

Verpleegkundige adviesraden en vertegenwoordiging van verpleegkundigen

Een onderzoek naar de vertegenwoordigingsclaims van Verpleegkundige
adviesraden



Tim Vobornik

Studentnummer: 5657946

Begeleidster: Dr. Ank Michels

2^e lezer: Dr. Hans Vollaard

Bachelor Bestuurs- en Organiseringswetenschappen

Leerkring: Governance, democratie en verantwoording

Universiteit Utrecht



Utrecht University

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding.....	4
1.2 Onderzoeksvragen.....	5
1.3 Wetenschappelijke relevantie.....	6
1.4 Maatschappelijke relevantie.....	6
1.5 Leeswijzer.....	7
2. Context	8
3. Theoretisch kader	9
3.1 Basisprincipe van vertegenwoordiging.....	9
3.2 Claim making.....	12
3.3 Legitimiteit en niet-gekozen vertegenwoordigers.....	16
4. Methode	18
4.1 Verantwoording gebruikte methoden.....	18
4.2 Data verzameling.....	19
4.3 Data analyse.....	21
4.4 Criteria onderzoek.....	24
5. Resultaten	26
5.1 Vertegenwoordigingsclaims door de VAR.....	26
5.2 Vertegenwoordiging volgens de verpleegkundigen.....	36
6. Conclusie en Discussie	42
6.1 Conclusie.....	42
6.2 Discussie.....	43
6.3 Reflectie en vervolg onderzoek.....	46
Literatuurlijst	49
Bijlagen	52

Voorwoord

Waarom heb je gekozen voor Verpleegkundige adviesraden? Een van de meeste gestelde vragen na afloop van de gesprekken met respondenten. Het mooie van deze vraag is, dat hij niet werd gesteld in negatieve zin, in tegendeel. De respondenten, allen lid van een 'Verpleegkundige adviesraad' waren juist positief verrast dat iemand eindelijk onderzoek deed binnen een onderwerp waar nog maar weinig over bekend is. Ik hoop dan ook dat dit onderzoek lezers meer zal informeren en interesseren over de wonderbaarlijke wereld van ziekenhuizen, verpleegkundigen, Verpleegkundige adviesraden en vertegenwoordiging. Het in kaart brengen van dit onderwerp is gebeurd aan de hand van een theoretisch concept waarover alleen al een encyclopedie geschreven kan worden, namelijk de *representative claim* van Michael Saward (2012). Geen makkelijke theorie, maar daardoor extra uitdagend én leerzaam er zelfstandig mee aan de slag te gaan. Juist omdat het niet het makkelijkste onderwerp is, wil ik extra dank uitspreken aan mijn tweede lezer dr. Hans Vollaard. Hans Vollaard heeft in eerste instantie (meer dan terecht) vele opmerkingen gemaakt bij mijn eerste interpretatie en blik op de theorie. Dit heeft mij gestimuleerd steeds verder en steeds opnieuw in de materie der *representative claim* te duiken. Daarnaast zal ik dankzij Hans Vollaard ook nooit meer vergeten mijn scripties en stukken te ont-lijken en de VAR als mannelijk zelfstandig naamwoord te gebruiken (ondanks dat de VAR uit veelal vrouwen bestaat). Daarnaast wil ik ook mijn dank uitspreken aan dr. Ank Michels, mijn begeleidster gedurende het traject. Vanaf de allereerste zin tot de laatste punt heeft zij met praktische en functionele feedback bijgedragen aan deze scriptie. Een laatste woord van dank gaat uiteraard uit naar alle VAR leden én alle verpleegkundigen die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Samenvatting

De roep om meer inspraak en invloed op het eigen werk en de beroepsgroep is een belangrijk thema binnen de ontevredenheid onder verpleegkundigen. De Verpleegkundige adviesraad (VAR) is een adviesraad bestaande uit alleen maar verpleegkundigen, die in het leven is geroepen om verpleegkundigen te betrekken bij ziekenhuisbeleid en daarmee verpleegkundigen ook te vertegenwoordigen bij de raden van bestuur in ziekenhuizen. In dit onderzoek is bestudeert hoe deze vertegenwoordiging en in hoeverre verpleegkundigen vinden dat zij door de VAR worden vertegenwoordigd. De bijbehorende onderzoeksvraag was: *'Hoe vertegenwoordigen Verpleegkundige adviesraden verpleegkundigen en in hoeverre vinden verpleegkundigen dat zij door de VAR worden vertegenwoordigd?'*. Het in kaart brengen van deze vertegenwoordiging is gebeurd aan de hand van het theoretisch model van Saward, ook wel bekend als de *representative claim* (Saward, 2012).

Allereerst is gebleken dat er verschillende claim makers zijn. Deze claim maker kan de VAR zelf zijn, maar ook een orgaan zoals de raad van bestuur. Er kan dus niet worden gesproken over één claim maker bij de specifiek gemaakte claim dat de VAR verpleegkundigen vertegenwoordigt. De VAR weet daarnaast goed welke thema's er spelen onder de groep die hij wil vertegenwoordigen. Het blijkt echter lastig voor de VAR om in praktijk te laten zien wat hij nou precies doet en bereikt. Tot slot is duidelijk geworden dat het in grotere ziekenhuizen makkelijker is betrokkenheid onder verpleegkundigen aan te moedigen. Workshops worden beter bezocht en grote platformen zoals het 'verpleegkundige platform' blijken makkelijker in een groter ziekenhuis tot stand te komen dan in een kleiner ziekenhuis. Daarbij komt kijken dat verpleegkundigen werkzaam op kleinere locaties van een ziekenhuis vaak andere thema's belangrijk vinden dan waar de hoofdthema's van het ziekenhuis over gaan. VARs moeten gaan nadenken over hoe zij ook kleinere locaties, die onderdeel zijn van de ziekenhuisgroep óók kunnen betrekken en vertegenwoordigen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De positie van werkenden in de zorg staat onder druk. Vooral verpleegkundigen en verzorgenden blijken onder steeds grotere druk te staan. Nieuwsheadlines zoals: *'Noodplan nodig voor tekort verpleegkundigen'* (AD, 2017), *'Verpleegkundigen ontevreden over managers'* (Medisch contact, 2017) en *'Veel verpleegkundigen niet tevreden, leegloop dreigt'* (Bruijne, 2012) zijn nieuwskoppen die al geruime tijd terug keren in het nieuws en het publieke debat. Een groot deel van deze onvrede is te vinden in de (althans volgens verpleegkundigen) beperkte carrièremogelijkheden, matige salariëring en té hoge werkdruk (AD, 2018). Een andere reden voor de onvrede komt voort uit het gevoel dat er niet naar de verpleegkundigen geluisterd wordt op de werkvloer en dat alles boven de hoofden om besloten wordt (Medisch contact, 2017). Verpleegkundigen zouden het gevoel hebben dat ze niet bij het beleid van ziekenhuizen betrokken worden (Valkenburg, Homburg, van der Heijden, 2015). Deze onvrede en druk die verpleegkundigen ervaren leiden steeds vaker tot een hogere uitstroom van verpleegkundigen (Telegraaf, 2018), terwijl in de toekomst alleen maar meer verpleegkundigen nodig zullen zijn (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Eén van de initiatieven die in het leven is geroepen om verpleegkundigen wél te betrekken bij beleid en bestuur van ziekenhuizen, is door het invoeren van een 'Verpleegkundige adviesraad', wat vanaf nu afgekort zal worden met 'VAR'. Deze adviesraden zijn opgericht met de gedachte een brug te slaan tussen de verpleegkundigen op de werkvloer en het bestuur van ziekenhuizen. Maar voelen verpleegkundigen zich wel vertegenwoordigd door de VAR en zien de verpleegkundigen de VAR wel als een brug tussen de werkvloer en het bestuur?

Verschillende ziekenhuizen zijn zelf stellig dat de VAR verpleegkundigen vertegenwoordigt. Zo schrijft het Tergooi ziekenhuis dat de VAR verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundige specialisten vertegenwoordigt in het ziekenhuis (Tergooi, 2016). Het Tsjongerschans ziekenhuis stelt dat de VAR hét orgaan is om verpleegkundigen vertegenwoordigd te zien bij de directie van het ziekenhuis (Zuidfriesland, 2015). Maar vertegenwoordigen VARs verpleegkundigen wel? Hoe krijgt deze vertegenwoordiging vorm en vinden verpleegkundigen zelf dat zij door de VAR worden vertegenwoordigd? Deze vragen maken duidelijk dat er mogelijk een spanning zit tussen de stelling en 'claim' die de VAR of het ziekenhuis maakt dat de VAR verpleegkundigen vertegenwoordigt en de mate waarin deze vertegenwoordig in praktijk wordt vormgegeven en geaccepteerd. Naast de vragen hoe vertegenwoordiging rondom de VAR plaatsvindt en hoe verpleegkundigen daar zelf naar kijken, is ook niet duidelijk welke impact de grootte van een ziekenhuis heeft op het proces van vertegenwoordiging. Het is denkbaar dat wanneer een ziekenhuis in personeelsaantal kleiner is dan een ander ziekenhuis, de brug tussen de VAR en personeelsleden kleiner is en contact met de VAR makkelijker is.

1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag

Vertegenwoordiging is een dynamisch en continue in beweging zijnde proces. Om te onderzoeken en achterhalen hoe het proces van vertegenwoordiging omtrent de VAR plaatsvindt, zal de volgende onderzoeksvraag gesteld worden:

'Hoe vertegenwoordigen Verpleegkundige adviesraden verpleegkundigen en in hoeverre vinden verpleegkundigen dat zij door de VAR worden vertegenwoordigd?'

Deelvragen

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Context

- 1. Wat is een VAR?

Deze vraag zal behandeld worden in hoofdstuk 2, het context hoofdstuk. Gekeken zal worden naar wat een VAR precies is en wat taken en doelstellingen van een VAR zijn.

Theoretisch

- 2. Wat houdt het concept 'vertegenwoordiging' in?

Deze deelvraag zal worden beantwoord in hoofdstuk 3, het theoretisch kader. Aan de hand van bestaande literatuur zal worden gekeken naar wat het concept 'vertegenwoordiging' inhoudt. Tevens zal worden gekeken in literatuur hoe 'claimen' van vertegenwoordiging in zijn werk gaat.

Empirisch

- 3. Hoe zien de vertegenwoordigingsclaims eruit die VARs maken?

Deze deelvraag zal worden behandeld in hoofdstuk 5. Het antwoord hierop zal worden gebaseerd op interviews met leden die deel uitmaken van een VAR. Dit zal het kwalitatieve deel van het onderzoek vormen. Gekeken zal worden naar hoe het proces van vertegenwoordiging in de praktijk plaatsvindt.

- 4. Hoe kijken verpleegkundigen tegen de vertegenwoordiging van de VAR aan?

Doormiddel van een surveyonderzoek onder verpleegkundigen in hoofdstuk 6 zal worden geanalyseerd hoe verpleegkundigen denken over de VAR in hun ziekenhuis en welke verwachtingen er zijn. Dit zal het kwantitatieve deel van het onderzoek vormen.

- 5. Heeft de grootte van een ziekenhuis invloed op de vertegenwoordiging van verpleegkundigen door de VAR?

Door interviews met leden uit een VAR van een kleiner en groter ziekenhuis uit te voeren en een survey onder beide ziekenhuizen uit te zetten, kan worden bekeken waar verschillen zitten tussen grote en kleine ziekenhuizen.

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om doormiddel van een analyse beter in kaart te brengen hoe vertegenwoordiging rondom de VAR plaatsvindt. Tevens zal worden gekeken hoe verpleegkundigen zelf tegen deze vertegenwoordiging aankijken. Hierin ligt een wetenschappelijke relevantie. Eerder onderzoek heeft zich namelijk vooral gericht op hoe vanuit de adviesraden naar de zorgprofessionals wordt gekeken (Panhuijzen & Lucassen, 2017; Voogd, 2008), maar niet hoe de zorgprofessionals tegen deze adviesraden aankijken. Tevens is nog niet eerder bekeken wie alle actoren in het proces van vertegenwoordiging zijn, wat de rol van alle actoren in het geheel is en hoe de actoren over elkaar denken.

Daarnaast biedt dit onderzoek een nieuwe invalshoek en invulling op eerder gedaan onderzoek binnen het concept van vertegenwoordiging en het concept van 'claimmaking' of de *representative claim*. Auteur Michael Saward is een vaak geciteerd persoon als het gaat om claimmaking. Hij ontwikkelde een model om beter in kaart te brengen welke elementen betrokken zijn wanneer het gaat om vertegenwoordigen en het claimen van vertegenwoordiging. Niet eerder werd dit model toegepast op ziekenhuizen en specifiek op de VAR. Dit onderzoek zal dan ook een bijdrage kunnen leveren aan literatuur op het gebied van de *representatieve claim* buiten de politieke arena.

Dit onderzoek biedt ook inzichten over wat de invloed van 'grootte' op vertegenwoordiging is. Eerder onderzoek heeft laten zien dat direct contact tussen de burger en bestuurder lastiger is naarmate een gemeente groter is (Reussing, 1988). Dit contact is om verschillende redenen belangrijk wanneer sprake is van 'niet-gekozen' vertegenwoordigers. Hoewel de theorie zich uitspreekt over een gemeente en burgers, kan de gemeente mogelijk worden vertaald als 'ziekenhuis', de bestuurders als 'VAR leden' en burgers als verpleegkundigen. Dit onderzoek kan mogelijk laten zien dat kenmerken uit deze theorie ook terug te zien kunnen zijn bij instanties en organisaties.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Op maatschappelijk gebied is dit onderzoek relevant omdat het allereerst concreet en specifiek voor de betrokken ziekenhuizen duidelijk kan maken hoe verpleegkundigen over de VAR in hun ziekenhuis denken. Dit geeft handvatten aan de VAR in de desbetreffende ziekenhuizen om stappen te zetten om de VAR nóg verder te ontwikkelen en wellicht te verbeteren of juist af te schaffen. Daarnaast kan het ook inzichtelijk maken wat juist goed gaat met de VAR en wat wordt gewaardeerd door verpleegkundigen. Een punt wat hier op aansluit is dat het andere ziekenhuizen kan helpen over hun eigen VAR na te denken. Is het duidelijk voor de verpleegkundigen in het ziekenhuis waarvoor de VAR staat en hoe ze de VAR kunnen bereiken? Mogelijk dat de VARs in andere ziekenhuizen samen met verpleegkundigen kunnen kijken welke doelstellingen de VAR in het ziekenhuis voor zichzelf moet opstellen.

Los van het feit dat het onderzoek concreet kan aangeven hoe verpleegkundigen denken over de VAR in hun ziekenhuis, kan dit onderzoek vervolgens ook verder inzichten bieden over wat de gevolgen hiervan zijn. Mogelijk dat ontevredenheid bij verpleegkundigen ontstaat omdat de VAR in praktijk weinig invloed blijkt te hebben óf dat verpleegkundigen het gevoel hebben dat het vertegenwoordigende orgaan voor verpleegkundigen binnen het ziekenhuis helemaal niet aanvoelt wat de verpleegkundige écht willen en vinden.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat de 'locus' van de scriptie, de context waarbinnen dit onderzoek uitgevoerd wordt. In hoofdstuk 3 staat de 'focus' centraal, het theoretisch kader van het onderzoek. In hoofdstuk 4 zal vervolgens worden ingegaan op de gebruikte onderzoeksmethoden. In hoofdstuk 5 zullen de resultaten worden besproken. Tot slot zal in hoofdstuk 6 een reflectie op de resultaten én op het gedane onderzoek plaatsvinden.

2. Context

Verpleegkundige adviesraden

Hoewel in het merendeel van ziekenhuizen de term Verpleegkundige adviesraad (VAR) wordt gebruikt, is het allereerst belangrijk te stellen dat er diverse namen voor het verschijnsel van een VAR zijn. Om onduidelijkheid hierover te voorkomen, zal in dit onderzoek altijd de term Verpleegkundige adviesraad gebruikt worden. Andere benamingen die in de praktijk kunnen voorkomen in plaats van VAR zijn: *Verpleegkundige Staf Convent*, *Verpleegkundig Beraad*, *Verzorgende Adviesraad* of *Zorg adviesraad*.

Maar wat is een Verpleegkundige adviesraad nou precies? Een Verpleegkundige adviesraad is in beginsel een adviescollege van verzorgende en verpleegkundige professionals binnen een zorgorganisatie. Een belangrijke doelstelling van de VAR is invloed uitoefenen op het zorgbeleid van de organisatie (V&VN, 2018). Een VAR adviseert aan de directie of raad van bestuur. De VAR oefent invloed uit door gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen over het centrale en afdeling overstijgende beleid van de organisatie. Het kan hierbij gaan om zaken over de beroepsontwikkeling van verpleegkundigen of verzorgenden, maar ook over algemene handelingen en procedures binnen het ziekenhuis.

