisatie volgens de resource-based view ideologie gaat de organisatie uit van de eigen kracht: de competenties en talenten van de eigen medewerkers. Duurzaam inzetbare medewerkers kunnen dus in de toekomst, in het licht van de in de inleiding geschetste ontwikkelingen in de omgeving van organisaties, een belangrijk concurrentievoordeel opleveren. Het gaat dus zowel om de interne bronnen als om de externe ontwikkelingen waarin deze bronnen van (meer)waarde kunnen zijn. Juist in ziekenhuizen zijn de medewerkers natuurlijk van enorm groot belang, in vergelijking met andere bronnen zoals productiemiddelen.

Van der Heijde en Van der Heijden (2006) geven aan dat deze resource-based benadering niet alleen voordelen biedt voor de organisatie, maar ook voor de medewerker. Op **medewerkersniveau** draagt het investeren in inzetbaarheid namelijk bij aan continuïteit van werk (werkzekerheid) en ontwikkelingsmogelijkheden (Heijde & Heijden, 2006). Of, zoals Thijssen et al. (2008) het zeggen: duurzame inzetbaarheid biedt medewerkers interessant werk en de mogelijkheid om werk te krijgen en te behouden op de interne of externe arbeidsmarkt. Onderzoek van Cuyper, Bernhard-Oettel, Berntson, Witte & Alarco (2008) toont bovendien aan dat employability een positief effect heeft op het welzijn van de medewerker. Daarbij gaat het zowel om betrokkenheid (engagement) als om levensvoldoening. Employability wekt wellicht niet zozeer positieve gevoelens op, maar voorkomt vooral negatieve, zoals werkloosheid of je opgesloten voelen in een functie. De SER vat het belang van duurzame inzetbaarheid voor medewerkers goed samen: "*individuen krijgen een grotere kans op een lang en gezond leven en maatschappelijke participatie.*" (2009, p. 9). Hierin komen beide aspecten van duurzame inzetbaarheid terug.

2.4 VERANTWOORDELIJKHEID

Medewerkers hebben dus het meest direct baat bij het werken aan duurzame inzetbaarheid, maar ook werkgevers en de gehele maatschappij varen er wel bij. Maar wie is er aan zet om ervoor te zorgen dat medewerkers duurzaam inzetbaar zijn? Daarover gaat deze paragraaf aan de hand van de vraag:

- **Wie is verantwoordelijk voor duurzame inzetbaarheid?**

Dit onderzoek beperkt zich tot de organisatiecontext. Zowel de medewerker als de organisatie heeft binnen deze context belang bij duurzaam inzetbare medewerkers. De organisatie wordt in dit onderzoek vertegenwoordigd door de leidinggevende. Deze staat het dichtst bij de verpleegkundigen en is daardoor door hen het best te beoordelen. Omdat zowel de werknemer als de organisatie belang hebben bij duurzaam inzetbare medewerkers, lijkt het voor de hand liggend dat zowel de medewerkers als de leidinggevende een verantwoordelijkheid hebben in het optimaliseren van de duurzame inzetbaarheid.

Leisink en Knies (2011) onderstrepen het belang van **leidinggevend** in het uitvoeren van HR-activiteiten voor oudere werknemers. HR-activiteiten betreffen *“alle activiteiten die verband houden met het management van werk en mensen in organisaties”* (Boxall & Purcell, 2011, p. 1). Oudere medewerkers zijn een belangrijke doelgroep in het kader van duurzame inzetbaarheid, omdat zij de eerste groep zijn die langer door moeten werken. Daarbij komt dat HR-verantwoordelijkheden wereldwijd steeds meer worden gedecentraliseerd van HR-managers naar lijnmanagers (Perry & Kulik, 2008). Hiermee krijgen leidinggevend een nog grote rol in het uitvoeren van de HR-taken richting de medewerker. In de Engelse literatuur wordt deze decentralisatie ‘HR-devolution’ genoemd.

Het belang van het investeren van een organisatie in zijn medewerkers komt ook naar voren in de ‘social exchange theory’. Deze theorie zegt dat medewerkers die zich in hun behoeften gesteund voelen door hun organisatie iets terug doen door zich in te zetten voor de organisatie (Leisink, Knies, & Lange, 2010, p. 77). Het commitment van de medewerker aan de organisatie, wordt sterk beïnvloed door het door de medewerker ervaren commitment van de organisatie bij de medewerker (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986) (Gould-Williams & Davies, 2005). Door het verschuiven van de HR-verantwoordelijkheden krijgen leidinggevend hier een steeds grotere rol in. Uit onderzoek blijkt dat hoe groter de steun van de leidinggevende, hoe lager de intentie van verpleegkundigen is om te vertrekken (Hasselhorn et al., 2003).

De **medewerker** heeft zelf ook een verantwoordelijkheid om aan zijn duurzame inzetbaarheid te werken. Er is echter nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de verantwoordelijkheidsverdeling omtrent duurzame inzetbaarheid, laat staan in de ziekenhuiscontext. Er zijn wel aanverwante thema’s die een indicatie bieden hoe de verantwoordelijkheden zouden kunnen liggen.

Carrièreliteratuur spreekt in dit verband over een verandering **‘van lifetime employment naar lifetime employability’**. Vroeger was het heel normaal om tijdens de carrière op te klimmen op de hiërarchische ladder van één organisatie (Forrier & Sels, 2003). Bedrijven boden loyale medewerkers een baan voor het leven, lifetime employment, van het begin van de carrière tot het pensioen (Thijssen, Heijden, & Rocco, 2008). Tegenwoordig is het helemaal niet zeldzaam meer om te veranderen van baan of werkgever. Het is veel minder vanzelfsprekend dat werkgevers baanzekerheid bieden en het carrièrepad is veel minder voorspelbaar. Een succesvolle carrière wordt nu gewaarborgd door het hebben en verkrijgen van de juiste capaciteiten, om continu inzetbaar te zijn in de interne en externe arbeidsmarkt tijdens het werkzame leven, zo stellen Forrier en Sels (2003). Niet alleen breed inzetbaar dus binnen het huidige bedrijf, maar ook inzetbaar in andere bedrijven.

Hiermee veranderde ook de verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer. Vroeger was vooral de werkgever verantwoordelijk voor het op pijl houden van de competenties van zijn werknemers. Op die manier kon de organisatie bij blijven. Tegenwoordig is vooral de medewerker aan zet om zijn kennis en vaardigheden op pijl te houden, in een steeds sneller veranderende omgeving.

De medewerker lijkt dus een grotere verantwoordelijkheid te hebben gekregen als het gaat om het **ontwikkelingsaspect** van duurzame inzetbaarheid. Zowel de leidinggevende als de organisatie hebben echter belang bij het optimaliseren van de duurzame inzetbaarheid van de medewerker, waardoor een gedeelde verantwoordelijkheid voor de hand ligt. Het accent lijkt alleen te zijn verschoven naar de medewerker. Hoe medewerkers en hun leidinggevendenden denken over het **gezondheidsaspect** van duurzame inzetbaarheid zou vergelijkbaar kunnen zijn. Dit onderzoek hoopt in ieder geval een bijdrage te leveren aan meer inzicht in dit verantwoordelijkheidsvraagstuk. In dit onderzoek wordt de verantwoordelijkheidsverdeling gezien als een wisselwerking tussen de werknemer en de werkgever, vertegenwoordigd door de leidinggevende.

2.5 FACTOREN

Nu duidelijk is dat zowel de medewerker als de leidinggevende een belang hebben bij duurzame inzetbaarheid en daarmee een gedeelde verantwoordelijkheid hebben om er voor te zorgen dat de medewerker duurzaam inzetbaar is, rest de vraag wat zij hieraan kunnen doen. Daarvoor is het belangrijk om het volgende te weten:

- Welke factoren zorgen er voor dat verpleegkundigen duurzame inzetbaar zijn?

In de literatuur worden allerlei factoren besproken die (de aspecten van) de duurzame inzetbaarheid positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden. Belemmerende en versterkende factoren dus. Deze factoren bevinden zich zowel op persoonlijk, als op organisatorisch en maatschappelijk niveau.

2.4.1. Persoonlijke factoren

2.4.2. Werkinhoud

2.4.3. Werkomstandigheden

2.4.4. Maatschappelijke factoren

De factoren worden nu besproken aan de hand van de vier categorieën. Daarbij wordt niet gepretendeerd volledig te zijn, maar worden verschillende elementen en categorieën uiteen gezet die duurzame inzetbaarheid beïnvloeden. De factoren dienen als inspiratiebron/sensitizing concepts voor de interviews in de nog weinig onderzochte ziekenhuiscontext. Vooral factoren die mogelijk in deze context spelen worden daarom behandeld.

2.5.1 PERSOONLIJKE FACTOREN

Verschillende onderzoekers noemen persoonlijke factoren die van invloed kunnen zijn op aspecten van duurzame inzetbaarheid. Deze factoren gaan enerzijds over het gezondheidsaspect en anderzijds over het ontwikkelingsaspect van duurzame inzetbaarheid.

GEZONDHEIDSASPECT

Het gezondheidsaspect van DI wordt in de wetenschap vooral vertegenwoordigd door onderzoek naar werkvermogen en de Work Ability Index (WAI) die als meetinstrument hiervoor dient.

Berg, Elders, Zwart en Burdorf (2009) hebben Engelse artikelen over work ability gereviewd. Uit hun kwantitatieve evaluatie komen verschillende persoonlijke factoren die de WAI beïnvloeden: leeftijd, heftige situaties buiten het werk, zelfvertrouwen, het vermogen van het bewegingsapparaat, (over)gewicht en fysieke activiteit in vrije tijd (**sporten**). De **privésituatie**, de **leeftijd** en **persoonlijkheidskenmerken** beïnvloeden dus het gezondheidsaspect van duurzame inzetbaarheid.

Andere onderzoekers noemen sociaal demografische factoren, in een studie onder verpleegkundigen in publieke ziekenhuizen in Brazilië (Marina Fischer, Notarnicola da Silva Borges, Rotenberg, do Rosario Dias de Oliveira Latorre, Santos Soares, Lima Ferreira Santa Rosa, Reis Teixeira, Nagai, Steluti & Landsbergis, 2006). Het percentage vrouwen onder verpleegkundigen is daar, net als in het KG, groot. Ze werken veel (soms meerdere banen tegelijkertijd) en voeden daarnaast minderjarige kinderen op. Dit kan leiden tot werk-privé conflicten, lichamelijke en psychische klachten en pre-existente ziektes (Loudoun & Bohle, zoals geciteerd in Marina Fischer et al., 2006). Deze factoren zijn gerelateerd aan een verminderd werkvermogen. Het onderzoek van Marina Fischer et al. (2006) geeft daarbij aan dat de verantwoordelijkheid voor het inkomen (enig kostwinner zijn), een lagere inkomensgroep en het hebben van 2 banen het werkvermogen ook negatief beïnvloeden. Ook deze studie benadrukt dus de invloed van de **privésituatie** op het werkvermogen. Met het toenemen van de **leeftijd** zou bovendien de kans op een laag of gemiddeld werkvermogen toenemen.

ONTWIKKELINGSASPECT

De factoren die het gezondheidsaspect van DI beïnvloeden, zijn ook van invloed op de ontwikkeling en de arbeidsmarktpositie van medewerkers. Uit onderzoek onder (assistent) **verpleegkundigen** en hulpverleners blijkt namelijk dat voorgenoemde factoren ook een rol spelen in de keus om te stoppen met werken (AZWINFO, zoals geciteerd in Schoot & Heijden, 2003). Naast gezondheidsredenen (35%) zijn familiemotieven (33%) en ouderschap (28%) de belangrijkste redenen om te stoppen. Ook hierin speelt de **privésituatie** dus een belangrijke rol.

De dimensies van employability van Van der Heijde en Van der Heijden (2006) brengen ook persoonlijke factoren naar voren. Daaruit blijkt dat er een balans moet zijn tussen de belangen van de werkgever en de werknemer en tussen het werk en **privé**. Daarnaast blijkt uit de dimensies dat anticipatie en optimalisatie en persoonlijke flexibiliteit van het individu belangrijk zijn. Dit aanpassingsvermogen wordt versterkt door verschillende **persoonlijkheidskenmerken**, zoals optimisme, neiging om te leren, geloof dat je zelf verantwoordelijk bent voor je eigen succes en zelfvertrouwen (Fugate, Kinicki, & Ashforth, 2004).

Tot slot kan ook **deeltijdarbeid** van invloed zijn op de employability van de medewerker (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011). Hoe minder een werknemer werkt, hoe minder hij/zij de tijd heeft om (binnen werktijd) bij te blijven op het vakgebied en vaardigheden in de praktijk te oefenen. Vergeleken met andere sectoren is in **ziekenhuizen** relatief veel sprake van deeltijdarbeid, zo geven Sanders et al. (2011) aan. In vergelijking met andere Europese landen werken Nederlandse **verpleegkundigen** gemiddeld het minst aantal uren per week (Hasselhorn et al., 2003).

In voorgaande onderzoeken lijken de onafhankelijke en afhankelijke variabelen gedeeltelijk te overlappen. Het is bijvoorbeeld vanzelfsprekend dat lichamelijke klachten het werkvermogen beïnvloeden, aangezien de lichamelijke gesteldheid onderdeel uitmaakt van het werkvermogen. Gezondheidsredenen, de capaciteit van het bewegingsapparaat en (over)gewicht worden in dit onderzoek dan ook gezien als indicatoren van de mate van duurzame inzetbaarheid en niet als factoren die deze inzetbaarheid beïnvloeden. Indicatoren en factoren worden in dit onderzoek gescheiden gehouden.

LEEFTIJD

De factor leeftijd is bijzonder interessant als het gaat om duurzame inzetbaarheid. Aanleiding voor dit onderzoek is immers dat (onder andere) ziekenhuisverpleegkundigen steeds langer door moeten werken. Als leeftijd inderdaad van invloed is op de duurzame inzetbaarheid van medewerkers, dan is de vraag hoe medewerkers en hun leidinggevenden daar op in kunnen spelen. Daarom wordt hier uitgebreider bij stilgestaan.

Ouder worden verwijst naar veranderingen die plaatsvinden in biologisch, psychologisch en sociaal functioneren in de tijd en is dus van invloed op elk individu op persoonlijke, organisatorische en maatschappelijke niveaus (De Lange, Taris, Jansen, Smulders, Houtman en Kompier; Settersen & Mayer, zoals geciteerd in Kooij, Lange, Jansen & Dijkers, 2008). Dit onderzoek focust zich op de behoeften van medewerkers waar het gaat om duurzame inzetbaarheid. De behoeften van medewerkers veranderen naarmate zij ouder worden:

“Employee needs do change with age.” (Kooij, Jansen, Dijkers, & Lange, 2010, p. 1126)

Verwacht wordt dat dit ook geldt voor behoeften omtrent duurzame inzetbaarheid:

1. De behoeften van medewerkers omtrent duurzame inzetbaarheid veranderen naarmate zij ouder worden

Ouder worden in relatie tot werk moet volgens onderzoekers breder worden gezien dan alleen kalenderleeftijd. Naast chronologische / kalenderleeftijd kunnen ook functionele / op prestatie-gerichte leeftijd, psychosociale / subjectieve leeftijd, organisatieleeftijd en levensfase / levensduur een rol spelen (Sterns en Doverspik, zoals geciteerd in Kooij, de Lange, Jansen & Dijkers, 2008). Om een genuanceerder beeld te krijgen dan alleen leeftijd, wordt in dit onderzoek ook rekening gehouden met de levensfase. De andere factoren zijn in dit onderzoek moeilijk te achterhalen.

LEVENSFASE

Leisink, Knies en de Lange (2010) geven in hun onderzoek naar levensfasebewust diversiteitsbeleid bij Achmea aan dat er allerlei typeringen worden gebruikt met betrekking tot levensfasen. Zij noemen de definitie van de Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN):

“Een periode in het leven van een mens waarin de verhouding tussen met name ontwikkelingen, relaties, werken en zorgen relatief stabiel is”. (p.56)

Verschillende onderzoekers onderscheiden verschillende levensfasen. De Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) hanteert zijn eigen levensfasen, geïnspireerd door onderzoek van Anneke van Doorne-Huiskes (2014). Zij onderkent vier levensfasen (door het StAZ anders genoemd):

- In de **ontwikkelingsfase** (of startersfase) gaat het om mensen die nog maar kort in een baan werkzaam zijn. Het aanleren van nieuwe vaardigheden en het opdoen van nieuwe kennis staat centraal. Hiermee wordt een beroepshouding en -rol opgebouwd. Niet alleen om jonge, maar ook medewerkers die op latere leeftijd een nieuwe baan beginnen passen hierin. Medewerkers willen graag veel leren en zo veel mogelijk nieuwe ervaringen opdoen.
- In de **spitsuurfase** worden medewerkers met veel eisen tegelijkertijd geconfronteerd. Het gaat hierbij zowel om werkeisen (zoals het opbouwen van de loopbaan of carrière) als de thuissituatie (bijvoorbeeld zorg voor kinderen of ouders). Vooral vrouwen hebben hiermee te maken. Medewerkers hebben vaak behoefte aan een “pas op de plaats”.

- In de **balansfase** (of stabilisatiefase) is er sprake van een zekere rust en balans. Thuis en op het werk is een bepaalde routine bereikt. Er kan echter ook een gevoel van onrust ontstaan rondom de vraag of dit het werk is wat de persoon wilde doen, nog wil, kan en zal doen etc. Er is ook meer tijd en rust voor reflectie en bezinning (StAZ/Qidos, 2011).
- In de **(on)mogelijkhedenfase** (of seniorfase) worden sommige taken gemakkelijker door de jarenlange ervaring, terwijl andere taken lastiger worden doordat bijvoorbeeld de energie afneemt. Daarnaast begeleiden medewerkers in deze fase vaak jongeren. De nadruk moet liggen op de mogelijkheden die medewerkers nog hebben voor een productieve functie-invulling. Er moet echter ook gepraat worden over toenemende onmogelijkheden.

Op verschillende momenten in het leven kunnen mensen zich dus in verschillende levensfasen bevinden. Verwacht wordt daarom dat:

2. De behoeften van medewerkers omtrent duurzame inzetbaarheid afhankelijk zijn van de levensfase waarin ze zich bevinden

2.5.2 WERKINHOUD

Naast de omstandigheden en kenmerken van het individu, hebben ook de inhoud en de kenmerken van het werk een belangrijke invloed op de duurzame inzetbaarheid van de medewerker. Verschillende onderzoekers noemen factoren rond de werkinhoud die van invloed kunnen zijn op enerzijds het gezondheidsaspect en anderzijds het ontwikkelingsaspect van duurzame inzetbaarheid.

GEZONDHEIDSASPECT

De work ability index zelf geeft de eerste indicatie van factoren in de werkinhoud die het werkvermogen beïnvloeden. Die factoren komen tot uitdrukking in de dimensies van de WAI. De eerste twee dimensies gaan, zoals eerder vermeld, over de fysieke en mentale vereisten van het werk in relatie tot het individu (Berg et al, 2009). Het gaat daarbij om de balans tussen het vermogen van het individu en de eisen die het werk aan de persoon stelt. Een te zware **belasting** leidt tot een slechtere WAI. Een lage fysieke en mentale gesteldheid leidt ook tot een laag werkvermogen. De fysieke en mentale gesteldheid en de (fysieke en mentale) werkeisen moeten dus op elkaar zijn afgestemd.

Marina Fischer et al. (2006) zijn hierin nog iets specifiek. De **werkomgeving** (organisatieklimaat, geweld op de werkvloer), organisatie van het werk (bijvoorbeeld het rooster) en de **werkdruk** beïnvloeden de WAI (Ginemo, Fleknor, Bureau en Delclos, zoals geciteerd in Marina Fischer et al, 2006). Ook kan het gaan om aandoeningen aan het bewegingsapparaat veroorzaakt door fysieke belasting van het werk.

Fysieke belasting van het werk kan bestaan uit: tillen en dragen, duwen en trekken, trillen en schokken, statische werkhoudingen, repeterende bewegingen en energetische belasting (Kuiper, Heerkens, Balm, Bieleman, & Nauta, 2011). De **mentale belasting** (of psychosociale belasting) kan worden beïnvloed door de taakeisen, mentale belasting, emotionele belasting maar ook de mate van autonomie en variatie die een medewerker heeft om met de mentale belasting om te gaan (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011). Allerlei onderzoeken laten zien dat **verpleegkundigen** een verhoogt risico hebben op stress, burn-out, rolconflicten en ontevredenheid door de psychosociale belasting (Golubic, Milosevic, Knezevic, & Mustajbegovic, 2009), wat hun duurzame inzetbaarheid beperkt.

ONTWIKKELINGSASPECT

Uit de eerder genoemde dimensies van employability (Heijde & Heijden, 2006) blijkt dat aanpassen aan veranderingen en ontwikkelingen een belangrijk inzetbaarheidsaspect is. Dit aanpassingsvermogen heeft zowel een initiatief nemende, proactieve kant als een passieve, reactieve kant. Deze dimensies bieden nieuwe factoren in de werkhoud die de inzetbaarheid beïnvloeden.

Verpleegkundigen hebben bijvoorbeeld relatief vaak te maken met **reorganisaties, overnames en fusies** (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011), vergeleken bij andere beroepsgroepen. **Automatisering** speelt in ziekenhuizen ook een rol, zo geven zij aan. Daar zullen verpleegkundigen zich aan moeten aanpassen.

Uit onderzoek onder (assistent) **verpleegkundigen** en hulpverleners blijkt dat zij werkfactoren die het gezondheidsaspect beïnvloeden ook noemen als reden om te stoppen met werken. Naast de eerder genoemde gezondheidsredenen en privésituatie spelen ook de **fysieke werklast** (11%) en **werkdruk** (8%) een rol bij de keus om te stoppen met werken (AZWINFO, in Schoot & Heijden, 2003).

Ook in het Kennemer Gasthuis spelen deze uitdagingen omtrent die werkhoud, die van invloed zijn om de twee aspecten van duurzame inzetbaarheid. Dat blijkt uit een medewerkerstevredenheids-onderzoek uit 2013, uitgevoerd op een verpleegafdeling van het KG (Kennemer Gasthuis, 2013b). Ruim 25% van de **verpleegkundigen** geeft aan dat ze het werk geestelijk erg inspannend vinden. Ongeveer 20% van de medewerkers geeft aan dat ze in het werk regelmatig te maken hebben met emotionele situaties die hen aangrijpen. Ongeveer 35% heeft last van fysieke klachten. Daarnaast hebben verpleegkundigen en ziekenverzorgenden volgens TNO (Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek) het vaakst van alle bedrijfssectoren te maken met **avond- en nachtdiensten** met vermindering van de inzetbaarheid tot gevolg (Sanders et al., 2011).

Uit voorgaande komt de verwachting voort dat:

3. **Verpleegkundigen fysieke belasting, mentale belasting, werkdruk, automatisering en avond- en nachtdiensten noemen als uitdagingen om duurzaam inzetbaar te zijn**

2.5.3 WERKOMSTANDIGHEDEN

Ook de werkomstandigheden beïnvloeden de duurzame inzetbaarheid van werknemers. Het gezondheidsaspect en het ontwikkelingsaspect zijn hierbij gecombineerd.

Sanders et al. (2011) geven aan dat de inzetbaarheid wordt beïnvloed door de sociale context waarin een medewerker functioneert. Het gaat daarbij zowel om de **steun van collega's**, de **steun van de leidinggevende** en intern en extern **ongewenst gedrag**. De sociale context scoort volgens Sanders et al. in **ziekenhuizen** gemiddeld iets slechter in vergelijking met andere bedrijfssectoren.

Dit sluit aan bij de eerder genoemde social exchange theory die zegt dat medewerkers die zich in hun behoeften gesteund voelen door hun organisatie iets terug doen door zich in te zetten voor de organisatie (Leisink, Knies, & Lange, 2010, p. 77). Uit onderzoek blijkt dan ook dat hoe groter de steun van de leidinggevende, hoe lager de intentie is van **verpleegkundigen** om te vertrekken (Hasselhorn et al., 2003).

Forrier en Sels (2003) maken de steun die de leidinggevende kan bieden concreet. De inzetbaarheid van de medewerker is volgens hen afhankelijk van de **trainingsfaciliteiten** die de werkgever biedt. Breder gezien past hierin ook het **HR-beleid** van de organisatie. Uit de dimensies van employability van Van der Heijde en Van der Heijden (2006) blijkt bovendien dat er een balans moet zijn in de belangen van de werkgever en de werknemer.

Uiteraard kunnen er ook andere actoren zijn die de duurzame inzetbaarheid van medewerkers bevorderen, zoals de **bedrijfsarts** en de **bedrijfsmaatschappelijk werker**.

