



Universiteit Utrecht

It's probably just a placebo

Een kwalitatief onderzoek naar de invloed van participatie bij besluitvorming op internalisatie van beleid binnen de ziekenhuissector

Naam: Marijn van der Stap
Studentnummer: 5716713
Masteropleiding: Strategisch Human Resource Management
Universiteit: Utrecht
Faculteit: Recht, Economie, Bestuur & Organisatie
Begeleider: Ulrike Weske MSc
Tweede lezer: Prof. Dr. Paul Boselie
Datum: 15 augustus 2016
Organisatie: UMC Utrecht

Voorwoord

Als student heb je vaak een paar simpele motieven voor het uitvoeren van een thesisonderzoek: omdat het van instrumenteel belang is voor het behalen van een mastertitel; omdat het moet; omdat het leuk is en omdat je nieuwe dingen wilt leren. Bij de start van het onderzoek ben je vaak nog intrinsiek gemotiveerd.

Bij het daadwerkelijke schrijven voeren vervolgens hele andere motieven de boventoon. Je doet het omdat het moet; omdat je je slecht voelt wanneer je er niet aan gaat zitten of omdat je de consequenties van het niet tijdig afronden overziet (help, nóg een jaar studeren). Tijdens het schrijfproces is dus vaak sprake van extrinsieke motivatie. Zoals de term extrinsiek al doet vermoeden, zijn het dan de externe invloeden die maken dat je het schrijfproces doorstaat: door sociale steun (een peptalk en een luisterend oor) en het kritisch sparren over de inhoud of het afronden in verband met de start van je carrière.

Het komt erop neer dat binnen zo'n proces alles draait om motivatie. Dit is tevens het thema dat mij het meest verwondert binnen het *Human Resource Management*. Ik was er dan ook zeker van dat ik mijn thesis aan dit onderwerp wilde wijden. En dan het liefst binnen het UMC Utrecht wegens het dynamische karakter van de ziekenhuiscontext.

Tijdens dit onderzoek heb ik - om dichtbij de literatuur te blijven - alle vormen van internalisatie ervaren. De motivatie om de eindstreep te halen heeft ertoe geleid dat de thesis is afgerond. Een aantal mensen heeft mij daarbij geholpen, waarvoor dank.

In het bijzonder bedank ik Ulrike: bedankt voor je begeleiding en je kritische blik op mijn stukken. Ook jij hebt een rol gespeeld in mijn motivatie; zowel als mediator als moderator. Dit alles heeft eraan bijgedragen dat ik de eindstreep heb behaald.

Samenvatting

Door druk van buitenaf neemt de aandacht voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen toe. Dit maakt dat verpleegkundigen moeten werken volgens richtlijnen. Dit gebeurt echter niet altijd. De druk van buitenaf heeft namelijk een negatief effect op de houding van werknemers. Het zorgt tevens voor een afname in ervaren autonomie. Men kan zich niet aan het beleid identificeren doordat men niet betrokken is bij de totstandkoming ervan. Identificatie is echter wel belangrijk voor effectieve uitvoering van beleid: wanneer men zich identificeert aan het beleid, beïnvloedt dat de effectiviteit van het beleid positief. Hiervan is sprake wanneer men invloed heeft op de inhoud van het beleid. Participatie is een activiteit waarop dit van toepassing is. Participatie zou daarnaast de negatieve effecten van opgelegd beleid verminderen. Wanneer men zich aan beleid identificeert, is er sprake van internalisatie. Internalisatie leidt tot effectieve uitvoering van het beleid (Blok, Koster, de Schilp & Wagner, 2013; Boog, 2009; Boxall & Purcell, 2011; Gagné & Bhave, 2011; Gagné & Deci, 2005; Grol & Grimshaw, 2003; Katz-Navon, Naveh & Stern, 2005; Noordegraaf, 2007; Parker, 2003; Russ, 2011; Ryan & Deci, 2000; Tummers, 2012; Vroom, 2000; Witman, 2008).

Er is maar weinig bekend over participatie en internalisatie in de zorgsector. De onderzoeksvraag luidt daarom: *hoe verloopt het participeren volgens verpleegkundigen (van het UMC Utrecht) bij de ontwikkeling van beleid dat op hen van toepassing is en op welke manier beïnvloedt dat de mate van internalisatie?*

De verwachting is dat participatie leidt tot internalisatie en dat er drie schakels zijn die deze concepten verbinden. Deze proposities zijn: (1) de objectief gegeven participatie wijkt af van de ervaren participatie; (2) de ervaren participatie leidt tot autonomie en (3) autonomie leidt tot internalisatie (Gagné & Deci, 2005; Nishii & Wright 2008; Wright & Nishii, 2007).

De uitkomsten zijn achterhaald middels kwalitatief onderzoek bij het UMC Utrecht. Er zijn 13 semigestructureerde interviews afgenomen. Alleen de eerste propositie is uitgekomen. Factoren die participatie in de context beïnvloeden, zijn: veranderingen in de zorg als *evidence based* protocollen en de mogelijkheid, motivatie en de kans om te participeren. Ook blijkt dat de reden achter beleid van belang is voor internalisatie.

Er is geconcludeerd dat er verschillende percepties zijn over de totstandkoming van beleid. Er zijn verschillende vormen van participatie geconstateerd. Een paar verpleegkundigen participeert bij de totstandkoming van protocollen, bijvoorbeeld in multidisciplinaire teams. Bij de ontwikkeling van centraal beleid participeren zij niet. Er bestaan kleine verschillen tussen de vormen van participatie enerzijds en de vormen van

internalisatie anderzijds. Dit maakt dat participatie geen invloed heeft op internalisatie in de ziekenhuissector. Het begrip van de noodzaak tot het beleid leidt tot internalisatie (Akdere, 2011; Deci, Eghrari, Patrick & Leone, 1994; Gagné & Bhave, 2011; Heller & Yukl, 1969; Latham, Erez & Locke, 1988).

Dat de ervaren participatie niet leidt tot autonomie kan worden verklaard aan de hand van persoonlijke kenmerken. Het voldoen aan de basisbehoefte autonomie hangt namelijk af van persoonskenmerken en niet van interventies. Daarom kan er worden afgevraagd of interventie als participatie bij een beleidsstuk invloed kan hebben op de autonomie. Dat sprake is van internalisatie zonder dat autonomie is bevredigd, toont aan dat autonomie niet altijd een voorwaarde is voor internalisatie. Empirische bevindingen roepen voorts vragen op zoals: kan men nog participeren in de zorgsector gezien het institutionele profiel? Door *evidence based* richtlijnen is er weinig bewegingsruimte in de totstandkoming van het beleid. Mogelijk krijgt participatie hierdoor een ander gestalte in de context. Een tweede vraag die het oproept: doet participatie er wel toe of is er sprake van een soort placebo-effect? Hoewel verpleegkundigen niet allemaal kunnen participeren, ervaren zij toch de mogelijkheid om dat te doen. Een mogelijke verklaring is dat de perceptie van participatie belangrijker is dan de daadwerkelijke mogelijkheid tot interventie (Boon, Paauwe, Boselie & Den Hartog, 2009; Bowen & Ostroff, 2004; Deci & Ryan, 2011; DiMaggio & Powell, 1983; Jacobsen, Hvited & Andersen, 2014; Ryan, 2009).

Aan het UMC Utrecht wordt geadviseerd om het belang van beleid toe te lichten; medewerkers die participeren bij beleid te faciliteren; participatie als mogelijkheid te bieden en de verantwoordelijkheid over beslissingen te spreiden (Deci et al., 1994; Heller & Yukl, 1969; Latham et al., 1988).

Inhoud

1. Inleiding	8
1.1 Probleemstelling	9
1.1.1 Doelstelling	9
1.1.2 Vraagstelling	10
1.2 Relevantie	10
1.2.1 Wetenschappelijke relevantie	10
1.2.2 Maatschappelijke relevantie	11
1.2.3 Praktische relevantie	11
1.3 Leeswijzer	12
2. Theoretisch kader	13
2.1 Participatie	13
2.1.1 Mate van participatie bij besluitvorming	15
2.1.2 Participatie nader beschouwd	17
2.2 Internalisatie	18
2.3 Relaties tussen participatie en internalisatie	18
2.3.1 Gegeven en ervaren participatie	19
2.3.2 Ervaren participatie en autonomie	20
2.3.3 Autonomie en internalisatie	21
2.4 Conceptueel model	22
3. Methode	23
3.1 Onderzoeksopzet	23
3.1.1 Kwalitatief onderzoek	23
3.1.2 Selectie	23
3.1.2.1 Selectie van beleid	24
3.1.2.2 Selectie van respondenten	24
3.2 Dataverzameling	26
3.2.1 Operationalisering	27
3.2.2 Interviews	28
3.3 Data-analyse	29

4. Resultaten	31
4.1 Context	31
4.1.1 Verpleegafdeling A	31
4.1.2 Verpleegafdeling B	32
4.1.3 Verpleegafdeling C	33
4.1.4 Verpleegafdeling D	34
4.1.5 Samenvatting context	35
4.2 Gegeven en ervaren participatie	35
4.2.1 Verpleegkundige protocollen	35
4.2.2 SBARR	36
4.2.3 Samenvatting gegeven en ervaren participatie	37
4.3 Ervaren participatie en autonomie	37
4.4 Autonomie en internalisatie	38
4.4.1 Internalisatie	38
4.5 Participatie en internalisatie	40
4.6 Extra bevindingen	41
4.6.1 Factoren die invloed hebben op participatie	41
4.7 Proposities	45
5. Conclusie & Discussie	46
5.1 Conclusie	46
5.2 Discussie	47
5.2.2 Gegeven en ervaren participatie	48
5.2.3 Ervaren participatie en autonomie	48
5.2.4 Autonomie en internalisatie	49
5.2.5 Factoren die invloed hebben op participatie	49
5.2.5.1 Vormen van participatie	49
5.2.5.2 Institutionele druk	50
5.2.5.3 Motivatie om te participeren	50
5.2.5.4 Mogelijkheid om te participeren	51
5.2.5.5 Kans om te participeren	52
5.2.5.6 Belang van beleid	52
5.3 Beperkingen	52

5.2.1 Selectie van respondenten en beleid	53
5.2.2 Reversed causality	54
5.4 Aanbevelingen toekomstig onderzoek	54
5.4.1 De rol van autonomie	54
5.4.2 Institutionele druk	55
5.4.3 Kans om te participeren	55
5.5 Aanbevelingen organisatie	55
Literatuurlijst	56
Bijlagen	59
Bijlage 1: Topiclijst verpleegkundigen	59
Bijlage 2: Topiclijst leidinggevenden	60
Bijlage 3: Codeboom	61
Bijlage 4: Analyseschema	63
Bijlage 5: Autonomie	66

1. Inleiding

Patiëntveiligheid krijgt tegenwoordig veel - bijna dagelijks - aandacht in de media. Sinds de bekendmaking van het aantal overledenen als gevolg van vermijdbare fouten door toedoen van medisch personeel in het rapport *'To Err is Human, building a safer health care system'* is deze aandacht voor patiëntveiligheid internationaal, maar ook in Nederland toegenomen. Onder het begrip patiëntveiligheid wordt het voorkomen van onnodige medische fouten verstaan (Blok et al., 2013; Wagner, van der Wal & Tuijn, 2005).

Deze toegenomen aandacht houdt in dat ziekenhuizen dienen te werken volgens veiligheidsnormen en richtlijnen die zijn opgelegd vanuit de overheid. Patiëntveiligheid kenmerkt zich onder andere door het werken met specifieke richtlijnen. Vanuit de institutionele regelgeving wordt dergelijk beleid rondom het thema opgelegd aan ziekenhuizen. Deze ontwikkelingen stellen vereisten aan het werk van verpleegkundigen. Zo wordt vanuit de overheid sterk aangedrongen op het werken volgens *evidence based* richtlijnen (Blok et al., 2013; Tummers, 2012).

Een voorbeeld van zo'n richtlijn is de *Situation, Background, Assessment, Recommendation & Repeat* (hierna: SBARR). Dit is een communicatiemethode ontwikkeld door de marine. De methode wordt in de zorg toegepast voor het structureren van klinische communicatie. Het is een bewezen instrument ten behoeve van de patiëntveiligheid middels verbetering van de communicatie. In ziekenhuizen is het dan ook verplicht om via deze methodiek te communiceren (Lubberding, Merten & Wagner, 2010).

Ziekenhuizen kunnen zelf ook veiligheidsgedragingen bij medewerkers bevorderen. Dit kan door het opstellen van specifiek beleid en protocollen. Beleid wordt dus enerzijds vanuit de bredere omgeving opgelegd aan ziekenhuizen en anderzijds binnen ziekenhuizen ontwikkeld met behulp van specifieke richtlijnen. Op welke wijze het beleid dan ook tot stand komt, binnen bijna alle lagen van het ziekenhuis oefent patiëntveiligheid een invloed uit, met name in het werk van verpleegkundigen. Zij verrichten de meest directe handelingen als het gaat om het bieden van zorg aan patiënten en daarbij het borgen van hun veiligheid (Katz-Navon et al., 2005).

Van medewerkers wordt verwacht dat zij uitvoering geven aan het patiëntveiligheidsbeleid. Zij handelen echter niet altijd conform het beleid en de richtlijnen. Zo blijkt onder andere dat de SBARR-methode niet altijd wordt uitgevoerd door verpleegkundigen (Lubberding et al., 2010).

Binnen de literatuur is het bekend dat druk van buitenaf een negatief effect kan hebben op werknemers. De negatieve houding ten opzichte van beleid kan ertoe leiden dat de effectiviteit van beleid negatief wordt beïnvloed. Volgens Tummers (2012) is een verklaring voor de negatieve houding het gebrek aan identificatie. Wanneer werknemers zich niet identificeren aan het beleid waarmee zij moeten werken, beïnvloedt dat de effectiviteit van het beleid in negatieve zin (Tummers, 2012).

Een gevolg van de toegenomen druk van buitenaf is dat de autonomie van medewerkers afneemt. Dit is met name het geval wanneer werknemers geen invloed hebben op de kwaliteit en de inhoud van het beleid. De mogelijkheid tot het hebben van invloed op de inhoud en kwaliteit van het beleid kan worden geschaard onder het begrip participatie. Onderzoeken naar participatie laten positieve effecten zien met betrekking tot identificatie van het beleid. Een toename in participatie zou namelijk leiden tot een toename van acceptatie bij besluiten en motivatie om het beleid effectief uit te voeren. Participatie zou dus een veelbelovend middel kunnen zijn om de negatieve effecten van opgelegd beleid te verminderen. Wanneer daarmee dergelijke waarden ook intrinsiek worden ingebed, zullen werknemers het belang ervan eerder toekennen en zich er eerder mee kunnen identificeren. In dat geval kan men spreken van internalisatie. Internalisatie van beleid leidt daarmee tot een effectieve uitwerking van het beleid (Boxall & Purcell, 2011; Gagné & Deci, 2005; Grol & Grimshaw, 2003; Parker, 2003; Russ, 2011; Ryan & Deci, 2000; Tummers, 2012; Vroom, 2000; Witman, 2008; Wright & Nishii, 2007).

1.1 Probleemstelling

Participatie blijkt een belangrijke factor te zijn voor de houding van werknemers ten aanzien van het beleid en de mogelijke internalisatie. De relatie tussen participatie en internalisatie is veel onderzocht, maar slechts beperkt in de zorgsector. Met de constatering dat patiëntveiligheid regelmatig niet goed wordt geïnternaliseerd verdient het de aandacht om te achterhalen of participatie van verpleegkundigen bij het ontwikkelen van beleid ook leidt tot internalisatie. Daarbovenop is het onbekend wat de effecten zijn van participatie in een context waar medewerkers relatief autonoom handelen op de werkvloer (Boog, 2009; Noordegraaf, 2007).

1.1.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen of, en zo ja hoe, participatie van verpleegkundigen bij het ontwikkelen van beleid verband houdt met internalisatie van dit beleid.

1.1.2 Vraagstelling

Om het doel van het onderzoek te realiseren is de volgende centrale onderzoeksvraag geformuleerd:

Hoe verloopt het participeren volgens verpleegkundigen (van het UMC Utrecht) bij de ontwikkeling van beleid dat op hen van toepassing is en op welke manier beïnvloedt dat de mate van internalisatie?

Er wordt achterhaald of verpleegkundigen participeren bij de totstandkoming van het beleid. Ook wordt achterhaald of de mate waarin zij daarbij betrokken zijn verband houdt met de mate waarin het beleid is geïnternaliseerd. Indien er een verband bestaat tussen participatie en internalisatie, wordt getracht te verklaren op welke manier de geconstateerde participatie de internalisatie beïnvloedt.

1.2 Relevantie

1.2.1 Wetenschappelijke relevantie

Er weinig bekend over de wijze van totstandkoming van beleid in ziekenhuizen. Het is daardoor onduidelijk of en in welke mate verpleegkundigen betrokken zijn bij de totstandkoming daarvan. Of er sprake is van participatie is dan ook onbekend. Dit onderzoek richt zich op het microniveau: de uitvoering van het beleid door verpleegkundigen. Door tot op het niveau van implementatie naar het beleid te kijken, kunnen daarom mogelijk ook andere invloeden in kaart worden gebracht (Tummels, 2012).

