****

**Leiderschapsgedrag als communicatiemiddel**

***Een onderzoek naar de relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en het strategisch klimaat onder verpleegkundigen in het UMC Utrecht***

Student: Hans Verwijs
Solis id: 4029852
Organisatie: UMC Utrecht
Cursus: Onderzoeksseminar
Onderdeel: Scriptie
Scriptiebegeleider: Ulrike Weske Tweede beoordelaar: Monique Veld
Universiteit en departement: Universiteit Utrecht (USBO)
Datum: 24-09-2018

**Voorwoord**

Beste lezer,

Met deze masterscriptie komt een einde aan zesjarige studententijd. Eerst vier jaar de bachelor Pedagogische Wetenschappen, daarna twee jaar de master Strategisch HRM.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om verschillende mensen te bedanken. Allereerst wil ik mijn de begeleiders Ulrike Weske en Monique Veld bedanken voor hun feedback en de hulp tijdens het schrijven van deze scriptie. Ook wil ik iedereen bedanken die deel heeft genomen aan de interviews, alsmede de unithoofden voor hun medewerking. Daarnaast wil ik Hester Heyning bedanken die mij geholpen heeft mijn weg te vinden binnen het UMC Utrecht. Zonder jullie feedback, tijd en inzet had ik deze scriptie kunnen schrijven.

Tot slot wil ik mijn ouders en huisgenoten bedanken voor de interesse die jullie hebben getoond in mijn onderzoek en de mentale steun die jullie mijn tijdens deze periode hebben verleend.

Ik wens u veel leesplezier!

Hans Verwijs,

Maartensdijk, augustus 2018

**Samenvatting**

Ziekenhuizen opereren in een in hoge mate geïnstitutionaliseerde context, waarbij zij zich te houden hebben aan een reeks regels en procedures (Veld, Paauwe & Boselie, 2010). Tegelijkertijd opereren ziekenhuizen in een competitieve markt, waarin kostenbeheersing en tegelijkertijd een toename van de kwaliteit en kwantiteit van de geleverde zorg van ziekenhuizen gevraagd wordt (Croes, Krabbe-Alkemade & Mikkers, 2018). Een relevante factor voor het behalen van de strategische doelen, is de vorming van strategische klimaten. Voorbeelden van strategische klimaten die voor ziekenhuizen relevant zijn, zijn een open communicatieklimaat, een klimaat voor patiëntveiligheid en een klimaat voor kwaliteit van zorg*.* Onderzoek waarin wordt gekeken naar het proces waardoor strategisch leiderschapsgedrag het strategisch klimaat beïnvloedt is echter schaars. Daarom wordt in dit onderzoek de volgende vraag onderzocht:

*Wat is de relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en de strategische klimaten in de ziekenhuiscontext bij verpleegkundigen?*

Door middel van 16 semigestructureerd interviews met verpleegkundigen op 4 verschillende afdelingen is achterhaald welke klimaten er op de afdeling zijn en hoe het strategisch leiderschapsgedrag van hun unithoofd zich manifesteert op de afdeling. Uit de interviews blijkt dat de unithoofden aan de verpleegkundigen door hun gedrag expliciet en impliciet een signaal geven over het belang van patiëntveiligheid, open communicatie of kwaliteit van zorg op de afdeling en het gedrag wat verwacht, ondersteunt en beloond wordt. Ook laat het onderzoek zien dat leiderschapsgedrag wat consistent hetzelfde signaal afgeeft over de prioriteit en het verwachte gedrag omtrent een strategisch doel lijkt te leiden tot een sterk strategisch klimaat, terwijl inconsistent leiderschapsgedraging lijkt te leiden tot een zwak strategisch klimaat. Dit onderzoek laat zien dat leidinggevenden door hun gedrag expliciet en impliciet richting de medewerkers communiceren over het belang van een strategische doel en het gedrag wat verwacht en ondersteunt wordt. Regelmatig inventariseren van de percepties van medewerkers van het gedrag als leidinggevende om het bewustzijn van deze percepties te vergroten, is daarom belangrijk en verdient aanbeveling.

Inhoudsopgave

[1. Inleiding 6](#_Toc525478794)

[1.1 Doelstelling 8](#_Toc525478795)

[1.2 Centrale vraagstelling en deelvragen 8](#_Toc525478796)

[1.3 Beschrijving onderzoeksorganisatie 8](#_Toc525478797)

[1.3.1 UMC Utrecht 9](#_Toc525478798)

[1.3.2 Strategische doelstellingen UMC Utrecht 9](#_Toc525478799)

[1.3.3 Connecting Leaders 9](#_Toc525478800)

[1.4 Relevantie onderzoek 10](#_Toc525478801)

[1.4.1 Wetenschappelijke relevantie 10](#_Toc525478802)

[1.4.2 Maatschappelijke en praktische relevantie 12](#_Toc525478803)

[1.5 Leeswijzer 12](#_Toc525478804)

[2. Theoretisch kader 13](#_Toc525478805)

[2.1. Deelvraag 1: wat is de relatie tussen strategie en HRM 13](#_Toc525478806)

[2.2 Deelvraag 2: wat wordt verstaan onder strategisch klimaat? 17](#_Toc525478807)

[2.2.1 Klimaat voor open communicatie 18](#_Toc525478808)

[2.2.2 Klimaat voor patiëntveiligheid 19](#_Toc525478809)

[2.3 Deelvraag 3: wat wordt verstaan onder strategisch leiderschapsgedrag 20](#_Toc525478810)

[2.4 Verwachtingen 24](#_Toc525478811)

[3. Methoden 25](#_Toc525478812)

[3.1 Onderzoeksdesign 25](#_Toc525478813)

[3.2 Methoden 26](#_Toc525478814)

[3.3 Respondenten 27](#_Toc525478815)

[3.4 Dataverzameling 29](#_Toc525478816)

[3.5 Data-analyse 30](#_Toc525478817)

[4. Resultaten 31](#_Toc525478818)

[4.1 Klimaat voor patiëntveiligheid 31](#_Toc525478819)

[4.2 Leiderschapsgedragingen patiëntveiligheid 35](#_Toc525478820)

[4.3 Patiëntveiligheid: Klimaatpercepties en leiderschapsgedrag op afdeling I, II en IV 39](#_Toc525478821)

[4.4 Klimaat voor open communicatie 40](#_Toc525478822)

[4.5 Leiderschapsgedragingen open communicatie 43](#_Toc525478823)

[4.6 Open communicatie: klimaatpercepties en leiderschapsgedrag op afdeling I, II en IV 46](#_Toc525478824)

[4.7 Klimaat voor kwaliteit van zorg 47](#_Toc525478825)

[4.8 Leiderschapsgedrag gericht op kwaliteit van zorg 48](#_Toc525478826)

[4.9 Extra bevinding: de rol van seniorverpleegkundigen 51](#_Toc525478827)

[5. Conclusie 53](#_Toc525478828)

[5.1 Beantwoording deelvraag 1 53](#_Toc525478829)

[5.2 Beantwoording deelvraag 2 53](#_Toc525478830)

[5.3 Beantwoording van de hoofdvraag 54](#_Toc525478831)

[6. Discussie 55](#_Toc525478832)

[6.1 Koppeling literatuur en resultaten 55](#_Toc525478833)

[6.2 Kritische reflectie op de methode 57](#_Toc525478834)

[6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek 59](#_Toc525478835)

[6.4 Aanbeveling voor de praktijk 60](#_Toc525478836)

[6.5 Afsluitend 61](#_Toc525478837)

[Bronnenlijst 63](#_Toc525478838)

[Bijlagen 72](#_Toc525478839)

[Bijlage 1 Topiclijst 72](#_Toc525478840)

[Bijlage 2 E-mails naar leidinggevenden 76](#_Toc525478841)

[Bijlage 2a Eerste e-mail naar leidinggevenden 76](#_Toc525478842)

[Bijlage 2b Tweede e-mail naar leidinggevenden 77](#_Toc525478843)

[Bijlage 3 codeboom 78](#_Toc525478844)

# 1. Inleiding

Ziekenhuizen opereren in een in hoge mate geïnstitutionaliseerde context, waarbij zij zich te houden hebben aan een reeks regels en procedures (Veld, Paauwe & Boselie, 2010). Ook worden ziekenhuizen weleens omschreven als een van de meest complexe organisaties met teruglopende financiële vergoedingen, tekorten aan professionals en waar veelvuldig gebruik wordt gemaakt van prestatie- en veiligheidsindicatoren wat gepaard gaat met een roep om transparantie (Stefl & Bontempo, 2008). Verder opereren ziekenhuizen in een competitieve markt, waarin kostenbeheersing en tegelijkertijd een toename van de kwaliteit en kwantiteit van de geleverde zorg van ziekenhuizen gevraagd wordt (Croes, Krabbe-Alkemade & Mikkers, 2018). Innovatie en efficiëntie zijn daarbij noodzakelijk om deze doelen te kunnen behalen (Al-amin, Makarem & Rosko, 2016; Koster, 2018). Daarnaast hebben ziekenhuizen intern onder andere te maken met medisch specialisten die een relatief onafhankelijke positie in het ziekenhuis innemen en het feit dat het grote, in afdelingen opgedeelde organisaties te zijn (Alingh, van Wijngaarden, Huijsman, & Paauwe, 2018; Dawson, González-Romá, Davis, & West, 2008). Al met al staan ziekenhuizen dus door genoemde contextfactoren voor de uitdaging om hun HRM zo vorm te geven om op het juiste moment voldoende kwaliteit en kwantiteit van zorg te leveren aan patiënten die voldoet aan de vraag op de competitieve markt en de eisen die gesteld worden door de overheid en binnen de interne context van het ziekenhuis. Dit vereist dat het HRM-beleid en -praktijken niet alleen zo vormgegeven wordt dat werknemers in staat zijn en gemotiveerd zijn om bij te dragen aan het behalen van deze doelen (Hockenberry & Becker, 2016), maar is het belangrijk dat zij deze doelen van de organisatie ook als relevant te ervaren (Veld et al., 2010) en moeten weten hoe zij hieraan bij kunnen dragen (Boswell & Boudreau, 2001).

Een relevante factor voor het behalen van deze strategische doelen, is de vorming van strategische klimaten. Strategische klimaten moedigen medewerkers namelijk aan om het gedrag te vertonen dat de strategische doelen ondersteunt (Ostroff & Bowen, 2000). De mate waarin in de percepties van medewerkers gebeurtenissen, praktijken en procedures in de organisatie overeenkomen met de strategische doelen in de organisatie, wordt het strategische klimaat genoemd. Ervaringen met gebeurtenissen, praktijken en processen en welke typen gedragingen beloond, ondersteund en verwacht worden, vormen de percepties van medewerkers (Schneider, in Hong, Liao, Hu & Jiang, 2013). Als medewerkers een gedeelde interpretatie hebben van wat belangrijk is en welke gedragingen wenselijk en beloond worden, spreken Bowen en Ostroff (2004) van een sterk klimaat. Klimaat fungeert dan als mediator tussen de gepercipieerde praktijken en de prestaties van medewerkers. Voorbeelden van strategische klimaten die voor ziekenhuizen relevant zijn, zijn een open communicatieklimaat en een klimaat voor patiëntveiligheid*.* Zeker nu efficiëntie steeds belangrijk wordt voor ziekenhuizen, bestaat het risico dat dit ten koste kan gaan van de veiligheid van de patiënt (Zohar & Polachek, 2013). Daarom is het noodzakelijk dat er door werknemers ook prioriteit gegeven blijft worden aan open communicatie en patiëntveiligheid op de werkvloer. In een open communicatieklimaat voelen werknemers zich vrij om hun mening te uiten, klachten te ventileren en suggesties te doen bij hun leidinggevenden. Werknemers praten onderling vrij over belangrijke beslissingen en wat hen bezig houdt op het werk. Informatie gaat, zonder dat het verdraait wordt, via alle niveaus in de organisatie. Een open communicatieklimaat blijkt bij te dragen aan een klimaat voor patiëntveiligheid, waardoor het indirect bijdraagt aan de waarborging van de veiligheid van de patiënt (DeJoy, Schaffer, Wilson, Vandenberg & Butts, 2004). Een klimaat voor patiëntveiligheid refereert naar de percepties van werknemers over het belang dat gehecht wordt aan patiëntveiligheid en wat in de organisatie wenselijk is op het gebied van patiëntveiligheid (Katz-Navon, Naveh, & Stern, 2005; Singer, Lin, Falwell, Gaba & Baker, 2009). Een klimaat voor patiëntveiligheid draagt bij aan de veiligheid van de patiënt (Vogus & Sutcliffe, 2007; Mardon, Khanna, Sorra, Dyer & Famolaro, 2010).

Het is dus bekend dat strategische klimaten bijdragen aan het behalen strategische doelen van organisatie, zoals patiëntveiligheid in een ziekenhuis. Daarom is het relevant om te kijken naar hoe strategische klimaten tot stand komen, om met deze inzichten de gewenste strategische klimaten te kunnen creëren. Een factor die invloed heeft op de vorming van een strategische klimaat is het gedrag van direct leidinggevenden (Kuenzi & Schminke, 2009). Leidinggevenden blijken een grote rol te spelen in de mate waarin team gedeelde doelen hebben en zijn bepalend voor de richting en doelen van het team (Sims, Hewitt & Harris, 2015). Leidinggevenden dienen als interpretatieve filters van relevante processen en praktijken voor hun medewerkers en dragen sterk bij aan de vorming van klimaatpercepties (Kozlowski & Doherty, 1989). Onderzoek omtrent de invloed van leiderschapsgedrag op het strategisch klimaat focust zich echter voornamelijk op de relatie tussen algemene leiderschapsstijlen, zoals de transformationele en transsectionele leiderschapsstijl en klimaat (Merrill, 2015). Volgens Van Knippenberge en Sitkin (2013) en Dinh en collega’s (2014) is het hiaat in deze onderzoeken echter dat zij wel de relatie tussen algemene leiderschapsstijlen en strategisch klimaat aantonen, maar dat deze leiderschapsstijlen de processen waardoor deze stijlen invloed hebben op de uitkomsten niet duidelijk beschrijven en niet specificeren hoe het leiderschapsgedrag invloed heeft op deze processen. Wat mist is een onderzoek waarbij duidelijk wordt hoe strategisch leiderschapsgedrag zich manifesteert en hoe dit de strategische klimaten kan beïnvloeden. Daarnaast is begonnen met een korte beschrijving van de externe en interne context waarmee ziekenhuizen te maken hebben. De context waarin leidinggevenden en medewerkers in ziekenhuizen werken is uniek, waardoor onderzoek omtrent strategische leiderschap en strategisch klimaat buiten deze sector niet per definitie te generaliseren is naar deze sector. Hoe leidinggevende effectief kunnen opereren is namelijk contextafhankelijk (Steinert, Naismith & Mann, 2012) en moet tegemoetkomen aan de wensen de stakeholder en institutionele eisen (Allen & Hartman, 2008). Onderzoek in de specifieke ziekenhuiscontext is dus nodig, om tot relevante bevindingen te kunnen komen voor deze sector.

## 1.1 Doelstelling

Het doel van deze scriptie is om inzicht te verkrijgen in hoe strategisch leiderschapsgedrag en strategisch klimaat zich manifesteert. Met deze kennis kan inzicht te verkregen worden in de relatie tussen het strategisch leiderschapsgedrag en strategische klimaten in de ziekenhuiscontext.

## 1.2 Centrale vraagstelling en deelvragen

De centrale onderzoeksvraag luidt:

*Wat is de relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en de strategische klimaten in de ziekenhuiscontext bij verpleegkundigen?*

Om deze hoofdvraag te beantwoorden, is deze uitgesplitst in een aantal theoretische en empirische deelvragen. De uitwerking van de begrippen en de onderlinge relaties tussen de begrippen dienen als raamwerk voor het beantwoorden van de empirische deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag.

Theoretische deelvragen:

1. *Wat is de relatie tussen strategie en HRM en welke factoren beïnvloeden wat de best passende HRM-strategie en -praktijken zijn?*
2. *Wat wordt verstaan onder strategisch klimaat en specifiek onder een klimaat voor patiëntveiligheid en een klimaat voor open communicatie ?*
3. *Wat wordt verstaan onder strategisch leiderschapsgedrag en hoe kan dit bijdragen aan de vorming van strategisch klimaat?*

Empirische deelvragen:

1. *In welke mate percipiëren verpleegkundigen een klimaat voor patiëntveiligheid en een klimaat voor open communicatie op de afdeling in het UMC Utrecht?*
2. *Hoe manifesteert zich het strategisch leiderschapsgedrag gericht op patiëntveiligheid en open communicatie in de perceptie van verpleegkundigen in het UMC Utrecht?*

## 1.3 Beschrijving onderzoeksorganisatie

Zoals op de maken valt uit de empirische deelvragen, wordt dit onderzoek uitgevoerd binnen de organisatie UMC Utrecht. In dit hoofdstuk zal aan bod komen wat strategische doelstellingen van het UMC Utrecht zijn. Daarnaast zal het leiderschapsprogramma Connecting Leaders aan bod komen. Op deze manier wordt duidelijk binnen welke context dit onderzoek is uitgevoerd.

### 1.3.1 UMC Utrecht

‘Het UMC Utrecht is een universitair medisch centrum waar kennis over gezondheid, ziekte en zorg, voor patiënt en samenleving wordt gemaakt, getoetst, gedeeld en toegepast’ (UMC Utrecht, z.j.). Het UMC Utrecht heeft ruim 12.000 medewerkers en is daarmee een van de grootste publieke gezondheidsorganisaties in Nederland (UMC Utrecht, 2013).

### 1.3.2 Strategische doelstellingen UMC Utrecht

In 2015 heeft het UMC Utrecht de strategie Connecting U (2015-2020) gelanceerd, met twee hoofddoelen: maatschappelijke impact creëren en verbinding met de patiënt. Maatschappelijke impact creëren door het bevorderen van de gezondheid van de patiënt en de samenleving in het algemeen. Verbinding met de patiënt door hen actief te betrekken en ze mee te laten denken en praten over de kwaliteit van de ontvangen zorg*.* Om dit te kunnen doen staan een aantal doelen centraal in de patiëntenzorg (UMC Utrecht, 2017):

*Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid:* Voor UMC Utrecht staat kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid centraal. Om dit te waarborgen heeft UMC Utrecht gekozen voor een Joint Commission International (JCI)-accreditatie. Middels dit keurmerk worden ziekenhuizen getoetst aan een patiëntgericht normenkader. Het feit dat UMC Utrecht deze accreditatie heeft wil zeggen dat de organisatie verbetering van zorg structureel vormgeeft en heeft ingebed in de dagelijkse praktijk (UMC Utrecht, 2017) .

*Innovatie:*UMC Utrecht wil blijven innoveren om de patiëntenzorg te verbeteren. Het streven is om innovaties die voortkomen uit wetenschappelijke onderzoek toe te passen in de dagelijkste praktijk. Om dit te bereiken worden de professionals intern opgeleid en passen zij de kennis toe in de dagelijkse praktijk (UMC Utrecht, 2017).

*Samenwerken:* Om bovenstaande strategische doelen te behalen vindt UMC Utrecht samenwerking van groot belang. Samenwerking binnen de organisatie, met de cliënten en hun naasten en de strategische partners buiten het ziekenhuis. Open communicatie in de organisatie en op de afdelingen, maar ook naar de cliënten en de partners buiten het ziekenhuis is hierbij belangrijk (UMC Utrecht, 2017).

### 1.3.3 Connecting Leaders

Om deze uitgesproken ambities te behalen heeft het UMC Utrecht het leiderschapsprogramma Connecting Leaders in het leven geroepen. Het programma is erop gericht de juiste competenties te ontwikkelen die leidinggevenden nodig hebben om het leiderschapsgedrag te kunnen vertonen dat bijdraagt aan het behalen van de strategische organisatiedoelen. Daarom vindt UMC Utrecht het belangrijk dat alle leidinggevenden deelnemen aan het programma. Het programma is gericht op de ontwikkeling van vijf kerncompetenties: mensgericht leiderschap (o.a. open communicatie), resultaatgericht leiderschap, patiënt/klantgerichtheid, vernieuwend werken en samenwerken. Daarnaast zijn er vijf aanvullende competenties die verbonden zijn aan de verandering die het UMC Utrecht wil nastreven: omgeving oriëntatie, organisatie sensitiviteit, coachen, ondernemerschap/initiatief en besluitvaardigheid.

Het programma wordt aangeboden in een gevarieerde groep van twaalf leidinggevenden van verschillende divisies en disciplines. De duur is ongeveer acht tot negen maanden. Bij de start van dit onderzoek hebben heeft een groot deel van de leidinggevenden dit programma al afgerond (UMC Utrecht, z.j.[[1]](#footnote-1)).

## 1.4 Relevantie onderzoek

Nu duidelijk is binnen welke context dit onderzoek plaatsvindt, zal besproken wat de relevantie van dit onderzoek is. Hieronder zullen achtereenvolgens de wetenschappelijke, maatschappelijke en praktische relevantie van dit onderzoek besproken worden. Vanwege de samenhang tussen de maatschappelijke en praktische relevantie zullen deze samen besproken worden.

### 1.4.1 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek focust zich op het duidelijk krijgen van de relatie tussen het strategisch leiderschapsgedrag en het strategisch klimaat. Eerder onderzoek in de gezondheidssector focust zich met name op de relatie tussen algemene leiderschapsstijlen, zoals de transformationele, transsectionele en klimaat (Dirik, & Intepeler, 2017; Merrill, 2015). In deze onderzoeken wordt gezocht naar een relatie tussen een afgebakende leiderschapsstijl en klimaat. In het grootste deel van deze onderzoeken komt de transformationele leiderschapsstijl als de best passende leiderschapsstijl voor leidinggevenden in de ziekenhuiscontext naar voren, hoewel dit door andere onderzoeken weer tegengesproken wordt (Pilbeam, Doherty, Davidson, & Denyer, 2016). Volgens Dinh en collega’s (2014) en Van Knippenberge en Sitkin (2013) is het hiaat in deze onderzoeken echter dat zij wel de relatie tussen algemene leiderschapsstijlen en strategisch klimaat aantonen, maar dat deze leiderschapsstijlen de processen waardoor deze stijlen invloed hebben op de uitkomsten niet duidelijk beschrijven en niet specificeren hoe het leiderschapsgedrag invloed heeft op deze processen. Daarom exploreert dit onderzoek op kwalitatieve wijze de relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en strategisch klimaat. Dit sluit aan bij eerdere onderzoeken naar de ontwikkeling van een specifiek strategisch klimaat, zoals veiligheidsklimaat (Barling, Loughlin & Kelloway, 2002; Zohar, 2002) en serviceklimaat (Schneider, Ehrhart, Mayer, Saltz & Niles-Jolly, 2005) waarbij leiderschap in toenemende mate gezien wordt gezien als leiderschapsgedrag gericht op het bereiken van specifieke strategische uitkomsten, zoals een strategisch klimaat. Leidinggevenden kunnen namelijk een grote rol te spelen in de mate waarin team gedeelde doelen hebben en kunnen daardoor bepalend zijn voor de richting en doelen van het team (Sims, Hewitt & Harris, 2015). Kozlowski en Doherty (1989) stellen dat leiders als interpretatieve filters dienen van relevante organisatorische processen en praktijken voor alle medewerkers en op die manier bijdragen aan gemeenschappelijke klimaatpercepties. Zij vervullen een mediërende rol tussen de organisatorische kenmerken en klimaatpercepties. Dit onderzoek dus bij aan de wetenschappelijke literatuur doorat er rijkere data beschikbaar komt over de manier waarop het leiderschapsgedrag zich manifesteert dan wanneer leiderschap beperkt wordt tot de bekende en veel onderzochte leiderschapsstijlen (Jing & Avery, 2016). Daarnaast wordt middels dit onderzoek meer kennis verkregen over het proces waardoor strategisch leiderschapsgedrag het strategische klimaat kan beïnvloeden, iets wat tot nu toe onderbelicht is gebleven in de wetenschappelijke literatuur (Dinh et al., 2014; Van Knippenberge & Sitkin, 2013).

Ook richt dit onderzoek zich op het vergroten van kennis omtrent de relatie tussen leiderschapsgedrag en strategisch klimaat in de specifieke ziekenhuiscontext. Wat deze sector onderscheid van andere sectoren is dat ziekenhuizen te maken hebben met een in hoge mate geïnstitutionaliseerde context, waarvan het gevolg is dat er een reeks regels en procedures zijn waaraan ziekenhuizen zich moeten houden (Veld et al., 2010). Naast deze institutionele context opereren ziekenhuizen sinds 2006 in een competitieve markt, waarin zij met andere ziekenhuizen moeten concurreren om contracten met zorgverzekeraars af te kunnen sluiten (Croes, Krabbe-Alkemade & Mikkers, 2018). Ziekenhuizen worden daarom weleens omschreven als een van de meest complexe organisaties door teruglopende financiële vergoedingen, tekorten aan professionals en veelvuldig gebruik van prestatie en veiligheidsindicatoren wat gepaard gaat met een roep om transparantie (Stefl, & Bontempo, 2008). Ook spelen conflicterende belangen een rol in ziekenhuizen, waarbij aan de ene kant zorgverzekeraars aandringen op het terugdringen van de kosten en waarbij anders stakeholders, zoals de overheid en cliënten, juist vragen om meer kwaliteit en service (Gilmartin & D'Aunno, 2007). Deze factoren in combinatie met de historische configuratie van ziekenhuizen hebben invloed op wat de best passende manier is om menselijke prestaties te creëren die de organisatie nodig heeft (Paauwe, 2004). Hoe leidinggevende zo effectief mogelijk kunnen opereren is contextafhankelijk (Steinert et al., 2012) en moet tegemoetkomen aan de wensen de stakeholder en institutionele eisen (Allen & Hartman, 2008). De context waarin leidinggevenden en medewerkers in ziekenhuizen opereren is dus uniek (Alingh et al., 2018), waardoor onderzoek naar de invloed van leiderschapsgedrag op strategisch klimaat buiten deze sector niet per definitie te generaliseren is naar deze sector. Door onderzoek te doen in de specifiek ziekenhuiscontext kunnen er ook voor deze sector relevante bevindingen gedaan worden die een aanvulling zijn op de bestaande literatuur omtrent de invloed van leiderschapsgedrag op het klimaat.