De VAR kent zijn oorsprong in de jaren tachtig toen verpleegkundigen steeds meer rechten begonnen te werven en überhaupt bij wet beschermd werden (kolk et.al, 2005). De VAR ontwikkelde zich verder vanaf het jaar 1999, toen de inspectie voor volksgezondheid en de commissie *Health care governance* onafhankelijk van elkaar adviseerden door te gaan met het ontwikkelen en implementeren van een VAR binnen gezondheidsinstellingen. Vandaag de dag kent ongeveer zeventig procent van de ziekenhuizen een VAR (V&VN). Hoewel niet bij wet is vastgelegd dat een ziekenhuis een VAR moet hebben, nemen wel steeds meer ziekenhuizen en zorginstellingen de wens tot een VAR op in kwaliteitskaders (Vivent, 2017; IVVU, 2017). Daarnaast spreekt de V&VN, de beroepsvereniging voor verzorgende en verpleegkundigen, zich positief uit over de VAR en raadt het alle ziekenhuizen aan een VAR te hebben. Alle soorten ziekenhuizen kunnen een VAR hebben. Het maakt daarbij niet uit of het een academisch, lokaal of regionaal ziekenhuis betreft. De hoeveelheid verpleegkundigen die een VAR vormen staat helemaal vrij per ziekenhuis en kan variëren van drie tot zelfs veertien.

Voorbeelden en thema's waarmee de VAR zich in verschillende ziekenhuizen mee bezighoudt zijn: Een adviesplan om niet alleen schoonmakers maar ook verpleegkundigen te betrekken bij schoonmaak en hygiëne protocollen, patiëntveiligheid, een veilige omgeving creëren waar verpleegkundigen incidenten kunnen melden en bijdrages aan de professionalisering van de beroepsgroep voor verpleegkundigen doormiddel van trainingen en cursussen. Dit is maar een kleine greep van de verschillende thema's en adviezen.



Bron: czw <https://www.cwz.nl/over-cwz/organisatie/organisatiestructuur-cwz-nijmegen/organogram/>

3. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk, het theoretisch kader, zal de 'focus' van het onderzoek beschreven worden. De focus is het theoretisch perspectief van waaruit wordt gekeken naar de vertegenwoordiging van verpleegkundigen door de VAR.

3.1 Basisprincipe van vertegenwoordiging

'Vertegenwoordiging' is een concept dat is ingebed in de maatschappij, de politiek en het jargon van beleidsvorming (Pitkin, 2004, p.335). Het is daarmee een vanzelfsprekend onderdeel geworden in ons democratisch en bestuurlijk systeem. Het is echter ook een concept wat continue ter discussie staat en daarmee voortdurend van karakter verandert.

Vertegenwoordiging is een middel om ongelijke deelname aan de democratie te voorkomen (van de Bovenkamp & Vollaard, 2017, p.99). Het middel maakt het mogelijk ook mensen die minder actief hun mening laten horen te betrekken bij besluitvorming. Door vertegenwoordigers te hebben die de mening van passievere burgers uitdragen en behartigen, zal de mening van deze passievere burgers tóch kunnen doorklinken in het publieke debat en bij beleidsvorming. Hoewel vertegenwoordiging veelal als een positief onderdeel wordt gezien om burgers toch een stem te geven bij besluitvorming, zijn er ook auteurs die kanttekeningen hebben bij vertegenwoordiging. Zo beschrijft Pitkin (2004, p.340) dat vertegenwoordiging, of representatie juist kan leiden tot: *'Een oligarchisch bestuur waar de bevolking geen toegang heeft tot het publieke debat en waarbij regeren en besturen alleen is weggelegd aan een zeer selecte en bevoorrechte groep'*. Er zijn echter ook auteurs die stellen dat vertegenwoordiging een verdere uitbreiding is van de democratie. Mansbridge (2013) stelt dat burgers vertegenwoordigers ook kiezen omdat deze zich soms meer kunnen verdiepen in onderwerpen en doelen die behaald moeten worden en mogelijk bekwaamer kunnen zijn met onderhandelen bij beleidsvorming.

Er zijn dus vele opvattingen over vertegenwoordiging. Maar wat is vertegenwoordiging nou precies? Zijn er verschillende vormen van vertegenwoordiging? Allereerst kan worden vastgesteld dat vertegenwoordiging bijna altijd uit vijf componenten bestaat (Stanford encyclopedia of philosophy, 2006):

1. Een partij die vertegenwoordigt (vertegenwoordigers, een actiebeweging, politieke partij).
2. Iemand die wordt vertegenwoordigt (kiesgerechtigden, cliënten)
3. Iets dat wordt vertegenwoordigt (meningen, belangen, ideeën)
4. Een setting of context waarin de vertegenwoordiging plaatsvindt (politieke arena, demonstratie)
5. Iets wat wordt weg gelaten (bepaalde meningen, bepaalde belangen van andere)

Pitkin (1967) heeft geprobeerd het begrip vertegenwoordiging, of letterlijk vertaald vanuit het Engels 'representatie' verder uiteen te rafelen. Zij komt tot de conclusie dat vertegenwoordiging vanuit vier verschillende invalshoeken bekeken kan worden. Afhankelijk van de context kan vertegenwoordiging namelijk een andere betekenis hebben. De verschillende vormen zijn te onderscheiden:

1. Formele of formalistische representatie waarbij representatie verloopt via formele instituties zoals verkiezingen of benoemingen.
2. Symbolische representatie waarbij het gaat om manieren waarop een vertegenwoordiger wordt gezien door de vertegenwoordigden. Het gaat hierbij om welke betekenissen de vertegenwoordigen geven aan de vertegenwoordigers en andersom.
3. Descriptieve representatie waarbij het gaat om in hoeverre de vertegenwoordigers overeen komen met de vertegenwoordigden. Hierbij valt te denken aan gemeenschappelijke kenmerken of ervaringen die beide partijen hebben zoals geslacht en opleiding.
4. Substantieve representatie. Het gaat hierbij om de daadwerkelijke acties die vertegenwoordigers ondernemen. Handelen zij naar de directe mening van de achterban, of geven de vertegenwoordigers een eigen invulling aan het handelen die mogelijk afwijkt van wat de vertegenwoordigden willen.

Hoewel de verschillende perspectieven als losse invalshoeken worden gezien, zijn er ook auteurs die stellen dat vertegenwoordiging veel dynamischer is. Zo is in de volgende paragraaf te lezen dat Michael Saward (2010) stelt dat de symbolische representatie niet een los element is, maar een continue en overkoepelend proces wat vertegenwoordiging vorm geeft. Dit proces, zoals later te lezen zal zijn, heet de *vertegenwoordigingsclaim, of claimmaking*.

Ook binnen de substantie representatie is enige discussie. Hoe moet een vertegenwoordiger zich namelijk gedragen? In de achttiende eeuw was hier al discussie over, die ook vandaag de dag nog in de maatschappij is terug te zien. Moet een vertegenwoordiger bijvoorbeeld letterlijk doen wat de vertegenwoordigde wil? Wanneer de vertegenwoordiger letterlijk doet wat de vertegenwoordigde wil, wordt deze vertegenwoordiger ook wel een 'delegate' genoemd (Madison, 1787). Het is dus de taak van de delegate letterlijk uit te voeren wat de vertegenwoordigden willen. Aan de andere kant is er een groep die stelt dat vertegenwoordigers een zekere autonomie hebben. Vertegenwoordigers hoeven niet altijd letterlijk te doen wat de vertegenwoordigden willen, er moet ook een zekere eigen ruimte tot handelen voor de vertegenwoordigers zijn. Binnen deze visies worden de vertegenwoordigers ook wel de 'trustees' genoemd (Burke, 1790).

Al het voorgaand genoemde over vertegenwoordiging en representatie doet de suggestie wekken dat vertegenwoordigers en vertegenwoordigden een gegeven groep zijn. Je hebt simpelweg een groep mensen die vertegenwoordigd wil worden en daarvoor een aantal

mensen via bijvoorbeeld verkiezingen aanstelt die vervolgens vertegenwoordigen. Hierbij lijkt geen enkel proces aanwezig te zijn van betekenisgeving, ook wel het symbolische perspectief door Pitkin (1967) genoemd.

De vertegenwoordigingsclaim

Michael Saward (2010) pakt door op de eerdere genoemde literatuur. Hij ziet en vindt dat een specifiek element, namelijk het symbolische perspectief als te zelfstandig perspectief wordt gezien. Hij stelt juist dat het essentieel is binnen vertegenwoordiging en representatie. Vertegenwoordiging is een continue proces van betekenisgeving. Deze betekenisgeving komt niet persé tot stand via instituties of verkiezingen, maar krijgt vorm in een sociaal-geconstrueerde arena (Saward, 2010, p.16). De vertegenwoordigers en vertegenwoordigden zijn geen geven, maar worden vormgegeven en krijgen betekenis door elkaar. Een voorbeeld: Partij A wil staan voor partij B. In eerder genoemde visies zouden partij A en B een gegeven zijn. Simpelweg vertegenwoordigden, B, die via een verkiezing of stemming kiezen voor de vertegenwoordigers, A. Saward stelt echter dat partij A eerst een beeld moet hebben van partij B. Daarop baseert partij A hoe zij zichzelf afspiegelen tegenover partij B. Partij A kiest daarmee dus voor een selectieve versie van partij B, een aangepaste versie van partij B. Dit proces wordt duidelijker wanneer het praktischer wordt ingevuld: er komen verkiezingen aan. We hebben partij A, een christelijke politieke partij. Deze wil staan voor partij B, de christelijke kiezers of het electoraat. De christelijke partij zal eerst een beeld willen schetsen van deze christelijke kiezers. Hierbij kan de groep worden neergezet als 'grote hardwerkende gezinnen die brood op de plank moeten krijgen met maar één inkomen. De christelijke partij zal dus als beeld gaan uitdragen dat zij opkomen en de vertegenwoordigers zijn van de 'hardwerkende één verdieners gezinnen'. Er heeft hiermee een bepaald proces plaatsgevonden. Partij A, de politieke partij stelt dat zij het christelijk electoraat vertegenwoordigen, door een specifiek en selectief beeld van deze groep neer te zetten, namelijk 'hardwerkende gezinnen met maar één inkomen'. Het electoraat kan hier ook weer op reageren door een bepaald beeld van de politieke partij te vormen.

Hoewel te zien is dat er sprake is van een proces van betekenisgeving, is nog niet duidelijk uit welke elementen dit proces bestaat. Saward werkt de theorie daarom verder uit en komt met vijf elementen die te zien zijn bij het proces wat ook wel *the representative claim of de vertegenwoordigingsclaim* genoemd kan worden.

3.2 Claimmaking

Saward onderscheid vijf elementen binnen het proces van claimmaking. Een *maker*, *subject*, *object*, *referent* en tot slot een *publiek* (Saward, 2010, p.37). De maker is de architect en de vormgever van het hele proces en construeert of maakt een claim. De groep die naar voren wordt schoven om te vertegenwoordigen wordt het subject genoemd. Dit subject creëert zoals eerder genoemd een eigen beeld van de groep die hij wilt vertegenwoordigen, dit gecreëerde beeld wat een dynamisch karakter heeft wordt het object genoemd. Het object is afkomstig uit een gegeven en algemene groep, de referent. Het gehele proces kent tot slot een publiek. Het publiek is de ontvanger van de claim. Het kan de claim accepteren, weigeren of negeren. Het cruciale element van deze theorie is dat het een continue proces van maken, accepteren en weigeren is.

Om de voorgaande genoemde elementen inzichtelijker te maken zal een praktijk voorbeeld gegeven worden waarbij de vijf verschillende elementen naar voren komen:

1. De Christelijke politieke partij (maker) construeert een proces waarbij de Christelijke politieke partij naar voren wordt geschoven (subject) als de vertegenwoordigers. De politieke partij creëert het beeld dat zij staat voor ‘alle hardwerkende families in het land die moeten rondkomen met één inkomen’ (object). Dit object is afkomstig van de groep ‘alle families in het land’ (referent). Dit alles wordt aangeboden aan het electoraat, de kiezers (publiek).
2. Antiglobalisatie bewegingen creëren een claim en situatie (maker) waarin wordt beweerd dat de antiglobalisatie bewegingen en haar aanhangers de vertegenwoordigers zijn (subject) van de onderdrukte en uitgebuite bevolking in land X(object). De totale bevolking van land X is de referent. Dit alles wordt uitgedragen aan de regering van land X (publiek).

In de volgende paragrafen zullen de vijf elementen verder worden uitgewerkt en toegelicht. Het is belangrijk in het achterhoofd te houden dat elke gemaakte claim een eigen invulling van de elementen kent. In dit onderzoek wordt voornamelijk gekeken naar één specifiek gemaakte claim, namelijk dat ‘De verpleegkundige adviesraad verpleegkundigen vertegenwoordigt’.

Maker

Zoals eerder genoemd is de *maker* de vormgever van het hele proces. Deze persoon, of groep, creëert de voorwaarde voor het kunnen plaatsvinden van de betekenisgeving en de gemaakte claims. De claim makers maken claims die niet bij voorbaat goed, slecht, geaccepteerd of niet geaccepteerd zijn. Een partijvoorzitter van de conservatieve partij in Engeland maakte in 2005 tijdens de verkiezingen de vertegenwoordigingsclaim dat 'het Britse volk' zeer bezorgd was over migratie problemen. Uit de verkiezingen bleek echter dat de kiezers helemaal niet bezorgd waren over dit thema. Dit voorbeeld geeft aan dat een claim maker aan de basis staat van een gemaakte claim, maar dat gedurende het proces de invulling en de betrokken elementen binnen de claim kunnen veranderen (Saward, 2010, p.46).

Een tweede belangrijk kenmerk bij de claim maker, is dat de gemaakte claim vaak wel binnen een bepaalde al bekende context wordt gemaakt. Claims worden niet zomaar verzonnen, er zit enige realiteitszin in. Het publiek, de groep die de claim moet ontvangen en beoordelen, moet de gemaakte claim wel in bepaalde mate herkennen en begrijpen (Saward, 2010, p.46).

Het concept van de maker zal worden geoperationaliseerd door aan VAR leden te vragen wie heeft bepaald dat de VAR in het ziekenhuis verpleegkundigen moet vertegenwoordigen en door te achterhalen wie de vormgever is van het proces en van de claim dat de VAR verpleegkundigen vertegenwoordigt.

Subject

Het *subject* binnen de vertegenwoordigingsclaim is de groep vertegenwoordigers die naar voren zijn geschoven om iemand te vertegenwoordigen. Het is de groep die claimt en dus over zichzelf zegt, dat zij anderen vertegenwoordigen (Saward, 2010). Het subject claimt te vertegenwoordigen door kenmerken aan zichzelf toe te kennen die een koppeling geven aan de groep die het vertegenwoordigt. Immers, het subject moet ergens op baseren dat het iemand vertegenwoordigt. Het subject kan op verschillende manieren kenmerken aan zichzelf toe kennen die een koppeling vormen met de groep die zij willen vertegenwoordigen. Allereerst kan het subject zeggen iemand te vertegenwoordigen op basis van de positie waarin hij zich bevindt. Dit kan gebaseerd zijn op een plek die bemachtigd is door een verkiezing maar ook op andere manieren, bijvoorbeeld door het worden aangesteld op basis van een vacature in een adviesraad. Subjecten kunnen ook op basis van gemeenschappelijke kenmerken zoals identiteit, leeftijd, geslacht of opleiding beweren een groep te vertegenwoordigen.

Het subject van de eerder genoemde claim zal in het empirische deel van het onderzoek worden achterhaald, door aan VAR leden te vragen wie zij zijn, op welke basis zij zitting nemen in de VAR en wat het zijn van een VAR in praktijk betekent.

Object

De groep die het object wil vertegenwoordigen is geen gegeven. Er komt een creatief proces aan te pas, waarbij de achterban wordt geconstrueerd door het subject. Door de achterban (object) op een bepaalde manier te beschrijven, creëert het subject een object. Het *object* is dus het beeld van de groep die vertegenwoordigd wordt zoals het subject dat van de groep maakt. In andere woorden: Het beeld wat de VAR creëert van de verpleegkundigen in het ziekenhuis.

Het object binnen de gemaakte claim zal worden achterhaald door aan VAR leden te vragen wie zij willen vertegenwoordigen maar vooral ook door in kaart te brengen hoe VAR leden tegen de verpleegkundigen in het ziekenhuis aankijken en hoe de VAR verpleegkundigen beschrijft.

Referent

Onder de *referent* verstaan we de gegeven groep waaruit het object afkomstig is. Zoals eerder is gezegd creëert het subject een beeld van een bepaalde groep, het object. Het referent is de gegeven groep zonder de extra gecreëerde kenmerken en eigenschappen. Als bijvoorbeeld het gecreëerde object is 'de onderdrukte en uitgebuite bevolking in land X', dan is het referent 'de bevolking in land X'.

De referent zal worden achterhaald door te onderzoeken uit hoeveel verpleegkundigen het ziekenhuis bestaat en hoe deze groep er globaal uit ziet.

Publiek

De laatste actor in het proces van vertegenwoordiging en het claimen van vertegenwoordiging zijn toeschouwers gedurende het claimmaking proces, *het publiek*.

Het *publiek* is de ontvanger van de claim (Saward, 2010). Het gaat er dus om wie het subject bereikt maar ook op welke manieren dit gebeurt. Iemand die lid is van een adviesraad kan als doel hebben de leden te bereiken en te vertegenwoordigen, maar kan zich tevens richten op bijvoorbeeld de rijksoverheid, zorgverzekeraars of 'de media'.

Het in kaart brengen van het publiek zal gebeuren door te onderzoeken op welke mogelijke manieren de VAR zichzelf bij mensen onder de aandacht brengt. Door deze (communicatie) kanalen te volgen kan ook worden achterhaald wie de claim daadwerkelijk ontvangt.

Daarnaast is zoals eerder gezegd vertegenwoordiging een actief en dynamisch proces. Naast dat iemand in het publiek de claim kan accepteren, kan hij deze ook negeren of zelfs actief weigeren. Dit actief weigeren kan zich uiten door verpleegkundigen die zich negatief uit laten over VAR en negatieve associaties hebben bij het feit dat de VAR zegt dat ze verpleegkundigen vertegenwoordigen.