JOB DEMANDS-RESOURCES MODEL

De samenhang tussen de factoren omtrent het werk en duurzame inzetbaarheid van medewerkers kan worden verklaard met behulp van het 'job demands-resources model' (JD-R model). Dit model laat zien dat elk beroep zijn eigen specifieke werkkenmerken heeft, die op te delen zijn in twee categorieën: baaneisen (job demands) en baanhulpmiddelen (job resources) (Bakker & Demerouti, 2007). Baaneisen zijn gerelateerd aan belasting / inspanning (zoals een gebrek aan energie en de ontwikkeling van gezondheidsproblemen), terwijl baanhulpmiddelen gerelateerd zijn aan motivatie (en bijbehorende betrokkenheid bij het werk en commitment). In de meest ideale werksituatie wat betreft belasting en motivatie zijn de baaneisen laag en de baanhulpmiddelen hoog. De baaneisen en baanhulpmiddelen beïnvloeden echter ook elkaar. De baaneisen kunnen hoog zijn, maar als er voldoende hulpbronnen aanwezig zijn wordt de belasting niet extreem hoog, zo blijkt uit het onderzoek van Bakker & Demerouti (2007).

2.5.4 MAATSCHAPPELIJKE FACTOREN

Tot slot kunnen ook maatschappelijke factoren een rol spelen. De eerste factor richt zich op beide aspecten van duurzame inzetbaarheid, de andere factoren richten zich op het ontwikkelingsaspect.

Allereerst beïnvloedt de collectieve arbeidsovereenkomst (**cao**) de duurzame inzetbaarheid van werknemers. In de cao ziekenhuizen 2011-2014 staan bijvoorbeeld afspraken over het werken in de nacht (maximale hoeveelheid nachtdiensten, maximale leeftijd), de arbeidsduur, arbeids- en rusttijden en persoonlijk levensfasebudget. Het persoonlijk levensfasebudget is bedoeld om uren te kunnen sparen die kunnen worden gebruikt als de levensfase daartoe aanleiding geeft om de duurzame inzetbaarheid te bevorderen (cao ziekenhuizen 2011-2014, artikel 13.2.2.).

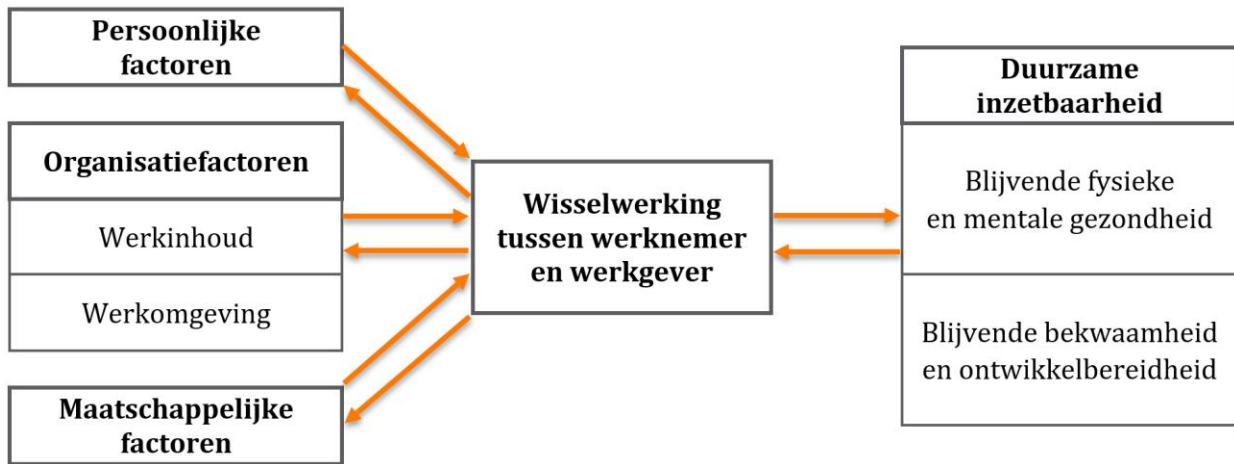
ONTWIKKELINGSASPECT

Mensen met ontbrekende, achterhaalde of verouderde beroepsmatige kennis zijn het eerst overbodig (Thijssen et al., 2008). De bekwaamheden die nodig zijn om een baan te kunnen uitoefenen, veranderen continu en bovendien steeds sneller. Ook in de ziekenhuisbranche is dit erg belangrijk. **Verpleegkundigen** (in het bijzonder gespecialiseerd verpleegkundigen) zijn zelfs bij wet verplicht om hun kennis en vaardigheden op peil te houden (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet BIG). **Wet- en regelgeving** speelt dus ook een belangrijke rol in de duurzame inzetbaarheid van verpleegkundigen.

De arbeidsmarktpositie van een medewerker is uiteraard ook afhankelijk van de kansen die deze medewerker heeft op de interne en externe arbeidsmarkt, zoals blijkt uit de eerder genoemde definities van employability (Heijde & Heijden, 2006). De **baankansen** van een medewerker zijn dus ook van belang als het gaat om duurzame inzetbaarheid.

2.6 CONCEPTUEEL MODEL

In onderstaand conceptueel model zijn de relaties tussen de begrippen, aspecten en actoren omtrent duurzame inzetbaarheid, zoals die in de vorige paragrafen uiteen zijn gezet, samengevoegd.



Figuur 4: Conceptueel model duurzame inzetbaarheid

Rechts in het model staat de duurzame inzetbaarheid met de blijvende fysieke en mentale gezondheid, het gezondheidsaspect, en de blijvende bekwaamheid en ontwikkelbereidheid, het ontwikkelingsaspect (§2.1 en §2.2). Links in het model staan de factoren op het niveau van het individu, de organisatie en de maatschappij (§2.3 en §2.4). In het midden van het model staat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen werknemer en werkgever (§2.5). De gezamenlijke verantwoordelijkheid van werknemer en werkgever is samengevat als een wisselwerking.

2.7 VERWACHTINGEN

Naar aanleiding van bovenstaand model en de factoren die in de voorgaande paragrafen naar voren zijn gekomen, wordt verwacht dat:

1. De behoeften van medewerkers omtrent duurzame inzetbaarheid veranderen naarmate zij ouder worden
2. De behoeften van medewerkers omtrent duurzame inzetbaarheid afhankelijk zijn van de levensfase waarin ze zich bevinden
3. Verpleegkundigen fysieke belasting, mentale belasting, werkdruk, automatisering en avond- en nachtdiensten noemen als uitdagingen om duurzaam inzetbaar te zijn

3.

3 METHODE EN INSTRUMENTEN

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode en de gebruikte instrumenten verantwoord.

De vraagstelling van dit onderzoek is duidelijk kwalitatief van aard. Uit de literatuur omtrent duurzame inzetbaarheid blijkt dat er allerlei factoren van invloed kunnen zijn op de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. In de ziekenhuiscontext is er echter nog weinig onderzoek gedaan naar de behoefte van verpleegkundigen omtrent deze factoren. Ook onderzoek naar wie medewerkers vinden dat verantwoordelijk is voor hun duurzame inzetbaarheid is schaars. Omdat het in dit onderzoek niet zozeer gaat om het achterhalen van feiten, maar veel meer om de ervaringen van mensen, past een interpretatief kwalitatief onderzoeksontwerp het beste (Velde, Jansen, & Dijkers, 2013).

De behoefte en perceptie van verpleegkundigen is nagegaan met behulp van semi-gestructureerde interviews. Interviews leveren kwalitatief rijkere data op dan vragenlijsten (Velde et al., 2013). Omdat er nog weinig bekend is over de perceptie van ziekenhuisverpleegkundigen is gekozen voor dit onderzoeksontwerp. Het ontwerp sluit aan bij de wens van het Kennemer Gasthuis ziekenhuis om inzicht te krijgen in de behoefte van verpleegkundigen om duurzame inzetbaarheid te zijn.

Het onderzoek bestond uit verschillende fasen. Allereerst is de onderzoeksbehoefte van het ziekenhuis gepeild met behulp van informele interviews onder HR-adviseurs, managers en leidinggevenden. Daarna is een literatuurstudie uitgevoerd om het begrip duurzame inzetbaarheid te definiëren en mogelijke randvoorwaarden van medewerkers te inventariseren. Met behulp van deze praktische en theoretisch inventarisatie is een topiclijst opgesteld voor de interviews met de verpleegkundigen en hun leidinggevenden. Naast de topiclijst is een lijst met mogelijke factoren omtrent duurzame inzetbaarheid opgesteld om te gebruiken bij de interviews als inspiratiebron als de verpleegkundigen zelf geen factoren kunnen bedenken. De totstandkoming van de topiclijst en bijbehorende factorenlijst wordt uitgelegd in §3.1.

Het hoofdonderdeel van dit onderzoek bestaat uit 15 semi-gestructureerde interviews onder geselecteerde verpleegkundigen van het Kennemer Gasthuis ziekenhuis in Haarlem. Daarnaast zijn hun 3 leidinggevenden geïnterviewd. De gekozen populatie en daaruit geselecteerde steekproef worden verantwoord in §3.2 en §3.3.

Vervolgens wordt kort meer verteld over het verloop van de interviews in §3.4.

De verzamelde data is vervolgens kwalitatief geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma NVivo. Daarbij is gekeken welke factoren vooral in de interviews naar voren zijn gekomen en op welke factoren het Kennemer Gasthuis dus het beste in kan springen. De gebruikte analysemethoden worden uitgelegd in §3.4.

De resultaten en conclusies, zoals gepresenteerd in hoofdstuk 4, 5 en 6 van het onderzoek, zullen worden aangeboden aan de verpleegkundigen en de leidinggevenden die bij het onderzoek betrokken waren en aan de bij het onderzoek betrokken stafafdelingen (Human Resource en Ondernemingsraad). De kwaliteit van deze onderzoeksconclusies wordt beoordeeld in §3.6.

3.1 TOTSTANDKOMING TOPICLIJST

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de topiclijsten tot stand zijn gekomen, die zijn gebruikt voor de interviews met de verpleegkundigen en hun leidinggevenden. De topiclijsten zijn opgenomen in bijlage 8.1 en 8.2.

De topiclijsten zijn gebaseerd op de het theoretisch kader. Daarbij is de definitie van duurzame inzetbaarheid van Van Vuren (2011, p. 10) als uitgangspunt genomen:

“De mate waarin men zijn of haar huidige en toekomstige werk kan en wil blijven uitvoeren”.

De centrale vraag in de interviews is hieruit voortgekomen:

- **Wat heb je nodig om je werk goed en productief te kunnen (blijven) doen?**

In deze vraag zit het **kunnen** van de respondent waarbij het zowel gaat om het heden als om de toekomst. Ook kunnen als antwoord op deze vraag de voorwaarden naar boven komen waarover een medewerker volgens Klink et al. (2011) moet beschikken. Met behulp van deze vraag wordt dus de behoefte gepeild van ziekenhuisverpleegkundigen, waarbij zowel is stilgestaan bij het gezondheidsaspect van duurzame inzetbaarheid als het ontwikkelingsaspect.

Duurzame inzetbaarheid kent ook het **willen** van de medewerker. Om erachter te komen wat respondenten drijft als het gaat om duurzame inzetbaarheid, is gekeken naar het carrièreverloop van de respondenten en de drijfveren die daarin een rol hebben gespeeld. Ook is vooruit gekeken naar de toekomstverwachting van de respondenten en de bijbehorende drijfveren. Hierbij is ook gekeken naar de (daadwerkelijk realiseerbare) mogelijkheden waarover Klink et al. (2011) spreken.

In deze interviews is ook gekeken hoe de respondenten denken over de **verantwoordelijkheden** waar het gaat om uitdagingen en instrumenten. Welke verantwoordelijkheid hebben de verpleegkundigen zelf en welke verantwoordelijkheid heeft hun leidinggevende volgens hen?

De topiclijst is chronologisch opgebouwd. Daarbij is eerst teruggekeken naar het carrièreverloop. Vervolgens is stilgestaan bij wat respondenten nu en in de toekomst nodig hebben. Vervolgens is vooruit gekeken naar de toekomstverwachting van de respondenten.

De topiclijst voor de **leidinggevend** is gebaseerd op die voor de medewerkers. In deze interviews is vooral gekeken of de drijfveren, uitdagingen en instrumenten die de medewerkers noemen, overeenkomen met wat de leidinggevend denken dat hun medewerkers noemen. De topics in deze interviews gingen dan ook enerzijds over wat de leidinggevende denken dat de medewerkers nodig hebben om hun werk goed en productief te kunnen doen. Daarnaast gingen de interviews over het (carrière)verloop in het team en de drijfveren die daarin volgens de leidinggevend een rol spelen.

Om keuzemogelijkheden te hebben als medewerkers geen drijfveren, uitdagingen en/of instrumenten weten te noemen, is een lijst met factoren opgesteld die mogelijk een rol zouden kunnen spelen. Deze lijst is zowel gebaseerd op literatuur hieromtrent als op informele gesprekken met leidinggevend. De lijst is opgenomen in bijlage 8.3.

3.2 POPULATIE

Gezien de beperkte hoeveelheid interviews die binnen de mogelijkheden van dit masteronderzoek vallen, is gekozen voor een grote, relatief homogene groep medewerkers waarbij belangrijke uitdagingen op het gebied van duurzame inzetbaarheid worden verwacht. In overleg met het Kennemer Gasthuis ziekenhuis is voor ziekenhuisverpleegkundigen gekozen. Er zijn verschillende redenen waarom voor deze groep is gekozen, die ook kort in de inleiding aan bod zijn gekomen.

Verpleegkundigen krijgen op twee manieren te maken met de vergrijzing. Enerzijds worden patiënten ouder, wat zal zorgen voor een toename van het aantal patiënten en een mogelijk tekort

aan verpleegkundigen. Anderzijds worden verpleegkundigen zelf ook ouder, wat zorgt voor uitdagingen omtrent duurzame inzetbaarheid. Ook wordt het werk steeds intensiever en complexer.

Het is voor verpleegkundigen überhaupt een uitdaging om duurzaam inzetbaar te zijn, zo blijkt uit een medewerkerstevredenheidsonderzoek dat het KG heeft uitgevoerd op een verpleegafdeling (Kennemer Gasthuis, 2013b). De duurzame inzetbaarheid van een deel van de verpleegkundigen lijkt zowel geestelijk, emotioneel, fysiek als qua ontwikkeling een uitdaging. Verwacht wordt dat deze uitdagingen op het gebied van duurzame inzetbaarheid ook spelen op andere afdelingen waar verpleegkundigen werken. Daarom zijn verpleegkundigen als populatie van dit onderzoek gekozen.

3.3 STEEKPROEF

Uit de populatie zijn 15 medewerkers geselecteerd van 3 afdelingen en 5 verschillende leeftijdscategorieën. Daarnaast zijn hun leidinggevenden in het onderzoek betrokken. Een overzicht van de respondenten staat hieronder. In de volgende paragrafen worden de selectiecriteria toegelicht.

		Afdeling		
		1-5 Algemeen	AOA Algemeen	IC Gespecialiseerd
Medewerker	15-25	X	X	X
	26-35	X	X	
	36-45	X	X	X (man)
	46-55	X	X	X
	56-65	X	X	X X (man)
Leidinggevende		X	X	X

Tabel 1: Overzicht steekproef

3.3.1 STEEKPROEFCRITERIA

Bij het kiezen van de steekproef is rekening gehouden met de criteria medewerker / leidinggevende, afdeling, leeftijd, opleidingsniveau, dienstverband en geslacht.

MEDEWERKERS / LEIDINGGEVENDEN

Zowel medewerkers als hun leidinggevenden maken deel uit van de steekproef. Beide partijen hebben invloed op de duurzame inzetbaarheid van de medewerkers. De vraag is wie verantwoordelijk is voor de verschillende factoren van duurzame inzetbaarheid. Daarom is naast een 5-tal medewerkers van elke afdeling ook het afdelingshoofd meegenomen in het onderzoek. Belangrijkste vraag is hierbij of de perceptie van medewerkers overeenkomt met de perceptie van leidinggevenden over hun medewerkers. Het gaat daarbij om uitdagingen en instrumenten en wie daarvoor verantwoordelijk is. Daarnaast gaat het om de drijfveren. Als leidinggevende is diegene geselecteerd die de jaargesprekken met de medewerkers voert waarin onderwerpen omtrent duurzame inzetbaarheid aan bod komen.

AFDELINGEN

In dit onderzoek zijn 3 verschillende afdelingen geselecteerd waar verschillende typen medewerkers werken, om zoveel mogelijk variëteit in de steekproef te krijgen. Hierdoor wordt verwacht dat de factoren die in het theoretisch kader zijn besproken zo veel mogelijk terugkomen.

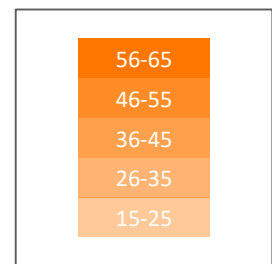
Er zijn zowel afdelingen betrokken in dit onderzoek die te maken hebben met acute zorg (spoed), als afdelingen die te maken hebben met niet-acute zorg (kliniek). Verwacht wordt dat het werk op acute afdelingen (zoals de spoedeisende hulp en de Intensive Care) de duurzame inzetbaarheid van medewerkers anders beïnvloedt dan op afdelingen met niet-acute zorg. Door afdelingen uit beide

clusters mee te nemen wordt een volledig beeld verkregen. De keuze voor de afdelingen is gemaakt in overleg met de Human Resource afdeling van het Kennemer Gasthuis. De keuzes zijn gemaakt op grond van de verwachte uitdagingen met betrekking tot de duurzame inzetbaarheid van de medewerkers. Uiteindelijk zijn 3 afdelingen geselecteerd:

- **Algemene opname afdeling:** meegenomen vanwege hoge gemiddelde leeftijd van personeel, veel verschillende patiënten waarvoor verschillende specialismen nodig en snelle roulatie van patiënten wat veel vraagt van de verpleegkundigen
- **Verpleegafdeling 1-5 (vaat)chirurgie:** meegenomen vanwege lage gemiddelde leeftijd van personeel en veel medewerkers uit 'zwangere-levensfase'
- **Intensive Care:** meegenomen omdat het een acute afdeling is, wat andere uitdagingen met zich meebrengt en waar gespecialiseerd verpleegkundigen werken

LEEFTIJD

Om een zo rijk mogelijk beeld te krijgen van de populatie verpleegkundigen, is besloten 5 leeftijdscategorieën te maken van 10 jaar en uit elke leeftijdscategorie 1 medewerker per afdeling te selecteren. Hierdoor zijn per leeftijdscategorie 3 mensen (van verschillende afdelingen) in het onderzoek betrokken. Door zowel oudere als jongere medewerkers mee te nemen in het onderzoek kunnen ook verschillen tussen leeftijdsgroepen worden geanalyseerd. Daarbij zullen ouderen wellicht vooral curatieve factoren noemen, terwijl jongere medewerkers meer preventieve factoren noemen.



Figuur 5: Leeftijdsverdeling respondenten

Door medewerkers uit verschillende leeftijdscategorieën te selecteren wordt verwacht automatisch medewerkers uit verschillende levensfasen te selecteren, ook al hangt leeftijd niet één op één samen met de levensfase (Leisink, Knies, & Lange, 2010).

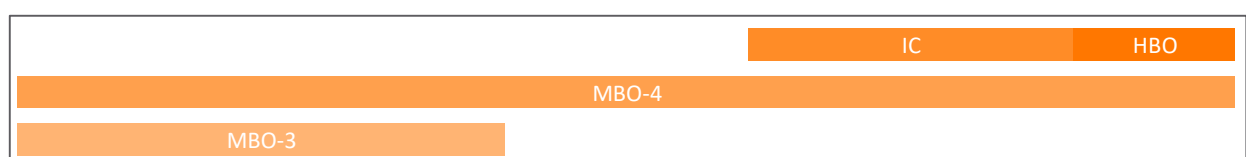
OPLEIDINGSNIVEAU

In het Kennemer Gasthuis werken zowel algemeen verpleegkundigen als gespecialiseerd verpleegkundigen. Ongeveer een derde (37%) van de verpleegkundigen in de kliniek is gespecialiseerd, twee derde is algemeen verpleegkundige. De specialismen zijn afhankelijk van de afdeling waar de verpleegkundigen werken, bijvoorbeeld oncologie, dialyse en obstetrie & gynaecologie. Om de steekproef zo representatief mogelijk te houden is ervoor gekozen twee derde algemene verpleegkundigen te selecteren en een derde gespecialiseerd verpleegkundigen, binnen de geselecteerde afdelingen en verdeeld over de leeftijdscategorieën.



Figuur 6: Opleidingsniveau respondenten

Ongeveer 1/3^e van de respondenten heeft een verzorgende **niveau 3** opleiding afgerond. Alle geïnterviewden hebben (vervolgens) een **niveau 4** opleiding gedaan en interne afdelingsspecifieke cursussen gevolgd. De geïnterviewde Intensive Care verpleegkundigen zijn allemaal **gespecialiseerd**. Zij hebben dus een extra IC-opleiding gevolgd. Sommigen hebben daarvoor nog een opleiding en baan op de Medium Care gehad. 2 verpleegkundigen hebben aangegeven een HBO-opleiding (**niveau 5**) te hebben afgerond.



Figuur 7: Opleidingsniveau 15 respondenten

Hierbij hoort ook een bepaalde werkervaring. De geïnterviewde verpleegkundigen van de algemene afdeling **1-5 (vaat)chirurgie** hebben niet aangegeven eerder binnen het ziekenhuis op een andere afdeling te hebben gewerkt. Wel hebben sommigen ervaring buiten het ziekenhuis, in verpleeg- of verzorgingshuizen of in de thuiszorg. Sommige verpleegkundigen van de **Algemene Opname Afdeling** hebben wel op andere afdelingen in het ziekenhuis gewerkt. De **IC-verpleegkundigen** hebben zonder uitzondering eerder op een andere plek in een ziekenhuis gewerkt. Werkervaring op een algemene afdeling is voor deze mensen namelijk een functievereiste.

DIENSTVERBAND

1 fulltime-equivalent (FTE) staat in het ziekenhuis voor een 36-urige werkweek. In dit onderzoek zijn vooral medewerkers interessant waarbij het werk een relatief grote invloed heeft op hun duurzame inzetbaarheid. Daarom worden in dit onderzoek alleen medewerkers meegenomen die minimaal 0,6 FTE in het ziekenhuis werkzaam zijn.

GESLACHT

In het Kennemer Gasthuis werken voornamelijk vrouwelijke verpleegkundigen. Dit verschilt echter per afdeling. Om te voorkomen dat een vertekent beeld ontstaat door de invloed van het geslacht, worden in dit onderzoek alleen vrouwelijke verpleegkundigen meegenomen op de afdelingen waar maar weinig mannen werken. Op de specialistische afdeling betrof het aantal mannelijke verpleegkundigen echter ongeveer 25%. Om te kijken of het geslacht toch een rol zou kunnen spelen, zijn op deze afdeling 2 mannen geselecteerd.

3.4 INTERVIEWS

Op basis van de selectiecriteria hebben de leidinggevenden medewerkers geselecteerd. Daarbij is rekening gehouden met de beschikbaarheid van medewerkers en onderzoeker. Medewerkers zijn tijdens of na hun dagdienst of voor of tijdens hun avonddienst geïnterviewd. Omdat de interviews overdag plaatsvonden zijn geen medewerkers tijdens de nachtdienst geïnterviewd. De interviews vonden plaats in een afgezonderde ruimte op de afdeling waar de respondenten werken en duurden ongeveer een uur. Tot slot zijn de leidinggevenden geïnterviewd. Deze interviews duurden ruim een uur. Tijdens de interviews zijn aantekeningen gemaakt. Ook zijn alle interviews opgenomen.

3.5 ANALYSEMETHODEN

Na het interviewen zijn de interviews letterlijk uitgewerkt. De transcripten zijn vervolgens geanalyseerd met behulp van het programma NVivo. Daarbij zijn de interviews gecodeerd. Dit is een proces waarin de onderzoeker gegevens categoriseert en deze categorieën benoemt met één of meer trefwoorden (Boeije, Hart, & Hox, 2009, p. 269). De gekozen categorieën zijn gebaseerd op wat de respondenten hebben gezegd, om optimaal recht te doen aan hun inbreng. De codes zijn vervolgens gegroepeerd in hoofd- en subcodes. De topiclijst is hierbij als uitgangspunt genomen. De hoofdcodes zijn voorgeschiedenis, heden en toekomstverwachting. De codeboom die hieruit is ontstaan is te vinden in bijlage 8.4.

De codes zijn vervolgens gebruikt om het resultatenhoofdstuk te schrijven, waarbij per thema de hoofdlijnen eruit zijn gehaald, geïllustreerd met quotes. De resultaten zijn daarna vergeleken met de theorie waaruit de conclusie en discussie zijn voortgekomen.

3.6 KWALITEITSCRITERIA

De kwaliteit van dit onderzoek wordt weergegeven aan de hand van verschillende kwaliteitscriteria. Het gaat daarbij achtereenvolgens om de betrouwbaarheid en de interne en externe validiteit.

3.6.1 BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid van het onderzoek betreft volgens Boeije et al.:

“De precisie van de methoden van dataverzameling of meetinstrumenten.” (2009, p. 274)

De vraag is of het herhalen van de interviews tot gelijke uitkomsten zou leiden, of dat er sprake is van toevallige of niet-systematische fouten. Bij kwalitatief onderzoek is de herhaalbaarheid beperkt, zo geven Boeije et al. aan, vanwege de beperkte mate van standaardisatie.