### 1.4.2 Maatschappelijke en praktische relevantie

Huidig onderzoek richt zich de vraag hoe leiderschapsgedrag gericht op strategisch klimaat zich manifesteert en hoe dit het strategisch klimaat kan beïnvloeden. De bevindingen van dit onderzoek bieden ziekenhuizen en vergelijkbare organisaties inzicht hoe strategisch leiderschapsgedrag zich manifesteert en hoe dit het strategisch klimaat kan beïnvloeden. De relevantie van het ontwikkelen van een strategisch klimaat is dat het bijdraagt aan het behalen van de strategische doelstellingen van ziekenhuizen (Hofmann & Mark, 2006; Veld, Paauwe & Boselie, 2010), zoals patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. Ziekenhuizen opereren in een competitieve markt, waarin kostenbeheersing en tegelijkertijd een toename van de kwaliteit en kwantiteit van de geleverde zorg van ziekenhuizen gevraagd wordt (Croes, Krabbe-Alkemade & Mikkers, 2018). Efficiëntie is daarbij noodzakelijk om deze doelen te kunnen behalen. Het gevaar is echter dat de focus voornamelijk komt te liggen efficiëntie, wat ten koste kan gaan van de veiligheid (Zohar & Polachek, 2013). Om toch veilige zorg te kunnen blijven garanderen voor de maatschappij is het dus relevant dat medewerkers op de werkvloer patiëntveiligheid prioriteit blijven geven (Hofmann & Mark, 2006). De bevindingen in dit onderzoek kunnen dus een bijdrage leveren aan de waarborging van de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten in het ziekenhuis. De bevindingen van dit onderzoek inzicht voor leidinggevenden hoe hun gedrag de klimaatpercepties van medewerkers kan beïnvloeden. Onderzoek van Fleenor, Smither, Atwater, Braddy en Sturm (2010) laat zien dat percepties van de leidinggevende van zijn of haar gedrag en percepties van medewerkers van het gedrag van de leidinggevende sterk kunnen verschillen, wat het inschatten van het effect van dit gedrag bemoeilijkt. Uit eerder onderzoek blijkt dat de percepties van de medewerkers van de acties van de leidinggevende omtrent veiligheid sterker zijn gerelateerd aan de attitudes en de reacties van medewerkers dan de acties die de leidinggevende zelf aangeeft te ondernemen (Alingh et al., 2018). Met de kennis over hoe hun gedrag gepercipieerd wordt door de medewerkers en hoe dit de klimaatpercepties onder medewerkers kan beïnvloeden, kunnen zij dus effectiever inzetten op het creëren van de gewenste klimaatpercepties bij medewerkers

## 1.5 Leeswijzer

Deze scriptie is opgedeeld in verschillende hoofdstukken. In het volgende hoofdstuk zullen definities gegeven worden van de relevante concepten in dit onderzoek en het onderlinge verband tussen deze definities beschreven worden. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met het formuleren van enkele verwachtingen (hoofdstuk 2). Vervolgens zal beschreven worden welke onderzoeksmethode is toegepast in dit onderzoek en zullen de keuzes die gemaakt zijn in dit onderzoek verantwoord worden (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 zullen daarna de resultaten van dit onderzoek weergegeven. Deze resultaten zullen ondersteund worden met geanonimiseerde citaten van de respondenten. In hoofdstuk 5 zal vervolgens op basis van deze resultaten een antwoord gegeven worden op de empirische deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag. In het laatste hoofdstuk de bevindingen in dit onderzoek geconfronteerd worden met de literatuur en zal kritisch gereflecteerd worden op de gemaakte methodologische keuzes. Op basis van de bevindingen, de literatuur en de reflectie op de methodologie zullen aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek. Tot slot zullen de bevindingen vertaald worden naar de praktijk en zal deze scriptie afgesloten worden (hoofdstuk 6).

# 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de wetenschappelijke literatuur een antwoord gegeven worden op de theoretische deelvragen zoals die geformuleerd zijn in de inleiding. Eerst zal ingegaan worden op de vraag wat de relatie is tussen strategie en HRM en welke interne en externe factoren de vormgeving van de best passende HRM-strategie en praktijken beïnvloedt (2.1). In dit onderzoek wordt namelijk gesproken over strategisch klimaat en strategisch leiderschapsgedrag wat bij moeten dragen aan de strategische doelstellingen in ziekenhuizen. Daarna zal aan bod komen wat er in de wetenschappelijke literatuur verstaan wordt onder strategisch klimaat en specifiek wat onder een klimaat voor patiëntveiligheid en een klimaat voor open communicatie verstaan wordt (2.2). De laatste deelvraag gaat over strategische leiderschapsgedrag en hoe dit bij kan dragen aan de vorming van strategisch klimaat (2.3). Het hoofdstuk zal afgesloten worden met het formuleren van de verwachtingen voor dit onderzoek (2.4).

2.1. Deelvraag 1: wat is de relatie tussen strategie en HRM ***en welke factoren beïnvloeden wat de best passende HRM-strategie en -praktijken zijn?***

In de inleiding wordt gesproken over de strategisch klimaat en strategisch leiderschapsgedrag wat bij moet dragen aan de strategische doelen van een organisatie. Dit roept de vraag op: wat is de relatie tussen strategie en HRM? En welke factoren beïnvloeden de (HRM-)strategie van een organisatie en specifiek van een ziekenhuis in Nederland, zoals UMC Utrecht? In dit hoofdstuk zal een antwoord gegeven worden op deze vragen.

Boxall en Purcell (2016, p. 40) zien een organisatiestrategie als een reeks van strategische beslissingen afgestemd op de middelen en doelen die een organisatie heeft en de context waarin de organisatie opereert. Ook de Wit en Meyer (in Paauwe, 2004) stellen dat een organisatiestrategie in het algemeen gaat over het bereiken van een fit tussen de organisatie en de omgeving of het ontwikkelen van een werkwijze om de doelen van de organisatie te behalen. Een belangrijk factor in het behalen van de strategische doelen is een HRM-strategie die ingebed is in de organisatie en ondersteunend is aan de bredere organisatiestrategie en het behalen van de doelstellingen in de organisatie (Boxall & Purcell, 2016, p. 67). HRM is namelijk het proces waardoor het management een personeelsbestand bouwt en probeert menselijke prestaties te creëren die de organisatie nodig heeft (Boxall & Purcell, 2016, p. 7). Volgens de *Contextually Based Human Resource Theory* (CBHRT) van Paauwe (2004) wordt de vormgeving van HRM-beleid en -praktijken voor een groot deel bepaald door 2 dimensies in de context van de organisatie en de historische configuratie van de organisatie zelf. Binnen de beslissingsruimte die overblijft, bepaald de zogenoemde dominantie coalitie over de verdere vormgeving van het HRM-beleid en -praktijken. Hieronder zullen deze factoren kort besproken worden en beschreven worden hoe deze er voor ziekenhuizen uitzien.

*PMT-dimensie:* De eerste dimensie in de context van een organisatie is de vraag die voortkomt uit relevantie product marktcombinaties en de geschikte technologie (PMT-dimensie). Deze vraag wordt uitgedrukt in criteria als efficiëntie, effectiviteit, flexibiliteit, kwaliteit en innovatie. Deze dimensie representeert de harde economische rationaliteit (Paauwe, 2004, p. 90). In de markt waarin ziekenhuizen opereren is de zorg die zij leveren aan patiënten het belangrijkste product of dienst die zij aanbieden. In de Nederlandse ziekenhuissector hebben in 2006 hervormingen plaatsgevonden, waardoor marktwerking in deze sector mogelijk is. Het doel van de hervormingen is om kosten te reduceren en de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te laten toenemen (Croes, Krabbe-Alkemade & Mikkers, 2018). Zorgverzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs, kwaliteit en omvang van de zorg die zij leveren (Schut & van der Ven, 2011). Een verzekeraar construeert op deze manier een netwerk van ziekenhuizen, waarbij de wenselijkheid van een netwerk voor een consument afhangt van de waarde die hij of zij hecht aan de ziekenhuizen die zijn opgenomen in het netwerk (Gaynor & Town, in Croes et al, 2018). Consumenten kunnen sinds 2008 de kwaliteit van behandelingen voor specifieke medische aandoeningen in alle Nederlandse ziekenhuizen met elkaar vergelijken (van der Wees et al., 2014). In deze competitieve markt is efficiëntie en innovatie steeds belangrijker voor ziekenhuizen om aan de vraag die voortkomt uit de markt te kunnen voldoen (Al-amin, Makarem & Rosko, 2016; Koster, 2018). De PMT-dimensie voor Nederlandse ziekenhuizen bestaat dus uit een competitieve markt, waarin kostenbeheersing en tegelijkertijd een toename van de kwaliteit en kwantiteit van de geleverde zorg van ziekenhuizen gevraagd wordt. Efficiëntie en innovatie zijn daarbij noodzakelijk om deze doelen te kunnen behalen.

*SCL-dimensie:* De hierboven beschreven, competitieve markt is ingebed in een sociaal-politiek, cultureel en wettelijk gereguleerde context (SCL-dimensie). Heersende waarden en normen en de institutionalisering ervan kanaliseren en corrigeren de resultaten van de marktwerking. Min of meer gedeelde maatschappelijke waarden zoals eerlijkheid (een eerlijke balans in de uitwisselingsrelatie tussen organisatie en individu) en legitimiteit (de acceptatie van organisatie in de samenleving waarin zij opereren) heeft ook een impact op de vormgeving van HRM-beleid en prakrijken (Paauwe, 2004, p. 90). In de ziekenhuisbranche was het kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg gebaseerd voorheen op zelfregulatie. Het werd voornamelijk beschouwd als de verantwoordelijkheid van organisaties van professionals zelf (van de Bovenkamp, de Mul, Quartz, Weggelaar-Jansen & Bal, 2014). Tegenwoordig wordt de markt strakker gereguleerd door de overheid. Nederlandse ziekenhuizen zijn bijvoorbeeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verplicht deel te nemen aan een programma waarin van hen geëist wordt dat zij data op 20 performance indicators verzamelen die een beeld geven van de kwaliteit en veiligheid van de zorg (Grol, 2006). De IGJ kan bestuurlijke boetes en dwangsommen opleggen aan ziekenhuizen als de geleverde zorg op kwaliteit, veiligheid of toegankelijkheid ondermaats is (Rijksoverheid, z.d.). Verder is het Ministerie van Volksgezondheid in samenwerking met ziekenhuizen en andere relevante actoren in 2003 begonnen met een landelijk programma ‘Sneller Beter’ wat de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg moet stimuleren en verbeteren (ZonMw, z.d.). Ook zijn Nederlandse ziekenhuizen sinds 2012 door het Ministerie van Volksgezondheid verplicht om een veiligheidssysteem te hebben (van de Bovenkamp et al., 2014). Naast deze overheidsinvloed is ook de invloed vakbonden een kenmerkend aspect van de SCL-dimensie voor ziekenhuizen. De ziekenhuizen onderhandelen via de Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen met 4 vakbonden over de collectieve arbeidsovereenkomst (cao), waar veel HR-praktijken in vastgelegd worden en dus bepalend zijn voor de vormgeving van het HRM-beleid van een individueel ziekenhuis (NVZ, z.d.). Verder laten cijfers uit 2016 zien dat ziekenhuizen met personeelstekorten kampen en dat het aantrekken en vasthouden van personeel een knelpunt is. Dit zal naar verwachting de komende jaren een groter probleem worden (NVZ, 2017). Deze personeelstekorten worden mede veroorzaakt door een vergrijzing van het personeelsbestand en een achterblijvende aanwas van jonge gediplomeerden (ten Hagen, 2010). Andere knelpunten zijn de hoge werkdruk en een hoog ziekteverzuim in ziekenhuizen. Wat daarnaast kenmerkend is voor de sector is dat het gemiddelde opleidingsniveau van werknemers hoger is dan dat van de gemiddelde Nederlandse werknemer (NVZ, 2017). Al met al wordt de SCL-dimensie dus gekenmerkt door institutionele invloed van de overheid op de waarborging van de kwaliteit van zorg en de invloed van vakbonden op de cao van ziekenhuispersoneel. Daarnaast hebben ziekenhuizen te maken met personeelstekorten, hoge werkdruk en een relatief hoog ziekteverzuim.

*Historische configuratie:* naast de bovengenoemde factoren in de context van ziekenhuizen heeft de historisch gegroeide configuratie van een organisatie invloed op de vormgeving en structuur van HRM-beleid en praktijken (Paauwe, 2004). De historische configuratie weerspiegelt een uniek patroon van organisatorische kenmerken, structuren, competenties en waarden, ook wel het administratieve erfgoed genoemd (Alingh et al., 2018, p. 2). Dit is het resultaat van eerdere strategische keuzes die zijn gemaakt en de organisatiecultuur die dit heeft veroorzaakt (Paauwe, 2004, p. 91). Volgens Delery en Doty (1996) dienen organisaties hun HRM-beleid en praktijken af te stemmen op hun administratieve erfenis om effectief te kunnen zijn.

Bij Nederlandse gezondheidsorganisaties was de focus voor 1980 naar binnen gericht. Deze interne focus werd versterkt door het feit dat zorgverzekeraars alle kosten die gezondheidsorganisaties maakten, vergoedden. Sinds de economische recessie in 1982 werd er echter drastisch bezuinigd en werd efficiëntie het toverwoord. Dit moest volgens het Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport bereikt worden door fusies tussen gezondheidsorganisaties om economische schaalvoordelen te behalen (Paauwe, 2004). Volgens Veld (2012) wordt de historische configuratie van Nederlandse ziekenhuizen sindsdien gekenmerkt door fusies en reorganisatie. Een ander kenmerk van de administratieve erfenis is de autonome positie van medisch specialisten (van Loghum, 2018). In Nederland is het grootste gedeelte van de medische specialisten namelijk in dienst van onafhankelijke maatschappen waardoor zij een relatief onafhankelijke positie hebben in het ziekenhuis (Alingh et al., 2018). Tot slot noemt Veld (2012) een bureaucratische organisatie en een in departementen of units opgedeelde organisatie als relevante kenmerken van de historische configuratie. Ziekenhuizen zijn namelijk grote, complexe en in afdelingen opgedeelde organisaties (Dawson et al., 2008).

*Dominante coalitie:* Ondanks de invloed van de omgeving van ziekenhuizen en de historische configuratie blijft er vaak ruimte over voor de dominante coalitie om het HRM-beleid vorm te geven. Voorbeelden van de dominante coalitie zijn het topmanagement, raad van toezicht, midden en lager management. AL deze actoren hebben hun eigen waarden, normen en attitudes die zij in meer of mindere mate met anderen in de organisatie delen. (Paauwe, 2004, p. 92). In een academische ziekenhuis als het UMC Utrecht, is dat een raad van bestuur (RvB) die het algehele beleid bepaald. Verder heeft de raad van toezicht (rvt) invloed door de leden van de RvB te benoemen en beleid van te controleren. Ook de medezeggenschapsorganen en uiteraard de HR-directeur hebben invloed op de vormgeving van het HRM-beleid. Tot slot is ook het midden en lager management binnen de verschillende divisies betrokken bij de vormgeving en de implementatie van HRM-beleid binnen de divisies en op de afdelingen (UMC Utrecht, z.d.). Deze dominante coalitie maakt bijvoorbeeld uiteindelijk ook de beslissing om een leiderschapsprogramma als Connecting Leaders in het leven te roepen.

The eﬀects of the rationing polici es of the past

decades on health outcomes are diﬃcult to assess

because mortality and morbidity ﬁgures are

heavily aﬀected by factors other than curative

health policy [38]. As in other western European

countries, life expectancy at birth and perinatal

mortality have co nsiderably improved during the

last 50 years, althoug h the improvement over the

last two decades has been relatively modest (see

Table 3).

Mackenbach [39] has shown that a substantial

part of the gain in life expectancy is the result of

the reducti on of ‘avoidable’ mortality from curable

diseases. The small gain in life expectancy for

women over the last 20 years, which is smaller than

in most other European countries, is largely

contributed to life style factors [40]. However,

what these health outcomes would have been in

the absence of rationing policies is unknown.

The eﬀects of the rationing polici es of the past

decades on health outcomes are diﬃcult to assess

because mortality and morbidity ﬁgures are

heavily aﬀected by factors other than curative

health policy [38]. As in other western European

countries, life expectancy at birth and perinatal

mortality have co nsiderably improved during the

last 50 years, althoug h the improvement over the

last two decades has been relatively modest (see

Table 3).

Mackenbach [39] has shown that a substantial

part of the gain in life expectancy is the result of

the reducti on of ‘avoidable’ mortality from curable

diseases. The small gain in life expectancy for

women over the last 20 years, which is smaller than

in most other European countries, is largely

contributed to life style factors [40]. However,

what these health outcomes would have been in

the absence of rationing policies is unknown.

The eﬀects of the rationing polici es of the past

decades on health outcomes are diﬃcult to assess

because mortality and morbidity ﬁgures are

heavily aﬀected by factors other than curative

health policy [38]. As in other western European

countries, life expectancy at birth and perinatal

mortality have co nsiderably improved during the

last 50 years, althoug h the improvement over the

last two decades has been relatively modest (see

Table 3).

Mackenbach [39] has shown that a substantial

part of the gain in life expectancy is the result of

the reducti on of ‘avoidable’ mortality from curable

diseases. The small gain in life expectancy for

women over the last 20 years, which is smaller than

in most other European countries, is largely

contributed to life style factors [40]. However,

what these health outcomes would have been in

the absence of rationing policies is unknown.

The eﬀects of the rationing polici es of the past

decades on health outcomes are diﬃcult to assess

because mortality and morbidity ﬁgures are

heavily aﬀected by factors other than curative

health policy [38]. As in other western European

countries, life expectancy at birth and perinatal

mortality have co nsiderably improved during the

last 50 years, althoug h the improvement over the

last two decades has been relatively modest (see

Table 3).

Mackenbach [39] has shown that a substantial

part of the gain in life expectancy is the result of

the reducti on of ‘avoidable’ mortality from curable

diseases. The small gain in life expectancy for

women over the last 20 years, which is smaller than

in most other European countries, is largely

contributed to life style factors [40]. However,

what these health outcomes would have been in

the absence of rationing policies is unknown.

The eﬀects of the rationing polici es of the past

decades on health outcomes are diﬃcult to assess

because mortality and morbidity ﬁgures are

heavily aﬀected by factors other than curative

health policy [38]. As in other western European

countries, life expectancy at birth and perinatal

mortality have co nsiderably improved during the

last 50 years, althoug h the improvement over the

last two decades has been relatively modest (see

Table 3).

The eﬀects of the rationing polici es of the past

decades on health outcomes are diﬃcult to assess

because mortality and morbidity ﬁgures are

heavily aﬀected by factors other than curative

health policy [38]. As in other western European

countries, life expectancy at birth and perinatal

mortality have co nsiderably improved during the

last 50 years, althoug h the improvement over the

last two decades has been relatively modest (see

Table 3).

The eﬀects of the rationing polici es of the past

decades on health outcomes are diﬃcult to assess

because mortality and morbidity ﬁgures are

heavily aﬀected by factors other than curative

health policy [38]. As in other western European

countries, life expectancy at birth and perinatal

mortality have co nsiderably improved during the

last 50 years, althoug h the improvement over the

last two decades has been relatively modest (see

Table 3).

Al met al staan ziekenhuizen dus door genoemde contextfactoren voor de uitdaging om hun HRM zo vorm te geven om op het juiste moment voldoende kwaliteit en kwantiteit van zorg te leveren aan patiënten die voldoet aan de vraag op de competitieve markt en de eisen die gesteld worden door de overheid en vakbonden binnen de context van de historische configuratie van het ziekenhuis. Dit vereist dat het HRM-beleid en -praktijken niet alleen zo vormgegeven wordt dat werknemers in staat zijn en gemotiveerd zijn om bij te dragen aan het behalen van deze doelen (Hockenberry & Becker, 2016), maar is het belangrijk dat zij deze doelen van de organisatie ook als relevant te ervaren (Veld et al., 2010) en moeten weten hoe zij hieraan bij kunnen dragen (Boswell & Boudreau, 2001). Een concept wat hierop gericht is, is het strategische klimaat. Strategische klimaten moedigen medewerkers namelijk aan om het gedrag te vertonen dat de strategische doelen ondersteunt (Ostroff & Bowen, 2000). In de volgende deelvraag zal daarom verder op dit concept ingegaan worden en wordt een beschreven hoe een strategisch klimaat bij kan dragen aan het behalen van de strategische doelen van een ziekenhuis.

## 2.2 Deelvraag 2: wat wordt verstaan onder strategisch klimaat?

Klimaat wordt in de literatuur op veel verschillende manieren gedefinieerd, waarbij de definities onder andere variëren op het meetniveau (individueel of organisatie), focus (algemeen of specifiek) en inhoud (beschrijvend of evaluerend) (Schneider, Ehrhart & Macey, 2013). Klimaat op individueel niveau, ook wel psychologisch klimaat genoemd, gaat over wat de betekenis en relevantie van de werkomgeving in de perceptie van de individuele werknemer (James & Jones, 1974). Organisatieklimaat wordt vaak gedefinieerd als de geaggregeerde of gedeelde percepties van het soort gedragingen dat beloont, ondersteunt en verwacht wordt door beleid, praktijken en procedures in een organisatie (Schneider, in Aarons, Ehrhart, Farahnak & Sklar, 2014). Daarnaast meten veel empirische studies op niveaus tussen het individu en de organisatie zoals team-, departement- of afdelingsniveau. De reden hiervoor is dat er per meeteenheid, zoals een departement of een afdeling, een verschillend klimaat kan zijn (Patterson et al., 2005). Ook in ziekenhuizen kan dit het geval zijn (Veld, 2012; Zohar & Luria, 2005). Ziekenhuizen zijn namelijk grote, complexe en in afdelingen opgedeelde organisaties (Dawson et al., 2008). Interactie tussen individuen is belangrijk om een gedeelde interpretatie te ontwikkelen (Rentsch, 1990) De meeste interactie tussen medewerkers in een ziekenhuis vindt plaats op afdelingsniveau, waardoor er verschillende klimaten kunnen ontstaan. Een ander reden waarom klimaatpercepties per afdeling kunnen verschillen is dat het gedrag van de leidinggevende op de ene afdeling kan verschillen met het gedrag wat de leidinggevende op de andere afdeling vertoont. Doordat het gedrag verschilt, kunnen de medewerkers daardoor de werkomgeving anders gaan interpreteren (Kozlowski & Doherty, 1989).

Een ander onderscheid wat gemaakt wordt in de klimaatliteratuur is dat tussen molaire klimaten en gefocuste klimaten. Molaire klimaten refereert aan de mate waarin werknemers een positieve of negatieve werkomgeving percipiëren (Schneider, Ehrhart & Macey, 2011). Gefocuste klimaten, ook wel strategisch klimaten genoemd, representeren de percepties van medewerkers van de mate waarin gebeurtenissen, praktijken en procedures in de organisatie overeenkomen met de strategische doelen in de organisatie (Aarons, Ehrhart, Farahnak & Sklar, 2014). Een tweede soort gefocuste klimaten, zijn klimaten gericht op organisatorisch processen die ondersteunend zijn aan het behalen van strategische doelstellingen (Schneider, Ehrhart & Macey, 2012). Een voorbeeld daarvan is een klimaat gericht op procedurele rechtvaardigheid (Naumann & Bennet, 2000) of een open communicatieklimaat (DeJoy et al., 2004). Als medewerkers een gedeelde interpretatie hebben van wat belangrijk is en welke gedragingen wenselijk zijn en beloond worden, spreken Bowen en Ostroff (2004) van een ‘sterk klimaat’. In dit onderzoek wordt een sterk strategisch klimaat opgevat als de mate waarin geaggregeerde of gedeelde percepties van wat belangrijk is en het soort gedragingen dat beloont, ondersteunt en verwacht wordt op de afdeling overeenkomen met de strategische doelstellingen in de organisatie. Dit kan zowel een strategisch klimaat zijn dat direct gericht is op het behalen van strategische doelen als een klimaat wat gericht is op organisatorische processen die ondersteunend zijn aan het behalen van strategische doelstellingen.

Om te bepalen welke strategische doelstellingen relevant zijn binnen het UMC Utrecht, zijn de strategische plannen van de organisatie bestudeerd en zijn een leidinggevende arts, een leidinggevende verpleegkundige en een P&O-adviseur geïnterviewd. Uit de strategische plannen van het UMC Utrecht en de gesprekken blijkt dat patiëntveiligheid een belangrijk strategisch doel is voor UMC Utrecht. Een veiligheidsklimaat is een antecedent van patiëntveiligheid (Mardon, Khanna, Sorra, Dyer & Famolaro, 2010; Squires, Tourangeau, Spence-Laschinger & Doran, 2010). Verder blijkt uit de gesprekken dat open communicatie cruciaal is voor de organisatie om haar strategische doelstellingen te behalen. In een organisatie met een sterk open communicatie klimaat is dit mogelijk (DeJoy et al., 2004; Van den Hooff & De Ridder, 2004). In onderstaande tekst zijn de definities van de betreffende strategische klimaten vanuit de literatuur weergegeven en daarbij de relevante uitkomsten die bekend zijn in de literatuur.

### 2.2.1 Klimaat voor open communicatie

Een van de strategische klimaten die in de ziekenhuiscontext relevant is, is een klimaat voor open communicatie (DeJoy et al., 2004). Een klimaat voor communicatie kan gedefinieerd worden als ‘de interne omgeving van informatie-uitwisseling tussen mensen in een organisatie via formele en informele netwerken’ (Buchholz, 2001, p. 1). In een open communicatieklimaat voelen werknemers zich vrij om hun mening te uiten, klachten te ventileren en suggesties te doen bij hun leidinggevenden. Werknemers praten onderling vrij over belangrijke beslissingen en wat hen bezig houdt op het werk. Informatie gaat, zonder dat het verdraait wordt, via alle niveaus in de organisatie. Een klimaat voor open communicatie heeft drie onderscheidende kenmerken.

*Een ondersteunende omgeving.* Werknemers dragen zonder aarzeling informatie over aan hun leidinggevenden, omdat zij het vertrouwen hebben dat zij het zullen accepteren, onafhankelijk of het goed of slecht nieuws is (Buchholz, 2001). Medewerkers moeten helder en direct kunnen communiceren zonder de angst dat dit negatieve consequenties voor hen heeft (Roberts & O'Reilly, 1974).

*Een participatieve omgeving.* Werknemers hebben het gevoel dat er rekening wordt gehouden met wat zij inbrengen. Zij weten dat zij beschouwd worden als waardevolle deelnemers doordat suggesties tot verbetering geïmplementeerd worden, hun vragen beantwoord worden en hun zorgen erkent worden.