Ook is het onderzoek relevant wegens de context. Er is in het verleden veel onderzoek verricht naar de relatie tussen participatie en de effecten op houding en gedrag. Zo is er met name onderzoek uitgevoerd bij laagopgeleide werknemers werkzaam in bijvoorbeeld fabrieken. Daaruit bleek dat er een relatie bestaat tussen participatie en de basisbehoefte aan autonomie; de effecten van participatie op organisatie- en werknemersuitkomsten worden gemedieerd door autonomie. Participatie, en dus het impliciet bereiken van gevoelens zoals

autonomie, zijn voor dergelijke werknemers echter mogelijk anders dan voor verpleegkundigen. De onderzoekssituaties zijn dusdanig specifiek dat de uitkomsten niet te generaliseren zijn naar andere sectoren. Dit onderzoek is dan ook relevant omdat wordt gefocust op verpleegkundigen die redelijk autonoom zijn in de uitvoering van het werk (Gagné & Bhave, 2011; Gagné & Deci, 2005; Parker, 2003).

Bovenal is dit onderzoek relevant omdat het zich richt op een specifieke relatie tussen participatie en internalisatie in de ziekenhuissector. Dit verband wordt weliswaar bij één ziekenhuis onderzocht, maar er zijn geen studies gevonden waarin de effecten van participatie op internalisatie binnen de zorgsector zijn aangetoond. Dit onderzoek levert een bijdrage aan deze kennis.

1.2.2 Maatschappelijke relevantie

Maatschappelijk gezien is de uitvoering van patiëntveiligheidsbeleid door verpleegkundigen van belang voor de gezondheid van patiënten. Niet naleving heeft uiteraard niet altijd medische schade tot gevolg. Toch is het nastreven van het ontbreken van de kans op aan de patiënt toegebrachte schade belangrijk. De kennis uit dit onderzoek kan een maatschappelijke bijdrage leveren aan de bestaande kennis over de effecten van participatie bij de ontwikkeling van beleid binnen ziekenhuizen. In bredere zin geeft dit onderzoek meer inzicht in de wijze waarop een breder draagvlak wordt gecreëerd voor beleid.

1.2.3 Praktische relevantie

Verpleegkundigen staan onder institutioneel en tuchtrechtelijk toezicht. Dit geldt echter ook voor een ziekenhuis als organisatie. Wanneer bij een controle blijkt dat het patiëntveiligheidsbeleid niet is nageleefd, kunnen daar sancties tegenover staan. Naleving van het beleid is in dit kader van enorm belang. Hoewel de kennis uit dit onderzoek relevant kan zijn voor alle ziekenhuizen, is dit onderzoek praktisch relevant voor het UMC Utrecht. Het UMC Utrecht verkrijgt door middel van dit onderzoek meer zicht op de effecten van het betrekken van verpleegkundigen bij de ontwikkeling van beleid. In het bijzonder is het onderzoek relevant voor de afdeling Kwaliteit en Patiëntveiligheid, welke zich continu bezig houdt met thema's rondom patiëntveiligheid.

1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk worden de theoretische concepten die ten grondslag liggen aan het onderzoek toegelicht. Uit de uiteenzetting van de concepten worden de proposities ten aanzien van het onderzoek gedeeld en het onderzoeksmodel toegelicht. In hoofdstuk 3 worden de keuzes in het onderzoek verantwoord. In hoofdstuk 4 worden de relevante onderzoeksbevindingen gepresenteerd. Voorts wordt in hoofdstuk 5 een antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag en komt tot slot de discussie aan bod.

2. Theoretisch kader

In dit onderzoek wordt internalisatie van beleid onderzocht aan de hand van het concept participatie. Daarbij wordt de relatie tussen beide concepten achterhaald. Internalisatie kan worden opgevat als een houding of gedraging. Binnen de literatuur kan houding en gedrag zowel als uitkomst en als factor tussen activiteiten en opbrengsten worden beschouwd (Knies, 2012).

In dit onderzoek wordt internalisatie als uitkomst beschouwd, namelijk als uitkomst van participatie. Dit maakt dat participatie in dit onderzoek wordt beschouwd als activiteit en internalisatie als uitkomst. Aan de hand van de theoretische uiteenzetting worden proposities ten aanzien van de interviews en resultaten opgesteld. Aan de hand hiervan wordt uiteindelijk een topiclijst opgesteld. In de eerste paragraaf wordt op het concept participatie ingegaan. Vervolgens komt internalisatie aan bod, waarna de link tussen beide kernconcepten wordt omschreven. In deze relatie vormt de perceptie van werknemers een belangrijke rol. Het bedoelde beleid kan namelijk afwijken van het ervaren beleid. Ook autonomie krijgt in deze relatie aandacht, aangezien dit een belangrijke factor vormt in de relatie tussen participatie en internalisatie. Na de uiteenzetting van de concepten, wordt het conceptueel model gepresenteerd.

2.1 Participatie

Participatie is een term die veel wordt gebruikt. Participatie betekent simpelweg ‘deelnemen aan’. Afhankelijk van de persoon die participeert en de context waarin het ‘deelnemen aan’ gebeurt, kent participatie uiteenlopende betekenissen (Jager-Vreugdenhil, 2011; Lines, 2004). Binnen een economische visie bijvoorbeeld, wordt participatie opgevat als een bijdrage van een werknemer aan een productieproces of in het meebeslissen in zaken met betrekking tot de bedrijfsvoering (Jager-Vreugdenhil, 2011). Ook kan participatie worden opgevat als *Human Resource Management* activiteit, aldus Boselie en Paauwe (2007).

Participatie kan op allerlei manieren worden beschouwd. Het concept kent dan ook verschillende definities. Boxall en Purcell (2011) hanteren voor het begrip de definitie van Heller et al (1998) welke luidt als volgt: *‘participatie is een proces dat medewerkers in staat stelt invloed uit te oefenen over hun werk en de omstandigheden waaronder zij werken’* (geïnterpreteerd uit de Engelse definitie als gesteld in Boxall & Purcell, 2011, p. 160). Een definitie van de Leede en Looise (2005) luidt: *“participatie is het geheel van formele en informele overlegvormen binnen een organisatie waardoor ondergeschikten de*

besluitvorming kunnen beïnvloeden” (de Leede & Looise, 2005, p. 505). Deze definities lijken erg op elkaar. Participatie wordt in beide definities opgevat als een proces; een vorm van overleg waarin werknemers invloed uitoefenen op de besluitvorming. Ze maken echter niet echt duidelijk wat participatie anders betekent dan het ‘deelnemen aan’. Daarbij is het de vraag of medewerkers in een ziekenhuis als ‘ondergeschikten’ kunnen worden beschouwd (Boselie & Paauwe, 2007; Boxall & Purcell, 2011).

Een uitgebreidere definitie, is die van Glew, O’Leary-Kelly, Griffin en Van Fleet (1995), vrij vertaald: *‘bewuste en bedoelde moeite van individuen op een hoger niveau in de organisatie, om voor individuen of groepen op een lager niveau in de organisatie zichtbare buiten-arbeidsfunctionele kansen te bieden, zodat zij meer inbreng hebben in meerdere gebieden van de organisatorische uitvoering’* (Glew, O’Leary-Kelly, Griffin & Van Fleet, 1995, p. 402).

In deze definitie wordt participatie, net zoals in een organisatie activiteit, opgevat als een mogelijkheid om als individu of als groep inspraak te hebben. Bovendien laat deze definitie al wat meer ruimte voor de verschillende vormen van participatie. Een laatste omschrijving van participatie vormt hierop een goede aanvulling en is afkomstig van Wagner (1994). Werknemersparticipatie is door Wagner (1994) gedefinieerd, vertaald uit het Engels, als *‘een proces waarin de invloed wordt gedeeld door individuen die in andere situaties hiërarchisch ongelijk zijn’* (Wagner, 1994, p. 312). Dit geeft aan dat werknemers van verscheidene niveaus uit de organisatie gezamenlijk invloed kunnen uitoefenen. Het hiërarchisch onderscheid lijkt een onmiskenbare rol te spelen. De definities van Glew et al. (1995) en Wagner (1994) worden dan ook gebruikt in het huidige onderzoek.

Hoewel er binnen de literatuur geen consensus bestaat over de definitie van participatie, is men het er over eens dat participatie een complex theoretisch construct is. Participatie blijkt daarbij ook een complex empirisch fenomeen te zijn; er bestaan veel vormen van participatie (Lines, 2004; Heller, 2003).

In de literatuur wordt een aantal vormen van participatie onderscheiden (Glew et al., 1995; Jager-Vreugdenhil, 2011; Lines, 2004; Stocki & Łapot, 2015). Zo kan participatie betrekking hebben op inspraak van werknemers in de wijze waarop zij het werk moeten uitvoeren. Deze vorm komt met name tot stand in de individuele relatie tussen de medewerker en zijn leidinggevende. De vorm kan ook gebaseerd zijn op meer collectieve besluitvorming zoals binnen teams: het concept ‘probleemoplossende groepen’ is een voorbeeld van een groep werknemers die meer te zeggen heeft over beslissingen binnen het werk. Deze wijze is volgens Boxall en Purcell (2011) zeer informeel. Maar ook vertegenwoordiging in

ondernemingsraden of vakbonden is een vorm van participatie (Boxall & Purcell, 2011). Deze vorm komt niet voor in de reikwijdte van dit onderzoek en wordt daarom buiten beschouwing gelaten.

De eerste vorm, inspraak over hoe het werk wordt uitgevoerd, staat centraal in dit onderzoek. Dit komt tot stand in de relatie tussen leidinggevend en werknemers of in besluitvorming binnen teams. Deze vorm van participatie wordt ook wel aangeduid met de term participatief management. Volgens Gagné en Bhave (2011) kan participatief management worden gebruikt voor verschillende doeleinden; onder andere bij het bepalen van organisatiedoelen, bij het nemen van beslissingen en bij het oplossen van problemen (Gagné & Bhave, 2011). Specifieke definities voor deze verschillende vormen en omschrijvingen geven de auteurs echter niet. Ook binnen overige literatuur ontbreken deze. Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan de definities is dat participatie een complex fenomeen blijkt te zijn in de praktijk.

In dit onderzoek staat maar één vorm van participatie centraal, namelijk de participatie van werknemers bij besluitvorming. Dit kan als participatief management worden getypeerd omdat het werkbeslissingen betreft. In dit onderzoek wordt namelijk de inspraak van werknemers van het ziekenhuis bij de ontwikkeling van protocollen en beleid achterhaald. Hierbij dient te worden opgemerkt dat wordt onderzocht of de vorm van participatie de mate van internalisatie beïnvloedt en zo ja in hoeverre. Het gaat dus om de mate van inspraak van werknemers in relatie tot leidinggevend.

2.1.1 Mate van participatie bij besluitvorming

Volgens Russ (2011) verwijst participatie bij besluitvorming naar een proces van samenwerking waarin de verantwoordelijkheid voor het maken van werkbeslissingen wordt gedeeld door de betrokkenen. Meerdere auteurs hebben de verschillende niveaus van participatie door individuen geconceptualiseerd (Russ, 2011). Volgens Heller en Yukl (1969) bestaan er verschillende vormen van besluitvormingsprocedures die managers kunnen gebruiken. Hoewel er geen algemeen geaccepteerd model of typologie bestaat voor het classificeren van het besluitvormingsgedrag van managers, bestaat er wel een concept met een continuüm van invloed van werknemers, waaraan verschillende besluitvormingsprocedures kunnen worden geordend. Het volgende figuur geeft dit continuüm weer.

Weinig invloed van ondergeschikten			Hoge invloed van ondergeschikten	
Beslissing zonder toelichting	Beslissing met toelichting	Overleg	Gezamenlijke besluitvorming	Delegatie

Figuur 1. De relatie van beslissingsstijlen tot de invloedcontinuum (Heller & Yukl, 1969, p. 230).

Een beslissing zonder toelichting verwijst naar beslissingen gemaakt door een leidinggevende, zonder enige afstemming met werknemers. Ook een eigen beslissing met toelichting verwijst naar beslissingen gemaakt zonder afstemming met medewerkers. Het verschil is dat er na aankondiging overleg met werknemers kan zijn, zodat leidinggevendens rekening kunnen houden met inbreng van deze voordat het besluit definitief is. De derde vorm, overleg, verwijst naar beslissingen gemaakt na overleg met één of meerdere werknemers. De leidinggevende neemt de beslissing uiteindelijk zelf, maar werknemers hebben daarop wel een invloed. Onder gezamenlijke besluitvorming wordt een proces verstaan waarin één of meerdere werknemers participeren en waarbij besluiten op basis van de mening van de meerderheid worden genomen. Hoewel de leidinggevende de eindbeslissing neemt, wordt daarin vaak de visie van de meerderheid aanvaard. Tot slot verwijst delegatie naar beslissingen waarin de leidinggevende de werknemers in staat stelt de beslissingen zelf te nemen.

Vroom en Yetton (1973) hebben het continuümmodel aangepast. Zij hebben een onderscheid gemaakt naar vijf vormen waarop een leidinggevende werknemers kan betrekken bij besluitvorming. Onderstaand figuur geeft deze vormen weer (Stocki & Lapot, 2015; Vroom, 2000; Vroom & Yetton, 1973):

Lage mate van acceptatie & motivatie			Hoge mate van acceptatie & motivatie	
Individueel besluit zonder overleg	Individueel besluit na overleg	Individueel besluit na overleg	Faciliteren	Delegatie

Figuur 2. Continuümmodel van Vroom en Yetton (1973)

De eerste vorm, individueel besluit zonder overleg, is het meest gebruikelijk in organisaties. Bij een individueel besluit na overleg met individu, neemt de leidinggevende de beslissing, maar bespreekt hij of zij het besluit eerst individueel met medewerkers. Bij een individuele

beslissing na overleg met de groep is de situatie gelijk aan de voorgaande, maar is de druk op de leidinggevende groter; teamleden hebben niet alleen de kans hun stem te laten gelden over de beslissing, ze krijgen ook te horen wat de anderen te zeggen hebben. De leidinggevende neemt vooralsnog de beslissing. Faciliteren verwijst naar een groepsbeslissing gereguleerd door de leidinggevende waarbij de leidinggevende alleen verantwoordelijk is voor het proces maar niet voor de inhoud. Tot slot is bij delegatie sprake van een groepsbeslissing die niet wordt gedirigeerd door de leidinggevende. De groep neemt zorg voor het proces, de besluitvorming en de inhoud (Stocki & Łapot, 2015).

Een toename in de gegeven participatie leidt bij werknemers tot een grotere acceptatie van besluiten en een motivatie om beleid effectief te implementeren (Russ, 2011; Vroom, 2000).

Op basis van het voorgaande lijkt delegatie de meest positieve variant bij de totstandkoming van besluiten; de ervaring van participatie komt het meest tot zijn recht. Volgens Akdere (2011) is het loutere overleg echter een van de meest geliefde methodes van besluitvorming. Daarnaast blijkt deze vorm in de praktijk het meest effectief te zijn ten opzichte van andere besluitvorming. Het tegenovergestelde van deze vorm is eenzijdige besluitvorming. Volgens Akdere (2011) wordt van deze vorm vaak gebruik gemaakt wanneer organisaties te maken krijgen met een crisissituatie waarop adequaat moet worden gereageerd. Werknemers hebben in dat geval geen inspraak op het beleid (Akdere, 2011).

Het model van Heller en Yukl (1969) is, zoals bleek uit de omschrijving van de verschillende vormen van besluitvormingsprocedures, vooral gericht op het individu, maar biedt ook ruimte voor het participeren van meerdere werknemers of een groep werknemers. Binnen de theorie en omschrijving van Vroom en Yetton (1973) lijkt de nadruk minder te liggen op groepsbeslissingen. Voor dit onderzoek wordt daarom de omschrijving van Heller en Yukl (1969) gebruikt, aangezien de baankenmerken van verpleegkundigen het onwaarschijnlijk maken dat zij individueel besluiten zullen nemen. Om te kunnen bepalen in welke mate sprake is van participatie bij besluitvorming bij het UMC Utrecht, wordt daarom gebruik gemaakt van de bredere theoretische omschrijving.

2.1.2 Participatie nader beschouwd

Volgens Kim en Schachter (2015) kan de mate waarin leidinggevendenden werknemers daadwerkelijk laten participeren gemeten worden aan de hand van twee criteria; niveaus van delegatie en empowerment. Delegatie ontstaat volgens de auteurs wanneer leidinggevendenden verantwoordelijkheid geven aan werknemers. Empowerment kan worden gedefinieerd als de

mate van macht die individuen daadwerkelijk voelen, gebaseerd op acties van de leidinggevend en op hun persoonlijke betrokkenheid bij besluitvormingsprocessen (Kim & Schachter, 2015). Deze concepten zullen worden meegenomen in dit onderzoek.

2.2 Internalisatie

De definitie van internalisatie, welke tevens wordt gebruikt in dit onderzoek, is afkomstig van Gagné en Deci (2005) en wordt aangeduid, vrij vertaald vanuit het Engels, als een proces *‘waarin mensen waarden, gedragingen, houdingen eigen maken in die mate dat de externe regulatie van gedrag getransformeerd raakt naar een interne regulatie en daardoor dus geen langere aanwezigheid van een externe contingentie vereist is’* (Gagné & Deci, 2005, p. 334). De *Self Determination Theory* positioneert een autonoom versus gecontroleerd continuüm om de mate waarin een externe regulatie is geïnternaliseerd weer te geven. Internalisatie verwijst daarbij naar drie processen; geïntrojecteerde regulatie, geïdentificeerde regulatie en geïntegreerde regulatie. Van geïntrojecteerde regulatie is sprake wanneer een regulering is overgenomen, maar nog niet is geaccepteerd. Bij geïdentificeerde regulatie identificeert men zich met de waarde van het gedrag; men voelt een grotere vrijheid en eigen wil met betrekking tot de activiteit omdat het overeenkomt met eigen doelen en identiteit. De meest vergeande vorm van internalisatie is geïntegreerde identificatie. Bij deze vorm van regulatie is het gedrag geheel autonoom; men heeft het gevoel dat het gedrag een geïntegreerd deel is van wie men is (Gagné & Deci, 2005).