In dit kwalitatieve onderzoek is de betrouwbaarheid geoptimaliseerd door te werken met een duidelijke topiclijst met daarbij een bijlage met mogelijke factoren. De open startvraag was in elk interview per thema hetzelfde. De respondenten hadden de ruimte om andere vragen op te werpen en eigen factoren te noemen of vragen anders in te vullen. De onderzoeker heeft daarbij steeds dezelfde methode van vragen stellen en doorvragen gehanteerd. Ook bij het analyseren van de data is rekening gehouden met de betrouwbaarheid, door de interviews telkens op dezelfde wijze te analyseren. Er is dus sprake van beperkte standaardisatie.

Daarnaast is gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie. Door met andere collega-onderzoekers te discussiëren over de te gebruiken methoden is de betrouwbaarheid vergroot. Deze collega's hebben niet direct meegewerkt aan het onderzoek. Zij hebben enkel als sparringpartners gediend.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is ook geoptimaliseerd door in dit hoofdstuk zo uitgebreid mogelijk de gebruikte methoden te verantwoorden. Dit maakt het onderzoek beter controleerbaar.

3.6.2 INTERNE VALIDITEIT

Validiteit heeft te maken met de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten:

“De validiteit wordt vooral bepaald door de juistheid van de interpretaties van de onderzoekers van de data en de bewijsvoering van deze interpretaties.” (Boeije, Hart, & Hox, 2009, p. 276)

Boeije et al. geven daarbij aan dat het voor de onderzoeker belangrijk is om niet op te gaan in de sociale situatie die wordt onderzocht, 'going native' genoemd. In dit onderzoek is dit zoveel mogelijk voorkomen doordat de interviewer de respondenten niet kende. De respondenten konden de plaatst van het onderzoek zelf bepalen, zodat de respondent in een bekende en veilige omgeving werd geïnterviewd. Doordat de interviewer niet bekend was met de omgeving, was de onderzoeker minder geneigd op te gaan in de omgeving.

Het kan ook zo zijn dat de respondenten worden beïnvloed door het onderzoek. Dit noemen Boeije et al. reactiviteit. Daarbij veranderen de participanten hun gedrag als ze weten dat ze onderzocht worden. Binnen dit onderzoek is geen gedrag onderzocht. Er zijn wel vragen gesteld over hun gedrag. Het is goed mogelijk dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, omdat het onderzoek wordt uitgevoerd en gepresenteerd binnen het ziekenhuis waar ze werken. Vooral waar het gaat om vragen over hoe medewerkers aankijken tegen verantwoordelijkheden omtrent duurzame inzetbaarheid. Ze kunnen zeggen dat ze zich hiervoor verantwoordelijk voelen, maar of ze er ook naar handelen is in dit onderzoek moeilijk na te gaan. Om reactiviteit tegen te gaan is de vertrouwelijkheid van dit onderzoek zo veel mogelijk benadrukt en gewaarborgd. Uitspraken die door respondenten zijn gedaan zijn niet direct te herleiden tot personen.

Intersubjectiviteit, waarbij onderzoekers vanuit verschillende disciplines of betrokkenheden elkaars interpretaties bediscussiëren op juistheid, kan de validiteit juist verhogen (Boeije, Hart, & Hox, 2009, p. 277). In dit onderzoek is daar in beperkte mate gebruik van gemaakt door met collega-onderzoekers vanuit andere disciplines hierover te spreken. Daarnaast is gediscussieerd met mensen uit het werkveld over de uitkomsten.

Het verantwoorden van de methodiek van dit onderzoek zoals dat in dit hoofdstuk gebeurt draagt als laatste bij aan de validiteit van dit onderzoek.

3.6.3 EXTERNE VALIDITEIT

Bij de externe validiteit, ook wel generaliseerbaarheid genoemd, gaat het erom of de onderzoeksconclusies ook gelden voor andere, niet onderzochte situaties (Boeije, Hart, & Hox, 2009, p. 279). Omdat dit onderzoek een casestudie betreft onder 15 verpleegkundigen binnen 3 afdelingen van het Kennemer Gasthuis ziekenhuis in Haarlem (en hun leidinggevenden), zijn de resultaten van het onderzoek niet zondermeer te generaliseren naar het hele ziekenhuis, laat staan naar andere ziekenhuizen. De onderzoeksconclusies kunnen echter wel een aanleiding geven voor vervolgonderzoek in een bredere context. Daarnaast is het onderzoek binnen de context van de drie afdelingen bruikbaar. De onderzoeksconclusies kunnen dienen als inspiratiebron voor gesprekken met grotere groepen medewerkers en voor gesprekken met individuele medewerkers. Daarnaast heeft het onderzoek de respondenten wellicht aan het denken gezet waardoor zij hierover met hun collega's in gesprek gaan.

4.

4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. De chronologische volgorde van de topiclijst wordt hierbij aangehouden. Het beschrijven blijft hierdoor zo dicht mogelijk bij hoe het in de interviews aan bod is gekomen. De totstandkoming van de topiclijst is in §3.1 toegelicht. De topiclijsten voor medewerkers en leidinggevendenden staan in bijlage 8.1 en 8.2.

In dit hoofdstuk wordt eerst stilgestaan bij de voorgeschiedenis van de respondenten in §4.1. Daarna worden in §4.2 de randvoorwaarden besproken van verpleegkundigen om goed en productief hun werk te kunnen (blijven) doen. In de §4.3 wordt stilgestaan bij hoe zij aankijken tegen verantwoordelijkheden hieromtrent. Tot slot wordt in §4.4 stilgestaan bij hun toekomstverwachting.

4.1 VOORGESCHIEDENIS

In de interviews is eerst teruggekeken op het carrièreverloop van de respondenten. Het verloop van hun opleidingen en werkervaring is al besproken in §3.3.1. Belangrijker is de vraag waarom de verpleegkundigen voor hun baan hebben gekozen en wat het werk leuk maakt. Daarna is de vraag besproken waarom respondenten in het Kennemer Gasthuis zijn gaan werken. Deze vragen worden nu kort besproken. De vragen over de voorgeschiedenis zijn alleen voorgelegd aan de medewerkers.

4.1.1 DRIJFVEREN

Nadat in de interviews was stilgestaan bij de vooropleidingen en werkervaring van de respondenten is stilgestaan bij de vraag:

- Wat maakt dat je dit werk zo leuk vindt? / Waarom heb je voor deze baan gekozen?

Deze vragen zijn lastig te scheiden. Daarom worden de antwoorden hierop gezamenlijk besproken. De antwoorden zijn drijfveren genoemd, die de keus voor de baan beïnvloeden. De vragen leverden sterk gedifferentieerde antwoorden op. Daarom worden alleen de punten die door meerdere respondenten zijn genoemd beschreven, in volgorde van meest naar minst aan bod gekomen. De drijfveren komen ook bij de toekomstverwachting aan bod. Die vraag is ook voorgelegd aan leidinggevendenden.

Het **team/collega's** is door bijna alle respondenten genoemd als belangrijke drijfveer. Het team, liefst divers in karakters en leeftijd, is belangrijk voor een goede sfeer en band met collega's. Het gaat niet alleen om de directe collega's, maar ook om artsen, assistenten en leidinggevendenden. Ze helpen elkaar en leren van elkaar. Het team beïnvloedt ook loopbaankeuzes:

“Toch 6 jaar blijven hangen. Ook wederom weer vanwege, toch ook weer een goed gezellig team. Mekaar echt enorm goed kunnen opvangen.” (respondent 11, verpleegkundige)

Het (type) **zorgen** spreekt de verpleegkundigen ook aan. De één noemt het helpen van **patiënten** en het contact met hen, een ander het contact en de zorg voor de **familie** er omheen. Ook het type zorg, het specialisme/de discipline van de afdeling, speelt in de baankeuze een belangrijke rol. Tevens is het werken in het ziekenhuis belangrijk, in vergelijking met bijvoorbeeld verpleeghuizen of thuiszorg, omdat er meer zorg verleent wordt en het type patiënten anders is.

“Ik vind het heel . . . mooi toch in de meest nare periode van iemands leven iets voor iemand kunt betekenen. Ja dat kan natuurlijk van alles zijn. Een medicijn tot aan een gesprek, noem het maar op. Ehm, ja, dat vind ik het mooie aan mijn beroep”. (respondent 2, verpleegkundige)

Ontwikkeling is een andere belangrijke drijfveer van veel verpleegkundigen, vooral op de IC en de AOA. Het gaat daarbij om het opdoen van kennis binnen de functie én om door te groeien. Verdieping door middel van cursussen, presentaties, opleidingen, e-learning, maar ook in commissies / werkgroepen.

“En dacht, ja ik moet weer wat anders gaan doen . . . om weer een stimulans te krijgen om weer ergens in te verdiepen. . . . Want . . . dat is wat je nodig hebt om . . . plezier in je werk te blijven houden: Verdieping.” (respondent 7, verpleegkundige, leeftijd: 61)

De ontwikkeling sluit aan bij de **uitdaging** die het merendeel van de verpleegkundigen zoekt.

“Elke dag is anders en elke dag leer je hier nog. Het is zo verschillend in specialisme . . . dat het gewoon juist de uitdaging leuk maakt. . . . je moet natuurlijk een beetje uitdaging in je werk hebben. Als je elke dag hetzelfde doet en het wordt op een gegeven moment saaier en saaier. Nou dat gebeurt hier totaal niet.” (respondent 14, verpleegkundige)

Afwisseling wordt door ongeveer 2/3^e van de geïnterviewden gewaardeerd, vooral op 1-5 en AOA. Het gaat om afwisseling in ziektebeelden, specialismen, patiënten, collega's en vaardigheden.

“Dat is natuurlijk ook wel leuk. De hoge wisseling van patiënten. Elke dag is anders, elke dag. Je kan nooit van tevoren zeggen: goh, ik ga naar m'n werk en vandaag gaat er dit gebeuren. Dat kan hier niet.” (respondent 12, verpleegkundige)

In dit verband noemen vooral medewerkers op de IC en de AOA ook de **hectiek, dynamiek, spanning** die hierbij hoort. Het korte patiëntcontact en de snelheid waarmee patiënten komen en gaan (verloop) spreekt aan, al is de mate van hectiek wisselend en kan die voor sommige verpleegkundigen ook té hoog zijn. De **werkdruk** die dit mee brengt is voor de één dan ook een zegen, de ander vindt het vervelend.

“De afwisseling. Echt de afwisseling. De hectiek eh. Nou der gebeurt hier zóveel. En je leert bijna nog elke dag. Nou en dat vind ik gewoon helemaal leuk. Ja.” (respondent 13, verpleegkundige)

De **baankans** is voor veel mensen ook bepalend geweest bij hun loopbaankeuzes, zowel beperkend als stimulerend. Je kunt je baankansen vergroten door jezelf te bewijzen en aan te bieden, zo zegt iemand. Na hun opleiding zijn sommige medewerkers tijdelijk op een andere afdeling geparkeerd omdat er op de afdeling van hun voorkeur nog geen plek was. **Leeftijd** en **opleidingsniveau** lijken hier een rol in te spelen: Hoe hoger opgeleid en hoe ouder, hoe vaker baankansen zijn genoemd.

“Ik denk dat het niet zo makkelijk is om ergens . . . aan de slag te geraken.” (respondent 9, verpleegkundige, leeftijd: 59)

Ook de **privésituatie** heeft voor ongeveer 2/3^e van de verpleegkundigen meegespeeld in het carrièreverloop. Het werk van de partner en kinderen hebben een duidelijke impact, maar ook verhuizen of het overlijden van dierbaren. Velen vinden het belangrijk de functie af te kunnen stemmen op de thuissituatie en andersom. Bijvoorbeeld om (tijdelijk) meer of minder te gaan werken of te stoppen. Ook baan- en financiële zekerheid door een (vast) contract spelen een belangrijke rol.

“Toen waren m'n kinderen klein. Toen ben ik gewoon thuis gebleven. En toen ben ik zelf dus naar school gegaan. . . . Ik ben eigenlijk laat begonnen. . . . Toen was mijn jongste dochter, ging toen naar het voortgezet onderwijs.” (respondent 15, verpleegkundige)

Plezier is voor de meerderheid ook belangrijk in het werk. Het werk leuk vinden en lachen met elkaar. Humor helpt om de ernst van de situatie te relativiseren. **Zelfstandigheid / verantwoordelijkheid / meedenken** met artsen is voor iets minder dan de helft van de verpleegkundigen belangrijk. De één waardeert het **mentale** aspect van het werk, anderen zijn er om van afdeling veranderd (en richting 'luchtigere' AOA gegaan). Ook noemen enkelen de **werkdruk** en **wisseldiensten** (zowel positief als negatief). **Fusies** en **leerlingen begeleiden** zijn tot slot ook genoemd als drijfveren.

4.1.2 KEUS ZIEKENHUIS

Naast de drijfveren voor de baankeuze is ook de keus voor het Kennemer Gasthuis interessant. De belangrijkste reden is de **reisafstand / bereikbaarheid**, ook in verband met de nachtdiensten:

"We draaien ook nachtdiensten en dan moet je toch wakker blijven als je in de auto zit. En dat vind ik wel heel belangrijk." (respondent 12, verpleegkundige)

Meerdere respondenten zijn bij het KG blijven hangen na de opleiding, omdat het hun **laatste stageplek** was. Uiteraard moet er dan wel plek zijn en moet je wel worden aangenomen. Twee andere verpleegkundigen vinden de **grootte** van het ziekenhuis belangrijk. De een is in het KG gaan werken vanwege de kleinschaligheid waardoor je elkaar kent. De andere juist omdat het KG groter was dan andere ziekenhuizen in de buurt en het KG te boek stond als een progressiever, moderner ziekenhuis.

4.1.3 BEWUSTE KEUS?

Vraag die nog overblijft, is hoe bewust de verpleegkundigen de genoemde loopbaanstappen hebben genomen en in hoeverre ze daarbij dus rekening hebben gehouden met de genoemde drijfveren.

De antwoorden hierop zijn erg wisselend. 2/3^e van de verpleegkundigen geven aan in ieder geval 1 loopbaanstap min of meer **bewust** te hebben genomen en noemen ook duidelijke beweegredenen.

"De medium care was een half jaar. En toen dacht ik van ja. Dan kan ik alvast bij de IC in de keuken kijken. En dan leren ze mij vast kennen. Tegen de tijd dat ik dan solliciteer heb ik vast een stapje voor." (respondent 10, verpleegkundige)

Er zijn echter ook loopbaanstappen **minder bewust** genomen:

"Het is eigenlijk wel enigszins vanzelf gegaan. Maar je trekt het toch ook weer naar jezelf toe denk ik, want anders gebeurt het niet. . . . Maar echt een bewuste keuze heb ik niet gemaakt." (respondent 2, verpleegkundige)

2/3^e van de geïnterviewden geeft aan dat ze een bepaalde functie zijn **ingerold** of **doorgestroomd**. Zo zijn verpleegkundigen na de opleiding gaan werken op de afdeling waar plek was.

"Ik ben er eigenlijk niet naar gaan zoeken, maar het kwam meer op m'n pad". (respondent 11, verpleegkundige)

1/3^e van de verpleegkundigen heeft een loopbaanstap genomen **op aanraden** van iemand anders.

"Een vriendinnetje van mij die is ook IC-verpleegkundige. . . . En die zei tegen mij: nou, je moet op de IC gaan werken. Dat heb ik me eigenlijk door haar wel een beetje laten stimuleren." (respondent 8, verpleegkundige)

4.2 BEHOEFTE GOED / PRODUCTIEF WERKEN

Nu duidelijk is hoe de respondenten in hun functie zijn beland en waarom ze er voor hebben gekozen, komt de centrale vraag van de interviews aan bod:

- Wat heb je nodig om je werk goed / productief te kunnen doen (nu en in de toekomst)?

De antwoorden hierop zijn erg divers en verschillend van aard. De een geeft aan wat hij/zij vanuit zichzelf nodig heeft. Een ander geeft aan in welke zin het werk belemmerd. Weer een ander geeft aan wat hij/zij nodig heeft om het werk goed te kunnen blijven doen. De vraag is dus verschillend geïnterpreteerd. Vanwege de rijkheid van de data is besloten om de genoemde behoeften op te splitsen in uitdagingen (ook belemmeringen of obstructies te noemen) en instrumenten (ook oplossingen of handvaten te noemen). Eerst worden de uitdagingen beschreven, daarna de instrumenten om deze uitdagingen te lijf te gaan. Vervolgens wordt aangegeven welke uitdagingen en instrumenten als belangrijkste zijn benoemd en hoe groot de urgentie is om met de instrumenten de uitdagingen te lijf te gaan. Vervolgens worden de uitdagingen en instrumenten samengevat in een matrix. Leidinggevend is ook gevraagd wat zij denken dat verpleegkundigen nodig hebben. Hun visie wordt alleen weergegeven als die ondersteunend of contrasterend is met de mening van de verpleegkundigen.

4.2.1 UITDAGINGEN

In de interviews zijn de volgende uitdagingen naar voren gekomen

- | | |
|--|---------------------------|
| - Fysieke gesteldheid/belasting | - Werk-privébalans |
| - Mentale gesteldheid/belasting | - Ontwikkeling |
| - Gezondheid | - Wetgeving |
| - Wisseldiensten | |

Deze worden nu achtereenvolgens besproken, op volgorde van meest naar minst aan bod gekomen.

De **fysieke gesteldheid/belasting** kan een belangrijke uitdaging zijn om het werk goed en productief te kunnen (blijven) doen. Het tillen van mensen, het rijden met bedden, het werken op een (on)juiste werkhoogte en het vele bewegen kan het werk fysiek zwaar maken. De meningen verschillen echter over de mate waarin dit een rol speelt. Op de afdeling 1-5 is de fysieke belasting het meest genoemd.

“Volgens mij is dit één van de lichamelijk zwaarste beroepen. . . . Veel mensen werken helemaal niet mee. En sommige mensen zijn toch echt 100 kilo. . . . Ik vind het echt zwaar werk.”
(respondent 2, verpleegkundige)

“Ik vind het lekker om in beweging te zijn. En ik moet er niet aan denken om de hele dag te moeten zitten.” (respondent 8, verpleegkundige)

De mate van fysieke belasting verschilt ook per moment.

“Is wel een beetje van de drukte afhankelijk hoe zwaar ik het vind.”
(respondent 8, verpleegkundige)

Meerdere medewerkers hebben zelf of kennen collega's die te kampen hebben met fysieke klachten, al is moeilijk te zeggen of dit door het werk komt. Elke **afdeling** heeft hierin zijn eigen uitdagingen. Een deel van de medewerkers vindt het werk nu zelf fysiek niet zwaar, maar kent wel collega's die het werk fysiek zwaar vinden. Langer doorwerken **na je 65e** lijkt sommigen in ieder geval onmogelijk:

*“Dan heb ik een persoonlijke rollator nodig denk ik. . . Als ik zie de mensen om me heen die 70 zijn en die dan dit lichamelijk zware werk zouden moeten doen nu, dat is onmogelijk.”
(respondent 2, verpleegkundige)*

Ook de **mentale gesteldheid/belasting** kan een rol spelen om het werk vol te houden. In dit verband is veel gesproken over werkdruk en wisseldiensten. Deze worden hierna apart besproken. Bij mentale belasting is echter ook het loslaten van het werk, verhalen van mensen en heftige gebeurtenissen zoals het overlijden van patiënten en scherp blijven tijdens het werk genoemd.

*“Als je één fout maakt kan het dodelijk zijn.” (respondent 2, verpleegkundige)
“Ik vind het een voorrecht om te mogen werken met dit soort grote emoties.”
(respondent 9, verpleegkundige)*

Verpleegkundigen geven aan dat het makkelijker wordt om het werk los te laten als medewerkers langer in dienst zijn en hier meer **ervaring** mee hebben. Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat mentale belasting misschien wel de grootste uitdaging is om langer door te kunnen werken: dat je op een gegeven moment de complexiteit van veel verschillende dingen aan kan. De meeste verpleegkundigen vinden de mentale belasting niet te hoog, soms tijdelijk.

Sommige geïnterviewden noemen **gezondheid** als belangrijke factor om het werk vol te houden. De fysieke en mentale gezondheid die hiervoor zijn besproken kunnen hieronder vallen. Daarom is gezondheid in de samenvattende matrix aan het eind van deze paragraaf weggelaten.

“Ja, je moet hopen dat je zelf gezond blijft natuurlijk. . . Als je zelf iets krijgt, ja dan houdt het natuurlijk al wat eerder op denk ik” (respondent 6, verpleegkundige)

Leidinggevenden geven hierbij aan dat ze bij ziekte en zwangerschap mensen zo lang mogelijk in dienst proberen te houden, eventueel met aangepast/ander werk. De fysieke zwaarte van het werk maakt het echter lastig om geschikt ander werk te vinden. Daarnaast geven ze aan het belangrijk te vinden dat zieke medewerkers niet privé nog van alles ondernemen en niet wachten met werken tot ze weer 100% gezond zijn, maar kijken wat ze nog wel kunnen.

Omgaan met de soms hoge **werkdruk** is ook een uitdaging. Het kan daarbij gaan om één of meerdere patiënten die heel veel zorg nodig hebben, afhankelijk van de patiëntcategorie en het aantal opnames. De werkdruk wisselt heel erg (vooral op de **IC** en de **AOA**), van dag tot dag, van uur tot uur, en is bovendien moeilijk te voorspellen. Een té hoge werkdruk kan grote gevolgen hebben:

*“Het kan wel eens zó druk zijn, dat je je werk niet meer verantwoord kunt verrichten.”
(respondent 3, verpleegkundige)*

De werkdruk wordt net als de fysieke en mentale belasting erg verschillend ervaren:

“Ik heb ook altijd zoiets: nou, zo meteen is het weer rustig. Het is maar eventjes een moment of een uurtje of zo.” (respondent 15, verpleegkundige)

De werkdruk lijkt hoger te worden door steeds meer regels en registratie, ‘zwaardere’ patiënten en patiënten die in (contact)isolatie verzorgd moeten worden. Op momenten dat de werkdruk hoog is is het lastiger om goed om te gaan met de fysieke belasting en leerlingen goed te begeleiden. **Leidinggevenden** geven aan dat medewerkers het vervelend vinden als ze door werkdruk te weinig aandacht kunnen geven aan de patiënt. Daarbij geeft een leidinggevende aan dat op drukke afdelingen meestal een type verpleegkundige werkt dat hier beter mee om kan gaan (respondent 17, LG).

Wisseldiensten (vooral nachtdiensten) zijn ook een uitdaging als het gaat om het werk vol te houden:

“Het verstoort je balans. . . . Je moet elke keer weer omschakelen.”
(respondent 10, verpleegkundige)

De meeste nachtdiensten worden gedraaid op de IC en worden daar ook het vaakst zwaar genoemd. De biologische klok raakt van slag, al heeft de één hier meer last van dan de ander. verpleegkundigen zijn minder scherp, al is de zorg 's nachts minder intensief. Het feit dat het licht bij patiënten op de IC uit is maakt het werken vermoeiender. Ook krijgen sommige verpleegkundigen gezondheidsklachten door de nachtdienst, waardoor ze niet of minder 's nachts werken. Niet alleen het werken zelf, maar ook het vooruitzicht dát je moet werken in de nacht is pittig. Het hoort er echter bij, zo geven meerderen aan.

Het werken in de nacht lijkt zwaarder te worden als je **leeftijd** toeneemt. Als verpleegkundigen 57 jaar of ouder of zwanger zijn hoeven ze geen nachtdienst meer te draaien. De meesten zijn daar blij mee, al wordt het door de vergrijzing steeds lastiger om de nachtdiensten te vullen en wordt de druk op jongeren vergroot. **Leidinggevenden** onderstrepen dat dit een grote uitdaging zal worden.

De **werk-privébalans** is ook een belangrijke factor. De thuissituatie kan het werk beïnvloeden en andersom. Daarin moet een balans zijn. Er moet rekening worden gehouden met bijvoorbeeld de partner, kinderen, vrienden, ziekte, overlijden, mantelzorg, (vrijwilligers) werk en vrije tijd.

Ontwikkeling is ook belangrijk om het werk goed en productief te kunnen blijven doen, zo blijkt uit de interviews. Het gaat daarbij enerzijds om het bijhouden en opfrissen van kennis en inzicht door te leren van elkaar (in het bijzonder van aandachtsvelders), e-learning, scholing/training/klinische lessen, symposia, werkgroepen en commissies. Het kan ook gaan om het bijhouden van voorbehouden handelingen. Anderzijds kan men zich ook ontwikkelen met een opleiding voor een andere functie. Leidinggevenden geven aan dat bijblijven op het vakgebied lastiger is voor **parttimers** met kleine contracten. Zij hebben relatief weinig tijd om zich te blijven ontwikkelen.

Ook organisatieontwikkelingen als fusies en de invoering van het nieuwe elektronische patiënten-dossier (genaamd EPIC) zijn ontwikkelingen waar de verpleegkundigen in mee moeten. Ze gaan hier verschillend mee om. De een wacht rustig af of uit zijn ongenoegen, de ander grijpt het aan om mee te denken hoe de ontwikkeling het beste kan worden geïmplementeerd. De meesten vinden EPIC een positieve ontwikkeling, al hebben sommigen tijd nodig om te leren werken met de computer.

Wet- en regelgeving is de laatste uitdaging die in één van de interviews aan bod is gekomen (komt niet terug in de tabel). Deze regels en protocollen verhogen de werkdruk, maar zorgen er ook voor dat het werk zorgvuldig en transparant kan worden uitgevoerd.