*Een betrouwbare omgeving.* Alle partijen die betrokken zijn in de informatie-uitwisseling moeten de waarheid vertellen zoals zij dat waarnemen. Zij moeten ervoor zorgen dat de informatie die zij uitwisselen correct is. Alleen dan kunnen informatiebronnen vertrouwd worden en blijft het communicatieklimaat open (Buchholz, 2001).

Openheid in de communicatie is een voorspeller van tevredenheid en commitment onder medewerkers (Trombetta & Rogers, 1988). Daarnaast vindt er binnen een entiteit met een open communicatieklimaat meer uitwisseling van kennis en informatie plaats (Van den Hooff & De Ridder, 2004). Ook blijkt een open communicatieklimaat een antecedent te zijn voor een veiligheidsklimaat, waardoor het indirect bijdraagt aan de veiligheid van de patiënt (DeJoy et al., 2004). Tot slot draagt open en accurate communicatie bij aan het verminderen van het verloop onder verpleegkundigen (Anderson, Corazzini & McDaniel, 2004).

### 2.2.2 Klimaat voor patiëntveiligheid

In de literatuur over een klimaat voor veiligheid in ziekenhuizen heeft veiligheid betrekking op patiënt- en medewerkersveiligheid, zoals bijvoorbeeld bij Hofmann en Mark (2006). Gezien de strategische doelstellingen van het UMC Utrecht zal in dit onderzoek gesproken worden over een klimaat voor patiëntveiligheid en zal de invloed van een veiligheidsklimaat op de medewerkersveiligheid buiten beschouwing gelaten worden. Een klimaat voor patiëntveiligheid refereert naar de percepties van werknemers over het belang dat gehecht wordt aan patiëntveiligheid en wat in de organisatie wenselijk is op het gebied van patiëntveiligheid (Katz-Navon et al., 2005). Een eerste belangrijke component van een patiëntveiligheidsklimaat is de nadruk die het management of de leidinggevende legt op veiligheid van de patiënt. Ten tweede de gestandaardiseerde procedures en praktijken aangaande patiëntveiligheid (Katz-Navon et al., 2005). In ziekenhuizen met een sterk klimaat voor patiëntveiligheid is het geïntegreerd in de dagelijkse gang van zaken in de organisaties en in de routines van individuen en teams (Singer et al., 2009). Een derde component is communicatie over patiëntveiligheid en de mate waarin medewerkers betrokken worden bij patiëntveiligheid op de werkvloer (Katz-Navon et al., 2005). Er is sprake van psychologische veiligheid voor medewerkers wat hen in staat stelt om problemen en knelpunten met betrekking tot patiëntveiligheid op de werkvloer te voorkomen, op te lossen en er als organisatie van te leren (Singer et al., 2009). Al deze factoren communiceren richting de medewerkers hoe belangrijk patiëntveiligheid wordt gevonden in een organisatie ten opzichte van andere strategische doelen, zoals productie of efficiëntie (Diaz & Cabrera, 1997; Zohar, 2010).

Uit onderzoek van Vogus en Sutcliffe (2007a) blijkt dat in ziekenhuizen met sterk klimaat voor patiëntveiligheid minder medicatiefouten worden gemaakt. Ook blijkt uit een ander onderzoek van dezelfde onderzoekers dat het minder vaak voorkomt dat patiënten vallen (Vogus & Sutcliffe, 2007b). Onderzoek van Mardon en collega’s (2010) laat zien dat een sterk klimaat voor patiëntveiligheid samenhangt met minder veiligheidsincidenten. Verder blijkt uit onderzoek van Squires en collega’s (2010) dat een veiligheidsklimaat een mediator is tussen de werkomgeving en het aantal medische fouten. De auteurs concluderen in hun onderzoek daarom ook dat het niet genoeg is om alleen de werkomgeving zo in te richten dat er minder fouten worden gemaakt, maar dat er ook een veiligheidsklimaat nodig is om tot betere resultaten te komen op het gebied van patiëntveiligheid.

We hebben dus gezien dat een veiligheidsklimaat en een open communicatieklimaat op verschillende manieren relevante strategische klimaten zijn voor ziekenhuizen. Leiderschapsgedrag wordt in de literatuur genoemd als een factor die invloed heeft op het strategische klimaat (Barling et al. , 2002; Kozlowski & Doherty, 1989). In de volgende deelvraag zal daarom ingegaan worden op de vraag hoe leiderschapsgedrag het strategische klimaat kan beïnvloeden.

2.3 Deelvraag 3: wat wordt verstaan onder strategisch leiderschapsgedrag ***en hoe kan dit het strategische klimaat beïnvloeden?***

Leiderschapsgedrag is een relevante factor voor organisaties, omdat het invloed heeft op de effectiviteit van organisaties (Larsson & Vinberg, 2010). Leiderschapsgedrag wordt vaak gedefinieerd als de acties en gedragingen door leiders of leidinggevenden (Avolio, Bass & Jung, 1999; Jacobsen & Andersen, 2015). In de literatuur omtrent leiderschapsgedrag zijn twee stromingen die vinden met betrekking tot de effectiviteit van leiderschapsgedrag. De eerste stroming, de universele benadering, gaat er vanuit dat het leiderschapsgedrag dat leidinggevenden moeten vertonen om de medewerkers tot de beste prestaties te laten komen in alle contexten hetzelfde is. Dat zijn zogenaamde ‘*best practices’* die leidinggevenden in elke situatie kunnen toepassen. De tweede stroming, ‘*the contingency approach’* stelt dat het afhankelijk is van de situatie welke leiderschapsgedragingen effectief zijn en dat leidinggevenden dan ook hun leiderschapsgedrag moeten aanpassen aan de situationele eisen (Larsson & Vinberg, 2010). Zo dient het leiderschapsgedrag onder andere afgestemd te zijn op de mensen waar leiding aan gegeven wordt, het systeem waarbinnen gewerkt wordt, de cultuur in een organisatie (Kerns, 2015). Daarnaast moet leiderschapsgedrag volgens O’Regan, Ghobadian en Sims (2004) afgestemd worden op de organisatiestrategie en -doelen om tot de beste resultaten voor de organisatie te komen. Zaccaro en Klimoski (2001) noemen het sturen van medewerkers op het bereiken van de organisatiedoelen een kernverantwoordelijkheid voor leidinggevenden. De effectiviteit van deze vertaalslag hangt er van af hoe goed leidinggevenden de doelen van de organisatie kunnen interpreteren, verhelderen en vertalen naar specifieke doelen en gedragingen voor hun teams en individuele medewerkers (Berson & Avolio, 2004).

In deze scriptie wordt uitgegaan van de ‘contingency apporach’, namelijk strategisch leiderschapsgedrag gericht op het bereiken van specifieke strategische uitkomsten, zoals het vormen van strategische klimaten in een specifieke context,. Hierbij gaat het dus om de vertaalslag van de strategische organisatiedoelen naar concrete doelen en gedragingen voor medewerkers. Schein (2010) definieert zes ‘*embedding mechanisms’* waarmee leidinggevenden een klimaat kunnen creëren, ondersteunen en bekrachtigen (Aarons, Ehrhart, Farahnak & Sklar, 2014). De ‘*embedding mechanisms’* zijn gedefinieerd als leiderschapsgedragingen en kunnen dus toegepast worden als strategische leiderschapsgedragingen gericht op de vorming van strategische klimaten. Hieronder zullen de door Schein (2010) gedefinieerde gedragingen besproken worden.

*2.3.1.* *Waar leidinggevenden op regelmatige basis aandacht aan besteden, meten en controleren*

Een krachtig mechanisme wat leiders in kunnen zetten om te communiceren waar zij in geloven is door er systematisch aandacht aan te geven. Dit kan gebeuren door te becommentariëren wat zij waarnemen, door te meten, controleren, belonen of er op een andere wijze systematisch aandacht aan te geven. Om open communicatie of veilig werken te bevorderen, kan een leidinggevende hier regelmatig aandacht besteden tijdens werkbesprekingen en uitvragen of dit ook gebeurd onder medewerkers. Uit onderzoek van Zohar (2002) dat medewerkers veiliger gaan werken als dit effectief gemonitord wordt door de leidinggevende.

Het hierboven beschreven mechanisme is met name krachtig wanneer dit op een consistente manier gebeurd. Volgens Schein (2010) is consistentie belangrijker dan de intensiviteit van aandacht geven. Dit zorgt er namelijk voor dat de medewerkers steeds dezelfde signalen krijgen over wat belangrijk is in de organisatie. Als leidinggevenden aan teveel dingen aandacht geven of hun aandachtspatroon inconsistent is, zullen medewerkers andere signalen of hun eigen ervaring gebruiken om te beslissen wat belangrijk is in de werksituatie. Dit kan leiden tot uiteenlopende doelen en subklimaten.

Een ander signaal zijn zichtbare emotionele reacties van leidinggevenden als zij voelen dat een van hun belangrijke waarden of normen geschonden worden. Dit laat goed zien wat voor leidinggevenden echt belangrijk is. Zo kan een leidinggevende zichtbaar zijn of haar boosheid of teleurstelling uiten op het moment dat er signalen zijn dat er onderling of richting de leidinggevende niet open gecommuniceerd wordt of als veiligheidsprocedures niet opgevolgd worden. Een ander signaal wat leiders af kunnen geven om aan te geven wat zij belangrijk vinden is door in bepaalde situaties juist geen aandacht te geven. Op deze manier communiceert de leider dat bepaalde doelen niet of minder relevant zijn (Schein, 2010).

*2.3.2. Hoe leidinggevenden reageren op kritieke incidenten en organisatorische crises*

Als organisaties met crises te maken krijgen, is de manier waarop leiders en anderen omgaan met deze crises relevante informatie over wat belangrijk is in een organisatie. De eerste waar medewerkers naar kijken om te bepalen wat de gewenste reactie is bij een crisis, is de leidinggevende (Schein, 2010). Een crisis kan gedefinieerd worden als ‘een gebeurtenis, bewering of een samenloop van omstandigheden die de integriteit, reputatie of overleving van een persoon of organisatie bedreigt’ (Sapriel, 2003, p. 1). In crisistijd is er geen tijd om tot consensus te komen. Weinig tijd, dreiging en verrassende elementen bij de meeste crises vereisen ingrijpende beslissingen die snel gemaakt moeten worden (Sapriel, 2003). In tijden van crises zijn leidinggevenden dus belangrijke richtinggevers voor het team en anderen in de organisatie. Een leidinggevende die in een crisis openheid van zaken geeft richting de medewerkers, om op die manier zo goed mogelijk met de crises om te gaan, geeft hiermee een signaal af dat open communicatie voor hem of haar belangrijk is. Ook kan de leidinggevende laten zien dat veiligheid belangrijk is op de afdeling, door gezamenlijk te reflecteren op de crisis en hier van te leren. Het tegenovergestelde wordt bereikt als crises zo veel mogelijk stil gehouden worden en in de doofpot verdwijnen.

*2.3.3.* *Het voorbeeld dat leidinggevende geven, wat zij hun medewerkers leren en waarin zij hun medewerkers coachen*

Het zichtbare gedrag van leidinggevenden communiceert richting medewerkers wat gewenste gedragingen zijn in de organisatie. Medewerkers zien het gedrag van hun leidinggevenden als voorbeeld voor hun eigen gedrag. Leidinggevenden dienen in de organisatie als rolmodel voor veel medewerkers. Als leidinggevenden bijvoorbeeld open communiceren, zullen medewerkers dit ook eerder gaan doen (Schein, 2010; Sims & Brinkman, 2002). Onderzoek naar het bevorderen van ondernemerschap bij medewerkers laat zien dat medewerkers meer ondernemend gedrag laten zien als hun leidinggevenden ook dit gedrag vertonen (Pearce, Kramer & Robbins, 1997). Coaching van medewerkers zorgt er bovendien voor dat medewerkers het behalen van hun doelen belangrijker vinden en meer gemotiveerd zullen zijn om hun taken goed uit te voeren (Wenson, 2010).

*2.3.4.* *Waar leidinggevenden beloningen en status aan geven*

Leden van elke organisatie leren van hun eigen ervaringen met promoties, prestatiebeloningen en gesprekken met hun leidinggevenden over wat wel en niet gewaardeerd wordt binnen de organisatie. Als beloningen gekoppeld worden aan gewenst gedrag en negatieve consequenties aan ongewenst gedrag zal dit invloed hebben op het gedrag van medewerkers (Schein, 2010). Zo kan een leidinggevende medewerkers die ook negatieve berichten durven te communiceren, steunen en als voorbeeld stellen voor andere medewerkers. De *leader-member exchange theory* (LMX) maakt in de beloningen van leidinggevenden aan medewerkers onderscheid tussen beloningen op basis van een formeel arbeidscontract en daarnaast uitwisselingen op basis van de onderlinge relatie tussen leidinggevende en de medewerker(s). De leidinggevende kan de medewerker bijvoorbeeld meer vrijheid in het werk bieden, invloed in de besluitvorming geven, relevante informatie verstrekken, steun verlenen aan acties die de medewerker onderneemt of vertrouwen en aandacht geven aan de medewerker. In ruil daarvoor zal de medewerker, volgens LMX, eerder gedrag vertonen wat voor de leidinggevenden belangrijk is. Beloningen vanuit de leidinggevende kunnen zo een krachtig signaal zijn over de wenselijke acties en gedragingen in een organisatie (Dansereau, Graen, & Haga, 1975). Dit wordt bevestigd door onderzoek van Zohar (2002), waaruit blijkt dat het belonen van veilig gedrag van medewerkers door de leidinggevende ervoor zorgt dat de werkvloer ook daadwerkelijk veiliger wordt. Ook Hofmann en Morgeson (1999) vonden dat een betere LMX-relatie bijdraagt aan meer open communicatie richting de leidinggevende en veilig gedrag op de werkvloer.

*2.3.5.* *Hoe leidinggevenden de bronnen verdelen*

De manier waarop budgetten verdeeld worden onthuld veel over de prioriteiten die gesteld worden in een organisatie. Dit mechanisme heeft echter niet enkel betrekking op financiële bronnen, maar ook op tijd. Aan het behalen van welke doelen of aan het uitvoeren van welke acties is de leidinggevende bereidt om tijd vrij te maken (Schein, 2010)? Vindt een leidinggevende open communicatie zo belangrijk dat er regelmatig tijd aan besteed wordt? In de context het ziekenhuis is tijd schaars door de hoge werkdruk (NVZ, 2017) en zal voor wat prioriteit heeft de meeste tijd ingeruimd kunnen worden. Mumford, Campion en Morgeson (2007) maken onderscheid in het verdelen van drie soorten bronnen die leidinggevenden hebben te verdelen: materiele bronnen of het inzetten van materiaal, menselijke bronnen of inzet van personeel en financiële bronnen. Hoe de leidinggevende deze bronnen verdelen, communiceert wat prioriteit heeft voor de leidinggevende.

*2.3.6.* *Hoe leidinggevenden selecteren, promoveren en excommuniceren*

Een van de krachtigste manieren waarop leidinggevenden het klimaat kunnen beïnvloeden is de selectie van nieuwe leden in de organisatie. Willen leidinggevenden een open communicatieklimaat bewerkstelligen, dan zullen zij kiezen voor typen mensen die hier aan bijdragen. Ook als medewerkers gepromoveerd of juist ontslagen worden, geeft dit een sterk signaal over wat de leidinggevende als wenselijk en belangrijk ziet (Schein, 2010). Ontslag kan bijvoorbeeld voorkomen als medewerkers ernstige fouten verzwijgen in plaats van dit te communiceren richting collega’s en leidinggevende en naar een oplossing voor het probleem te zoeken. In dat geval is het signaal duidelijk: dit gedrag is onwenselijk. Net als bij het aandacht geven, meten en controleren is bij dit mechanisme consistentie belangrijk.

## 2.4 Verwachtingen

Nu duidelijk is wat in de literatuur en in dit onderzoek verstaan wordt onder strategisch klimaat en strategisch leiderschapsgedrag zullen in deze paragraaf op basis van de beschreven literatuur enkele verwachtingen geformuleerd worden. Ten eerste is de verwachting dat de aanwezigheid en/of sterkte van een strategisch klimaat per afdeling zal verschillen. Ziekenhuizen zijn namelijk grote, complexe en in afdelingen opgedeelde organisaties (Dawson, et al., 2008). Ook in eerder onderzoeken over strategisch klimaat bleek dit het geval (Veld, 2010). Interactie tussen individuen is belangrijk om een gedeelde interpretatie te ontwikkelen (Rentsch, 1990) De meeste interactie tussen medewerkers in een ziekenhuis vindt plaats op afdelingsniveau. Een ander reden waarom klimaatpercepties per afdeling kunnen verschillen is dat het gedrag van de leidinggevende per afdeling kan verschillen. Doordat het gedrag verschilt, kunnen de medewerkers daardoor de werkomgeving anders gaan interpreteren (Kozlowski & Doherty, 1989; Wright & Nishii, 2013).

*Verwachting 1: De aanwezigheid en/of sterkte van een strategisch klimaat verschilt per afdeling.*

Verder is er vanuit de literatuur een verwachting te formuleren over de relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en het strategisch klimaat. Leiders dienen als interpretatieve filters van relevante organisatorische processen en praktijken voor alle medewerkers en dragen op die manier bij aan gemeenschappelijke klimaatpercepties (Kozlowski & Doherty, 1989). Ook wordt bij bovenstaande mechanismen of strategische leiderschapsgedragingen gerefereerd naar eerdere onderzoeken in andere contexten waarin vormen van deze mechanismen toegepast (Wenson, 2010; Zohar, 2002). Op basis van de literatuur de verwachting dat wanneer leidinggevenden in de ziekenhuiscontext leiderschapsgedragingen vertonen waarmee zij het signaal geven dat een strategisch doel belangrijk is en welke gedragingen gewenst, ondersteunt en beloont worden, dit zal leiden tot gedeelde percepties van wat belangrijk is op de afdeling en het gedrag wat verwacht wordt om bij te dragen aan de belangrijke doelen op de afdeling (Schein, 2010).

*Verwachting 2: Het vertonen van de door Schein (2010) gedefinieerde leiderschapsgedragingen waardoor medewerkers het signaal krijgen dat een strategisch doel belangrijk is en welke gedragingen gewenst, ondersteunt en beloont worden, leidt tot een sterk strategisch klimaat.*

Nu in dit hoofdstuk duidelijk is geworden wat er in de literatuur verstaan wordt onder strategisch klimaat, strategische leiderschapsgedrag en welke verwachtingen er zijn op basis van de literatuur, zal in het volgende hoofdstuk beschreven hoe dit onderzoek uitgevoerd is.

# 3. Methoden

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de manier waarop dit onderzoek is uitgevoerd. Eerst komt het onderzoeksdesign aan bod, daarna de gebruikte methoden. Vervolgens wordt dieper ingegaan op de selectie en benadering van respondenten. Ook wordt ui gezet hoe de dataverzameling is verlopen en hoe de data uiteindelijk is geanalyseerd.

## 3.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de kwalitatieve methode. ‘Dit is vaker exploratief onderzoek, dat niet in meetbare eenheden uitgedrukt wordt, maar waarin rijke, diepgaande informatie verzameld wordt.’ (Van der Velde, Jansen & Dikkers, 2015, p. 16). In dit onderzoek is gekozen voor deze methode, omdat in dit een verkennend onderzoek betreft. In dit onderzoek is namelijk geëxploreerd hoe leiderschapsgedrag gericht op de vorming van specifieke strategische klimaten zich manifesteert in de perceptie van medewerkers. Kwalitatief onderzoek kan gebruikt worden om een situatie of gedrag te beschrijven en te begrijpen (Pope & Mays, 1995). De toegevoegde waarde daarvan is dat er rijkere data beschikbaar komt over de manier waarop het leiderschapsgedrag zich manifesteert dan wanneer leiderschap beperkt wordt tot de bekende en veel onderzochte leiderschapsstijlen (Jing & Avery, 2016). Weliswaar zijn in dit onderzoek in de literatuur gedefinieerde leiderschapsgedragingen als vertrekpunt in dit onderzoek gebruikt, maar is er door de kwalitatieve benadering ook nadrukkelijk ruimte gebleven voor leiderschapsgedragingen die een toevoeging zijn aan de vooraf gedefinieerde leiderschapsgedragingen. Ook kan er door de rijkere informatie over het strategisch leiderschapsgedrag een beter inzicht geboden worden waarom er mogelijk een relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en strategisch klimaat. Tot slot levert een kwalitatieve benadering rijkere data op over de context waarin het onderzoek plaatsvindt. Hierdoor kunnen de resultaten die uit dit onderzoek komen, beter geduid en geplaatst worden (Green & Thorogood, 2018).

## 3.2 Methoden

In dit onderzoek zijn verschillende methoden van gebruikt om antwoorden te vinden op de hoofdvraag. Hieronder zal verder worden ingegaan op de gebruikte methoden.

*3.2.1 Bronnenonderzoek*

Voorafgaand aan het onderzoek, maar ook tijdens het onderzoek zijn interne documenten van UMC Utrecht bestudeerd om een beeld te krijgen van de organisatie, de strategische doelen en het leiderschapsprogramma Connecting Leaders. Deze kennis is gebruikt om tot een hoofdvraag te komen die ook voor het UMC Utrecht relevant is en is bepaald welke bruikbare data er beschikbaar is.

Daarnaast is er in een voorbereidend gesprek met een leidinggevende arts, een leidinggevende verpleegkundige en een P&O-adviseur van UMC Utrecht bepaald welke strategische klimaten relevant zijn in de organisatie en welke beroepsgroep het meest geschikt is als bron van informatie voor de beantwoording van de hoofdvraag en de verschillende deelvragen. Uit de gesprekken is gebleken dat verpleegkundigen dagelijks in contact staan met hun leidinggevenden, waardoor de kans aannemelijk is dat zij leiderschapsgedrag zullen waarnemen wat hun klimaatpercepties kan beïnvloeden. Ook is uit deze gesprekken gebleken dat patiëntveiligheid over het algemeen een belangrijk doel is op de afdelingen in het UMC Utrecht. Daarnaast werd aangegeven dat het creëren van een open communicatieklimaat een grote rol heeft gespeeld in het leiderschapsprogramma Connecting Leaders, gezien het belang van open communicatie voor het behalen van de strategische doelen. Op basis van deze gesprekken was het daarom te verwachten dat leidinggevenden zullen sturen op het creëren van de genoemde klimaten.

*3.2.2 Semigestructureerde interviews*

In dit onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews. Dit betekent dat een aantal van tevoren bepaalde vragen aan elke respondent gesteld wordt (Van der Velde et al., 2015). Dit was nodig omdat er in de literatuur gedefinieerde strategische klimaten en leiderschapsgedragingen gebruikt worden als uitgangspunt in dit onderzoek. Om te achterhalen of deze leiderschapsgedragingen in de perceptie van verpleegkundigen vertoont worden en om een beeld te krijgen van de klimaatpercepties van de verpleegkundigen is dit bij elk interview uitgevraagd. Daarnaast is door het gebruik van een topiclijst het vergelijken en analyseren van de antwoorden van verschillende respondenten, mogelijk gemaakt.

Het inhoudelijke deel van elk interview is gestart met vragen over de *strategische klimaten* op de afdeling. Ten eerste is een open vraag gesteld naar de belangrijke doelen op de afdeling in de perceptie van de respondent. Als de respondent *patiëntveiligheid* genoemd heeft als doel, is de respondenten gevraagd of dit doel prioriteit heeft op de afdeling en welk gedrag van de respondenten verwacht wordt om bij te dragen aan het genoemde doel*.* Ook is gevraagd in hoeverre de respondenten betrokken worden bij gesprekken over patiëntveiligheid en hoeveel belang de leidinggevende er aan hecht in de perceptie van de respondent. Als de respondent *open communicatie* genoemd heeft doel op de afdeling, is de respondenten gevraagd hoe belangrijk open communicatie richting de leidinggevende en de collega’s wordt gevonden en of dit ook mogelijk is. Daarnaast is de respondenten ook gevraagd of hun leidinggevende open communicatie ook belangrijk vindt en wat welk gedrag hen verwacht wordt op het gebied van open communicatie. Op deze manier is er bepaald of er gedeelde percepties zijn bij de respondenten van wat belangrijk is en welke gedragingen verwacht worden en of er dus sprake is van een sterk klimaat (Bowen & Ostroff, 2004). Als de respondent een ander doel heeft genoemd dan patiëntveiligheid of open communicatie, is uitgevraagd of dit prioriteit krijgt op de afdeling, of dit belangrijk wordt gevonden door de leidinggevende en welk gedrag van de respondent verwacht wordt om bij te dragen aan dit doel.

Ook het topic *strategische leiderschapsgedragingen* is in de interviews begonnen met een open vraag hoe de verpleegkundigen aan het leiderschapsgedrag van hun leidinggevenden merken dat het genoemde doel belangrijk is op de afdeling. Daarna zijn gerichte vragen gesteld over de door Schein (2010) gedefinieerde leiderschapsgedragingen. Op deze manier is informatie verkregen of deze leiderschapsgedragingen een rol spelen in de vorming van de klimaatpercepties van de respondent. Als laatste is aan de respondenten gevraagd of de door de respondent genoemde leiderschapsgedragingen invloed hebben op de klimaatpercepties van de respondent. De topics en bijbehorende vragen zijn terug te vinden in bijlage 1.