Onderstaande schema geeft een overzicht van de vijf elementen:

1	Maker	<ul style="list-style-type: none">• Construeert het proces van de claimmaking. Maakt het proces waarbinnen de claimmaking plaatsvindt.• De vertegenwoordigers en vertegenwoordigden zijn er niet 'gewoon', het wordt vormgegeven en mogelijk gemaakt door de claimmaker.
2	Subject	<ul style="list-style-type: none">• Naar voren geschoven groep om te vertegenwoordigen.• Eigent kenmerken aan zichzelf toe om zich te identificeren met de vertegenwoordigden.
3	Object	<ul style="list-style-type: none">• Beschrijving van de achterban, door het subject.• Object is dus geen gegeven, maar wordt geconstrueerd door het subject.• Creatief proces waarbij het subject de achterban vormgeeft.
4	Referent	<ul style="list-style-type: none">• Groep waaruit het object afkomstig is.• Gegeven en bestaande groep.
5	Publiek	<ul style="list-style-type: none">• Naar wie en hoe wordt de claim verzonden?• Wie is de ontvanger van de claim?

3.3 Legitimiteit en niet-gekozen vertegenwoordigers

In de voorgaande paragraaf is benoemd dat de vertegenwoordigers een bepaalde claim maken die vervolgens kan worden geaccepteerd door het publiek. Er moet een zekere mate van legitimiteit rondom de gemaakte claim zijn (Saward, 2010, p.84). Dit betekent dat het publiek de vertegenwoordigers moet autoriseren en dat de vertegenwoordigers zich op hun beurt weer moeten verantwoorden tegenover het publiek. Bij gekozen vertegenwoordigers ligt deze legitimiteit vrij voor de hand. De legitimiteit wordt verkregen doormiddel van verkiezingen. Autorisatie vindt daarbij plaats door op de vertegenwoordigers te stemmen. Als de vertegenwoordigden de vertegenwoordigers niet willen autoriseren, kunnen ze er simpelweg voor kiezen bij de volgende verkiezingen niet meer op de vertegenwoordigers te stemmen. Ook verantwoording zit geïnstitutionaliseerd binnen gekozen vertegenwoordiging. Hierbij valt te denken aan openbare debatten in het parlement en kamerstukken die openbaar terug te lezen en te horen zijn.

Bij niet-gekozen vertegenwoordigers is geen sprake van geïnstitutionaliseerde mechanismen. Zij kunnen zich niet verantwoorden in een parlement en halen autorisatie en legitimiteit ook niet door het verkrijgen van stemmen. Bij niet-gekozen vertegenwoordigers, waar bij VAR leden sprake van is, moet op een andere manier gezocht worden naar legitimiteit. De belangrijkste manieren om als niet-gekozen vertegenwoordigers legitimiteit te verkrijgen zijn door het hebben van een gedeelde identiteit met het publiek of door het hebben van bepaalde kennis of expertise die de vertegenwoordigden ook hebben (Saward, 2010, p.94). Een laatste belangrijke manier om als niet-gekozen vertegenwoordiger legitimiteit te verkrijgen is door goed direct contact te hebben met de groep die wordt vertegenwoordigd (Bovenkamp & Vollaard, 2017). De verantwoording naar de vertegenwoordigden is vaak flexibeler en informeler bij niet-gekozen vertegenwoordigers (Wilderink, 2017, p.22). Dit heeft echter mogelijk ook weer gevolgen. De mate waarin vertegenwoordigers contact kunnen hebben met de achterban en het publiek kunnen in een groot ziekenhuis lastiger zijn dan in een kleiner ziekenhuis.

Grootte van een ziekenhuis

Zoals in de vorige paragraaf is te lezen, is bij niet-gekozen vertegenwoordigers contact met de achterban belangrijk om legitimiteit te krijgen. In een groter ziekenhuis is dit contact mogelijk lastiger dan in een kleiner ziekenhuis. Hierbij moet worden opgemerkt dat groter en kleiner kan worden uitgedrukt in personeelsaantal en werkenden in een ziekenhuis, maar ook in de daadwerkelijke fysieke ruimte waarin de vertegenwoordigers en vertegenwoordigden acteren. Daarnaast is het zo dat wanneer mensen, of verpleegkundigen op andere locaties actief zijn dan waar de vertegenwoordigers zelf vooral rondlopen, de verpleegkundigen in de kleinere locaties het gevoel kunnen krijgen dat zij achtergesteld worden ten opzichte van de grotere locatie. Deze hypothesen vinden haar oorsprong in het werk van Reussing (1988). Reussing (1988) stelde dat in een grote gemeente de afstand tussen burger en bestuurder groter is dan in een kleine gemeente en daardoor ook minder contact plaatsvindt tussen de

bestuurders en burgers. Ditzelfde principe kan mogelijk worden vertaald naar VAR bestuurders en verpleegkundigen die zich bevinden in een ziekenhuis. Hoewel Fraanje et al. (2008) stelt dat dit verminderde contact in grote gemeentes wel meevalt vanuit bestuurders gezien, kan het nog steeds betekenen dat het vanuit de verpleegkundigen als een obstakel gezien kan worden. Hierbij komt ook het begrip autorisatie weer terug. Het is in een groter ziekenhuis moeilijker als verpleegkundige je te identificeren met de VAR leden dan in een kleiner ziekenhuis, simpelweg omdat de kans kleiner is dat je de VAR leden kent van de werkvloer.

Juist omdat er tegenstrijdige visies zijn op de invloed van grootte op contact tussen bestuurders en burgers, is het interessant binnen dit onderzoek onderscheid te maken tussen een groter en kleiner ziekenhuis. Daarmee kan in kaart worden gebracht of grootte een invloed heeft. Daarnaast kan het werkzaam zijn op een andere locatie dan waar het meeste advies over gaat een negatieve invloed hebben, gezien het gevoel van 'achtergesteld zijn ten opzichte van de grotere locatie' dat kan ontstaan.

4. Methoden

4.1 Verantwoording gebruikte methode

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag *‘Hoe vertegenwoordigen Verpleegkundige adviesraden verpleegkundigen en in hoeverre vinden verpleegkundigen zelf dat zij door de VAR worden vertegenwoordigd?’* is gebruik gemaakt van een mix van kwantitatieve én kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het kwalitatieve deel bestaat uit semigestructureerde interviews met VAR leden. Het doel van deze interviews was om in kaart te brengen op welke manier de vertegenwoordiging van Verpleegkundige adviesraden plaatsvindt. Het kwantitatieve deel bestaat uit een survey onderzoek onder verpleegkundigen. Het doel van dit survey onderzoek was om in kaart te brengen in hoeverre verpleegkundige zich vertegenwoordigd voelen door Verpleegkundige adviesraden. De reden waarom is gekozen voor beide methoden is omdat deze elkaar goed aanvullen binnen dit onderzoek.

Allereerst is het doormiddel van een kwalitatieve benadering mogelijk verder en dieper in te gaan op achterliggende processen en betekenissen. Een kwalitatieve benadering maakt het mogelijk antwoorden te vinden op verder gaande vragen die elementen proberen te verklaren en verder te begrijpen (Bryman,2016). Dat is bij dit onderzoek van belang om een dynamisch model zoals Saward (2010) dat geeft in kaart te kunnen brengen. Om het model verder te kunnen begrijpen en te toetsen in de praktijk is het belangrijk dit flexibel en open te benaderen. Een kwantitatieve methode zou minder in staat zijn dit dynamische proces vast te leggen. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat objecten, claim makers en publieken kunnen veranderen tijdens het proces. Een kwalitatieve benadering kan rekening houden met deze grote variëteit. Immers, er zijn geen vooraf opgestelde uitgangspunten.

Daarentegen kan een kwantitatieve benadering in de vorm van een survey wel een mooie aanvulling geven op het in kaart brengen van duidelijke bestaande concepten. Dit is binnen het onderzoek van toepassing op de vraag wie precies de publieken zijn binnen de gemaakte claims. Daarnaast biedt het ook duidelijkheid op welke wijze verpleegkundigen tegen de VAR aankijken. Door een survey met vooraf geoperationaliseerde vragen voor te leggen met betrekking tot meningen kan duidelijk en inzichtelijk worden gemaakt hoe verpleegkundigen over de VAR in hun ziekenhuis denken en welke verwachtingen verpleegkundigen zelf hebben.

4.2 Data verzameling

Interviews

Om te waarborgen dat VAR leden én verpleegkundigen vrij uit kunnen spreken, zullen de onderzochte ziekenhuizen niet bij naam worden genoemd. In plaats daarvan zal worden gesproken van ziekenhuis G en ziekenhuis K.

De reden waarom voor de ziekenhuizen G en K zijn gekozen, vindt zijn oorsprong in de verschillende groottes die beide ziekenhuizen hebben. Ziekenhuis G heeft ruim 2300 medewerkers in dienst. Ziekenhuis K telt er rond de 1444. Daarmee is er een significant verschil in grootte tussen de ziekenhuizen. Grootte wordt binnen dit onderzoek gedefinieerd als 'aantal medewerkers in dienst'. Daarnaast hebben beide ziekenhuizen aangegeven geïnteresseerd te zijn in deelname aan het onderzoek. De enige eis bij het selecteren was dat het ziekenhuis een VAR moest hebben en dat er een aanzienlijk verschil in grootte moest zijn. Eigenschappen als regio en functie waren geen selectie criteria. Daarnaast kan worden vastgesteld dat beide ziekenhuizen dezelfde behandelingen aanbieden en beide ziekenhuizen van niet-academische aard zijn. Nederland telt ruim 130 ziekenhuizen die gemiddeld 1188 verpleegkundigen in dienst hebben (DHD- Dutch Hospital Data, 2016). Daarnaast bieden de geselecteerde ziekenhuizen dezelfde soorten diensten en behandelingen aan als landelijk gebruikelijk is (DHD- Dutch Hospital Data, 2016). De ziekenhuizen zijn daarmee ondanks verschillen in grootte gemiddeld en representatief te noemen voor ziekenhuizen in Nederland.

Omdat er een beperking zit aan de hoeveelheid tijd die voor het onderzoek beschikbaar is, is niet met alle VAR leden gesproken. Om toch een zo betrouwbaar mogelijk beeld te creëren, is met 'zo veel mogelijk' leden uit elke VAR gesproken. De VAR in ziekenhuis K bestaat uit elf leden waarvan met drie leden is gesproken. De VAR in ziekenhuis G bestaat uit zes leden waarvan met drie leden is gesproken. Deze leden zijn niet van te voren geselecteerd. Het is aan de VARs in het desbetreffende ziekenhuis zelf overgelaten welke leden naar voren zijn geschoven om deel te nemen aan de gesprekken. Factoren als beschikbare tijd, werktijden en planningen hebben hierbij een rol gespeeld. Hoewel de VAR leden niet zelf zijn geselecteerd kan wel worden gesteld dat deze representatief zijn voor de VARs in de desbetreffende ziekenhuizen. Van beide VARs is de voorzitter geïnterviewd. Deze voorzitters zijn vanaf de oprichting betrokken geweest en hebben daarmee voldoende kennis en ervaring de ontwikkelingen binnen de VAR te analyseren. Daarnaast is bij elke VAR gesproken met een ervaren lid die er later is bij gekomen en een relatief nieuw lid. In de resultaten zullen de volgende respondenten aan het woord zijn:

Ziekenhuis K (klein)	Ziekenhuis G (groot)
Respondent - K1	Respondent – G1
Respondent - K2	Respondent - G2
Respondent - K3	Respondent - G3

Survey

De survey is met toestemming van de desbetreffende ziekenhuizen verspreid onder zoveel mogelijk verpleegkundigen in het ziekenhuis. Hierbij is gebruik gemaakt van een anonieme online enquête die via de teamleiders van alle afdelingen per email is verspreid. Niet alle teamleiders zijn in staat geweest deze link te verspreiden (tijd, vergeten etc.). Echter valt het volgende terug te traceren: In ziekenhuis K is de enquête verspreid onder 512 verpleegkundigen. Het aantal geldige respondenten was 86. In ziekenhuis G is de enquête verspreid onder 845 verpleegkundigen. Het aantal geldige respondenten was 370. Om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen moet de foutmarge onder de vijf procent zitten. Dit houdt in dat de steekproef dermate groot moet zijn ten opzichte van de totale populatie dat een betrouwbaar beeld geschetst kan worden en er geen toevalligheden invloed hebben op de resultaten. Ziekenhuis G heeft een foutmarge van 4,67%, onder de vijf procent en daarmee betrouwbaar. Ziekenhuis K heeft een foutmarge van 7,58%, boven de vijf procent en daarmee niet volledig betrouwbaar.

	Ziekenhuis K	Ziekenhuis G
Totaal aantal medewerkers	3800	6000
Totaal aantal verpleegkundigen	1444	2300
Aantal verpleegkundigen met toegang tot survey onderzoek	512	845
Aantal ingevulde surveys	86	370
Percentage % surveys van aantal verpleegkundigen met toegang	16,8%	43,9%
Foutmarge (%)	7,58	4,67

4.3 Data analyse

4.3.1 Kwalitatief: semigestructureerde interviews

Door het houden van semigestructureerde interviews met VAR-leden is gekeken naar hoe VARs claimen verpleegkundigen te vertegenwoordigen. Semigestructureerde interviews bieden de mogelijkheid tot vrijheid van antwoorden van de respondent én de onderzoeker, maar waarborgt wel dat bepaalde elementen aan bod komen tijdens het gesprek en dat deze elementen vergelijkbaar zijn tussen verschillende respondenten (Boeije, 2010). De interviews zijn gehouden aan de hand van de vijf elementen zoals Saward (2010) die beschrijft. De vijf elementen zijn eerder in het theoretisch kader toegelicht. Een opzet hoe deze elementen worden geoperationaliseerd naar vragen/thema's en een topiclijst voor het interview zijn onderstaand en in bijlage 1 te vinden. De vragen zijn gebaseerd op eerder onderzoek binnen deze focus (Wilderink, 2017).

Topiclijst

VAR raadsleden

Topic	vragen
1. Introductie	Welkom, toestemming om op te nemen, korte toelichting onderzoek
2. Respondent	Kort inleiden wat de functie binnen ziekenhuis is, hoe lang lid van de VAR? Bepaalde functie binnen de VAR? Hoe bent u zelf in aanraking met de VAR geraakt? Hoe bent u in het VAR bestuur gekomen, was dit een vacature, of bent u als expert gevraagd? Heeft u extra scholing gehad om dit in de VAR te functioneren?
3. Ziekenhuis (referent)	Hoe zou u dit ziekenhuis omschrijven. Rol voor een grote regio of meer specialismen? Onderscheid dit ziekenhuis zich ergens in? Wat vinden jullie belangrijke prioriteiten in het ziekenhuis? Schatting van aantal werkende verpleegkundigen in het ziekenhuis?

	<p>Is elke afdeling in het ziekenhuis vertegenwoordigd als je kijkt naar de achtergrond van de VAR leden?</p>
4. Claim-maker	<p>Wie heeft bedacht en bepaald dat er een VAR in dit ziekenhuis aanwezig zou zijn?</p> <p>Hoe is dat proces van implementatie verlopen, wie nam daarin het voortouw? Was dat het bestuur, de V&VN of waren jullie het als leden zelf?</p> <p>Dient u verantwoording aan iemand af te leggen? En zo ja, op jaarlijkse basis? Wat vindt u daarvan etc..</p> <p>Hoe is de samenwerking met de V&VN?</p> <p>Hoe is de samenwerking met de raad van bestuur?</p> <p>Wie bedenkt de kaders waarbinnen, of juist buiten de VAR opereert?</p>
5. Beschrijving verpleegkundigen volgens VAR	<p>Hoe zou u de verpleegkundigen in het ziekenhuis omschrijven</p> <p>Waar hebben de verpleegkundigen volgens u behoefte aan?</p> <p>Wat verwachten de verpleegkundigen van de VAR en vindt u dat u daaraan voldoet?</p> <p>Wat vinden verpleegkundigen belangrijk? Welke adviezen zijn afgelopen jaren uitgegeven waar de verpleegkundigen écht iets aan hebben gehad?</p>
6. Publiek	<p>Op welke manier brengen jullie de VAR onder de aandacht bij verpleegkundigen</p> <p>Welke adviezen hebben jullie uitgebracht afgelopen jaren en welke zijn daadwerkelijk in praktijk verwezenlijkt?</p> <p>Wat organiseren jullie namens de VAR voor verpleegkundige (vervolgens zal aan</p>

	<p>verpleegkundige worden gevraagd in hoeverre zij überhaupt behoefte hebben aan dit soort actieve bijeenkomsten)?</p> <p>Welke input leveren verpleegkundigen aan de VAR (welke adviezen)?</p> <p>Hoe denken jullie dat verpleegkundigen tegen de VAR aankijken?</p>
--	---

Met behulp van het programma “Nvivo” zijn de antwoorden geanalyseerd. Hierbij is te werk gegaan aan de hand van een codeboom (bijlage 3). Deze codeboom laat zien op welke manier de data zijn gestructureerd. Hierbij is vooral op te merken dat dit is gebaseerd op de vijf vooraf genoemde elementen zoals Saward die neerzet. Dit betekent dat er zeer gesloten is gecodeerd. Het coderen kent echter een meerwaarde in het feit dat thema’s en elementen waar van te voren geen rekening mee is gehouden maar wel een meerwaarde vormen, toch in de resultaten betrokken kunnen worden.