4.2.2 INSTRUMENTEN

In de interviews zijn de volgende instrumenten naar voren gekomen:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|---------------------|
| - Herstelmomenten | - Rooster | - Plezier |
| - Team | - Deeltijdfactor | - Waardering |
| - Solidariteit | - Sporten | - Eten |
| - Hulpmiddelen | - Prioriteren / | - ORT |
| - Personeelsbezetting | doorschuiven | - PLB |

Deze worden nu besproken op volgorde van het aantal interviews waarin ze aan bod zijn gekomen. Bij de instrumenten is aangegeven welke uitdaging ze kunnen aanpakken.

Het meest besproken instrument is **herstelmomenten**, tijdens het werk, door middel van pauzes, maar ook buiten het werk in de vorm van vrije tijd. Ze helpen om te herstellen van de fysieke en mentale belasting, de werkdruk en wisseldiensten en dragen dus bij aan een goede (fysiek en mentale) gezondheid. Pauzes kunnen ook gebruikt worden om de werkdrukverdeling te herzien. Voldoende vrije tijd draagt daarnaast bij aan een goede balans tussen werk en privé. Medewerkers moeten in hun vrije tijd dan wel de tijd nemen om uit te rusten. Het rooster speelt hierin ook een belangrijke rol, daarover verderop meer. Daarnaast is hersteltijd na ziekte of overlijden van naasten ook essentieel.

“Dat er voldoende rust tussen zit, dat je voldoende afstand kan nemen, tussentijds. . . . Je moet weer kunnen opladen.” (respondent 3, verpleegkundige).

Een **leidinggevende** geeft aan medewerkers soms een rustigere dag te gunnen om bij te komen na een drukke dag. Daarna moeten ze andere dingen gaan doen zoals e-learning en schoonmaken.

Ook het **team** blijkt erg belangrijk om het werk als verpleegkundige vol te kunnen (blijven) houden. Als collega's elkaar helpen is het werk fysiek en mentaal minder zwaar, wat bijdraagt aan een goede gezondheid. Helpen met tillen, patiënten bespreken en praten over heftige gebeurtenissen. Een hoge werkdruk zit dit echter soms in de weg. Door het werk goed te verdelen is de werkdruk beter te behappen, al zou de drukverdeling volgens sommigen vaker herzien kunnen worden.

Een goed team brengt ook begrip op als het privé minder gaat. Daarbij is het belangrijk dat je zelf je eigen grenzen aangeeft en hulp vraagt, zodat anderen voor je klaar kunnen staan. Tot slot leren collega's ook van elkaar. Een gezellige, positieve sfeer en open, eerlijke communicatie is in dit alles erg belangrijk. Elkaar feedback geven als dingen niet zo lopen als ze zouden moeten hoort daar ook bij. Naast contact met collega's zijn ook de leidinggevenden en de artsen in dit alles erg belangrijk.

“Ik zat vaak thuis dat ik dacht van, pfff, ik heb het helemaal gehad. Het is zo druk geweest. Maar ondanks het goede contact met je collega's dat je toch wel zoiets hebt van, nou, dan kan je het wel weer aan met elkaar.” (respondent 1, verpleegkundige)

In dit verband is ook **solidariteit** genoemd door een aantal verpleegkundigen. Sommigen bieden aan om nog een aantal nachtdiensten te draaien als ze dit niet meer hoeven. Anderen vragen juist om solidariteit van anderen omdat ze niet zo goed tegen nachtdiensten kunnen. Het is belangrijk dingen eerlijk en rechtvaardig gezamenlijk te verdelen, zo beamen ook **leidinggevenden**.

Naast collega's zijn **hulpmiddelen** belangrijk om op een goede manier met de fysieke belasting om te kunnen gaan, bijvoorbeeld bij het tillen en draaien van patiënten. Het kan gaan om tilliften, bea's, glijzeilen/tilmatten, looprekjes, postoelelen en bedden om ergonomisch te kunnen werken. De ergocoach, fysio en/of tilcoach helpen hier ook bij. Het gebruik van deze hulpmiddelen kost echter extra tijd, waardoor het er bij hoge werkdruk nog wel eens bij inschiet.

“Als een patiënt in bed ligt en je wilt die wat hoger in bed hebben, dan kun je heel makkelijk even iemand zo omhoog helpen met z'n tweeën. Maar je kan ook een glijzeil pakken, dat onder de patiënt doen, met z'n tweeën en dan iemand omhoog en dat glijzeil weer schoonmaken en dan weer ophangen. Dat kost je veel meer tijd, die je niet hebt.” (respondent 2, verpleegkundige)

Het is dus belangrijk elkaar er op aan te spreken als hulpmiddelen niet worden gebruikt. Een **leidinggevende** geeft aan dat door je rug gaan eigenlijk niet nodig is, omdat er hulpmiddelen zijn (respondent 18, LG). Ook training om met fysieke belasting om te gaan kan helpen.

De **personeelsbezetting** is ook een veelbesproken instrument. Als er voldoende personeel is, kan het werk fysiek, mentaal en vooral qua werkdruk beter worden verdeeld, evenals de nachtdiensten. Ook kan er beter rekening worden gehouden met ieders privé-situatie. Om voldoende mensen te hebben voor de nachtdienst, moet er een goede balans zijn tussen ouderen en jongeren. Dit wordt genoemd op de **IC** en de **AOA**. **Leidinggevend**en beamen dit. De balans kan worden bereikt door ouderen eerder te laten uitstromen of door vaste wachten (mensen die alleen nachtdiensten draaien) weer toe te staan.

De verpleegkundigen noemen een aantal opties voor een optimale personeelsbezetting. Allereerst kan de formatie worden uitgebreid, al is dit lastig door het beperkte budget van het ziekenhuis door bezuinigingen, zeggen ook **leidinggevend**en. Extra handen/hersenen zijn echter niet fulltime nodig:

“Het zijn echt piekmomentjes. Het is dus niet de hele dag nodig om een extra iemand der bij te hebben.” (respondent 2, verpleegkundige)

Het uitwisselen van personeel met andere afdelingen of uit een pool/zwerfdienst zou op deze piek-/dalmomenten een instrument kunnen zijn. De basiszorg kunnen verpleegkundigen van andere afdelingen ook doen, al is dit op gespecialiseerde afdelingen (zoals de **IC**) lastiger. Om het personeel goed te kunnen verdelen is inzicht in de werkdruk op de verschillende afdelingen belangrijk. Tijdens stopmomenten zou dit kunnen worden geïnventariseerd met een dashboard op intranet, zo suggereert iemand. Daarbij geeft een **leidinggevende** aan dat een KG-brede databank voor projecten voor medewerkers die beperkt inzetbaar zijn (wegens ziekte, zwangerschap etc.) ook zou kunnen helpen.

Tot slot kunnen ook verzorgenden/helpenden werk uit handen nemen (zo oppert **AOA**). Zij zijn lager geschoold (niveau 2/3) en kosten daardoor minder, maar kunnen wel de druk op piekmomenten opvangen. Ook leerlingen kunnen de formatie aanvullen, maar mogen nog geen verantwoordelijkheid dragen. Daardoor is werken met te veel leerlingen lastig. Een **leidinggevende** noemt nog de mogelijkheid om vrijwilligers in te zetten. Door de bezetting iets lager te houden dan de formatie, kan op drukke momenten ook iemand extra worden ingezet.

Ook het **rooster** biedt mogelijkheden om met de uitdagingen om te gaan. Vooral het rooster met betrekking tot de nachtdiensten is belangrijk. Hier is maatwerk gewenst: de één werkt graag alle nachten per maand achter elkaar, de ander liever in kleine blokken van 2 of 3 dagen. Voldoende rust in de vorm van herstel- en vrijetijd moeten ook onderdeel uitmaken van het rooster. Daarnaast moet het rooster aansluiten op de privé-situatie van de verpleegkundigen. Eén van de verpleegkundigen oppert of het niet beter zou zijn als verpleegkundigen zelf roosteren. Een eerlijke verdeling vinden ze ook erg belangrijk. Het is daarnaast prettig als het rooster flexibel is en collega's bereid zijn om te ruilen.

“Als alles in samenspraak gaat en je... geeft wat en je krijgt wat. Dan ben je meer gemotiveerd en dan loop je met een prettiger gevoel rond, in plaats van dat je altijd eh: nee dat kan niet, het is allemaal moeizaam” (respondent 10, interview, 22 mei)

De **deeltijdfactor** is ook een instrument (vooral genoemd op de **IC** en **AOA**). Minder werken geeft meer tijd om te herstellen van zwaar werk en tijd voor privé. Iemand anders kiest er juist voor fulltime te blijven werken om bij te kunnen blijven op het vakgebied. Opvallend is dat op de **AOA** genoemd wordt dat weinigen fulltime (36 uur) werken, maar veelal 32 uur. Dit scheelt verplichte nachtdiensten, je hebt meer ruimte in je rooster en kunt dus makkelijker ruilen.

“Nu moet ik echt niet terugdenken dat ik fulltime ga werken. Gewoon alleen puur dat het gewoon . . . zwaar is. Als je nu kijkt, paar dagen doe ik het en eh, dan kan ik paar dagen bijkomen.” (respondent 5, verpleegkundige).

Ook **sporten** kan volgens de verpleegkundigen (vooral op de IC) een goed instrument zijn om goed en productief het werk te kunnen (blijven) doen. Sporten draagt vooral bij aan de fysieke en mentale gezondheid. Een van de medewerkers geeft aan het prettig te vinden als de werkgever hier ook (financieel) in bijdraagt, al vinden anderen dit overbodig. Medewerkers sporten het liefst dicht bij huis, niet bij het werk. Een goede afstemming tussen werk en privé is in deze dus ook van belang.

“Dat je toch een bepaalde mate aan sport doet. Bewegen. Zodat al je spieren eh, toch wat soepel zijn, dat niet als je een ding doet dat het je gelijk in de rug schiet of zo.” (respondent 4, verpleegkundige).

Plezier in het werk noemt ruim een kwart van de verpleegkundigen. Er zijn allerlei dingen die het werk al dan niet leuk maken: familiecontact, collega's en werkomstandigheden zoals hulpmiddelen (de besproken drijfveren) Maar je hebt hier als verpleegkundige ook zelf een rol in:

“Dat je blij bent. Dat je met plezier naar je werk toe gaat. En zin maken in het werk. Het werk voor jezelf leuk maken.” (respondent 8, verpleegkundige)

Prioriteren en doorschuiven van werk helpt om het werk vol te houden, als de werkdruk hoog is. Het werk doorschuiven vinden verpleegkundigen echter erg vervelend, omdat ze weten dat de volgende diensten ook weer vol kunnen zitten, al gaat de een hier makkelijker mee om dan de ander. Samenwerken als team en hulp vragen aan collega's gaat hier wel aan vooraf.

“En soms dan stel je prioriteiten, denk ja ok, nu is het gewoon, wat kan ik doen? Alleen belangrijke dingen. De hoofdzingen. En dan bijzaken eh, blijven liggen. En dan gaat van één dienst naar de andere. Week na week eh.” (respondent 5, verpleegkundige)

Waardering door collega's en leidinggevende en zelf gezond **eten** worden ook belangrijk gevonden, al zijn ze maar door 3 of minder mensen genoemd. De onregelmatigheidstoeslag (**ORT**) die verpleegkundigen krijgen voor het draaien van wisseldiensten, maar mogelijk wordt afgeschaft, wordt tevens door meerderen belangrijk gevonden. Tot slot zijn persoonlijke levensfase budget-uren (beter bekend als **PLB-uren**) genoemd als instrument. De een spaart deze uren op om ze later te gebruiken als ze het werk minder goed aan kunnen, de ander gebruikt ze ook al op jonge leeftijd.

De **leidinggevenden** en een medewerker komen nog met een andere optie. Als het (nacht)werk te zwaar wordt kan een **andere baan** ook uitkomst bieden, bijvoorbeeld op de poli. Er moet immers veilig gewerkt kunnen blijven worden. Het zou wellicht goed zijn dit contractueel vast te gaan leggen, zo oppert een leidinggevende, omdat vooral gespecialiseerden er qua salaris fors op achteruit gaan.

“En in het ergste geval, móet iemand dan inderdaad opstappen en een baan zoeken voor overdag.” (respondent 16, LG)

Dit biedt niet alleen een oplossing voor de medewerker, die het werk niet meer volhoudt. Ook voor de afdeling kan het een oplossing zijn voor de bezetting in de nacht. Een van de leidinggevenden oppert dat oudere medewerkers in de kliniek beter over de afdelingen verdeeld kunnen worden.

4.2.3 URGENTIE

Hoe groot is de urgentie om de besproken uitdagingen met de instrumenten te lijf te gaan? Daarover verschillen de meningen enorm. De meeste verpleegkundigen vinden dat het nu **goed** gaat:

“Zoals het nu gaat gaat het goed. En ik heb niet meer nodig. Ik houd het makkelijk vol. Tenzij ik iets vreselijk krijg.” (respondent 15, verpleegkundige)

Sommigen zien **niet voor zichzelf, maar wel voor anderen** behoeften:

“Dat zou met collega’s zomaar anders kunnen zijn. Maar ik heb daar, ik heb niet veel nodig” (respondent 9, verpleegkundige).

Niet iedereen ziet de toekomst rooskleurig in. Naast de eerdergenoemde rollator:

“Ik denk dat het een hele grote uitdaging wordt om mensen van hun 17e tot hun 67e in de zorg te houden. Met de nachtdiensten erbij. Wat eh. Maar ik zou niet weten hoe je dat precies moet oplossen hoor.” (respondent 9, verpleegkundige)

Met de jaren kan het inzicht ook veranderen:

“Voorheen dacht ik altijd van nou, als je 50 bent dan, pfff nou dan ben je wel stokoud en hoe dat allemaal moet gaan. Maar ja. . . . Dat is helemaal geen probleem. Ik heb net de IC-opleiding afgerond (euforisch). Dus wie weet als ik 67 ben is er ook helemaal niks aan de hand en gaat het allemaal prima. Ik heb géén idee (respondent 6, verpleegkundige)

4.2.4 OVERZICHT UITDAGINGEN EN INSTRUMENTEN

In onderstaande tabel staan de uitdagingen en instrumenten samengevat. Daarbij is met arcering aangegeven welke instrumenten bij welke uitdaging passen. De lengte van de arcering aan het eind van elke kolom en rij geeft de hoeveelheid interviews aan waarin ze aan bod zijn gekomen. Dit hoeft niet persé het belang aan te geven van de uitdagingen. Hierover lopen de meningen namelijk sterk uiteen. De een noemt de personeelsbezetting als belangrijkste, een ander de werkdruk, een volgende mentale belasting door de complexiteit, een vierde de zorgzwaarte en een laatste de nachtdiensten. De mate waarin uitdagingen een rol spelen lijkt sterk persoonsgebonden.

	Instrumenten													Aantal x besproken			
	Herstelmomenten	Team	Solidariteit	Hulpmiddelen	Personeelsbezetting	Rooster	Deeltijdfactor	Sporten	Prioriteren	Doorschuiven	Plezier	Waardering	Eten		ORT	PLB	
Uitdagingen	Fysiek																
	Mentaal																
	Werkdruk																
	Wisseldiensten																
	Privésituatie																
	Ontwikkeling																
Aantal x besproken																	

Tabel 2: overzicht uitdagingen en instrumenten

4.3 VERANTWOORDELIJKHEID

Nadat de respondenten aangaven wat ze nodig hebben om het werk te kunnen uitvoeren, is gevraagd wie verantwoordelijk is voor het omgaan met de uitdagingen en het inzetten van de instrumenten. Medewerker en leidinggevende hebben een **gezamenlijke verantwoordelijkheid** volgens de respondenten als het gaat om duurzame inzetbaarheid, al verschilt die verantwoordelijkheid per thema.

Medewerkers voelen zich verantwoordelijk voor hun **fysieke** gesteldheid en de manier waarop zij omgaan met de fysieke belasting van het werk. Ze moeten zelf hun behoeften en grenzen kenbaar maken en signaleren waar de fysieke gesteldheid in het geding komt. De leidinggevenden moet fysieke belasting signaleren en hulpmiddelen bieden. Medewerkers moeten de hulpmiddelen goed gebruiken. Ook kan de leidinggevende medewerkers stimuleren, aansturen en aanspreken waar mogelijk, zo geeft iemand aan. Ze moeten medewerkers echter geen oplossingen opleggen:

“Ze hebben mensen aangeboden een ‘stoppen-met-roken-cursus’ te volgen. Nou, dat vind ik nog wel een goed idee, als je iemand dat aanbiedt. Maar je moet niet gaan zeggen, nou we verplichten jou om zo’n cursus te gaan volgen. . . . Als het echt het werk gaat beïnvloeden. Ja. En je je collega’s daarmee extra gaat belasten. Hè bijvoorbeeld omdat jij dingen niet meer kunt. Dan moet je daar wel over praten.” (respondent 6, verpleegkundige)

Een ander zegt dat iemand ook kan stoppen als het werk te zwaar wordt. De leidinggevenden denken hier soortgelijk over. Medewerkers zijn primair verantwoordelijk voor hun fysieke gezondheid en moeten in conditie zijn om het werk goed te kunnen. Daarbij moet een medewerker beperkingen en behoeften kenbaar maken en zélf oplossingen aandragen. Een medewerker kan stoppen als het werk echt te zwaar wordt. De leidinggevenden vinden dat zij zelf een preventieve, adviserende rol hebben waarbij ze de behoefte van medewerkers peilen en daarop inspelen. Het gesprek hierover met de medewerker vinden ze erg belangrijk, al vinden ze het lastig om medewerkers preventief aan te spreken op bijvoorbeeld roken. Curatief ingrijpen vindt een leidinggevende makkelijker.

Dit geldt ook voor de **mentale** gesteldheid van de medewerker, al is dit minder besproken. De medewerkers vinden zichzelf verantwoordelijk en moeten aangeven als hun mentale gesteldheid in het gedrang is. De leidinggevenden zien hun rol hierin vooral als signalerend, het gesprek aangaan en mogelijkheden benutten om de mentale gesteldheid te optimaliseren.

De verantwoordelijkheden omtrent **ontwikkeling** liggen vergelijkbaar. Leidinggevenden moeten de ontwikkelbehoefte peilen en mogelijkheden bieden. De medewerkers moeten deze mogelijkheden aangrijpen. Ze moeten bij blijven en hiaten aangeven. De leidinggevenden denken hier soortgelijk over.

“Dat is wel echt een stukje eigen verantwoordelijkheid. Want eh. Ja je hoeft geen vakliteratuur te lezen. . . . Je hoeft je niet zo diep in de patiënt in te lezen.” (respondent 8, verpleegkundige)

De **werkdruk** brengt ook verantwoordelijkheden met zich mee. De medewerker moet goed met de werkdruk omgaan en aangeven als de werkdruk te hoog is. De leidinggevende moet zorgen dat de werkdruk niet te hoog is door voor voldoende personeel te zorgen, voor zover mogelijk. Ook moet de leidinggevende rekening houden met de belastbaarheid door de werkdruk goed te verdelen, zo stellen medewerkers. Leidinggevenden hebben dit niet genoemd.

Ook **nachtdiensten** zijn besproken. Afstemming vinden medewerkers hierbij belangrijk. Medewerkers moeten aangeven wat ze kunnen en willen en de leidinggevende moet hier zoveel mogelijk op inspelen en de diensten eerlijk verdelen. Enkele verpleegkundigen verwachten wel solidariteit van medewerkers die geen nachtdiensten meer hoeven te draaien, om bij vergrijzing toch de nachtdiensten in te vullen. Leidinggevendenden geven aan dat medewerkers zelf met oplossingen moeten komen als de nachtdiensten te zwaar worden en in het uiterste geval moeten stoppen met werken.

Het **rooster** speelt hierin een belangrijke rol. Hierin geldt volgens de verpleegkundigen hetzelfde. Zij moeten hun **privéwensen** aangeven, zodat leidinggevendenden en roostermakers het rooster kunnen optimaliseren, voor zover mogelijk. Daarbij moet er voldoende rust zijn in het rooster. Leidinggevendenden vinden dat ze vooral een controlerende roostertaak hebben en dat medewerkers hun werk wel voldoende belang moeten geven in verhouding tot privé. Ze honoreren wensen binnen grenzen. Dit vraagt om afstemming.

Als alles in samenspraak gaat en . . . je geeft wat en je krijgt wat. Dan ben je meer gemotiveerd en dan loop je met een prettiger gevoel rond, in plaats van dat je altijd, nee dat kan niet, het is allemaal moeizaam. (respondent 9, verpleegkundige)

Een van de verpleegkundigen vat de verantwoordelijkheidsverdeling mooi samen:

“Je moet de dingen uit je werk halen wat het leuk maakt. En de negatieve dingen een beetje, mwa, daar heb je vaak toch niet zoveel invloed op. . . . En als ‘k er wel invloed op heb dan eh, dan moet je het ook aanpakken.” (respondent 10, verpleegkundige)

Afstemming tussen medewerker en leidinggevende is dus essentieel. Het gesprek over de toekomstverwachting vindt vooral plaats in de (formele) jaargesprekken. Het gesprek over wat verpleegkundigen nodig hebben om hun werk goed en productief te kunnen (blijven) doen vindt naast de jaargesprekken ook wel tijdens het werk (onder de koffie/werkoverleg) plaats, al is de leidinggevende er niet in de avond en de nacht. Dat maakt het lastiger om in gesprek te gaan. Informeel lijkt er meer naar boven te komen dan tijdens de formele jaargesprekken.

“Omdat het in een jaargesprek dat vastgelegd wordt, zal hij nooit het achterste van zijn tong laten zien.” (respondent 17, LG)

Het **initiatief** voor een gesprek zou volgens een leidinggevende bij de medewerker moeten liggen als die het werk niet meer aan kan. In de praktijk blijkt dat het vaker collega's zijn die dit signaleren:

“Mijn ervaring is dat dat vaker door collega's wordt aangegeven. Medewerker zelf zal niet snel zeggen ehm, nou ja, ik kan het niet meer helemaal bijbenen zeg maar.” (respondent 16, LG)

De vraag is op welke leeftijd een gesprek over PLB-uren gevoerd moet worden. Een leidinggevendenden oppert dat 55 een mooie leeftijd kan zijn om het over PLB-uren te hebben, tenzij iemand al eerder fysieke klachten heeft, al wordt er op 25 jarige leeftijd ook al over gesproken.

4.4 TOEKOMSTVERWACHTING

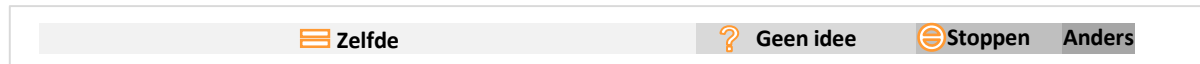
Aan het eind van elk interview is gevraagd naar de toekomstverwachting van de verpleegkundigen. Daarbij is aan bod gekomen wat ze denken over 5 jaar te doen, of dat binnen het KG is of elders en waar de toekomstverwachting vanaf hangt. Deze paragraaf wordt afgesloten met een overzicht van de drijfveren die vroeger en nu een rol spelen.

4.4.1 FUNCTIE

Allereerst is stilgestaan bij de toekomstverwachting met betrekking tot de functie en afdeling:

- Wat denk je dat je over 5 jaar doet?

De gesprekken met verpleegkundigen hebben een aantal opties opgeleverd: een hogere functie, zelfde functie, lagere functie, stoppen, anders of geen idee. In onderstaande grafiek staat de meest waarschijnlijke toekomstverwachting van de respondenten samengevat weergegeven.



Figuur 8: toekomstverwachting functie

Ongeveer twee derde van de geïnterviewden verwacht binnen nu en 5 jaar nog in **dezelfde functie** te zitten, ook al weten ze dit niet zeker.

"Ik denk eigenlijk nog steeds dit. . . Tenzij zich er iets voordoet waarvan ik denk: oh, nou, nog nooit over nagedacht." (respondent 3, verpleegkundige)

1/3^e van de verpleegkundigen heeft eigenlijk **geen idee** van hun toekomst en twijfelen over wat ze over 5 jaar doen qua functie, vooral op de AOA (mogelijk vanwege korte bestaan van de afdeling):

"Geen idee. Ik denk zomaar nog hier. . . Weet ik nog niet hoe het over 5 jaar der uit ziet. (gelach)". (respondent 1, verpleegkundige)

"Maar nu heb ik klein kindje. Dus nu denk ik ja, eh, nieuw, nu moet ik nog eh, wachten een paar jaar. Misschien een jaar of 2. Wachten en dan eh, misschien, misschien specialisatie doen, maar misschien ook niet. Weet ik niet." (respondent 5, verpleegkundige)

Ze wachten af, zo lijkt het. Of zoals iemand het zegt: "dat moet gewoon de tijd gaan uitwijzen" (respondent 1, verpleegkundige). Ook verpleegkundigen die een duidelijker idee hebben, houden een slag om de arm. De privésituatie en aanstaande fusie speelt hier een belangrijke rol in. Alle verpleegkundigen hebben uiteindelijk een toekomstverwachting weten te formuleren of meerdere opties gegeven.