## 3.3 Respondenten

Zoals gezegd is ook bij het bepalen van de geschikte respondenten informatie ingewonnen bij een leidinggevende arts en een leidinggevende verpleegkundige die deelgenomen hebben aan Connecting Leaders en een P&O-adviseur van UMC Utrecht die betrokken is bij Connecting Leaders. Naar aanleiding van deze gesprekken is besloten om de beroepsgroep verpleegkundigen te interviewen. Deze beroepsgroep levert, samen met de artsen de directe zorg aan de patiënt. Gezien de strategische doelstellingen van het UMC Utrecht en het belang van patiëntveiligheid voor de patiënten zelf, zijn een klimaat voor patiëntveiligheid en een klimaat voor open communicatie relevante klimaten bij deze beroepsgroep (Mardon et al., 2010; DeJoy et al., 2004). Het is dus aannemelijk dat de direct leidinggevenden van verpleegkundigen hierop sturen. Temeer omdat specifiek is gekozen voor verpleegkundigen waarvan de direct leidinggevenden hebben deelgenomen aan Connecting Leaders. In dit leiderschapsprogramma is namelijk aandacht besteedt aan leiderschap gericht op patiëntveiligheid en open communicatie. Het valt dus te verwachten dat direct leidinggevenden die aan dit programma hebben deelgenomen, dit gedrag ook in de dagelijkse praktijk vertonen. Om erachter te komen hoe het leiderschapsgedrag gericht op patiëntveiligheid en open communicatie zich manifesteert op de afdelingen is ervoor gekozen om de verpleegkundigen te interviewen en niet de leidinggevenden. Deze keuze is gemaakt, omdat het de verwachting was dat het door verpleegkundigen gepercipieerde leiderschapsgedrag de strategische klimaten beïnvloedt en niet het leiderschapsgedrag in de percepties van de leidinggevenden zelf. Net zoals er verschillen kunnen zijn tussen de werkelijke HR-praktijken zoals zij door leidinggevenden geïmplementeerd worden en hoe zij gepercipieerd worden door de werknemers (Wright & Nishii, 2013), kunnen er verschillen zitten tussen het leiderschapsgedrag in de perceptie van leidinggevenden en het gedrag in de perceptie van de werknemers (Fleenor et al., 2010). Hierbij zijn het de werknemers die door het gedrag van hun leidinggevende percepties vormen over het belang van de strategische doelen en de gedragingen die verwacht worden om bij te dragen aan deze doelen (Schein, 2010; Zohar, 2010). Ook uit eerder onderzoek blijkt dat de percepties van de medewerkers van de acties van de leidinggevende omtrent veiligheid sterker zijn gerelateerd aan de attitudes en de reacties van medewerkers dan de acties die de leidinggevende zelf aangeeft te ondernemen (Alingh et al., 2018). Daarnaast is bij het uitvragen van de percepties werknemers van het leiderschapsgedrag het risico op sociaal wenselijk antwoorden kleiner dan wanneer dit aan de leidinggevende zelf wordt gevraagd om zijn of haar leiderschapsgedrag te beschrijven (Wong & Cummings, 2007). Om deze redenen is in dit onderzoek ook de keuze gemaakt om de percepties van verpleegkundigen uit te vragen in plaats van de perceptie van de leidinggevenden.

Leadership measures by followers are

free of social desirability response bias often associated

with leadersÕ self-report meas ures (Xin & Pelled 2003,

Polit & Beck 2004).

Leadership measures by followers are

free of social desirability response bias often associated

with leadersÕ self-report meas ures (Xin & Pelled 2003,

Polit & Beck 2004).

Leadership measures by followers are

free of social desirability response bias often associated

with leadersÕ self-report meas ures (Xin & Pelled 2003,

Polit & Beck 2004).

Een tweede reden om voor verpleegkundigen te interviewen en niet bijvoorbeeld artsen die ook directe patiëntzorg verlenen, is omdat teamleiders van verpleegkundigen fulltime leidinggevenden zijn en hebben verder geen verpleegkundige taken die zij moeten vervullen. Een leidinggevende arts heeft in zijn functie als medisch hoofd van een afdeling de taak om leiding te geven aan de afdeling, zorg te verlenen aan patiënten, bestuurlijke taken op zich te nemen, onderzoek te doen etc. Artsen zijn dus significant minder bezig met leidinggeven dan verpleegkundigen. Daarnaast werd tijdens de gesprekken aangegeven dat artsen autonomer zijn in hun werk, omdat zij meer bevoegdheden hebben. Sturing vanuit de leidinggevende is bij artsen minder aan de orde dan bij verpleegkundigen. Aangezien het juist de centrale vraag is hoe de relatie is tussen het gedrag van leidinggevenden de klimaatpercepties van hun medewerkers, is het relevant dat er een bepaalde mate van sturing plaatsvindt om te kunnen onderzoeken hoe deze zich manifesteert.

*3.3.1 Benadering van respondenten*

Het UMC Utrecht heeft een document met deelnemers aan Connecting Leaders beschikbaar gesteld met daarin informatie over de functie, afdeling, divisie en het traject waar de leidinggevenden aan deel hebben genomen. Aan de hand van dit document zijn 13 leidinggevenden geselecteerd die direct leidinggeven aan verpleegkundigen. Dit was het maximaal aantal beschikbare leidinggevenden wat benaderd kon worden die direct leiding geven aan verpleegkundigen en deelgenomen hebben aan Connecting Leaders. In overleg met UMC Utrecht is een e-mail opgesteld waarin het doel van het onderzoek uitgelegd werd en werd het verzoek gedaan om 3 à 4 verpleegkundigen van de betreffende leidinggevende te spreken (Bijlage 2a). Deze e-mail is via het e-mailadres verstuurd wat gebruikt wordt voor correspondentie over Connecting Leaders door UMC Utrecht. De keuze om de respondenten via hun leidinggevende te benaderen is gemaakt, omdat dit de wens was van het UMC Utrecht. Het rechtstreeks benaderen van medewerkers zou namelijk voor onrust kunnen zorgen in de organisatie en het verkrijgen van de relevante data bemoeilijken. Uiteindelijk is de e-mail aan alle 13 leidinggevenden verstuurd en kon ook via de e-mail beantwoord worden aan de onderzoeker. De onderzoeker ontving van 6 leidinggevenden direct reactie, waarvan 4 leidinggevenden aangaven niet deel te nemen aan het onderzoek en 2 leidinggevenden die aangaven wel deel te nemen aan het onderzoek. Van de 7 overige leidinggevenden kreeg de onderzoeker geen reactie, waarna de onderzoeker deze leidinggevenden na een week een tweede e-mail heeft gestuurd met het aanbod om langs te komen om uitleg te geven over het onderzoek (Bijlage 2b). Deze tweede e-mail is verstuurd met het persoonlijke e-mailaccount van de onderzoeker. Uiteindelijk reageerden 2 leidinggevenden hier positief op, terwijl 3 leidinggevenden aangaven niet mee te willen of kunnen werken. Door 2 leidinggevenden is geen reactie gegeven op beide mails. Uiteindelijk waren 4 leidinggevenden bereid om mee te werken aan het onderzoek, waarbij van elke leidinggevende 4 verpleegkundigen geïnterviewd zijn. In totaal zijn dus 16 verpleegkundigen van 4 verschillende afdelingen geïnterviewd.

## 3.4 Dataverzameling

De interviews hebben plaatsgevonden tussen 30 mei en 5 juli. De lengte van de interviews varieert van 25 minuten tot 55 minuten. Alle interviews zijn afgenomen op de afdeling waar de betreffende respondent werkzaam is. De interviews zijn in afgesloten ruimtes afgenomen, waardoor er geen derden mee konden luisteren. Dit zou namelijk het gevaar opleveren dat de respondent niet kritisch durft te zijn op de gang van zaken op de afdeling en de leidinggevende.

Bij elk interview heeft de onderzoek voordat de recorder startte gevraagd of het gesprek opgenomen mag worden. Bij alle interviews is de respondent akkoord gegaan, waarna de onderzoeker de recorder gestart heeft. Het opnemen van de interviews gebeurde met de mobiele telefoon van de onderzoeker. Door het interview in zijn geheel op te nemen, is alle informatie die de respondent tijdens het interview gegeven heeft beschikbaar voor analyse en is er geen informatie verloren gegaan. Ook zorgde dat ervoor dat de onderzoeker zich bijna niet bezig hoefde te houden met het maken van aantekeningen tijdens het interview en kon hij zich volledig richtingen op het stellen van (verdiepende) vragen en het luisteren naar de antwoorden. Op deze manier is geprobeerd om een valide beeld te krijgen van de klimaatpercepties en de leiderschapsgedragingen in de perceptie van de respondent. Daarnaast is aan het begin van het interview is aan de respondent uitgelegd wat het doel van het onderzoek is en is duidelijk gemaakt dat de respondent op elk gewenst moment mag besluiten te stoppen met deelname aan het onderzoek. Ook is benadrukt dat alle data geanonimiseerd verwerkt wordt, zodat er minimaal risico is op mogelijke negatieve consequenties bij deelname aan het interview. Tot slot heeft de onderzoeker gevraagd of alles duidelijk is en of de respondent tot zo ver nog vragen of opmerkingen heeft.

Daarna is de onderzoeker verder gegaan met de interviewvragen uit de topiclijst. Na afloop is de respondent bedankt voor de tijd en deelname aan het onderzoek en is gevraagd of de respondent het onderzoek wil ontvangen. Tot slot zijn de contactgegevens uitgewisseld, zodat de onderzoeker eventueel achteraf vragen kan stellen aan de respondent en vica versa.

## 3.5 Data-analyse

De data-analyse is gestart zodra de eerste interviews zijn afgenomen. Elk interview is door de onderzoeker volledig getranscribeerd. Nadat er zes interviews zijn afgenomen, is de onderzoeker begonnen met coderen van de interviews middels het programma Nvivo. Coderen is het proces waarbij de data aandachtig bestudeerd en in fragmenten verdeeld wordt (Boeije, 2010).

Het coderen is gebeurd op basis van de vooraf gedefinieerde klimaten en strategische leiderschapsgedragingen. Bij het coderen op strategische klimaten zijn percepties van een specifiek klimaat gegroepeerd onder deze code. Hierbij is gecodeerd op een strategisch doel prioriteit krijgt op de afdeling en belangrijk wordt gevonden door de leidinggevende. Ook is gecodeerd op de verschillende verwachtingen die respondenten ervaren omtrent dit klimaat. Ook bij de strategisch klimaten is gekeken of de door de respondent genoemde strategische leiderschapsgedragingen ondergebracht konden worden bij de vooraf gedefinieerde leiderschapsgedragingen of dat het nodig was om deze onder te brengen in een nieuwe code die uit de data komt. Alle genoemde leiderschapsgedragingen waren echter onder te brengen bij de vooraf gedefinieerde leiderschapsgedragingen. Wel is de categorie ‘aandacht geven, meten en controleren’ opgedeeld in twee categorieën: ten eerste aandacht geven en ten tweede meten en controleren. Tijdens het coderen bleek namelijk dat de respondenten dit benoemen als twee verschillende categorieën, waarbij de categorie aandacht aanzienlijk vaker benoemen dan de categorie meten en controleren. Zonder deze splitsing zou deze categorie een vertekend beeld van de werkelijkheid geven. Hetzelfde is het geval bij de in de literatuur gedefinieerde categorie ‘Voorbeeld, coaching en leren’. Ook hier kon meer recht gedaan worden aan de werkelijkheid door deze categorie op te delen in de categorie ‘voorbeeldgedrag’ en de categorie ‘coaching en leren’. Daarnaast is gecodeerd op de rol van seniorverpleegkundigen in het team, aangezien door veel respondenten genoemd is dat zij ook bepaalde leidinggevende functies hebben. In bijlage 3 is de codeboom opgenomen.

# 4. Resultaten

Nu duidelijk is hoe dit onderzoek is uitgevoerd, zullen in dit hoofdstuk de relevante onderzoeksresultaten weergegeven worden om een antwoord te kunnen geven op de empirische deelvragen en uiteindelijk op de centrale onderzoeksvraag. Ten eerste zullen de klimaatpercepties van de respondenten omtrent een klimaat voor patiëntveiligheid besproken worden (4.1). Daarna zal ingegaan worden op de vraag hoe de respondenten aan het leiderschapsgedrag van hun leidinggevenden merken dat patiëntveiligheid belangrijk is op de afdeling en weten welk gedrag verwacht, ondersteund en beloond wordt (4.2). In de derde paragraaf zal een samenvatting gegeven worden van deze resultaten (4.3). Ten vierde zullen de klimaatpercepties van de respondenten omtrent een klimaat voor open communicatie besproken worden (4.4). Ook hierbij zal ingegaan worden op de vraag hoe de respondenten aan het leiderschapsgedrag van hun leidinggevenden merken dat open communicatie belangrijk is op de afdeling en weten wat van hen verwacht wordt (4.5). De resultaten over een klimaat voor open communicatie en het leiderschapsgedrag gericht op open communicatie wordt afgesloten met een samenvatting van deze resultaten (4.6). Daarna zullen de resultaten over een klimaat voor kwaliteit van zorg besproken worden op afdeling III (4.7). Ook hierbij zal ingegaan worden op de vraag hoe de respondenten aan het leiderschapsgedrag van hun leidinggevende merken dat kwaliteit van zorg een belangrijk doel is op de afdeling en weten wat van hen verwacht wordt (4.8). Tot slot zal ingegaan worden op de extra bevindingen over de rol van seniorverpleegkundigen op de afdeling (4.9).

## 4.1 Klimaat voor patiëntveiligheid

Op afdeling I, II en IV gaven alle respondenten aan dat patiëntveiligheid belangrijk is op de afdeling, zoals blijkt uit onderstaande citaten. Door één respondent op afdeling I werd dit niet als belangrijk doel genoemd, maar bleek tijdens het interview dat patiëntveiligheid wel prioriteit krijgt boven het verlenen van patiëntgerichte zorg. Op afdeling III werd patiëntveiligheid niet genoemd als afzonderlijk doel wat belangrijk is op de afdeling. Tijdens de interviews bleek dat het door de respondenten op afdeling III als onderdeel van de kwaliteit van zorg beschouwd. Deze respondenten zijn dus niet expliciet bevraagd op patiëntveiligheid en zijn daarom niet meegenomen in de resultaten over patiëntveiligheid om een zo valide mogelijk beeld te geven van de klimaatpercepties.

Respondent O (afdeling I): ‘*Maar dat is wel sowieso een belangrijk punt van de afdeling: patiëntveiligheid, medicatieveiligheid*.’

Respondent H (afdeling II): ‘*Ja precies, patiëntveiligheid is een doel.*’

Respondent A (afdeling IV): ‘*Wij zijn wel een afdeling waar er continu veel aandacht aan besteedt is. Aan al die verschillende risicofactoren. Patiëntveiligheid. Vooral met de [specifiek type] patiënten en het valgevaar, dat soort dingen. Dat is dan nu een jaar of 4, 5 ongeveer*.’

Wat opvalt bij de analyse van de interviews is dat de mate waarin er een gedeelde percepties bestaan, verschilt tussen enerzijds de respondenten op afdeling I en anderzijds de respondenten op afdelingen II en IV omtrent de gedragingen die verwacht, ondersteund en beloond worden om bij te dragen aan de patiëntveiligheid. Daarom zullen eerst de percepties van afdeling I weergegeven worden en daarna de percepties op afdeling II en IV.

*Afdeling I*

De respondenten zijn bevraagd op het gedrag wat van verwacht, gewaardeerd en beloond wordt omtrent de patiëntveiligheid. Hierbij noemen respondenten die bevraagd zijn op hun klimaatpercepties omtrent patiëntveiligheid allen het signaleren en melden van incidenten en knelpunten via het hiervoor bedoelde systeem, door het maken van een zogenoemde ‘mipmelding’, zoals respondent B dit verwoordt:

Respondent B: ‘*Ja, uiteindelijk maak je inderdaad zo'n incidentmelding. Dat doe je via Connect, maar dat komt wel bij de commissie uit.’*

Eén respondent geeft aan dat het verder niet duidelijk is van hem of haar verwacht wordt om bij te dragen aan de patiëntveiligheid. Daarnaast geven de respondenten aan dat er vaak naar eigen inzicht en beoordeling gehandeld wordt om de patiëntveiligheid te waarborgen, zoals ook blijkt uit de onderstaande citaten.

Respondent R: ‘*Ik wist precies wat ik moest doen om mee te werken aan de patiëntveiligheid. En nu is dat niet meer zo zwart-wit. Nu is het heel grijs. En dan gaat het ook vaak naar eigen inzicht en beoordeling of ervaring.’*

Respondent O*: ‘Op een gegeven moment werd het -vooral eind vorig jaar- dat er allemaal een beetje eilandjes waren. Dat ieder een beetje zijn eigen ding deed. Dit heeft mijn prioriteit dus ik ga dit maar oppakken. Ik hoop echt dat dat dit jaar wel anders gaat zijn.’*

Verder noemt een deel van de respondenten dat van hen verwacht wordt dat zij protocollen gebruiken om valgevaar in te kunnen schatten en te voorkomen. Ook noemt een deel van de respondenten dat van hen verwacht wordt dat zij ervoor zorgen dat de patiënten geen toegang hebben tot de medicijnen die zij moeten gebruiken en dat het toedienen onder toezicht gebeurd.

Respondent O: ‘*Ook in het kader van medicatieveiligheid: dat de patiënten niet bij de medicijnen kunnen.’*

Tot slot noemt één respondent dat een patiëntendossier bijgehouden moet worden met daarin de bijzonderheden die zijn voorgevallen tijdens de dienst. Deze respondent noemt daarnaast ook het preventief checken op het ontwikkelen van een delier om zo de risico’s in te kunnen perken. Dit wordt niet door de andere respondenten genoemd.

Respondent B: ‘*Alle patiënten hebben een eigen dossier. Ja, als je patiënt gevallen is, moet je dat natuurlijk opschrijven.’*

*Afdeling II en IV*

Ook op afdeling II en IV afdeling zijn de respondenten bevraagd op het gedrag wat verwacht, gewaardeerd en beloond wordt in het kader van patiëntveiligheid. Op deze afdelingen geven deze respondenten aan dat van hen verwacht wordt dat zij onveilige situaties voor de patiënten moeten voorkomen door de protocollen te volgen rondom het toedienen van medicatie en het inschatten van valgevaar bij patiënten, zoals bijvoorbeeld respondent K en A aangeven.

 Respondent K (afdeling II): ‘*En ook medicatie, dat je een dubbelcheck hebt als je medicatie gaat toedienen bij patiënten. Dat je gewoon een dubbelcheck hebt dat de patiënt gewoon veilig is en dat hij zijn eigen, goede medicatie krijgt*.’

Respondent A (afdeling IV): ‘*Veel op het gebied van preventie. Dus dat je van tevoren al signaleert wat de risicopunten zouden kunnen zijn bij een patiënt en daar op inspeelt om te voorkomen dat er ook iets gebeurd. En zeker valpreventie is daar een grote van. Maar ook bij het ontwikkelen van een delier bijvoorbeeld. Dat je daarin in de gaten houdt dat iemand niet in de war raakt of dingen gaat zien. Dus het is heel veel inspelen op preventie. Maar ook op het gebied van medicatie. Dat je goed bijhoudt van: klopt het wat iemand inneemt, klopt wat het wat ik nu ga geven, staat het goed voorgeschreven, snapt de patiënt wat [hij/zij] krijgt en hoe [hij/zij] het in moet nemen*?’

Daarnaast is er een gedeelde perceptie onder de respondenten op afdeling II dat van hen verwacht wordt dat zij niet toegegeven aan de druk van artsen om meer patiënten op de afdeling te krijgen, als dit naar hun inschatting onveilige situatie kan opleveren. Mocht dit niet lukken, dan dient de leidinggevende ingeschakeld te worden. Met name ’s avonds en in het weekend gebeurt het volgens de respondenten regelmatig dat artsen proberen meer patiënten opgenomen te laten worden op de afdeling, terwijl er niet genoeg personeel is om dit op te vangen. Dit is besproken tijdens een teamvergadering, waarbij men bij die oplossing uitgekomen is om dergelijke onveilige situaties te voorkomen.

 Respondent K: ‘*Ja precies, en wat dan bijvoorbeeld een oplossing was die hun gaven, was bijvoorbeeld als er weer zo'n situatie voorkomt waarbij je dus 's avonds heel druk bent en een arts wil er een opname in hebben en het kan niet blablabla. Meldt dat en als je dan niet een positieve reactie krijgt, dan zeg  je gewoon van 'nou, dan ga ik jouw supervisor bellen en dan ga je gewoon de baas bellen*'.

Verder is er onder respondenten op afdeling II een gedeelde perceptie dat van hen verwacht wordt dat zij elkaar aanspreken op onveilig gedrag als zij dit signaleren bij een collega. Als dit niet het gewenste effect heeft wordt van hen verwacht dat zij dit bij de leidinggevende melden. De leidinggevende is namelijk minder vaak op de werkvloer aanwezig dan een verpleegkundige, waardoor hij of zij ook minder snel kan ingrijpen in een onveilige situatie.

 Respondent J: ‘*Je spreekt je collega erop aan als je merkt dat het gevaarlijk wordt. Als je dan beseft van: of het komt niet helemaal aan, ze begrijpt het niet. Of ze doet er gewoon niks mee. Ja kijk, dan ga je naar de leidinggevende en dan krijgt [naam leidinggevende] die rol.’*

Op afdeling IV hebben respondenten een gedeelde perceptie over het feit dat van hen verwacht wordt dat zij veiligheidsincidenten melden via het hiervoor bedoeld systeem, zoals respondent P dit verwoordt. Daarnaast wordt van hen verwacht dat zij aangeven als zij knelpunten of fouten signaleren, bijvoorbeeld als er een arts een verkeerde medicatieopdracht geeft.

Respondent P*: ‘Ja zeker. Kijk als er bijna fouten of fouten gebeuren dan maak je sowieso een melding.’*

Respondent G*: ‘Dus foutgevoelige dingetjes, hoe dingen zijn opgeschreven of medicatieopdrachten die er dubbel instaan. Dat je dan doorgeeft aan de arts: dat kan niet, want dat gaat gewoon fout.’*

Tot slot geven enkele respondenten op afdeling II en IV aan dat van hen verwacht wordt dat zij verplichte e-learningmodules en scholing volgen om veilig te kunnen blijven werken.

Respondent J (afdeling II)*: ‘Wat we hebben is dat je ieder jaar verplichte e-learnings moet doen. Dus dat is eigenlijk om je kennis weer bij te schroeven. En daarnaast word je op bepaalde handelingen getoetst door een collega.’*

Samenvattend kan dus gezegd worden dat er op afdeling I een gedeelde percepties is dat patiëntveiligheid belangrijk is op de afdeling, maar dat er grote verschillen zijn in de gedragingen die in de perceptie van de individuele respondenten verwacht worden om bij te dragen aan patiëntveiligheid. De respondenten geven aan dat zij vaak afgaan op eigen inschatting en ervaring als het gaat om het vertonen van het gewenste gedrag. Hierom is er op deze afdeling sprake van een zwak klimaat voor patiëntveiligheid. Op afdeling II en IV is er op een gedeelde percepties van het belang van patiëntveiligheid op de afdeling en noemen de respondenten hoofdzakelijk hetzelfde gedrag als de andere respondenten van dezelfde afdeling als het gaat om het verwachte gedragingen omtrent patiëntveiligheid. Alleen over het doen van de verplichte e-learningmodules bestaat namelijk geen gedeelde perceptie op de afdelingen. De respondenten op deze afdelingen hebben daarom een in grote mate gedeelde perceptie van het gedrag wat verwacht wordt om bij te dragen aan patiëntveiligheid. Hierom is er sprake van een sterk klimaat voor patiëntveiligheid op deze afdelingen.

## 4.2 Leiderschapsgedragingen patiëntveiligheid

*Afdeling I*

Op afdeling I zijn de respondenten gevraagd hoe zij aan het gedrag van hun leidinggevende merken dat patiëntveiligheid belangrijk is en weten wat welk gedrag verwacht, beloond en ondersteund wordt. Deze respondenten gaven aan dat zij dit op verschillende manieren merken.

*Aandacht besteden:* ten eerste merken zij dat doordat de leidinggevende het onder de aandacht brengt in de nieuwsbrieven, bijvoorbeeld als er nieuwe afspraken zijn gemaakt zijn rondom patiëntveiligheid. Daarnaast merken zij dat doordat de leidinggevende aanwezig is bij de ochtendstart, waarbij situaties rondom patiëntveiligheid besproken worden. De ochtendstart is onderdeel van een ziekenhuisbreed project genaamd Samen voor de Patiënt. Bij dit project kiezen afdelingen per honderd dagen doelen om de kwaliteit of veiligheid van zorg of tevredenheid van patiënten te verhogen (UMC Utrecht, 2017).

 Respondent R: ‘*Ja, sinds dat [hij/zij] er is, is ook het project Samen voor de Patiënt gestart. En binnen dat hebben we een ochtendstart gekregen. [Naam leidinggevende] is daar altijd bij aanwezig. En daarin merk ik ook [zijn/haar] urgentie daarvoor. Dus dat [hij/zij] daar is en dat [hij/zij] ook luistert daar, dat is wel een platform waarop we allemaal situaties aan de kaak kunnen stellen die dan al dan niet doorgeschakeld worden. Dus dat is wel een waardevolle plek.’*

*Verdeling bronnen:* ten tweede geven de respondenten aan dat zij dit merken doordat de leidinggevende ervoor gezorgd heeft dat er een extra verpleegkundige op de afdeling staat tijdens de nachtdienst en doordat de verpleegkundigen, zoals respondent B, die belast zijn met het verwerken van de meldingen over incidenten rondom patiëntveiligheid extra tijd krijgen om deze meldingen goed te kunnen verwerken. Zij hoeven dan een dag geen zorg te verlenen, maar kunnen zich tijdens een ‘kantoordag’ bezig houden met het verwerken van de meldingen.

Respondent B: ‘*Nou, bijvoorbeeld bij de [commissie voor meldingen patiëntveiligheid], daar liepen we laatst helemaal in spaak, omdat we gewoon veel te veel meldingen hadden. Dan komt [hij/zij]: wat heb je van mij nodig? Wil je een kantoordag hebben? Nou, dan kan ik een kantoordag krijgen. Bijvoorbeeld zulk soort dingen.’*

*Reactie incident*: tot slot geeft één respondent aan dat hij of zij aan de reactie van de leidinggevende op een kritiek veiligheidsincident merkt dat patiëntveiligheid belangrijk is, omdat het altijd gericht is op het voorkomen van dergelijke incidenten in de toekomst.

*Respondent O: ‘Wat dat betreft qua patiëntveiligheid en ook het melden van incidenten of agressie, daar wordt door de leiding heel goed mee omgegaan. Dat is ook nooit van: goh, jij hebt alweer 4 keer gemeld, wat doe jij niet goed? Nee, helemaal niet. Er wordt echt puur gekeken van: oke, jongens hoe komt dit, herkennen mensen dit, hoe gaan we het aanpakken dat het niet meer gebeurd. […] Ik heb daar nog nooit van [naam leidinggevende] gehoord: [naam verpleegkundige], wat heb jij een stomme fout gemaakt. Hoe krijg je het voor elkaar? Helemaal niet. En laatst was er ook iets. En toen kwam [hij/zij] naar me toe van: joh, [naam verpleegkundige] ik vind het een beetje een gekke melding, hoe komt het? Kunnen we er even naar kijken samen? Op een hele fijne manier.’*

Naast deze leiderschapsgedragingen waardoor de respondenten aangeven dat zij merken dat patiëntveiligheid belangrijk is, geven zij echter aan dat de leidinggevende ook gedragingen vertoont waardoor zij het signaal krijgen dat dit niet zo belangrijk is.