4.3.2 Kwantitatief; Survey onderzoek

Vervolgens zal worden gekeken naar het tweede deel van de onderzoeksvraag, namelijk de vraag in hoeverre de verpleegkundigen vinden dat ze door de VAR worden vertegenwoordigd. Binnen de enquête (die in bijlage 2 te vinden is) zullen de volgende thema’s bekeken worden:

- De vragen 1 t/m 5 bestaan uit descriptieve vragen. Hiermee wordt de doelgroep in kaart gebracht.
- De vragen 6 t/m 12 brengen in kaart hoe bekend de VAR bij de respondent is. Dit heeft als doel aan te tonen of er verschil in bekendheid zit tussen een kleiner (ziekenhuis A) en groter (ziekenhuis B) ziekenhuis.
- De vragen 13 t/m 16 geven aan hoe mensen de VAR beoordelen. Deze vraag dient alleen te worden ingevuld door mensen die daadwerkelijk bekend zijn met de VAR. Deze vragen vormen samen het construct ‘VAR attitude’. Deze attitude kan een waarde hebben tussen de één en vijf, waarbij vijf de meest positieve attitude is en één een zeer negatieve. Dit is een samengesteld construct, bestaande uit de vragen: De VAR weet wat mijn behoeftes en wensen als verpleegkundige zijn, De VAR weet wat er speelt onder verpleegkundigen, De VAR vertegenwoordigt mij goed in het ziekenhuis en bij het bestuur en ik vind dat de VAR goed werk verricht in het ziekenhuis. Dit construct kent een Cronbach’s alpha van 0,891 en is daarmee betrouwbaar gezien de grens van 0,7 om betrouwbaar te kunnen zijn is overschreden.
- Vraag 16 bestaat uit vragen over het thema ‘verwachtingen van de VAR’. Deze vraag kijkt naar wat de verwachtingen van verpleegkundigen zijn ten opzichte van de VAR als

adviesorgaan. Mogelijk dat verpleegkundigen andere verwachtingen van de VAR hebben dan de VAR zelf uitdraagt.

- Vraag 17 én 18 kijken beide naar waar verpleegkundigen behoefte aan hebben en welke advies thema's zij meer zouden willen zien of juist minder. Mogelijk dat de thema's die verpleegkundigen belangrijk vinden verschillen per ziekenhuis of afdeling. Tevens kan deze vraag laten zien welke thema's verpleegkundigen belangrijk vinden en in hoeverre de VAR in het desbetreffende ziekenhuis zich bezighoudt met deze thema's. Mogelijk dat hier een scheve verhouding in zit.

Samen zullen de vragen en antwoorden worden verwerkt in het programma SPSS. Hierbij zullen doormiddel van verschillende data analyses gegevens inzichtelijk worden gemaakt. Vervolgens kan er een beeld worden geschetst over hoe de verpleegkundigen aankijken tegen de VAR en door welke mogelijke elementen dat komt.

4.4 Criteria voor onderzoek

Voor het uitvoeren van een gedegen onderzoek, dient te worden voldaan aan criteria waaraan het onderzoek getoetst dient te worden.

4.4.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is één van de criteria voor het uitvoeren van een goed onderzoek (Bryman, 2016). Het gaat erom dat je onderzoek vrij is van toevallige fouten. Betrouwbaarheid valt te onderscheiden in zowel interne als externe betrouwbaarheid. Bij interne betrouwbaarheid gaat het erom of je kan controleren of je het als waarnemer juist hebt waargenomen (Bryman, 2016). Nemen anderen iets anders waar, of is er overeenstemming over wat er is gezegd? Interne betrouwbaarheid is in dit onderzoek gewaarborgd door alle interviewgesprekken waar mogelijk op te nemen als audiofragmenten en letterlijk te transcriberen. Door het letterlijk transcriberen kan geen misverstand bestaan over wat er is gezegd door een respondent. De transcripten zullen niet als bijlage aan het onderzoek worden toegevoegd, maar kunnen wel bij de onderzoeker worden opgevraagd. Tevens zal een codeboom (bijlage 3) worden bijgevoegd waarmee consistentie van de onderzoeker bij het analyseren en interpreteren van data kan worden gecontroleerd. Daarnaast is er ook nog externe betrouwbaarheid. Hierbij gaat het erom of het onderzoek een zekere mate van herhaalbaarheid heeft. Dit is lastig te waarborgen gezien het feit dat interviews met mensen altijd net anders lopen. Daarnaast kunnen ook niet alle interview gesprekken in dezelfde setting en ruimte plaatsvinden. Om de betrouwbaarheid toch zoveel mogelijk te kunnen garanderen zal elk interview wel op dezelfde manier gestructureerd zijn.

4.4.2 Validiteit

Bij validiteit gaat het erom of de resultaten uit het onderzoek kloppen met de werkelijkheid. Ook hierbij is onderscheid te maken tussen interne en externe validiteit. Interne validiteit heeft betrekking op de kwaliteit van het gebruikte meetinstrument. Hierbij is het belangrijk begrippen op een juist manier te operationaliseren. Dit operationaliseren is gedaan met behulp van eerder gedaan onderzoek (Wilderink,2017; Korzilius, 2000). Het eerdere en juiste gebruik van deze concepten maakt dat de operationalisatie van de concepten in dit onderzoek ook kwalitatief beter én meer valide zijn. De instrumenten en vragen meten wat ze moeten meten.

Een punt dat extra toelichting en verantwoording vraagt is de externe validiteit. In welke mate kunnen de onderzoeksresultaten worden gegeneraliseerd? Het onderzoek is gedaan bij twee VARs en dus twee ziekenhuizen. In totaal kent 70% van alle ziekenhuizen in Nederland een VAR of een gelijksoortig adviesorgaan(V&VN), wat neer komt op ongeveer 90 ziekenhuizen. Het is dus een zeer kleine selectie van het totaal aantal ziekenhuizen in Nederland. Het feit dat het een kleine selectie is, betekent echter niet dat dit meteen de externe validiteit schaadt. De ziekenhuizen zijn namelijk nog steeds representatief voor Nederlandse ziekenhuizen. Dit blijkt uit het eerder genoemde feit dat de geselecteerde ziekenhuizen dezelfde soorten diensten en behandelingen aanbieden als landelijk gebruikelijk is (DHD- Dutch Hospital Data, 2016).

Een element dat (negatieve) invloed heeft op de reproduceerbaarheid van het onderzoek is het feit dat de ziekenhuizen waar de VAR wordt bekeken anoniem zullen blijven. Doordat niet bekend is waar exact het onderzoek heeft plaatsgevonden is het voor andere onderzoekers niet mogelijk exact het onderzoek te reproduceren. Echter, doordat de ziekenhuizen wel bepaalde generieke en specifieke kenmerken hebben, kan het onderzoek wel in andere ziekenhuizen worden gereproduceerd. Daarnaast is deze keuze voor anonimiteit verdedigbaar. Om de respondenten zo vrij mogelijk te kunnen laten antwoorden tijdens het interview en om te zorgen dat verpleegkundigen zo eerlijk mogelijk de survey invullen zonder bang te zijn of te worden beoordeeld op het feit dat ze de VAR misschien te negatief beoordelen is het te accepteren en verantwoorden dat deze ziekenhuizen anoniem zullen blijven.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk, het empirische deel van het onderzoek, worden de resultaten van het uitgevoerde onderzoek beschreven.

Allereerst volgen resultaten die laten zien hoe de vertegenwoordigingsclaims er in praktijk uit zien. Dit is gebaseerd op interviews met VAR leden. Vervolgens zal worden bekeken hoe verpleegkundigen zelf naar de VAR in hun ziekenhuis kijken en welke verwachtingen verpleegkundigen hebben van de VAR in hun ziekenhuis. Daarmee zal in dit hoofdstuk antwoord worden gegeven op de deelvraag 3: 'Hoe ziet de vertegenwoordigingsclaim eruit de VARs maken en deelvraag 4: Hoe kijken verpleegkundigen tegen de vertegenwoordiging van de VAR aan? Om een antwoord te kunnen vinden op de vraag of grootte van een ziekenhuis invloed heeft op de vertegenwoordiging door de VAR zal er continue onderscheid gemaakt worden tussen een groter (G) en kleiner (K) ziekenhuis bij het presenteren van de resultaten.

5.1 Vertegenwoordigingsclaim door de VAR

5.1.1 Zoeken naar een claimmaker

Kleinere ziekenhuis

Uit de gesprekken blijkt dat individuele verpleegkundigen zichzelf hebben opgeworpen om een VAR op te richten en de claim maken dat de VAR verpleegkundigen in het ziekenhuis vertegenwoordigt. De respondenten geven aan dat het initiatief tot het oprichten van een VAR en het introduceren van de VAR in het ziekenhuis door verpleegkundigen zelf is ontstaan. Hierbij wordt duidelijk gemaakt dat de raad van bestuur in eerste instantie vrij weinig zag in een VAR. De individuele verpleegkundigen die zich verenigden in een VAR hebben binnen het ziekenhuis een situatie moeten creëren waarbij duidelijk werd voor iedereen dat de VAR verpleegkundigen vertegenwoordigt en op welke manier deze vertegenwoordiging tot uiting komt. Echter, het volgende antwoord wordt gegeven als wordt gevraagd aan respondenten waar het idee van een VAR en het willen vertegenwoordigen van verpleegkundigen vandaan kwam:

K3: 'V&VN was er wel bij betrokken, die hebben toen een introductie praatje en symposium georganiseerd waar werd verteld wat is een VAR en wat is een VAR vooral niet en daar hebben we onze naam op een lijst gezet. Zij hebben ons toen wel geënthousiasmeerd en aan het denken gezet van, tja, waarom hebben wij niet zoiets voor de verpleegkundigen.'

Uit het citaat blijkt dat de V&VN indirect aan de basis ligt voor de claim dat de VAR verpleegkundigen vertegenwoordigt. Immers, de V&VN heeft kaders geschetst over hoe een VAR dient te handelen en deze kaders weer doorgegeven aan de individuele VAR leden. Er is een verschuiving zichtbaar, waarbij de maker van de V&VN verschuift naar een steeds autonomer handelende VAR. De invloed van de V&VN als claim maker blijkt echter nog steeds

zichtbaar wanneer wordt gevraagd naar hoe wordt besloten of een thema voor de VAR is en daarmee ook of en hoe verpleegkundigen moeten worden vertegenwoordigt:

K2: 'Je hebt de beslisboom van de V&VN, die gebruiken we veel als leidraad om te besluiten van, is dit advies voor de VAR of niet. En ze hebben ook op de dag van de verpleging geholpen bij onze oprichting. Toen namen ze Mark Rutte mee dus toen wist meteen iedereen van het bestaan van de VAR.'

Concluderend kunnen we zien dat in eerste instantie de claim maker de V&VN is. De V&VN heeft de claim naar voren gebracht en het begin van het proces vormgegeven. Echter, na verloop van tijd is deze rol steeds verder overgenomen door de VAR zelf. De VAR is autonomer gaan opereren en is inmiddels zelf de vormgever van de claim geworden.

Grotere ziekenhuis

Waarbij in ziekenhuis K het vormgeven van de claims en het ontwikkelen van een VAR ontstond door de V&VN en later de individuele verpleegkundigen, is bij ziekenhuis G een andere claim maker aan te wijzen. In ziekenhuis G is een manager die vlak onder de raad van bestuur stond de initiatiefnemer en vormgever van het proces en de claim geweest. Deze manager riep een groep verpleegkundigen bijeen om samen met hen een traject te starten om een VAR op te richten. Deze manager was zelf niet een verpleegkundige, maar vond wel dat er meer gedaan moest worden om de verpleegkundige als professionele beroepsgroep beter te ontwikkelen en verpleegkundigen te gaan vertegenwoordigen binnen het bestuur.

G1: 'Er was een manager onder het bestuursteam en die heeft gewoon verpleegkundigen uit ziekenhuis G bij elkaar gezet en gezegd van, het wordt weer eens tijd dat we iets gaan doen aan de verpleegkundige beroepsgroep. Er was een aantal mensen in de organisatie die hem opvielen in het verpleegkundige vak, heeft ze aangesproken en bij elkaar heeft gezet. Maar goed het was toch uiteindelijk de raad van bestuur die dit alles in eerste instantie heeft mogelijk gemaakt'.

Concluderend kunnen we zien dat in ziekenhuis G de claim maker de raad van bestuur is geweest. De raad van bestuur heeft in eerste instantie het proces vormgegeven. Net als in ziekenhuis K is echter te zien dat hoe langer de VAR actief is in het ziekenhuis, hoe meer de VAR zelf neigt naar het zijn van een claim maker.

5.1.2 VAR als subject: Vertegenwoordiging op basis van kennis en representativiteit

Kleinere ziekenhuis

Uit de gesprekken blijkt dat de VAR het naar voren geschoven orgaan is om te vertegenwoordigen. De VAR is de groep die claimt en over zichzelf zegt dat het anderen vertegenwoordigt. De VAR kan daarmee worden gezien als het subject. Maar op welke basis vindt deze vertegenwoordiging plaats?

De VAR kent een aantal kenmerken aan zichzelf toe die een koppeling vormen met de groep die hij wilt vertegenwoordigen. Allereerst wordt gesteld dat representativiteit een belangrijke basis is voor de vertegenwoordiging. Immers, de VAR wil alle verpleegkundigen van alle afdelingen in het ziekenhuis vertegenwoordigen. Dit gebeurt door bij de werving van nieuwe VAR leden te letten op welke afdelingen niet vertegenwoordigd zijn in de VAR. De representativiteit krijgt alleen vorm in het aantal afdelingen. Er worden geen representativiteitskenmerken zoals leeftijd, man/vrouw of opleidingsniveau genoemd.

K3: 'We hebben nu 11 leden, dus meer afdelingen dan VAR leden. We proberen het wel gevarieerd. Dus aantal leden van specialistische afdelingen zoals IC's, ICE/SCH, komt ook een lid die werkt bij de afdeling scopie dus die heeft weer veel contact met de poliklinieken, we letten er wel op. Laatst gingen er twee leden weg die allebei "snijdend" waren, daar kwam een beschouwer voor terug dus we hadden wel van daar moet ook nog echt een snijder voor terug komen en dat gaven we ook aan in de vacature om wel echt zo breed mogelijk de afdelingen te vertegenwoordigen.'

De tweede basis voor de vertegenwoordigingsclaim dat de VAR verpleegkundigen vertegenwoordigt zit in de kennis en expertise die de VAR leden hebben van het verpleegkundige vak. Alle VAR leden zijn werkzaam als verpleegkundige binnen het ziekenhuis en weten daardoor welke problemen er spelen en welke handelingen verpleegkundigen verrichten.

K1: 'Ja het fijne is dat je gewoon zelf lekker rondloopt en in gesprek kan gaan. We zijn allemaal verpleegkundigen dus we weten als geen ander hoe lastig het soms is problemen aan te kaarten. Daarnaast signaleren we zelf ook wel eens obstakels in het werk. Het is dan ook aan ons om te kijken van hé, zijn dat nou afdelingsspecifieke problemen of wordt dit breder gedragen onder alle verpleegkundigen in het ziekenhuis. Het is dus echt van cruciaal belang dat je zelf op de vloer rondloopt. Het zou ook een beetje gek zijn als je advies geeft namens verpleegkundigen maar zelf totaal geen realiteitsbesef hebt.'

Grotere ziekenhuis

Net als bij ziekenhuis K speelt ook in ziekenhuis G het argument van representativiteit een grote rol. Meerdere malen wordt genoemd dat bij de werving en selectie van de VAR wordt gekeken naar de afdeling waar de kandidaat vandaan komt. Vervolgens wordt geprobeerd zoveel mogelijk afdelingen een plek in de VAR te geven. Hierbij moet wel een belangrijke opmerking geplaatst worden. Het kleinere ziekenhuis (K) bestaat uit 11 VAR leden. De VAR in het grotere ziekenhuis (G) bestaat uit 6 leden. Als reden wordt genoemd het efficiënter en slagvaardiger kunnen zijn. Ook in deze VAR wordt echter niet genoemd als representativiteit: man/vrouw verhouding, leeftijd en opleidingsniveau.

Een belangrijk verschil met ziekenhuis K, is dat in ziekenhuis G de gemaakte claim er anders uitziet. Waar in ziekenhuis K wordt gezegd dat de VAR er is voor de verpleegkundigen, is te zien dat de VAR in ziekenhuis G de claim maakt dat de VAR er is voor de verpleegkundige *beroepsgroep*.

G2: 'Natuurlijk horen wij wat er speelt op de werkvloer, maar wij gaan die problemen niet echt oplossen, ik vind problemen ook eigenlijk een verkeerde woordkeus die je noemt. Wat wij doen is beleid wat in de landen door de overheid geïnitieerd wordt en wat door V&VN op de werkvloer moet komen, daarvan zijn wij de vertaalslag. Daarnaast proberen wij door te ontwikkelen door kwaliteitsslag te maken.'

Het feit dat de VAR in ziekenhuis G claims maakt over de beroepsgroep en niet zo zeer de individuele verpleegkundigen, is ook terug te zien in de basis voor de vertegenwoordiging. Naast de eerder genoemde representativiteit en kennis van het beroep, speelt namelijk ook eerdere ervaring met vertegenwoordigen en spreken namens grotere groepen (binnen ziekenhuis afdelingen) een rol.