Twee verpleegkundigen geven aan te **stoppen** met werken omdat ze met pensioen gaan. Ze vinden dat ze lang genoeg hebben gewerkt. Eén van hen zou best door willen werken, maar weet dat dat niet kan. De ander vindt het fijn om nu andere dingen te kunnen gaan doen. Een andere verpleegkundige geeft aan ook wel vervroegd te willen uittreden.

Een verpleegkundige zoekt haar heil **elders** vanwege interesse buiten het ziekenhuis.

Er is daarnaast een medewerker die een **lagere functie** zou overwegen als de privésituatie daar om vraagt. Deze verpleegkundige gaat daar echter niet van uit.

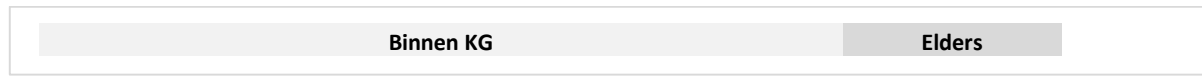
Geen van de verpleegkundigen geeft overtuigend aan een **hogere functie** te willen binnen nu en 5 jaar. 6 verpleegkundigen hebben weliswaar mogelijke vervolgstappen genoemd om verder te studeren en te ontwikkelen, maar verwachten dit niet binnen 5 jaar te realiseren.

Op afdelingen met gespecialiseerd verpleegkundigen zoals de IC zijn de doorgroeimogelijkheden beperkt. Er zijn maar weinig hogere functies. Naast de **leidinggevende** noemt maar 1 (oudere) medewerker dit.

4.4.2 WERKGEVER

Verwachten de verpleegkundigen over 5 jaar nog binnen het Kennemer Gasthuis te werken?

- Binnen KG / ander ziekenhuis / elders?



Ongeveer 2/3^e van de verpleegkundigen verwacht nog **binnen het KG** te werken:

“Wat dat a gaat ben ik gewend aan het KG en dan ook gehecht. . . ik ben een beetje een kneus daarin denk ik, naar een ander ziekenhuis over te stappe

n of dat soort dingen. . . . Al dat vernieuwen, dat vind ik dan wel spannend.” (respondent 2, interview, 30 april 2014)

“Denk ik niet dat het andere ziekenhuis wordt. Ik denk toch eh, binnen dit ziekenhuis. . . . Of tenminste dan samen, met het Spaarne.” (respondent 5, verpleegkundige)

De aanstaande **fusie** met het Spaarne ziekenhuis in Hoofddorp speelt hier dus ook een rol in. Het KG blijft dan als het ware de werkgever, maar de werklocatie kan veranderen. Hoewel niet iedereen dit prettig vindt, gaan ze hier wel in mee. 2 van de geïnterviewden geven aan dat ze misschien gaan **verhuizen**. Op dat moment zou er wellicht een ander ziekenhuis in beeld komen. Maar die plannen zijn nog niet concreet. Vanwege **andere interesses** verwacht een verpleegkundige over 5 jaar een hele andere baan te hebben. 2 geïnterviewden zullen dan wegens **pensioen** niet meer bij het ziekenhuis werken.

4.4.3 DRIJFVEREN

Vervolg vraag is waarom de geïnterviewden de voorgenoemde toekomstverwachting hebben:

- Waar hangt de toekomstverwachting vanaf?

De punten die de respondenten hier noemden zijn net als bij de voorgeschiedenis drijfveren genoemd. De drijfveren die al aan bod zijn gekomen bij het carrièreverloop worden enkel kort genoemd. Nieuwe drijfveren worden uitgebreider besproken.

De **privésituatie** wordt wederom door bijna alle verpleegkundigen genoemd als drijfveer. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de zorg voor (klein)kinderen, de afstemming op het werk van de partner, het sociale leven, huisdieren, een verhuizing of (vrijwilligers)werk.

Het **team/collega's** spelen ook weer een belangrijke rol (vooral op de **AOA**), om van te leren, mee te reflecteren en om het gezellig en leuk mee te hebben voor een goede sfeer op de afdeling. Het is niet zo dat medewerkers hier grote problemen mee verwachten, maar het is wel zo belangrijk voor ze dat het een reden zou kunnen zijn om hun loopbaan een andere wending te geven als dit zou veranderen. Er is maar één **leidinggevende** die dit noemt.

Ontwikkeling is voor ongeveer 2/3^e van de geïnterviewden ook voor de toekomst belangrijk. Het gaat daarbij om leren van elkaar, ontwikkelen binnen de functie, werkgroepen en commissies. Hierin biedt EPIC voor sommige mensen ook mogelijkheden. Enkele verpleegkundigen geven echter aan dat hun doorgroeimogelijkheden beperkt zijn. Dit geldt vooral voor gespecialiseerden.

Ik zit . . . voor m'n 50e in m'n top denk ik . . . En dat is dan 17 jaar lang hetzelfde salaris . . . Er zijn misschien mensen die dat irritant vinden. En die gewoon uit pure carrière-technische ónmogelijkheden andere dingen gaan zoeken . . . Enige wat je nog kunt doen is een kaderfunctie proberen. (respondent 9, verpleegkundige)

Bij die ontwikkeling hoort ook het belang van **uitdaging**. Dit is voor ongeveer een derde van de geïnterviewden belangrijk. Zij vinden uitdaging bijvoorbeeld in afdelingsoverstijgende projecten.

2/3^e van de geïnterviewden geeft aan dat **wisseldiensten** een rol (kunnen gaan) spelen bij hun loopbaankeuzes. Sommigen vinden het vervelend, anderen verwachten minder problemen. Daarbij wordt er gesproken over het afschaffen van de **onregelmatigheidstoeslag**, wat een slechte ontwikkeling is zo geven enkele verpleegkundigen aan. Een **leidinggevende** geeft aan dat verpleegkundigen die de nachten niet meer zien zitten, soms vanwege de ORT toch nachtdiensten blijven draaien.

Het **rooster** wordt in dit verband ook weer veel genoemd. Het is belangrijk dat het rooster flexibel is, zodat het zoveel mogelijk kan worden afgestemd op de wensen van medewerkers ten behoeve van hun privésituatie, maar ook om het werk vol te houden.

“Wij kunnen het allemaal aanvragen. En heel veel dingen die je aanvraagt krijg je ook. En dan vraag ik meestal aan: 2 dagdiensten, 2 avonddiensten, 2 nachtdiensten. Of 3. Dan zit je in een goed ritme. En dan . . . is het ook niet zo belastend.” (respondent 4, verpleegkundige)

Meer dan de helft van de werknemers geven aan dat ze het belangrijk vinden om het **aantal uren** naar wens te kunnen (blijven/gaan) aanpassen (vooral op de IC en AOA). Hierin spelen de privésituatie en de zwaarte van het werk een grote rol.

Het toekomstperspectief kan ook worden beïnvloed door de **financiële / baan zekerheid**:

“Nou ik heb een vast contract hier. En tegenwoordig kan je natuurlijk nergens anders zo maar een vast contract blijven. Dus ja, heel eerlijk eh, ik ga niet eh, m'n vaste contract opgeven voor iets anders.” (respondent 8, verpleegkundige)

Financiën beïnvloeden ook de keus om minder te gaan werken of eerder te stoppen. Een **leidinggevende** beaamt dit. Een stap terug doen in salaris is niet logisch, omdat dat financieel lastig is.

Ook de **fusie** met het Spaarne wordt door ongeveer de helft van de verpleegkundigen genoemd als belangrijke factor in de toekomstverwachting. De organisatieverandering die dit mogelijk met zich mee brengt zorgt voor veel onzekerheid. Medewerkers vragen zich af hoe hun eigen afdeling er dan uit zal zien. De een ziet kansen om te helpen met het ontwikkelen van een gezamenlijke afdeling, de ander is bang voor een grotere reistijd. De medewerkers zijn wel wat verandering gewend:

“Het verandert natuurlijk elke 2 jaar heb je wel weer iets anders. We gaan natuurlijk fuseren met het Spaarne. Ik denk dat eigenlijk alles der anders uit gaat zien. We krijgen EPIC. En we zullen samen moeten voegen met de andere vaatchirurgische afdeling.” (respondent 2, verpleegkundige)

(Fysieke) **gezondheid** wordt door ongeveer een kwart van de respondenten genoemd. Dit zou een rol kunnen spelen. Een van de verpleegkundigen vraagt zich af of haar collega's het fysiek gezien nog wel aan kunnen binnen nu en 10 jaar.

“Dan heb je natuurlijk ook . . . je fysieke zelf. Ja je weet natuurlijk nooit wat er over een jaar gebeurt. Voor hetzelfde geld breek je een been” (respondent 12, verpleegkundige)

Andere thema's die door minder dan een derde van de medewerkers belangrijk worden gevonden is dat het werk **leuk** blijft, de **werkdruk** niet te hoog is en verdeeld over voldoende **personeel** en dat er voldoende **dynamiek** en **afwisseling** en **kwaliteit** blijft. Om het werk vol te houden willen sommigen hun **PLB-uren** ook meer gaan inzetten. Daarnaast zal **wetgeving** mogelijk een rol spelen, bijvoorbeeld als wordt bepaald dat ziekenhuisverpleegkundigen minimaal niveau 5 (HBO) moeten zijn opgeleid.

4.4.4 OVERZICHT DRIJFVEREN

Als de drijfveren van vroeger en voor de toekomst worden vergeleken dan blijken ze behoorlijk te overlappen. In onderstaand overzicht zijn de drijfveren van loopbaankeuzes in het verleden en voor in de toekomst opgeteld, op basis van de hoeveelheid interviews waarin de drijfveren aan bod zijn gekomen. Als vroeger en nu worden opgeteld dan blijkt het team het belangrijkste.

Drijfveren	Verleden	Toekomst	Totaal
Team	■	■	■
Ontwikkeling / uitdaging	■	■	■
Privésituatie	■	■	■
Baankansen (zekerheid/financiën)	■	■	■
Afwisseling (dynamiek/spanning/acute)	■	■	■
Zorg (discipline, ziekenhuis)	■	■	■
Wisseldiensten	■	■	■
Plezier	■	■	■
Fusie	■	■	■

Tabel 3: Overzicht drijfveren verleden en toekomst

5.

5 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk worden de conclusies gedeeld, die uit het bestuderen van de literatuur en de uitkomsten van het empirisch onderzoek kunnen worden getrokken.

Duurzame inzetbaarheid is een relatief jong onderzoeksthema. Er is in de ziekenhuiscontext nog weinig onderzoek gedaan naar de behoeften van verpleegkundigen hieromtrent en wie zij vinden dat hiervoor verantwoordelijk is. Ook het Kennemer Gasthuis in Haarlem blijkt te maken te hebben met uitdagingen omtrent duurzame inzetbaarheid. Daarom deze casestudie met als hoofdvraag:

Wat hebben ziekenhuisverpleegkundigen nodig om duurzaam inzetbaar te zijn en wie is hiervoor verantwoordelijk?

Literatuuronderzoek laat zien dat duurzaam inzetbare medewerkers hun huidige en toekomstige werk kunnen en willen uitvoeren (naar Vuuren, 2011). Daarbij gaat het enerzijds om een blijvende fysieke en mentale gezondheid en anderzijds om een blijvende bekwaamheid en ontwikkelbereidheid. Duurzame inzetbaarheid heeft dus zowel een gezondheidsaspect als een ontwikkelingsaspect.

Wat ziekenhuisverpleegkundigen nodig hebben om het werk goed en productief te kunnen doen valt uiteen in een verscheidenheid aan uitdagingen en instrumenten om die uitdagingen aan te gaan.

5.1 UITDAGINGEN

De meest genoemde uitdagingen zijn **fysieke** en **mentale belasting/gesteldheid, wisseldiensten, werk-privébalans** en **ontwikkeling**. De mate waarin deze uitdagingen een rol spelen levert echter geen eenduidig beeld op, maar verschilt sterk per **individu**. Sommige verpleegkundigen verwachten dat deze uitdagingen in de toekomst een grotere rol gaan spelen als ze ouder worden. De resultaten van dit onderzoek lijken er op te wijzen dat de mate waarin de uitdagingen een rol spelen naast **leeftijd** afhankelijk zijn van de **afdeling** waarop iemand werk en de **werkervaring** van de respondenten. Uit dit onderzoek kan niet worden opgemaakt of geslacht hierin ook een rol speelt. Opvallend is dat meerdere verpleegkundigen uitdagingen niet zozeer voor zichzelf als een probleem zien, maar wel voor collega's. Een verklaring hiervoor kan het fenomeen 'inflated self-assessments' zijn (Kruger & Gilovich, 2004), waarover meer in de discussie.

De genoemde uitdagingen sluiten vooral aan bij factoren omtrent de werkinhoud die in de literatuur zijn gevonden. Dit bevestigt wat werd verwacht: dat verpleegkundigen fysieke belasting, mentale belasting, werkdruk, automatisering en avond- en nachtdiensten noemen als uitdagingen om duurzaam inzetbaar te zijn (verwachting 3). De resultaten geven aan dat deze uitdagingen inderdaad een rol spelen, al verschilt de mate waarin. Automatisering is minder aan bod. Dat gaat pas in de toekomst mogelijk een rol spelen en is wel genoemd als drijfveer.

5.2 INSTRUMENTEN

De meest genoemde instrumenten om de uitdagingen aan te gaan zijn **herstelmomenten**, het **team**, fysieke **hulpmiddelen**, de **personeelsbezetting** en het **rooster**. De instrumenten kunnen door de medewerker en/of de leidinggevende worden ingezet om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen duurzaam inzetbaar zijn. De instrumenten verschillen per **afdeling** en per **individu**. Uit dit onderzoek kan niet worden opgemaakt of geslacht hierin ook een rol speelt. Het verschil per afdeling wordt mogelijk verklaard door het feit dat op elke afdeling een bepaald type verpleegkundige werkt. Dit sluit aan bij theorieën die spreken over een person-environment, person-organization of person-job fit (Kristof-Brown, Zimmerman, & Johnson, 2005; Carless, 2005). Deze theorieën worden besproken in de discussie.

Voor elke genoemde uitdaging lijken een of meerdere instrumenten beschikbaar te zijn, al beperken sommige uitdagingen het gebruik daarvan. Dat geldt bijvoorbeeld voor werkdruk, die zowel een fysieke als mentale belasting met zich meebrengt. Respondenten geven aan dat zij fysieke hulpmiddelen soms niet gebruiken omdat dat te veel tijd kost. Ze hebben het te druk om hier tijd voor te maken. De personeelsbezetting, die hierin als instrument kan dienen, kan niet eenvoudig worden uitgebreid. Dit brengt de duurzame inzetbaarheid van deze medewerkers in gevaar.

De uitdagingen en instrumenten gaan vooral over factoren omtrent de werkinhoud uit de literatuur. Het job demands-resources model (Bakker & Demerouti, 2007) verklaart de samenhang tussen deze factoren. De uitdagingen sluiten aan bij de baaneisen (job demands) in het model die leiden tot belasting, de instrumenten kunnen baanhulpmiddelen (job resources) zijn die de motivatie verbeteren. Als de baaneisen hoog zijn kunnen de hulpmiddelen uitkomst bieden. De verpleegkundigen noemen de instrumenten dan ook in samenhang met de uitdagingen.

Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste medewerkers de baaneisen en de hulpmiddelen in balans vinden. Ondanks de genoemde uitdagingen zijn er maar enkele verpleegkundigen die in de toekomst grote problemen omtrent hun duurzame inzetbaarheid verwachten. Zij voorzien alleen uitdagingen rond de fysieke belasting en de personeelsbezetting tijdens de nachtdiensten.

LEEFTIJD

Op verschillende leeftijden spelen verschillende uitdagingen en instrumenten voor ziekenhuisverpleegkundigen een rol, zo blijkt uit dit onderzoek. De behoeften van medewerkers omtrent duurzame inzetbaarheid veranderen dus naarmate zij ouder worden (verwachting 1). Hier is echter weinig logica in te ontdekken. Voor veel uitdagingen en instrumenten geldt dat medewerkers van verschillende leeftijden de factoren verschillend ervaren. Uit dit onderzoek kan dus niet worden geconcludeerd dat ouder worden voor een lineaire verandering zorgt, hoewel sommige medewerkers en leidinggevenden dit wel verwachten. Zij denken dat als men ouder wordt de fysieke en mentale belastbaarheid afneemt en de werkdruk en nachtdiensten voor ouderen zwaarder zijn. Oudere medewerkers bevestigen dit beeld echter niet. Zij beoordelen de belasting niet perse zwaarder dan jongere medewerkers.

Daar kunnen verschillende verklaringen voor zijn. Allereerst is de steekproef niet groot genoeg om **toeval** uit te kunnen sluiten. Het zou zo kunnen zijn dat juist die medewerkers zijn geselecteerd (door hun leidinggevende) die gezond zijn en weinig moeite hebben met de belasting van het werk. Daarover meer in de discussie. Ook **stereotypingen** zouden hier een rol kunnen spelen. Daarover wordt ook uitgebreider stilgestaan in het volgende hoofdstuk. Tot slot zou het zo kunnen zijn dat er op individueel gebied hele andere dingen een rol spelen, zoals de privésituatie of de **levensfase** van de desbetreffende medewerker

LEVENSFASE

Vooraf werd verwacht dat de behoeften van medewerkers omtrent duurzame inzetbaarheid afhankelijk zijn van de levensfase waarin ze zich bevinden (verwachting 2). Uit de interviewdata blijkt inderdaad dat het leven van de verpleegkundigen periodes kent waarin de verhouding tussen met name ontwikkelingen, relaties, werken en zorgen relatief stabiel is (zoals de definitief van het AWWN, geciteerd in Leisink, Knies & de Lange, 2010 aangeeft). De privésituatie van medewerkers speelt hierin een belangrijke rol. Daarbij gaat het vooral om het op de wereld zetten en zorgen voor **kinderen**, (het werk van) de **partner** en **mantelzorg**. Er is behoefte om dit goed af te kunnen stemmen op het werk.

5.3 DRIJFVEREN

De drijfveren die respondenten noemen met betrekking tot hun loopbaankeuzes vroeger en in de toekomst, geven vooral inzicht in het willen van de definitie van Van Vuuren (2011). Terugkijkend naar het verleden noemen de respondenten het **team/collega's**, het **zorgen, ontwikkeling/uitdaging, afwisseling** en **baankansen** als belangrijkste drijfveren voor hun loopbaankeuzes. Kijkend naar de toekomst noemen ze vooral hun **privésituatie**, het **team/collega's, ontwikkeling/uitdaging, wisseldiensten** en **baanzekerheid/financiën**. De drijfveren van vroeger en voor de toekomst veranderden dus weinig, al zijn er wel een aantal nieuwe uitdagingen en instrumenten genoemd die mogelijk een rol gaan spelen.

De gevonden drijfveren sluiten aan bij de in de literatuur gevonden factoren die duurzame inzetbaarheid beïnvloeden en die gaan over het werk. Het gaat daarbij niet alleen om de inhoud van het werk, maar ook de steun van het team en de privésituatie.

Opvallend is dat het meerderdeel van de verpleegkundigen ontwikkeling en uitdaging belangrijk vindt, maar dat geen van de verpleegkundigen overtuigend aangeeft zich verder te willen ontwikkelen naar een andere functie. Dit heeft mogelijk te maken met de doorgroeimogelijkheden, die per afdeling verschillen en op specialistische afdelingen zeer beperkt zijn.

De **leidinggevenden** lijken een goed beeld te hebben van de uitdagingen, instrumenten en drijfveren van hun medewerkers, al onderschatten ze mogelijk de invloed van het team in de loopbaankeuzes van medewerkers. Uit dit onderzoek blijkt dat juist het team de belangrijkste drijfveer is voor ziekenhuisverpleegkundigen om op een afdeling te blijven werken.

Als de uitdagingen, instrumenten en drijfveren worden gecombineerd dan valt op dat verpleegkundigen, in tegenstelling tot hun leidinggevenden, niet zo ver gaan dat ze een andere baan zouden zoeken als ze het werk niet meer aankunnen. Verpleegkundigen noemen deze optie nauwelijks. Hier is mogelijk sprake van een belangenverschil. De leidinggevende heeft belang bij een afdeling met zoveel mogelijk volledig inzetbare medewerkers. De medewerker heeft vaak een gezin (financieel) te onderhouden en zet zijn baan daarom niet zo snel op het spel. Dit kan ook verklaren waarom medewerkers niet altijd aan de bel trekken als ze het werk niet bij kunnen benen, maar de leidinggevende dit van collega's moet horen.

5.4 VERANTWOORDELIJKHEID

Zowel de medewerker als de leidinggevende spelen een belangrijke rol om ervoor te zorgen dat de de medewerker duurzaam inzetbaar is. Daarover zijn ziekenhuisverpleegkundigen en hun leidinggevenden in dit onderzoek het eens. Zij hebben er dan ook allebei belang bij dat medewerkers duurzaam inzetbaar zijn, zo vertelt de theorie (Thijssen, Heijden, & Rocco, 2008; SER, 2009; Cuyper, Heijden, & Witte, 2011; Cuyper, Bernhard-Oettel, Berntson, Witte, & Alarco, 2008). Investeren in duurzame inzetbaarheid zorgt voor de gezonde medewerker op de juiste plek, wat zowel voor de medewerker als de organisatie positieve gevolgen heeft. Bovendien geeft de social exchange theory aan dat medewerkers die zich in hun behoeften gesteund voelen door hun organisatie iets terug doen door zich in te zetten voor de organisatie (Leisink, Knies, & Lange, 2010, p. 77).

De verpleegkundigen in dit onderzoek zien de verantwoordelijkheid omtrent duurzame inzetbaarheid vooral als een **gezamenlijke verantwoordelijk**. Zowel de medewerker als de leidinggevende moeten datgene doen wat binnen zijn of haar invloedssfeer ligt.

Medewerkers vinden zichzelf verantwoordelijk voor hun gezondheid en hoe ze met belasting, hulpmiddelen en ontwikkeling omgaan. Ze moeten elkaar aanspreken, feedback geven en corrigeren als ze dit niet doen. Dat waar ze geen invloed op hebben, zoals de werkdruk en belasting van het werk, moeten ze signaleren en bespreekbaar maken bij collega's, de senior of de leidinggevende.

De **leidinggevenden** moeten doen wat binnen hun vermogen ligt en waar de medewerker geen invloed op heeft. Hun belangrijkste verantwoordelijkheid is het beschikbaar stellen van hulpmiddelen en ontwikkelingsmogelijkheden. Ze moeten stimuleren (niet opleggen/verplichten), serieus nemen en oppakken of uitvoeren wat de medewerkers aandragen en de lasten eerlijk verdelen.

De geïnterviewde medewerkers en leidinggevenden zijn het in de basis eens over deze verantwoordelijkheidsverdeling, al gaan leidinggevenden een stap verder. Zij benadrukken dat als medewerkers met een probleem bij hen komen, ze niet meer automatisch als leidinggevende het probleem oplossen, maar de medewerker vragen om zelf na te denken over een oplossing. Dit gebeurt nog onvoldoende. De leidinggevenden vragen dus niet alleen een reactieve houding van hun medewerkers, zoals de dimensies van employability uiteen zetten, maar ook een proactieve houding (Heijde & Heijden, 2006).

Dit sluit aan bij de gevonden theorie die spreekt van een verschuiving van 'lifetime employment naar lifetime employability' (Forrier & Sels, 2003). Lag vroeger de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van werknemers voornamelijk bij de werkgever, tegenwoordig is de medewerker veel meer zelf verantwoordelijk.

Uit dit onderzoek blijkt dat deze verschuiving van verantwoordelijkheden niet alleen geldt voor het ontwikkelingsaspect van duurzame inzetbaarheid maar ook voor het gezondheidsaspect. Als ziekenhuisverpleegkundigen het werk niet meer aan kunnen of moeite krijgen met nachtdiensten, wordt verwacht dat ze zelf een oplossing aandragen. Uiteraard zijn de leidinggevenden wel bereid om mee te denken. De houding van de medewerkers is volgens de leidinggevenden nog niet proactief genoeg.

AFSTEMMING

De invulling van de gezamenlijke verantwoordelijkheid is de afstemming tussen de medewerkers en hun leidinggevenden. Concreet betekent dit zij constant in gesprek blijven, zowel formeel tijdens de jaargesprekken als informeel. Vooral leidinggevenden geven aan dat gesprekken tussen de bedrijven door meer opleveren, onder meer omdat ze niet formeel worden vastgelegd. Verpleegkundigen zouden zich hierdoor minder belemmerd voelen om vrijuit te spreken. Doordat de leidinggevende de medewerker vraagt wat hij/zij nodig heeft, ontstaat een wisselwerking die aansluit op de social exchange theory (Leisink, Knies, & Lange, 2010).

TEAM

Het team blijkt voor de respondenten in dit alles een cruciale factor. Het team wordt door de respondenten weliswaar niet als verantwoordelijk gezien als het gaat om duurzame inzetbaarheid, maar collega's kunnen de inzetbaarheid van een medewerker wel helpen verduurzamen. De leidinggevende is in dit verband veel minder genoemd. Het team is niet alleen een instrument om om te gaan met de uitdagingen, maar beïnvloed ook de loopbaanstappen van de ziekenhuisverpleegkundigen, zo laat dit onderzoek zien. Zowel het gezondheidsaspect als het ontwikkelingsaspect van duurzame inzetbaarheid zijn dus gebaad bij een hecht team dat voor elkaar klaar staat

Het belang van het team is in het theoretisch kader alleen kort aan bod gekomen als onderdeel van de werkomstandigheden. Vanwege de grote waarde van team voor de duurzame inzetbaarheid van ziekenhuisverpleegkundigen wordt hier in de discussie verder op ingegaan.