*Controleren en meten*: ten eerste doordat de leidinggevende niet controleert of protocollen opgevolgd worden en niet ingrijpt als protocollen rondom medicatieveiligheid niet opgevolgd worden, zoals het dragen van hesjes met ‘niet storen’ erop.

Respondent O: ‘*Wat ik daarbij ook zou verwachten is: als je bepaalde doelen hebt, dat je dan gaat kijken van: wat wordt daarvan gehandhaafd? En als iemand bijvoorbeeld bij medicatieveiligheid -daar dragen we hesjes met 'niet storen'- ja als je als leidinggevende ziet dat iemand dat niet draagt, dat je iemand daar ook op aanspreekt. Dat wij dat niet alleen als verpleegkundigen onderling naar elkaar doen. En dat zie ik eigenlijk niet gebeuren*.’

*Aandacht besteden*: ten tweede doordat de huidige leidinggevende er in de perceptie van de respondenten er te weinig aandacht aan besteed, waardoor het volgen van de protocollen rondom patiëntveiligheid minder urgentie heeft voor de verpleegkundigen. Bij de vorige teamleider was dit juist wel het geval.

Respondent B: ‘*Nou onze vorige teamleider die zat heel erg op lijstjes, op aftekenlijstje opvragen, op dingen controleren. […] Maar [hij/zij] zat er wel veel meer op. En door [hem/haar] zorgde je er wel voor dat je het allemaal wel gedaan had. En toendertijd was het veel actueler door de JCI, maar dan konden we iedere week gaan bespreken: wat hebben we gedaan met de JCI en wat gaan we doen om het te behalen en te behouden. Dat is nu niet meer zo. Ook omdat de JCI nu nog een jaar of anderhalf jaar wegblijft. Wat dat aangaat is dat wel wat relaxter. Maar er moet ook vanuit [naam leidinggevende] nog wel regelmatig attentie op gemaakt worden van: jongens, denken jullie er wel aan dat het zus en zo moet. Mag dat soms wat meer? Ik denk van wel. Ik denk dat het verschil tussen onze vorige teamleider en [naam leidinggevende] wel heel groot is, want [hij/zij] is daar echt een stuk losser in.*

*Verdeling bronnen*: ten derde doordat in de perceptie van de respondenten de patiëntveiligheid geen prioriteit krijgt, doordat er niet altijd genoeg personeel is om veilige zorg voor alle patiënten te kunnen garanderen .

Respondent O: ‘*Nou ja bijvoorbeeld dat wij als verpleegkundigen al heel veel in de toekomst kijken van: we gaan hier een probleem hebben, dit gaat niet goed, patiënten zijn nu zwaar. En dat daar weinig op ingehaakt wordt door de leiding. Gister ook weer roosterproblemen. En dan ga ik naar [naam leidinggevende] toe en zeg ik: [naam leidinggevende], ik hou die 2 bedden nu dicht. Want ik wil eerst dat het opgelost is en dan gaan ze open. Terwijl dat het eigenlijk andersom zou moeten zijn. Het zou moeten zijn: [naam verpleegkundige], we houden de bedden dicht, ik ga het oplossen en ik laat het je weten. Dan vraag je je af en toe wel af hoe serieus dingen genomen worden.’*

Respondent B: ‘*Wij werken 1 op 4 [patiënten]. Als je 1 op 3 zou werken, zou je veiligere zorg kunnen bieden. Omdat wij op 1 dag zoveel verschillende dingen doen voor verschillende mensen. Soms ga je dingen afraffelen of ga je het sneller doen of laat je dingen vallen, waardoor inderdaad je patiëntveiligheid wel in het geding komt.*

Al met al merken de respondenten enerzijds aan verschillende gedragingen van de leidinggevende dat patiëntveiligheid belangrijk is, namelijk: het regelmatig onder de aandacht brengen, in de verdeling van tijd en de reactie van de leidinggevende op een kritiek incident. Anderzijds vertoont de leidinggevende ook gedrag waardoor de verpleegkundigen het signaal krijgen dat patiëntveiligheid niet belangrijk is. Het gedrag van de leidinggevende geeft dus in de perceptie van de respondenten op afdeling I een inconsistent signaal af over het belang van patiëntveiligheid en het gedrag wat verwacht wordt op de afdeling.

*Afdeling II en IV*

*Verdeling bronnen*: de respondenten op beide afdelingen geven aan dat zij qua leiderschapsgedrag voornamelijk door de verdeling van de beschikbare tijd merken dat patiëntveiligheid belangrijk is en wat van hen verwacht wordt om bij te dragen aan patiëntveiligheid op de afdeling. Bijvoorbeeld doordat zij merken dat hun leidinggevende zorgt voor voldoende personele bezetting en doordat er bedden gesloten worden als er minder collega’s beschikbaar zijn, zoals respondent J aangeeft. Maar ook doordat zij extra tijd krijgen om hun verplichte scholing omtrent patiëntveiligheid af te ronden. Respondent J (afdeling II)*:* *Jawel zeker, absoluut. Een goed voorbeeld daarvan is de zomersluiting, collega's die op vakantie gaan. Dat [hij/zij] er echt wel naar probeert te streven om bedden te sluiten. Dus niet zeggen: we proppen de afdeling maar weer vol met de [xx] patiënten die er in kunnen, terwijl de capaciteit aan werknemers veel minder is. Dus ik heb zeker wel het gevoel dat [hij/zij] daar aan bijdraagt.*

*Aandacht besteden*: verder wordt door respondenten van beide afdeling aangegeven dat hun leidinggevende regelmatig aandacht besteedt aan patiëntveiligheid via de e-mail, tijdens teammomenten of individueel op de werkvloer. Dit kan zijn als er nieuwe afspraken gemaakt zijn omtrent patiëntveiligheid, maar ook tijdens de reguliere besprekingen van de patiënten tijdens overleg. Respondent A (afdeling IV): *‘Dat zegt [hij/zij] ook gewoon. Sowieso bij teamvergaderingen, dan haalt [hij/zij] ook dingen aan van: dat dit belangrijk is of dat [hij/zij] merkt of hoort dat dit en dit speelt, dus hoe we dat dan aan willen gaan pakken. Maar heel vaak doet [hij/zij] het ook buiten de vergaderingen om. […] En als het echt iets heel centraals is dan gooit [hij/zij] het gelijk op de mail, van hoe en wat.’*

*Reactie kritiek incident*: ook de reactie op een kritiek veiligheidsincident is voor de respondenten op deze afdelingen een signaal dat patiëntveiligheid belangrijk is op de afdeling. Een dergelijke situatie wordt dan geëvalueerd met de betrokken verpleegkundigen met als doel om een vergelijkbaar incident in de toekomst te voorkomen. Respondent P (afdeling IV): ‘*En al is het incident zo groot dat er direct gevolgen aan zitten, dan is [naam leidinggevende] altijd wel degene waar je mee zit of die inderdaad de hele situatie bij een evaluatiemoment creëert, waarbij het helemaal goed uitgeplozen wordt*. […] *En als het zo structureel voorkomt dan moet je natuurlijk naar je proces gaan kijken, waarbij [naam leidinggevende] aangeeft van: hoe gaan we dat aanpakken, dat we dat helemaal analyseren met het hele team*.’

*Controleren en meten*: naast de leiderschapsgedragingen die door respondenten op beide afdelingen worden genoemd, zijn er ook verschillen tussen afdeling II en IV. Zo wordt door bijna alle respondenten op afdeling IV genoemd dat hun leidinggevende controleert en monitort op patiëntveiligheid, terwijl dit op afdeling II slechts door één respondenten genoemd is. Respondent G(afdeling IV): *‘We hadden toen wel een keer een patiënt met een psychose. Maar dan is [hij/zij] wel continu hier aanwezig en is [hij/zij] continu aan het peilen hoe het gaat met zowel de patiënt als met ons: gaat het of moet ik dingen regelen? Moet ik ergens hulp vandaan halen? Dan is [hij/zij] daar wel.’*

*Coachen en leren*: op afdeling II wordt juist het coachen en het overdragen van kennis op het gebied van patiëntveiligheid vaker genoemd dan op afdeling IV. Bijvoorbeeld tijdens het functioneringsgesprek, zoals respondent I aangeeft. Respondent I (afdeling II): ‘*Ja zeker, die geeft [hij/zij] dan misschien niet op het moment zelf, maar met je functioneringsgesprek dan zegt [hij/zij] van: kunnen er dingen bijvoorbeeld anders of je legt de situatie zelf uit. En dan is [hij/zij] wel bereid om tips en trick te geven hoe je het de volgende keer beter kan doen.*’

Samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten op afdeling II grotendeels dezelfde leiderschapsgedragingen noemen als de respondenten op afdeling IV, waardoor zij merken dat patiëntveiligheid belangrijk is op de afdeling. Daarnaast zijn er ook enkele verschillen in de gedragingen die genoemd worden door de respondenten op afdeling II en de respondenten op afdeling IV. Wel is het gedrag van hun leidinggevende voor de respondenten op beide afdelingen een consistent signaal dat patiëntveiligheid belangrijk is op deze afdelingen en weten zij daardoor wat van hen verwacht wordt.

## 4.3 Patiëntveiligheid: Klimaatpercepties en leiderschapsgedrag op afdeling I, II en IV

Als het leiderschapsgedrag gericht op patiëntveiligheid op afdeling I, II en IV met elkaar vergeleken wordt, valt op dat de respondenten op afdeling I een inconsistent signaal ervaren door het gedrag van hun leidinggevende over de prioriteit die patiëntveiligheid heeft op de afdeling en het gedrag wat verwacht wordt om bij te dragen aan patiëntveiligheid. Op afdeling II en IV ervaren de respondenten het gedrag van hun leidinggevende wel als een consistent signaal dat patiëntveiligheid prioriteit heeft op de afdeling en is voor hen ook duidelijk welk gedrag verwacht wordt om bij te dragen aan patiëntveiligheid. De categorieën gedragingen waardoor respondenten merken dat patiëntveiligheid belangrijk is, komen hoofdzakelijk overeen op alle drie de afdelingen, namelijk: het regelmatig onder de aandacht brengen, de verdeling van bronnen en de reactie op een kritiek veiligheidsincident. Daarnaast wordt het meten en controleren door de respondenten op afdeling IV genoemd. Tot slot is er op afdeling I een zwak klimaat voor patiëntveiligheid, terwijl er op afdeling II en IV een sterk klimaat voor patiëntveiligheid is (tabel 1).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Klimaat voor patiëntveiligheid** | **Leiderschapsgedrag** |
| **Afdeling I** | Zwak | Inconsistent  |
| **Afdeling II** | Sterk | Consistent  |
| **Afdeling IV** | Sterk | Consistent  |

*Tabel 1: Percepties van klimaat voor patiëntveiligheid en leiderschapsgedrag gericht op patiëntveiligheid per afdeling.*

## 4.4 Klimaat voor open communicatie

Door bijna alle respondenten op de afdelingen I, II en IV werd aangegeven dat open communicatie belangrijk is op hun afdeling, zoals blijkt uit de citaten die hieronder zijn weergegeven. Deze respondenten zijn dan ook bevraagd op hun percepties omtrent een klimaat voor open communicatie. Op afdeling I noemde één respondent open communicatie niet als belangrijk doel en ook op afdeling III werd dit door geen van de respondenten als belangrijk doel op de afdeling genoemd. Deze respondenten zijn er ook niet op bevraagd en zijn daarom niet meegenomen in de resultaten over open communicatie.

Respondent B (afdeling I): ‘*Ik vind dat sowieso wel een belangrijk ding op de afdeling, omdat we best wel wat heftige dingen meemaken. Dat soort dingen moeten besproken worden en zeker niet doodgezwegen of weggeveegd worden want anders red je het gewoon niet. Maar ik heb dat altijd al wel belangrijk gevonden*.’

Respondent I (afdeling II): ‘P*atiëntveiligheid staat zeer hoog. Communicatie naar de patiënt als wel naar de collega's*.’

Respondent P (afdeling IV): ‘*Communicatie en ja ook niet bang zijn om feedback te geven, maar ook niet om het te krijgen. Dat vinden wij wel belangrijk*.’

Ook de bij de analyse van de interviews over een klimaat voor open communicatie valt op dat er verschillen zijn de mate waarin er een gedeelde perceptie is bij respondenten van enerzijds afdeling I en anderzijds afdeling II en IV. Hieronder zal geprobeerd worden duidelijk weer te geven wat de percepties van de respondenten zijn van het gedrag wat verwacht, ondersteund en beloond wordt op de verschillende afdelingen en hoe deze tussen de afdelingen verschillen en overeenkomen. Daarom zullen eerst de klimaatpercepties van afdeling I besproken worden en daarna de klimaatpercepties van afdeling II en IV samen.

*Afdeling I*

De respondenten op afdeling I zijn bevraagd op het gedrag wat van hen verwacht wordt op het gebied van open communicatie. Hierbij worden verwachtingen genoemd over onderlinge communicatie tussen collega’s en richting de leidinggevende. Door een deel van de respondenten wordt aangegeven dat van hen verwacht wordt dat zij elkaar onderling feedback geven en open staan voor feedback van de collega’s. Wat opvalt is dat de respondenten noemen dat het niet duidelijk is hoe zij bijvoorbeeld feedback dienen te geven richting hun collega’s, zoals bijvoorbeeld respondent B aangeeft. Daarnaast geven de respondenten aan dat er ook verwachtingen zijn die de open communicatie belemmeren, zoals bijvoorbeeld respondent O aangeeft.

Respondent B: ‘*Ja, er wordt verwacht dat een open houding, feedback geven en elkaar aanspreken op bepaalde punten. Maar dat is nog wel lastig. Weet je, ik vind feedback geven ook moeilijk*. *Wanneer en hoe doe je dat nou bij collega's? Mogen we dat mailen of niet*?’

Respondent O: ‘*Die verwachting is er wel. Dat je komt met een volledig antwoord of pas als iets helemaal opgelost is. Maar soms is het tussentijds elkaar op de hoogte brengen ook heel belangrijk.***’**

Verder wordt door een deel van de respondenten aangegeven dat de leidinggevende van hen verwacht dat zij richting de leidinggevende aangeven als er problemen zijn op de afdeling en dat zij feedback geven op de leidinggevende als zij dat hebben. Wat hierbij opvalt is dat door de respondenten tegenstrijdige verwachtingen noemen over de manier waarop verwacht zij dienen te communiceren richting de leidinggevende.

Respondent R: ‘*Ja, dus ik heb een poosje geprobeerd om te mailen naar [hem/haar]. Dat werd echt niet geapprecieerd. Daar ben ik mee gestopt. Dat heeft [hij/zij] ook gezegd: ik wil niet meer dat je me mailt, je moet me persoonlijk vertellen als er iets is. Dat doe ik nu dus niet. Want door de tijd verliest iets zijn urgentie.*

Respondent B: ‘*Ja hoor, ik kan altijd mailen als ik dat wil. Ik kan ook altijd langs komen als ik wil. [Hij/zij] komt weleens langs en dan vraagt [hij/zij]: hoe is het? Ja, dan ga je geen diepgaande gesprekken voeren op de gang als het niet goed gaat. Maar je weet wel dat de deur openstaat.’*

*Afdeling II en IV*

Ook op afdeling II en IV zijn de respondenten bevraagd op het gedrag wat verwacht, gewaardeerd en beloond wordt omtrent open communicatie. Op deze afdelingen geven deze respondenten allen aan dat van hen verwacht wordt dat zij onderling in het team feedback op elkaar geven, maar ook open staan voor feedback van anderen. Daarnaast wordt verwacht dat zij hun collega’s hulp vragen als dit nodig is.

Respondent I (afdeling II): ‘*Ik denk dat ze van mij verwachten dat ik op een open, normale, volwassen manier omga met communicatie. Dus ook feedback ontvangen en feedback geven.’*

Respondent G (afdeling IV)*: ‘Ik denk dat van mij verwacht wordt, en wat ik ook van andere verwacht, dus dan neem ik aan dat ze het ook van mij verwachten, is dat je wel een vrij makkelijk benaderbaar persoon hoort te zijn. Open in je communicatie, dus makkelijk in communicatie. De indruk wekken dat alles bespreekbaar moet zijn en dat zij jou ook gewoon feedback moeten kunnen geven, zonder dat jij daar boos om wat of continu in de verdediging gaat als dat gebeurd.’*

Als er problemen zijn die met de leidinggevende besproken moeten worden, geven alle respondenten aan dat verwacht wordt dat zij hiermee naar hun leidinggevende toe gaan en dit richting hem of haar communiceren. Tot slot geven de respondenten aan dat de leidinggevende ook van hen feedback verwacht op zijn of haar functioneren als leidinggevende.

Respondent H (afdeling II: *‘[naam leidinggevende] zegt wel altijd: mocht er wat zijn of heb je ergens last van, kom dan naar mij toe en maak het bespreekbaar, kunnen we samen een oplossing bedenken*.’

Respondent F (afdeling IV): ‘*Als er iets is, dat je het gewoon zegt. Ook tegen [naam leidinggevende], maar ook tegen de collega waarmee je werkt.’*

Samenvattend kan dus gezegd worden dat er onder de drie respondenten die bevraagd zijn op hun klimaatpercepties omtrent open communicatie een gedeelde perceptie is van het belang van open communicatie op afdeling I, terwijl één respondent dit niet heeft genoemd als belangrijk doel. Verder noemt een deel van de respondenten dat zij feedback dienen te geven en open dienen te staan voor feedback, maar is het in de perceptie van deze respondenten niet duidelijk hoe zijn dit dienen te doen. Ook zijn er in de perceptie van de respondenten verwachtingen die de open communicatie juist belemmeren. Daarnaast wordt door een deel van de respondenten genoemd dat zij problemen communiceren en feedback communiceren richting de leidinggevende, maar wordt er door de respondenten tegenstrijdige gedragingen genoemd over het in hun perceptie verwachte gedrag omtrent de communicatie met de leidinggevende. Dit maakt dat er sprake is van een zwak klimaat voor open communicatie op afdeling I. Op afdeling II en IV is er een gedeelde perceptie van het belang van open communicatie op de afdeling en is er daarnaast ook een gedeelde perceptie omtrent het gedrag wat verwacht, ondersteund en beloond wordt op de afdeling omtrent de communicatie richting de collega’s en leidinggevenden. Dit maakt dat er sprake is van een sterk klimaat voor open communicatie op de afdeling.

## 4.5 Leiderschapsgedragingen open communicatie

Op afdeling I, II en IV gevraagd hoe zij aan het gedrag van hun leidinggevende merken dat open communicatie belangrijk is en weten wat welk gedrag verwacht, beloond en ondersteund wordt. Omdat ook hier verschillen zijn op te merken tussen enerzijds afdeling I en anderzijds afdeling II en IV zullen deze los van elkaar weergegeven worden.

*Afdeling I*

De respondenten op afdeling I geven aan dat zij op verschillende manieren aan het gedrag van hun leidinggevende merken dat open communicatie belangrijk is op de afdeling en weten wat van hen verwacht wordt.

*Aandacht besteden:* ten eerste doordat de leidinggevende hier op regelmatige basis aandacht aan besteedt. Dit doet hij of zij door tegen de verpleegkundigen te zeggen dat zij met elkaar moeten overleggen als er iets voorgevallen is op de afdeling en hulp nodig hebben en door aan te geven dat zij naar hem of haar toe kunnen komen als zij er onderling niet uitkomen of met feedback op zijn of haar persoon, zoals bijvoorbeeld respondent B aangeeft.

Respondent B*: ‘En dat is ook altijd wat [hij/zij] altijd zegt: joh jongens, als er wat is, kom naar me toe. Ik sta er open voor. Dus wat dat aangaat, geeft [hij/zij] zichzelf ook altijd heel erg.. hoe zeg je dat? ..bloot om feedback van ons te kunnen ontvangen ook over [zijn/haar] eigen functioneren bijvoorbeeld.*

*Verdeling bronnen:* ten tweede geven de respondenten aan dat zij dat merken door de verdeling van de beschikbare tijd. De respondenten geven namelijk aan dat de leidinggevende casusbesprekingen met het team geïnitieerd heeft, waardoor binnen het team meer begrip ontstaat over elkaars inzichten en de open communicatie ten goede komt. Daarnaast initieert de leidinggevende individuele gesprekken met de verpleegkundigen, zoals respondent R ervaren heeft, wat voor hen een signaal is dat open communicatie richting de leidinggevende belangrijk is.

Respondent R: ‘*Die gesprekken heeft [hij/zij] in het begin zelf geïnitieerd en ingepland ook. Toen zei ik ook: je moet stoppen met inplannen en zeggen: [naam respondent], ik wil je 2 keer in de week zien en jij regelt dat. Maar [hij/zij] nam het dan ook nog op haar eigen bordje erbij. Dat vond ik wel bijzonder. Daarin liet [hij/zij] wel heel erg het verlangen zien om dat gesprek aan te gaan. Dus dat was wel positief.’*

*Voorbeeld*: tot slot geven de respondenten aan dat zij dat merken doordat de leidinggevende zelf open communiceert richting de verpleegkundigen als zij zelf om informatie vragen en ook open staat voor feedback op zijn of haar eigen functioneren.

Respondent O*: ‘Als je het echt dingen aan [hem/haar] vraagt, dan is [hij/zij] heel erg open. Dan is het niet zo van: nee, daar zeg ik nog niks over of dat hou ik nog even stil. Of nee hoor, dat hoor je nog wel. Dus zodra je naar [hem/haar] toekomt, dan is [hij/zij] zelf ook heel erg een open boek. Dus dat draagt [hij/zij] daarin dan wel uit.’*

De respondenten geven echter ook aan dat de leidinggevende gedrag vertoont wat hen het signaal geeft dat open communicatie niet belangrijk is op de afdeling. Dit signaal krijgen zij door verschillende leiderschapsgedragingen.

 *Voorbeeld:* de respondenten geven aan dat zij dit signaal krijgen doordat de leidinggevende zelf vaak niet open communiceert richting het team. Zoals eerder aangegeven is dit wel het geval als zij zelf om informatie vragen, maar gebeurt dit weinig of niet op initiatief van de leidinggevende. De informatiestroom van de leidinggevende richting het team ontbreekt, zoals respondent R het verwoordt.

*Respondent R: ‘En als je vraagt, naar dat proces: wat ik eerder veel heb meegemaakt op verpleegkundige afdelingen is dat een teamleider altijd zorgt voor dialoog met senioren. En dat via de senioren alles doorlekt naar de afdeling. En dan wist je vaker ook als afdeling: waar is men mee bezig. En [naam leidinggevende] doet dat niet. Die heeft weinig, vind ik, overleg met die senioren. En die laat al niks doordruppelen. Dus die informatiestroom daar, die ontbreekt nu ook.’*

*Verdeling bronnen:* ten tweede geven de respondenten aan dat zij dit signaal krijgen doordat zij, met name als het druk is, niet genoeg tijd krijgen voor overleg met collega’s of de leidinggevende of om hen feedback te geven, zoals ook respondent B aangeeft.

Respondent B: *‘Als het druk is niet. Nee. Ja weet je dan los ik het zelf wel even op. Want als ik dat tegen een collega moet gaan terugkoppelen zo van: joh, je hebt het zus en zo gedaan en je kunt het beter zo doen. Dat kost veel te veel tijd. Dan loop ik wel gewoon door.’*

*Reactie op incident:* tot slot geeft respondent O aan dat hij of zij dit signaal krijgt doordat de leidinggevende niet ingrijpt als de communicatie tussen collega’s niet goed verloopt.

Respondent O: ‘*Toen hadden we een akkefietje waar [naam leidinggevende] bij stond en toen zei [hij/zij] niks. En daar is [hij/zij] niet op teruggekomen. En ik ben toen naar [hem/haar] toegegaan op een gegeven moment en heb gezegd: sorry, maar ik was even van het padje en ik heb ook niet helemaal netjes gereageerd, maar met die collega was ik het ook niet helemaal mee eens. En toen zei [hij/zij]: ik had het wel door dat het niet helemaal goed ging. Maar dat werd dan niet actief ingegrepen van: jongens, we stoppen hier even, jullie komen alle twee even mee en wat is dit. Want dit doe je niet op de afdeling, want achteraf was het niet zo netjes en meer mensen hadden dit gehoord.’*

Samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten enerzijds het signaal krijgen dat open communicatie belangrijk is en weten welk gedrag verwacht, ondersteunt en beloond wordt op de afdeling doordat de leidinggevende hier op regelmatige basis aandacht aan besteedt, door de verdeling van bronnen en door het voorbeeld van de leidinggevende zelf. Anderzijds krijgen zij door het gedrag van de leidinggevende ook het signaal dat open communicatie niet belangrijk is op de afdeling. Dit signaal krijgen zij door het voorbeeld van de leidinggevende, de verdeling van bronnen en de reactie op een incident omtrent communicatie. De respondenten geven dus aan dat zij een inconsistent signaal ervaren uit het leiderschapsgedrag van hun leidinggevende over het belang van open communicatie en het gedrag wat verwacht, ondersteunt en beloond wordt op de afdeling.

*Afdeling II en IV*

Ook op afdeling II en IV zijn de respondenten bevraagd hoe zij aan het gedrag van hun leidinggevende merken dat open communicatie belangrijk is en weten welk gedrag verwacht, beloond en ondersteund wordt. De respondenten geven aan dat zij dit op verschillende manieren merken.

*Voorbeeld:* ten eerste door het voorbeeld van hun leidinggevende omtrent open communicatie.De respondenten geven aan dat hun leidinggevende richting hen de relevante informatie communiceert en zichzelf ook open en benaderbaar opstelt. Bijvoorbeeld doordat de deur van het kantoor altijd open staat en doordat hij of zij regelmatig op de werkvloer of in de koffiekamer te zien is, waardoor het voor de verpleegkundigen makkelijk is om hun leidinggevende aan te spreken.

Respondent F (afdeling IV): *‘**Maar als het iets groots is, is [naam leidinggevende] wel altijd bereikbaar. [Zijn/haar] kantoordeur staat altijd letterlijk open. Ook met het idee dat je altijd binnen kan lopen als je een vraag hebt.’*

*Aandacht besteden:* ten tweede merken zij dat doordat de leidinggevende regelmatig aandacht besteedt aan het belang van open communicatie en door aan te geven dat zij open dienen te communiceren richting hem of haar en de collega’s. Dit begint door het te benoemen als nieuwe verpleegkundigen door de leidinggevende rondgeleid worden op de afdeling, maar ook tijdens teamvergaderingen.