Hoewel het gedrag bij deze laatste vorm geheel autonoom is, wordt geïntegreerde regulatie toch als extrinsieke motivatie beschouwd. Dat komt doordat de motivatie niet wordt gekarakteriseerd doordat een taak als interessant wordt bevonden, maar omdat de uitvoering van dergelijke activiteiten instrumenteel van belang is voor organisatiedoelen. Zo wordt het patiëntveiligheidsbeleid in ziekenhuizen ook niet ontwikkeld met als doel dat professionals het uitvoeren van de activiteiten die daaruit voortkomen interessant vinden; maar omdat zij deze in het kader van veiligheid belangrijk vinden of omdat zij daaraan moeten voldoen wegens institutionele druk (Gagné & Deci, 2005).

2.3 Relaties tussen participatie en internalisatie

In de voorgaande paragrafen zijn de twee hoofdconcepten van het onderzoek gepresenteerd. In dit onderzoek staat de relatie tussen participatie en internalisatie centraal. In deze paragraaf worden daarom de drie links tussen de kernconcepten beschreven. De drie links zijn: de

relatie tussen gegeven en ervaren participatie, de relatie tussen participatie en autonomie en de relatie tussen autonomie en internalisatie.

2.3.1 Gegeven en ervaren participatie

De impact van participatie op internalisatie is afhankelijk van de percepties van medewerkers omtrent deze activiteit. Volgens Wright en Nishii (2007) zijn deze percepties met name op individueel niveau herkenbaar. Bij de implementatie van een activiteit als participatie, wordt volgens Wright en Nishii (2007) vaak uitgegaan van het idee dat er sprake is van een uniforme activiteit voor alle werknemers. Hoewel de intentie van de activiteit kan zijn dat deze uniform en consistent wordt toegepast op een hele beroepsgroep binnen een organisatie, blijkt dit echter vaak niet het geval te zijn. Wanneer men gaat kijken naar verschillende niveaus, blijkt dat er een discrepantie optreedt tussen het bedoelde beleid en het ontvangen beleid. Wright en Nishii (2007) duiden dit aan met het onderscheid naar “*actual*” (daadwerkelijk gegeven) en “*perceived*” (uiteindelijk opgevat). Het onderscheid wordt gebruikt om aan te tonen dat niet alle activiteiten worden opgevat zoals zij zijn bedoeld. Vaak wordt de activiteit anders geïmplementeerd dan door de bedenker is bedoeld. Een verklaring hiervoor is dat de activiteiten vaak door een ander dan de bedenker wordt geïmplementeerd. Dit zijn doorgaans de leidinggevenden welke dit vaak niet op dezelfde manier doen. Dit maakt dat er verschillen ontstaan in het daadwerkelijke gegeven ten opzichte van de opgevatte participatie. Volgens Wright en Nishii (2007) worden de daadwerkelijke activiteiten als objectief beschouwd. De ontvangen participatie wordt daarentegen beschouwd als subjectief, daar het gaat om percepties op individueel niveau (Nishii & Wright 2008; Wright & Nishii, 2007).

Behalve dat individuele verschillen kunnen ontstaan in de daadwerkelijk gegeven participatie, kunnen ook verschillen ontstaan als gevolg van individuele percepties omtrent de ervaren participatie. Dit maakt dat werknemers binnen dezelfde organisatie interventies verschillend kunnen ervaren. Individuele verschillen kunnen daarbij sterk de perceptie van werknemers ten aanzien van een activiteit beïnvloeden. Op basis van persoonlijke waarden, opvattingen en persoonlijke karakteristieken kunnen werknemers verschillend reageren op activiteiten (Jacobsen et al., 2014; Nishii & Wright, 2008; Wright & Nishii, 2007).

Toegepast op het huidige onderzoek, lijkt de impact van participatie op de internalisatie afhankelijk te zijn van de perceptie van werknemers ten aanzien van deze participatie. Ondank eenzelfde aanbod van participatie, kunnen daarbij individuele verschillen ontstaan in de perceptie van de werknemers. Dit maakt dat er discrepanties kunnen optreden

tussen de gegeven participatie en de ervaren participatie. In dit onderzoek wordt zowel de objectief gegeven participatie bij leidinggevendenden, als de subjectief ervaren participatie bij medewerkers achterhaald. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat er een discrepantie bestaat tussen de gegeven participatie en de ervaren participatie (Nishii & Wright, 2008; Wright & Nishii, 2007). Op basis hiervan kan de volgende verwachting worden geformuleerd:

De gegeven participatie wijkt af van de ervaren mate van participatie

2.3.2 Ervaren participatie en autonomie

Uit onderzoek naar de effecten van participatie bij besluitvorming is gebleken dat autonomie als uitkomst en als mediërende rol kan worden beschouwd. Zo blijkt autonomie een mediërende rol te spelen tussen participatie en organisatie-uitkomsten. Participatie zou worden geassocieerd met het ervaren van meer autonomie, wat op zijn beurt leidt tot positieve uitkomsten. Het effect van participatie op tevredenheid en prestatie wordt bijvoorbeeld gemedieerd door de ervaren controle ten opzichte van de autonomie (Boselie & Paauwe, 2007; Gagné & Bhave, 2011; Parker, 2003).

Ook in dit onderzoek wordt autonomie opgevat als een schakel tussen participatie en internalisatie. Er bestaat dus een link tussen participatie en autonomie. In dit onderzoek wordt de ervaren participatie als subjectief beschouwd, aangezien het ziet op de perceptie van werknemers over participatie. Voor autonomie wordt ook het subjectieve concept gehanteerd, aangezien als gevolg van participatie een ervaren toename in autonomie is geconstateerd.

Binnen de *Self Determination Theory* neemt subjectieve vrijheid een belangrijke rol in. Autonomie wordt daarin opgevat als een psychologische basisbehoefte waaraan moet worden voldaan om optimaal te kunnen functioneren. Onder subjectieve autonomie wordt verstaan: het gevoel vrij te kunnen handelen en het gevoel zonder druk te kunnen functioneren. Dit gevoel kan tot stand komen wanneer werknemers de kans krijgen om zelf beslissingen te nemen of wanneer zij mogen meebeslissen. Dit maakt dat verwacht wordt dat participatie leidt tot autonomie. Met een ervaren gevoel van autonomie wordt bedoeld op subjectieve autonomie. Op basis hiervan kan de volgende propositie worden geformuleerd (Mook et al., 2009; Gagné & Bhave, 2011):

De ervaren participatie leidt tot autonomie

2.3.3 Autonomie en internalisatie

Hiervoor bleek al dat autonomie een psychologische basisbehoefte betreft waaraan moet zijn voldaan om optimaal te kunnen functioneren. Ook voor internalisatie geldt dat het voldoen aan de basisbehoefte aan autonomie een voorwaarde is. De relatie tussen deze basisbehoefte en internalisatie is volgens Gagné en Deci (2005) empirisch onderbouwd; alleen wanneer wordt voldaan aan de behoefte van autonomie kan internalisatie worden bereikt. De verwachting is dan ook dat het voldoen aan de basisbehoefte aan autonomie leidt tot internalisatie. Alleen wanneer verpleegkundigen het gevoel hebben dat zij ‘vrij’ zijn, zal er sprake zijn van internalisatie. De behoefte aan autonomie blijkt daarbij alleen bevredigd te kunnen zijn wanneer werknemers volledig achter (de reden voor) hun gedrag staan (Gagné & Bhave, 2011; Gagné & Deci, 2005; Ryan & Deci, 2000).

Omdat wordt verondersteld dat internalisatie slechts kan worden bereikt indien er sprake is van een bevrediging van de behoefte aan autonomie, kan de volgende propositie worden geformuleerd:

Autonomie leidt tot internalisatie

2.4 Conceptueel model

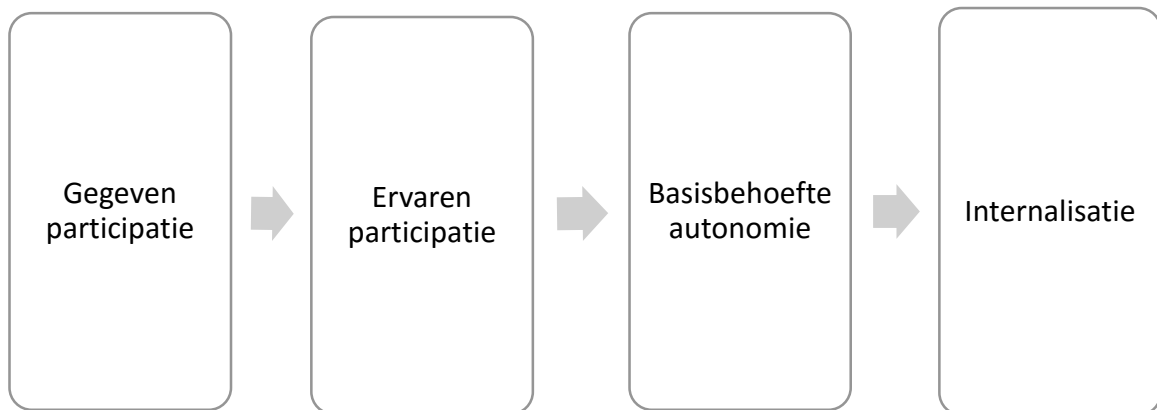
De centrale onderzoeksvraag luidt:

Hoe verloopt het participeren volgens verpleegkundigen (van het UMC Utrecht) bij de ontwikkeling van beleid dat op hen van toepassing is en op welke manier beïnvloedt dat de mate van internalisatie?

Ten aanzien van deze vraag zijn de volgende proposities opgesteld.

1. De gegeven participatie wijkt af van de ervaren mate van participatie
2. De ervaren participatie leidt tot autonomie
3. Autonomie leidt tot internalisatie

Deze zijn tijdens deze uiteenzetting één voor één aan bod gekomen en zijn opgenomen in onderstaand conceptueel model.



Figuur 3. Conceptueel model

Verwacht wordt dat er een relatie bestaat tussen participatie. De links zijn in de paragrafen hiervoor beschreven. Ten eerste wordt op basis van de literatuur van Wright en Nishii (2007) verwacht dat de gegeven participatie afwijkt van de ervaren participatie. Ten tweede wordt verwacht dat de ervaren participatie leidt tot een ervaren gevoel van autonomie. Tot slot wordt verwacht dat wanneer er (niet) wordt voldaan aan de basisbehoefte van autonomie er (geen) sprake zal zijn van internalisatie. Alleen wanneer verpleegkundigen het gevoel hebben dat zij ‘vrij’ zijn, zal namelijk sprake zijn van internalisatie.

3. Methode

In dit hoofdstuk worden de gemaakte keuzes verantwoord. Er wordt aangegeven hoe het conceptueel model is toegepast en hoe de proposities zijn achterhaald.

3.1 Onderzoeksopzet

Met dit onderzoek wordt achterhaald of er een relatie bestaat tussen participatie en internalisatie. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat naarmate de besluitvorming toeneemt, er in hogere mate sprake is van internalisatie. Het is echter niet op voorhand te voorspellen van welke vorm van participatie sprake zal zijn. Door dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de wijze waarop besluitvorming omtrent beleid plaatsvindt. Dit maakt dat het onderzoek een beschrijvend karakter heeft; er wordt achterhaald hoe volgens verpleegkundigen het beleid tot stand komt. Daarnaast kent het onderzoek een verklarend karakter. Er wordt getracht het verband tussen participatie en internalisatie te verklaren. Indien blijkt dat de vorm van participatie geen invloed heeft op de mate van internalisatie, wordt evengoed verklaard waarom dit niet het geval is.

3.1.1 Kwalitatief onderzoek

Gezien het tweeledige doel van dit onderzoek, is gekozen voor een kwalitatieve insteek. Door kwalitatief onderzoek kan de wijze waarop participatie plaatsvindt worden achterhaald, maar ook of verpleegkundigen überhaupt betrokken zijn bij de besluitvorming van beleid. Indien blijkt dat zij participeren, kan ook worden verklaard hoe de relatie tussen participatie en internalisatie verloopt. Aangezien het onduidelijk is hoe participatie door verpleegkundigen precies verloopt, is het noodzakelijk om de relatie tussen deze verbanden te ontdekken middels kwalitatief onderzoek. Hierdoor kan tevens inzicht worden gekregen in factoren die verband houden met dit thema.

3.1.2 Selectie

Dit onderzoek is ingestoken op basis van theoretische gronden. De theoretische kernconcepten zijn bepalend voor de keuzes in het onderzoek. Zo ook in de selectie van beleidsstukken. In onderstaande subparagrafen wordt aangegeven wat dit betekent voor de selectie van beleidsthema's, waarna wordt toegelicht hoe de respondenten zijn geselecteerd.

3.1.2.1 Selectie van beleid

Om te kunnen achterhalen of er een verband bestaat tussen de mate van participatie en internalisatie, diende de verschillende vormen van participatie bij besluitvorming te worden geconstateerd in de praktijk om deze naast elkaar te kunnen leggen.

Om dat te borgen zijn twee thema's op theoretische wijze geselecteerd ter input van de interviews. Met het selecteren van diverse typen beleid is getracht verschillen te kunnen vinden tussen verscheidene mate van participatie. De geselecteerde thema's betreffen de SBARR en verpleegkundige protocollen. Deze thema's zijn op basis van theoretische verwachtingen geselecteerd. De verwachting is dat verpleegkundigen bij SBARR geen inspraak hebben in het beleid aangezien het centraal opgelegd beleid betreft. Aangezien verpleegkundige protocollen per ziekenhuis kunnen verschillen, wordt verwacht dat er meer ruimte is om deze zelf te ontwikkelen. Deze verwachtingen zijn gecontroleerd bij de beleidsmedewerker van de afdeling kwaliteit en veiligheid. Deze bevestigt dat verpleegkundigen waarschijnlijk niet hebben geparticipeerd bij de totstandkoming van SBARR, maar waarschijnlijk wel bij verpleegkundige protocollen. Verpleegkundige protocollen en SBARR zijn dus als vehikels gebruikt om de relatie tussen participatie en internalisatie te kunnen achterhalen (Hijmans & Wester, 2006).

3.1.2.2 Selectie van respondenten

Dit kwalitatieve onderzoek vindt plaats binnen het UMC Utrecht. Aangezien de verpleegkundigen op verpleegafdelingen werken, is besloten om alleen verpleegkundigen van verpleegafdelingen te interviewen en niet die van poliklinieken. De verpleegkundige protocollen hebben namelijk slechts betrekking op de situaties die zich voordoen op verpleegafdelingen. Er is bewust gekozen voor afdelingen die vergelijkbaar zijn op basis van de grootte van de afdeling en het type protocollen. De geselecteerde afdelingen lijken op elkaar qua hiërarchische structuur, maar ook qua aantal medewerkers en aantal opnames. Kleine verpleegafdelingen of hele specifieke als chirurgie zijn bewust niet geselecteerd wegens verschillen in protocollen waardoor dergelijke afdelingen lastig te vergelijken zouden zijn met overige verpleegafdelingen als het gaat om de theoretische concepten (Seawright & Gerring, 2008).

Aangezien op voorhand niet duidelijk was in welke mate verpleegkundigen betrokken zijn bij het maken van beleid, zijn er vier verpleegafdelingen betrokken in het onderzoek. Zo is de kans op het tegenkomen van verschillende vormen van participatief management vergroot.

De verpleegafdelingen zijn willekeurig geselecteerd. De uiteindelijke selectie bestond uit vier verpleegafdelingen (A, B, C & D). Van elk van deze verpleegafdelingen diende ten minste één leidinggevende en één verpleegkundige te worden geïnterviewd. De reden was dat zowel de discrepanties tussen leidinggevend en verpleegkundigen konden worden onderzocht, als de verschillen tussen verpleegkundigen onderling.

Voor de selectie van de respondenten is gebruik gemaakt van de zogeheten ‘sneeuwbal methode’ (*snowball sampling*). Via enkele sleutelpersonen is een netwerk van potentiële respondenten opgebouwd waaruit vervolgens is geselecteerd. De leidinggevend en van de verpleegafdelingen zijn per e-mail benaderd met het verzoek tot deelname aan het onderzoek. Via de leidinggevend en is vervolgens met verpleegkundigen in contact gekomen en zijn de interviews per e-mails ingepland. De reden dat via leidinggevend en gevraagd is naar verpleegkundigen was een bewuste keuze omdat verpleegkundigen moeilijk te bereiken zijn per e-mail. De interviews met leidinggevend en zijn telefonisch ingepland. Ook zijn andere methoden toegepast om aan respondenten te komen. Zo zijn respondenten gevonden door een aantal keer na een interview op de betreffende koffiekamer van een afdeling anderen te benaderen voor deelname aan het onderzoek. In enkele gevallen kon het interview direct worden afgenomen (Hijmans & Wester, 2006).