5.5 EINDCONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat ziekenhuisverpleegkundigen allerlei instrumenten nodig hebben om goed met de uitdagingen omtrent duurzame inzetbaarheid om te gaan en dat ze zich in hun loopbaankeuzes laten leiden door allerlei drijfveren. De uitdagingen en instrumenten lijken afhankelijk van de leeftijd, levensfase, afdeling en werkervaring van de verpleegkundigen.

Uit de in dit onderzoek naar voren gekomen uitdagingen, instrumenten en drijfveren blijkt dat ziekenhuisverpleegkundigen vooral reactief staan tegenover het ontwikkelen van hun duurzame inzetbaarheid. Hun behoeften om goed en productief te kunnen blijven werken laten namelijk zien dat ze minder individuele factoren en juist meer factoren op het niveau van de werkinhoud noemen. De verpleegkundigen voelen zich wel verantwoordelijk voor hun eigen fysieke en mentale gezondheid, maar er is maar een enkeling die instrumenten als sporten en een gezonde voeding noemt om hier zelf actief mee aan de slag te zijn of te gaan. Uit de drijfveren blijkt dezelfde reactieve houding. De verpleegkundigen noemen gezondheid als belangrijke drijfveer, in de zin dat op het moment dat ze ergens last van krijgen, ze wellicht andere loopbaankeuzes moeten maken.

Ondanks de concrete aanleiding voor dit onderzoek, zien de ziekenhuisverpleegkundigen de urgentie om hun inzetbaarheid te verduurzamen nauwelijks. Maar weinig medewerkers zien nu of in de toekomst immers grote uitdagingen hieromtrent.

Het is daarmee niet gezegd dat verpleegkundigen onvoldoende actie ondernemen om te werken aan hun duurzame inzetbaarheid. De intenties van verpleegkundigen om aan hun duurzame inzetbaarheid te werken lijken goed. Verpleegkundigen voelen zichzelf primair verantwoordelijk voor hun duurzame inzetbaarheid. Het is echter onduidelijk welke acties zij daar vervolgens aan verbinden.

Afstemming tussen de leidinggevende en de medewerker is van groot belang om duurzaam inzetbaar te zijn. Het informele gesprek tijdens het werk is hierin het meest waardevol. Het team speelt echter ook een hele grote rol in het verduurzamen van de inzetbaarheid van ziekenhuisverpleegkundigen.

6.

6 DISCUSSIE

Nu duidelijk is welke conclusies er aan dit onderzoek kunnen worden verbonden, worden in deze paragraaf de conclusies bediscussieerd. Daarbij wordt allereerst gekeken welke onverwachte / onverklaarbare resultaten dit onderzoek heeft opgeleverd en of die mogelijk met behulp van bestaande theorie toch zijn te verklaren. Daarna wordt ingegaan op de praktische aanbevelingen die aan dit onderzoek en de reflectie hierop kunnen worden verbonden. Tot slot worden de tekortkomingen van dit onderzoek besproken die aanleiding geven voor vervolgonderzoek.

6.1 REFLECTIE OP DE RESULTATEN

In deze paragraaf wordt ingegaan op de nieuwe vragen die dit onderzoek oproept en de literatuur die hierover al is verschenen. Op deze manier wordt gepoogd een verklaring te vinden voor de verschijnselen die zijn gevonden. Daarbij wordt ingegaan op literatuur omtrent de P-O fit / P-J fit, stereotypering, inflated self-assessment, reactief <> proactief gedrag en het belang van het team. Vervolgens wordt stilgestaan bij de vraag hoe uniek de resultaten van dit onderzoek in deze ziekenhuiscontext zijn. Tot slot wordt beredeneerd of de resultaten van dit onderzoek aanleiding zouden moeten zijn om het conceptueel model te herzien.

6.1.1 P-O FIT / P-J FIT

Medewerkers van verschillende afdelingen beoordelen de uitdagingen verschillend, zo luidt een conclusie van dit onderzoek. Zoals in de conclusie vermeldt, verklaart theorie over person-environment fit, person-organization fit en person-job fit (Kristof-Brown, Zimmerman, & Johnson, 2005) mogelijk het feit dat sommige uitdagingen wel of niet op een bepaalde afdeling als zwaar worden beoordeeld.

In de meest brede zin wijst onderzoek uit dat mensen meer tevredenheid ervaren wat betreft hun mentale en fysieke welzijn, als de persoon past bij de omgeving: person-environment fit (Carless, 2005). Veel specifieker is de person-job fit. Hierbij gaat het om de match tussen de kennis, vaardigheden en kwaliteiten (KSA: knowledge, skills and abilities) en de baaneisen, óf de behoeften en wensen van het individu die versterkt worden door de functie (Edwards; O'Reilly, Chatman, & Caldwell; zoals geciteerd in Carless, 2005). Een verklaring voor het feit dat ziekenhuisverpleegkundigen van bepaalde afdelingen weinig moeite hebben met bepaalde uitdagingen zou dus kunnen zijn dat hier sprake is van een goede person-job fit. De baaneisen sluiten dan aan bij de vaardigheden en kwaliteiten van het individu.

Het is daarom belangrijk dat mensen die solliciteren een realistisch beeld krijgen van de eisen van de baan waarop ze solliciteren: een 'realistic job preview'. Het gaat daarbij niet alleen om de objectieve overeenkomsten tussen de KSA en de baaneisen, maar veel meer om het beeld wat de sollicitant hier van heeft (Carless, 2005). Een leidinggevende doet er dus goed aan om een realistic job preview te scheppen naar zijn medewerker en een medewerker doet er goed aan zich goed voor te laten lichten over wat hij van de baan kan verwachten. Daarover meer bij de praktische aanbevelingen.

6.1.2 STEREOTYPERINGEN

De theorie over person-job fit verklaard dus mogelijk het feit dat uitdagingen op verschillende afdelingen, verschillend beoordeeld worden. In dit onderzoek viel daarnaast op dat jongere medewerkers verwachten het werk op latere leeftijd zwaarder te zullen ervaren, terwijl oudere medewerkers het werk niet bijzonder zwaar beoordelen. Met behulp van de in het theoretisch kader gebruikte theorie kan dit niet worden verklaard. De verwachting van jonge verpleegkundigen is mogelijk wel te verklaren aan de hand van literatuur over stereotypering.

Posthuma en Campion (2009) geven aan dat ouder worden vaak resulteert in verkeerde stereotypen die schadelijk gevolgen hebben voor werknemers, werkgevers en de samenleving in het algemeen. Uit hun review van 117 onderzoeksartikelen en boeken over dit onderwerp komen verschillende stereotypen naar voren die al dan niet waar zouden zijn.

Een van de stereotypen die zij noemen veronderstelt dat oudere werknemers een lager vermogen hebben en minder gemotiveerd en productief zouden zijn dan jongere werknemers. Uit onderzoek blijkt echter dat prestaties toenemen met leeftijd, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht.

De aanname van jongere verpleegkundigen dat hun werkvermogen afneemt naarmate hun leeftijd toeneemt, wordt dus ontkracht door wetenschappelijk onderzoek. Wellicht leren medewerkers naar verloop van tijd om beter om te gaan met de werkbelasting, waardoor ze minder last van de belasting hebben dan zij nu verwachten.

Individuele vaardigheden en gezondheid zijn daarnaast veel belangrijker dan leeftijd, als het gaat om prestaties in het werk (Posthuma & Campion, 2009). Hieruit blijkt het belang van investeren in duurzame inzetbaarheid, onafhankelijk van leeftijd. Investeren in duurzame inzetbaarheid is dus niet alleen iets voor oudere medewerkers, maar juist ook voor jongere medewerkers. Daarover meer bij de praktische aanbevelingen.

6.1.3 INFLATED SELF-ASSESSMENTS

Zoals uit voorgaande blijkt verwachten medewerkers, mogelijk door stereotypering, onterecht dat uitdagingen automatisch een grotere rol gaan spelen als ze ouder worden. Uit dit onderzoek blijkt echter ook dat medewerkers uitdagingen voor zichzelf minder zwaar beoordelen dan voor collega's. Ze geven aan dat collega's meer last hebben van de uitdagingen omtrent duurzame inzetbaarheid dan zichzelf. Is dit te verklaren met behulp van bestaande theorie?

Uit onderzoek van Kruger en Gilovich (2004) blijkt dat mensen geneigd zijn zichzelf hoger te beoordelen dan anderen. Deze hogere beoordelingen worden ook wel 'inflated self-assessments' genoemd. De onderzoekers verklaren dit fenomeen doordat mensen hun eigen goede intenties kennen, maar die van hun collega's niet altijd. Doordat je de intenties van de ander niet kent, beoordeel je alleen zijn of haar zichtbare gedrag. Het gedrag dat we vertonen en het gedrag wat we zouden willen vertonen komt echter lang niet altijd overeen, zo geven zij aan.

Het fenomeen 'inflated self-assessments' is dus een mogelijke verklaring voor het feit dat ziekenhuisverpleegkundigen aangeven dat collega's meer last hebben van uitdagingen omtrent duurzame inzetbaarheid.

6.1.4 REACTIEF <> PROACTIEF GEDRAG

Een andere belangrijke conclusie die aan dit onderzoek is verbonden, is dat ziekenhuisverpleegkundigen hun inzetbaarheid vooraf reactief lijken te willen verduurzamen, in plaats van proactief zoals de leidinggevenden dat van hen verlangen. Een verklaring voor deze mogelijk reactieve houding is echter niet gevonden. Wat zou hiervoor een verklaring kunnen zijn en wat kan ziekenhuisverpleegkundigen helpen proactiever te zijn?

Parker, Bindl en Strauss (2010) vatten de bestaande literatuur omtrent proactiviteit samen in een model. Daaruit blijkt dat proactiviteit enerzijds afhankelijk is van de persoonlijkheid en waarden van het individu en anderzijds van contextfactoren in het werk.

Kenmerken van een proactieve persoonlijkheid zijn zorgvuldigheid, het verlangen om zeggenschap te hebben, de bereidheid om waarden te veranderen, de gerichtheid op leren en presteren, toekomstgericht denken, geloven in je zelf (weerbaarheid) en emotionele regulering. Ook opleiding, kwalificaties en domein specifieke kennis zijn antecedenten van proactiviteit.

Contextfactoren die proactiviteit beïnvloeden zijn kenmerken van het werk zoals baanverrijking, (autonomie en complexiteit van het werk), stressfactoren, leiderschap (visie en ondersteuning) en het interpersoonlijke klimaat en sociale processen (waaronder ondersteuning van collega's). De leidinggevende kan proactiviteit dus aanmoedigen door het werk te verrijken, ondersteuning te bieden en de sfeer tussen collega's te optimaliseren. Maar ook het bieden van trainingsmogelijkheden zou de kennis en kunde van medewerkers, en daarmee hun proactiviteit, kunnen verbeteren.

Een verklaring voor reactief gedrag in plaats van proactief gedrag zou dus kunnen liggen in de persoonlijkheid van de medewerker zelf, maar ook in de context. Het zou zo kunnen dat ziekenhuisverpleegkundigen onvoldoende autonomie ervaren in het werk of het werk niet complex/uitdagend genoeg vinden. Dit onderzoek geeft echter onvoldoende inzicht in de persoonlijkheidskenmerken en contextfactoren die de proactiviteit van ziekenhuisverpleegkundigen beïnvloeden. Daarvoor is **vervolgonderzoek** nodig.

6.1.5 TEAM

Een proactieve houding van medewerkers kan, zoals uit voorgaande blijkt, dus ook worden gestimuleerd als collega's voor elkaar klaarstaan. Dit bleek in dit onderzoek onder ziekenhuisverpleegkundigen een essentieel instrument en drijfveer omtrent duurzame inzetbaarheid. Op basis van het theoretisch kader was echter niet voorzien dat het team zo essentieel zou kunnen zijn in deze context. Wat zegt eerder onderzoek hierover?

Een onderzoek onder ziekenhuisverpleegkundigen (AbuAlRub, 2004) benadrukt het belang van 'social support'. Als collega's voor elkaar klaar staan gaan de prestaties omhoog en de baangerelateerde stress naar beneden. Managers doen er goed aan, zo geeft de onderzoeker aan, om zich bewust te zijn van het belang van het team in ziekenhuizen zodat leidinggevendenden het goede voorbeeld kunnen geven. Dit onderzoek benadrukt het belang van het team om de inzetbaarheid van medewerkers juist in deze context te verduurzamen.

6.1.6 ZIEKENHUISCONTEXT

Een vraag die aan het eind van dit onderzoek nog rest is in hoeverre de conclusies van dit onderzoek contextspecifiek zijn. Aanleiding van dit onderzoek was immers onder meer dat duurzame inzetbaarheid in de ziekenhuiscontext nog weinig is onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat er verschillende uitdagingen, instrumenten en drijfveren zijn die specifiek opgaan voor de ziekenhuiscontext.

Contextspecifieke uitdagingen zijn onder andere naar voren gekomen in het theoretisch kader. Uit onderzoek van Sanders, Keijzer, Wijk en Geuskens (2011) blijkt dat ziekenhuisverpleegkundigen worden geconfronteerd met relatief veel avond- en nachtwerk en een significant hogere psychosociale belasting dan in andere sectoren en beroepen. Voor ziekenhuizen geldt daarnaast dat de sociale context (sociale steun van collega's en leidinggevende en intern en extern ongewenst gedrag) hoger scoort dan in andere sectoren. Voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden geldt tevens dat zij te maken hebben met een hoge fysieke belasting. Het empirisch onderzoek onderstreept dat deze uitdagingen inderdaad een rol spelen, al verschilt de mate waarin sterk per individu.

Er zijn in dit onderzoek ook contextspecifieke instrumenten genoemd die juist in deze sector nodig zijn. Hulpmiddelen zoals tilliften en glijzeilen zijn bijvoorbeeld een oplossing voor de fysieke belasting. Ook de ziekenhuiscao speelt hierin een rol, omdat hierin bijvoorbeeld is bepaald vanaf welke leeftijd een verpleegkundige geen nachtdiensten meer hoeft te draaien en wanneer en in welke mate hij/zij gebruik kan maken van persoonlijke levensfase budget-uren.

Tot slot zijn ook contextspecifieke drijfveren genoemd. Zo zijn fusies en reorganisaties van invloed op de loopbaankeuzes van verpleegkundigen. Het feit dat het Kennemer Gasthuis ziekenhuis middenin een fusie met een andere ziekenhuis zit, verklaart bijvoorbeeld mogelijk het feit dat verpleegkundigen op dit moment weinig carrièreambities hebben. Ze wachten af. Daarnaast beïnvloedt ook automatisering de duurzame inzetbaarheid van ziekenhuisverpleegkundigen, vooral wat betreft hun ontwikkeling. Het ziekenhuis is bezig met het invoeren van een nieuw elektronisch patiëntendossier. Dit vraagt nieuwe vaardigheden van medewerkers.

De resultaten en conclusies van dit onderzoek zijn dus gedeeltelijk sectorspecifiek, maar door de brede benadering van het thema duurzame inzetbaarheid kan het onderzoek ook inzichten geven voor andere sectoren. Daar kunnen immers soortgelijke uitdagingen, instrumenten en drijfveren een rol spelen. Het conceptueel model en de verklarende mechanismen in dit model, zoals het job demands-resources model (Bakker & Demerouti, 2007) en de social exchange theory (Leisink, Knies, & Lange, 2010), zijn dan ook niet contextspecifiek. Dit onderzoek is daarmee ook toepasbaar in andere contexten.

6.1.7 CONCEPTUEEL MODEL

Het empirisch onderzoek is afgerond, de conclusies zijn getrokken en op de vragen die daaruit zijn voortgekomen is gereflecteerd. Nu rest de vraag of het conceptueel model, dat de basis vormt van het theoretisch kader van dit onderzoek, achteraf passend is gebleken. Uit de empirie blijkt dat de factoren die in de literatuur zijn gevonden inderdaad een rol spelen. Deze factoren beïnvloeden het gezondheids- en/of het ontwikkelingsaspect van duurzame inzetbaarheid. De gekozen driedeling van persoonlijke-, organisatie- en maatschappelijke factoren bleek ook in de empirie toepasbaar.

Het team als belangrijkste factor voor het verduurzamen van de inzetbaarheid van ziekenhuisverpleegkundigen komt in het model echter niet zo sterk naar voren. De rol van de medewerker en de leidinggevenden wordt in het model benadrukt, maar de rol van het team niet. Dit terwijl het team juist in dit onderzoek zo sterk naar voren komt.

Daarom zou het goed zijn om de werkomstandigheden niet als losse factoren op te nemen, maar het team toe te voegen aan de wisselwerking tussen de leidinggevende en zijn medewerkers. Hierdoor krijgt het team een centrale rol in het model, wat meer recht doet aan de rol die het team in werkelijkheid vervult in de duurzame inzetbaarheid van ziekenhuisverpleegkundigen.

6.2 PRAKTISCHE AANBEVELINGEN

De conclusies van dit onderzoek en de reflectie hierop geven een aantal aanwijzingen hoe ziekenhuisverpleegkundigen en hun leidinggevenden ervoor kunnen zorgen dat eerstgenoemden duurzaam inzetbaar zijn.

Het is allereerst de verantwoordelijkheid van de **medewerkers** zelf om te werken aan hun duurzame inzetbaarheid. Ze moeten alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat ze blijvend fysiek en mentaal gezond zijn en blijvend bekwaam. Dit betekent concreet dat ze constant ontwikkelbereid moeten zijn. Er zijn allerlei mogelijkheden om hier aan te werken.

In hun privé kunnen ze sporten en gezond eten. Op het werk moeten ze op een goede manier omgaan met de werkbelasting en alle mogelijkheden aangrijpen om zichzelf verder te ontwikkelen. Hierin wordt een proactieve houding van ze verwacht, waarbij ze ook vanuit zichzelf aangeven waar ze behoefte aan hebben en zelf met oplossingen komen.

Leidinggevenden doen er goed aan om constant het gesprek met de medewerkers te zoeken, zowel formeel, tijdens de functionerings- en beoordelingsgesprekken, maar vooral ook informeel, tijdens het werk. Ze kunnen hun medewerkers daarbij op twee manieren ondersteunen. Enerzijds kunnen ze de medewerkers helpen om met behulp van de instrumenten de uitdagingen aan te gaan. Daarbij kunnen de leidinggevend^en instrumenten aanbieden of optimaliseren. Anderzijds is het belangrijk dat leidinggevend^en inspelen op de drijfveren van de medewerkers. De ene medewerker heeft immers meer behoefte aan ontwikkeling dan de ander. En de ene medewerker heeft meer moeite met de nachtdiensten dan de ander.

De literatuur omtrent de person-job fit en het job demands-resources model vat dit perfect samen. Voor de duurzame inzetbaarheid van medewerkers is het essentieel dat de kwaliteiten van de medewerker aansluiten bij de uitdagingen van het werk. Dat geldt uiteraard ook voor ziekenhuisverpleegkundigen. In de gesprekken met medewerkers is het belangrijk dat het juist ook hierover gaat. Pas je bij de baan die je hebt? Zijn de eisen die het werk aan je stelt niet te hoog? Kun je het werk aan? Het is belangrijk hier open en eerlijk in te zijn.

Op het moment dat een afdeling nieuw personeel nodig heeft, doet de leidinggevende er goed aan rekening te houden met de person-job fit. Door een 'realistic job preview' te bieden aan potentiële nieuwe medewerkers, wordt de kans groter dat de duurzaam inzetbare medewerkers worden aangetrokken. Daarbij gaat het in het licht van dit onderzoek enerzijds om de uitdagingen die aan het werk verbonden zijn. Maar het gaat ook over de ontwikkelingsmogelijkheden. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat sollicitanten op een specialistische afdeling weten dat de doorgroeimogelijkheden buiten de afdeling zeer beperkt zijn.

Zolang er nog geen sprake is van krapte op de arbeidsmarkt (zoals voorspelt in de inleiding van dit onderzoek), heeft een leidinggevende ruimte om duurzaam inzetbare medewerkers te selecteren waarbij sprake is van een optimale person-job fit. Op het moment dat de verwachte krapte op de arbeidsmarkt wel zijn intrede doet, doet de leidinggevende er goed aan om medewerkers te selecteren met voldoende ontwikkelpotentieel. Medewerkers die, proactief, aanpassingsvermogen hebben om hun inzetbaarheid constant te verbeteren. Op deze manier blijft de leidinggevende verzekert van duurzaam inzetbaar personeel.

Het vergroten van de duurzame inzetbaarheid is, zoals eerder in dit hoofdstuk vermeldt, niet alleen een zaak voor oudere medewerkers. Het is dus ook van belang dat de leidinggevende van jongs af aan de medewerkers stimuleert hun inzetbaarheid te verduurzamen.

Uit dit onderzoek blijkt dat de ziekenhuisverpleegkundigen niet eensluidend zijn over de mate waarin uitdagingen een rol spelen en welke instrumenten hen helpen om duurzaam inzetbaar te zijn. Ook de genoemde drijfveren verschillen van persoon tot persoon. Er lijkt daarom behoefte aan maatwerk. De uitdaging voor de leidinggevende is een balans te vinden tussen maatwerk aan de ene kant en rechtvaardigheid aan de andere kant. Het team speelt hierin de sleutelrol. Ziekenhuisverpleegkundigen weten hoe belangrijk collega's zijn en staan graag voor elkaar klaar. Ze vinden het echter ook belangrijk dat de lasten eerlijk verdeeld zijn. Het is aan de leidinggevende om hierin een goede balans te vinden en transparant te zijn in de keuzes die hij/zij daarin maakt. Hij/zij kan deze verantwoordelijkheid ook bij het team neerleggen.

6.2.1 MAATWERKAFSPRAKEN

Dit onderzoek geeft aan dat medewerkers individuele behoeften hebben omtrent duurzame inzetbaarheid. Maatwerk vanuit de leidinggevende lijkt deze behoefte te kunnen vervullen. Daarom wordt in deze laatste paragraaf stilgestaan bij de vraag waar dit maatwerk uit zou kunnen bestaan.

De leidinggevende kan maatwerk bieden door individuele afspraken te maken met zijn/haar medewerkers. Knies (2012) geeft in haar proefschrift aan dat het, volgens de definitie van i-deals van Rousseau, hierbij kan gaan om afspraken die een medewerker met zijn/haar leidinggevende maakt en die niet voor andere medewerkers gelden. Afspraken dus, die afwijken van de standaard-situatie. Uit het onderzoek van Knies blijkt dat deze i-deals, op langere termijn, een positief effect hebben op de medewerkerstevredenheid. Waar kunnen deze afspraken uit bestaan? Hornung, Rousseau, Weigl, Müller en Glaser (2014) onderzochten drie soorten i-deals.

1. **Taak i-deals:** gaan over de taken van de functie in relatie tot de sterkten, talenten en interesses van de medewerker. De taak i-deals zorgen voor meer autonomie in de functie en leiden tot betere prestaties.
2. **Carrière i-deals:** gaan over de carrière- en ontwikkelingsmogelijkheden in het werk ten opzichte van de ambities van de medewerker. De carrière i-deals zorgen ervoor dat medewerkers meer vaardigheden kunnen verwerven, wat bijdraagt aan zelfvertrouwen in het beroep en zorgt voor minder emotionele irritatie (ziekte of prikkelbaarheid).
3. **Flexibiliteit i-deals:** gaan over flexibiliteit in het rooster om het werk aan te passen aan de persoonlijke behoeften. Deze flexibiliteit i-deals zorgen voor minder werkdruk, wat bijdraagt aan minder emotionele en cognitieve irritatie (zoals thuis 'malen' over het werk).

Aan de basis van (het succes van) deze i-deals staat volgens Hornung et al. (2014) de leader-member exchange, de kwaliteit van de relatie tussen de medewerker en zijn/haar leidinggevende. Dit sluit aan bij de social exchange theory die aangeeft dat medewerkers die zich in hun behoeften gesteund voelen door hun organisatie iets terug doen door zich in te zetten voor de organisatie (Leisink, Knies, & Lange, 2010, p. 77). Als leidinggevend investeren in hun medewerkers door individuele afspraken te maken, kunnen de prestaties van de medewerkers verbeteren (Hornung et al., 2014).

Knies (2011) geeft aan dat er aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan, om ervoor te zorgen dat leidinggevend 'tailor-made' werkafspraken maken, werkafspraken op maat. Allereerst moeten leidinggevend over de capaciteiten beschikken om deze afspraken te maken, bestaande uit organisatorische kennis en peoplemanagement vaardigheden (abilities). Leidinggevend kunnen daarnaast worden gemotiveerd om deze afspraken te maken, door als senior management tijdens vergaderingen met het managementteam deze zaken te bespreken en HR-gerelateerde targets in te zetten (motivation). Ten derde is de relatie tussen de leidinggevend en hun meerderen belangrijk. Zo moet de leidinggevende voldoende handelingsvrijheid krijgen van zijn meerdere om specifieke arbeidsvoorwaarden met medewerkers af te spreken (opportunities). Niet alleen de relatie tussen de medewerker en zijn leidinggevende is dus belangrijk, maar ook de relatie tussen de leidinggevende en zijn meerdere.