 Respondent H (afdeling II): *‘maar [naam leidinggevende] probeert wel altijd: mocht er wat zijn of heb je ergens last van, kom dan naar mij toe en maak het bespreekbaar, kunnen we samen een oplossing bedenken. Ons team is heel erg van het feedback geven en staat ook wel open voor feedback. Dat is ook wel hoe wij bekend staan. Dat wij wel een vrij direct team zijn, wat sommigen ook wel weer afschrikt, van: wow gaat het zo hier. Maar [naam leidinggevende] is daar wel heel erg op gericht.’*

*Verdeling bronnen*: ten derde is de verdeling van de beschikbare bronnen door de leidinggevende voor de respondenten een signaal dat open communicatie belangrijk is. Dit betreft met name de tijd die beschikbaar is voor overleg, maar ook de mogelijkheid tot het volgen van cursussen omtrent communicatie, zoals bijvoorbeeld respondent H ervaren heeft.

Respondent H (afdeling II)*: ‘Daarnaast kan [naam leidinggevende] nog ondersteunen in de vorm van cursussen aanbieden. We hebben een cursus communicatie gehad.*

*Coachen en leren*: tot slot geeft een deel van de respondenten op afdeling II aan dat de leidinggevende hen coacht en tips geeft omtrent open communicatie. Bijvoorbeeld als zij het moeilijk vinden om feedback te geven op collega’s. Respondent I: ‘*Nu vind ik persoonlijk feedback geven niet zo makkelijk. Ik denk altijd van: ja dat is mijn idee erover en klopt dat wel? Maar daar stimuleert [naam leidinggevende] ook altijd in, dat [hij/zij] zegt: ga het gewoon aan. Hou het bij jezelf, probeert het. En als het een reactie is van diegene die je niet had verwacht, dan is dat zo. Dan hoeft het niet per se aan mij te liggen. Kan natuurlijk ook dat diegene net een slechte dag heeft of wat dan ook*.’

Samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten op beide afdelingen een consistent signaal ontvangen door het gedrag van hun leidinggevende omtrent het belang van open communicatie en het gedrag wat daarbij verwacht, beloond en ondersteunt wordt. Dit merken zij met name door het voorbeeldgedrag van hun leidinggevende, doordat hun leidinggevende hier op regelmatige basis aandacht aan besteedt en door de verdeling van bronnen, zoals tijd en cursussen. Door respondenten op afdeling II wordt daarnaast het coachen en het geven van tips omtrent open communicatie genoemd.

## 4.6 Open communicatie: klimaatpercepties en leiderschapsgedrag op afdeling I, II en IV

Als het leiderschapsgedrag gericht op open communicatie op afdeling I, II en IV met elkaar vergeleken wordt, valt op dat de respondenten op afdeling I een inconsistent signaal ervaren door het gedrag van hun leidinggevende over de prioriteit die open communicatie heeft en het gedrag wat verwacht en ondersteund wordt. Op afdeling I noemen de respondenten enerzijds het regelmatig onder de aandacht brengen door de leidinggevende, het voorbeeldgedrag en de verdeling van bronnen door de leidinggevende als leiderschapsgedragingen waardoor zij merken dat open communicatie prioriteit heeft en weten welk gedrag verwacht wordt. Anderzijds geven de respondenten aan dat zij ook tegenstrijdige signalen ontvangen uit het gedrag van hun leidinggevende. Met name door het voorbeeld van de leidinggevende, de verdeling van bronnen en het niet ingrijpen bij problemen in de communicatie. Op afdeling II en IV ervaren de respondenten wel een consistent signaal door het gedrag van hun leidinggevende dat open communicatie prioriteit heeft op de afdeling en het gedrag wat verwacht en ondersteund wordt. Dit merken zij met name door de open manier van communiceren van de leidinggevende zelf, doordat de leidinggevende er regelmatig aandacht aan besteedt en door de verdeling van bronnen, zoals de beschikbare tijd voor overleg en cursussen. Tot slot is er op afdeling I een zwak klimaat voor open communicatie, terwijl er op afdeling II en IV een sterk klimaat voor open communicatie is (tabel 2).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Klimaat voor open communicatie** | **Leiderschapsgedragingen** |
| **Afdeling I** | Zwak | Inconsistent |
| **Afdeling II** | Sterk | Consistent  |
| **Afdeling IV** | Sterk | Consistent |

*Tabel 2: Percepties van klimaat voor open communicatie en leiderschapsgedrag gericht op open communicatie per afdeling.*

## 4.7 Klimaat voor kwaliteit van zorg

Op afdeling III geven alle respondenten aan dat kwaliteit van zorg in hun perceptie belangrijk is en prioriteit krijgt op de afdeling.

Respondent S: ‘*Dus ik denk wel dat de kwaliteit van zorg wel altijd bovenaan in ons prioriteitenlijstje staat, van wat je belangrijk vindt’*.

De respondenten zijn ook bevraagd op het gedrag wat verwacht, beloond en ondersteund wordt om bij te dragen aan de kwaliteit van zorg. Uit de analyse van de interviews blijkt dat in de perceptie van deze respondenten drie thema’s belangrijk zijn op de afdeling omtrent kwaliteit van zorg: werken conform de protocollen, patiëntgericht werken en de bekwaamheid van de medewerkers.

Ten eerste is er onder de respondenten een gedeelde perceptie over het protocollair werken op de afdeling. De respondenten geven aan dat van hen verwacht dat zij conform de protocollen werken die uit het Joint Commission International (JCI)-keurmerk voortvloeien. Het JCI is een onafhankelijk instituut dat de kwaliteit van zorg toetst aan een vastgesteld normenkader rondom kwaliteit en patiëntveiligheid (UMC, 2018).

Respondent S: ‘*Nou, wel dus dat je conform protocollen werkt. Dat zijn een beetje de standaarden die je met elkaar hebt afgesproken om zorg te leveren. Dat het een bepaalde kwaliteitsstandaard in ieder geval heeft […] Ja, JCI is daar ook onderdeel van. Dat is natuurlijk een bepaald keurmerk wat aan je afdeling wordt gehangen, maar daar zijn protocollen zeker een onderdeel van. Daar valt ook hygiënisch werken onder. Wat dat betreft is kwaliteit van zorg natuurlijk een heel breed begrip.’*

Ten tweede is er een gedeelde perceptie dat verwacht wordt dat er patiëntgericht gewerkt wordt. Dat wil zeggen: de zorg afgestemd op de persoonlijke wensen en behoeften van de patiënt. Hierbij staat de tevredenheid van de patiënt centraal, zolang de veiligheid van de patiënt niet in gevaar komt. De patiëntveiligheid krijgt volgens de respondenten prioriteit boven het patiëntgericht werken als het gaat om het bieden van goede kwaliteit van zorg, zoals ook blijkt uit het citaat van respondent N.

Respondent N: ‘J*e kunt wel een mooi protocol hebben […], maar ik denk dat je met het protocol in je hoofd heel goed de zorg kan aanpassen op de patiënt. Je hoeft dan niet altijd maar voor A of B te kiezen, je kan bijvoorbeeld ook een keer C doen. Of dat je denkt: die controles kunnen ook wel een kwartiertje later als [de patiënt] bijvoorbeeld fijn onder de douche zit. Dat je ook echt wel kijkt naar wat die patiënt op dat moment nodig heeft. Zolang dat veilig is doe ik dat ook*.

Tot slot is er op de afdeling een gedeelde perceptie dat van hen verwacht wordt dat zij bekwaam blijven om voldoende kwaliteit van zorg te leveren door middel van het doen van de verplichte e-learningmodules, zoals onder anderen respondent S aangeeft.

Respondent S: ‘*Hoe dat zich dan echt tot de kwaliteit van zorg verhoudt.. meer als je gaat kijken naar: is iedereen deskundig en bekwaam inderdaad. Daar hebben we de e-learning bijvoorbeeld voor die daar heel erg aan meewerken. Daar heeft [naam leidinggevende] -om [hem/haar] even terug te halen- ook altijd hele mooie lijstjes voor, voor welke e-learning dan weer gedaan moeten worden op jaarbasis. En welke vaardigheden je nog een keer extra moet laten toetsen.’*

Samenvattend kan gezegd worden dat op afdeling III een gedeelde perceptie bestaat dat kwaliteit van zorg belangrijk is op de afdeling. Daarnaast bestaat er een gedeelde perceptie van het gedrag wat verwacht, beloond en ondersteund onder de respondenten. Hierom is er sprake van een sterk klimaat voor kwaliteit van zorg op afdeling III.

## 4.8 Leiderschapsgedrag gericht op kwaliteit van zorg

Naast dat de respondenten van afdeling III op hun percepties omtrent een klimaat voor kwaliteit van zorg zijn bevraagd, is deze respondenten ook gevraagd hoe zij merken aan hun leidinggevende dat kwaliteit van zorg belangrijk is.

*Verdeling van bronnen*: de respondenten geven aan dat zij dit ten eerste merken aan de verdeling van bronnen door de leidinggevende. Concreet betekent dat de leidinggevende hen extra tijd geeft om e-learningmodules af te ronden. Ook wordt door de respondenten genoemd dat de leidinggevende in hun perceptie vaak bezig is met het rond krijgen van het rooster om voor voldoende personele bezetting op de afdeling te zorgen om voldoende kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Daarnaast zorgt hij of zij ervoor dat onervaren verpleegkundigen gekoppeld worden aan de ervaren verpleegkundigen, zoals respondent M verwoordt.

Respondent M: ‘*[Naam leidinggevende] probeert je altijd aan iemand te koppelen. Dus die gaat echt zeggen: jij werkt vandaag en op wie kan je terugvallen. Dat is meer [zijn/haar] ding.*

*Voorbeeldgedrag*: het voorbeeldgedrag van hun leidinggevende is voor de verpleegkundigen een signaal dat kwaliteit van zorg belangrijk is, zo blijkt uit de interviews. De respondenten geven aan dat hun leidinggevende hen ondersteunt door bij te springen als het onverwacht druk is op de afdeling, maar ook door problemen die het verlenen van kwalitatief goede zorg belemmeren op te verhelpen. Bijvoorbeeld door nieuwe apparaten te regelen als die kapot zijn of andere problemen die het verlenen van goede zorg belemmeren op te pakken, zoals respondent L aangeeft.

Respondent L: ‘*Jawel, wij moeten hier elke ochtend een hartfilmpje maken bij de [patiënten] en daar heb je van die losse apparaten voor. Als er eentje bij de technische dienst staat en de andere heeft een flikkerend scherm, dan pakt [naam leidinggevende] dat op. Dat is natuurlijk ook kwaliteit van zorg, want wij waren 's ochtends heel lang bezig omdat die apparaten stuk zijn. Dan gaat [hij/zij] dat wel fixen. […] Als wij ergens tegenaan lopen dan kunnen we dat lekker spuien en dat doet [hij/zij] er over het algemeen iets mee. Of [hij/zij] regelt dat iemand anders dat doet.*’

*Aandacht besteden*: ook noemen de respondenten het regelmatig onder de aandacht brengen van de kwaliteit van zorg, waardoor zij merken dat het belangrijk is. Dit gebeurd door de verpleegkundigen aan gemaakte afspraken omtrent de kwaliteit van zorg te herinneren, zoals ook blijkt uit het citaat van respondent M. Maar ook door hen te wijzen op de wekelijkse thema’s die centraal staan op de afdeling om de kwaliteit van zorg te verbeteren en bij de bespreking van de patiënten te benoemen hoe de verpleegkundigen patiëntgerichte zorg kunnen verlenen.

 Respondent M: *‘[naam leidinggevende] heeft wel invloed. Want de nieuwe maatregelen die verzint [hij/zij] samen met het team. En daar gaat [hij/zij] wel wat mee doen. Daarvan wil [hij/zij] wel dat die in de praktijk gebracht wordt. […] Op een gegeven moment zwakt dat weer af, maar [hij/zij] pikt dat wel weer op. [Hij/zij] wil wel dat die kwaliteit behouden wordt. Dus [hij/zij] spreekt mensen er wel op aan: jongens, dit was toch de afspraak? Dus [hij/zij] haalt dat wel iedere keer terug bij ons*.’

*Selectie, promotie en ontslag:* wat verder door de respondenten genoemd wordt, waardoor zij merken dat kwaliteit van zorg belangrijk is op de afdeling is doordat stagiaires die tijdens hun stage niet voldoende kwaliteit van zorg bieden niet aangenomen worden als zij solliciteren op de afdeling. Daarnaast dat de leidinggevende de verpleegkundigen die niet voldoende kwaliteit van zorg bieden het advies geeft om elders beter passend werk te zoeken. En doordat bij de promotie tot seniorverpleegkundige de motivatie voor het bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg een rol speelt, zoals respondent N ervaren heeft bij zijn of haar promotie tot seniorverpleegkundige.

Respondent N (seniorverpleegkundige): ‘*Ja, ik denk deels wel, ja. En natuurlijk, als senior draag je bij aan de kwaliteit van zorg door middel van projecten en dingen die je doet. Dus als je daar geen interesse in zou hebben, heb je niet op de juiste plek gesolliciteerd. Dus ja, dat hebben we wel besproken. En zij nemen dat denk ik ook vast wel mee*.’

*Beloning:* tot slot geven de respondenten aan dat zij een beloning krijgen als zij goede patiëntevaluaties krijgen, doordat de leidinggevende hen hier waardering voor geeft. Hoewel sommige respondenten aangeven een enkele keer een waardebon gekregen te hebben als beloning voor het leveren van goede zorg, geven de respondenten aan dat materiele beloningen in principe niet aan de orde zijn in de publieke zorgsector.

*Respondent S: ‘Belonen in de zin van dat je gewoon een keurige beoordeling krijgt voor op je evaluaties. Maar het is nooit een tastbare beloning in de zin van salarisverhoging. Zo werkt dat in de zorg gewoon niet. Maar wel natuurlijk complimentjes: goed gewerkt vandaag, fijn dat het kon. Dat wel.’*

Samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten een consistent signaal krijgen dat kwaliteit van zorg belangrijk is op de afdeling en weten wat het gedrag is wat verwacht, ondersteund en beloond wordt door de verdeling van bronnen door de leidinggevende, het voorbeeld wat de leidinggevende geeft, het regelmatig aandacht besteden aan de kwaliteit zorg, doordat kwaliteit van zorg een rol speelt bij de selectie, promotie en ontslag van verpleegkundigen en doordat de leidinggevende er op beloond. Tot slot is er op afdeling III sprake van een sterk klimaat voor kwaliteit van zorg (tabel 3).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Klimaat voor kwaliteit van zorg** | **Leiderschapsgedragingen** |
| **Afdeling III** | Sterk | Consistent |

*Tabel 3: Percepties van een klimaat voor kwaliteit van zorg en leiderschapsgedrag gericht op kwaliteit van zorg op afdeling III.*

## 4.9 Extra bevinding: de rol van seniorverpleegkundigen

Hoewel respondenten hier niet expliciet op bevraagd zijn, is tijdens de interviews gebleken dat de seniorverpleegkundigen leiderschapsgedragingen vertonen waardoor zij invloed zouden kunnen hebben op wat belangrijk wordt gevonden op de afdeling en het gedrag wat verwacht, beloond en ondersteund. Dit gebeurd op verschillende manieren, zo geven de respondenten aan.

*Aandacht besteden*: ten eerste zijn de seniorverpleegkundigen op afdeling III en IV betrokken de aansturing van de verpleegkundigen door regelmatig aandacht te besteden aan gemaakte afspraken en nieuwe regels en ontwikkelingen omtrent patiëntveiligheid om veilige zorg te kunnen blijven leveren, zoals respondent M en A aangeven.

 Respondent M (seniorverpleegkundige afdeling III): ‘*Ja, wij sturen eigenlijk een groot deel van de collega's aan. […] Als er nieuwe dingen zijn, dan willen ze daar echt wel aan meewerken. Alleen moet je ervoor zorgen dat het blijft en dat het niet afzwakt. Zoals dat infuus checken aan het begin van iedere dienst, op een gegeven moment zag je dat afzwakken. En dan moet iemand het wel weer oppakken. En soms vinden ze dat weleens vervelend: heb je [hem/haar] weer*.

Respondent A (seniorverpleegkundige afdeling IV): ‘*Zeker de seniorverpleegkundigen. Die hebben allemaal hun eigen aandachtsgebieden en daar zit ook vaak wel iets bij van een bepaald risicogebied. Iemand is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor alles rondom de valpreventie en iemand anders weer rondom de [specifieke patiënten]zorg. En die zorgt dan dat iedereen op de hoogte blijft van de nieuwe regels en ontwikkelingen enzo. […] Ik maak dan ook van die trendanalyses: welk soort meldingen zien wij het meest, hoe komt dat nou en zie ik hier ergens een trend in? Dat we bijvoorbeeld standaard op het verkeerde knopje duwen. Dat probeer ik dan ook via de nieuwsbrieven, de mail en mondeling door te geven, zodat mensen daar allemaal alert op zijn.*’

*Selectie nieuwe medewerkers*: verder werd op afdeling IV aangegeven dat de seniorverpleegkundigen betrokken zijn bij de selectie van nieuwe medewerkers, doordat zij tijdens sollicitatiegesprekken sollicitanten samen met de leidinggevende beslissen of iemand in staat is om bij te dragen aan het leveren van veilige zorg.

Respondent P (seniorverpleegkundige afdeling IV): ‘*Maar normaal gesproken zijn dat wel seniorverpleegkundigen. Die hebben dan al iets meer werkervaring en die kunnen dan andere vragen stellen dan [naam leidinggevende] zou willen weten. Bijvoorbeeld echt meer zorg gerelateerd of hoe ze dingen zouden aanpakken. Wat ze belangrijk vinden natuurlijk in de gegeven zorg. Ja meestal filteren we dan wel uit of iemand bepaalde kwaliteiten heeft ja of nee. Natuurlijk weet je nooit hoe iemand werkt of hoe die bepaalde dingen aanpakt op het gebied van veiligheid, dat weet je niet. Ze kunnen natuurlijk van alles zeggen tijdens zo'n gesprek. Maar ja er zijn wel bepaalde speerpunten die je in het gesprek naar voren laat komen*.’

*Voorbeeldgedrag seniorverpleegkundige:* op afdeling II werd door de respondenten aangegeven dat het voorbeeldgedrag van onder andere de seniorverpleegkundigen in de perceptie van de respondent invloed heeft op het gedrag wat andere verpleegkundigen gaan vertonen omtrent open communicatie.

Respondent H (seniorverpleegkundige afdeling II): ‘*Ja, dat denk ik wel. Iedereen heeft dat natuurlijk, maar als seniorverpleegkundige en als leidinggevende heb je helemaal een voorbeeldfunctie. En vooral de nieuwere verpleegkundigen die gaan jou toch volgen, want ze weten niet hoe het anders moet. Want als jij hen daarin niet het juiste voorbeeld in geeft, gaat roddelen of wat dan ook, dan wordt dat nagedaan en krijg je geen open communicatie*.’

Naast dat de seniorverpleegkundigen invloed zouden kunnen hebben op de klimaatpercepties van de andere verpleegkundigen door het vertonen van de hierboven genoemde leiderschapsgedragingen, hebben de seniorverpleegkundigen invloed op het bepalen van de gewenste klimaten op de afdeling doordat zij mede bepalen wat belangrijk is omtrent patiëntveiligheid en hoe dit vertaald moet worden naar concreet gedrag op de afdeling.

Respondent O (seniorverpleegkundige afdeling I): ‘*Dan hebben we brainstormsessies tijdens een lunch. En dan gaan we kijken: joh, wat vinden we nou belangrijke punten. Nou goed, eerst maar alles opschrijven. En dan gaan we clusteren. Oke, dat valt onder medicatieveiligheid, dat onder patiëntveiligheid, dat valt onder [specifieke aandoening]. Noem maar op. En uiteindelijk gaan we zo volgens de trechtervorm hoofdonderwerpen bedenken. En uiteindelijk hadden we hoofdonderwerpen. En dat wordt dan onderverdeeld van: oke, dat valt onder de kliniek, dat onder de artsen of medische staf, dat valt onder het consultteam, dat valt onder verpleegkundigen op de afdeling. Dat wordt zo uitgesplitst. En toen hebben wij dus als seniorverpleegkundigen in een klein groepje bij elkaar gaan zitten: wat vinden wij als verpleegkundigen van de afdeling? Dit zijn de onderwerpen en wat gaan we er nou concreet voor stappen dit jaar in ondernemen.’*

Samenvattend kan gezegd worden dat uit de interviews blijkt dat de seniorverpleegkundigen verschillende leiderschapsgedragingen vertonen, waardoor de andere verpleegkundigen het signaal zouden kunnen ontvangen waardoor zij weten dat een (strategisch) doel belangrijk is op de afdeling en weten welk gedrag verwacht, beloond en ondersteunt wordt.

# 5. Conclusie

In het voorgaande hoofdstuk is een overzicht geboden van de relevante onderzoeksresultaten die nodig zijn om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Op basis van deze resultaten zal een antwoord gegeven worden op de geformuleerde empirische deelvragen. Ook zal op basis van de resultaten een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag in dit onderzoek.

5.1 Beantwoording deelvraag 1**: *percipiëren verpleegkundigen een klimaat voor patiëntveiligheid en een klimaat voor open communicatie op de afdeling in het UMC Utrecht?***

In dit onderzoek is de vooraf de nadruk gelegd op een tweetal strategische klimaten, namelijk een klimaat voor veiligheid en een klimaat voor open communicatie. Uit de resultaten blijkt dat een klimaat voor patiëntveiligheid op één afdeling als onderdeel van kwaliteit van zorg gezien wordt en dat open communicatie niet als belangrijk gezien wordt. Daarnaast heeft één afdeling een zwak klimaat voor patiëntveiligheid en een zwak klimaat voor open communicatie. Op twee andere afdelingen wordt wel een sterk klimaat voor patiëntveiligheid en open communicatie ervaren. Ook wordt op één afdeling een sterk klimaat voor kwaliteit van zorg ervaren. Dit komt overeen met de vooraf geformuleerde verwachting dat strategische klimaten tussen afdelingen met elkaar kunnen verschillen in aan- of afwezigheid van een bepaald klimaat of de sterkte van een strategische klimaat.

5.2 Beantwoording deelvraag 2**: *hoe manifesteert zich het strategisch leiderschapsgedrag gericht op patiëntveiligheid en open communicatie in de perceptie van verpleegkundigen in het UMC Utrecht?***

Uit de resultaten blijkt dat het leiderschapsgedrag waardoor de respondenten merken dat patiëntveiligheid belangrijk is en weten wat van hen verwacht wordt om bij te dragen aan de patiëntveiligheid voornamelijk bestaat uit het regelmatig onder de aandacht brengen van patiëntveiligheid, de verdeling van bronnen en de reactie op een kritiek veiligheidsincident. Leiderschapsgedrag waardoor respondenten merken dat open communicatie belangrijk is en weten wat van hen verwacht wordt omtrent open communicatie, bestaat voornamelijk uit het regelmatig onder de aandacht brengen door de leidinggevende, het voorbeeld dat de leidinggevende zelf geeft en door de verdeling van bronnen. Hoewel vooraf gefocust werd op leiderschapsgedrag gericht op patiëntveiligheid en open communicatie heeft dit onderzoek ook nog relevante informatie opgeleverd over het leiderschapsgedrag gericht op kwaliteit van zorg. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat leiderschapsgedrag waardoor respondenten merken dat kwaliteit van zorg belangrijk is en weten wat van hen verwacht wordt bestaat uit het regelmatig onder de aandacht brengen, voorbeeldgedrag, de verdeling van bronnen, de selectie, promotie en ontslag van verpleegkundigen en door beloning van gewenst gedrag. Tot slot moet opgemerkt worden dat de bevindingen laten zien dat de gedragingen hoofdzakelijk overeen komen bij de verschillende afdelingen, maar dat er ook verschillen bestaan in gepercipieerd leiderschapsgedrag tussen de afdelingen. Het strategisch leiderschapsgedrag kan dus per leidinggevende verschillen.

5.3 Beantwoording van de hoofdvraag**:**

*Wat is de relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en de strategische klimaten in de ziekenhuiscontext bij verpleegkundigen?*

In bovenstaande alinea’s zijn de empirische deelvragen beantwoord over de strategische klimaten en het gepercipieerde leiderschapsgedrag op de afdelingen. De verwachting omtrent de relatie tussen het strategisch leiderschapsgedrag en strategisch klimaat was dat het vertonen van de door Schein (2010) gedefinieerde leiderschapsgedragingen waardoor medewerkers het signaal krijgen dat een strategisch doel belangrijk is en welke gedragingen gewenst, ondersteunt en beloont worden, leidt een sterk strategisch klimaat op de afdeling.De resultaten bevestigen deze verwachting niet. De leidinggevende op afdeling I vertoont in de perceptie van de respondenten gedrag wat richting hen communiceert dat patiëntveiligheid en open communicatie prioriteit heeft op de afdeling en waardoor zij weten wat verwacht wordt, maar op deze afdeling is zwak klimaat voor zowel patiëntveiligheid als open communicatie. Een factor die wel invloed lijkt te hebben op het wel of niet aanwezig zijn van een sterk strategisch klimaat op de afdeling, is de (in)consistentie in het leiderschapsgedrag. Op afdeling I percipiëren respondenten namelijk enerzijds gedrag van hun leidinggevende waardoor zij merken dat patiëntveiligheid en open communicatie prioriteit heeft en weten welk gedrag verwacht wordt op de afdeling, maar geven zij anderzijds ook aan dat hun leidinggevende gedrag vertoont waardoor zij het signaal krijgen dat de genoemde doelen niet belangrijk zijn en niet weten welk gedrag van hen verwacht wordt. Dit inconsistente leiderschapsgedrag lijkt ertoe te leiden dat er geen gedeelde perceptie is bij de verpleegkundigen over het belang van patiëntveiligheid en open communicatie en leidt bij verpleegkundigen ook tot onduidelijkheid over het gedrag wat verwacht wordt om bij te dragen aan deze doelen. Op de afdelingen II, III en IV ervaren respondenten wel een consistent signaal uit het leiderschapsgedrag van hun leidinggevende en hebben zij ook een gedeelde perceptie van wat belangrijk is op de afdeling en het gedrag dat verwacht wordt op bij te dragen aan deze doelen. Daarbij verschillen de strategische klimaten van enerzijds de afdelingen II en IV en anderzijds de afdeling III, wat het gevolg lijkt te zijn van het leiderschapsgedrag van de leidinggevenden op die afdelingen wat een consistent signaal afgeeft over de doelen die op die afdelingen belangrijk zijn en het gedrag wat verwacht wordt om bij te dragen aan deze doelen. Al met al kan dus geconcludeerd worden de leidinggevende via verschillende leiderschapsgedragingen richting de medewerkers expliciet en impliciet communiceert of een strategisch doel belangrijk is op de afdeling en welke gedragingen verwacht en ondersteunt worden. Leiderschapsgedrag wat consistent hetzelfde signaal afgeeft over de prioriteit en het verwachte gedrag omtrent een strategisch doel lijkt daarbij te leiden tot een sterk strategisch klimaat, terwijl inconsistent leiderschapsgedraging lijkt te leiden tot een zwak strategisch klimaat.