Zoals tevens vermeld in onderstaande tabel, zijn binnen de vier verpleegafdelingen interviews afgenomen met 10 verpleegkundigen en drie leidinggevend en. De reden dat slechts drie leidinggevend en zijn geïnterviewd is dat de leidinggevende van verpleegafdeling B onlangs was vertrokken. Dit maakt dat van verpleegafdeling B de objectief gegeven participatie niet kon worden achterhaald.

Tabel 1. Overzicht respondenten

Verpleegafdeling	Leidinggevend en	Verpleegkundigen	Totaal
A	1	4	5
B		4	4
C	1	1	2
D	1	1	2
Totaal aantal respondenten	3	10	13

3.2 Dataverzameling

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatieve interviews. Om validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. De focus ligt dan ook op het verklaren en begrijpen van ervaringen en gedragingen van verpleegkundigen en het achterhalen van onderlinge verbanden. Hiervoor was het van belang de interviews enigszins open te houden. Deze openheid gaf de ruimte aan de respondenten om ideeën in te brengen, verdere factoren aan de orde te stellen en dingen als percepties persoonlijk toe te lichten. Zowel bij de interviews met de verpleegkundigen als de interviews met leidinggevenden is er gebruik gemaakt van een topiclijst. De topics in de lijsten zijn gebaseerd op het theoretisch kader. De thema's die erin zijn opgenomen zijn de theoretische concepten geoperationaliseerd tot vragen, zoals weergegeven in onderstaande tabel. De volledige topiclijsten zijn opgenomen in bijlagen 1 en 2 (Hijmans & Wester, 2006).

Tabel 2. Kerntopics uit interviews met verpleegkundigen

Topic	Indicatoren/vraag
Participatie bij besluitvorming (Algemeen)	Hoe verloopt de totstandkoming van verpleegkundige protocollen?
Participatie bij besluitvorming (SBARR)	Hoe is de totstandkoming van dit beleid verlopen? (betrokkenheid, inspraak etc.). Hoe heeft het beleid zich vertaald naar deze afdeling?
Ervaren, ontvangen participatie - gegeven participatie - ervaren	- delegatie (verantwoordelijkheid) - empowerment (inspraak, macht)
Autonomie als basisbehoefte	Hoe vrij voel je je in je werk? (gevoel bevelen op te volgen etc.)
Internalisatie (Algemeen)	Wat is over het algemeen de reden dat je uitvoering geeft aan protocollen?
Internalisatie (SBARR)	Wat is de reden dat je uitvoering geeft aan de SBARR richtlijn?

3.2.1 Operationaliseringen

De topiclijst is opgesteld aan de hand van de theoretische concepten. Participatie vormde het hoofdconcept. Om dit concept te analyseren is voor de gegeven vorm van participatie bij besluitvorming gevraagd aan leidinggevendenden te omschrijven hoe de ontwikkeling van verpleegkundige protocollen verloopt. Om te achterhalen of de gegeven vorm van participatie afwijkt van de ervaren participatie, is ook aan de verpleegkundigen gevraagd te omschrijven hoe verpleegkundige protocollen tot stand komen.

Met het oog op de ervaren participatie is aan de verpleegkundigen gevraagd naar de mate waarin leidinggevendenden de verpleegkundigen lieten participeren. Daartoe is gevraagd naar de mate van ervaren delegatie en empowerment. Bij de ervaren participatie was het voorts van belang om te vragen naar de percepties van verpleegkundigen. Voor de ervaren participatie zijn gerichte open vragen gesteld zoals ‘hoe heb je dat ervaren?’ of ‘hoe kijk je daar tegenaan?’. Aangezien verwacht werd dat autonomie een voorwaarde zou zijn voor internalisatie, is aan verpleegkundigen gevraagd hoe vrij zij zich voelen in hun werk. Deze vraag is afkomstig van de *work related basic need satisfaction scale* (WBNS) waarmee achterhaald kan worden in hoeverre aan de basisbehoeften is voldaan (Broeck, Vansteenkiste, Witte, Soenens & Lens 2010).

Om te achterhalen van welke mate van internalisatie sprake was, is aan verpleegkundigen gevraagd wat de reden is dat zij uitvoering geven aan verpleegkundige protocollen en aan de SBARR. Om dieper in te kunnen gaan op de redenen en om achteraf te kunnen typeren van welke mate van internalisatie sprake was, zijn de voorbeelden van redenen voor gedragingen van Ryan en Connell (1989) gebruikt. Deze voorbeelden kunnen worden ondergebracht in de categorieën introjectie, identificatie en integratie. De vraag die hierbij is gesteld: ‘wat is de reden dat je er uitvoering aan geeft?’. Voor de analyse achteraf is gebruik gemaakt van de voorbeelden van Ryan en Connell (1989). Met verschillende ingangen, zoals opgenomen in de topiclijst (SBARR en verpleegkundige protocollen) is de thematiek die centraal staat in dit onderzoek van verschillende kanten waargenomen. De vergelijking van de verschillende beleidstypen en van de concrete antwoorden, heeft er uiteindelijk toe geleid dat deze situaties geabstraheerd kunnen worden naar de theoretische concepten van het onderzoek; de relatie tussen participatie en internalisatie (Hijmans & Wester, 2006; Ryan & Connell, 1989).

3.2.2 Interviews

Van de leidinggevendenden zijn drie verschillende typen leidinggevendenden geïnterviewd, namelijk 1 hoofd zorg, 1 senior unithoofd en 1 unithoofd. De reden dat met verschillende leidinggevende functies interviews zijn afgenomen is afhankelijk van de rollen van de verschillende soorten leidinggevendenden in de totstandkoming van beleid.

De reden dat het hoofd zorg is geïnterviewd, is omdat de zorglijncoördinatoren en overige leidinggevendenden van verpleegafdeling D zich niet bezighouden met het protocollengedeelte. Dat is tijdens een interview met een verpleegkundige geconstateerd. Het hoofd zorg is verantwoordelijk voor het gehele zorgstuk binnen de cluster van één divisie. Het hoofd zorg geeft leiding aan de zorglijn, aan een aantal beleidsmedewerkers en aan de stafsecretaresses. Het hoofd zorg staat dus niet direct in contact met verpleegkundigen. Het senior unithoofd heeft eveneens een leidinggevende functie. Het is een leidinggevende functie in het middenkader waarin de werkvloer vertegenwoordigd wordt. Het senior unithoofd valt onder het hoofd zorg. Dit maakt dat het senior unithoofd dichterbij de primaire medewerkers staat dan het hoofd zorg. De functie unithoofd komt overeen met de functie senior unithoofd. Het is ook een leidinggevende functie waarbij aansturing wordt gegeven aan verschillende medewerkers. Een verschil is dat het unithoofd het primaire proces begeleidt en het personeelsbeleid uitvoert. Het unithoofd wordt aangestuurd door een senior unithoofd. Bij verpleegafdeling B is momenteel geen leidinggevende aangesteld. De ervaringen van de respondenten hebben daarom nog betrekking op het unithoofd die niet meer werkzaam is op de afdeling. Van de overige twee verpleegafdelingen zijn een senior unithoofd en een unithoofd geïnterviewd.

Van de verpleegkundigen zijn zeven basis verpleegkundigen en drie senior verpleegkundigen geïnterviewd. De functie van een basis verpleegkundige richt zich op de bekende verpleegkundige werkzaamheden. Een senior verpleegkundige voert dezelfde primaire taken uit maar heeft daarbovenop enkele extra taken. Senior verpleegkundigen krijgen bepaalde rollen toebedeeld. Zo hebben zij in de directe patiëntzorg de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van een aantal patiënten en hebben zij een aandachtsgebied als het gaat om zorg; een soort specialisme. Zij zorgen voor actuele relevante kennis en brengen die ook over. Zij schrijven daarbij protocollen. Wegens deze verschillende rollen in de totstandkoming van beleid, is bewust met zowel senior verpleegkundigen als basis verpleegkundigen interviews afgenomen.

Alle interviews zijn afgenomen binnen het UMC Utrecht, in een afgezonderde ruimte

op de verpleegafdelingen zelf. In alle interviews is ieder topic via een min of meer vaste inleiding en een open hoofdvraag geïntroduceerd aan de respondenten. De interviews hebben plaatsgevonden in juni en juli 2016 en duurden gemiddeld een halfuur. Alle 13 interviews zijn opgenomen met opname apparatuur (Hijmans & Wester, 2006; Miles, Huberman & Saldana, 2013).

3.3 Data-analyse

Alle interviews zijn nadien volledig getranscribeerd. Daardoor kon in de overige interviews rekening gehouden worden met zaken die naar voren kwamen in voorgaande interviews om de validiteit van het onderzoek te waarborgen. Voor de analyse van de data is gewerkt met het programma NVivo. Daarin zijn alle interviews gecodeerd. Er is axiaal gecodeerd. Door axiaal te coderen konden fragmenten met dezelfde codes vergeleken worden op verschillen en overeenkomsten. Zo kon tevens worden bepaald wat relevante en minder relevante elementen van het onderzoek waren. Ook is daarmee de omvang van de gegevens gereduceerd tot theoretische codes. Dit heeft ertoe geleid dat tijdens het proces bepaalde codes zijn opgesplitst of samengevoegd in een codeboom. Deze codeboom is opgenomen in bijlage 3. Ook de data-analyse is uitgevoerd op basis van de theoretische gronden. Zo zijn de codes deels opgesteld aan de hand van het theoretisch kader en deels vanuit de interviews. De codes vormen dus een reflectie van het conceptueel model, maar ook van de theorie en de proposities. Alle tekstfragmenten zijn in eerste instantie ondergebracht in theoretische codes. Zo zijn bijvoorbeeld de antwoorden over de gegeven participatie ondergebracht in de codes ‘eenzijdige besluitvorming’, ‘gezamenlijke besluitvorming’ en ‘overleg’. Ook zijn de vormen van internalisatie gecodeerd onder de codes ‘introjectie’, ‘identificatie’ en ‘integratie’. Daarnaast was in dit onderzoek ruimte voor extra bevindingen. Wat erin heeft geresulteerd dat er behalve de theoretische codes ook empirische codes zijn opgesteld, zoals ‘overige factoren’. Deze extra bevindingen zijn waardevol voor het inzicht in de relatie tussen besluitvorming en internalisatie. Gedurende het proces veranderden sommige codes en zijn sommige codes weggehaald, zoals ‘delegatie’ bij de vormen van participatie. Er is tevens in beperkte mate gebruik gemaakt van causaal coderen. Zo zijn de omschrijvingen over de totstandkoming van beleid gecodeerd tot een type besluitvorming. De vorm is daarbij in verband gebracht met de vormen van internalisatie (Miles et al., 2013).

Naast het coderen, zijn de transcripten met elkaar vergeleken om te achterhalen waar verschillen zitten tussen verpleegafdelingen. Voorts zijn de transcripten tussen de leidinggevende van een afdeling en de verpleegkundigen vergeleken om te achterhalen of de

gegeven participatie afwijkt van de ervaren participatie. Ook zijn de twee kernconcepten vergeleken. Zo zijn verschillen tussen vormen van participatie geanalyseerd om te bepalen hoe deze zich verhouden tot internalisatie. Om er zeker van te zijn dat alle relevante informatie was geanalyseerd, zijn de interviewtranscripten ter check gericht gelezen vanuit de onderzoeksvragen (Hijmans & Wester, 2006).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksbevindingen gepresenteerd. In de bijlagen is een overzichtelijk schema van de totale resultaten opgenomen (p. 63). De indeling van het hoofdstuk is gestructureerd aan de hand van de topiclijsten en aan de hand van het conceptueel model (p. 22).

Eerst wordt een contextomschrijving van de verpleegafdelingen gegeven. Hierin wordt per verpleegafdeling beschreven hoe verpleegkundige protocollen tot stand kwamen volgens leidinggevend en volgens verpleegkundigen. Vervolgens komen de drie proposities aan bod. Tot slot worden de extra bevindingen toegelicht. Dat zijn factoren die invloed hebben op participatie. Aan het eind van het hoofdstuk wordt op basis van de resultaten beoordeeld of de proposities zijn uitgekomen.

4.1 Context

4.1.1 Verpleegafdeling A

Bij verpleegafdeling A wordt veel met afdelingsspecifieke protocollen gewerkt. Er zijn met name patiënten met chronische gezondheidsproblemen opgenomen voor langere tijd. Bij deze afdeling stuurt het senior unithoofd een deel van de verpleegkundigen direct aan. Zij stelt ook beleid op. De verantwoordelijkheid voor medische protocollen ligt echter elders.

De senior verpleegkundigen zijn betrokken bij de ontwikkeling van protocollen. Aansluitend op hun specialisme, schrijven zij de protocollen zelf. De geïnterviewde senior verpleegkundige is dan ook verantwoordelijk voor de verpleegkundige protocollen. Het gaat daarbij om een gedeelde verantwoordelijkheid onder alle betrokken senior verpleegkundigen. De ontwikkeling van protocollen gebeurt vaak in overleg met de overige senior verpleegkundigen, waardoor er sprake is van een gezamenlijk proces. De senior verpleegkundige heeft daarbij veel overleg met het unithoofd en het senior unithoofd. Ook het hoofd zorg is betrokken bij de totstandkoming van protocollen en is daar eindverantwoordelijk voor.

Zoals de senior verpleegkundige van verpleegafdeling A het proces rondom besluitvorming omschrijft, is het een gezamenlijk proces. Behalve dat senior verpleegkundigen meekijken, kijken er altijd nog medebeoordelaars mee. Dat kan een arts van de afdeling zijn of een verpleegkundige van een andere discipline. Het proces van de ontwikkeling van protocollen is gezamenlijk waarbij senior verpleegkundigen veel inbreng hebben. Zij sparren daarbij veel met anderen en de uiteindelijke beslissing wordt genomen door het hoofd zorg.

Ook volgens de geïnterviewde verpleegkundigen verloopt de totstandkoming van protocollen op deze wijze. Wanneer zij iets aan te merken hebben op de protocollen geven zij het via de senior verpleegkundigen door. Op deze wijze laten zij hun stem gelden. Uit de interviews bleek dat er verschillen bestaan tussen de opvattingen van verpleegkundigen over hoe protocollen tot stand komen. Zo dacht één verpleegkundige van verpleegafdeling A dat een protocol goedgekeurd wordt door een arts. Daarnaast wisten twee verpleegkundigen niet hoe het proces verloopt omdat zij er geen rol in hebben. Onderstaand citaat is afkomstig uit een interview met een verpleegkundige die lang werkzaam is op de afdeling.

“Ik heb daar geen rol in, ik heb nog nooit een protocol geschreven ofzo. Het ligt echt bij de senioren.” (RES 4, AFD A)

Niet alle verpleegkundigen van verpleegafdeling A konden een antwoord geven op de vraag ‘hoe verloopt de totstandkoming van verpleegkundige protocollen binnen jouw afdeling?’. In ieder geval lijkt men het erover eens te zijn dat de senior verpleegkundigen daarin een grote rol hebben. De eindbeslissing ligt echter bij het hoofd zorg. Gelet op deze kenmerken is er bij verpleegafdeling A volgens het senior unithoofd sprake van overleg. Volgens (senior) verpleegkundigen is echter sprake van een gezamenlijke vorm van besluitvorming.

4.1.2 Verpleegafdeling B

Ook bij verpleegafdeling B zijn het de senior verpleegkundigen die een rol vervullen in de ontwikkeling van protocollen. De geïnterviewde senior verpleegkundige gaf aan dat het per taakgebied verschilt hoeveel een senior verpleegkundige ermee te maken krijgt. Zo is haar collega bijvoorbeeld veel meer erbij betrokken dan dat zij dat is. De besluitvorming ligt met name bij de senior verpleegkundigen. Volgens de senior verpleegkundige hebben ook andere verpleegkundigen inspraak. Onderstaand citaat illustreert dit.

“Er wordt een hoop inspraak gevraagd en gevraagd: hoe denken jullie hierover? Wel tot een bepaalde grens want je kan natuurlijk niet aan 20 mensen gaan vragen wat ze vinden want dan vinden 20 mensen allemaal wat anders dus dan moet je soms gewoon een grens trekken en het aan twee of aan drie mensen vragen.” (RES 6, AFD B)

Bovenstaand citaat geeft aan dat niet iedereen betrokken is, maar slechts een paar

verpleegkundigen. Uit de interviews klonken wisselende geluiden over of ‘gewone’ verpleegkundigen wel of geen rol hebben in de totstandkoming van protocollen. De ene verpleegkundige stelt geen rol daarin te hebben. Andere verpleegkundigen van verpleegafdeling B stellen echter dat zelfs iedereen daarin een kleine rol speelt, zo blijkt uit volgend citaat.

“Iedere basisverpleegkundige van elke afdeling heeft daarin een kleine rol. Het zijn de senioren die vaak samen met artsen protocollen schrijven.” (RES 8, AFD B)

Samenvattend verschillen ook bij verpleegafdeling B de opvattingen over de rol van basisverpleegkundigen in de totstandkoming van protocollen. Alle respondenten van deze afdeling gaven aan dat het met name de senior verpleegkundigen zijn. Er is volgens de (senior) verpleegkundigen sprake van overleg in de totstandkoming van protocollen.

4.1.3 Verpleegafdeling C

Verpleegafdeling C heeft weinig eigen protocollen. De afdeling kent met name veel protocollen die UMC-breed gelden en slechts een paar die afdelingsspecifiek zijn. Dit komt met name doordat incidentele patiënten worden opgenomen op de afdeling waardoor er geen sprake is van een specifieke doelgroep zoals bij de overige afdelingen wel het geval is.