Leidinggevend hebben dus verschillende mogelijkheden om maatwerk te bieden aan hun medewerkers, zowel op het gebied van taken, als op het gebied van carrière en flexibiliteit. Dit onderzoek geeft aan dat ziekenhuisverpleegkundigen behoefte hebben aan maatwerk op al deze 3 gebieden.

6.3 TEKORTKOMINGEN

Tot slot heeft dit onderzoek, mede door de beperkte mogelijkheden binnen een masterscriptie, een aantal tekortkomingen. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de sociale wenselijkheid, generaliseerbaarheid en selectie door leidinggevend, zoals al kort besproken bij de kwaliteitscriteria in §3.6.

6.3.1 SOCIALE WENSELIJKHEID

De antwoorden van de respondenten op de vragen die tijdens de interviews aan bod zijn gekomen zijn mogelijk sociaal wenselijk. Dit kan vooral een rol hebben gespeeld waar het ging over verantwoordelijkheden. Wie is er verantwoordelijk voor de uitdagingen en instrumenten? De meeste verpleegkundigen vinden dat zij zelf in eerste instantie verantwoordelijk zijn voor de meeste uitdagingen en instrumenten. Leidinggevend geven echter aan dat zij hier niet altijd naar handelen. Daarnaast kan op basis van dit onderzoek worden geconcludeerd dat de onderzochte ziekenhuisverpleegkundigen vooral reactief staan tegenover het thema duurzame inzetbaarheid, terwijl van hen een pro-actievare houding wordt verwacht. Kortom, de vraag is of de verpleegkundigen ook acties verbinden aan de verantwoordelijkheid die zij zichzelf toebedelen. Hier is in dit onderzoek wel naar gevraagd, maar de antwoorden op deze vragen geven onvoldoende duidelijkheid.

Er is **vervolgonderzoek** nodig om hier duidelijkheid in te scheppen. Om een beter beeld te krijgen van hoe ziekenhuisverpleegkundigen daadwerkelijk handelen als het gaat over duurzame inzetbaarheid, zouden verpleegkundigen kunnen worden geobserveerd. Voordeel hiervan is dat er minder risico is op sociale wenselijkheid, al blijft dit risico bestaan als respondenten weten dat ze worden geobserveerd (Velde, Jansen, & Dijkers, 2013). Daarnaast moet er bij observaties op worden gelet dat de aanwezigheid van onderzoekers het gedrag van de respondenten niet beïnvloed, het Hawthorne-effect genoemd (Velde et al., 2013). Om dit risico te minimaliseren kan worden gekozen voor verhuide observaties, al brengt dit ethische vragen met zich mee. Met behulp van observaties kan duidelijk worden of medewerkers daadwerkelijk het gedrag vertonen dat ze zeggen dat ze (zouden willen) vertonen. En of ze dus handelen volgens hun verantwoordelijkheden.

6.3.2 GENERALISEERBAARHEID

De externe validiteit van dit onderzoek is tevens beperkt. Dit komt omdat de steekproef die is gebruikt klein is in vergelijking met de populatie. Om de generaliseerbaarheid zo groot mogelijk te houden is gekozen voor een grote verscheidenheid binnen de steekproef. Door de enorme diversiteit binnen de steekproef kan echter niet worden uitgesloten dat er andere factoren een rol spelen dan de gekozen selectiecriteria.

De brede benadering van het onderzoeksthema duurzame inzetbaarheid zorgt er daarnaast voor dat de verzamelde input van respondenten vooral breed is en minder diep. Daardoor is een breed beeld verkregen van de behoeften van ziekenhuisverpleegkundigen op het gebied van duurzame inzetbaarheid, maar was er geen ruimte om deze factoren ook uitgebreid uit te diepen.

Er is **vervolgonderzoek** nodig om de conclusies van dit onderzoek verder te kunnen generaliseren. Daarbij kan worden gedacht aan een kwantitatieve onderzoeksofzet waarin de gevonden uitdagingen, instrumenten en drijfveren worden voorgelegd aan een veel grote steekproef. Daarin kan worden gemeten in hoeverre de uitdagingen en instrumenten voor grotere groepen medewerkers binnen dan wel buiten het ziekenhuis een rol spelen en zo ja, in welke mate. Ook kan inzicht worden verkregen in de mate waarin de drijfveren voor grotere groepen medewerkers een rol spelen.

Daarnaast kan met behulp van een grotere steekproef worden gekeken in hoeverre de selectiecriteria zoals afdeling, leeftijd, levensfase en opleidingsniveau, daadwerkelijk een significante rol spelen en of deze criteria dus leiden tot significante verschillen tussen groepen medewerkers. Daaruit kan tot slot blijken of het zinvol is voor ziekenhuizen en hun leidinggevenden om hun strategisch (HR-)beleid over het verduurzamen van de inzetbaarheid van verpleegkundigen op basis van deze groepsverschillen te differentiëren.

6.3.3 SELECTIE DOOR LEIDINGGEVENDEN

Tot slot speelt de selectie van respondenten door leidinggevenden in dit onderzoek mogelijk een beperkende rol. Het zou zo kunnen zijn dat hierdoor een bepaald type medewerkers is geselecteerd.

De leidinggevenden hebben een belangrijke rol gespeeld in het selecteren van de te interviewen verpleegkundigen. In overleg met de onderzoeker zijn de selectiecriteria besproken waaraan de respondenten zouden moeten voldoen. Vervolgens heeft de leidinggevende een 5-tal medewerkers geselecteerd die hieraan voldoen. Belangrijkste reden voor selectie door de leidinggevende is de beschikbaarheid van respondenten. De leidinggevende heeft de planning en weet wanneer de medewerkers (tijdens, voor of na werktijd) en de onderzoeker beschikbaar zijn.

Het is mogelijk dat de leidinggevenden (al dan niet bewust) juist die medewerkers hebben geselecteerd waar zij een goede band mee hebben. Deze medewerkers ervaren mogelijk veel ondersteuning vanuit hun leidinggevende, wat hun duurzame inzetbaarheid positief beïnvloed. Maar deze medewerkers zijn hierdoor niet per se een goede afspiegeling van alle medewerkers op de desbetreffende afdeling.

Daarnaast is het mogelijk dat de leidinggevenden (al dan niet bewust) medewerkers hebben geselecteerd die heel veel of juist heel weinig duurzaam inzetbaar zijn.

Zoals uit bovenstaande blijkt kan door de selectie door leidinggevenden een vertekend beeld zijn ontstaan. De selectie is dus, naast de objectieve criteria, mogelijk gedeeltelijk subjectief. Ook hiervoor kan **vervolgonderzoek** onder grotere groepen medewerkers een uitkomst bieden, waarbij de selectie idealiter door de onderzoeker plaatsvindt.

7.

7 Literatuurlijst

Exclusief bronnen gebruikt in bijlage 5: Paper publieke dimensie

- AbuAlRub, R. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36 (1), 73-78.
- Bakker, A., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22 (3), 309-328.
- Berg, T. van den, Elders, L., Zwart, B. de, & Burdorf, A. (2009). The Effects of Work-Related and Individual Factors on the Work Ability Index: A Systematic Review. *Occupational and Environmental Medicine*, 66 (4), 211-220.
- Boeije, H., Hart, H. 't, & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Boxall, P., & Purcell, J. (2011). *Strategy and Human Resource Management*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Carless, S. (2005). Person–job fit versus person–organization fit as predictors of organizational attraction and job acceptance intentions: A longitudinal study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78 (3), 411-429.
- Cuyper, N. de, Bernhard-Oettel, C., Berntson, E., Witte, H. de, & Alarco, B. (2008). Employability and employees' well-being: mediation by job insecurity. *Applied psychology: an international review*, 57 (3), 488-509.
- Cuyper, N. de, Heijden, B. van der, & Witte, H. de. (2011). Associations between perceived employability, employee well-being and its contribution to organizational success: a matter of psychological contracts? *The international journal of human resource management*, 22 (7), 1486-1503.
- Dam, K. van. (2004). Antecedents and consequences of employability orientation. *European Journal of work and organizational psychology*, 13 (1), 29-51.
- Doorne-Huiskes, A. van. (2014). *Levensfase, leeftijd en generaties*. Opgeroepen op 17 april 2014, van StAZ.nl: http://staz.nl/downloads/duurzame_inzetbaarheid/toolkit/DL19.pdf
- Duin, C. van, & Garssen, J. (2010). *Bevolkingsprognose 2010-2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3), 500-507.
- Ewijk, C. van, Horst, A. van der, & Besseling, P. (2013). *Toekomst voor de zorg: Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., & Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), 1422-1434.
- Forrier, A., & Sels, L. (2003). The concept employability: a complex mosaic. *International Journal Human Resources Development and Management*, 3 (2), 102-124.

- Fugate, M., Kinicki, A., & Ashforth, B. (2004). Employability: A psycho-social construct, its dimensions, and applications. *Journal of Vocational Behavior*, 65 (1), 14-28.
- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B., & Mustajbegovic, J. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2056-2066.
- Gould-Williams, J., & Davies, F. (2005). Using social exchange theory to predict the effects of HRM practice on employee outcomes. An analysis of public sector workers. *Public Management Review*, 7 (1), 1-24.
- Hasselhorn, H., Mueller, B., & Tackenberg, P. (2003). Investigating premature departure from the nursing professions in Europe – the European NEXT-Study. In H. Hasselhorn, P. Tackenberg, & B. Müller, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe* (pp. 9-18). Stockholm: SALTSA.
- Heijde, C. van der, & Heijden, B. van der (2006). A competence-based and multidimensional operationalization and measurement of employability. *Human Resource Management*, 45 (3), 449-476.
- Heijden, B. van, Demerouti, E., Bakker, A., & The NEXT Study Group. (2008). Work-home interference among nurses: reciprocal relationships with job demands and health. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (5), 572-584.
- Hornung, S., Rousseau, D., Weigl, M., Müller, A., & Glaser, J. (2014). Redesigning work through idiosyncratic deals. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23 (4), 608-626.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2014). *Inspectie voor de Gezondheidszorg - ziekenhuizen*. Opgeroepen op 6 maart 2014, van IGZ.nl: <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/>
- Kennemer Gasthuis. (2013a). *Jaarverslag 2012*. Haarlem: Kennemer Gasthuis.
- Kennemer Gasthuis. (2013b). *Risico-inventarisatie uitslag enquête*. Haarlem: Kennemer Gasthuis.
- Klink, J. van der, Bültmann, U., Brouwer, S., Burdorf, A., Schaufeli, W., Zijlstra, R., & Wilt, G. van der. (2011). Duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers, werk als waarde. *Gedrag & organisatie*, 24 (4).
- Kooij, D., Jansen, P., Dijkers, J., & Lange, A. de (2010). The influence of age on the associations between HR practices and both affective commitment and job satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behaviour*, 31 (8), 1111-1136.
- Kooij, D., Lange, A. de, Jansen, P., & Dijkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: five meanings of age - a conceptual review. *Journal of Managerial Psychology*, 23 (4), 364-394.
- Knies, E. (2011). When do supervisors support 'tailor-made' work arrangements? An exploratory study. *Labour and Industry*, 21 (3), 621-643.
- Knies, E. (2012). *Meer waarde voor en door medewerkers: een longitudinale studie naar de antecedenten en effecten van peoplemanagement* (dissertatie). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Kruger, J., & Gilovich, T. (2004). Actions, Intentions, and Self-Assessment: The Road to Self-Enhancement Is Paved With Good Intention. *Personality and social psychology bulletin*, 30 (3), 328-339.

Kristof-Brown, A., Zimmerman, R., & Johnson, E. (2005). Consequences of individuals' fit at work: a meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel psychology*, 58 (2), 281-342.

Kuiper, C., Heerkens, Y., Balm, M., Bieleman, A., & Nauta, N. (2011). *Arbeid en gezondheid: een handboek voor paramedici en arboprofessionals*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum - Springer Media.

Lange, A. de, & Heijden, B. van der. (2013). *Ouder worden en duurzame inzetbaarheid op het werk: Theorie, interventies, best practices en integrale benaderingen*. Alphen aan den Rijn: Vakmedianet.

Leisink, P., & Knies, E. (2011). Line managers' support for older workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 22 (9), 1902-1917.

Leisink, P., Knies, E., & Lange, W. d. (2010). Levensfasebewust diversiteitsbeleid: De vernieuwing van HR-beleid bij verzekeraar Achmea. *Tijdschrift voor HRM*, 13 (4), 53-85.

Marina Fischer, F., Notarnicola da Silva Borges, F., Rotenberg, L., do Rosario Dias de Oliveira Latorre, M., Santos Soares, N., Lima Ferreira Santa Rosa, P., ... & Landsbergis, P. (2006). Work Ability of Health Care Shift Workers: What Matters? *Chronobiology international*, 23 (6), 1165-1179.

Maurits, E., Veer, A. de, & Francke, A. (2012). *Werkdruk en werktevredenheid van belang voor kunnen doorwerken tot pensioen*. Utrecht: NIVEL.

Metaal, I. (2011). *HR meerjaren beleidsplan. Elke dag beter: naar een toekomstgericht HR beleid*. Haarlem: Kennemer Gasthuis.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2011). *CAO Ziekenhuizen 2011-2014*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Parker, S., Bindl, U., & Strauss, K. (2010). Making things happen: A model of proactive motivation. *Journal of management*, 36 (4), 827-856.

Perry, E., & Kulik, C. (2008). The devolution of HR to the line: Implications for perceptions of people management effectiveness. *International Journal of Human Resource Management*, 19 (2), 262-273.

Posthuma, R., & Campion, M. (2009). Age Stereotypes in the Workplace: Common Stereotypes, Moderators, and Future Research Directions. *Journal of Management*, 35 (1), 158-188.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *Garanties voor kwaliteit in de zorg*. Den Haag: RVZ.

Rijksoverheid. (2014). *Wanneer krijg ik AOW*. Opgeroepen op 12 april 2014, van Rijksoverheid.nl: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-ouderdomswet-aow/vraag-en-antwoord/wanneer-krijg-ik-aow.html>

Sanders, J., Keijzer, L., Wijk, E. van, & Geuskens, G. (2011). *Duurzame inzetbaarheid: Inventarisatie van doelgroepen en de noodzaak tot scholing*. Den Haag: Raad van Werk en Inkomen.

Schoot, E. van der, & Heijden, B. van der (2003). Intent to leave nursing in the Netherlands. In H. Hasselhorn, P. Tackenberg, & B. Müller, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe* (pp. 193-202). Stockholm: Saltsa.

Sociaal Economische Raad. (2009). *Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*. Den Haag: SER.

StAZ/Qidos. (2011). *Mijn PLB*. Opgeroepen op 07 april 2014, van StAZ.nl:
http://www.staz.nl/mijnplb/mijn_levensfase.php

Thijssen, J., Heijden, B. v., & Rocco, T. (2008). Toward the Employability--Link Model: Current Employment Transition to Future Employment Perspectives. *Human Resoure Development Review*, 7 (2), 165-183.

Velde, M. v., Jansen, P., & Dijkers, J. (2013). *Toegepast onderzoek: opzetten, uitvoeren en rapporteren*. Hilversum: Concept uitgeefgroep.

Vuuren, T. v. (2011). *Vitaliteitsmanagement: je hoeft niet ziek te zijn om beter te worden!* Oratie: Open Universiteit.

West, E., Griffith, W., & Iphofen, R. (2007). A historical perspective on the nursing shortage. *Medsurgery Nursing*, 16 (2), 124-130.

8.

8 BIJLAGEN

8.1 BIJLAGE 1: TOPICLIJST INTERVIEWS MEDEWERKERS

Interviewnummer:

Datum:

FORMELE GEGEVENS (VOORAF INVULLEN DOOR ONDERZOEKER):

Leeftijd:

Levensfase:

Opleidingsniveau:

Mogelijke uitdagingen DI:

Fulltime/parttime:

INLEIDING

Mag ik u aanspreken met je of u?

Er komen in Nederland steeds meer ouderen bij en minder jongeren. Daardoor lijken ziekenhuizen het steeds drukker te gaan krijgen en worden ziekenhuismedewerkers steeds ouder. Het is belangrijk dat ziekenhuismedewerkers langer doorwerken. Ik, Peter Versteeg, doe daarom onderzoek naar de randvoorwaarden die er voor zorgen dat u uw werk goed kunt doen. Nu en in de toekomst.

Het onderzoek maakt onderdeel uit van de master Strategisch Human Resource Management die ik volg. Met behulp van dit onderzoek studeer ik af. Daarnaast hoop ik het ziekenhuis inzicht te geven in de randvoorwaarden voor verpleegkundigen om goed te kunnen (blijven) werken.

Ik ga vertrouwelijk om met wat er in dit interview wordt gezegd. Het interview zal maximaal een uur duren. Vindt u het goed dat ik het interview opneem?

CARRIÈREVERLOOP

Kunt u mij vertellen wat uw functie is?

Wat zijn uw taken precies?

Welke verantwoordelijkheden heeft u?

Hoe bent u in deze functie terecht gekomen?

Toevallig / doorgestroomd / bewust gesolliciteerd?

Wat maakt dat u dit werk zo leuk vindt?

Is dat ook de reden dat u voor deze baan heeft gekozen?

RANDVOORWAARDEN GOED/PRODUCTIEF WERKEN

Wat hebt u nodig om uw werk goed/productief te kunnen doen (in de toekomst)?

Denk maar even rustig na hoor.

U zei als eerste ..., wat bedoelt u daarmee?

Is dat momenteel aanwezig?

Zo nee, hoe komt dat?

Zou ... ook een rol kunnen spelen?

Ziet u dat als uw eigen taak/doel/opdracht? / Wat is uw aandeel daarin?

Heeft u daar recent acties in ondernemen?

Wat maakt dat u wel / geen actie heeft ondernomen?

Ziet u dat als de taak/doel/opdracht van je leidinggevende?

TOEKOMSTVERWACHTING

Wat denkt u dat u over 5 jaar doet?

Binnen /buiten het Kennemer Gasthuis?

Waar hangt dat vanaf?

Zou ... ook een rol kunnen spelen?

Wilt u dat of overkomt dat u?

Hoe komt het dat u daar niet over na heeft gedacht?

Vraagt uw leidinggevende daar bijvoorbeeld wel eens naar?

En nu ik er zo naar vraag, kunt u toch proberen om een toekomstverwachting te formuleren?

AFSLUITING

Is er nog iets dat we niet besproken hebben maar volgens u wel belangrijk is voor mij om te weten?

Hartelijk dank voor uw medewerking aan het onderzoek. Ik ga de interviews analyseren. Vindt u het prettig om de uitkomst van het onderzoek te ontvangen?

8.2 BIJLAGE 2: TOPICLIJST INTERVIEWS LEIDINGGEVENDEN

Interviewnummer:

Datum:

FORMELE GEGEVENS (VOORAF INVULLEN DOOR ONDERZOEKER):

Leeftijd:

Levensfase:

Opleidingsniveau:

Mogelijke uitdagingen DI:

Fulltime/parttime:

INLEIDING

Mag ik je aanspreken met je of u?

Er komen in Nederland steeds meer ouderen bij en minder jongeren. Daardoor lijken ziekenhuizen het steeds drukker te gaan krijgen en worden ziekenhuismedewerkers steeds ouder. Het is belangrijk dat ziekenhuismedewerkers langer doorwerken. Ik, Peter Versteeg, doe daarom onderzoek naar de randvoorwaarden die er voor zorgen dat jouw medewerkers hun werk goed kunnen doen. Nu en in de toekomst. Dit gesprek dient om erachter te komen of het beeld dat jij hebt van hun randvoorwaarden overeenstemt met hun eigen mening hierover.

Het onderzoek maakt onderdeel uit van de master Strategisch Human Resource Management die ik volg. Met behulp van dit onderzoek studeer ik af. Daarnaast hoop ik jou en het ziekenhuis inzicht te geven in de randvoorwaarden voor verpleegkundigen om goed en productief te kunnen (blijven) werken.

Ik ga vertrouwelijk om met wat er in dit interview wordt gezegd. Het interview zal maximaal een uur duren. Vind je het goed dat ik het interview opneem?

CARRIÈREVERLOOP

Kun je me vertellen wat jouw functie is?

Wat zijn jouw taken en verantwoordelijkheden?

Hoe ziet een gemiddelde werkdag van jou als leidinggevende eruit?

RANDVOORWAARDEN GOED/PRODUCTIEF WERKEN

Wat versta je onder 'Duurzame inzetbaarheid'?

Wat hebben verpleegkundigen op jouw afdeling nodig om duurzaam inzetbaar te zijn?

Denk maar even rustig na hoor.

Je zei als eerste ..., wat bedoel je daarmee?

Is dat momenteel aanwezig?

Zo nee, hoe komt dat?

Zou ... ook een rol voor hen kunnen spelen?

Wat is voor hen het belangrijkste denk je?

Zie je dat als je eigen taak/doel/opdracht als leidinggevende? / Wat is jouw aandeel daarin?

Heb je daar recent acties in ondernemen?

Waarom wel/waarom niet?

Zie je dat als de taak/doel/opdracht van je verpleegkundigen?

TOEKOMSTVERWACHTING

Heb je de afgelopen jaren verloop gezien in het team?

Waar zijn de medewerkers zoal naar toe gegaan?

Wat zijn dus hun carrièremogelijkheden?

Hogere functie / huidige functie / lagere functie

Binnen KG / ander ziekenhuis / Elders?

Gestopt?

Waar hangt dat volgens jou vanaf?

Zou ... ook een rol kunnen spelen?

Heb je het hier wel eens over met je medewerkers?

Op wiens initiatief?

AFSLUITING

Is er nog iets dat we niet besproken hebben maar volgens jou wel belangrijk is voor mijn onderzoek?

Hartelijk dank voor je medewerking aan het onderzoek. Ik ga de interviews analyseren. Mocht je nog vragen of opmerkingen hebben dan kun je contact met me opnemen. Vind je het prettig om de uitkomst van het onderzoek te ontvangen?

8.2.1 AANPASSINGEN AAN TOPICLIJSTEN

01-05-2014: Vraag toegevoegd: wat is het belangrijkste?
(nodig om goed/productief te kunnen werken)

14-05-2014: Vraag toegevoegd: wat heb je nodig om het werk vol te houden?

21-05-2014: Meer nadruk op verantwoordelijkheden en acties omtrent randvoorwaarden

22-05-2014: Vragenlijst leidinggevendenden gemaakt

8.3 BIJLAGE 3: MOGELIJKE RANDVOORWAARDEN DUURZAME INZETBAARHEID

ONDERDEEL	OMSCHRIJVING	AUTEURS
Duurzame inzetbaarheid	<i>De mate waarin je je huidige en toekomstige werk kan en wil blijven uitvoeren. Kunnen: Dat je doorlopend in je werk over mogelijkheden en voorwaarden beschikt om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren. Willen: je houding en motivatie om deze mogelijkheden te benutten. Mogen: Een werkomgeving die je hiertoe in staat stelt.</i>	(Vuuren, 2011) (Klink, et al., 2011)
Vitaliteit	<i>Energiek, veerkrachtig, fit en onvermoeibaar door kunnen werken met een groot doorzettingsvermogen</i>	Schaufeli en Bakker In: (Lange & Heijden, 2013)
Werkvermogen	<i>De mate waarin je fysiek, psychisch en sociaal in staat bent om te werken</i> Vertrekintentie neemt af	Ilmarinen, Tuomi & Seitsamo In: (Lange & Heijden, 2013) NEXT: (Schoot & Heijden, 2003)
Fysiek		
Min. fysieke belasting	<i>Hulpmiddelen voor tillen & dragen / duwen & trekken / trillen & schokken / lang dezelfde werkhouding / steeds dezelfde bewegingen / hoeveelheid energie die werk kost</i>	(Kuiper, Heerkens, Balm, Bieleman, & Nauta, 2011)
Psychisch	<i>In ziekenhuizen iets hoger dan gemiddeld andere sectoren</i>	TNO/RWI: (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011)
Min. Stress / Werkdruk / Burnout	Burn-out: vertrekintentie neemt toe	(Golubic, Milosevic, Knezevic, & Mustajbegovic, 2009) NEXT: (Schoot & Heijden, 2003)
Min. Nachtwerk	<i>In ziekenhuizen significant hoger dan andere sectoren</i>	TNO/RWI: (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011)
Goed rooster		
Bedrijfsmaatschappelijk werker		
Sociaal	<i>In ziekenhuizen iets hoger dan gemiddeld andere sectoren</i>	TNO/RWI: (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011)
Relatie met leidinggevende		
Relatie met collega's		

Employability	<i>Alle individuele en contextfactoren die uw toekomstige arbeidsmarktpositie beïnvloeden</i>	
Beroepsmatige kennis	<i>Beroepsmatige kennis bijhouden aan steeds veranderende omgeving</i>	
BIG		
Anticipatie en optimalisatie	<i>Initiatief nemen, proactief</i>	
Persoonlijke flexibiliteit	<i>Reactieve kant</i>	
Automatisering		(Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011)
Overnames/fusies	<i>Significant meer fusies/overnames dan andere sectoren</i>	TNO/RWI: (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011)
Organisatiesensitiviteit	<i>Participeren als onderdeel van een geïntegreerd team, je identificeren met de organisatiedoelen en collectieve verantwoordelijkheid accepteren bij het maken van beslissingen</i>	
Balans		
Werkgever <> werknemer		
Ondersteuning leidinggevende		
Mogelijkheden in HR-beleid / scholingsbeleid		
Werk-privébalans		
Werk-family-conflict		NEXT: (Schoot & Heijden, 2003)
Inkomen partner		
Hobby's / zorgtaken naast werk		
Werkkenmerken		
Regelmogelijkheden		
Dienstverband	<i>Deeltijd in ziekenhuizen significant hoger dan andere sectoren</i>	TNO/RWI: (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011)
Anciënniteit	<i>Vertrekintentie neemt toe tot 16 jaar dienstverband In ziekenhuizen significant hoger dan andere sectoren</i>	NEXT: (Schoot & Heijden, 2003) TNO/RWI: (Sanders, Keijzer, Wijk, & Geuskens, 2011)
Macro-economisch		
Cao / ontzie, VUT,		
Anders		
Geslacht	<i>Man meer vertrekintentie dan vrouwen</i>	NEXT: (Schoot & Heijden, 2003)
Leeftijd	<i>Max vertrekintentie bij 30+, min bij 55+</i>	NEXT: (Schoot & Heijden, 2003)
Instituut	<i>Ziekenhuis hoogst, itt verpleeghuis en thuiszorg</i>	NEXT: (Schoot & Heijden, 2003)
Opleidingsniveau	<i>Nauwelijks verschil Hoger</i>	NEXT: (Schoot & Heijden, 2003) Barron & West; Hasselhorn, Muller, Tackenberg, Wittenberg, Kuemmerling, Simon & the NEXT-study Group; Laine; zoals geciteerd in (Flinkman, Leino-Kilpi, & Salanterä, 2010)

8.4 BIJLAGE 4: CODEBOOM

In deze bijlage staan de gebruikte codes. Onder de eerste kop staan de hoofdcodes. Onder de tweede kop staan de codes die gebruikt zijn t.b.v. de algemene gegevens van de respondenten en de afdeling.