# 6. Discussie

Nu in het vorige hoofdstuk een antwoord is gegeven op de hoofdvraag in dit onderzoek, zullen in dit hoofdstuk de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek geconfronteerd worden met de bestaande literatuur (6.1). Daarnaast zal er kritisch gereflecteerd worden op de methodologische beperkingen van dit onderzoek (6.2). Vervolgens zal op basis van de belangrijkste bevindingen en de methodologische beperkingen, aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek (6.3). Ook zullen er aanbevelingen gedaan worden voor de praktijk (6.4). Tot slot zal deze scriptie in de laatste paragraaf afgesloten worden (6.5).

## 6.1 Koppeling literatuur en resultaten

Ten eerste komt in dit onderzoek naar voren dat de leidinggevende via verschillende leiderschapsgedragingen richting de medewerkers expliciet en impliciet communiceren welke strategisch doelen belangrijk zijn op de afdeling en welke gedragingen verwacht en ondersteunt worden. Dit komt overeen met de *signaling theory* die stelt dat observeerbare acties van een actor door de ontvanger wordt geïnterpreteerd als signaal over minder observeerbare kenmerken. Dit komt doordat er een informatieasymmetrie bestaat tussen zender en ontvanger over deze minder observeerbare kenmerken van de zender (Connelly, Certo, Ireland & Reutzel, 2011). In dit onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen de observeerbare gedragingen van hun leidinggevende interpreteren als signaal over de prioriteit van een strategisch doel en het verwachte gedrag op de afdeling. Het gedrag van de leidinggevende lijkt daarbij te leiden tot het percipiëren van verschillende sterke klimaten op de verschillende afdelingen. Deze bevinding wordt ondersteunt door onderzoek van García-Granero, Llopis, Fernández-Mesa en Alegre (2015), waarin de relatie tussen risicovolgedrag van managers en een klimaat voor risiconemen onderzocht is. Dit wordt ook bevestigd door Dragoni (2005) die stelt dat leidinggevenden aan hun medewerkers overdragen welke doelen prioriteit hebben door gedragingen en praktijken te vertonen die dit ondersteunen en bekrachtigen. Deze gedragingen zijn signalen voor de medewerkers over wat verwacht en gewaardeerd wordt. Zohar en Luria (2004, p.323) refereren in dit verband aan het concept ‘*pattern orientiation’,* waarmee zij ‘het patroon van het gedrag van de leidinggevende bedoelen dat de nadruk legt op de prioriteit van een doel ten opzichte van andere concurrerende doelen’. Zij stellen dat het door medewerkers waargenomen patroon van acties en beslissingen dat genomen wordt door de leidinggevende wanneer hij of zij geconfronteerd wordt met conflicterende eisen of doelen, communiceert welke type gedragingen beloond en ondersteunt worden. Dit komt in huidig onderzoek het duidelijkst naar voren in de verdeling van personele bronnen door de leidinggevenden, wat voor de respondenten het signaal afgeeft dat patiëntveiligheid en open communicatie prioriteit heeft op de afdeling. Uit recente cijfers (NVZ, 2017) blijkt dat onder verpleegkundigen personeelstekorten zijn en dat verpleegkundigen een hoge werkdruk ervaren. Ook in de interviews is dit regelmatig benoemd door de respondenten. Personele bronnen in het ziekenhuis zijn dus schaars. Waar de leidinggevende dus zijn of haar personele bronnen inzet, zegt iets over de prioriteit die een doel heeft ten opzichte van de andere doelen. Hoewel dit niet expliciet naar voren komt bij de inzet van de tijd van de leidinggevende zelf, bijvoorbeeld door regelmatig aandacht aan een strategisch doel te besteden, zou het een logische verklaring kunnen zijn voor de bevinding in dit onderzoek dat deze leiderschapsgedragingen de verpleegkundigen een signaal afgeven over de prioriteit van een strategisch doel op de afdeling.

Ten tweede komt in dit onderzoek naar voren komt is dat onderlinge consistentie in het gedrag van leidinggevenden van belang lijkt te zijn bij het creëren van de gewenste klimaten. Als een leidinggevende gedrag vertoont wat steeds hetzelfde signaal afgeeft over het belang van een strategisch doel lijkt dit namelijk te leiden tot een sterk strategische klimaat, terwijl inconsistent leiderschapsgedrag, lijkt te leiden tot een zwak strategisch klimaat. Dit komt overeen met onderzoek van Zohar (2000) waaruit blijkt dat een consistent patroon aan acties van leidinggevenden samenhangt met een sterk klimaat voor veiligheid. Zohar en Luria (2004, p.323) refereren in dit verband aan het concept ‘*pattern variability*’. Dat is ‘de mate waarin vergelijkbare gebeurtenissen of onvoorziene gebeurtenissen vergelijkbare acties uitlokken bij de leidinggevende waardoor blijkt dat het ene doel prioriteit heeft boven het andere doel’. In dit onderzoek blijkt dat het niet alleen gaat om vergelijkbare acties, maar om het signaal wat respondenten moeten ontvangen uit deze acties, waarbij de consistentie van dit signaal lijkt te leiden tot een sterk strategisch klimaat. Verder wordt in onderzoek van Leroy en collega’s (2012) geconcludeerd dat integriteit in het gedrag van de leidinggevende positief gerelateerd is aan het belang dat aan veiligheid wordt gehecht in een team. Met integriteit in het gedrag refereren de onderzoekers naar de mate waarin leidinggevenden consistent handelen volgens wat zij belangrijk zeggen te vinden. De relevantie van consistentie is volgens Schein (2010) dat inconsistentie in hetgeen waar de leidinggevende aandacht aan besteed, en waar hij of zij op controleert ervoor kan zorgen dat de werknemers moeite hebben om te ontdekken wat de leidinggevende echt wil en ook het risico met zich meebrengt dat werknemers de leidinggevende motieven toeschrijven die de leidinggevende niet heeft. Ook onderzoek van Cha en Edmonsson (2006) bevestigd dat inconsistent leiderschapsgedrag het risico met zich meebrengt dat de medewerkers de leidinggevende motieven toe gaan schrijven die de leidinggevende niet heeft voor het vertoonde gedrag. Medewerkers zullen in dat geval eerder uit het gedrag van hun leidinggevende het signaal ontvangen dat een strategisch doel niet of minder belangrijk is op de afdeling.

Tot slot komt in dit onderzoek de rol van de seniorverpleegkundigen naar voren binnen het team. Zij hebben invloed op het beleid op de afdelingen en sturen zij verpleegkundigen aan op de werkvloer. Daarnaast hebben zij een voorbeeldfunctie voor de andere verpleegkundigen. Dit kan gezien worden als een vorm van informeel leiderschap, waardoor zij mogelijk klimaatpercepties onder verpleegkundigen beïnvloeden. Informele leiders zijn individuen zonder formele titel of autoriteit die dienen als pleitbezorgers van de organisatie, en de bijdragen van zichzelf en anderen versterken door hun kennis en expertise in te zetten in het belang van het team (Downey, Parslow & Smart, 2011). Ook in de literatuur is steeds meer aandacht voor de rol van informeel leiderschap onder verpleegkundigen. Zo is door Lawson (2016) en Douglas, Tecson, Shaver, Barnes & Kavli (2018) onderzoek gedaan naar de invloed van informele leiders onder verpleegkundigen op de patiënttevredenheid. Lawson (2016) vond echter geen significante relatie tussen de leiderschapsstijl van informele leiders en de patiënttevredenheid op de afdeling. Ook Douglas en collega’s (2018) konden geen significante invloed vinden tussen het percentage informele leiders en de patiënttevredenheid op de afdeling. Hoewel de eerste onderzoeken dus geen significante invloed van informele leidinggevende op de teamprestaties rapporteren, is het te vroeg om de invloed van hen uit te sluiten. De onderzoekers geven aan dat meer onderzoek nodig is om de rol en invloed van informele leiders onder verpleegkundigen te kunnen vaststellen.

## 6.2 Kritische reflectie op de methode

Een eerste belangrijke reflectie op de methode in dit onderzoek is natuurlijk dat er, door het gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode, geen conclusies kunnen getrokken worden over een causaal verband tussen het leiderschapsgedrag en de strategische klimaten. Het onderzoek dient dan ook gezien te worden als verkenning van de mechanismen waardoor leidinggevenden door hun gedrag invloed kunnen hebben op het strategisch klimaat.

Verder is dit onderzoek is bij het benaderen van de respondenten via de leidinggevenden van de afdelingen gevraagd of de verpleegkundigen op de afdeling geïnterviewd konden worden voor dit onderzoek. Dit is gedaan, omdat dit de wens van het UMC Utrecht was. Direct verpleegkundigen benaderen zou namelijk onrust op de afdelingen kunnen veroorzaken. Dit kan echter het gevaar opleveren dat de leidinggevenden met name respondenten vraagt waarvan hij of zij denkt dat zij positieve antwoorden zullen geven over het klimaat en het leiderschapsgedrag. Gezien de resultaten op afdeling I lijkt dit echter niet het geval te zijn. Ook gaven respondenten op meerdere afdelingen aan het eind van het interview aan waar de verbeterpunten voor de afdeling of de leidinggevende liggen. Omdat dit geen relevante data voor de beantwoording van de onderzoeksvraag was, is dit niet in de resultaten terug te vinden. Toch laat dit wel zien dat respondenten ook kritisch durfden te zijn op de gang van zaken op de afdeling en op het gedrag van de leidinggevenden.

Ten derde is leiderschapsgedrag in dit onderzoek gemeten door alleen te vragen naar de perceptie van verpleegkundigen van het leiderschapsgedrag en niet bijvoorbeeld de perceptie van de leidinggevende zelf of andere actoren die te maken hebben met de leidinggevenden. Hierdoor kan een onvolledig of eenduidig beeld ontstaan van het gedrag van leidinggevenden in het ziekenhuis. In dit onderzoek is echter juist het signaal over het belang van de strategische doelstellingen op de afdeling wat verpleegkundigen ontvangen uit het gedrag van hun leidinggevenden, relevant. Net zoals er verschillen kunnen zijn tussen de werkelijke HR-praktijken zoals zij door leidinggevenden geïmplementeerd worden en hoe zij gepercipieerd worden door de werknemers (Wright & Nishii, 2013), kunnen er verschillen zitten tussen het leiderschapsgedrag in de perceptie van leidinggevenden en het gedrag in de perceptie van de werknemers (Fleenor et al., 2010). Hierbij zijn het de werknemers die door het gedrag van hun leidinggevende percepties vormen over het belang van de strategische doelen en de gedragingen die verwacht worden om bij te dragen aan deze doelen (Schein, 2010). Ook uit eerder onderzoek blijkt dat de percepties van de medewerkers van de acties van de leidinggevende omtrent veiligheid sterker zijn gerelateerd aan de attitudes en de reacties van medewerkers dan de acties die de leidinggevende zelf aangeeft te ondernemen (Alingh et al., 2018). Daarnaast is bij het uitvragen van de percepties werknemers van het leiderschapsgedrag het risico op sociaal wenselijk antwoorden kleiner dan wanneer dit aan de leidinggevende zelf wordt gevraagd (Wong & Cummings, 2007). Daarom is in dit onderzoek ook de keuze gemaakt om de percepties van verpleegkundigen uit te vragen in plaats van de percepties van de leidinggevenden of andere actoren.

Tot slot is de respondenten niet expliciet gevraagd naar gedrag van de leidinggevende waardoor zij merken dat een strategisch doel *niet* belangrijk is op de afdeling. Tijdens de interviews is namelijk gevraagd naar het gedrag van de leidinggevende, waardoor zij merken dat een strategische doel juist wel belangrijk is. De vraagstelling naar het leiderschapsgedrag was dus enigszins suggestief. Aangezien de respondenten op afdeling I echter wel aangaven dat de leidinggevenden gedrag vertoont wat hen het signaal geeft dat het strategisch doel niet belangrijk is, doet dit geen afbreuk aan dit onderzoek. Bovendien is de respondenten gevraagd of hun leidinggevende het strategisch doel ook belangrijk vindt, wat hen de ruimte biedt om dit ontkennend te beantwoorden.

## 6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ten eerste laat dit onderzoek zien dat de leidinggevende via verschillende leiderschapsgedragingen richting de medewerkers expliciet en impliciet communiceren of een strategisch doel belangrijk is op de afdeling en welke gedragingen verwacht en ondersteunt worden. Hierbij lijkt onderlinge consistentie in het gedrag van leidinggevenden van belang te zijn bij het creëren van de gewenste klimaten. Als een leidinggevende gedrag vertoont wat steeds hetzelfde signaal afgeeft over het belang van een strategisch doel lijkt dit namelijk te leiden tot een sterk strategische klimaat, terwijl inconsistent leiderschapsgedrag, lijkt te leiden tot een zwak strategisch klimaat. Dit biedt belangrijke aanknopingspunten voor longitudinaal vervolgonderzoek om een causaal verband tussen het de consistentie in het leiderschapsgedrag en een sterk strategisch klimaat vast te stellen.

Verder laat onderzoek van Cha en Edmondson (2006) zien dat inconsistent leiderschapsgedrag de interpretatie van leiderschapsgedrag in de toekomst beïnvloedt. Zij stellen dat inconsistent leiderschapsgedrag kan leiden tot hypocrisie attributie bij werknemers en zo ook de percepties van leiderschapsgedrag in de toekomst negatief zullen beïnvloeden. Met hypocrisie attributie bedoelen de onderzoekers dat gedrag van leidinggevenden wat niet overeenkomt met de waarden van een organisatie door werknemers geïnterpreteerd wordt als het opzettelijk schenden van de waarden, zonder dat de werknemers overwegen dat er mogelijk alternatieve, legitieme verklaringen zijn voor dit gedrag. Het onderzoek laat zien dat het vaker vertonen van inconsistent gedrag ertoe leidt dat werknemers dit gedrag vaker zullen interpreteren als het opzettelijk schenden van de waarden van de organisatie. Of verpleegkundigen leiderschapsgedrag eerder zullen gaan interpreteren als signaal dat de strategische doelstellingen niet belangrijk zijn in plaats van op zoek te gaan naar mogelijke legitieme verklaringen voor dit gedrag bij het vaker vertonen van inconsistent gedrag, valt nu nog niet te zeggen. Meer onderzoek is nodig om te bepalen of er een relatie is tussen inconsistent leiderschapsgedrag en de percepties van toekomstig leiderschapsgedrag.

Daarnaast blijkt datregelmatig onder de aandacht brengen van patiëntveiligheid, de verdeling van bronnen, de reactie op een kritiek veiligheidsincident en het meten en controleren leiderschapsgedragingen zijn waardoor verpleegkundigen merken dat patiëntveiligheid belangrijk is en weten wat zij moeten doen om bij te dragen aan de patiëntveiligheid. Leiderschapsgedrag waardoor respondenten merken dat open communicatie belangrijk is, bestaat uit het regelmatig onder de aandacht brengen, het voorbeeld dat de leidinggevende zelf geeft en door de verdeling van bronnen. Ook is in dit onderzoek naar voren gekomen dat leiderschapsgedrag waardoor de respondenten merken dat kwaliteit van zorg belangrijk is, bestaat uit de verdeling van bronnen door de leidinggevende, het voorbeeld wat de leidinggevende geeft, het regelmatig aandacht besteden aan de kwaliteit zorg, doordat kwaliteit van zorg een rol speelt bij de selectie, promotie en ontslag van verpleegkundigen en doordat de leidinggevende erop beloond. Op basis van dit onderzoek valt niet te zeggen in welke mate deze afzonderlijke leiderschapsgedragingen invloed op de klimaatpercepties omtrent patiëntveiligheid en open communicatie hebben en of de leiderschapsgedragingen elkaar mogelijk onderling versterken, zoals er ook ‘bundels HR-praktijken’ zijn die elkaar onderling versterken (Becker, Huselid, Pickus & Spratt, 1997; Veld et al., 2010). Om vast te kunnen stellen welke ‘bundel’ gedragingen leidinggevenden moeten vertonen om zo effectief mogelijk de gewenste klimaatpercepties onder verpleegkundigen te vormen, is meer onderzoek nodig. Ook kan op basis van dit onderzoek niet gezegd worden of het vertonen van meer ‘soorten’ leiderschapsgedragingen, invloed heeft op het strategisch klimaat. Hier dient dus meer onderzoek naar gedaan te worden, alvorens hier conclusies over getrokken kunnen worden.

Tot slot is in dit onderzoek gebleken dat seniorverpleegkundigen min of meer als informeel leidinggevenden functioneren op de afdeling. Gezien het feit dat zij betrokken worden bij het bepalen van het beleid, de vertaling ervan richting de verpleegkundigen en van hen verwacht wordt zij de verpleegkundigen aansturen, is het niet onwaarschijnlijk dat zij invloed hebben op de klimaatpercepties onder verpleegkundigen. Hoewel er in de eerste onderzoeken naar de rol van informele leiders onder verpleegkundigen geen significante invloed op patiënttevredenheid wordt gerapporteerd (Douglas et al., 2018; Lawson, 2016), is verder onderzoek nodig om te bepalen of dit ook voor andere kwaliteitscriteria, zoals patiëntveiligheid geldt. Daarnaast verdient het aanbeveling om onderzoek te doen naar de invloed van seniorverpleegkundigen op de klimaatpercepties onder verpleegkundigen en hun rol binnen het team.

## 6.4 Aanbeveling voor de praktijk

In dit onderzoek zijn bevindingen gedaan omtrent de invloed van leiderschapsgedrag op een klimaat voor patiëntveiligheid, een klimaat voor open communicatie en een klimaat voor kwaliteit van zorg die van waarde kunnen zijn voor het UMC Utrecht. Deze bevindingen zullen hieronder vertaald worden in een praktische aanbeveling voor de leidinggevenden in het UMC Utrecht, en mogelijk ook in andere organisaties waarvoor het relevant is om genoemde strategische klimaten te creëren.

Een logische, uit dit onderzoek voortvloeiende, aanbeveling is dat leidinggevenden zich bewust moeten zijn van het feit dat zij door hun gedrag een signaal communiceren over het de prioriteit van een strategisch doel en het gedrag wat verwacht wordt. In dit onderzoek is al gebleken dat er een aantal leiderschapsgedragingen is, waardoor bijna alle respondenten aangeven het signaal te krijgen dat patiëntveiligheid, open communicatie of kwaliteit van zorg belangrijk is. Het verdient aanbeveling dat leidinggevende regelmatig inventariseren wat de klimaatpercepties van de medewerkers zijn en regelmatig feedback krijgen van medewerkers op zijn of haar gedrag als leidinggevende. Dit draagt namelijk bij aan een vergroot bewustzijn bij de leidinggevende van de klimaatpercepties die medewerkers hebben van zijn of haar gedrag (Bailey & Fletcher, 2002; Pronovost et al., 2005). Uit eerder onderzoek blijkt dat de percepties van de medewerkers van de acties van de leidinggevende omtrent veiligheid sterker zijn gerelateerd aan de attitudes en de reacties van medewerkers dan de acties die de leidinggevende zelf aangeeft te ondernemen (Alingh et al., 2018). Om zo effectief mogelijk te sturen op de gewenste uitkomsten, dienen leidinggevenden dus te weten hoe zijn of haar gedrag gepercipieerd wordt door de medewerkers. Allereerst kan dat door met de medewerkers in gesprek te gaan over zijn of haar percepties van het leiderschapsgedrag dat het leidinggevende vertoont. Een ander optie is om medewerkers anoniem feedback te vragen over het leiderschapsgedrag, aangezien dit de meest eerlijke antwoorden oplevert (Brutus & Derayeh, 2002). Als deze anonimiteit niet gegarandeerd kan worden, zullen zij namelijk minder snel kritisch durven zijn, waardoor het risico bestaat dat de leidinggevende alsnog geen realistisch beeld heeft de percepties van medewerkers (Atwater, Brett, & Charles, 2007). Gezien de relevantie van een klimaat voor patiëntveiligheid en open communicatie in het UMC Utrecht voor de veiligheid van de patiënt (Hofman & Mark, 2006; Squires, Tourangeau, Spence-Laschinger & Doran, 2010), is het namelijk belangrijk dat leidinggevenden er alles aan doen om voor een sterk klimaat voor patiëntveiligheid te zorgen.

Ten tweede verdient het aanbeveling dat leidinggevenden in het UMC Utrecht geen leiderschapsgedrag vertonen wat een inconsistent signaal geeft richting de medewerkers. De bevindingen in dit onderzoek laten zien enkele gedragingen van leidinggevenden die medewerkers het signaal geven dat de strategische doelen van een organisatie niet belangrijk zijn, meerdere gedragingen waardoor medewerkers het signaal krijgen dat het de strategische doelstellingen wel belangrijk zijn, ongeloofwaardig doen lijken. Hoewel op basis van dit onderzoek geen conclusies getrokken kunnen worden over een causaal verband tussen consistent leiderschapsgedrag en strategisch klimaat, lijken de bevindingen in dit onderzoek hier wel op te duiden. Bovendien bleek al eerder uit onderzoek van Zohar (2000) dat een consistent patroon aan acties van leidinggevenden samenhangt met een sterk klimaat voor veiligheid. Ook hierbij is dus een bewustzijn bij de leidinggevende van de percepties van de medewerkers over zijn of haar leiderschapsgedrag aan te bevelen.

## 6.5 Afsluitend

In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen strategisch leiderschapsgedrag en het strategisch klimaat onder verpleegkundigen in het UMC Utrecht. In dit onderzoek blijkt dat leidinggevenden middels verschillende gedragingen richting de medewerkers communiceren of een strategisch doel prioriteit heeft op de afdeling en welk gedrag verwacht, beloont en ondersteunt wordt. Het vertonen van consistent leiderschapsgedrag lijkt daarnaast belangrijk te zijn bij het vormen van een sterk strategisch klimaat. In de inleiding en het theoretisch kader zijn de uitdagingen geschetst waar ziekenhuizen in de Nederlandse context mee te maken hebben. Dit onderzoek levert een bijdrage door de mechanismen te verkennen waardoor leidinggevenden een rol kunnen spelen bij het creëren van strategische klimaten en daarmee indirect aan het behalen van de strategische doelen van een organisatie.

# Bronnenlijst

Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annual Review of Public Health*, 35, 255-274.

Al-Amin, M., Makarem, S. C., & Rosko, M. (2016). Efficiency and hospital effectiveness in improving hospital consumer assessment of healthcare providers and systems ratings. *Health care management review*, 41, 296-305.

Alingh, C. W., van Wijngaarden, J. D., Huijsman, R., & Paauwe, J. (2018). The influence of environmental conditions on safety management in hospitals: a qualitative study. *BMC health services research,* 18, 313.

Alingh, C. W., van Wijngaarden, J., van de Voorde, F. C., Paauwe, J., & Huijsman, R. (2018). Speaking up about patient safety concerns: The influence of safety management approaches and climate on speaking up behaviour of nurses. *BMJ Quality & Safety*.

Allen, S. J., & Hartman, N. S. (2008). Leadership development: An exploration of sources of learning. *SAM Advanced Management Journal*, *73*(1), 10.

Anderson, R. A., Corazzini, K. N., & McDaniel Jr, R. R. (2004). Complexity science and the dynamics of climate and communication: Reducing nursing home turnover. *The Gerontologist*, *44*(3), 378-388.

Atwater, L. E., Brett, J. F., & Charles, A. C. (2007). Multisource feedback: Lessons learned and implications for practice. *Human Resource Management*, 46(2), 285-307.

Avolio, B. J., Bass, B. M., & Jung, D. I. (1999). Re‐examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *Journal of occupational and organizational psychology*, 72(4), 441-462.

Bailey, C., & Fletcher, C. (2002). The impact of multiple source feedback on management development: Findings from a longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 23(7), 853-867.

Barling, J., Loughlin, C., & Kelloway, E. K. (2002). Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *Journal of applied psychology*, *87*(3), 488.

Becker, B. E., Huselid, M. A., Pickus, P. S., & Spratt, M. F. (1997). HR as a source of shareholder value: Research and recommendations. *Human Resource Management*, *36*(1), 39-47.

Boeije, H. (2010). *Analysis in qualitative research.* Los Angeles: SAGE Publications.

Berson, Y., & Avolio, B. J. (2004). Transformational leadership and the dissemination of organizational goals: A case study of a telecommunication firm. *The leadership quarterly*, *15*(5), 625-646.

Boswell, W. R., & Boudreau, J. W. (2001). How leading companies create, measure and achieve strategic results through “line of sight”. *Management Decision*, *39*(10), 851-860.

Bovenkamp, H. M. van de, De Mul, M., Quartz, J. G., Weggelaar-Jansen A. M., & Bal, R. (2014). Institutional layering in governing healthcare quality. *Public Administration*, *92*(1), 208-223.

Bowen, D. E., & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM–firm performance linkages: The role of the “strength” of the HRM system. *Academy of management review*, *29*(2), 203-221.

Boxall, P., & Purcell, J. (2016). *Strategy and Human Resource Management* (4rd edition). London, United Kingdom: Palgrave.

Brutus, S., & Derayeh, M. (2002). Multi-source assessment programs in organizations: An insider’s perspective. *Human Resource Development Quarterly*, 13, 187–201.

Buchholz, W. (2001). Open communication climate. *Bentley College Waltham, Massachusetts*.

Cha, S. E., & Edmondson, A. C. (2006). When values backfire: Leadership, attribution, and disenchantment in a values-driven organization. *The Leadership Quarterly*, *17*(1), 57-78.