G3: 'Daarnaast kijken we ook van nouja, wat heeft iemand al gedaan. Hoe vertegenwoordigt iemand het verpleegkundige beroep op zijn afdeling en in het ziekenhuis al. Je moet wel die ervaring al hebben, daarop werven we ook met vacatures voor de VAR.'

Samenvattend is te zien dat in ziekenhuis K en G de basis voor het vertegenwoordigen en de vertegenwoordigingsclaims ligt in de representativiteit van de afdelingen in het ziekenhuis en de beroepsmatige kennis en ervaring die de VAR leden hebben. Daarbij valt wel op dat de claim binnen ziekenhuis G vooral betrekking heeft op de landelijke beroepsgroep en ziekenhuis K op de individuele verpleegkundigen.

5.1.3 Vormgeven van de verpleegkundigen

Kleinere ziekenhuis

Wanneer wordt gekeken naar de groep die de VAR wil vertegenwoordigen en die de VAR vormgeeft (object) komt het volgende naar voren.

Allereerst wordt duidelijk gemaakt dat verpleegkundigen graag een luisterend oor willen hebben. De VAR wil daar graag op aansluiten door signalen van de werkvloer op te vangen en actief achter deze signalen aan te gaan. Echter, veel verpleegkundigen hebben niet de juiste verwachtingen of te weinig zicht over de VAR volgens de VAR leden zelf. Dit komt mede door het feit dat de VAR nog wordt gezien als een ver staand orgaan.

K1: 'Ze hebben sowieso behoefte aan een luisterend oor, ik denk dat dat heel belangrijk is dat ze zich gehoord voelen. Je luistert, soms kan je er niets mee, maar soms vinden ze het fijn gewoon even hun verhaal kwijt te kunnen. Ze komen niet voor niets naar je toe. Ze zien ons denk vooral als de ogen en oren van het ziekenhuis maar ze vinden dat we het ook echt bij het bestuur moeten neerleggen'.

K2: 'Een deel heeft denk ik toch nog vrij weinig zicht op wat ze echt kunnen verwachten van de VAR. Soms wordt misschien gedacht dat we dezelfde rol hebben als de ondernemingsraad wat niet het geval is, maar voor veel verpleegkundigen is het nog een beetje een ver van mijn bed show. Er is wel progressie, we komen steeds beter in beeld, daar zijn we laatste jaren wel beter naar gaan kijken.'

Vanuit de verpleegkundigen komt een aantal knelpunten steeds terug naar voren (volgens de VAR dus). Deze knelpunten zijn volgens de VAR dermate breed gedragen onder verpleegkundigen dat het aan de VAR is actief met deze onderwerpen bezig te zijn.

K2 'Ehm, nou we hebben zeker in het begin gehad na een fusie van naja, teamontwikkeling of problemen of dat er weinig ook voor was. Nu zie je op bepaalde afdelingen toch behoorlijke hoge werkdruk waardoor patiënten zorg niet volgens verwachtingen gaat. Of overbelasting van jong gediplomeerde, verloop van verpleegkundigen. Als we dat signalen nemen we dat wel mee naar de Raad van Bestuur dus we geven ook informatie door. Maar we hebben ook aan de bel getrokken op het puntje omgaan met agressie. Er waren wel richtlijnen maar die werden niet toegepast. '

K3 'Vorige jaar het aantal meldingen van agressie nam toe, dan bespraken we dat onderwerp van daar moeten we wat mee. Momenteel speelt vooral werkdruk een grote rol en wat dingen die sinds de fusie wat minder goed geregeld zijn. De financiële situatie is ook niet ideaal, dus dat heeft invloed op wat er aangeschaft kan worden.'

Uit het survey onderzoek onder verpleegkundigen zal blijken in hoeverre de signalen die de VAR opvangt ook daadwerkelijk spelen onder de verpleegkundigen.

Grotere ziekenhuis

De volgende zaken vallen op wanneer wordt gekeken naar hoe de VAR de verpleegkundigen beschrijft en als object neerzet in ziekenhuis G.

Allereerst is het voor de VAR duidelijk dat de verpleegkundigen weten dat ze geen ondernemingsraad zijn. Verpleegkundigen weten dat als er problemen zijn met werktijden zij niet bij de VAR moeten zijn. Deze vragen komen dan ook niet binnen bij de VAR in ziekenhuis G, in tegenstelling tot ziekenhuis K waarbij dit soort vragen nog wel binnen komen. De VAR in ziekenhuis G denkt dan ook dat de verpleegkundigen in het ziekenhuis goed weten waarvoor ze bij de VAR moeten zijn.

R4 (G): 'We zijn we een luisterend oor, maar we zijn geen ondernemingsraad. We zijn echt voor de inhoud van het beroep en hoe we dat kunnen professionaliseren. De verpleegkundigen weten ook goed waar wij mee bezig zijn en wat onze speerpunten zijn en op basis daarvan weten ze ons te bereiken.'

De belangrijkste thema's die op dit moment volgens de VAR spelen onder de verpleegkundigen in het ziekenhuis zijn registratielast, scholing en landelijke ontwikkelingen.

G3: 'Ja, nou, ehm, registratielast. De hoeveelheid maar ook dat dingen niet goed werken. Maar ook scholing, dus het bijhouden van het vak, daar is echt te weinig tijd en ruimte voor. Landelijke ontwikkelingen daar weten ze ons ook wel over te vinden, heh, beroepsprofielen gaan veranderen daar komen veel vragen over. We zijn bezig om de verpleegkundigen ook meer evidence based practice te laten werken, maar voor veel verpleegkundigen is dat nog wel vreemde taal omdat die al 25 jaar in het ziekenhuis werken.'

5.1.4 Vaststellen van de referent

Kleinere ziekenhuis

Het referent is de complete groep waaruit het object afkomstig is. In eerste instantie zijn dat alle verpleegkundigen werkzaam in alle locaties van het ziekenhuis.

De respondenten weten niet goed om hoeveel verpleegkundigen het eigenlijk gaat in het ziekenhuis. Er worden getallen genoemd van rond de vijfhonderd, dit terwijl het eigenlijke aantal op duizend ligt.

Daarnaast komt ook naar voren dat niet alleen verpleegkundigen onderdeel zijn van het ziekenhuis, maar ook de verzorgenden. Verzorgende hebben een (lagere) opleiding dan de verpleegkundigen en voeren vooral basishandelingen uit. De VAR wil echter ook steeds meer deze groep vertegenwoordigen. De groep verzorgende zit op dit moment dus niet volledig in het referent maar wordt wel geprobeerd erbij betrokken te worden. Dit zal ook later te zien zijn wanneer wordt gekeken naar het *publiek*.

Grotere ziekenhuis

In het grotere ziekenhuis weten de respondenten goed te noemen om hoeveel verpleegkundigen het ongeveer gaat. Genoemd wordt dat er 6000 medewerkers zijn waarvan ruim 2300 verpleegkundigen.

5.1.5 Zoeken naar publiek

Kleinere ziekenhuis

Het publiek is de groep die oordeelt over de vertegenwoordiging en die de claim ontvangt. Het is de groep die de claim kan accepteren of weigeren. Er vallen hierbij een aantal dingen op.

Uit de gesprekken blijkt dat het publiek de raad van bestuur en de verpleegkundigen in het ziekenhuis zijn. De raad van bestuur is onderdeel van het publiek gezien het feit dat adviezen aan hen worden gepresenteerd en het feit dat daarmee ook de claim aan hen wordt uitgedragen dat de VAR de verpleegkundigen vertegenwoordigt. De verpleegkundigen in het ziekenhuis zijn onderdeel van het publiek omdat de VAR op meerdere manieren aan hen probeert uit te dragen waarom de VAR de verpleegkundigen vertegenwoordigt, waarom ze dat doen en hoe ze dat doen.

Allereerst is in kaart gebracht op welke mogelijke manieren de VAR de verpleegkundigen probeert te bereiken. Hoewel in het begin een heel actieve houding van de VAR nodig was is er wel een positieve trend te zien waarbij de VAR meer naam krijgt en beter wordt bereikt door verpleegkundigen. Voorbeelden hiervan zijn nieuwsbrieven, flyers en recent ook een nieuw online en intern platform waar nieuws betreffende de VAR wordt opgezet. Onderstaand citaat geeft weer op welke manieren ziekenhuis K het publiek probeert te bereiken. Daarbij valt op dat 1 manier nog in ontwikkeling is, namelijk het introduceren van openbare vergaderingen/bijeenkomsten waarbij ook verpleegkundigen kunnen deelnemen die niet actief bij de VAR betrokken zijn.

K1: 'In het begin moesten we zoeken naar adviezen en dingen, maar nu hebben we wel echt een lijstje. Je moet niet meer in elke werkgroep willen zitten. We willen nu bijvoorbeeld open vergaderingen met verpleegkundigen als deelnemers die expertise hebben. We verspreiden nieuwsbrieven, we hebben het mailadres en sinds een paar weken hebben we een soort van intranet wat we aan het opzetten zijn.'

Echter, bij de deelname van verpleegkundigen bij bijeenkomsten en workshops georganiseerd door de VAR is een negatieve trend te zien. Een complete workshop moest zelfs worden afgezegd door een gebrek aan deelname. Ook bij andere workshops was een zeer lage opkomst. Als reden hiervoor wordt gegeven het mooie weer op de desbetreffende dagen, het feit dat het op een vrijdagmiddag was en het verhuizen van afdelingen op de workshop dagen.

K3: 'Het kost toch wel wat moeite om aanmeldingen te krijgen, vaak wil je toch wel een aantal aanmeldingen voordat je het start. Vorig jaar was het beter, maar het jaar daarvoor, maar goed, het was ook erg mooi weer en op vrijdagmiddag, maar twee jaar geleden hebben we het dus moeten annuleren omdat er zo weinig aanmeldingen waren dus dat was vrij jammer.'

Een laatste belangrijke constatering die kan worden gedaan over wie daadwerkelijk wordt bereikt door de VAR heeft betrekking op de verschillende locaties. Vanuit de VAR bestaat het vermoeden dat veel van de verpleegkundigen die niet werkzaam zijn op de hoofdlocaties minder betrokken en bekend zijn met de VAR. Een hoop van de gegeven adviezen hebben namelijk betrekking op de hoofdlocatie. Dit wordt niet zo zeer bewust gedaan, maar blijkt in praktijk wel vaak zo te zijn. Daarmee voelt het vanuit de VAR lastig de volledige achterban te bereiken. Er wordt nog nagedacht over hoe de achterban in alle locaties beter bereikt en betrokken kan worden.

K3: 'In principe proberen we algemeen advies te geven, maar alleen op locatie X (hoofdlocatie) zijn alle specialismen aanwezig. Dus een heleboel is daarmee op locatie X gericht. Het meeste proberen we wel algemeen te adviseren, maar het heeft de meeste invloed op de locatie X. Op de andere locaties werken gewoon veel minder verpleegkundigen.

[...]We merken alleen wel dat het soms lastig is ook de kleinere locaties te betrekken. Maar we proberen het wel met flyer enzo.'

Grotere ziekenhuis

Waarbij in het kleinere ziekenhuis K wordt gesproken over het lastig bereiken van een achterban en het lastig onderhouden van contact met een achterban, stelt de VAR in ziekenhuis G dat zij daar veel minder moeite mee hebben. De voornaamste reden hiervoor is door een opgezet platform waar allerlei soorten verpleegkundigen kunnen samen komen. Dit platform maakt het voor de VAR mogelijk alle verpleegkundigen laagdrempelig te kunnen benaderen. Het contact met de achterban wordt door dit soort initiatieven veel beter. In tegenstelling tot wat de theorie eerder noemde is te zien dat in het grotere ziekenhuis betere manieren zijn om contact met de achterban te hebben dan in het kleinere ziekenhuis.

G1: 'Sinds vorige jaar oktober hebben we een verpleegkundig platform opgericht. Dat is naar Amerikaans voorbeeld. Dat is een platform waar alle verpleegkundigen plus kwaliteit van afdeling ingezet worden, dus dat kan uit meer dan 60 man bestaan. Het komt maandelijks bij

elkaar daar zitten het bestuursteam bij, een manager, iemand van innovatie en ontwikkeling, communicatie. Met die grote groep verpleegkundigen proberen we nu eigenlijk de verpleegkundige beroepsgroep wat op de werkvloer plaatsvindt daar ook de regie en verantwoordelijk neer te leggen. En die verpleegkundigen vertegenwoordigen hun afdeling, krijgen daar ook tijd voor en in dat platform komt dat allemaal bij elkaar. Op die manier probeert de VAR het op macromeso niveau, maar ook op micro niveau. Dat werkt echt heel goed. Je hebt daarmee ook echt heel goed contact met je achterban.'

Bij beide ziekenhuizen is een gemeenschappelijke verschuiving en ontwikkeling te zien. Beide ziekenhuizen (respondent K1 en G2) geven namelijk aan niet alleen verpleegkundigen te willen bereiken, maar ook de 'verzorgende'. Het publiek kent daarmee een dynamisch karakter waarbij een nieuwe groep onderdeel wordt.

5.1.6 samengevat

Wanneer we naar de resultaten kijken en die vergelijken met ziekenhuis K en G kan het volgende worden gezegd en kan het volgende antwoord gegeven worden op de deelvraag 'Hoe zien de vertegenwoordigingsclaims eruit die VARs maken?':

In ziekenhuis K wordt de claim gemaakt dat de VAR er is voor de verpleegkundigen. Ziekenhuis G maakt de claim dat de VAR er is voor de verpleegkundige beroepsgroep. Deze claim is in ziekenhuis K gemaakt en vormgegeven door de V&VN. Echter, er is te zien dat de claim maker verschuift van de V&VN naar de VAR zelf. De VAR neemt zelf de regie in handen betreffende de claim. In ziekenhuis G is de claim gemaakt en vormgegeven door de raad van bestuur. Ook in ziekenhuis G is echter te zien dat de VAR zelf steeds meer de claim maker wordt.

De volgende constatering worden gedaan betreffende het *subject*: Beide VARs stellen dat een groot deel van hun vertegenwoordiging is gebaseerd op basis van representativiteit. Met representativiteit wordt bedoeld het hebben van leden die van zoveel mogelijk verschillende afdelingen komen. Daarnaast is het hebben van kennis betreffende het vak en beroep verpleegkundige een belangrijke grondslag voor de gemaakte claims. Ziekenhuis G kent echter nog een basis voor de vertegenwoordiging, namelijk het hebben van ervaring binnen het thema 'vertegenwoordigen van groepen'.

Daarnaast is er nog een verschil te zien in welke rol het subject (de VAR) heeft. In ziekenhuis K is deze rol voornamelijk het benoemen van 'problemen' en ontwikkelingen bij de raad van bestuur. Daarbij past ook een rol van luisterend oor zijn voor verpleegkundigen individueel en afdelingen. Hoewel de VAR niet individuele thema's op de eigen agenda zet, voelt de VAR zich wel als een orgaan wat verpleegkundigen begeleid in het traject om een antwoord te verkrijgen op de individuele vraag. De VAR is daarmee in ziekenhuis K een schakel tussen de verpleegkundigen en alle actieve bestuurs/advies organen in het ziekenhuis. In ziekenhuis G

ziet de VAR zich vooral als orgaan wat landelijk geïnitieerd beleid vertaald naar het eigen ziekenhuis. Ziekenhuis G ziet de VAR als orgaan wat landelijke ontwikkelingen behandelt en ook landelijk samenwerkingsnetwerken onderhoud.

Het *object* wordt in ziekenhuis K gedefinieerd als ‘alle verpleegkundigen werkzaam in de ziekenhuis groep’. Dit zijn verpleegkundigen die vooral te maken hebben met werkdruk, verloop van verpleegkundigen, verschillende werkwijzen en logistieke problemen op verschillende locaties. Het object weet echter niet precies waarvoor de VAR staat in het ziekenhuis. In ziekenhuis G wordt het object eveneens beschreven als ‘alle verpleegkundigen werkzaam in de ziekenhuis groep’. De belangrijkste thema’s onder het object volgens het subject zijn: registratielast, scholing en landelijke ontwikkelingen. Het object weet precies waarvoor het subject staat volgens de VAR.

Het *referent* in ziekenhuis K bestaat uit alle 1000 werkzame verpleegkundigen. Het referent in ziekenhuis G bestaat uit alle ruim 2300 verpleegkundigen.

Publiek

In allebei de ziekenhuizen bestaat het publiek uit de raad van bestuur en de verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis. Beide ziekenhuizen hebben dezelfde methoden om het publiek in het ziekenhuis te bereiken. Dit gebeurt door middel van flyers, nieuwsbrieven en berichten op een intranet. Een belangrijk verschil zit hem in het ‘verpleegkundigenplatform’. Ziekenhuis G heeft dit platform waarbij vele tientallen verpleegkundigen namens hun afdelingen thema’s met elkaar bespreken. Hierbij zit ook een lid van de raad van bestuur en de VAR. Dit middel maakt het volgens ziekenhuis G mogelijk om toch direct en laagdrempelig contact te hebben tussen de VAR en de verpleegkundigen. Aangegeven wordt dan ook dat het contact tussen de VAR en het publiek goed verloopt, duidelijk is en als positief wordt ervaren. Daarnaast is er in ziekenhuis G een actieve houding als het aankomt op deelname aan bijvoorbeeld workshops die door de VAR worden georganiseerd. In ziekenhuis K is er nog geen dergelijk platform. Wel wordt er nagedacht over het eventueel opzetten van een dergelijk platform. In ziekenhuis K wordt tevens duidelijk gemaakt dat het moeilijk is publiek te bereiken van andere kleinere locaties en verpleegkundigen actief te betrekken bij bijvoorbeeld workshops.