Het unithoofd van afdeling C is nog niet lang werkzaam waardoor zij nog niet alle ins en outs kent van de totstandkoming van protocollen op de betreffende afdeling.

Aangezien de afdeling een gering aantal afdelingsspecifieke protocollen kent, is het niet vreemd dat het proces van totstandkoming niet helder is. Dit maakt mogelijk dat er minder betrokkenheid is vanuit verpleegkundigen van verpleegafdeling C in de totstandkoming van protocollen, omdat dit proces niet (vaak) aan de orde is. Uit de interviews blijkt dat, indien de protocollen moeten worden aangepast, dit in samenwerking met de arts en senior verpleegkundigen gebeurt.

Bij verpleegafdeling C is volgens het unithoofd sprake van eenzijdige participatie bij de totstandkoming van protocollen. Ook volgens de verpleegkundige is er sprake van eenzijdige besluitvorming bij de totstandkoming van protocollen. Volgens hen komt dat doordat veel verpleegkundig protocollen al bestaan en maar weinig betrekking hebben op de verpleegafdeling waar zij werkzaam zijn. Indien er een protocol ontwikkeld dient te worden doen de senior verpleegkundigen dat in samenwerking met een arts.

4.1.4 Verpleegafdeling D

De protocollen voor een cluster waaronder verpleegafdeling D valt, zijn volgens het hoofd zorg in direct beheer van de beleidsmedewerkers. De beleidsmedewerkers leggen daarover verantwoording af aan het hoofd zorg. Het hoofd zorg is zelf niet inhoudelijk betrokken bij protocollen en beleid. Het hoofd zorg is echter wel formeel eindverantwoordelijk voor deze aspecten. De vraag ‘ben jij eindverantwoordelijk voor de protocollen en het beleid voor de afdeling?’ is door het hoofd zorg echter beantwoord als volgt.

“Nou... voor de UMC-brede protocollen is de divisie manager verantwoordelijk. Dat is X. Dus die is daarvoor verantwoordelijk. En of ik nou echt... of ik echt verantwoordelijk ben voor de protocollen.. ik weet wat loopt bij ons via een coördinator. Dus ik zie ze zelf ook niet langskomen, nee dus uhhh... nee dan kan ik eigenlijk niet zo zeggen dat ik me verantwoordelijk voel, nee”. (RES 12, AFD D)

Volgens het hoofd zorg stelt een beleidsmedewerker de verpleegkundige protocollen op en structureert deze het proces. Deze communiceert met de protocoleigenaren. Elk protocol heeft namelijk een eigenaar. Het hoofd zorg geeft echter aan dat de verantwoordelijkheid ten op zichte van verpleegkundige protocollen ook bij de verpleegkundigen ligt. Voor bepaalde protocollen is meestal een verpleegkundige eindverantwoordelijk. Er is een groepje verpleegkundigen dat met elkaar naar de protocollen kijkt. Volgens het hoofd zorg zijn niet alleen de senior verpleegkundigen betrokken bij de totstandkoming van de protocollen. Zo blijkt uit het onderstaande citaat.

“Nee, dat soort dingen liggen niet echt bij senior verpleegkundigen. Ik ken in ieder geval twee die geen senior zijn en voor hun zorglijen wel de protocollen doen en onder hun hoede nemen.” (RES 12, AFD D)

Hieruit blijkt dat het hoofd zorg van mening is dat de verantwoordelijkheid gedeeld is en dat ook verpleegkundigen betrokken zijn. Ze denkt tevens dat het leuk is voor verpleegkundigen. Mensen krijgen van haar daarom ruimte voor inbreng en het mogen meedenken in dat proces.

De geïnterviewde senior verpleegkundige van verpleegafdeling D zit in de werkgroep van protocollen voor het cluster waaronder de verpleegafdeling valt. Er is een aantal protocollen dat onderverdeeld is binnen de afdeling. Deze onderverdeling bepaalt wie waar verantwoordelijk voor is. Het hoofd zorg neemt de uiteindelijke beslissing en is dan ook

eindverantwoordelijk als het gaat om protocollen en beleidstukken, aldus de senior verpleegkundige. De seniorverpleegkundige bevestigt dat ook andere verpleegkundigen betrokken zijn bij de ontwikkeling ervan. Ook geschiedt dit weleens in samenwerking met mensen van andere afdelingen.

Ook op deze afdeling zijn het met name de senior verpleegkundigen die een rol spelen in de totstandkoming van protocollen. Opmerkelijk is dat het hoofd zorg aangeeft zich niet eindverantwoordelijk te voelen terwijl de senior verpleegkundige dat wel benoemd. Wel blijkt vanuit zowel het hoofd zorg als vanuit de senior verpleegkundige dat ook verpleegkundigen daarbij betrokken kunnen zijn. Hoewel het hoofd zorg lijkt aan te geven dat het gaat om overleg, aangezien zij niet zelf eindverantwoordelijk is, lijkt er sprake te zijn van gezamenlijke besluitvorming. De reden is dat de beleidsmedewerker verantwoordelijk is voor het proces. Het is wel interessant dat de senior verpleegkundige denkt dat het hoofd zorg dit is. Ook volgens de senior verpleegkundige is er sprake van een gezamenlijk proces.

4.1.5 Samenvatting context

De specialisatie van de verpleegafdeling bepaalt met welk type protocollen verpleegkundigen te maken hebben. Zo kent verpleegafdeling A veel afdelingsspecifieke protocollen. Verpleegafdeling C daarentegen, heeft weinig eigen protocollen. Gelet op de samenwerking tussen de verschillende functies, is geconstateerd dat het hoofd zorg het meest ver van de primaire medewerkers afstaat. Het (senior) unithoofd stond daarbij meer in contact met primaire medewerkers wegens de functionele en hiërarchische aansturing. Uit de data-analyse bleek dat verpleegafdelingen A, B en D het meest op elkaar lijken qua context. Afdeling C wijkt daarbij af wegens het geringe aantal 'eigen' protocollen als gevolg van het type specialisatie van de verpleegafdeling.

4.2 Gegeven en ervaren participatie

De gegeven en ervaren participatie is achterhaald met betrekking tot verpleegkundige protocollen en met betrekking tot SBARR.

4.2.1 Verpleegkundige protocollen

Bij de verpleegkundige protocollen zijn het met name senior verpleegkundigen die het beleid ontwikkelen. Volgens de leidinggevenden was er sprake van de volgende vormen van participatie bij besluitvorming: overleg, eenzijdig en gezamenlijk. Volgens de

verpleegkundigen was er eveneens sprake van deze drie vormen. Aangezien er bij afdeling B geen leidinggevende is geïnterviewd, kan voor deze afdeling niet worden bepaald of de gegeven participatie afwijkt van de ervaren participatie. Voor afdeling A, C en D kan dit wel.

Tabel 3. Vormen van gegeven en ervaren participatie m.b.t. verpleegkundige protocollen

Verpleegafdeling	Gegeven participatie	Ervaren participatie
A	Overleg	Gezamenlijk
C	Eenzijdig	Eenzijdig
D	Gezamenlijk	Overleg

4.2.2 SBARR

Bij afdeling A werd de gegeven participatie met betrekking tot SBARR als eenzijdig omschreven. Ook werd deze als eenzijdig ervaren door de verpleegkundigen. Zo gaven zij aan geen rol te hebben gehad in de totstandkoming van het beleid. Bij afdeling B percipieerden verpleegkundigen dit evengoed als eenzijdig. Ook zij gaven aan geen rol te hebben gehad in de totstandkoming van de richtlijn.

Bij afdeling C gaf het unithoofd aan dat er sprake is van gezamenlijke besluitvorming. Zij gaf aan samen met de verpleegkundigen het beleid verder te hebben uitgewerkt en vertaald te hebben naar de afdeling opdat het effectiever werkt in de praktijk. Ook de verpleegkundige gaf aan te hebben ervaren dat zij betrokken is geweest bij de vertaling van het beleid. Ook volgens haar is daarom sprake van gezamenlijke besluitvorming.

Tot slot is volgens het hoofd zorg bij verpleegafdeling D sprake van overleg. Zij gaf aan het beleid vertaald te hebben naar de afdeling door leidinggevend en beleidsmedewerkers erbij te betrekken. Bovendien stelt het hoofd zorg dat er ook de ruimte is om het centrale beleid om te zetten naar de afdeling. De senior verpleegkundige geeft echter aan er niet bij te zijn betrokken. Onderstaand citaat illustreert hoe zij het centraal opgelegde beleid ervaart en wat haar rol bij de totstandkoming ervan was.

“Ik vraag me dan eigenlijk af in hoeverre heb je dan eigenlijk invloed op de invulling. Eigenlijk niet. Helemaal niet. En dat had ook niet anders gekund. Aan het opstellen daarvan uhh... nee. Ik denk ook niet dat een ander daar wel een andere draai aan had kunnen geven.” (RES 13, AFD D)

Hieruit blijkt dat de senior verpleegkundige geen rol heeft gehad in de totstandkoming ervan, noch inspraak heeft gehad. Zij geeft echter wel aan te ervaren dat het ook niet anders had gekund. Daarbij geeft ze ook aan dat het centrale beleid niet onder haar verantwoordelijkheid valt dus dat ze dat niet erg vindt. Zij erkent dat dat ook niet altijd kan wanneer het gaat om centraal beleid. Volgens haar is er sprake van eenzijdige besluitvorming.

Tabel 4. Vormen van gegeven en ervaren participatie m.b.t. SBARR

Verpleegafdeling	Gegeven participatie	Ervaren participatie
A	Eenzijdig	Eenzijdig
C	Gezamenlijk	Gezamenlijk
D	Overleg	Eenzijdig

4.2.3 Samenvatting gegeven en ervaren participatie

Op basis van het bovenstaande kan worden gesteld dat de propositie dat de gegeven participatie afwijkt van de ervaren participatie gegrond is. De resultaten met betrekking tot verpleegkundige protocollen laten zien dat er twee keer sprake is van een discrepantie. Alleen bij afdeling C is de gegeven participatie overeenkomstig met de ervaren vorm van participatie. Bij afdeling A en afdeling D is dit niet het geval. De resultaten met betrekking tot SBARR laten zien dat wanneer de gegeven participatie door een unithoofd als eenzijdig wordt omschreven, deze ook door de verpleegkundigen als eenzijdig wordt ervaren. Dit is tevens het geval bij de gezamenlijke vorm. Er zijn echter ook discrepanties geconstateerd. De gegeven participatie wijkt af van de door verpleegkundigen ervaren vormen van participatie. Zo percipiëren verpleegkundigen de gegeven vorm van overleg als eenzijdig of als gezamenlijk. Er bestaat een discrepantie tussen de gegeven participatie en de ervaren participatie.

4.3 Ervaren participatie en autonomie

Tot zover is de eerste propositie beantwoord. Na deze eerste propositie zouden nu de tweede en derde propositie aan bod komen. Echter, er is een opmerkelijke bevinding gedaan. Er zijn problemen geconstateerd met betrekking tot autonomie. Om de tweede propositie te achterhalen, is aan respondenten gevraagd hoe vrij zij zich voelen in hun werk. Gezien het open karakter van deze vraag, is er heel verschillend op gereageerd door de verpleegkundigen. De antwoorden op deze vraag zijn opgenomen in bijlage 5. De antwoorden op deze vraag zijn zeer uiteenlopend. Deze tweede propositie (ervaren participatie leidt tot autonomie) is dan ook

niet bevestigd. Er is geen relatie gevonden tussen de ervaren participatie en autonomie.

4.4 Autonomie en internalisatie

De derde propositie is dat autonomie leidt tot internalisatie. Ook deze propositie is niet gegrond. Autonomie leidt niet tot internalisatie en is dus geen voorwaarde voor internalisatie. Om deze reden worden slechts de resultaten met betrekking tot internalisatie gepresenteerd.

4.4.1 Internalisatie

De verpleegkundigen hebben verschillende motieven gegeven waarom zij uitvoering geven aan SBARR. Dit moest worden achterhaald om te kunnen bepalen van welke vorm van internalisatie sprake is. Eén voor één komen de verschillende motieven aan bod, waarna de vormen van internalisatie per afdeling worden getypeerd.

Ten eerste blijkt dat men het doet om te voorkomen dat men wordt afgerekend op fouten. Het onderstaande citaat illustreert dit motief.

“Ik denk wel als je echt fouten maakt door je communicatie dat je daar wel op afgewezen zal worden. Want blijkbaar heb je het niet gedaan volgens de SBARR en weet je dat het een goede manier van communiceren is, bij overdragen.”
(RES 2, AFD A)

Aansluitend op dit citaat, kwam er tijdens de interviews vaker naar voren dat uitvoering gegeven wordt aan beleid ter bescherming van de eigen titel. Zo zijn verpleegkundigen in geval van naleving van het beleid ingedekt voor eventuele fouten. Men kan niets worden aangerekend als er iets fout gaat en zij het protocol hebben opgevolgd.

Ook geeft men uitvoering aan de SBARR richtlijn omdat het een veilige werkwijze betreft, zo blijkt tevens uit onderstaand citaat.

“In het ziekenhuis doen we dagelijks duizenden dingen, en af en toe gaat er iets mis, natuurlijk vreselijk, maar duizenden dingen gaan goed en dat gaat goed omdat er veilig wordt gewerkt.” (RES 8, AFD B)

Een andere reden dat men uitvoering geeft aan de richtlijn is omdat men zich bewust is van eventuele gevolgen voor de patiënt. Onderstaand citaat illustreert dit motief.

“Je wilt niet meemaken dat de patiënt doodgaat omdat je iets verkeerd gedaan hebt. Dat je een ruit breekt of dat je een verkeerde order hebt verstuurd, tot daar aan toe. Maar je wilt niet dat je patiënt schade lijdt. Als een patiënt schade lijdt omdat je iets verkeerd doet dan is dat echt heel erg. Je doet iemand anders schade aan, dat breng je toe.” (RES 8, AFD B)

Ook is enkele keren aangegeven dat men er uitvoering aan geeft omdat het moet en het daardoor als een verplichting wordt ervaren (RES 3, RES 4, RES 5, RES 10 & RES 13).

SBARR wordt eveneens uitgevoerd met als reden dat het belangrijk is voor de patiënt. Het onderstaande citaat is een illustratie van dat men het uitvoert in het belang van de patiënt.

“Je werkt met mensen. Als je werkt in een fabriek of op kantoor en je doet iets verkeerd, dan denk je balen en dan moet je een aantal dingen recht zetten. Als je hier iets verkeerd doet dan is er een kans dat je patiënt dood gaat. Dat is heel erg heftig.” (RES 8, AFD B)

Ook in het onderstaande citaat klinkt dit patiëntenbelang door.

“SBARR is natuurlijk wat abstracter want uiteindelijk werkt het in het belang van je patiënt, maar het is iets wat je zelf moet doen, wat soms heel lastig is want soms heb je bijvoorbeeld iemand aan de telefoon die bezig is met reanimatie, waar je wel belangrijke vragen aan moet stellen, maar dan duurt voor je gevoel die SBARR heel erg lang en is het soms heel moeilijk te introduceren en als je zelf dan niet de kennis hebt of kunde of je bent onzeker of stressgevoelig dan lukt het niet om dat goed te passen.” (RES 3, AFD A)

Hieruit blijkt echter ook dat men het graag goed wil doen, maar het in bepaalde situaties als lastig wordt ervaren om het uit te voeren.

Een aantal respondenten is ervan overtuigd dat deze specifieke richtlijn bijdraagt aan een betere patiëntenzorg. Dit is tevens een motief voor de uitvoering ervan, zo blijkt uit het volgende citaat.

“Ik vind het heel goed dat het er is de SBARR. Ik ben er echt van overtuigd dat het betere patiëntenzorg biedt, zorgt voor veiligere en betere patiëntenzorg. Er is niks waarvan ik denk dat is niet goed.” (RES 6, AFD B)

Op basis van het bovenstaande blijkt dat respondenten echt het belang ervan inzien en daar tevens naar handelen. Dat (senior) verpleegkundigen het nut ervan inzien blijkt tevens uit onderstaand citaat.

“Die SBARR daar werken we nu dan mee, als je een dokter belt dan houd je dat wel in je achterhoofd. Maar dat is natuurlijk ook wel dat je echt alles omvat en je kan snel alles gestructureerd aan iemand overdragen.” (RES 7, AFD B)

Tot slot heeft één respondent aangegeven het uit te voeren omdat ze het belangrijk vindt voor de communicatie binnen de afdeling, omdat er minder fouten zijn gemaakt, omdat het een bewezen instrument is en omdat het de kwaliteit van de zorg ten goede komt (RES 11).

Tabel 5. overzicht redenen uitvoeren SBARR, gekoppeld aan vorm van internalisatie

Introjectie	Identificatie	Integratie
- bewust van eventuele schade	- veilige werkwijze	- voorkomen afgerekend te worden
- minder fouten	- belangrijk voor patiënt	- bescherming eigen titel
- kwaliteit zorg	- betere patiëntenzorg	- omdat dat de regel is
	- bewezen instrument	

4.5 Participatie en internalisatie

De links tussen participatie en internalisatie zijn uiteengezet. Uit de bevindingen blijkt al dat autonomie hierin geen rol speelt. De participatie kan echter wel gecombineerd worden met de vormen van internalisatie. In onderstaand model zijn daarom de eerder beschreven vormen van ervaren participatie gecombineerd met de vormen van internalisatie met betrekking tot de SBARR-richtlijn.