Connelly, B. L., Certo, S. T., Ireland, R. D., & Reutzel, C. R. (2011). Signaling theory: A review and assessment. *Journal of management*, *37*(1), 39-67.

Croes, R. R., Krabbe-Alkemade, Y. J. F. M., & Mikkers, M. C. (2018). Competition and quality indicators in the health care sector: empirical evidence from the Dutch hospital sector. *The European Journal of Health Economics*, *19*(1), 5-19.

Dawson, J. F., González-Romá, V., Davis, A., & West, M. A. (2008). Organizational climate and climate strength in UK hospitals. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *17*(1), 89-111.

Dansereau Jr, F., Graen, G., & Haga, W. J. (1975). A vertical dyad linkage approach to leadership within formal organizations: A longitudinal investigation of the role making process. *Organizational behavior and human performance*, *13*(1), 46-78.

DeJoy, D. M., Schaffer, B. S., Wilson, M. G., Vandenberg, R. J., & Butts, M. M. (2004). Creating safer workplaces: assessing the determinants and role of safety climate. *Journal of safety research*, *35*(1), 81-90.

Delery, J. E., & Doty, D. H. (1996). Modes of theorizing in strategic human resource management: Tests of universalistic, contingency, and configurational performance predictions. *Academy of management Journal*, *39*(4), 802-835.

Dı́az, R. I., & Cabrera, D. D. (1997). Safety climate and attitude as evaluation measures of organizational safety. *Accident Analysis & Prevention*, *29*(5), 643-650.

Dirik, H. F., & Seren Intepeler, S. (2017). The influence of authentic leadership on safety climate in nursing. *Journal of nursing management*, *25*(5), 392-401.

Dinh, J. E., Lord, R. G., Gardner, W. L., Meuser, J. D., Liden, R. C., & Hu, J. (2014). Leadership theory and research in the new millennium: Current theoretical trends and changing perspectives. *The Leadership Quarterly*, *25*(1), 36-62.

Douglas Lawson, T., Tecson, K. M., Shaver, C. N., Barnes, S. A., & Kavli, S. (2018). The impact of informal leader nurses on patient satisfaction. *Journal of nursing management*.

Downey, M., Parslow, S., & Smart, M. (2011). The hidden treasure in nursing leadership: Informal leaders. *Journal of nursing management*, *19*(4), 517-521.

Dragoni, L. (2005). Understanding the emergence of state goal orientation in organizational work groups: the role of leadership and multilevel climate perceptions. *Journal of Applied Psychology*, *90*(6), 1084.

Ehrhart, M. G., Schneider, B., & Macey, W. H. (2013). *Organizational climate and culture: an introduction to theory, research, and practice*. Routledge.

Fleenor, J. W., Smither, J. W., Atwater, L. E., Braddy, P. W., & Sturm, R. E. (2010). Self–other rating agreement in leadership: A review. *The Leadership Quarterly*, *21*(6), 1005-1034.

García-Granero, A., Llopis, Ó., Fernández-Mesa, A., & Alegre, J. (2015). Unraveling the link between managerial risk-taking and innovation: The mediating role of a risk-taking climate. *Journal of Business Research*, *68*(5), 1094-1104.

Gilmartin, M. J., & D'Aunno, T. A. (2007). 8 leadership research in healthcare: a review and roadmap. *The Academy of Management Annals*, *1*(1), 387-438.

Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. Sage.

Grol, R. (2006). *Quality development in health care in the Netherlands*. Radboud University Nijmegen Medical Centre: Centre for Quality of Care Research.

Hockenberry, J. M., & Becker, E. R. (2016). How do hospital nurse staffing strategies affect patient satisfaction?. *ILR Review*, *69*(4), 890-910.

Hofmann, D. A., & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, *59*(4), 847-869.

Hofmann, D. A., & Morgeson, F. P. (1999). Safety-related behavior as a social exchange: The role of perceived organizational support and leader–member exchange. *Journal of applied psychology*, *84*(2), 286.

Hooff, B. van den, & De Ridder, J. A. (2004). Knowledge sharing in context: the influence of organizational commitment, communication climate and CMC use on knowledge sharing. *Journal of knowledge management*, *8*(6), 117-130.

Hong, Y., Liao, H., Hu, J., & Jiang, K. (2013). Missing link in the service profit chain: a meta-analytic review of the antecedents, consequences, and moderators of service climate. *Journal of Applied Psychology*, *98*(2), 237.

Jacobsen, C. B., & Bøgh Andersen, L. (2015). Is leadership in the eye of the beholder? A study of intended and perceived leadership practices and organizational performance. *Public Administration Review*, *75*(6), 829-841.

James, L. R., & Jones, A. P. (1974). Organizational climate: A review of theory and research. *Psychological bulletin*, *81*(12), 1096.

Jing, F. F., & Avery, G. C. (2016). Missing links in understanding the relationship between leadership and organizational performance. *The International Business & Economics Research Journal*, *15*(3), 107.

Katz-Navon, T. A. L., Naveh, E., & Stern, Z. (2005). Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach. *Academy of Management Journal*, *48*(6), 1075-1089.

Kerns, C. D. (2015). Situational context: A core leadership dimension. *Journal of Leadership, Accountability and Ethics*, 12(1), 11.

Koster, F. (2018). How managers evoke ambidexterity and collaboration. A qualitative study in a Dutch hospital. *International Journal of Innovation and Technology Management*.

Kozlowski, S. W., & Doherty, M. L. (1989). Integration of climate and leadership: Examination of a neglected issue. *Journal of applied psychology*, *74*(4), 546.

Knippenberg, D. van, & Sitkin, S. B. (2013). A critical assessment of charismatic—transformational leadership research: Back to the drawing board?. *The Academy of Management Annals*, *7*(1), 1-60.

Kuenzi, M., & Schminke, M. (2009). Assembling fragments into a lens: A review, critique, and proposed research agenda for the organizational work climate literature. *Journal of management*, *35*(3), 634-717.

Larsson, J., & Vinberg, S. (2010). Leadership behaviour in successful organisations: Universal or situation-dependent?. *Total quality management*, *21*(3), 317-334.

Lawson, T. D. (2016). *Informal leadership: A study of the impact of leadership on patient satisfaction in hospitals*. Dallas Baptist University.

Loghum, B. S. van. (2018). Vier redenen waarom innovatie ziekenhuizen niet gaat redden. *Skipr*, *11*(5), 40-42.

Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety*, *6*(4), 226-232.

Merrill, K. C. (2015). Leadership style and patient safety: implications for nurse managers. *Journal of Nursing Administration,* 45(6), 319-324.

Mumford, T. V., Campion, M. A., & Morgeson, F. P. (2007). The leadership skills strataplex: Leadership skill requirements across organizational levels. *The Leadership Quarterly*, *18*(2), 154-166.

Naumann, B. N., & Bennet, A. P. (2000). Organisational Size and Workers Attitude to Work. *Journal of Applied Psychology*, *17*(2), 10-23.

NVZ (z.d.) [*Collectieve Arbeidsovereenkomst Ziekenhuizen 2017-2019*] Geraadpleegd van [https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/cao-kenniscentrum/cao/cao-ziekenhuizen-2017-2019/6816/partijen (25](https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/cao-kenniscentrum/cao/cao-ziekenhuizen-2017-2019/6816/partijen%20%2825) juli 2018).

NVZ (2017). *Brancherapport algemene ziekenhuizen 2017*. Verkregen van: [https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2017.pdf (25](https://ziekenhuiszorgincijfers.nl/assets/uploads/NVZ-Brancherapport-2017.pdf%20%2825) juli 2018)

Ostroff, C., & Bowen, D. E. (2000). Moving HR to a higher level: HR practices and organizational effectiveness.

O'Regan, N., Ghobadian, A., & Sims, M. (2004). The link between leadership, strategy, and performance in manufacturing SMEs. *Journal of Small Business Strategy*, *15*(2), 45-58.

Patterson, M. G., West, M. A., . Shackleton, V. J., Dawson, J. F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D. L., & Wallace, A. M. (2005) Validating the organizational climate measure: Links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of organizational behavior*, *26*(4), 379-408.

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

Pearce II, J. A., Kramer, T. R., & Robbins, D. K. (1997). Effects of managers' entrepreneurial behavior on subordinates. *Journal of Business Venturing*, *12*(2), 147-160.

Pilbeam, C., Doherty, N., Davidson, R., & Denyer, D. (2016). Safety leadership practices for organizational safety compliance: Developing a research agenda from a review of the literature. *Safety science*, 86, 110-121.

Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *Bmj*, *311*(6996), 42-45.

Pronovost, P., Weast, B., Rosenstein, B. M. D., Sexton, J., Bryan, J., Holzmueller, C., Paine, L., Davis, R., & Rubin, H. (2005). Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *Journal of Patient Safety,* 33-40.

Rentsch, J. R. (1990). Climate and culture: Interaction and qualitative differences in organizational meanings. *Journal of applied psychology*, *75*(6), 668.

Rijksoverheid (z.d.). *Toezicht op kwaliteit van zorg.* Verkregen van: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/toezicht-in-de-zorg> (25-07-2018).

Roberts, K. H., & O'reilly, C. A. (1974). Measuring organizational communication. *Journal of applied psychology*, *59*(3), 321.

Sapriel, C. (2003). Effective crisis management: Tools and best practice for the new millennium. *Journal of communication management*, *7*(4), 348-355.

Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.

Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2011). Organizational climate research. *The handbook of organizational culture and climate*, *29*.

Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2012). A funny thing happened on the way to the future: The focus on organizational competitive advantage lost out. *Industrial and Organizational Psychology*, *5*(1), 96-101.

Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual review of psychology*, *64*, 361-388.

Schneider, B., Ehrhart, M. G., Mayer, D. M., Saltz, J. L., & Niles-Jolly, K. (2005). Understanding organization-customer links in service settings. *Academy of Management Journal*, *48*(6), 1017-1032.

Schneider, B., González-Romá, V., Ostroff, C., & West, M. A. (2017). Organizational climate and culture: Reflections on the history of the constructs in the Journal of Applied Psychology. *Journal of Applied Psychology*, *102*(3), 468.

Schut, F. T., & Van de Ven, W. P. (2011). Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?. *Health Economics, Policy and Law*, *6*(1), 109-123.

Sims, R. R., & Brinkman, J. (2002). Leaders as moral role models: The case of John Gutfreund at Salomon Brothers. *Journal of business ethics*, *35*(4), 327-339.

Sims, S., Hewitt, G., & Harris, R. (2015). Evidence of a shared purpose, critical reflection, innovation and leadership in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, *29*(3), 209-215.

Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., & Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health services research*, *44*(2p1), 399-421.

Stefl, M. E., & Bontempo, C. A. (2008). Common competencies for all healthcare managers: The healthcare leadership alliance model. Journal of healthcare management, 53(6), 360.

Steinert, Y., Naismith, L., & Mann, K. (2012). Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. *Medical teacher*, *34*(6), 483-503.

Squires, M. A. E., Tourangeau, A. N. N., SPENCE LASCHINGER, H. K., & Doran, D. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, *18*(8), 914-925.

Ten Hagen, A. (2010). Onderwijs en zorg: huwelijk of geregistreerd partnerschap?. *Onderwijs en gezondheidszorg*, *34*(4), 19-21.

Trombetta, J. J., & Rogers, D. P. (1988). Communication climate, job satisfaction, and organizational commitment: The effects of information adequacy, communication openness, and decision participation. *Management Communication Quarterly*, *1*(4), 494-514.

UMC Utrecht, z.j. [Wie we zijn] Verkregen van: [https://www.umcutrecht.nl/nl/Over-Ons/Wie-we-zijn (12](https://www.umcutrecht.nl/nl/Over-Ons/Wie-we-zijn%20%2812) januari 2018)

UMC Utrecht, z.j. [ Organisatie] Verkregen van: [https://www.umcutrecht.nl/nl/Over-Ons/Organisatie (12](https://www.umcutrecht.nl/nl/Over-Ons/Organisatie%20%2812) januari 2018)

UMC Utrecht (2017). Jaardocument 2016. Geraadpleegd van: [http://jaardocument2016.umcutrecht.nl/nl\_NL/3244/53689/strategie\_en\_waardecreatie\_(strategie).html](http://jaardocument2016.umcutrecht.nl/nl_NL/3244/53689/strategie_en_waardecreatie_%28strategie%29.html) (13 januari 2018)

UMC Utrecht (2017). Hoe werkt Samen voor de Patiënt. Verkregen van: [http://jaardocument2016.umcutrecht.nl/nl\_NL/3244/54329/samen\_voor\_de\_pati%C3%ABnt\_(medewerkers).html](http://jaardocument2016.umcutrecht.nl/nl_NL/3244/54329/samen_voor_de_pati%C3%ABnt_%28medewerkers%29.html) (19 september 2018)

Veld, M. (2012). *HRM, Strategic Climate and Employee Outcomes in Hospitals: HRM Care for Cure?* (Dissertatie). Geraadpleegd via <https://www.eur.nl/sites/corporate/files/proefschrift_m.f.a._veld_0.pdf>

Veld, M., Paauwe, J., & Boselie, P. (2010). HRM and strategic climates in hospitals: does the message come across at the ward level?. *Human Resource Management Journal*, *20*(4), 339-356.

Velde, M. van der, Jansen, P. G. W., & Dikkers, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek. Opzetten, uitvoeren, analyseren en rapporteren.* Hilversum: Concept uitgeefgroep.

Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007a). The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Medical care*, 997-1002.

Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007b). The Safety Organizing Scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical care*, 46-54.

Wees, P. J. van der, Nijhuis-van der Sanden, M. W., van Ginneken, E., Ayanian, J. Z., Schneider, E. C., & Westert, G. P. (2014). Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy*, *116*(1), 18-26.

Wenson, J. E. (2010). After-coaching leadership skills and their impact on direct reports: recommendations for organizations. *Human Resource Development International*, *13*(5), 607-616.

Wright, P. M., Nishii, L. H., Paauwe, J., Guest, D., & Wright, P. (2013). HRM and performance: Achievements and challenges.

Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of nursing management*, *15*(5), 508-521.

Zaccaro, S. J., & Klimoski, R. J. (Eds.). (2002). *The nature of organizational leadership: Understanding the performance imperatives confronting today's leaders* (Vol. 12). John Wiley & Sons.

Zohar, D. (2000). A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. *Journal of applied psychology*, 85(4), 587.

Zohar, D. (2002). The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, *23*(1), 75-92.

Zohar, D. (2010). Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions. *Accident Analysis & Prevention*, *42*(5), 1517-1522.

Zohar, D., & Luria, G. (2004). Climate as a social-cognitive construction of supervisory safety practices: scripts as proxy of behavior patterns. *Journal of applied psychology*, *89*(2), 322.

Zohar, D., Luria, G., 2005. A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group-level climates. *Journal of Applied Psychology,* 90, 616–628.

Zohar, D., & Polachek, T. (2014). Discourse-based intervention for modifying supervisory communication as leverage for safety climate and performance improvement: A randomized field study. *Journal of applied psychology*, *99*(1), 113.

ZonMw (z.d.) [Sneller beter, pijler 3] Verkregen van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/sneller-beter-pijler-3/> (25 juli 2018).

# Bijlagen

## Bijlage 1 Topiclijst

**Introductie**

* Voorstellen, studie en onderzoek

**Uitleg onderzoek**

* Toestemming vragen voor opnemen;
* Vertrouwelijkheid garanderen;
* Duur van het gesprek aangeven (30-45 minuten);
* Doel van het gesprek aangeven;
* Ruimte voor vragen (ook tijdens het gesprek);
* Belang respondent

**1. Achtergrondgegevens respondent**

* Periode werkzaam bij UMC Utrecht;
* Periode werkzaam met huidige leidinggevenden.

**2. Klimaat & leiderschapsgedrag**

Open beginvraag over klimaat:

Wat zijn de belangrijkste doelen op deze afdeling?

Dan zou ik het graag met je willen hebben over 2 doelen patiëntveiligheid en open communicatie/ander doel.

*Klimaat voor patiëntveiligheid*

* Weet je wat van jou verwacht wordt op het gebied van patiëntveiligheid op de afdeling?
* Hoe belangrijk wordt veilig werken belangrijk gevonden op de afdeling?
* In hoeverre wordt jij betrokken bij gesprekken die met patiëntveiligheid te maken hebben?
* Hoe belangrijk vindt jouw leidinggevende patiëntveiligheid op de werkvloer?

*Leiderschapsgedrag*

Open beginvraag: Hoe merk je aan het gedrag van jouw leidinggevende dat hij/zij patiënt veiligheid belangrijk vindt? Wat doet hij/zij zodat jij weet wat van jou verwacht wordt?

|  |  |
| --- | --- |
| **Embedding mechanisms Schein (2010):** | **Vragen:** |
| *1. Waar leiders op regelmatige basis aandacht aan besteden, meten en controleren.*  | - Wordt er regelmatig aandacht besteed aan veilig werken door de leidinggevende? - Draagt dit bij aan hoe belangrijk je patiëntveiligheid vind? |
| *2. Hoe leiders reageren op kritieke incidenten en organisatorische crises.* | - ‘Misschien is het niet aan de orde’*-Uitleg organisatorische crises + vragen naar situatie.*- Is veilig werken tijdens deze situatie belangrijk voor uw leidinggevende? - Als een kritiek incident gebeurd, is patiëntveiligheid dan nog steeds belangrijk?  |
| *3. Het voorbeeld dat leidinggevende geven, wat zij hun medewerkers leren en waarin zij hun medewerkers coachen.* | - Is jouw leidinggevende een voorbeeld voor jou als het gaat over patiëntveiligheid?  |
| *4. Waar leidinggevenden beloningen en status aan geven.* | - Wordt gewenst gedrag op het gebied van patiëntveiligheid beloond door jouw leidinggevende? |
| *5. Hoe leiders de bronnen verdelen.* | - Krijg jij voldoende tijd en middelen om het gewenste gedrag te laten zien op het gebied patiëntveiligheid?  |
| *6. Hoe leidinggevenden selecteren, promoveren en excommuniceren.* | - Is gedrag op het gebied van patiëntveiligheid een reden/een van de redenen tot promotie/ontslag?  |

Beïnvloedt het gedrag van je leidinggevende ook daadwerkelijk hoe belangrijk vindt jij patiëntveiligheid vindt?

*Open communicatieklimaat*

* Hoe belangrijk is het dat op de afdeling dat er open gecommuniceerd wordt tussen jou, collega’s en met de leidinggevenden?
* In hoeverre wordt jouw inbreng belangrijk gevonden op deze afdeling?
* Weet jij wat van jou verwacht wordt op het gebied van open communicatie?

*Leiderschapsgedrag*

Open beginvraag: Hoe merk je aan het gedrag van jouw leidinggevende dat hij of zij open communicatie belangrijk vindt? Wat doet hij/zij zodat jij weet wat van jou verwacht wordt?

|  |  |
| --- | --- |
| **Embedding mechanisms Schein (2010):** | **Vragen:** |
| *1. Waar leiders op regelmatige basis aandacht aan besteden, meten en controleren.*  | - Wordt er regelmatig aandacht besteed aan open communicatie door de leidinggevenden? - Draagt dit bij aan hoe belangrijk jij open communicatie vind? |
| *2. Hoe leiders reageren op kritieke incidenten en organisatorische crises.* | - *Uitleg organisatorische crises + vragen naar situatie.*- Is veilig werken tijdens deze situatie belangrijk voor uw leidinggevende?  |
| *3. Het voorbeeld dat leidinggevende geven, wat zij hun medewerkers leren en waarin zij hun medewerkers coachen.* | - Welk voorbeeld geeft jouw leidinggevende als het gaat over open communicatie?  |
| *4. Waar leidinggevenden beloningen en status aan geven.* | - Wordt gewenst gedrag op het gebied van open communicatie beloond door jouw leidinggevende? |
| *5. Hoe leiders de bronnen verdelen.* | - Krijgt jij voldoende tijd en middelen om het gewenste gedrag te laten zien op het gebied van open communicatie?  |
| *6. Hoe leidinggevenden selecteren, promoveren en excommuniceren.* | - Is gedrag op het gebied van open communicatie/veiligheid een reden/een van de redenen tot promotie/ontslag?  |

Beïnvloedt het gedrag van je leidinggevende ook daadwerkelijk hoe belangrijk vindt jij patiëntveiligheid vindt?

**3. Afsluiting**

* Zijn er nog dingen die jij toe wilt voegen naar aanleiding van dit gesprek? Of iets anders wat je graag kwijt wilt (over dit onderwerp);
* Mag ik eventueel achteraf contact met jou opnemen voor vragen?
* Heb jij interesse in het eindproduct -> contactgegevens;
* Bedanken.

## Bijlage 2 E-mails naar leidinggevenden

### Bijlage 2a Eerste e-mail naar leidinggevenden

Beste [naam leidinggevende],

In 2017 heb jij het leiderschapsprogramma Connecting Leaders gevolgd. In het programma heb jij gewerkt aan de ontwikkeling van je leiderschap. Een interessante vraag is wat je medewerkers merken van jouw ontwikkeling. Het UMC Utrecht heeft mij gevraagd te onderzoeken wat het effect is van leiderschapsontwikkeling in de beleving van medewerkers. Ik focus daarbij op de onderwerpen ‘open communicatie’ en ‘veiligheid’. De resultaten van dit onderzoek helpen het UMC Utrecht om het leiderschapsprogramma te verbeteren, maar ook latere programma’s vorm te geven.

***Mijn vraag aan jou***

Ik zou graag drie of vier verpleegkundigen die jij aanstuurt, willen interviewen. De interviews zullen ongeveer een half uur tot maximaal 3 kwartier duren, afhankelijk van de beschikbare tijd. Als het mogelijk is, zou ik dit in mei en juni 2018 willen plannen. Als er behoefte aan is, kan ik mezelf vooraf aan jou en het team voorstellen en wat meer vertellen over het onderzoek. Qua tijden ben ik flexibel en kan ik mij aanpassen aan jullie roosters en beschikbaarheid.

***Vertrouwelijkheid van het onderzoek***

Alle interviews zullen vertrouwelijk behandeld worden. Ook kan op elk moment, zonder consequenties, deelname aan het onderzoek stopgezet worden.

***Even voorstellen***

Ik ben Hans Verwijs, 23 jaar en zit in de afrondingsfase van de master Strategisch HRM aan de Universiteit Utrecht.

Ik hoor graag van jou wat er mogelijk is. Het zou mij enorm helpen bij mijn onderzoek. Bij voorbaat dank!

Bij vragen of opmerkingen ben ik te bereiken op [e-mailadres] of [mobiel nummer].

Met vriendelijke groet,

Hans Verwijs

### Bijlage 2b Tweede e-mail naar leidinggevenden

Beste [naam leidinggevende],

Vorige week heb ik je, via Connecting Leaders, een mail gestuurd met de uitnodiging voor mijn onderzoek. Mocht dit verzoek overkomen als ‘extra regelwerk’ naast je dagelijkse taken, dan snap ik dit goed! Is het een idee dat ik volgende week even een kwartiertje langskom om kennis te maken en om wat te vertellen over mijn onderzoek? Dan kunnen we ook kijken wat de mogelijkheden zijn en of we een manier kunnen vinden waarop ik interviews kan afnemen, maar zo min mogelijk tijd van het team vraag. Je zou me enorm helpen bij het onderzoek en uiteindelijk met afstuderen!

Met vriendelijke groet,

Hans Verwijs

## Bijlage 3 codeboom

**Achtergrond**

* Periode werkzaam bij UMC Utrecht;
* Periode werkzaam met huidige leidinggevenden.

**Belangrijke doelen op de afdeling**

* Patiëntveiligheid
* Open communicatie;
* Kwaliteit van zorg;
* Uitplaatsing/ligduurverkorting;
* Ontwikkeling medewerker;

**Klimaat voor patiëntveiligheid**

* Prioriteit patiëntveiligheid;
* Verwacht gedrag om bij te dragen aan patiëntveiligheid:
	+ Preventie;
	+ Scholing;
	+ Signaleren en melden knelpunten en incidenten;
	+ Evalueren knelpunten en incidenten.
* Communicatie over patiëntveiligheid;
* Belang wat leidinggevende er aan hecht;

**Leiderschapsgedragingen patiëntveiligheid**

* Regelmatig aandacht besteden;
* Reactie op kritiek veiligheidsincident;
* Meten en controleren;
* Verdeling bronnen;
* Beloning en status;
* Voorbeeld;
* Coaching en kennisoverdracht;
* Selectie, promotie en ontslag;

**Invloed leidinggevende op klimaatpercepties**

**Open communicatie:**

* Prioriteit;
* Belang wat leidinggevende er aan hecht;
* Openheid communicatie met leidinggevende;
* Openheid communicatie in het team;
* Verwacht gedrag open communicatie:
	+ Richting leidinggevende;
	+ Richting collega’s.

**Leiderschapsgedragingen open communicatie**

* Regelmatig aandacht besteden;
* Reactie op kritiek veiligheidsincident;
* Meten en controleren;
* Verdeling bronnen;
* Beloning en status;
* Voorbeeld;
* Coaching en kennisoverdracht;
* Selectie, promotie en ontslag;

**Invloed leidinggevende op klimaatpercepties**

**Klimaat voor kwaliteit van zorg**

* Prioriteit kwaliteit van zorg;
* Verwacht gedrag om bij te dragen aan kwaliteit van zorg:
	+ Protocollair werken;
	+ Patient gericht;
	+ Bekwaam blijven.

**Leiderschapsgedragingen kwaliteit van zorg**

* Regelmatig aandacht besteden;
* Reactie op kritiek veiligheidsincident;
* Meten en controleren;
* Verdeling bronnen;
* Beloning en status;
* Voorbeeld;
* Coaching en kennisoverdracht;
* Selectie, promotie en ontslag;

**Leiderschapsgedraging innovatie**

* Regelmatig aandacht besteden;
* Reactie op kritiek veiligheidsincident;
* Meten en controleren;
* Verdeling bronnen;
* Beloning en status;
* Voorbeeld;
* Coaching en kennisoverdracht;
* Selectie, promotie en ontslag;

**Leiderschapsgedraging uitplaatsing/ligduurverkorting**

* Regelmatig aandacht besteden;
* Reactie op kritiek veiligheidsincident;
* Meten en controleren;
* Verdeling bronnen;
* Beloning en status;
* Voorbeeld;
* Coaching en kennisoverdracht;
* Selectie, promotie en ontslag;

**Rol seniorverpleegkundigen**

1. Intern document van UMC Utrecht (niet publiek toegankelijk). [↑](#footnote-ref-1)