Tot slot is te zien dat het publiek niet vast staat. Beide ziekenhuizen kennen de ontwikkeling dat ‘verzorgenden’ steeds meer tot het publiek worden gerekend.

5.2 Vertegenwoordiging volgens de verpleegkundigen

In het survey onderzoek (bijlage 2) zijn vragen gesteld die verschillende aspecten meten. Leeftijden, geslacht en beoordelingen. Achteraf gezien is niet alle informatie van belang gebleken. Om een zo compact mogelijke weergave van gegevens te kunnen bieden, zal alleen informatie gegeven worden die van belang is voor dit onderzoek. Daarbij is het ook belangrijk te vermelden dat resultaten hier alleen worden vertoond als deze significant zijn gebleken. Uiteraard kan de survey meerdere verbanden trekken, maar niet alle verbanden zijn relevant voor dit onderzoek. Alleen resultaten die het doel van het onderzoek dienen worden hier weergegeven.

5.2.1 bekendheid met de VAR

Allereerst zal inzichtelijk worden gemaakt welke opvallendheden er zijn met betrekking tot de bekendheid van de VAR.

Allereerst valt op dat in beide ziekenhuizen de verpleegkundigen bekend zijn met het begrip 'VAR'. 88,4% in ziekenhuis K en 88,1% van de respondenten in ziekenhuis G geeft aan te weten wat een verpleegkundige adviesraad is. Hierbij is geen significant verschil waar te nemen tussen de ziekenhuis G en K.

Middelen voor bekendheid

Wanneer we kijken naar de manier waarop de respondenten bekend zijn geworden met de VAR zien we wel degelijk een verschil. Hierbij valt op dat de bekendheid doormiddel van workshops in ziekenhuis G significant hoger ligt dan in ziekenhuis K, hetgeen kan aansluiten bij de opmerkingen dat workshops goed worden bezocht in ziekenhuis G en niet in ziekenhuis K. Daarbij komt wel kijken dat in ziekenhuis K bekendheid door contact met VAR leden significant hoger is dan in ziekenhuis G.

Ziekenhuis K	Ziekenhuis G
1. Interne website (23%)	1. Interne Website (30%)
2. Contact met VAR leden (21%)	2. Nieuwsbrief (19%)
3. Collega's (17%)	3. Workshops (14%)
4. Nieuwsbrief (15%)	4. Contact VAR leden (10%)
5. Workshops (7%)	5. Andere collega's vertelden er over (10%)

Manieren waarop respondenten bekend zijn geworden met de VAR, waarbij 1 het meest is en 5 het minst

Persoonlijke contact met VAR leden

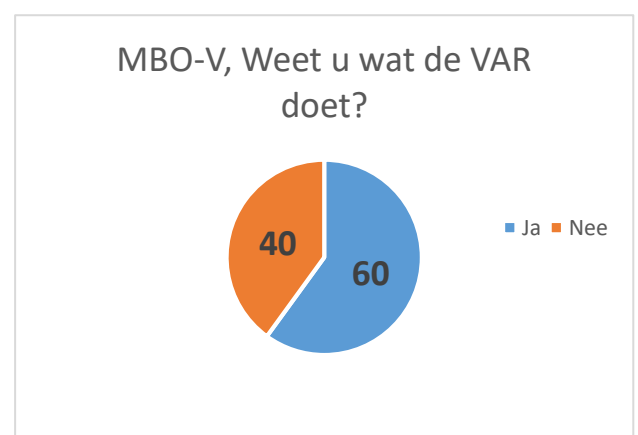
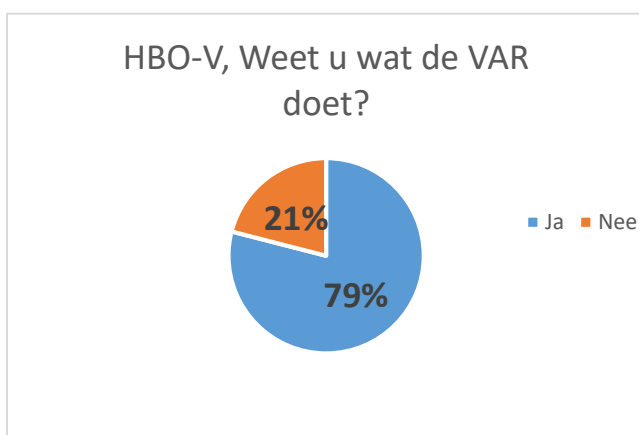
Ook op de vraag of de verpleegkundigen een lid uit de VAR in haar of zijn ziekenhuis kent ontstaat significant verschil waarbij in ziekenhuis K veel meer verpleegkundigen persoonlijk een lid van de VAR kennen dan in het ziekenhuis G



Hieruit blijkt dat het in het kleinere ziekenhuis makkelijker is contact te hebben met VAR leden en je makkelijker te kunnen identificeren met een VAR lid dan in een groter ziekenhuis. Dit zegt echter nog niets over de of dit contact ook een positieve invloed heeft op de gemaakte claim en op de beoordeling van de VAR.

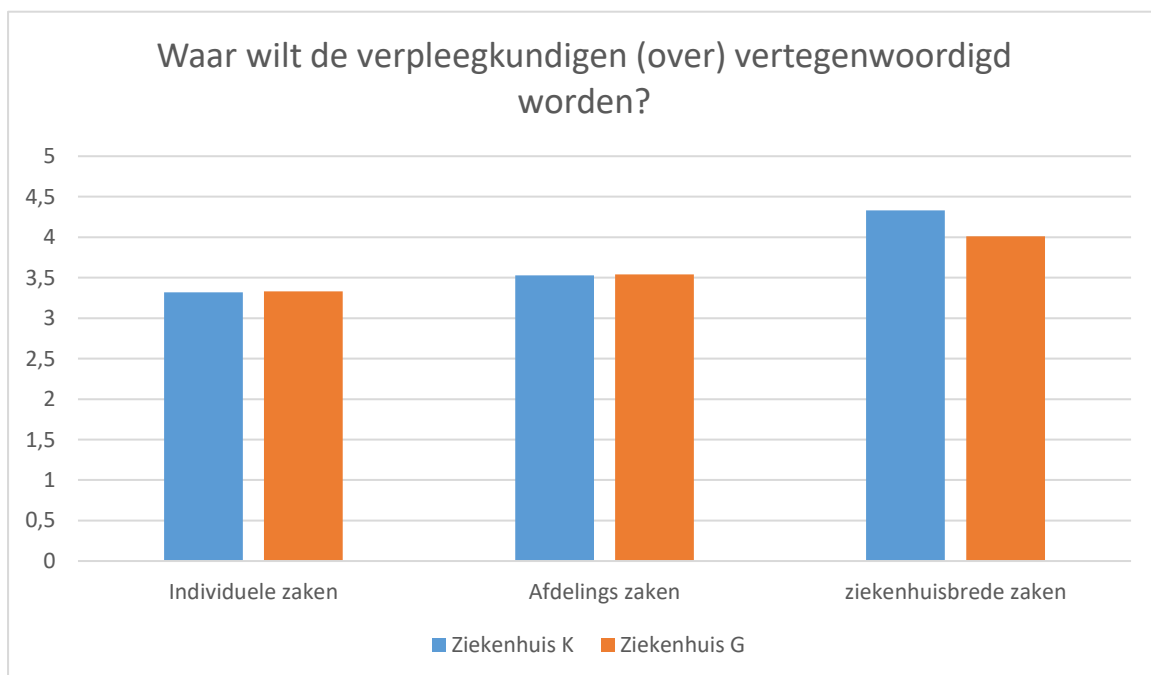
Verschillen tussen ouderen-jongeren en hoger-lager opgeleiden

Hoewel van te voren geen theorie is geanalyseerd met betrekking tot opleidingsniveau is binnen deze variabelen wel een significant verschil waargenomen. Wanneer wordt gekeken naar het opleidingsniveau van verpleegkundigen en de mate waarin zij bekend zijn met de VAR en daarmee ook betrokkenheid tonen is ook iets opmerkelijks te zien. Lager opgeleiden (MBO Verpleegkunde) zijn minder bekend met de VAR, terwijl HBO Verpleegkundigen significanter bekender zijn met de VAR. Een verklaring hiervoor zal volgen in een volgend hoofdstuk, het discussie hoofdstuk.



Waar moet de VAR aanwezig zijn

Op welk niveau in het ziekenhuis willen verpleegkundigen dat de VAR hen vertegenwoordigt? Op welk niveau moet de VAR adviezen uitbrengen? Onderstaande grafiek geeft aan hoe belangrijk verpleegkundigen het vinden dat de VAR advies geeft over individuele zaken, afdelingsspecifieke zaken en ziekenhuis brede zaken. Een hogere waarde geeft aan dat de verpleegkundigen het belangrijk vinden dat de VAR advies geeft op het aangegeven ziekenhuis niveau. Daarbij is te zien dat verpleegkundigen het het minst belangrijk vinden dat de VAR zich bezig houdt met individuele zaken, terwijl het het meest belangrijk wordt gevonden dat de VAR zich bezighoudt met ziekenhuis brede zaken. Dit sluit aan bij wat de VARs zelfs zeggen, namelijk dat ze er voor ziekenhuis brede thema's zijn, niet individuele problemen.



5.2.2 Beoordeling VAR

Onderstaande resultaten hebben betrekking op de beoordeling van de VAR, ook wel de VAR attitude. Deze attitude kan een waarde hebben tussen de één en vijf, waarbij vijf de meest positieve attitude is en één een zeer negatieve. Dit is een samengesteld construct, bestaande uit de vragen: De VAR weet wat mijn behoeftes en wensen als verpleegkundige zijn, De VAR weet wat er speelt onder verpleegkundigen, De VAR vertegenwoordigt mij goed in het ziekenhuis en bij het bestuur en ik vind dat de VAR goed werk verricht in het ziekenhuis. Dit construct kent een Cronbach's alpha van 0,891 en is daarmee betrouwbaar gezien de grens van 0,7 om betrouwbaar te kunnen zijn is overschreden.

Er is een significant verschil in attitude te zien tussen ziekenhuis K en G in het algemeen. Onderstaande tabel laat het verschil zien waarbij een hogere waarde een positievere houding tegenover de VAR is. De waarde kan tussen de één en vijf zitten.

Ziekenhuis K	Ziekenhuis G
Attitude: 2,73*	Attitude: 3,42*

Een hogere waarde betekent een positievere houding t.o.v. de VAR

*significant verschil

Eerder is in het theoretisch kader gesteld dat verpleegkundigen zich achtergesteld kunnen voelen wanneer er meerdere locaties zijn en de verpleegkundige werkzaam is op een locatie waar advies minder op gefocust is. Er kan daarbij een gevoel ontstaan dat de locatie achtergesteld is. Er is echter geen significant verschil te zien in attitude tussen de hoofdlocatie en de kleinere locaties binnen elke ziekenhuisgroep. Hiermee kan niet worden gesteld dat verpleegkundigen die niet op de hoofdlocaties werken waar een hoop van de advies betrekking op hebben negatiever naar de VAR kijken dan verpleegkundigen die wél op de hoofdlocaties werken. Onderstaande tabel laat zien hoe de beoordeling is (waarbij een hogere waarde positiever is) tussen de hoofdlocatie en kleinere locaties. Nogmaals, de verschillende zijn niet significant gebleken.

	Ziekenhuis K	Ziekenhuis G
Hoofd locatie	2,79	3,43
Kleinere locatie	2,63	3,20

Een hogere waarde betekent een positievere houding t.o.v. de VAR

5.2.3 Thema's

Het laatste deel van de resultaten zal gaan over welke thema's het meest belangrijk worden gevonden door verpleegkundigen in de desbetreffende ziekenhuizen. Hierbij is een lijst gemaakt van wat de verpleegkundigen het meest belangrijk vonden t/m het minst. Daarbij zijn de ziekenhuis K en G tegen elkaar afgezet. Hierin zitten geen grote verschillen. Sterker nog, de thema's die verpleegkundigen belangrijk vinden lijken nagenoeg gelijk tussen beide ziekenhuizen. Daarbij komt kijken dat de VAR in beide ziekenhuizen aangaf deze thema's belangrijk te vinden.

Ziekenhuis K	Ziekenhuis G
1. Te hoge werkdruk	1. Te hoge werkdruk
2. Meer ruimte voor interne scholing	2. Meer ruimte voor interne scholing
3. Meer consistentie in werkwijzen tussen verschillende locaties	3. Meer consistentie in werkwijzen tussen verschillende afdelingen
4. meer consistentie in werkwijzen tussen verschillende afdelingen	4. Meer consistentie in werkwijzen tussen verschillende locaties

5. Meer zeggenschap over werk en tijdsindeling	5. Meer zeggenschap over werk en tijdsindeling
6. Meer hulp voor agressie tegen verpleegkundigen	6. Meer hulp voor agressie tegen verpleegkundigen
7. Meer hulp en uitleg over het gebruik van digitale systemen	7. Meer ondersteuning bij het moeten reizen tussen verschillende locaties
8. Meer ondersteuning bij het moeten reizen tussen verschillende locaties.	8. Meer hulp en uitleg over het gebruik van digitale systemen.

Volgorde van het belang van thema's waarbij 1 het belangrijkste is en 8 het minst belangrijk

Voorgaande tabel laat zien hoe belangrijk bepaalde thema's waren ziekenhuis breed gezien. Er doet zich echter een interessante ontwikkeling voor. Wanneer wordt gekeken naar de behoeftes op locatie specifiek niveau is een afwijkende beoordeling te zien. Het punt 'Meer ondersteuning bij reizen tussen verschillende locaties' scoorde als ziekenhuis gemiddelde het laagst qua belang van het thema (zie vorige tabel). Respondenten op kleinere locaties geven dit punt echter significant meer belang. Een hogere waarde in onderstaande tabel betekent dat de respondenten het belangrijker vinden, waarbij de waarde tussen de één en vijf kan zitten. Kleinere locaties vinden het punt 'Meer ondersteuning bij het moeten reizen tussen verschillende ziekenhuis locaties' significant belangrijker dan op de hoofdlocaties.

'Meer ondersteuning bij het moeten reizen tussen verschillende ziekenhuis locaties'

	Ziekenhuis K	Ziekenhuis G
Hoofdlocatie	3,12*	3,11**
Kleinere locatie	4,01*	3,90**

Een hogere waarde betekent dat het belangrijker wordt gevonden dan een lagere waarde

*verschil is significant

** verschil is significant

Samengevat

Het volgende antwoord kan gegeven worden op de deelvraag 'In hoeverre sluit de vertegenwoordiging aan bij de verpleegkundigen zelf?'

Zo'n 86% van de respondenten in beide ziekenhuis is bekend met het begrip VAR in zijn of haar ziekenhuis. De manier waarop een respondent te weten is gekomen van het bestaan van de VAR verschilt wel significant tussen de ziekenhuizen. In ziekenhuis K is het persoonlijk kennen van een VAR lid een veel grotere reden voor bekendheid met de VAR dan in ziekenhuis G. Daarbij sluit aan dat respondenten in ziekenhuis K überhaupt significant bekender zijn met wie er zitting heeft in de VAR. In ziekenhuis G weten respondenten significant minder wie er in de VAR zit. Tevens valt op dat workshops en activiteiten voor meer bekendheid zorgen van de VAR in ziekenhuis G dan in ziekenhuis K. Een andere constatering is dat HBO-V verpleegkundigen significant bekender zijn met de VAR dan MBO-V verpleegkundigen.

Daarnaast wordt door verpleegkundigen duidelijk gemaakt dat de VAR zich het minst moet bezig houden met individuele zaken en het meest met ziekenhuis brede thema's. De VAR in ziekenhuis G wordt significant positiever beoordeeld dan in ziekenhuis K. Er is echter geen verschil in beoordeling tussen respondenten van de hoofdlocatie en kleinere locaties.

De laatste constatering is dat de thema's: te hoge werkdruk, meer ruimte voor interne scholing en meer consistentie in werkwijzen, als de belangrijkste thema's onder verpleegkundigen wordt gezien. Echter, verpleegkundigen van de kleinere locaties hechten significant meer waarde aan het thema '*Meer ondersteuning bij het moeten reizen tussen verschillende locaties.*'.

6. Conclusie en discussie

In de conclusie en vervolgens discussie zal worden uitgelegd welke bevindingen er zijn gevonden en hoe die teruggekoppeld kunnen worden aan de onderzoeksvragen.

6.1 Conclusie

Het volgende antwoord kan worden gegeven op onderzoeksvraag: *Hoe vertegenwoordigen Verpleegkundige Adviesraden verpleegkundigen en in hoeverre vinden verpleegkundigen dat zij door de VAR worden vertegenwoordigd?*

Allereerst is te zien dat de claim maker de V&VN, individuele verpleegkundigen of de raad van bestuur kan zijn. Dit is geen vast staand gegeven. In beide ziekenhuizen is te zien dat naarmate een VAR langer actief is in een ziekenhuis, deze VAR steeds meer de eigenschappen van claim maker vertoont. De VAR gedraagt zich autonomer en geeft zelf steeds meer vorm aan het proces.