Tabel 6. Overzicht ervaren vormen van participatie en internalisatie

Verpleegafdeling	Ervaren participatie	Internalisatie
A	Eenzijdig	Introjectie, integratie
B	Eenzijdig	Integratie
C	Gezamenlijk	Introjectie, identificatie
D	Eenzijdig	Integratie

Uit dit overzicht blijkt dat sprake is van twee vormen van participatie: eenzijdige besluitvorming en gezamenlijke besluitvorming. Met betrekking tot internalisatie is bij de afdeling waar sprake is van gezamenlijke besluitvorming ook sprake van introjectie en identificatie. Bij alle overige afdelingen was sprake van introjectie, identificatie en integratie.

4.6 Extra bevindingen

Aan alle respondenten is gevraagd of er factoren zijn die zij van belang achten voor het onderzoek. Daaruit is een aantal belangrijke aspecten gebleken welke zijn opgenomen in deze sectie.

4.6.1 Factoren die invloed hebben op participatie

De factoren die een invloed hebben op participatie, kunnen worden gecategoriseerd tot een paar thema's:

- Veranderingen in de zorg
- Willen participeren
- Mogen participeren
- Kunnen participeren
- Belang van beleid

Veranderingen in de zorg

De veranderende zorgcontext heeft een invloed op de participatie. Meerdere respondenten gaven aan dat de zorg complexer wordt. Zo blijkt uit het volgende citaat.

“Eerder was de zorg minder complex en door de jaren heen wordt de zorg complexer, taken worden uitdagender, de protocollen moeten daarin meegroeien.” (RES 8, AFD B)

Dit maakt dat protocollen steeds meer *evidence based* worden. Het vraagt om een ander niveau van verpleegkundigen. De leidinggevenden geven daarom aan dat zij zich zorgen maken dat niet alle verpleegkundigen de capaciteit hebben om dit te doen en zij dit ook niet allemaal willen (RES 1, 10 & 12).

Willen participeren

Uit de interviews is gebleken dat niet iedereen de behoefte heeft om te participeren. Volgens het senior unithoofd is dat omdat verpleegkundigen niet per definitie de behoefte hebben daarin een rol te hebben. Onderstaat citaat illustreert dit.

“Ik zie ook dat je niet van alle verpleegkundigen moet vragen om daarbij betrokken te zijn want de verpleegkundigen kiezen voor patiëntenzorg en niet iedereen vindt het leuk om protocollen te ontwikkelen. En als je het wilt doen dan moet je ze erin faciliteren.” (RES 1, AFD A)

Het hoofd zorg is van mening dat een verpleegkundige affiniteit dient te hebben met het onderwerp als soort van voorwaarde voor participatie, zoals blijkt uit onderstaande.

“Ik denk dat dit soort activiteiten die net de patiëntenzorg overstijgen, alleen werken als je mensen hebt die affiniteit hebben met een onderwerp. Of het nu gaat om medicatieveiligheid of over vrijheidbeperkende maatregelen, dan moet je daar mensen hebben zitten die zo 'n extra taakje willen doen die ook iets met zo 'n onderwerp hebben. Want als je gaat vinden dat elke verpleegkundige daarin iets moet doen nou dan is het trekken aan een dood paard; dat gaat niet werken want verpleegkundigen zijn doeners.” (RES 12, AFD D)

Mogen participeren

Verpleegkundigen ervaren de mogelijkheid om te participeren. Als het gaat om participatie bij de ontwikkeling van verpleegkundige protocollen ervaren alle respondenten delegatie en empowerment, ook al is er eigenlijk sprake van een lage mate van participatie. Bij de totstandkoming van protocollen zijn met name senior verpleegkundigen betrokken. Ook verpleegkundigen die niet participeren in het proces, geven aan het gevoel te hebben dat zij dit wel zouden kunnen. Hoewel dus niet iedereen er een rol in heeft, ervaart men toch dat de mogelijkheid bestaat (RES 5, RES 7, RES 8, RES 9 & RES 11). Men moet daarin wel zelf

initiatief nemen, zoals blijkt uit volgend citaat.

“Het is volgens mij wel echt een ding van de senioren, maar je mag zeker wel. Er is echt wel ruimte om daar iets aan bij te dragen.” (RES 5, AFD A)

Kunnen participeren

Hoewel de meeste verpleegkundigen de mogelijkheid om te participeren ervaren, blijkt ook dat niet iedere verpleegkundige kan participeren. Volgens een verpleegkundige is het daadwerkelijke participeren moeilijk omdat er een spanning bestaat tussen het mogen en het daadwerkelijk kunnen participeren. Onderstaand citaat illustreert dit.

“Er is altijd een tekort aan werkkraft dus het zou wel mogen, maar het is de vraag of het kan want je moet werk afstaan dus er is weinig tijd en ruimte over om zoiets als protocolontwikkeling te doen als je geen senior bent, dat zie ik in de praktijk.”
(RES 5, AFD A)

De respondent ervaart het niet te kunnen omdat het gewoonweg niet kan gezien de hoeveelheid werk en de beperkte tijd. Deze ervaren discrepantie wordt verder geïllustreerd met onderstaand citaat.

“Je zou het natuurlijk heel graag willen, vooral als hbo-verpleegkundige valt dat wel echt onder je vakgebied vind ik, maar er is eigenlijk geen ruimte voor. Het zou wel mogen, maar het kan eigenlijk niet. Het kan, je mag het wel doen maar ja dat gaat dan weer ten koste van anderen en het gaat dan weer ten koste van de patiënt bij wijze van spreken, dus het wringt.” (RES 5, AFD A)

Belang van beleid

Uit de interviews blijkt dat volgens het merendeel van de verpleegkundigen (RES 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, & 13) het niet uit maakt of zij betrokken zijn bij de totstandkoming van beleid of protocollen. De reden waaróm zij iets moeten doen is met name van belang. Eén van de drie senior verpleegkundigen gaf aan dat ze verschil ervaart in protocollen waarbij ze betrokken is geweest en centraal beleid als SBARR. Onderstaand citaat is ter illustratie.

“Ik weet niet of ik er meer belang aan hecht, maar ik ben er wel meer bij betrokken. Dus dan maakt dat ook wel dat het dan denk ik een beetje automatisch wat meer in mijn systeem zit om er mee te werken en je collega’s erop te wijzen want ik heb dan energie erin gestoken dus ik vind het dan ook zonde als mensen daar dan helemaal niets mee doen.” (RES 2, AFD A)

Hieruit blijkt dat het bij de senior verpleegkundige mogelijk meespeelt dat wanneer zij energie in iets heeft gestoken het belangrijker vindt dat er uitvoering aan wordt gegeven dan wanneer er geen sprake was van participatie.

Er is vaak gesteld dat het met name gaat om het begrijpen waarom iets dient te gebeuren. Wie het daarbij heeft besloten maakt volgens een aantal mensen niets uit. De verpleegkundige van verpleegafdeling D is van mening dat men het beste het doel en het waarom bij een protocol kan communiceren. Onderstaand citaat illustreert dit.

“Bij verpleegkundigen kun je eigenlijk altijd aankomen met het patiënten belang want dat is een beetje waarvoor je verpleging kiest denk ik omdat je voor de patiënt het beste wilt, dus dat werkt een heel stuk beter dan dat het moet om wat voor andere redenen dan ook. En als je dat zelf dan terug gaat zien dat je merkt dat er minder fouten worden gemaakt dan is dat meer een intrinsieke motivatie ook om het op te volgen.” (RES 11, AFD C)

Omdat is aangegeven dat de reden van beleid zo belangrijk is voor verpleegkundigen is ook aan hen gevraagd of zij verschil merken tussen het uitvoeren van iets met een bekende reden en wanneer dit niet het geval is. Onderstaand citaat is ter illustratie.

“Nou als je dus weet waarom het belangrijk is dan doe je dat. Dan ben je er veel enthousiaster over. Dan ga je het ook serieus nemen en dan ben je echt gemotiveerd om het te doen. Dan draag je ook echt bij aan betere zorg. Maar als je dat niet bent dan voelt het als een verplichting. Dan is het heel zwaar om te doen, maar je doet het ook gewoon maar omdat het moet dus het zal weinig leiden tot verbetering. Zo zet je het ook niet in. Je zet het in met de gedachte ik doe het omdat het een verplichting is. Bij de anderen doe je het omdat je weet dat het de zorg verbetert dus dat is een hele andere ingang. Dus het leidt ook tot andere resultaten.” (RES 5, AFD A)

4.7 Proposities

De proposities zijn in de paragrafen hiervoor uitgebreid aan bod gekomen. Onderstaande tabel biedt een overzichtelijke weergave van deze proposities.

Tabel 7. Overzicht proposities

	Propositie	Uitgekomen
1	<i>De gegeven participatie wijkt af van de ervaren participatie</i>	Ja
2	<i>De ervaren participatie leidt tot autonomie</i>	Nee
3	<i>Autonomie leidt tot internalisatie</i>	Nee

5. Conclusie & Discussie

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de onderzoeksbevindingen. De bevindingen worden afgezet tegen de literatuur. In 5.1 wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. In 5.2 worden de uitkomsten verder ter discussie gesteld aan de hand van theorieën. Ook wordt in dit hoofdstuk kritisch gereflecteerd op de theoretische en methodologische keuzes. Uit deze reflectie volgt een aantal beperkingen van het onderzoek. Tot slot komen de praktische en theoretische implicaties van het onderzoek aan bod. Hierbij worden zowel aanbevelingen gedaan voor vervolgstudie als aanbevelingen richting het UMC Utrecht.

5.1 Conclusie

De centrale onderzoeksvraag luidde *‘hoe verloopt het participeren volgens verpleegkundigen (van het UMC Utrecht) bij de ontwikkeling van beleid dat op hen van toepassing is en op welke manier beïnvloedt dat de mate van internalisatie?’*

Onder de beroepsgroep verpleegkundigen bestaan verschillende percepties over hoe de ontwikkeling van beleid verloopt. Er is dan ook sprake van verschil in ervaren vormen van participatie. Bij de ontwikkeling van verpleegkundige protocollen, is met name sprake van de vormen eenzijdige besluitvorming, gezamenlijke besluitvorming en overleg.

Voor alle verpleegafdelingen geldt dat, afhankelijk van het aantal eigen protocollen, sowieso een aantal medewerkers betrokken is en daarmee in bepaalde mate verantwoordelijk is voor de totstandkoming ervan. De ene verpleegkundige heeft daarin een grotere rol dan de andere, maar er kan gesteld worden dat ook basis verpleegkundigen een kleine rol spelen in de totstandkoming van protocollen. De eindverantwoordelijkheid voor de verpleegkundige protocollen ligt bij leidinggevenden. Ook kunnen protocollen tot stand komen in multidisciplinaire teams, bijvoorbeeld in samenwerking met artsen. In sommige gevallen zijn het beleidsmedewerkers die het beleid ontwikkelen. Er kan dus geconcludeerd worden dat protocollen in de meeste gevallen worden ontwikkeld door senior verpleegkundigen, al dan niet in samenwerking met verpleegkundigen of collega's uit andere disciplines.

De ontwikkeling van centraal beleid, zoals SBARR, wordt volgens de beroepsgroep op centraal niveau ontwikkeld. Verpleegkundigen zijn niet betrokken bij de ontwikkeling ervan. Bij centraal beleid is dan ook sprake van eenzijdige besluitvorming. In enkele gevallen wordt er participatie gepercipieerd bij centraal beleid. Deze participatie ziet echter niet op de

participatie vormen zoals omschreven door Heller en Yukl (1969), maar op participatie bij het vertalen van dit specifieke beleid naar de afdeling.

Er kan worden geconcludeerd dat bij de ontwikkeling van protocollen er sprake is van de vormen: overleg, gezamenlijke besluitvorming en eenzijdige besluitvorming. Bij de ontwikkeling van centraal beleid als SBARR, is er sprake van eenzijdige besluitvorming. De percepties van individuele medewerkers ten aanzien van de participatie verschillen daarbij.

Ook is onderzocht of, en hoe, deze vormen van participatie bij besluitvorming de internalisatie van het beleid beïnvloeden. Bij eenzijdige besluitvorming, zagen we dat sprake was van introjectie, identificatie en integratie. Bij gezamenlijke besluitvorming zagen we dat sprake was van introjectie en identificatie. Hoewel er dus verschillen zijn gevonden in de vorm van participatie en de vorm van internalisatie, is dit verschil dusdanig klein dat er niet gesproken kan worden van een daadwerkelijke invloed. Participatie beïnvloedt de mate van internalisatie dus niet. Dit is een grote discrepantie ten aanzien van de bestaande literatuur over de twee kernconcepten, waarin vaak een relatie tussen beiden werd geconstateerd. Op basis van dit onderzoek kan echter worden geconcludeerd dat participatie niet van belang is voor internalisatie van beleid. Het maakt niet uit of alle werknemers van de beroepsgroep kunnen participeren bij de totstandkoming van beleid, aangezien gebleken is dat er hoe dan ook sprake is van internalisatie.

Als extra bevinding werd geconstateerd dat de reden waarom uitvoering dient te worden gegeven aan beleid belangrijk is voor de internalisatie ervan. Dit is overeenkomstig met de literatuur van Gagné en Bhave (2011).

De slotconclusie is dat volgens verpleegkundigen sprake is van eenzijdige besluitvorming, overleg en gezamenlijke besluitvorming. Er is daarbij sprake van alle vormen van internalisatie, namelijk: introjectie, identificatie en integratie. Dit maakt dat de vorm van participatie geen invloed heeft op de mate van internalisatie. Binnen de context van ziekenhuizen is participatie niet van invloed op de internalisatie van beleid. De relatie tussen de kernconcepten is dan ook niet gevonden.

5.2 Discussie

Het blijkt dat de vorm van participatie bij besluitvorming geen invloed heeft op de mate van internalisatie. Dit is niet overeenkomstig met de literatuur. In de literatuur wordt namelijk gesteld dat er een relatie bestaat tussen participatie en internalisatie. In deze paragraaf worden deze bevindingen verder ter discussie gesteld aan de hand van de proposities.

5.2.1 Gegeven en ervaren participatie

In het theoretisch kader kwam het onderscheid tussen *actual* en *perceived* van Wright en Nishii (2007) aan bod. Dit hield in dat de gegeven participatie af kan wijken van de ervaren participatie. Een deel van de theorie toegepast op het UMC Utrecht, maakte dat verondersteld werd dat de door leidinggevendenden gegeven participatie zou afwijken van de door de verpleegkundigen ervaren participatie. Deze propositie is uitgekomen. Overeenkomstig met de literatuur van Wright en Nishii (2007) is gebleken dat er discrepanties bestaan tussen de gegeven en ervaren participatie. Er werden echter ook overeenkomsten gevonden. Deze overeenkomsten zijn opmerkelijk, aangezien Wright en Nishii (2007) aangeven dat er meestal discrepanties ontstaan tussen de gegeven en ervaren activiteiten (Wright & Nishii, 2007).

Een mogelijke verklaring dat *actual* en *perceived* in een paar gevallen overeenkomt, is dat werknemers dezelfde percepties kunnen hebben als gevolg van heersende opvattingen in hun omgeving. Binnen een team hebben collega's vaak gemeenschappelijke opvattingen ontwikkeld door sociale interactie en gedeelde ervaringen in de groep. De percepties van participatie kunnen daarom afhangen van gedeelde waarden binnen de afdeling. Dit psychologische klimaat zou daarmee een belangrijke rol kunnen spelen in de relatie tussen participatie en internalisatie. Dit verklaart mogelijk dat de percepties over eenzelfde activiteit per afdeling verschillen, maar binnen de afdeling hetzelfde kunnen zijn (Bowen & Ostroff, 2004; Nishii & Wright, 2008; Wright & Nishii, 2007).

5.2.2 Ervaren participatie en autonomie

Binnen de literatuur wordt vaak gesteld dat de basisbehoefte aan autonomie een rol speelt in de relatie tussen participatie en internalisatie. Hierom werd verwacht dat participatie zou leiden tot een ervaren gevoel van autonomie. Deze propositie is echter niet uitgekomen.

Vanuit de literatuur bezien is een mogelijke verklaring dat de basisbehoefte aan autonomie ziet op subjectieve autonomie. Hoe vrij men zich voelt in het werk blijkt namelijk afhankelijk te zijn van individuele verschillen in persoonlijkheidskenmerken. Daarom dient te worden afgevraagd of een interventie als participatie wel een invloed kan hebben op de basisbehoefte aan autonomie. De *Causality Orientation Theory* bijvoorbeeld, veronderstelt dat ieder mens een bepaalde oriëntatie kent. Individuele verschillen in oriëntatie bepalen hoe het gedrag van mensen wordt gereguleerd. Zo kan de ene persoon meer op het verkrijgen van autonomie gericht zijn dan de ander. Dit maakt tevens dat de uitkomsten van een activiteit kunnen verschillen. Zo kunnen mensen binnen dezelfde organisatie interventies anders ervaren. In hoeverre voldaan is aan de basisbehoefte aan autonomie, hangt daarbij af van de

mensen en niet van de interventie. Het is daarom de vraag of een kleine interventie als participatie bij een beleidsstuk wel invloed kán hebben op de algemene basisbehoefte aan autonomie (Deci & Ryan, 2011; Ryan, 2009).

Ook Jacobsen et al. (2014) stellen dat de perceptie van een werknemer ten aanzien van een interventie een belangrijkere mediërende of modererende rol vervult dan dat de daadwerkelijke interventie doet. Mogelijk speelt autonomie dus helemaal geen rol in de relatie tussen participatie en internalisatie (Jacobsen et al., 2014).