VOORGESCHIEDENIS

- Vooropleiding
- Werkervaring
- Drijfveren
 - o Team/collega's
 - o (Type) zorgen
 - o Ontwikkeling
 - o Uitdaging
 - o Afwisseling
 - o Hectiek/dynamiek/spanning
 - o Baankansen
 - o Privésituatie
 - o Plezier
 - o Zelfstandigheid/verantwoordelijkheid/meedenken
 - o Mentaal
 - o Werkdruk
 - o Wisseldiensten
 - o Fusies
 - o Leerlingen begeleiden
- Keus KG
 - o Reisafstand / bereikbaarheid
 - o Laatste stageplek
- (On)bewust
 - o Aangeraden door ander
 - o Wat op je pad komt / inrollen

UITDAGINGEN

- Fysiek
- Mentaal
- Gezondheid
- Wisseldiensten
- Werk-privébalans
- Ontwikkeling
- Wetgeving

INSTRUMENTEN

- Herstelmomenten
- Team
- Solidariteit
- Fysieke hulpmiddelen
- Personeelsbezetting
 - o Andere afdeling
 - o Lager opgeleiden
 - o Leeftijdsverdeling
- Rooster
- Deeltijdfactor

- Sporten
- Prioriteiten / doorschuiven
- Plezier
- Waardering
- Eten
- ORT
- PLB

Belang/Urgentie uitdagingen/instrumenten

VERANTWOORDELIJKHEID

- Collega
- Medewerker
- Leidinggevende
- Gesprek mw/lg

TOEKOMSTVERWACHTING

- Functie
 - o Zelfde
 - o Geen idee
 - o Anders
 - o Stoppen
 - o Lager
 - o Hoger
 - o Wat op je pad komt / inrollen
- Werkgever
 - o KG
 - o Anders
- Drijfveren
 - o Privésituatie
 - o Team/collega's
 - o Ontwikkeling
 - o Uitdaging
 - o Wisseldiensten
 - o Onregelmatigheidstoeslag
 - o Rooster
 - o Aantal uren
 - o Baanzekerheid/financiën
 - o Fusie
 - o Gezondheid
 - o Werkdruk
 - o Personeelsbezetting
 - o Dynamiek
 - o Afwisseling
 - o Kwaliteit
 - o PLB-uren
 - o Wetgeving

Paper: Publieke dimensie

Duurzame inzetbaarheid en het Kennemer Gasthuis Ziekenhuis

Peter Versteeg



Studentnummer: 3248968
Opleiding: Master Strategisch Human Resource Management
Vak: Masterscriptie - Capita Selecta
Docente: Peter Leisink
Datum: 10-03-2014

Voor u ligt een paper over de publieke dimensie van mijn masteronderzoek, behorende bij de master Strategisch Human Resource Management. Mijn masteronderzoek richt zich op het thema 'duurzame inzetbaarheid' in het 'Kennemer Gasthuis' ziekenhuis in Haarlem.

Deze paper richt zich eerst op de publieke dimensie van mijn onderzoeksorganisatie. Daarna wordt ingezoomd op de sociale legitimiteit van het Human Resource (HR) beleid van het ziekenhuis, in het bijzonder wat betreft duurzame inzetbaarheid. Tot slot geef ik een oordeel over de publieke dimensie van het beleid van het ziekenhuis omtrent dit thema. Samengevat sta ik in deze paper stil bij de volgende vragen:

- Wat is er publiek aan het Kennemer Gasthuis ziekenhuis?
- In hoeverre is sociale legitimiteit een doelstelling van het HR-beleid van het Kennemer Gasthuis ziekenhuis, en specifiek ten aanzien van duurzame inzetbaarheid?
- Wat is mijn oordeel over de publieke dimensie van het beleid van het Kennemer Gasthuis omtrent duurzame inzetbaarheid?

Wat is er publiek aan het Kennemer Gasthuis ziekenhuis?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet eerst duidelijk zijn wat 'publiek' inhoudt. En wat is privaat? Het is een veelgebruikt onderscheid, maar blijkt niet zo eenduidig. Een passende definitie van publieke en private organisatie is dan ook moeilijk te geven.

Rainey (2003) geeft aan dat publieke en private organisaties zich van elkaar onderscheiden op verschillende formele kenmerken. Noordegraaf en Teeuw (2003) geven aan dat publieke en private organisaties qua identiteit van elkaar kunnen verschillen. De formele kenmerken en de identiteit van publieke en private organisaties hoeven echter niet samen te vallen. Beiden worden nu uitgediept.

Formele benadering

Volgens Rainey (2003) zijn publieke en private organisaties van elkaar te onderscheiden aan de hand van drie formele kenmerken: eigendom, zeggenschap en inkomsten. Bij elk van deze formele kenmerken kan de vraag worden gesteld of de overheid er een rol in speelt of dat het privaat is geregeld. Is de organisatie publiek of privaat eigendom? Komt de zeggenschap vanuit de overheid of vanuit een private partij. Komen de inkomsten uit publieke gelden of door de verkoop van private goederen?

Het **Kennemer Gasthuis** (KG) ziekenhuis in Haarlem kan ook langs deze lat worden gelegd. Het betreft een algemeen ziekenhuis (in tegenstelling tot een academisch ziekenhuis) en is daarmee **eigendom** van een **private** stichting: Stichting Kennemer Gasthuis (Company Info, 2014).

De **zeggenschap** van het ziekenhuis is hierdoor ook **privaat** geregeld. De stichting KG, Raad van Bestuur en Raad van Toezicht hebben gezamenlijk de zeggenschap over het ziekenhuis. Organisaties moeten echter in meer of mindere mate ook rekening houden met de institutionele omgeving, zo stellen onder andere Boxall & Purcell (2011), Boselie (2010) en Paauwe (2004). Door wet- en regelgeving wordt het doen en laten van organisaties ingeperkt. Dit is voor het ziekenhuis zeker het geval. Zo heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kwaliteit- en veiligheidsindicatoren opgesteld waar ziekenhuizen zich aan moeten houden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014) en de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) heeft allerlei regelgeving over voor transparante informatie, toegankelijke en betaalbare zorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014). Hiermee heeft de politiek een belangrijk 'vinger in de pap'. De zeggenschap van het ziekenhuis is door de invloed van wet- en regelgeving dus **ook gedeeltelijk publiek**.

De **inkomsten** van het ziekenhuis zijn gemengd **publiek en privaat**. Enerzijds wordt het ziekenhuis gefinancierd vanuit zorgverzekeringen, waar ze behandelingen kunnen declareren. Cliënten betalen geld aan hun verzekeraar. Op deze manier wordt de zorg voor een deel betaald. Dit zou private financiering genoemd kunnen worden. Anderzijds worden ziekenhuizen gedeeltelijk gesubsidieerd door de overheid, bijvoorbeeld door de subsidieregeling ziekenhuisopleidingen. De inkomsten van het ziekenhuis zijn dus zowel privaat als publiek.

Het onderscheid in publieke en private organisaties kan volgens Rainey (2003) een te simpele weergave van de werkelijkheid zijn. Onderzoek naar organisatie-theorieën laat bijvoorbeeld zien dat deze theorieën vaak niet alleen op gaan voor publieke of private organisaties, maar voor beiden. Of dat er een verschil is tussen sectoren, maar niet tussen publieke en private organisaties. Ook doen publieke en private organisaties vaak soortgelijke dingen en hebben ze veel onderlinge relaties. Zo kopen publieke organisaties bijvoorbeeld goederen van private organisaties. Daarnaast gaan publieke en private organisaties steeds meer in elkaar op, waarbij ze kiezen voor een meng-, tussen- of hybride vorm van organiseren (Rainey, 2003).

Rainey (2003) ziet het onderscheid tussen publieke en private organisaties daarom als een continuüm, met aan de ene kant overheidsorganisaties en aan de andere kant private organisaties. Daar tussenin vallen meer hybride organisatievormen. Uit voorgaande blijkt dat het Kennemer Gasthuis ziekenhuis zowel publieke als private kenmerken heeft volgens de formele benadering van Rainey (2003) en dus in het midden van dit continuüm valt.

Publieke/private identiteit

Noordegraaf en Teeuw (2003) bekijken het onderscheid tussen publieke en private organisaties op een andere manier. Zij kijken naar de identiteit en de doelen van de organisaties. Gawthrop onderscheidt, zo stellen Noordegraaf en Teeuw (2003), vier dimensies die deze identiteit bepalen: het idee doelgerichtheid, oorzakelijkheid, tijd en orde.

Doelgerichtheid kan ateleologisch (volgens de private opvatting) of teleologisch zijn (volgens de publieke opvatting) (Noordegraaf & Teeuw, 2003).

Het ziekenhuis heeft uiteraard een hoger doel: de gezondheid van de mensen die wonen in de ziekenhuisregio. Het ziekenhuis heeft dus een **publieke opvatting** van doelgerichtheid.

Ook het idee van **oorzakelijkheid** kent zowel een private (atomistische) als een publieke (holistisch) opvatting. Het gaat hierbij om de effecten van het handelen (Noordegraaf & Teeuw, 2003). De private opvatting van oorzakelijkheid kijkt alleen naar de directe effecten van het handelen, waarbij relaties tussen oorzaak en gevolg, doelen en middelen eenduidig zijn. Als de werkelijkheid als een complex systeem van onderlinge afhankelijkheden wordt gezien, spreekt men van een publieke opvatting.

Het Kennemer Gasthuis heeft een **publieke opvatting** van oorzakelijkheid, omdat het de werkelijkheid complex benadert, zoals blijkt uit de samenwerkingsverbanden van het KG.

Ook wat betreft de opvatting van **tijd** verschillen organisaties met een publieke en private identiteit volgens Noordegraaf & Teeuw (2003) van elkaar. De private opvatting van tijd is statisch. Dat wil zeggen dat het vooral gaat om het heden, in plaats van om het verleden en de toekomst. De publieke opvatting van tijd is dynamisch. Daarbij wordt meer rekening gehouden met belangen van toekomstige generaties en wetenschappelijke ontwikkelingen.

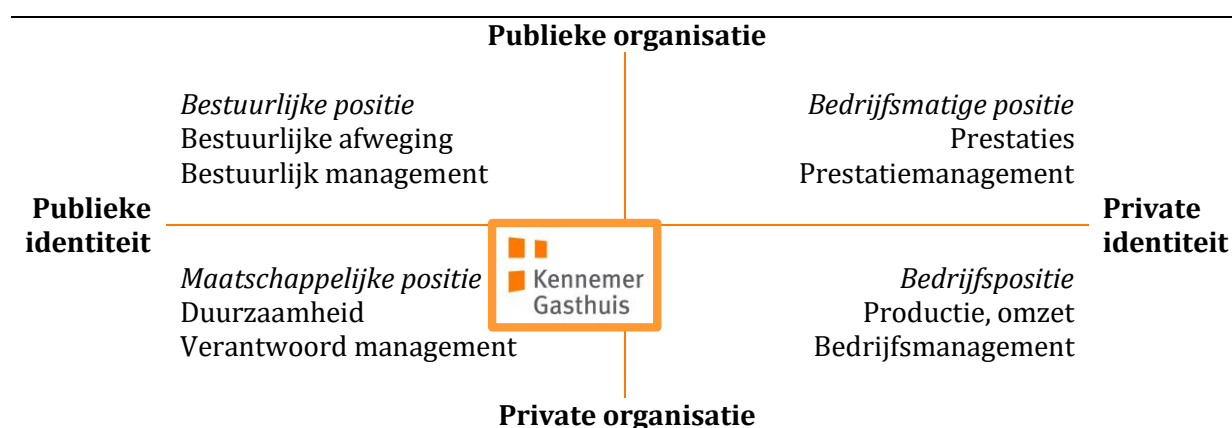
In het KG is **zowel** een **publieke als** een **private opvatting** van tijd te herkennen. Het ziekenhuis is enerzijds gericht op de lange termijn, waarbij bijvoorbeeld met behulp van voorlichting geprobeerd

wordt om gezondheidsproblemen te voorkomen. Daarnaast is het ziekenhuis gericht op efficiëntie en effectiviteit om op korte termijn kosten te besparen. Een terugloop van zorgvraag de afgelopen jaren, heeft bijvoorbeeld geleid tot een reorganisatie, terwijl er op langere termijn een stijgende zorgvraag wordt verwacht (Kennemer Gasthuis, 2013a).

De private opvatting van **orde** is verticaal (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Er is sprake van een bevelsrelatie met superieur-ondergeschikten. Bij de publieke opvatting van orde gaat het vooral om wederzijdse afhankelijkheden.

Het ziekenhuis heeft een **publieke opvatting** van orde. Het KG heeft een platte, brede organisatiestructuur, met weinig managementlagen. Hiërarchie speelt hierin nauwelijks een rol.

Hieronder zijn de formele kenmerken en de publieke/private identiteit in schema weergegeven.



Figuur 9: Vier organisatorische posities. Naar: Noordegraaf & Teeuw (2003)

In hoeverre is sociale legitimiteit een doelstelling van het HR-beleid van het Kennemer Gasthuis ziekenhuis, en specifiek ten aanzien van duurzame inzetbaarheid?

Het Kennemer Gasthuis wil hét ziekenhuis in de regio zijn waar 24 uur per dag excellente zorg wordt geleverd (Kennemer Gasthuis, 2010). Om hieraan te kunnen voldoen moet het ziekenhuis inspelen op ontwikkelingen in de samenleving en de politiek, zoals de toenemende marktwerking, bezuinigingen, vergrijzing en samenwerking in de zorgketen. Daarbij horen volgens het KG vijf kernwaarden: kundig, gastvrij, veilig, vernieuwend en financieel gezond. Continu ontwikkelen en verbeteren is hierbij essentieel, zo stelt het Kennemer Gasthuis (2010).

Door de vergrijzing verwachtte het KG (2010) dat de zorgvraag de afgelopen jaren exponentieel zou stijgen en er personeelstekorten zouden ontstaan. Het omgekeerde bleek waar. De zorgvraag daalde (Kennemer Gasthuis, 2013a). Een reorganisatie was nodig om financieel gezond te blijven. 250 medewerkers stroomden uit. De verwachte groei werd krimp.

Het HR-beleid moest hier uiteraard op inspringen. Dit begon met het op orde maken van 'het huis', de basisinformatie, door middel van een HR Service Center (Metaal, 2011). Daarnaast is HR verder geprofessionaliseerd om de HR-functie goed uit te rusten. Hierdoor is het mogelijk om het ziekenhuis te helpen met leren en ontwikkelen: elke dag beter. Duurzame inzetbaarheid is het laatste speerpunt, door middel van personeelsplanning, mobiliteit en behoud. Dat is tevens ook het thema waar mijn onderzoek zich op richt.

In hoeverre is sociale legitimiteit een doelstelling van het HR-beleid van het Kennemer Gasthuis? Daarvoor moet eerst duidelijk zijn wat onder sociale legitimiteit kan worden verstaan. Boxall en Purcell (2011) zeggen daarover het volgende:

Firms are economic actors but they operate in societies, in which there are laws that attempt to control how managers employ people and in which there are customs, or widely shared expectations, for how people should be treated in the workplace (p. 19).

Een bedrijf moet zich, zo stellen Boxall en Purcell, minimaal houden aan geldende wet- en regelgeving. Paauwe (2004) beaamt dit en geeft aan dat:

The yardstick of human resource outcomes is not just economic rationality (p. 67).

Volgens Paauwe is ook “relational rationality” belangrijk. Het gaat niet alleen om het maken van winst, maar ook om het ontwikkelen en onderhouden van duurzame relaties met alle relevante stakeholders, niet alleen klanten en aandeelhouders (Paauwe, 2004, p. 67).

Het **Kennemer Gasthuis** draagt, zowel preventief als curatief, bij aan de gezondheid van de regio. Dit is een **sociaal legitiem** doel. Door samen te werken in de zorgketen houdt het ziekenhuis zich ook bezig met **relatieve rationaliteit**. Het ziekenhuis heeft echter ook **steeds meer** te maken met **economische rationaliteit**, door bijvoorbeeld de marktwerking in de zorg. Het KG was gericht op groei, maar toen de zorgvraag bleek te krimpen is dit omgezet in een reorganisatie. De economische rationaliteit speelt dus een steeds belangrijker rol. Vooral nu het er door vergrijzing naar uitziet dat de zorgvraag verder zal toenemen maar het beschikbare budget zal afnemen. Het ziekenhuis is zich bewust van de maatschappelijke bijdrage die het kan leveren door de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk in te richten.

Economische rationaliteit is ook terug te zien in de speerpunten van het **HR-beleid**. Het ‘huis op orde’ heeft als doel om HR-beleid beter kwantitatief te kunnen beoordelen. Ook het professionaliseren van de HR-functie kan bijdragen aan de effectiviteit en efficiëntie van HR.

Het werken aan ontwikkeling, personeelsplanning, mobiliteit en behoud van medewerkers, door het KG **duurzame inzetbaarheid** genoemd (Metaal, 2011), heeft zowel een economische als een **relatieve rationaliteit**. Het ziekenhuis wil medewerkers zinvol werk bieden waarmee ze kunnen bijdragen aan betere zorg. Daarnaast zet het ziekenhuis in op persoonlijke ontwikkeling en een goede werk-privé balans. Door te investeren in medewerkers proberen ze het werk voor hen zo aangenaam mogelijk te maken.

Er zit echter ook een **economische rationaliteit** achter. Om mee te kunnen groeien met de zorgvraag is meer flexibiliteit van personeel nodig, zowel kwantitatief als kwalitatief. Daarvoor zijn breed opgeleide ziekenhuismedewerkers nodig. Opleidingsbeleid is daarom een belangrijk HR-speerpunt. Het mes snijdt dan aan twee kanten. Er wordt geïnvesteerd in medewerkers. Tegelijkertijd worden ze gestimuleerd om elke dag beter, effectiever en efficiënter, te werken. Daardoor kan het ziekenhuis financieel gezond blijven, ook in tijden dat er minder budget is voor meer zorg. Daarnaast zorgt duurzaam inzetbaar personeel ervoor dat het ziekenhuis over voldoende personeel beschikt. Het HR-beleid van het Kennemer Gasthuis omtrent het onderzoeksthema duurzame inzetbaarheid bevat dus zowel een sociaal legitiem als een economisch perspectief.

Wat is mijn oordeel over de publieke dimensie van het beleid van het Kennemer Gasthuis omtrent duurzame inzetbaarheid?

Het ziekenhuis loopt zeker niet voorop in de manier waarop het omgaat met het thema duurzame inzetbaarheid. Het is al langere tijd bekend dat vergrijzing zorgt voor dreigende personeelstekorten en een stijgende zorgvraag (bijvoorbeeld West, Griffith en Iphofen, 2007). Pas toen de zorgvraag echt leek toe te nemen heeft het ziekenhuis met het thema aan de slag gegaan. Toen de zorgvraag vervolgens bleek af te nemen zette het ziekenhuis een reorganisatie op. Dit lijkt te suggereren dat het economische motief van het omgaan met groei en behoefte aan flexibiliteit het belangrijkste zijn.

Dat betekent niet dat het meer relationele, sociaal legitieme, hier geen rol heeft gespeeld. Het ziekenhuis vindt de sociale legitimiteit van het HR-beleid zeker belangrijk. De business van het ziekenhuis is immers gericht op gezondheid, wat zeker sociaal legitiem is te noemen. Het investeren in medewerkers door middel van opleiding en training en het optimaliseren van de werk-privé balans is zeker ook sociaal legitiem.

Het thema duurzame inzetbaarheid in het ziekenhuis geeft aan dat het ziekenhuis qua sociale legitimiteit reactief lijkt in plaats van proactief. Dit is gedeeltelijk te verklaren doordat de invloed van de politiek met behulp van wet- en regelgeving steeds groter is geworden. Het ziekenhuis wordt gedwongen, bijvoorbeeld door bezuinigen, om steeds meer zorg te gaan verlenen tegen minder kosten. Dit brengt grote uitdagingen met zich mee.

Een voorbeeld hiervan is het nachtwerk van ziekenhuismedewerkers. Ziekenhuismedewerkers hoeven geen nachtwerk meer te verrichten als ze ouder zijn van 57 jaar (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2011). Door de vergrijzing komen er minder medewerkers beschikbaar om in de nacht te werken. Hierdoor moet een groter beroep worden gedaan op jongere medewerkers, of moeten oudere medewerkers toch vrijwillig nachtdiensten draaien. Het ziekenhuis zal vanuit sociale legitimiteit medewerkers vanaf 57 niet meer kunnen verplichten nachtwerk te verrichten, maar zal vanuit economische rationaliteit wel voor een belangrijke uitdaging komen te staan.

Mijn oordeel over de sociale legitimiteit van het (HR-)beleid van het ziekenhuis en specifiek het speerpunt duurzame inzetbaarheid daarbinnen is dan ook positief. Het ziekenhuis is zich bewust van zijn maatschappelijke positie en werkt daarom samen met allerlei stakeholders. Het ziekenhuis zou nog wel meer voorop kunnen lopen als het gaat om het oppakken van sociaal legitiem beleid, al zal dit te allen tijde binnen het beschikbare budget moeten passen.

Literatuurlijst

Boselie, P. (2010). *Strategic Human Resource Management: a balanced approach*. Columbus: McGraw-Hill Higher Education.

Boxall, P. & Purcell, J. (2011). *Strategy and Human Resource Management*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Company Info. (2014). *Stichting Kennemer Gasthuis - Company.info*. Opgeroepen op 7 maart 2014, van Company.info: http://company.info/org/412256310000/Kennemer_Gasthuis_Stichting_Haarlem/nieuws_jaarverslag_cijfers_management_uittreksel_market

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2014). *Inspectie voor de Gezondheidszorg - ziekenhuizen*. Opgeroepen op 6 maart 2014, van IGZ.nl: <http://www.igz.nl/onderwerpen/curatieve-gezondheidszorg/ziekenhuizen/>

Kennemer Gasthuis. (2010). *Om trots op te zijn! Strategisch plan 2010-2014*. Haarlem: Kennemer Gasthuis.

Kennemer Gasthuis. (2013a). *Jaarverslag 2012*. Haarlem: Kennemer Gasthuis.

Leisink, P. & Knies, E. (2011). Line managers' support for older workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 22 (9), 1902-1917.

Metaal, I. (2011). *HR meerjaren beleidsplan. Elke dag beter: naar een toekomstgericht HR beleid*. Haarlem: Kennemer Gasthuis.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2011). *CAO Ziekenhuizen 2011-2014*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Organisatie - Nederlandse Zorgautoriteit - NZa.nl*. Opgeroepen op 6 maart 2014, van NZa.nl: <http://www.nza.nl/organisatie/>

Noordegraaf, M. & Teeuw, M. (2003). Publieke identiteit: eigentijds organiseren in de publieke sector. *Bestuurskunde*, 12 (1), 2-13.

Pauwe, J. (2004). *HRM and performance: Achieving long term viability*. Oxford University Press.

Rainey, H. (2003). What makes public organizations distinctive. In H. Rainey, *Understanding and managing public organizations* (pp. 55-78). San Francisco: Jossey Bass.

West, E., Griffith, W. & Iphofen, R. (2007). A historical perspective on the nursing shortage. *Medsurgery Nursing*, 16 (2), 124-130.