De Verpleegkundige Adviesraad is in beide gevallen naar voren geschoven om te vertegenwoordigen en is daarmee het *subject*. Zij geven concreet advies aan de raad van bestuur, maar kunnen ook thema's op de agenda zetten die zelfstandig door de raad van bestuur moeten worden opgepakt. De VAR is een adviesorgaan dat advies geeft over ziekenhuis brede ontwikkelingen en niet individuele casussen. Deze houding sluit aan bij wat de verpleegkundigen er van verwachten, namelijk ziekenhuis brede focus en in beperkte mate adviezen die gaan over individuele kwesties. De VAR is naast een adviesorgaan ook steeds meer een partij in een samenwerkingsnetwerk. Samenwerkingen met landelijke (medische) netwerken worden steeds meer aangegaan om niet alleen in het eigen ziekenhuis invloed op beleid te hebben, maar ook landelijk de verpleegkundige beroepsgroep verder te ontwikkelen.

Het object, het beeld zoals dat door de VAR wordt gecreëerd van de groep die hij wilt vertegenwoordigen is in beide ziekenhuis gelijk. Het gaat om 'alle verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis'. Deze verpleegkundigen vinden vooral de thema's: werkdruk, gebrek aan interne scholing, registratielast en inconsistentie in werkwijze belangrijk volgens de VAR. Dit sluit aan bij wat verpleegkundigen over het algemeen in het ziekenhuis belangrijke thema's vinden.

Het *referent* is in het middelgrote ziekenhuis duizend verpleegkundigen. In het zeer grote ziekenhuis gaat het om 2300 verpleegkundigen. In beide gevallen gaat het echter wel om de groep 'alle verpleegkundigen werkzaam in het ziekenhuis'.

Het *publiek* van de VAR kan in zekere mate verschillen tussen ziekenhuis. In het algemeen is het publiek in beide ziekenhuizen 'alle verpleegkundigen werkzaam in de ziekenhuis groep' en 'de raad van bestuur'. Hierbij valt op te merken dat vooral verpleegkundigen in kleinere locaties de claims minder ontvangen. Hoewel de methoden om het publiek te bereiken veelal

het zelfde zijn (flyers, nieuwsbrieven, intranet) zijn er wel kleine verschillen te benoemen die daarmee ook invloed hebben op het publiek. Hierbij valt te denken aan een verpleegkundig platform wat de drempel en contact tussen de VAR en verpleegkundigen verkleint. Ziekenhuis K kent dit platform nog niet maar is wel zoekende naar manieren om meer contact met de achterban te hebben. Daarnaast is ook te zien dat het publiek een dynamisch karakter heeft. De groep 'verzorgenden' wordt steeds vaker betrokken binnen de claims. Het lange termijn doel van beide VARs is om ook de verzorgenden tot het publiek te kunnen rekenen.

Wat rest is de vraag of de grootte van een ziekenhuis enige invloed heeft op het geheel van vertegenwoordig en de legitimiteit van de gemaakte claims en de vertegenwoordigingsclaim. Uit het onderzoek is gebleken dat een kleiner ziekenhuis niet meer legitimiteit haalt uit bijvoorbeeld meer contact met de achterban dan een groter ziekenhuis. In het kleinere ziekenhuis kennen de verpleegkundigen de VAR leden wel vaker persoonlijk maar dit heeft niet tot een betere beoordeling van deze VAR geleid. Daarnaast weten beide ziekenhuizen goed welke thema's onder de verpleegkundigen spelen.

6.2 Discussie

Dynamische claim maker

Een belangrijke constatering, die tevens aansluit bij de eerder genoemde theorie van Saward (2010), is dat claimmaking een zeer dynamisch en continue in beweging zijnde proces is. Dit is allereerst te zien bij het zoeken naar de claim maker. In beide ziekenhuizen is de claim maker gedurende de tijd veranderd. Waarbij het eerst de V&VN en de raad van bestuur betrof, is te zien dat de VAR steeds verder afstand heeft genomen van deze partijen en als autonoom orgaan zelf de rol van claim maker is gaan overnemen. Het is lastig te verklaren waarom deze verschuiving precies plaatsvindt. Het is denkbaar dat dit komt door het feit dat een VAR zich specifiek op het eigen ziekenhuis wil focussen. Een orgaan als de V&VN kent niet elke situatie in elk ziekenhuis. Door de VAR 'ziekenhuis eigen' te maken en dus zelf de regie of de gemaakte claims te nemen kan worden gepoogd meer legitimiteit te verkrijgen door meer betrokkenheid met de achterban in het ziekenhuis te tonen.

Verkrijgen van legitimiteit

In de theorie en literatuur werd een aantal voorbeelden genoemd om als niet-gekozen vertegenwoordiger legitimiteit te verkrijgen. Allereerst werd gesteld dat het hebben van kenmerken die overeenkomen met de groep die je vertegenwoordigd kunnen helpen bij het verkrijgen van legitimiteit. Bij de VAR is dit bijvoorbeeld terug te zien in het samenstellen van de VAR. Hierbij wordt geprobeerd zoveel mogelijk verpleegkundigen in de VAR te hebben die van zoveel mogelijk verschillende afdelingen in het ziekenhuis komen. Je kan echter vraagtekens in hoeverre verpleegkundigen dit belangrijk vinden. In het grote ziekenhuis bestaat de VAR uit 'maar' zes leden, terwijl het ziekenhuis wel dertig afdelingen heeft. De VAR krijgt echter niet een negatievere beoordeling, terwijl de VAR in het kleinere ziekenhuis die

twalf VAR leden heeft iets minder goed wordt beoordeeld. Mogelijk dat het belang van representatie bij de samenstelling van de VAR als minder belangrijk wordt beschouwd dan het daadwerkelijk functioneren van de VAR.

Een tweede belangrijk element om als niet-gekozen vertegenwoordiger legitimiteit te verkrijgen, is door goed contact met je achterban te hebben. In de literatuur werd gesteld dat dit voor een groter ziekenhuis problematischer kan zijn, gezien de mogelijke belemmeringen die 'grootte' met zich mee brengt ten opzichte van een kleiner en compacter ziekenhuis. Uit de resultaten is gebleken dat verpleegkundigen in een kleiner ziekenhuis meer persoonlijk contact hebben met VAR leden en de VAR leden vaak ook kennen dan in het grotere ziekenhuis. Echter, hieruit blijkt niet dat dit contact leidt tot meer legitimiteit voor de VAR in het ziekenhuis. Contact is dus wel makkelijker in een kleiner ziekenhuis, maar de invloed van dit contact is mogelijk zeer beperkt.

VAR als uitlaatklep

Wanneer wordt gekeken naar hoe het subject wordt gedefinieerd, blijkt dat in beide ziekenhuizen gesproken kan worden van een 'adviesraad die adviseert over ziekenhuis brede thema's en daarmee verpleegkundigen vertegenwoordigt in de beleidsvorming'. Ziekenhuis K merkt echter dat er toch regelmatig nog individuele casussen bij de VAR terecht komen. Dit kan mede te maken hebben met het feit dat het ziekenhuis K zich ook ziet als een luisterend oor en orgaan wat zaken aankaart bij de raad van bestuur, of zaken doorverwijst naar de ondernemingsraad. Uit de survey blijkt dat verpleegkundigen het het minst belangrijk vinden dat de VAR zich bezig houdt op individueel niveau. Echter, er kan niet gezegd worden dat verpleegkundigen het niet belangrijk vinden in absolute zin. Dit kan aanduiden dat ondanks dat verpleegkundigen weten dat de VAR er niet voor individuele zaken is, verpleegkundigen toch graag hun hart willen luchten bij een orgaan wat zij vertrouwen, puur voor het luisterende oor. Dit vertrouwen kan mede gebaseerd zijn op het feit dat de VAR bestaat uit alleen maar verpleegkundigen.

VAR als betrokken orgaan bij implementatie?

Een opvallende bevinding is dat verpleegkundigen behoefte hebben aan meer ruimte voor interne scholing en behoefte aan meer consistentie in werkwijzen tussen verschillende locaties. De VAR heeft dit goed ingeschat gezien het feit dat zij dit ook als belangrijkste punten benoemt. Echter, verpleegkundigen geven aan dat ze dit nog steeds erg belangrijke thema's vinden en dat ze er meer adviezen over zouden willen hebben. Mogelijk dat er wel over is geadviseerd door de VAR, maar dat het nog niet in praktijk is verwezenlijkt. Daarmee wordt duidelijk dat de VAR goed inschat waar de verpleegkundigen behoefte aan hebben, maar ontbreekt het in zekere mate aan adviezen die al in praktijk zijn verwezenlijkt en waarvan de verpleegkundigen het gevoel hebben dat het bijdraagt aan het verbeteren van de genoemde thema's. De vraag die je hierbij kan stellen is of de VAR extra doelstellingen voor zichzelf moet opstellen. De primaire functie van de VAR is *adviseren*, niet implementeren. Het zou kunnen dat

verpleegkundigen ook graag zien dat de VAR meer betrokken is bij de uitvoering van de gegeven adviezen om zo te waarborgen dat de verpleegkundigen écht invloed hebben op het beleid van het ziekenhuis.

Bereiken en betrekken van kleinere locaties

Het is gebleken dat de ziekenhuizen moeite hebben verpleegkundigen te bereiken die werkzaam zijn op kleinere locaties. Het is in ziekenhuis K bijvoorbeeld erg lastig verpleegkundigen te vinden die actief willen mee doen met workshops. Waardoor dit komt is niet in de survey gevraagd. Het zou kunnen dat de genoemde redenen van de VAR (mooi weer, vrijdagmiddag, verhuizing afdelingen) een rol hebben gespeeld in de lage opkomst. Echter, het zou ook kunnen dat een gebrek aan motivatie, verkeerde keus in thema's voor workshops of een gebrek aan goede doeltreffende promotie zorgen voor een lage opkomst bij workshops. Daarnaast komt ook het punt van kleinere locaties hierbij mogelijk om de hoek kijken. Als deze workshops alleen maar op de hoofdlocaties plaatsvinden is het voor te stellen dat verpleegkundigen die niet in de buurt van deze locatie/plaats wonen niet de moeite willen nemen te moeten reizen (vaak in de vrije tijd) naar deze hoofdlocatie om de workshop bij te wonen. Het zou dus een idee zijn om te kijken of de workshops of andere activiteiten niet alleen op de hoofdlocaties gericht kunnen zijn maar ook op de kleinere locaties.

Ziekenhuis G stelt dat het heel goed gaat om in contact met de volledige achterban te zijn. Dit komt voornamelijk door het middel van een platform waarbij rond de zestig verpleegkundigen maandelijks samen komen. Hiermee is contact laagdrempelig en is de VAR ook zichtbaar bij verpleegkundigen. Het middel van een verpleegkundig platform is daarmee een interessant item voor vervolg onderzoek wat in een volgende paraaf zal terug komen.

Rol van de VAR buiten het eigen ziekenhuis

Tussen het kleinere en grotere ziekenhuis is een verschil te zien die betrekking heeft op wat de VAR buiten het eigen ziekenhuis voor acties onderneemt. Te zien is, dat het grotere ziekenhuis (G) veel meer georiënteerd is op landelijke samenwerkingsnetwerken en landelijke ontwikkelingen. De VAR ziet het dan ook als taak landelijk geïnitieerd beleid te vertalen naar het ziekenhuis. In ziekenhuis K bestaat wel de intentie meer samenwerking op te zoeken, maar ligt de focus nog vooral op interne ontwikkelingen. Dit verschil in benadering kan worden verklaard door de verschillende groottes van de ziekenhuizen. Voor te stellen is dat het voor het zeer grote ziekenhuis (G) makkelijker is gezag uit te stralen om landelijk een bepaalde rol in te nemen dan dat het voor een kleiner ziekenhuis is. Ook het hebben van bepaalde connecties speelt mogelijk een rol. Het kleinere ziekenhuis heeft wel de intentie uitgesproken meer samenwerking met andere VARs aan te gaan.

Opleiding

Een laatste bevinding die enige discussie vergt is het verschil tussen HBO-V en MBO-V verpleegkundigen. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat HBO-V verpleegkundigen significant meer af weten van de VAR en ook geïnteresseerder zijn in wat de VAR doet. Hoewel uit het onderzoek niet een verklaring is gebleken kan wel een aantal mogelijke oorzaken worden gegeven. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat HBO-V'ers tijdens hun opleiding al vaker in aanraking komen met thema's waar de VAR zich mee bezighoudt. Daarna zou het ook kunnen dat bij de HBO-V opleiding meer vaardigheden worden opgedaan die aansluiten bij wat een VAR doet, dan dat MBO-V verpleegkundigen aan vaardigheden opdoen. Het zou interessant zijn in vervolg onderzoek meer in te gaan op het verschil tussen hoger en lager opgeleide verpleegkundigen.

6.3 Reflectie en vervolg onderzoek

De insteek van het onderzoek was om een nog niet onderzocht thema, namelijk Verpleegkundige adviesraden, met bestaande literatuur in kaart te brengen. Er zijn nieuwe inzichten verworven die ruimte bieden aan vervolg onderzoek. Daarmee heeft dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan bestaande literatuur. Er zijn echter punten die in een volgend onderzoek beter aangepakt zouden kunnen worden:

Een belangrijke opmerking die geplaatst kan worden binnen dit onderzoek is dat het theoretisch model (Saward, 2010) wat is gebruikt aan discussie staat blootgesteld. Voornaamste kritiek op het model is dat het lastig is de verschillende elementen, rollen en actoren empirisch van elkaar te onderscheiden (De Wilde, 2013). Dit is tevens terug te zien in de verschillende claim makers, de gemaakte claims en de verschillende overlappingsen tussen het object, referent en publiek. Het is het dan ook niet eenvoudig gebleken het model letterlijk te vertalen en te spiegelen aan de praktijk. Desalniettemin geeft het wel duidelijk weer dat er meerdere processen op de achtergrond aanwezig zijn die invloed uitoefenen op vertegenwoordiging. Hoewel in andere beroepsgroepen mogelijk minder dynamische vormen van vertegenwoordiging plaatsvinden, laat het onderzoek zien dat binnen de vertegenwoordiging van de VAR een dynamischer proces actief is. Het zou dan ook wenselijk zijn vervolg onderzoek te houden die meer ziekenhuizen en meer VARs onder de loep neemt om te zien of daar dezelfde patronen plaatsvinden als in deze selectie naar voren zijn gekomen.

Een tweede interessant punt wat een verdere analyse vraagt is het fenomeen van een verpleegkundig platform. Uit het onderzoek blijkt dat het verpleegkundig platform het mogelijk maakt laagdrempelig contact te hebben tussen de VAR, het bestuur en verpleegkundigen. Verder onderzoek zou zich kunnen toespitsen op dit fenomeen. Hierbij valt te denken aan onderzoek bij verschillende ziekenhuizen die elk een eigen variant hebben van dit platform. Waar werkt het wel en waar niet en waarom?

Daarnaast moet worden opgemerkt dat de gehouden survey een andere insteek had kunnen hebben. Waar deze survey vooral verkennend is geweest, zou een volgende survey een meer gesloten karakter hebben die ook verder is toegespitst op individuele ziekenhuizen en de individuele situatie waarin een ziekenhuis zich bevindt. Uit de gesprekken bleek dat workshops in ziekenhuis K niet goed werden bezocht, terwijl in ziekenhuis G juist wel een goede opkomst is. In de enquête is niet bevestigd hoe de verpleegkundigen bijvoorbeeld denken over deze workshops. In het vervolg zou het daarom misschien beter zijn de survey verder te specificeren om de vragen waar de VAR zelf mee zit beantwoord te krijgen. Voor een eerste verkennende blik heeft de enquête echter wel voldoende inzichten geboden die ieder geval weer opzet geven voor nieuwe onderzoeken. Eerder is al benoemd het verschil tussen HBO en MBO verpleegkundigen. Het zou interessant zijn in vervolg onderzoek meer in te gaan op het verschil tussen hoger en lager opgeleide verpleegkundigen en welke gevolgen dit vervolgens heeft voor deelname en betrokkenheid in ziekenhuis processen.

Afsluiting

Een laatste punt is de vraag of het initiatief van een VAR nou bijdraagt aan het betrekken van verpleegkundigen bij beleidsinhoudelijke zaken van het ziekenhuis en of een VAR verpleegkundigen een plek geeft aan de tafel van de raad van bestuur? Immers, de hele gedachte achter het introduceren van VARs in ziekenhuis was om een brug te slaan tussen verpleegkundigen en de raad van bestuur en om de verpleegkundigen als beroepsgroep verder te ontwikkelen en professionaliseren. Het antwoord hier op is ja. De VARs lijken zeker bij te dragen aan meer beleidsmatige invloed van verpleegkundigen op ziekenhuis brede thema's. De VAR is in dat opzicht een goed middel om verpleegkundigen meer te betrekken bij beleid in het ziekenhuis en daarmee ook meer een stem te geven. Echter, we zien nog steeds signalen dat er grote ontevredenheid is onder verpleegkundigen, juist over het feit dat ze vaak niet gehoord worden. Maar hoe kan dat dan?

Allereerst moet er natuurlijk eerlijk gezegd worden dat de VAR geen wondermiddel is. De VAR geeft zelf ook aan dat het een *adviserend* orgaan is. Het daadwerkelijk uitvoeren en implementeren van de adviezen wordt gedaan door andere organen zoals de raad van bestuur en de ondernemingsraad. Daarbij komt kijken dat het thema werkdruk veruit als belangrijkste thema wordt ervaren. Dit is een thema waar de VAR niet direct invloed op heeft, maar moet doorsturen naar de ondernemingsraad. Hoewel de VAR wel binnen het thema werkdruk adviezen kan geven, is het lastig voor een VAR écht iets aan werkdruk te doen. Dit kan het gevoel van 'niet gehoord worden' versterken. Verpleegkundigen stappen namelijk wel vaak naar de VAR om hun hart te luchten over werkdruk.