5.2.3 Autonomie en internalisatie

Uit de literatuur bleek dat alleen internalisatie kan worden bereikt indien wordt voldaan aan de behoefte aan autonomie. In dit onderzoek bleek dit niet het geval te zijn. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat sprake is van internalisatie, zonder dat autonomie is bevredigd.

Uit de literatuurstudie bleek dat geïntegreerde regulatie de meest vergaande vorm van internalisatie is. Aangezien het gedrag van werknemers daarbij geheel autonoom is, wordt dit als de meest vergaande vorm van internalisatie beschouwd. Dit is echter opmerkelijk omdat het gaat om extrinsieke motivatie. De motivatie wordt namelijk niet gekarakteriseerd doordat de taak als interessant wordt bevonden, maar uit angst erop afgerekend te worden wanneer men het niet uitvoert. De uitvoering van dergelijke activiteiten is namelijk van instrumenteel belang voor de organisatie. Dit is in dit onderzoek herkend. Patiëntveiligheidsbeleid is niet ontwikkeld omdat medewerkers het interessant vinden, maar omdat dit in het kader van veiligheid van belang is. De reden dat men uitvoering geeft aan dergelijk beleid is in sommige gevallen dan ook simpelweg omdat het moet (Gagné & Deci, 2005).

5.2.4 Factoren die invloed hebben op participatie

Vanuit de empirie werd een aantal bevindingen geconstateerd met betrekking tot participatie in de specifieke context van ziekenhuizen. Deze factoren komen met mogelijke verklaringen één voor één aan bod.

5.2.4.1 Vormen van participatie

Er werden twee participatievormen van Heller en Yukl (1969) geconstateerd in de empirie. Ten aanzien van de gezamenlijke vorm is daarbij een discrepantie ten opzichte van de literatuur geconstateerd. Volgens Heller en Yukl (1969) wordt bij een gezamenlijk proces van besluitvorming namelijk vaker wel dan niet de visie van de meerderheid aanvaard. De leidinggevende neemt daarbij het besluit. Uit dit onderzoek is echter gebleken dat de visie van

de meerderheid niet werd geaccepteerd bij gezamenlijke besluitvorming (Heller & Yukl, 1969).

Voorts werd de vorm eenzijdige besluitvorming geconstateerd in het onderzoek. Volgens Akdere (2011) is vaak sprake van eenzijdige besluitvorming bij crisissituaties waarop organisaties adequaat moeten reageren. Werknemers hebben hierbij geen inspraak (Akdere, 2011). Hoewel SBARR mogelijk niet kan worden aangemerkt als een gevolg van een crisissituatie, is het wel zo dat ziekenhuizen adequaat moeten reageren op de institutionele druk. Daardoor worden zij een reflectie van deze regels. Mogelijk ontstaan de eenzijdige vormen van besluitvorming dan ook als gevolg van de institutionele druk (DiMaggio & Powell, 1983).

De tegenovergestelde vorm van eenzijdige besluitvorming betreft delegatie. Delegatie lijkt gezien de kenmerken de meest positieve vorm van participatie. In dit onderzoek is deze vorm echter niet als meest geliefd ervaren. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat medewerkers daaraan niet de voorkeur geven. Vormen als gezamenlijke besluitvorming worden door medewerkers zelfs als prettiger ervaren doordat de verantwoordelijkheid in dat geval gezamenlijk wordt gedragen. Dit is tegenstrijdig met de literatuur. Een mogelijke verklaring is dat de literatuur omtrent participatief management vanuit management optiek is bekeken; vanuit de gedachte dat het voordelen oplevert voor de organisatie. In de werkelijkheid behoeft het volgens werknemers dus niet perse de voorkeur (Akdere, 2011).

5.2.4.2 *Institutionele druk*

Het blijkt dat steeds meer sprake zal zijn van *evidence based* protocollen. Het is echter de vraag of werknemers binnen de zorg nog kunnen participeren wanneer de protocollen op éénzelfde manier uniform worden toegepast. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat zij uitvoering geven aan het patiëntveiligheidsbeleid. De werkprocedures zijn daarom vaak afgestemd op regels opgelegd vanuit de omgeving. Wegens het institutionele profiel van de zorgsector, zoals gebleken uit onderzoek van Boon et al. (2009), bepalen overheidsbesluiten sterk de taken en procedures van medewerkers. Er is daarom weinig bewegingsruimte in de totstandkoming van het patiëntveiligheidsbeleid. Dit is wellicht de reden dat participatie een ander gestalte krijgt in de ziekenhuiscontext. Wegens de hoge mate van institutionalisering ontstaat er mogelijk steeds minder bewegingsruimte (Boon et al., 2009).

5.2.4.3 *Motivatie om te participeren*

Het is gebleken dat niet iedereen wil participeren bij de totstandkoming van het beleid. De

vraag die dit oproept is of de literatuur rekening houdt met het gegeven dat sommige werknemers niet de behoefte hebben te participeren. Vanuit literatuur is participatie altijd iets positiefs, maar vanuit de empirie blijkt dat niet altijd iedereen wil participeren.

Mogelijk voelt men geen behoefte om te participeren omdat het wordt ervaren als een soort van *trade-off*. Zo is uit het onderzoek gebleken dat men ervaart dat meer inspraak inhoudt dat er minder tijd ontstaat voor de uitvoering van primaire taken. In de literatuur van Nishii en Wright (2008) kan voor deze ervaring een verklaring worden gevonden. Een activiteit als participatie kan als positief worden ervaren door een paar werknemers, maar door anderen niet. De perceptie van een activiteit is namelijk afhankelijk van individuele waarden, persoonlijkheid en doelen van de werknemer. Het kan dus zo zijn dat men niet wil participeren omdat de perceptie ten aanzien van de activiteit negatief is (Nishii & Wright, 2008).

Een andere verklaring voor deze ‘desinteresse’ van de onderzochte beroepsgroep, is gelegen in de baankenmerken. Volgens de leidinggevenden waarbij de theoretische concepten zijn onderzocht, zijn verpleegkundigen niet direct geïnteresseerd in het ontwikkelen van beleid en protocollen omdat dit afleidt van de primaire taken waar zij bewust voor kiezen. Ook in de literatuur wordt dit verschijnsel herkend. Zo stelt Baarda (2003) dat er een onderscheid bestaat tussen zogenaamde doeners en denkers. Dit onderscheid klinkt in alle activiteiten van organisaties door en dus ook in de motivatie om aan taken als beleidsontwikkeling deel te nemen. Volgens Baarda (2003) zijn doeners minder geïnteresseerd in dergelijke taken. Dit is een belangrijke constatering in relatie tot de behoefte van verpleegkundigen aan participatie. Dit is een mogelijke verklaring waarom sommige verpleegkundigen niet extra belast willen worden met taken en verantwoordelijkheden (Baarda, 2003).

5.2.4.4 *Mogelijkheid om te participeren*

Uit het onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen de mogelijkheid ervaren te kunnen participeren zonder dat zij participeren. Als het gaat om de participatie bij de ontwikkeling van verpleegkundige protocollen, ervaren alle respondenten delegatie en empowerment ook al is er eigenlijk sprake van een lage mate van participatie. Een verklaring is dat de perceptie omtrent participatie belangrijker is dan het participeren zelf.

Jacobsen et al. (2014) stellen dat de perceptie van een werknemer bij interventies een belangrijkere mediërende of modererende rol vervult dan de daadwerkelijke interventie zelf. Mogelijk is dit ook het geval in de ziekenhuiscontext (Jacobsen et al., 2014).

5.2.4.5 Kans om te participeren

Uit de empirie bleek dat niet iedereen daadwerkelijk kan participeren. Opmerkelijk is dat iedereen wel de mogelijkheid ervaart te kunnen participeren. Uit de empirie werden redenen aangevoerd als een gebrek aan job resources zoals een gebrek aan tijd en overige facilitaire bronnen ter ondersteuning. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het niet daadwerkelijk kunnen participeren. Het is echter ook zeer goed denkbaar dat de mogelijkheid om daadwerkelijk te kunnen participeren er niet is wegens de institutionalisering. Indien het beleid strak is ingekaderd vanuit de overheid en centraal wordt opgelegd, is er ook geen reden om te participeren (Bakker & Demerouti, 2007; Boon et al., 2009).

5.2.4.6 Belang van beleid

Uit het onderzoek is gebleken dat er geen verband bestaat tussen participatie en internalisatie. Opmerkelijk is dat er sprake is van internalisatie zonder dat men betrokken is geweest bij de totstandkoming van beleid. Een mogelijke verklaring is dat in de zorgsector bepaalde normen zijn die gelden als uitgangspunt binnen de gehele sector. Dit maakt dat werknemers vooral naar het belang van beleid handelen. De reden waarom iets moet worden uitgevoerd is daarbij belangrijk (Boon et al., 2009).

Hierdoor kan terecht worden afgevraagd of participatie dé manier is om positieve werknemersuitkomsten te realiseren zoals internalisatie. Volgens Latham et al. (1988) is het bijvoorbeeld niet participatie zelf dat leidt tot een grotere acceptatie bij besluiten, maar ook een motivering bij een beslissing. Ook Deci et al. (1994) toonden aan dat niet participatie alleen, maar ook het geven van goede redenen voor het uitvoeren van een taak leidt tot een hogere mate van internalisatie (Deci et al., 1994; Gagné & Bhave, 2011; Latham et al., 1988).

Misschien is het daarom niet participatie wat leidt tot de specifieke vormen van internalisatie, maar de vermelding van de reden waarom uitvoering dient te worden gegeven aan beleid dat maakt of men het daadwerkelijk zal uitvoeren. Dit is dan ook tevens een mogelijke verklaring waarom de relatie tussen participatie en internalisatie niet is gevonden binnen de zorgsector.

5.3 Beperkingen

In deze paragraaf wordt kritisch gereflecteerd op de methodologische keuzes gemaakt tijdens het onderzoek.

5.3.1 Selectie van respondenten en beleid

De eerste beperking van dit onderzoek betreft de manier waarop de respondenten zijn geselecteerd. De steekproef is gedaan op basis van theoretische gronden. Dit sloot aan op het ontwerp van het onderzoek. Hierbij zijn de eenheden gekozen op basis van bepaalde kenmerken en zijn beleidstypen geselecteerd ter input van de interviews (Hijmans & Wester, 2006).

Ten aanzien van de selectietechniek en de thema's, zijn twee kritische punten te constateren.

Ten eerste hebben, doordat de selectie van respondenten heeft plaatsgevonden volgens de sneeuwbal methode, mogelijk met name verpleegkundigen deelgenomen aan het onderzoek welke meestal wel een rol hebben in werkgroepen. Dit zijn automatisch vaak de mensen die door de leidinggevendenden worden opgegeven voor deelname van onderzoek, omdat zij dergelijke activiteiten plezierig vinden, al dan niet in het kader van hun functie. Dit maakt dat mogelijk een aantal verpleegkundigen is betrokken in het onderzoek dat afwijkt ten opzichte van 'normale' medewerkers. De onderzoeker heeft dit tegelijkertijd weten tegen te gaan door zelf de koffiekamer in te lopen en per toeval mensen te selecteren voor interviews. Dit is gedaan om de kans dat alleen mensen werden geselecteerd die altijd meer inspraak hebben te verkleinen. Hoewel dit dus een mogelijke beperking betreft van dit onderzoek, heeft de onderzoeker hier tevens een oplossing voor gevonden om dit zoveel mogelijk te beperken.

Ten tweede kan worden afgevraagd of de vormen van internalisatie niet afhankelijk zijn van de door de onderzoeker gekozen thema's: verpleegkundige protocollen en de SBARR-methode. Internalisatie is mogelijk gekleurd door de mening van werknemers ten aanzien van de inhoud van het specifiek geselecteerde beleid. Door hier bewust op door te vragen heeft de onderzoeker gepoogd te achterhalen wat de achterliggende gedachte is van de internalisatie. Het kan echter zo zijn dat respondenten positiever tegenover het centraal opgelegde beleidsstuk SBARR staan dan dat andere afdelingen dat doen. Afhankelijk van het type afdeling krijgt het beleid zo een eigen inkleuring, zowel binnen teams als gevolg van hoe het door een individu wordt ervaren. Wanneer er voor een ander beleidstype was gekozen, zou internalisatie een hele andere betekenis kunnen hebben gekregen. De onderzoeker heeft dit geprobeerd te minimaliseren door gebruik te maken van verschillende thema's. Door te vragen naar twee thema's, in plaats van één, is geprobeerd de internalisatie op een valide manier in kaart te brengen. Internalisatie kan daarbij gekleurd zijn door specifieke meningen over de inhoud van het beleid waarop is doorgevraagd.

5.3.2 Reversed causality

Een tweede beperking is dat sprake was van slechts één meting. De relatie tussen participatie en internalisatie is namelijk gebaseerd op dit onderzoek waarbij op één moment in de tijd interviews zijn afgenomen. Mogelijk kan hierdoor sprake zijn geweest van reversed causality. De onderzoeker heeft in dit onderzoek de bewuste keuze gemaakt om meerdere soorten werknemers te betrekken in dit onderzoek. Wegens de rol die senior verpleegkundigen over het algemeen hebben bij de totstandkoming van verpleegkundige protocollen, is besloten een aantal van hen te interviewen. Doordat zij automatisch een rol hebben toebedeeld gekregen in de ontwikkeling van protocollen, kan het zo zijn dat er sprake is van reversed causality met betrekking tot de centrale onderzoeksthema's.

Doordat de senior verpleegkundigen participeren omdat dit onderdeel is van hun functie, kan het zo zijn dat internalisatie, maar ook andere theoretische concepten als autonomie, een andere betekenis hebben gekregen. Mogelijk is het niet zo dat zij doordat zij participeren, zij gevoel van inspraak en van verantwoordelijkheid ervaren waardoor sprake is van internalisatie, maar mogelijk verloopt deze keten andersom. Het kan zo zijn dat zij doordat zij binnen hun functie meer verantwoordelijkheden hebben ten opzichte van basis verpleegkundigen, automatisch ervaren dat zij meer kunnen participeren waardoor er sprake is van internalisatie. Hoewel deze geschetste mogelijkheden puur hypothetisch zijn, dient er wel rekening te worden gehouden met dat sprake kan zijn van omgekeerde causaliteit (Pauwe & Boselie, 2005).

5.4 Aanbevelingen toekomstig onderzoek

Als gevolg van de discussie en de beperkingen, komt een aantal aanbevelingen tot stand voor toekomstig onderzoek. De aanbevelingen komen een voor een aan bod.

5.4.1 De rol van autonomie

Zoals hierboven beschreven zijn de proposities over autonomie niet uitgekomen.

Aangezien verpleegkundigen objectief gezien redelijk wat autonomie genieten, is het interessant om de subjectieve autonomie van verpleegkundigen ten aanzien van protocollen te onderzoeken. Daarbij is het interessant om te achterhalen of een kleine interventie als participatie wanneer een ander beleidsstuk wordt geselecteerd wel invloed heeft op de algemene basisbehoefte aan autonomie.

5.4.2 Institutionele druk

Vanuit empirische bevindingen bleek dat protocollen steeds meer *evidence based* worden. Wegens de toenemende mate van institutionalisering, bestaat er dan nog slechts één werkwijze voor de uitvoering van protocollen waardoor de bewegingsruimte waarschijnlijk afneemt (Boon et al., 2009).

Aangezien richtlijnen dan nog op slechts één manier uitgevoerd kunnen worden, is het interessant om te achterhalen of de mogelijkheid tot activiteiten als participatie dan nog blijft bestaan wanneer de institutionalisering toeneemt. Het is namelijk de vraag of werknemers binnen de zorg dan wel kunnen participeren wanneer deze bewegingsruimte afneemt.

5.4.3 Kans om te participeren

Uit het onderzoek is gebleken dat niet iedereen kan participeren wegens een ervaren gebrek aan job resources als gebrek aan tijd of facilitaire bronnen ter ondersteuning om te kunnen participeren (Bakker & Demerouti, 2007).

Het zou interessant zijn om te achterhalen wat maakt dat niet iedereen kan participeren en daarbij te achterhalen of dat komt door de veranderende zorgcontext of door een daadwerkelijk gebrek aan job resources.

5.5 Aanbevelingen organisatie

Op basis van de data en de daaruit getrokken conclusies, worden vier aanbevelingen gedaan richting het UMC Utrecht.

Ten eerste wordt geadviseerd om bij de introductie van beleid, dan wel bij de introductie van verpleegkundige protocollen het belang ervan toe te lichten. Wanneer medewerkers op de hoogte zijn van de reden waarom zij uitvoering moeten geven aan beleid, zullen zij daar eerder naar handelen.

Ten tweede wordt geadviseerd om de medewerkers die zullen participeren bij de totstandkoming van het beleid daarin te faciliteren. Dit kan zijn in de vorm van ondersteuning van kantoorlagen, het sporadisch vrijgesteld worden van primaire taken of in de vorm van opleiding.

Ten derde geadviseerd de rol bij de totstandkoming van protocollen en beleid als optie te geven. Daarbij wordt tevens aanbevolen de verantwoordelijkheid bij de ontwikkeling van protocollen en beleid te spreiden.

Literatuurlijst

- Akdere, M. (2011). An analysis of decision-making process in organizations: Implications for quality management and systematic practice. *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(12), 1317-1330.
- Baarda, P. R. (2003). *Belonen in moderne organisaties*. Kluwer.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Boog, W. (Ed.). (2009). *Inleiding in de verpleegkunde en aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Boon, C., Paauwe, J., Boselie, P., & Den Hartog, D. (2009). Institutional pressures and HRM: developing institutional fit. *Personnel Review*, 38(5), 492-508.
- Boselie, P. & Paauwe, J. (2007). Het geheim ontrafeld: De bijdrage van strategisch Human Resource Management aan prestatieverbetering. *Management & Organisatie*, 56 (4), 5-24.
- Bowen, D. E., & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM-firm performance linkages: The role of the "strength" of the HRM system. *The Academy of Management Review*.
- Boxall, P. & Purcell, J. (2011). *Strategy and Human Resource Management*. New York: Palgrave Macmillan.
- Blok, C., Koster, E., de, Schilp, J., & Wagner, C. (2013). *Implementatie VMS Veiligheidsprogramma: Evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: Nivel.
- Broeck, A., Vansteenkiste, M., Witte, H., Soenens, B., & Lens, W. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-related Basic Need Satisfaction scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 981-1002.
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of personality*, 62(1), 119-142.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2011). Self-determination theory. *Handbook of theories of social psychology*, 1, 416-433.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- Gagné, M. & Bhave, D. (2011). Autonomy in the workplace: An essential ingredient to employee engagement and well-being in every culture. In V.I. Chirkov et al. (Eds.), *Human autonomy in cross-cultural context* (pp. 163-187). Berlin: Springer.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362.
- Glew, D. J., O'Leary-Kelly, A. M., Griffin, R. W., & Van Fleet, D. D. (1995). Participation in organizations: A preview of the issues and proposed framework for future analysis. *Journal of Management*, 21(3), 395-421.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The lancet*, 362(9391), 1225-1230.

- Hijmans, E., & Wester, F. (2006). De kwalitatieve interviewstudie [Qualitative interviewing]. In F. Wester, K. Renckstorf and P. Scheepers (Eds.), *Onderzoekstypen in de communicatiewetenschap* (pp. 507-532). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Heller, F. (2003). Participation and power: A critical assessment. *Applied Psychology*, 52(1), 144-163.
- Heller, F. A., & Yukl, G. (1969). Participation, managerial decision-making, and situational variables. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(3), 227-241.
- Jacobsen, C. B., Hvitved, J., & Andersen, L. B. (2014). Command and motivation: How the perception of external interventions relates to intrinsic motivation and public service motivation. *Public Administration*, 92(4), 790-806.
- Jager-Vreugdenhil, M. (2011). Spraakverwarring over participatie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 20(1), 76-99.
- Katz-Navon, T., Naveh, E., & Stern, Z. (2005). Safety Climate in Health Care Organizations: A Multidimensional Approach. *The Academy of Management Journal*, 1075-1089.
- Kim, C., & Schachter, H. L. (2015). Exploring Followership in a Public Setting Is It a Missing Link Between Participative Leadership and Organizational Performance?. *The American Review of Public Administration*, 45(4), 436-457.
- Knies, E. 2012. *Meer waarde voor en door medewerkers: Een longitudinale studie naar de antecedenten en effecten van peoplemanagement*. PhD-thesis, Utrecht University.
- Latham, G. P., Erez, M., & Locke, E. A. (1988). Resolving scientific disputes by the joint design of crucial experiments by the antagonists: Application to the Erez–Latham dispute regarding participation in goal setting. *Journal of Applied Psychology*, 73(4), 753.
- Leede, J. de, Looise, J.K., *Arbeidsverhoudingen en innovatie*, in: Kluytmans, F. (red), *Leerboek Personeelsmanagement*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff (2005). Pp. 501-525.
- Lines*, R. (2004). Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management*, 4(3), 193-215.
- Lubberding, S., Merten, H., & Wagner, C. (2010). *Patiëntveiligheid en Complexe Zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur*. NIVEL.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. SAGE Publications, Incorporated.
- Mook, W. N., van Luijk, S. J., O'Sullivan, H., Wass, V., Zwaveling, J. H., Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. (2009). The concepts of professionalism and professional behaviour: Conflicts in both definition and learning outcomes. *European Journal of Internal Medicine*, 20(4), e85-e89.
- Nishii, L. H., & Wright, P. M. (2008). Variability within organizations: Implications for strategic human resource management. *The people make the place: Dynamic linkages between individuals and organizations*, 225-248.
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” tot “Hybrid” Professionalism. Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39: 6, 761-785.

- Parker, S. (2003). Longitudinal effects of lean production on employee outcomes and the mediating role of work characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 88 (4), 620-634.
- Paauwe, J., & Boselie, P. (2005). HRM and performance: what next?. *Human Resource Management Journal*, 15(4), 68-83.
- Russ, T. L. (2011). Theory X/Y assumptions as predictors of managers' propensity for participative decision making. *Management Decision*, 49(5), 823-836.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of personality and social psychology*, 57(5), 749.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Ryan, R. (2009). Self determination theory and well being. *Social Psychology*, 84, 822-848.
- Stocki, R., & Łapot, A. (2015). Vroom's Participation Model as a Foundation of Organisation Audit: A New Approach to CSR. In *New Perspectives on Corporate Social Responsibility* (pp. 191-212). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Tummers, L. G. (2012). Policy alienation: Analyzing the experiences of public professionals with new policies. *Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Forthcoming*.
- Vroom, V. H. (2000). Leadership and the decision-making process. *Organizational dynamics*, 28(4), 82-94.
- Vroom, V. H., & Yetton, P. W. (1973). *Leadership and decision-making* (Vol. 110). University of Pittsburgh Pre.
- Wagner, C., van der Wal, G. & Tuijn, S. (2005). *Patiëntveiligheid in Nederland*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Wagner, J. A. (1994). Participation's Effects on Performance and Satisfaction: A Reconsideration of Research Evidence. *Academy of Management Review* 19(2), 312-330.
- Witman, Y. (2008). *De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus*.
- Wright, P. M., & Nishii, L. H. (2007). Strategic HRM and organizational behavior: Integrating multiple levels of analysis. *CAHRS Working Paper Series*, 468.

Bijlage 1: Topiclijst verpleegkundigen

Introductie

- Voorstellen
- Toelichting onderzoek
- Betrouwbaarheid
- Toestemming opnemen
- Duur interview
- Vragen?

Algemeen

- Wil je kort iets over je werk vertellen? (functie, afdeling)

Autonomie

- Hoe vrij voel je je in je werk? (gevoel zichzelf te zijn, bevelen opvolgen).

Participatie

- Algemeen
 - Hoe verloopt de totstandkoming van verpleegkundige protocollen over het algemeen? (vormen van participatie, delegatie & empowerment)
- SBARR
 - Hoe is SBARR volgens jou tot stand gekomen? (vormen van participatie, delegatie & empowerment)
 - Hoe heeft SBARR zich vertaald naar de afdeling waar je werkt?
 - Hoe heb je dat ervaren/hoe ervaar je dat?

Internalisatie

- Algemeen
 - Wat is over het algemeen de reden dat je uitvoering geeft aan verpleegkundige protocollen? (introjectie, identificatie & integratie)
- SBARR
 - Wat is de reden dat je uitvoering geeft aan SBARR? (introjectie, identificatie & integratie)

Overige factoren

- Zijn er nog overige factoren die van belang zijn?

Afsluiting

- Bedanken
- Benaderen bij onduidelijkheden?

Bijlage 2: Topiclijst leidinggevenden

Introductie

- Voorstellen
- Toelichting onderzoek
- Betrouwbaarheid
- Toestemming opnemen
- Duur interview
- Vragen?

Algemeen

- Wil je vertellen over jouw functie? (functie, afdeling)

Totstandkoming beleid

- Hoe voert u over het algemeen beleid kwaliteit en veiligheid in?
- Hoeveel vrijheid krijgen medewerkers?
- Hoeveel vrijheid heeft u daarin zelf?

Participatie

- **Algemeen**
 - Hoe verloopt de totstandkoming van verpleegkundige protocollen over het algemeen? (vormen van participatie, wie neemt beslissing, wie bij betrokken)
- **SBARR**
 - Hoe is SBARR volgens jou tot stand gekomen? (vormen van participatie, wie nam beslissing, wie bij betrokken)
 - Hoe heeft SBARR zich vertaald naar jouw afdeling?

Overige factoren

- Zijn er nog overige factoren die van belang zijn?

Afsluiting

- Bedanken
- Benaderen bij onduidelijkheden?

Bijlage 3: Codeboom

Algemeen

- Functie
 - Verpleegkundige
 - Senior verpleegkundige
 - Unithoofd
 - Senior unithoofd
 - Hoofd zorg

- Afdeling (A, B, C en D)

Participatie

- Vormen van participatie
 - Beslissing zonder toelichting
 - Beslissing met toelichting
 - Overleg
 - Gezamenlijke besluitvorming
 - Delegatie

- Gegeven participatie
 - Totstandkoming protocollen
 - Totstandkoming SBARR

- Ervaren participatie
 - Delegatie
 - Empowerment
 - Ervaringen
 - Totstandkoming protocollen
 - Totstandkoming SBARR

Autonomie

Internalisatie

- Vormen van internalisatie
 - Introjectie
 - Omdat ik het goede voorbeeld wil geven
 - Omdat ik een slecht gevoel krijg wanneer ik het niet doe
 - Omdat ik me dan schaam
 - Omdat ik goed wil overkomen op anderen
 - Omdat ik erom geef om het te doen
 - Identificatie
 - Omdat ik het wil begrijpen
 - Omdat ik nieuwe dingen wil leren
 - Om erachter te komen of ik het (wel of niet) goed doe
 - Omdat ik het belangrijk vind

- Integratie
 - Extrinsiek
 - Bang om in de problemen te komen
 - Omdat het hoort
 - Zodat de leidinggevende niet kwaad wordt
 - Omdat dat de regel is
 - Zodat anderen niet boos worden

 - Intrinsiek
 - Omdat ik er plezier aan beleef
 - Omdat ik het leuk vind

Overige factoren

Bijlage 4: Analyseschema

Totaaloverzicht van resultaten per verpleegafdeling			
Afdeling A	Gegeven participatie	Ervaren participatie	Internalisatie
Algemene protocollen	- Aan senior verpleegkundigen - Een paar verpleegkundigen bij betrokken, maar niet iedereen	2: Gedeeltelijk 3: In projectgroep 4 & 5: Geen rol	- Patiëntveiligheid (2) - Eenduidige werkwijze (2) - <i>Evidence based</i> - Verplicht - Ingedekt bij negatieve gevolgen
Theoretische concepten	Overleg	Gezamenlijk	Introjectie, integratie
SBARR		2: Geen rol, wel ruimte voor inbreng 3, 4 & 5: Geen rol	2: Veilige zorg 3, 4 & 5: - Geen fouten - Niet afgerekend/ aangerekend worden - Moet - Verplichting - Waarschuwing als je het niet doet - Veiligheid patiënt (geintrojecteerde regulatie)
Theoretische concepten	Eenzijdig	Eenzijdig	Introjectie, integratie
Afdeling B	Gegeven participatie	Ervaren participatie	Internalisatie
Algemeen	X	6: Veel betrokken 7: Kleine rol	6: evidence based, zelfde manier

Theoretische concepten		8 & 9: Geen rol Overleg	7: eenduidige werkwijze, patiëntveiligheid, indekken 8: goed omschreven, belangrijk, verantwoording 9: eenduidige manier, patiëntveiligheid introjectie, identificatie en integratie
SBARR Theoretische concepten	X	Geen rol, opgelegd gekregen Eenzijdig	- Afgerekend worden - Moet - indekken Integratie
Afdeling C	Gegeven participatie	Ervaren participatie	Internalisatie (reden van uitvoering)
Algemeen Theoretische concepten	- Géén participatie - Senior verpleegkundigen samen met arts Eenzijdig	- Geen rol in, meeste protocollen bestaan al Eenzijdig	- Indekking - Veiligheid Integratie
SBARR	Samen met verpleegkundigen verder uitgewerkt en vertaald naar de afdeling	Betrokken geweest bij vertaling naar afdeling	- Belangrijk - Worden minder fouten gemaakt - Bewezen instrument - Kwaliteit patiënt

Theoretische concepten	Gezamenlijke besluitvorming	Gezamenlijke besluitvorming	Introjectie, identificatie
Afdeling D	Gegeven participatie	Ervaren participatie	Internalisatie
Algemeen	Hoofd Zorg: geeft veel participatie aan iedereen, is zelf niet/voelt zich niet eindverantwoordelijk - Het ligt niet alleen bij de senior verpleegkundigen, maar ook bij de 'gewone'	Senior verpleegkundigen, is betrokken, eigen verantwoordelijkheid. Gezamenlijk proces. Eind verantwoordelijkheid bij hoofd Zorg.	- Aan normen willen voldoen - Eisen kwaliteit en veiligheid
Theoretische concepten	Gezamenlijke besluitvorming	Overleg	Introjectie
SBARR	- Vertaald zich naar afdeling, door beleidsmedewerkers en leidinggevenden ernaar te laten kijken	Niet betrokken, opgelegd JCI, geen invulling, valt niet onder haar verantwoordelijkheid (is niet erg kan niet altijd)	- Moet
Theoretische concepten	Overleg	Eenzijdig	Integratie

Bijlage 5: Autonomie

Antwoorden op vraag ‘hoe vrij voel je je in je werk?’
<p><i>“Nou het scheelt heel erg dat ik niet een of andere last hoeft te dragen. Dat doen we echt met elkaar. Ik heb wel een paar weken moeten overwerken om die deadline te halen, en toen was ik wel voor mijn gevoel alleen daar mee bezig, maar goed iedereen heeft dat wel weer op een ander punt af en toe. Dat het even wat meer tijd kost. Maar het voelt wel goed.” (RES 2, AFD A)</i></p>
<p><i>“Ik merk wel in het begin als je net afgestudeerd bent, zit je nog een beetje vast aan alles maar dan ben je zelf nog onzeker, heb je het goed? en heb je allerlei handvatten nodig en hoe langer je werkt kom je ook al wat vrijer te staan van protocollen met name ook omdat je beter begrijpt wat je zelf aan het doen bent en dat je dan ook goed kunt beargumenteren ik ga het nu niet volgens protocol doen want in dit geval is het beter voor de patiënt om het niet te doen, bijvoorbeeld.” (RES 3, AFD A)</i></p>
<p><i>“Ik voel me heel vrij in mijn werk, al moet ik wel zeggen sinds jci is het wel zo dat er op hele kleine puntjes gelet wordt dat ik denk nou sommige regels zijn gewoon niet overal door te voeren. ik merk echt dat er sinds twee jaar veel meer een strak regime heerst. Het is ook wel goed want het gaat natuurlijk om de patiëntveiligheid dat staat natuurlijk voorop, maar bij sommige dingen denk ik nou dat kan ook wel ietsje minder.” (RES 4, AFD A)</i></p>
<p><i>“Er is zeker de vrijheid om dat soort dingen ook te doen, maar ik voel me niet in alles even vrij. Er zijn ook wel dingen die niet besproken kunnen worden soms, dingen die soms wel moeilijk te veranderen zijn zoals registratielast. Dat is een onderwerp waar een soort taboe op rust. Ik denk dan ja we moeten toch juist met elkaar het gesprek aan gaan daarover en daar voel ik dan soms niet die vrijheid in.” (RES 5, AFD A)</i></p>
<p><i>“Als ik kijk naar de invloed die ik persoonlijk mag hebben op de werkprocessen op de afdeling voel ik me heel erg vrij. Onze afdeling is een hele veilige afdeling vind ik zelf. Heel vertrouwd gaan we met de informatie om die we krijgen van elkaar. We voelen ons ook vrij bij elkaar.” (RES 6, AFD B)</i></p>
<p><i>“Qua hulpvragen ben je heel vrij en iedereen wil je wel helpen en je bent natuurlijk ook gewoon vrij om je eigen plan in de ochtend te trekken. Je bent vrij om je eigen dagplanning te maken, je hebt wel de dingen waar je rekening mee moet houden, maar dat is in ieder werk zo maar verder kan je je eigen planning maken met je eigen patiënt.” (RES 7, AFD B)</i></p>

“In het begin had ik vaak dat ik arts in de hiërarchie hoger plaatste dan mezelf. Nou ja vooral dus een beetje dat ik die informatie gaf die ze nodig hebben en dat was het dan zo van oké vertel het maar wat gaan we doen, wat voor beleid gaan we bij deze patiënt uitzetten? En ik ben daar in het begin ook wel op aan gesproken door begeleiders, dat dat niet de bedoeling is. Dat het vak wel echt is veranderd dus dat juist heel erg wordt verwacht dat je meedenkt en ook je eigen inbreng hebt en dat wordt juist heel erg gewaardeerd dus in die zin voel ik me wel vrij om mijn eigen gedachten, overwegingen te laten zien en mijn eigen redeneringen en observaties en daar voel ik me wel vrij in ja.” (RES 9, AFD B)

“Ik denk da dat wel een verschil is met bijvoorbeeld chirurgie waar je veel meer geprotocolleerd werkt en dat veel paienten van ons ook buiten die protocollen vallen dus wat dat betreft zijn wij heel vrij, ook om zelf na te denken.” (RES 11, AFD C)

“Dat is super leuk. Daar kon ik ook echt iets moois van maken en dat heeft ook echt wel iets opgeleverd. Dus daar was ik best wel vrij in.” (RES 13, AFD D)