Daarnaast moet er mogelijk een extra rol voor de VAR liggen als het aan komt op het promoten van het professionele beroep verpleegkundigen. De VAR behartigt natuurlijk primair de belangen van verpleegkundigen in het eigen ziekenhuis. Mogelijk dat de VAR zich ook landelijk

meer kan verenigen. Hiermee kan landelijk worden uitgedragen welke positieve ontwikkelingen er zijn binnen de beroepsgroep 'verpleegkundigen' om zo het beroep ook aantrekkelijker te maken. Dit aantrekkelijker maken kan een belangrijke stap zijn in het aanpakken van het landelijke probleem, namelijk het tekort aan verpleegkundigen.

Dit onderzoek zal dan ook worden afgesloten met een quote van een VAR lid die aangeeft waar de toekomst van de VAR nog meer in ligt:

'Er moet echt landelijk iets gebeuren voor deze emancipatieslag. Je moet breed met elkaar optrekken en een vuist maken. Het moet allemaal veel meer maatschappelijker doorklinken. Als je op straat iemand vraagt: Wie gaat er over de verpleegkundige beroepsgroep, dan worden er allerlei functionarissen genoemd, maar niet de verpleegkundigen. Als je kijkt in media wordt er vaak nog gesproken over zusters en verpleegsters. Dat beeld moet helemaal gekanteld worden. Als de VARs daar landelijk een vuist kunnen maken zou dat geweldig zijn voor de verpleegkundige beroepsgroep'.

Literatuur

- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. Londen: SAGE Publications Ltd.
- Bovenkamp, H. van de & Vollaard, H. (2015). De Democratische Kwaliteit van de Decentralisaties in het Sociale Domein: Gekozen en niet gekozen vertegenwoordiging. *Beleid & Maatschappij*, 42, 102-121
- Bovenkamp, H. van de & Vollaard, H. (2017). Representative claims in practice: The Democratic quality of decentralized social and healthcare policies in the Netherlands. *Acta politica*, 53 (1), 98-120
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Burke, E. (1790) revised in 1968. *Reflections on the Revolution in France*, London: Penguin Books.
- De Wilde, P. (2013) Representative claims analysis: Theory meets method. *Journal of European Public Policy*, 20: 278–294.
- Fraanje, M., Herweijer, M., Beerepoot, R., Asschenberg, A., Brouwer, B., & Heins, H. (2008). Effecten van gemeentelijke herindelingen. Berenschot & Rijksuniversiteit Groningen.
- Madison J., Hamilton A. & Jay J. (1787) revised in 1987. *The Federalist Papers*, Isaac Kramnick (ed.), Harmondsworth: Penguin.
- Mansbridge, J.J. (2013). 'Rethinking representation'. *American Political Science Review*, 97(4), 515-528
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieprogramma werken in de zorg*. Den Haag
- Webster, M. (2018). *Representation*. Geraadpleegd op 10 juni 2018 via <https://www.merriam-webster.com/representation>
- Panthuijzen, B. & Lucassen, A. (2017). *Monitor gemeentelijk adviesraden sociaal domein*. Utrecht: Movisie

- Pitkin, H. F. (1969). *The concept of representation*. Berkeley: University of California.
- Pitkin, H.F. (2004). Representation and democracy: uneasy alliance. *Scandinavian Political Studies*, 27(3), 335-342
- Reussing, R. (1988). Participatie binnen politieke partijen op lokaal niveau. *Jaarboek Universiteit Twente*, 131-152
- Saward, M. (2010). *The Representative Claim*. Oxford: Oxford University Press.
- Stanford Encyclopedia of philosophy (2006). *Political Representation*. Geraadpleegd op 22 juni via <https://plato.stanford.edu/entries/political-representation/#Bib>
- Valkenburg, L., Homburg, V.M.F & van der Heijden, B.I.J.M. (2015). Waarom veranderen verpleegkundigen van baan? *Verpleegkundige*. Vol. 30, iss. 2, pp.4-9
- Voogd, I.L. (2008). *De verpleegkundige adviesraad: De invloed van opleiding en (misfit) op de mate van adoptie*. Utrecht: Utrecht University Press
- Wilderink, L. (2017). *De representatieve claim van WMO-adviesraden. Een kwalitatief onderzoek naar vertegenwoordiging door Wmo-advies raden*. Universiteit Utrecht

Artikelen

- Algemeen Dagblad (2017). *Noodplan nodig voor te kort verpleegkundigen*. Geraadpleegd op 25 februari via <https://www.ad.nl/gezond/helpt-verpleegkundigen-dreigt-te-stoppen-door-zware-werkdruk~ab0b554e/>
- Algemeen Dagblad (2018). *Verpleegkundigen willen meer salaris*. Geraadpleegd op 24 juni 2018 via <https://www.ad.nl/binnenland/verpleegkundigen-willen-meer-salaris-we-zijn-eneacute-cht-meer-waard~a6e5c9ae/>
- Bruijne, W. (2012). *Veel verpleegkundigen niet te vreden*. Geraadpleegd op 25 februari 2018 via <https://www.artsenauto.nl/veel-verpleegkundigen-ontevreden/>
- Basekin, E. & Swarts, A.J. (26 februari 2018). Zorg om nachtdienst. *Telegraaf p. 1*.

- Dutch Hosprital Data (2016). *Kerngetallen Nederlandse ziekenhuizen 2015*. Geraadpleegd op 28 juni 2018 via https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/33659/RapportageKengetallen2015.pdf
- Medisch Contact (2017). *Verpleegkundigen ontevreden over managers*. Geraadpleegd op 25 februari 2018 via <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/verpleegkundigen-ontevreden-over-managers.htm>
- Tergooi (2016). *Verpleegkundige adviesraad 2016*. Geraadpleegd op 25 juni 2018 via https://www.tergooi.nl/upload/File/jaarverslag2016/jaarverslag_var.pdf
- Vivent (2017). *Kwaliteitskader vivent 2017-2018*. Geraadpleegd op 24 juni 2018 via www.vivent.nl
- Weevers, K. (2017). *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd op 24 juni 2018 via <https://www.actiz.nl/ouderenzorg/kwaliteit/onderwerp/kwaliteitskader/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>
- Zuidfriesland (2015). *Verpleegkundige Adviesraad van start in Tjongerschans*. Geraadpleegd op 25 juni 2018 via <https://zuidfriesland.nl/fhc/2015/05/13/verpleegkundige-adviesraad-van-start-in-tjongerschans>

Bijlage 1

Topiclijst

VAR raadsleden

Topic	vragen
1. Introductie	Welkom, toestemming om op te nemen, korte toelichting onderzoek
2. Respondent	<p>Kort inleiden wat de functie binnen ziekenhuis is, hoe lang lid van de VAR? Bepaalde functie binnen de VAR?</p> <p>Hoe bent u zelf in aanraking met de VAR geraakt? Hoe bent u in het VAR bestuur gekomen, was dit een vacature, of bent u als expert gevraagd?</p> <p>Heeft u extra scholing gehad om dit in de VAR te functioneren?</p>
3. Ziekenhuis (referent)	<p>Hoe zou u dit ziekenhuis omschrijven. Rol voor een grote regio of meer specialismen? Onderscheid dit ziekenhuis zich ergens in?</p> <p>Wat vinden jullie belangrijke prioriteiten in het ziekenhuis?</p> <p>Schatting van aantal werkende verpleegkundigen in het ziekenhuis?</p> <p>Is elke afdeling in het ziekenhuis vertegenwoordigd als je kijkt naar de achtergrond van de VAR leden?</p>
4. Claim-maker	<p>Wie heeft bedacht en bepaald dat er een VAR in dit ziekenhuis aanwezig zou zijn?</p> <p>Hoe is dat proces van implementatie verlopen, wie nam daarin het voortouw? Was dat het bestuur, de V&VN of waren jullie het als leden zelf?</p>

	<p>Dient u verantwoording aan iemand af te leggen? En zo ja, op jaarlijkse basis? Wat vindt u daarvan etc..</p> <p>Hoe is de samenwerking met de V&VN?</p> <p>Hoe is de samenwerking met de raad van bestuur?</p> <p>Wie bedankt de kaders waarbinnen, of juist buiten de VAR opereert?</p>
<p>5. beschrijving verpleegkundigen volgens VAR</p>	<p>Hoe zou u de verpleegkundigen in het ziekenhuis omschrijven</p> <p>Waar hebben de verpleegkundige volgens u behoefte aan?</p> <p>Wat verwachten de verpleegkundigen van de VAR en vindt u dat u daaraan voldoet?</p> <p>Wat vinden verpleegkundigen belangrijk? Welke adviezen zijn afgelopen jaren uitgegeven waar de verpleegkundigen écht iets aan hebben gehad?</p>
<p>6. Publiek</p>	<p>Op welke manier brengen jullie de VAR onder de aandacht bij verpleegkundigen</p> <p>Welke adviezen hebben jullie uitgebracht afgelopen jaren en welke zijn daadwerkelijk in praktijk verwezenlijkt?</p> <p>Wat organiseren jullie namens de VAR voor verpleegkundige (vervolgens zal aan verpleegkundige worden gevraagd in hoeverre zij überhaupt behoefte hebben aan dit soort actieve bijeenkomsten)?</p> <p>Welke input leveren verpleegkundigen aan de VAR (welke adviezen)?</p> <p>Hoe denken jullie dat verpleegkundigen tegen de VAR aankijken?</p>

Bijlage 2: Survey Onderzoek

Onderzoek Verpleegkundige Adviesraden (VAR)

Beste Mevrouw/Meneer,
Mijn naam is Tim Vobornik, student bestuurs- en organisatie wetenschappen aan de Universiteit Utrecht en op dit moment bezig met mijn afstudeer scriptie.

Binnen deze scriptie doe ik onderzoek naar het fenomeen van Verpleegkundige Adviesraden.

Ik zou u hier graag een aantal vragen over willen stellen, ook juist als u niet bekend bent met Verpleegkundige Adviesraden.

Het invullen neemt ongeveer 10 minuten in beslag.

Daarnaast is het belangrijk om te vermelden dat het volledig anoniem is. Daarnaast zal alle data alleen worden gebruikt voor dit specifieke onderzoek en worden verwijderd als het niet meer nodig is.

Voor vragen of extra opmerkingen kunt u contact opnemen via: t.s.vobornik@students.uu.nl

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

*** Required**

1. In welk ziekenhuis bent u werkzaam? *

2. Op welke locatie bent u het meest werkzaam of aanwezig?

3. 1. Wat is uw geslacht? *

Mark only one oval.

- Vrouw
 Man
 Other: _____

4. 2. Wat is uw leeftijd? *

Mark only one oval.

- 18-20
 21-29
 30-39
 40-49
 50-59
 60 of ouder

5. 3. Hoelang bent u bij benadering al werkzaam in het ziekenhuis? (afgerond op aantal jaar) *

6. 4. Op welk niveau, of soort gelijk niveau heeft u uw verpleegkunde opleiding gevolgt? *

Mark only one oval.

- HBO Verpleegkunde
 MBO Verpleegkunde
 Other: _____

7. 5. Op welke afdeling bent u op dit moment werkzaam binnen het ziekenhuis? *

Bekendheid met de Verpleegkundige Adviesraad (VAR)

Er volgen nu een aantal vragen over uw bekendheid met de VAR

8. 6. Weet u wat een Verpleegkundige Adviesraad is? *

Mark only one oval.

- ja
 nee
 geen van beide

9. 7. Weet u van het bestaan van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) in uw ziekenhuis? *

Mark only one oval.

- ja
 nee

10. 8. Hoe wist u van het bestaan van de Verpleegkundige Adviesraad? *

Mark only one oval.

- Andere collega's vertelden er over
 Nieuwsbrief
 (Interne) Website
 Flyers
 Workshops of activiteiten
 Persoonlijk contact met VAR leden
 Ik wist niet van het bestaan af
 Other: _____

11. 9. Weet u wat de Verpleegkundige Adviesraad zoal doet in uw ziekenhuis? *

Mark only one oval.

- Ja
 Nee
 ik weet het ongeveer
 Other: _____
-

12. 10. Heeft u zelf wel eens contact met de Verpleegkundige Adviesraad gehad of gezocht? *

Mark only one oval.

- ja
 nee
 Other: _____

13. 11. Heeft de Verpleegkundige Adviesraad u wel eens benaderd met vragen? *

Mark only one oval.

- ja
 nee
 Other: _____

14. 12. Kent u iemand die in de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) zit, of heeft gezeten? *

Mark only one oval.

- ja
 nee

Ervaring met de VAR

Hier volgt een aantal vragen over uw ervaring met de VAR.

Indien u niet wist wat een Verpleegkundige Adviesraad is volgt hier een korte definitie:

"Een Verpleegkundige Adviesraad is in beginsel een adviescollege van verzorgende en verpleegkundige professionals binnen een zorgorganisatie. De VAR draagt bij aan de kwaliteit van zorg vanuit het verpleegkundige en verzorgende beroep. Een belangrijke doelstelling van de VAR is invloed uitoefenen op het zorgbeleid van de organisatie. Dit gebeurt doormiddel van gevraagde en ongevraagde adviezen aan onder andere De Raad van Bestuur."

Indien u niet bekend bent met de VAR kunt u de vragen 13, 14 en 15 blanco laten

15. 13. De VAR weet wat mijn behoeftes en wensen als verpleegkundige zijn

Mark only one oval.

- 1 2 3 4 5
helemaal mee oneens helemaal mee eens

16. 14. De VAR weet wat er speelt onder verpleegkundigen

Mark only one oval.

- 1 2 3 4 5
helemaal mee oneens helemaal mee eens

17. 15. De VAR vertegenwoordigt mij goed in het ziekenhuis en bij het bestuur

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
helemaal mee oneens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	helemaal mee eens

18. 16. Ik vind het belangrijk dat *

Mark only one oval per row.

	helemaal mee oneens	mee oneens	niet oneens/ niet eens	mee eens	helemaal mee eens
Er een VAR is die mij vertegenwoordigt bij de Raad van Bestuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er een VAR is die mij vertegenwoordigt bij andere organen zoals de ondernemingsraad en de cliëntenraad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er een VAR is die mij helpt bij individuele problemen op mijn werk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er een VAR is die helpt bij afdelingsspecifieke problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er een VAR is die helpt bij ziekenhuisbrede problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De VAR eerst mijn mening hoort over een advies voordat er advies wordt uitgebracht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 17. In welke mate vindt u de volgende stellingen belangrijk voor u als verpleegkundige? *

Mark only one oval per row.

	helemaal niet belangrijk	niet belangrijk	neutraal	belangrijk	heel erg belangrijk
De werkdruk van verpleegkundigen in het ziekenhuis moet omlaag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpleegkundige moeten meer ruimte voor interne scholing krijgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er moeten duidelijkere regels komen over de werkwijze op afdelingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er moet meer consistentie in de werkwijze komen tussen verschillende afdelingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er moet meer consistentie in de werkwijze komen tussen verschillende locaties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als verpleegkundige wil ik meer contact met bestuursleden in het ziekenhuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als verpleegkundige wil ik meer invloed hebben over mijn eigen werkwijze en tijdsindeling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er moet meer gedaan worden tegen agressie tegen verpleegkundigen op de werkvloer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er moet meer gedaan worden om personeel te helpen bij het reizen tussen verschillende locaties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De VAR moet bestaan uit verpleegkundigen die uit alle afdelingen van het ziekenhuis komen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle adviezen die worden gegeven moet openbaar zijn voor personeel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle adviezen die worden gegeven moet openbaar zijn voor mensen van buiten het ziekenhuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. 18. Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen *

Mark only one oval per row.

	helemaal mee oneens	mee oneens	niet oneens/niet eens	mee eens	helemaal mee eens
Ik zou graag meer hulp of informatie krijgen over hoe om te gaan met de digitale systemen in het ziekenhuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou graag meer hulp krijgen over hoe om te gaan met niet Nederlands sprekende patiënten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er zijn te veel verschillende werkwijzen op verschillende afdelingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou graag vaker mijn mening laten horen over problemen over op het werk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het gevoel dat er niet naar mijn mening als verpleegkundige wordt geluisterd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het gevoel dat er niks wordt gedaan met de adviezen die worden gegeven aan de Raad van Bestuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Mocht u nog vragen hebben kunt u een mail sturen naar: t.s.vobornik@students.uu.nl

Bijlage 3

Codeboom

Codeboom VAR-leden
Hoe toegetreden tot VAR
Vacature
Oprichting
Basis voor vertegenwoordiging
Veel eigen kennis vak
Zoeken naar afdelingen
Stellen van eisen in vacature
Ervaring
Organisatorische kennis
Brede blik
Beeld van verpleegkundigen
Werkdruk
Luisteren
Individuele gevallen
Ontwikkeling
werkmethoden
Oprichting VAR
V&VN begeleiding
Manager
Raad van bestuur
Verpleegkundigen zelf
Weten wat er speelt
Verpleegkundige platform
Intranet
Aanvoelen
Afdelingen brieven
Publiek
Methoden voor bereiken publiek
Platform
Raad van bestuur
Kleinere locaties
Alle verpleegkundigen
Verzorgende
Toekomst VAR
Samenwerking
Invloed grootte ziekenhuis